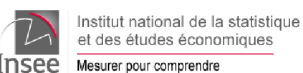


Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19
médecins libéraux, SAMU
Centre 15, médecins hospitaliers,
Laboratoires de biologie
médicale hospitaliers et de ville
Agences régionales de santé (ARS)
Les Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence



COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 17 juillet 2020

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données concernant COVID-19 issues de son réseau de partenaires.

Ce bilan est basé sur les données épidémiologiques de surveillance du COVID-19 (SARS-CoV-2) rapportées à Santé publique France jusqu'au 15 juillet 2020.

Points clés

- ▶ **En France métropolitaine**
 - Augmentation de l'incidence des cas (+19% entre semaine 27 et semaine 28)
 - Augmentation du dépistage (+13% entre S27 et S28)
 - Augmentations des nombres de cas confirmés, des actes SOS Médecins, des passages aux urgences pour suspicion COVID-19 et des nombres de clusters
 - A l'exception de la Mayenne : maintien de la circulation virale à un niveau bas
- ▶ **En Mayenne**
 - Augmentation rapide et importante du nombre de cas (incidence : 52,7/100 000 habitants) en lien avec des clusters à diffusion communautaire
 - Renforcement des mesures dans ce département.
 - Poursuite du dépistage de la population
 - Classification en niveau de vulnérabilité élevé
- ▶ **En Guyane**, diminution des indicateurs mais poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé
- ▶ **A Mayotte**, diminution de l'épidémie
- ▶ **Diminution de l'adoption systématique des mesures de prévention** (garder une distance d'au moins 1 m, saluer sans serrer la main, arrêter les embrassades), stabilisation des mesures d'hygiène et port du masque.

Chiffres clés en France

Indicateurs hebdomadaires, semaine 28 (6 au 12 juillet 2020)

	S28	S27
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	3 844	(3 787)*
Taux de positivité (%) pour SARS-COV-2 (SI-DEP)	1,1	(1,2)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 339	(1 523)*
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	1 470	(1 353)*
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	606	(646)*
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	78	(73)*
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	182	(124)*

Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 15 juillet 2020

* données consolidées

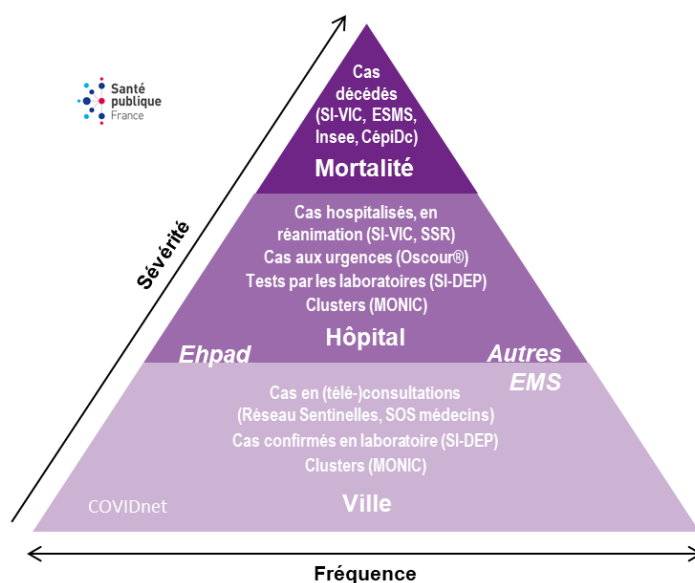
Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	105 750
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	30 120

Sommaire

Page

Chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire	3
Surveillance à partir des associations SOS Médecins	4
Surveillance à partir des laboratoires de virologie	5-6
Surveillance en population : COVIDnet	7
Cas confirmés de COVID-19	8
Signalement des clusters à visée d'alerte	9-11
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	12-13
Surveillance aux urgences	14
Nombre de reproduction effectif «R effectif»	15
Surveillance en milieu hospitalier	16-18
Surveillance de la mortalité	19-22
Prévention	23-26
Discussion	27-30
Méthodes	31

Schéma de la surveillance du COVID-19 coordonnée par Santé publique France



CépiDc-Inserm : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ; Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; EMS : Etablissement médico-social ; ESMS : Etablissement social et médico-social ; Insee : Institut national de la statistique et des études économiques ; MONIC : Système d'information de monitoring des clusters ; Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences ; SI-DEP : Système d'informations de dépistage ; SI-VIC : Système d'information des victimes ; SSR : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs

Surveillance en médecine ambulatoire

Réseau Sentinelles

La surveillance spécifique du COVID-19 du Réseau Sentinelles (Inserm, Sorbonne Université) a été mise en place le 16 mars 2020. Après le déconfinement, la surveillance virologique en vigueur des IRA (infection respiratoire aiguë) effectuée par les médecins du réseau a été suspendue durant les semaines 20 et 21 et relayée par une surveillance basée sur les recommandations de la DGS¹ qui préconise la réalisation d'un test pour tout patient suspect de COVID-19. Les prélèvements et analyses sont donc réalisés par les laboratoires de ville depuis la semaine 22.

- **En semaine 28** (du 6 au 12 juillet 2020), le **taux de consultations** (ou téléconsultations) **pour une IRA** estimé était de 33/100 000 habitants [intervalle de confiance à 95% : 25-41] en France métropolitaine. Il était en hausse par rapport à celui de la semaine 27 (du 29 juin au 5 juillet 2020) : 17/100 000 habitants (IC95% : 13-21).
- **En semaine 28**, sur les 243 cas suspects de COVID-19 identifiés, un **prélèvement a été prescrit pour 92% d'entre eux**. Les résultats des analyses étaient connus pour 122 patients et deux patients avaient été testés positifs.
- Depuis le 25 mai 2020, un prélèvement a été prescrit pour 93% des 1 370 cas suspects de COVID-19 identifiés. Les résultats des analyses étaient connus pour 966 patients et étaient positifs pour 24 (2,5%) patients. Ces données seront consolidées au cours des prochaines semaines.

[1] DGS-Urgent. Prise en charge par les médecins de ville des patients de COVID-19 en phase de déconfinement.

Associations SOS Médecins

- Depuis le 3 mars 2020, 62 950 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 12 juillet 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- **En semaine 28** (6 au 12 juillet 2020), **2 339 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. La majorité des actes étaient enregistrés en Ile-de-France (16%), Auvergne-Rhône-Alpes (16%), Nouvelle-Aquitaine (11%) et Pays de la Loire (10%).
- Ce nombre d'actes, tous âges confondus, était **en hausse pour la troisième semaine consécutive** (+54%, soit +816 actes, par rapport aux 1 523 actes enregistrés en semaine 27). La **hausse du nombre d'actes** par rapport à la semaine 27 était observée dans **toutes les classes d'âge**. Elle était de +35% chez les enfants de moins de 15 ans (soit +138 actes), de +69% chez les 15-44 ans (soit +537 actes), de +35% chez les 45-64 ans (soit +77 actes) et de +48% chez les 65 ans et plus (soit +59 actes). La **hausse du nombre d'actes concernait toutes les régions de France métropolitaine** et s'étendait de +6% à +153%. Les régions présentant une forte augmentation étaient : la Bretagne (+153% soit +72 actes), les Pays de la Loire (+144% soit +140 actes), la Nouvelle-Aquitaine (+93% soit +126 actes), l'Auvergne-Rhône-Alpes (+66% soit +148 actes), la Provence-Alpes-Côte d'Azur (+56% soit +79 actes), l'Occitanie (+54% soit +39 actes) et la Normandie (+51% soit +69 actes).
- La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale tous âges confondus était en hausse : 4% en S28 vs 2,7% en S27 (Figure 1).

Figure 1. Nombre d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et par classe d'âge, depuis le 26 février 2020 et depuis le 1^{er} juin 2020, France (source : SOS Médecins)

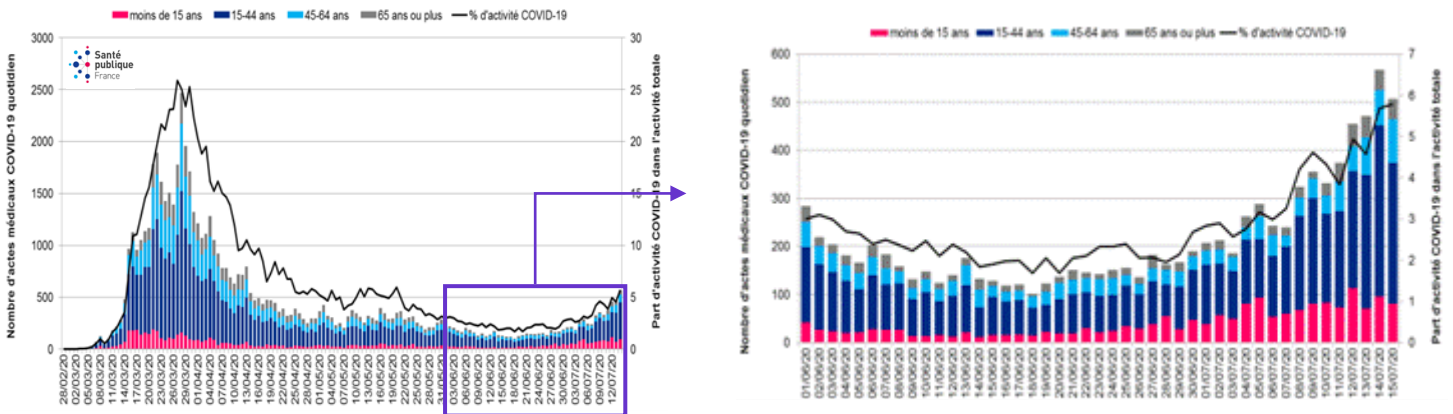
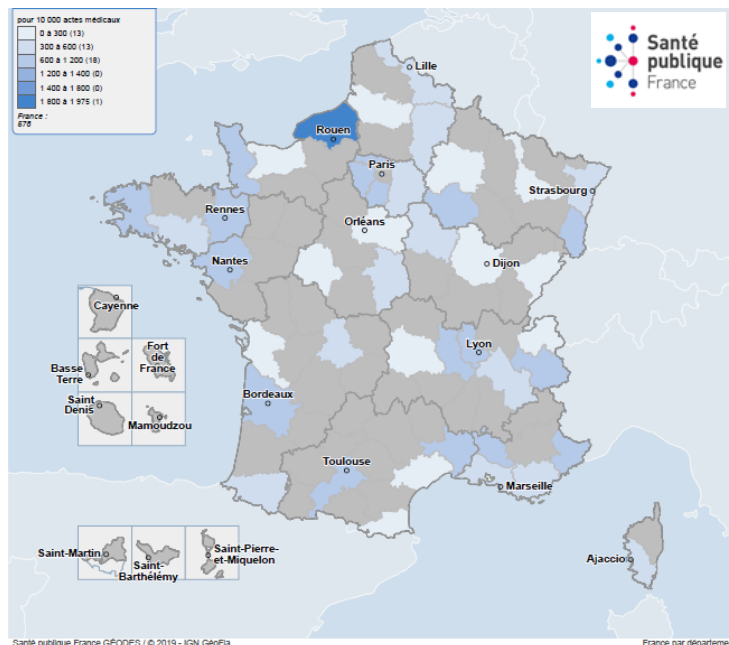


Figure 2. Taux d'actes médicaux hebdomadaires pour suspicion de COVID-19 (/10 000 actes), semaine 28, France (source : SOS Médecins)



Pour en savoir plus sur les données SOS Médecins consulter : [GEODES](#)

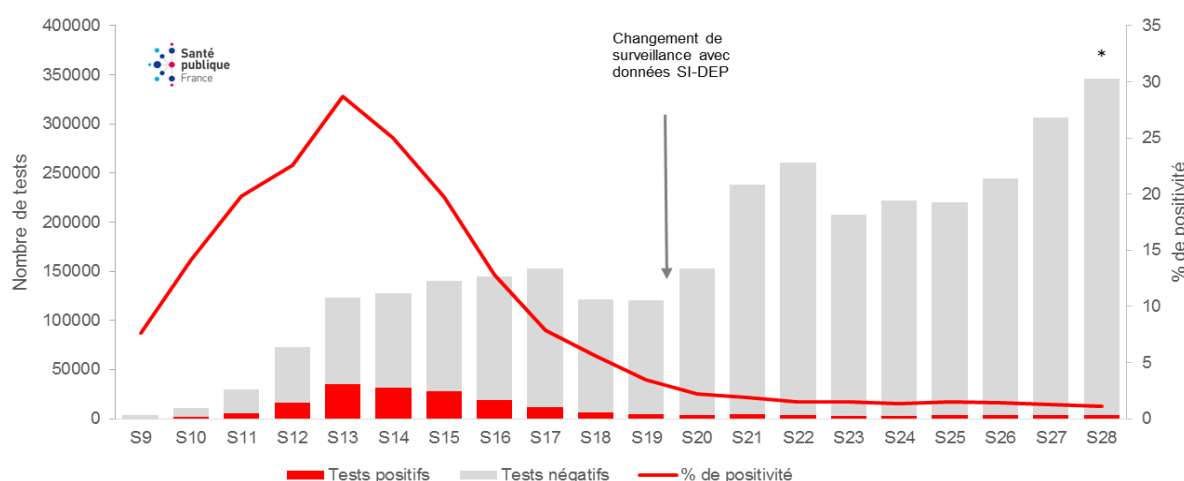
Surveillance virologique

Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou par département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées dans le temps. Ces indicateurs, associés aux autres, permettent de suivre la dynamique de l'épidémie.

Jusqu'à la semaine 19, la surveillance virologique s'est appuyée sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 Labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et par les laboratoires hospitaliers. Depuis la semaine 20, elle s'appuie sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), opérationnel depuis le 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce nouveau système de surveillance vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR réalisés.

- Au 15 juillet, la quasi-totalité des laboratoires (5 513 sites de prélèvements) a transmis des données.
- **Au niveau national**, en semaine 28, 346 035 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et le test était positif pour 3 844 patients. Le nombre de patients testés était en augmentation sur les dernières semaines (244 570 en S26, 306 750 en S27 et 346 035 en S28). **Le taux de positivité national hebdomadaire était de 1,1%** (calculé sur les tests valides). **Le taux national était en diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (1,2% en S27). **Le taux d'incidence (nombre de nouveaux cas rapportés à la population pour 100 000 habitants) était de 5,7/100 000 habitants au niveau national** (5,6/100 000 h en semaine 27).

Figure 3. Nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité dans les laboratoires, par semaine, France, 2020 (source S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20 : SI-DEP)



- **En France métropolitaine**, le taux de positivité était stable par rapport à celui de la semaine précédente (0,8% vs 0,8%) (Figure 3). Il était inférieur à 5% dans l'ensemble des départements sauf en Mayenne où ce taux était de 5,6% (Figure 4). Le taux d'incidence était inférieur à 10/100 000 h dans tous les départements de France métropolitaine sauf pour la Mayenne (52,7/100 000 h) et la Seine-Saint-Denis (10/100 000 h) (Figure 5). Il était en augmentation en France métropolitaine (4,3/100 000 h en S28 vs 3,6/100 000 h en semaine 27, +19%) (Figure 6).
- **En Mayenne**, le nombre de cas confirmés a fortement augmenté ces dernières semaines (5 en S25, 20 en S26, 135 en S27 et 161 en S28) et est sous-estimé sur la semaine 28 du fait d'un défaut de saisie dans SI-DEP. Des campagnes de dépistage en cours induisent une augmentation des tests réalisés (548 en S25, 648 en S26, 1 660 en S27 et 2 889 en S28).
- **En outre-mer**, en semaine 28, les indicateurs étaient en baisse à Mayotte et en Guyane. A Mayotte, le taux de positivité était de 5,8% (vs 10,6% en S27) et le taux d'incidence de 18/100 000 habitants (vs 36/100 000 h en S27). En Guyane, le taux de positivité était de 21,2% (vs 26,6% en S27) et le taux d'incidence de 321/100 000 habitants (vs 473/100 000 h en S27).

Pour en savoir plus sur les données SI-DEP consulter : [GEODES](#)

Figure 4. Taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2 par département, France, 6 au 12 juillet 2020 (source SI-DEP)

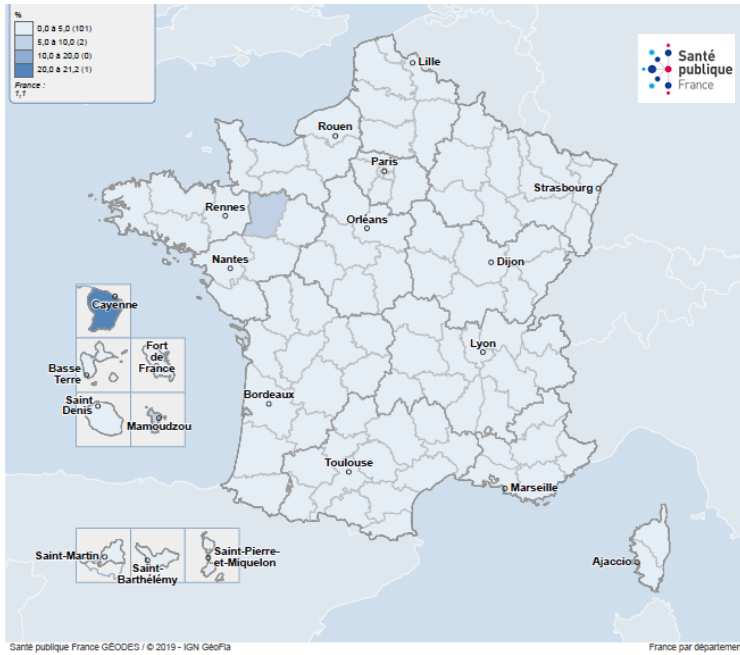
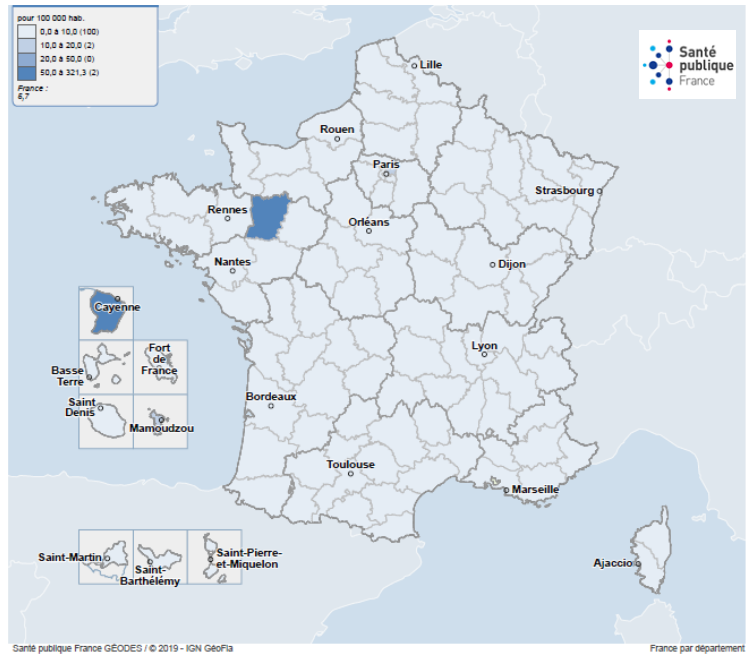


Figure 5. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par département, France, 6 au 12 juillet 2020 (source SI-DEP)



- **Au niveau national**, en S28, le taux de dépistage (nombre de patients testés pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de 516/100 000 habitants (vs 457 en S27).
- **En France métropolitaine**, en S28, 329 825 personnes ont été testées pour le SARS-CoV-2. Le taux de dépistage était en augmentation (508/100 000 h vs. 448/100 000 h en S27, +13%) (Figure 6). **Entre S27 et S28, l'augmentation du nombre de cas (+19%) est supérieure à l'augmentation des patients testés (+13%).** Les départements métropolitains présentant les plus forts taux de dépistage en S28 étaient le Loiret (1 033/100 000 h), la Mayenne (946/100 000 h), la Seine-Maritime (821/100 000 h) et le Jura (778/100 000 h) (Figure 6bis).
- **En outre-mer**, le nombre de patients testés était en augmentation par rapport à la semaine précédente, avec un taux de dépistage de 633/100 000 habitants vs un taux de 280/100 000 habitants en semaine 27. En Guyane, le taux de dépistage était de 1 514/100 000 h.

Figure 6. Evolutions des taux d'incidence et taux de dépistage (/100 000 habitants) pour le SARS-CoV-2, par semaine, depuis le 18 mai 2020, France métropolitaine (source SI-DEP).

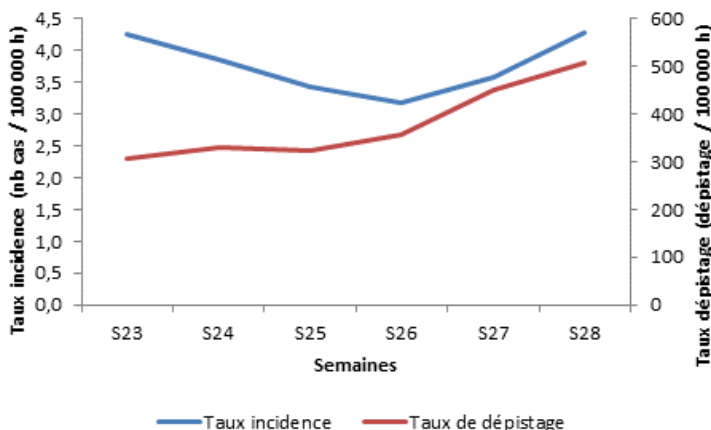
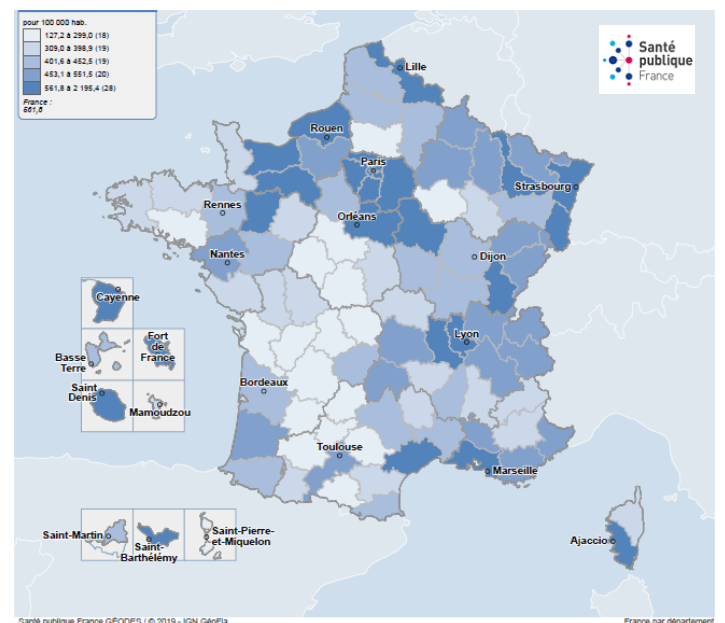


Figure 6bis. Taux de dépistage (/100 000 habitants) pour le SARS-CoV-2 par département, France, du 6 au 12 juillet 2020 (source SI-DEP)



Surveillance en population : COVIDnet.fr

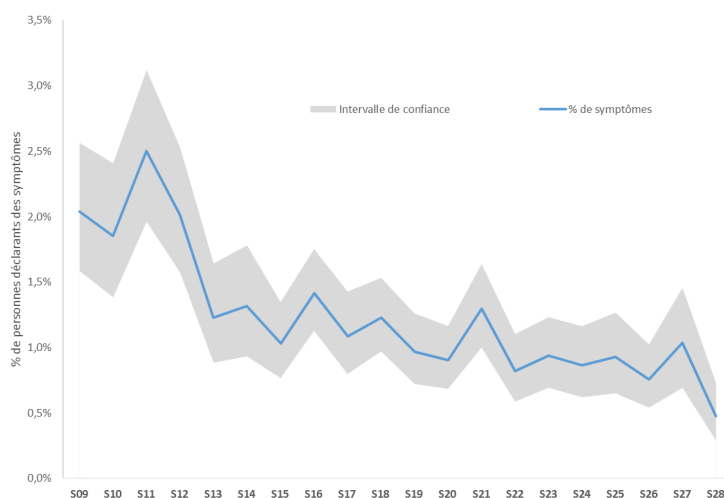
GrippeNet.fr est un réseau de surveillance mis en place en janvier 2012 par le réseau Sentinelles (Inserm – Sorbonne Université) et Santé publique France, avec pour objectif de recueillir directement auprès de la population des données épidémiologiques sur les syndromes grippaux, par internet et de façon anonyme. Il permet d'étudier les symptômes présentés par les personnes malades qui n'ont pas recours au système de soins.

Depuis le 30 mars 2020, le projet GrippeNet.fr s'est adapté à la surveillance du COVID-19 et est devenu COVIDnet.fr. Près de 6 000 personnes remplissent actuellement chaque semaine un questionnaire rapportant les symptômes qu'elles ont éventuellement eus depuis leur dernière connexion.

- 12 202 personnes ont rempli au moins un questionnaire depuis le début de la saison hivernale 2019-2020.
- Pour la **semaine 28** (du 6 au 12 juillet 2020), **5 398** questionnaires hebdomadaires ont été remplis.
- En semaine 28, la **proportion de participants ayant déclaré des symptômes évocateurs du COVID-19** (définition s'appuyant sur les recommandations du Haut Conseil de la santé publique concernant la prescription d'un test diagnostique par un médecin) **était de 0,5%** [IC95% : 0,3% - 0,7%], stable par rapport à la semaine précédente (données consolidées S27 : 1,0% [IC95% : 0,7%-1,5%]) (Figure 7).

La surveillance GrippeNet.fr/COVIDnet.fr **s'est achevée dimanche 12 juillet** et reprendra en fin d'été ou début d'automne en fonction de l'évolution de l'épidémie de COVID-19. Les données de cette semaine sont ainsi les dernières publiées.

Figure 7. Proportion (% redressé) de participants ayant déclaré des symptômes évocateurs du COVID-19 par semaine (données du 24 février au 12 juillet 2020, source : COVIDnet.fr)



Note: Deux nouveaux symptômes, anosmie et agueusie, ont été ajoutés au questionnaire hebdomadaire en semaine 14 afin d'améliorer le suivi de l'épidémie de COVID-19

Depuis la semaine 27, il apparaît que **seules 22% des personnes ayant présenté des symptômes évocateurs de COVID-19 ont bénéficié d'une prescription pour un test diagnostique**, et que **seules 14%** (soit 64% des personnes avec prescription d'un test) **ont rapporté avoir été testées en RT-PCR**. Parmi les personnes ayant présenté des symptômes évocateurs de COVID-19 et ayant consulté un médecin généraliste, 45% auraient reçu une prescription pour un test diagnostique.

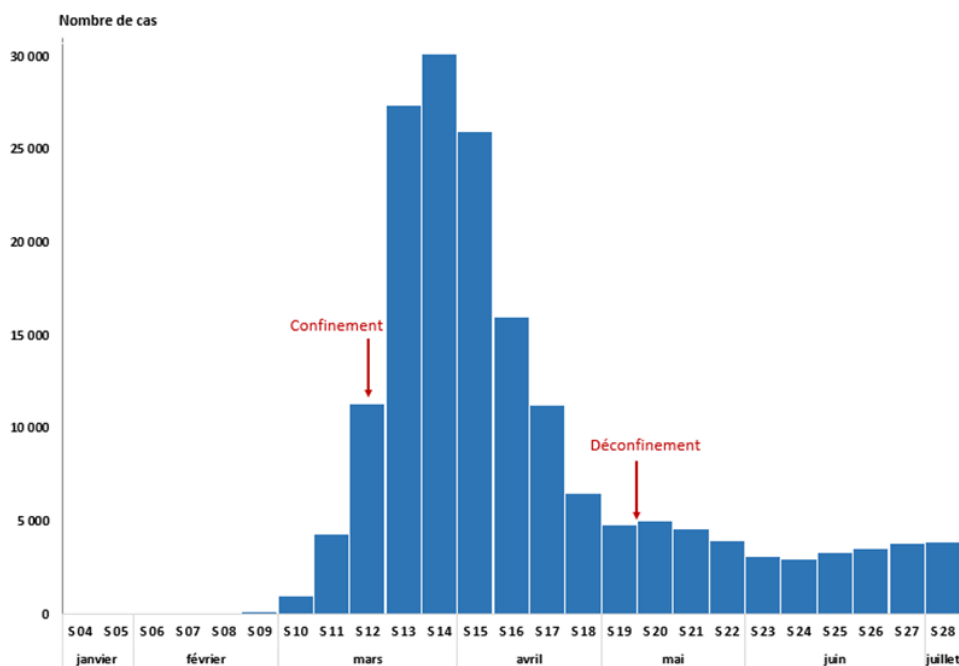
Ces résultats sont à interpréter avec précaution car les données ne sont pas redressées par rapport à la population française et sont soumises à des fluctuations importantes d'une semaine à l'autre en raison de faibles effectifs.

Ils suggèrent cependant que le recours aux soins pour suspicion de COVID-19 ainsi que la réalisation des tests RT-PCR à visée de diagnostic sont aujourd'hui très insuffisants chez les personnes symptomatiques.

Cas confirmés de COVID-19

- Les données permettant d'estimer le nombre de cas confirmés en France sont issues de plusieurs sources.
- Entre le 21 janvier et le 25 mars 2020, 25 233 cas de COVID-19 ont été signalés à Santé publique France via l'application GoData ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France.
- Entre le 26 mars et le 12 mai 2020, 115 010 cas confirmés ont été rapportés (cas incidents hospitaliers et cas positifs en laboratoire) par les remontées des données de laboratoires de biologie médicale (source 3 Labo) et des patients hospitalisés pour COVID-19 (source SI-VIC).
- Depuis le 13 mai 2020, les cas de COVID-19 sont rapportés par le Système d'Information de dépistage (SI-DEP) permettant une estimation à visée exhaustive des nombres de cas confirmés en France. Entre le 13 mai et le 15 juillet 2020, 33 061 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Il est ainsi estimé un total de **173 304 cas confirmés de COVID-19** en France au 15 juillet 2020.
- De la semaine 15 à la semaine 24, le **nombre hebdomadaire de cas confirmés a été en diminution**, passant de 30 111 cas confirmés en S14 à 2 973 cas en S24. Néanmoins, depuis la semaine 24, le **nombre hebdomadaire de cas confirmés est à nouveau en augmentation**, passant de 2 973 cas confirmés en S24 à 3 844 cas en S28 (Figure 8). On peut notamment expliquer cette augmentation par la situation épidémiologique en Guyane. **En France métropolitaine**, le nombre de cas confirmés est en augmentation modérée (S26 : 2 069 cas confirmés, S27 : 2 331 (+13%), S28 : 2 780 (+19%)).

Figure 8. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 23 janvier au 12 juillet 2020 (données arrêtées le 15 juillet 2020).



Au cours de la vague épidémique et jusqu'à la levée des mesures de confinement de la population, tous les patients présentant des signes de COVID-19 n'ont pas systématiquement bénéficié d'un test biologique pour confirmer une infection (recommandations ministérielles du 13 mars 2020). Le nombre réel de cas de COVID-19 en France était donc supérieur au nombre estimé de cas confirmés pendant cette période.

Depuis le déconfinement, il est demandé que les patients présentant des symptômes évocateurs du COVID-19 ainsi que les sujets contacts d'un cas confirmé soient dépistés pour le SARS-CoV-2 [1]. A compter de cette date et grâce au système SI-DEP, le nombre de cas confirmés permet désormais, théoriquement, d'estimer le nombre réel de cas de COVID-19 en France. Ce nombre peut cependant être sous-estimé du fait de l'absence de dépistage systématique de personnes infectées symptomatiques ou asymptomatiques.

[1] DGS-Urgent. Prise en charge par les médecins de ville des patients de COVID-19 en phase de déconfinement. Disponible via ce lien : [cliquez ici](#)

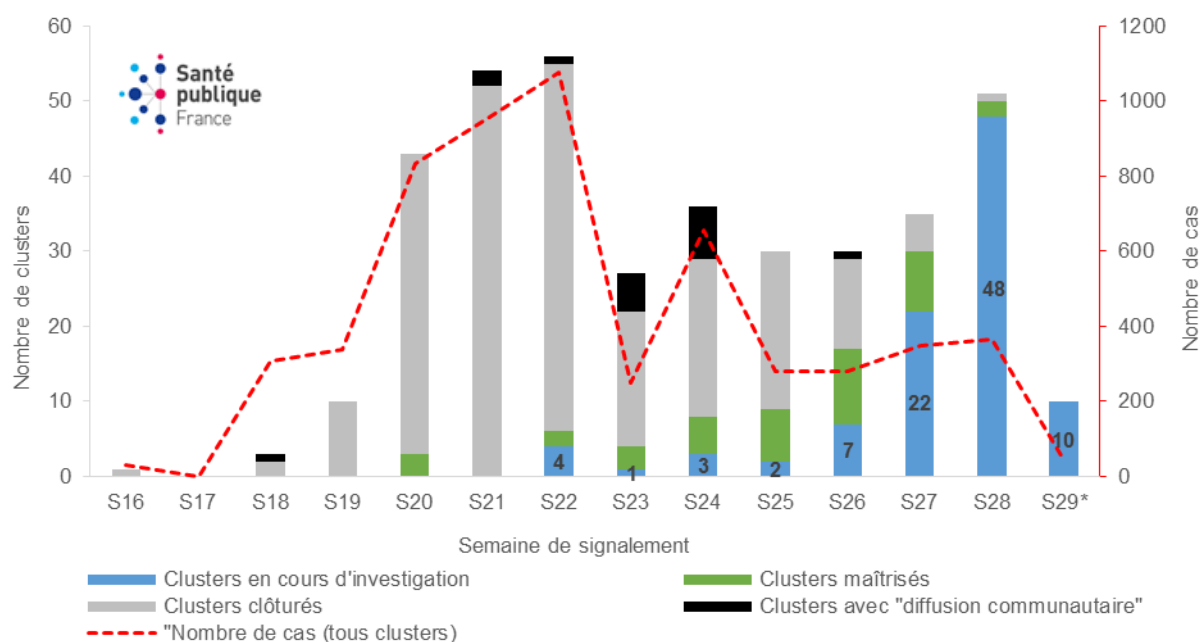
Signalement à visée d'alerte des clusters (ou foyers de

Préambule : Depuis la levée du confinement, les ARS en lien avec les cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters détectés, selon le guide en vigueur [1]. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler ces foyers. Un **cluster** est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, et qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non. Le système d'information **MONIC**, développé par Santé publique France, permet de présenter ce bilan.

Cluster hors Ehpad et milieu familial restreint

- **Au 15 juillet 2020**, le bilan s'élève à **386 clusters** (hors Ehpad et milieu familial restreint) rapportés depuis le 9 mai : **366 clusters en France métropolitaine et 20 dans les départements et régions d'outre-mer** (Figures 9 et 10). **Le nombre hebdomadaire de clusters signalés est en hausse importante en semaine 28 avec 51 clusters rapportés contre 35 en semaine 27. Au 15 juillet, 97 clusters étaient toujours en cours d'investigation, tous situés en France métropolitaine.**
- **Un quart des clusters signalés depuis le 9 mai sont encore en cours d'investigation** (25,1%, n=97), 10,4% sont maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas), 60,1% sont clôturés (absence de nouveaux cas 14 jours après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine des contacts). Des clusters (4,4%) ont diffusé dans la communauté. **Les 15 clusters en Guyane sont considérés à diffusion communautaire. En France métropolitaine, 2 clusters sont en diffusion communautaire : 1 en Normandie (Seine-Maritime) et 1 en Pays de la Loire (Mayenne).** En termes de criticité (potentiel de transmission ou critères de gravité), 79% des clusters sont de criticité modérée (44%) à élevée (35%). Parmi ceux qui restent en cours d'investigation, 33% ont une criticité élevée.
- Les clusters concernent notamment des établissements de santé (21%), des entreprises (19% en entreprises privées et publiques, hors santé) et des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité (13% en établissements d'hébergement social et d'insertion et 4% en communautés vulnérables) (Tableau 1).
- La majorité (69%) des clusters comporte plus de 5 cas. Le nombre moyen de cas par cluster est de 14,9 cas (médiane = 7 cas). Au total, les 386 clusters rapportés sont à l'origine de 5 764 cas.

Figure 9. Distribution du nombre de clusters selon leur statut (hors Ehpad et milieu familial restreint) et du nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement inclus entre le 9 mai et le 15 juillet 2020 (N=386), au 15 juillet 2020 (Source : MONIC)



* données provisoires

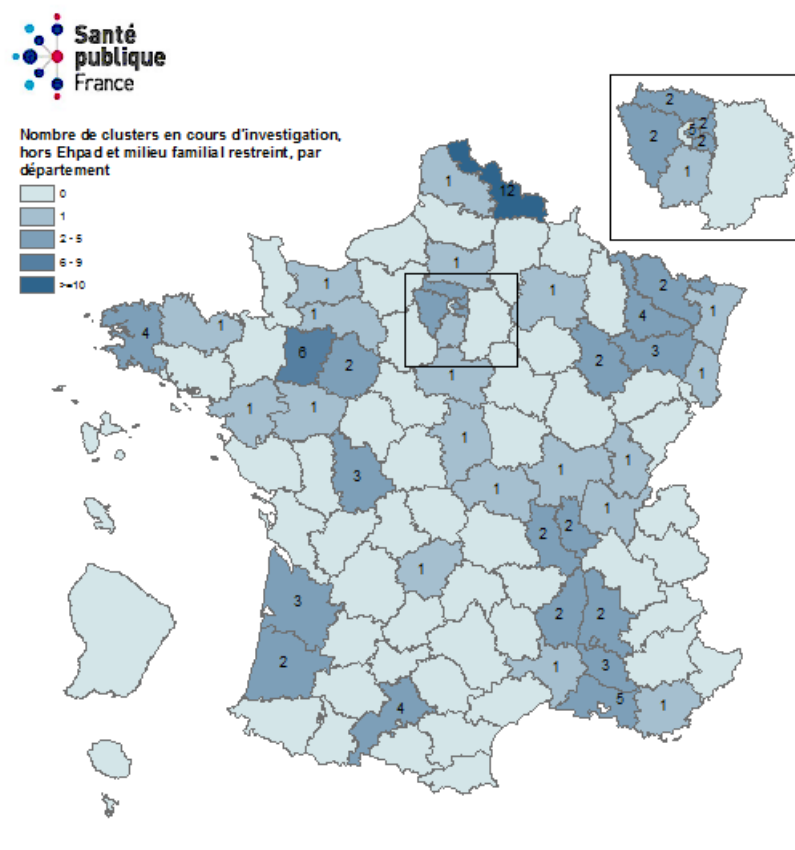
[1] Pour en savoir plus : [Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19](#)

Tableau 1 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par type de collectivité, inclus entre le 9 mai et le 15 juillet 2020 (N=386) (Source : MONIC)

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=386	%	N=97	%
Etablissements de santé	82	21	10	10
Entreprises privées et publiques (hors ES)	72	19	24	25
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	52	13	9	9
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	50	13	15	15
EMS de personnes handicapées	21	5	6	6
Milieu scolaire et universitaire	20	5	6	6
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	16	4	3	3
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	16	4	12	12
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	12	3	2	2
Etablissements pénitentiaires	5	1	0	-
Crèches	5	1	1	1
Transport (avion, bateau, train)	4	1	0	-
Structure de l'aide sociale à l'enfance	2	1	0	-
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-	0	-
Autre	29	8	9	9

ES : établissement de santé
EMS : établissement médico-social

Figure 10. Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) en cours d'investigation par département, inclus entre le 9 mai et le 15 juillet juin 2020 (N=97) (Source : MONIC)



Source : MONIC - Santé publique France

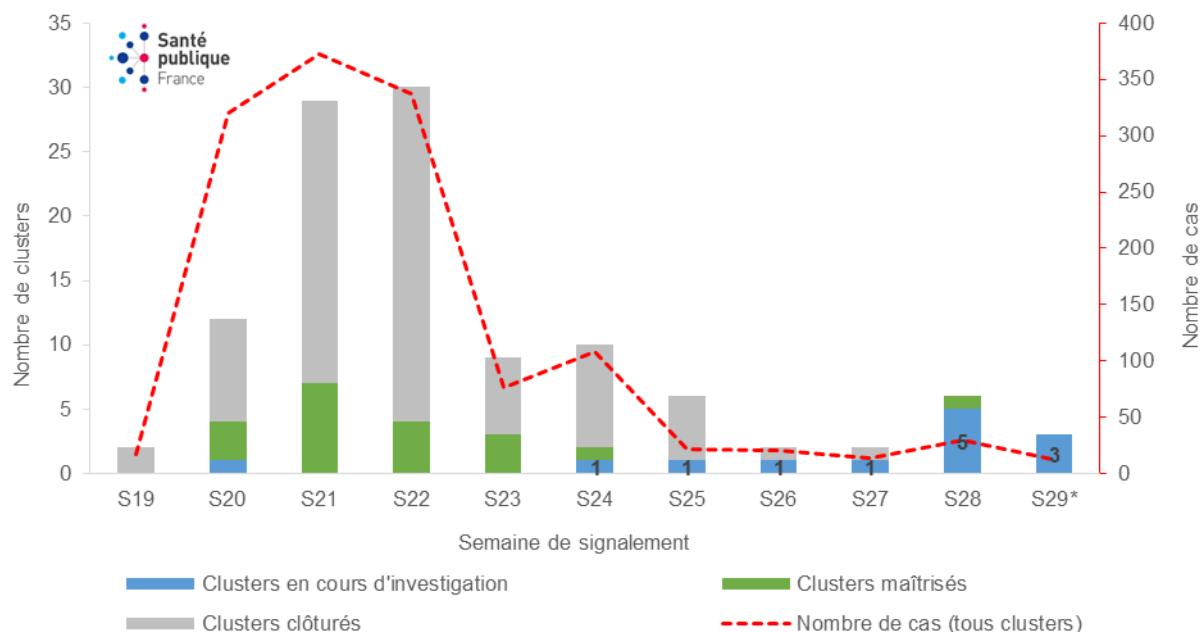
Pour en savoir plus sur les données régionales, consulter : [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr)

Clusters en Ehpad

Parallèlement aux dispositifs de surveillance mis en place dans les ESMS (cf page 12), les épisodes répondant à la définition de cas d'un cluster (survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours) sont intégrés dans le système d'information MONIC, développé par Santé publique France.

- Au **15 juillet 2020**, le bilan s'élève à **111 clusters** inclus depuis le 9 mai (Figure 11). Le nombre hebdomadaire de clusters signalés en Ehpad est en diminution depuis la semaine 23 et demeure à un niveau faible.
- Au 15 juillet, 11,7% (n=13) des clusters sont encore en cours d'investigation, 17,1% sont maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas) et 71,2% sont clôturés (absence de nouveaux cas 14 jours après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine des contacts)
- La majorité (65%) des clusters comporte plus de 5 cas. Le nombre moyen de cas par cluster est de 12 cas (médiane = 7 cas). Au total, les 111 clusters rapportés sont à l'origine de 1 330 cas.
- De par la nature de cette collectivité, l'intégralité des clusters en Ehpad est de criticité élevée.

Figure 11 : Distribution du nombre de clusters en Ehpad selon leur statut et du nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement inclus entre le 9 mai et le 15 juillet 2020 (N=111), au 15 juillet 2020 (Source : MONIC)



* données provisoires

Surveillance dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

Du fait du délai court entre le signalement par les établissements et la production du point épidémiologique, les données les plus récentes ne sont pas consolidées. Les processus d'assurance qualité mis en place au niveau régional peuvent conduire à des corrections ultérieures de données.

A noter que depuis le 01 juillet 2020, les ESMS d'Ile-de-France ont commencé à déclarer leurs épisodes via l'application de Santé publique France. Les données d'Ile-de-France sont à interpréter avec prudence en attendant que le transfert de données soit stabilisé.

- Entre le 1^{er} mars et le 14 juillet 2020, **8 130 signalements** rapportaient un ou plusieurs cas de COVID-19 déclarés dans le portail national des signalements de Santé publique France et le portail de l'ARS Ile-de-France.
- Il s'agissait de **5 116 (63 %) signalements** provenant d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD, EHPA et autres établissements) et **3 014 (37 %) d'autres établissements médico-sociaux (ESMS)**.
- Parmi les 8 130 signalements (Tableau 2) :
 - **39 464 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents.
 - **10 541 cas sont décédés dans l'établissement d'accueil**, dont 10 455 (99 %) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
 - **3 917 cas sont décédés à l'hôpital**.
 - **20 491 cas confirmés** ont été rapportés parmi les membres du **personnel des ESMS**.
- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 14 juillet 2020, parmi les 5 116 signalements en établissements d'hébergements pour personnes âgées (EHPA), 3 419 épisodes comprenaient **au moins un cas confirmé** parmi les résidents ou le personnel.
- Au cours des deux semaines S27 et S28 (du 29 juin au 12 juillet), parmi l'ensemble des EHPA en France, **56 établissements (0,5%) ont déclaré au moins un nouveau cas confirmé** de COVID-19 parmi les résidents ou le personnel. Sur la même période, parmi les EHPA en France (Ile-de-France exclue), **40 (0,4%) établissements ont signalé un nouvel épisode** (date de début des signes du premier cas ou à défaut date de signalement comprise entre le 29 juin et le 14 juillet) avec au moins un cas confirmé.

Tableau 2 : Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'établissement, chez les résidents et le personnel dans les ESMS, rapportés du 1^{er} mars au 14 juillet 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide en-fance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	5 116	2 311	374	329	8 130
Chez les résidents					
Cas confirmés ⁶	34 867	3 978	160	459	39 464
Décès hôpitaux ⁷	3 692	204	0	21	3 917
Décès établissements ⁷	10 455	75	0	11	10 541
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	16 604	3 428	272	187	20 491

¹Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements-EHPA, résidences autonomie, résidences seniors) ;

²Hébergement pour personnes handicapées (FAM, IME, autres établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, Instituts pour déficient auditifs et visuels), autre établissements pour adultes (foyer de vie, foyer d'hébergement));

³Aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS) ;Autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement) ;

⁵Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible ;

⁶Cas confirmé COVID-19 : toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le SARS-CoV-2 parmi les personnes résidentes ou les membres du personnel d'un ESMS/EHPA.

⁷Cas possibles et confirmés décédés.

- Après la décroissance observée depuis début avril, **le nombre de signalements reste très faible depuis début mai, il est inférieur à 10 signalements par jour depuis au moins 30 jours en France hors Ile-de-France** (Figure 12).
- **Le nombre de décès chez les résidents**, en établissement et à l'hôpital, a atteint un pic début avril et décroît continuellement depuis : ce nombre varie entre 0 et 9 décès par jour, depuis le 29 Juin et était toujours inférieur à 5 décès par jour cette dernière semaine en France hors Ile-de-France (Figure 13).

Figure 12. Nombre de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19 (n=6 484), par date de début des signes du premier cas, du 1^{er} mars au 14 juillet 2020, France (hors Ile-de-France).

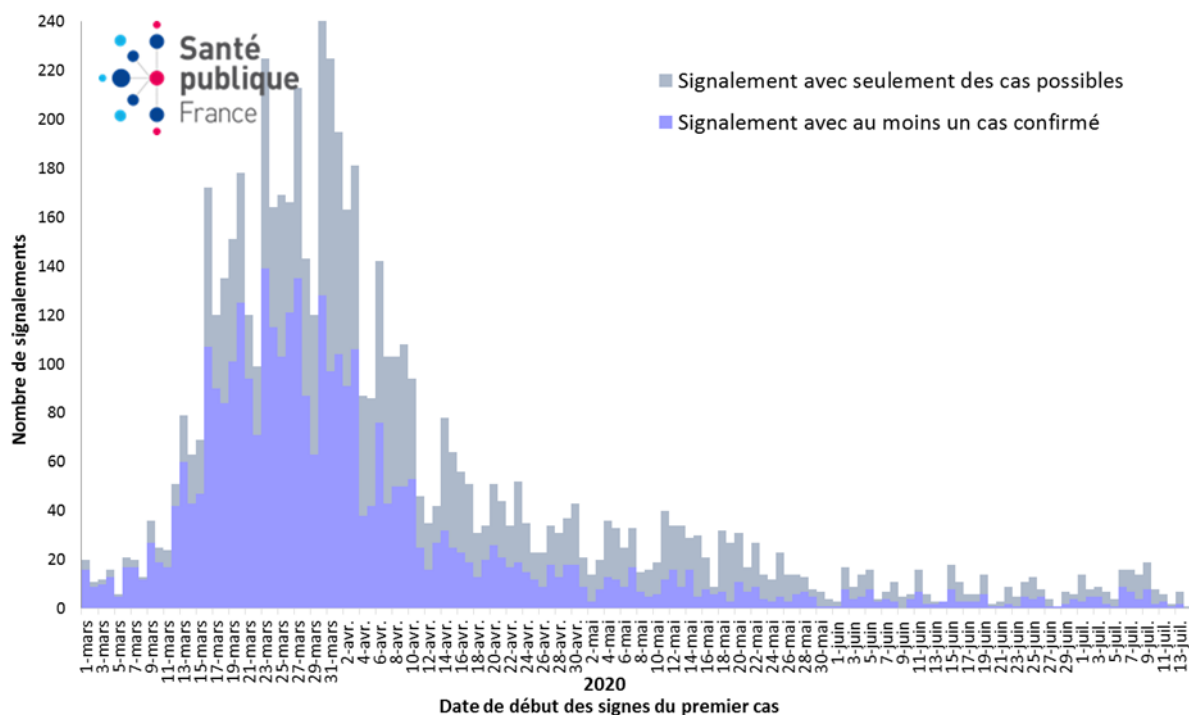
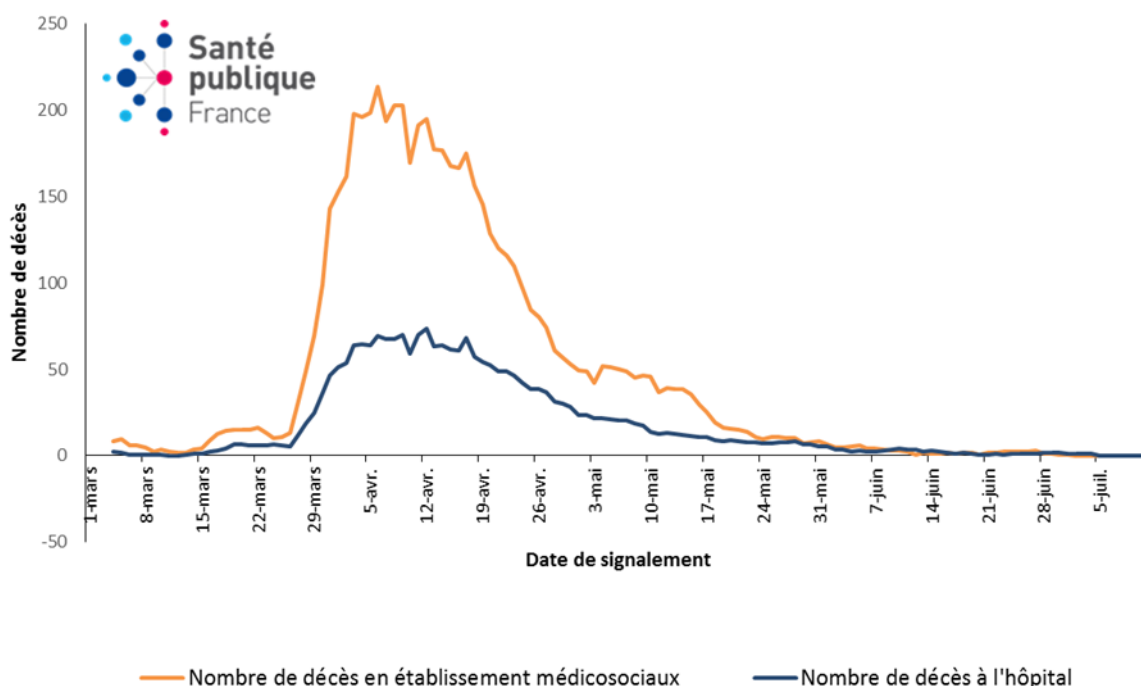


Figure 13. Nombre moyen (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès, rapportés du 1^{er} mars au 14 juillet 2020, en France hors Ile-de-France.



Passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (Réseau OSCOUR®)

- En semaine 28 (du 6 au 12 juillet 2020), **1 470 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période, représentant 0,5% de l'activité totale des services d'urgence du réseau OSCOUR®.
- Ces passages étaient en **légère hausse** de 9% en semaine 28 par rapport à la semaine 27 avec une part d'activité stable (1 353 passages et 0,5% de l'activité totale en S27 – données consolidées au 14 juillet 2020) (Figure 14). Les régions présentant une forte hausse étaient : Provence-Alpes-Côte d'Azur (+85% soit +45 passages), Nouvelle-Aquitaine (+57% soit +30 passages), Bourgogne-Franche-Comté (+42% soit +25 passages), Centre-Val-de-Loire (+50% soit +13 passages), Hauts-de-France (+35% soit +25 passages) et Île-de-France (+18% soit +50 passages). Dans le département de la Mayenne, une forte hausse des passages en semaine 28 (54 passages en S28 vs 10 passages en S27) était observée.
- Chez les enfants de moins de 15 ans, le nombre de passage diminue (-11%) alors qu'il était en hausse chez les adultes (+11%).
- La proportion d'hospitalisations après passages était également stable à 31% (vs 35% en S27 – données consolidées au 14 juillet 2020).
- En semaine 28, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 enregistrés au niveau national, 22% ont été enregistrés en Île-de-France, 12% en Guyane, 9% en Auvergne Rhône-Alpes et 9% en Bretagne.
- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **173 020 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 14 juillet 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

Figure 14. Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et classe d'âge, depuis le 26 février et depuis le 1er juin 2020, France (source: OSCOUR®)

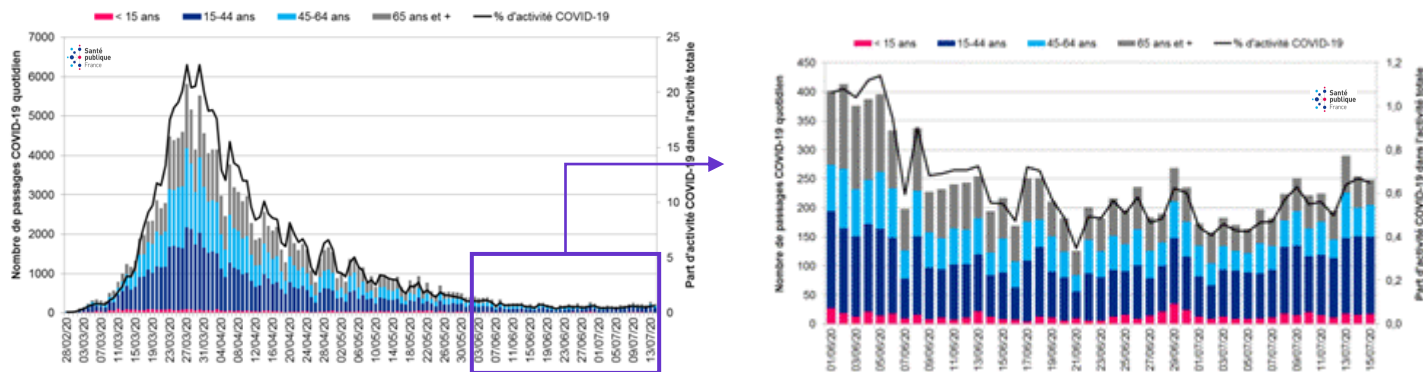
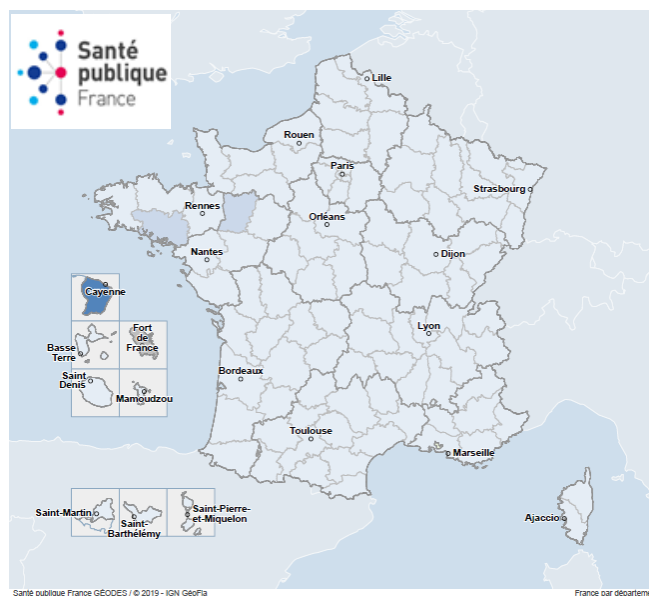
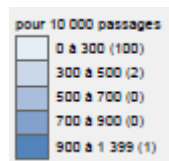


Figure 15. Taux hebdomadaires de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, semaine 28, France (source : OSCOUR®)



Nombre de reproduction effectif «R effectif»

Le nombre de reproduction R (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori [1], avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont désormais produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP (nombre quotidien de tests PCR positifs) et des passages aux urgences (OSCOUR®). L'indicateur calculé sur les données SI-DEP a l'avantage de s'appuyer sur de données sur de cas confirmés de COVID-19 et de donner des tendances réactives. Le R effectif estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ 1 à 2 semaines auparavant (intégrant le délai entre la contamination et le test, et le fait que le calcul est effectué sur une période de 7 jours). En revanche, cet indicateur peut être instable notamment lorsque l'incidence est faible car est influencé par les actions locales de dépistage. L'indicateur calculé à partir des données de passages aux urgences est plus stable, mais montre des tendances plus tardives. Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas.

Les valeurs de R ne doivent donc pas être interprétées de façon isolée, mais doivent être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse fine de la situation locale.

Les estimations du nombre de reproduction entre le **5 juillet et le 11 juillet 2020** sont basées sur les nombres de tests PCR positifs au SARS-COV-2 remontés par le système SI-DEP ainsi que sur les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (données OSCOUR®).

- **En France métropolitaine**, le nombre de reproduction calculé grâce aux données virologiques (SI-DEP) est de **1,18** (intervalle de confiance (IC95%) : 1,13-1,22). Celui calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) est de **1,12** (IC95% : 1,06-1,18) (Tableau 3). Ces deux estimations sont significativement supérieures à 1, ce qui indique que la transmission de l'infection à SARS-CoV-2 est en progression.
- **En France métropolitaine, les deux R effectifs régionaux sont significatifs dans 3 régions : Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de la Loire et Ile-de-France.** Le R effectif SI-DEP est significatif dans 3 régions supplémentaires mais sans que le R effectif OSCOUR ne soit significativement supérieur à 1 : Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle-Aquitaine et Bretagne (Tableau 3).
- Les régions Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val de Loire, Haut-de-France et Occitanie ont des R effectifs SI-DEP supérieurs à 1 mais non significatifs (valeur « 1 » comprise dans l'intervalle de confiance).

Tableau 3 : Nombre de reproduction effectif (R effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2 et des passages aux urgences avec suspicion de SARS-COV-2 par région, France métropolitaine et ultra-marine, sur 7 jours glissants, du 5 au 11 juillet 2020 (Sources : SI-DEP et OSCOUR®)

Territoire	Régions	R effectif (Intervalle de confiance à 95%)	
		SI-DEP	OSCOUR®
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1,29 (1,14-1,44)	1,02 (0,86-1,20)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,21 (0,95-1,50)	1,10 (0,87-1,35)
	Bretagne	2,62 (2,12-3,18)	1,03 (0,84-1,23)
	Centre-Val de Loire	0,77 (0,58-0,99)	1,16 (0,83-1,53)
	Corse	NC	NC
	Grand Est	0,97 (0,82-1,13)	0,88 (0,68-1,11)
	Hauts-de-France	1,06 (0,95-1,18)	1,17 (0,94-1,41)
	Ile-de-France	1,15 (1,08-1,22)	1,23 (1,10-1,36)
	Normandie	0,81 (0,66-0,97)	0,81 (0,60-1,05)
	Nouvelle-Aquitaine	1,37 (1,12-1,64)	1,14 (0,90-1,41)
	Occitanie	1,00 (0,83-1,18)	1,05 (0,80-1,33)
	Pays de la Loire	1,50 (1,32-1,68)	1,22 (1,01-1,46)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,55 (1,37-1,75)	1,40 (1,12-1,71)
	France métropolitaine	1,18 (1,13-1,22)	1,12 (1,06-1,18)
France ultra-marine	Guadeloupe	NC	NC
	Guyane	0,84 (0,79-0,89)	0,92 (0,79-1,05)
	La Réunion	NC	NC
	Martinique	NC	NA
	Mayotte	0,56 (0,41-0,72)	NC

NC : le taux de reproduction n'est pas calculable de façon fiable en raison d'un nombre de cas insuffisant sur les 7 derniers jours. Le Reff ne peut être calculé à la Réunion du fait d'une proportion trop importante de cas importés ni en Corse car les cas sont survenus chez des personnes Corse résidant hors de Corse.

[1] Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A new framework and software to estimate time-varying reproduction numbers during epidemics. Am. J. Epidemiol. 2013; 178, pp. 1505-1512

Surveillance en milieu hospitalier

Hospitalisations, admissions en réanimation, retours à domicile (données SI-VIC)

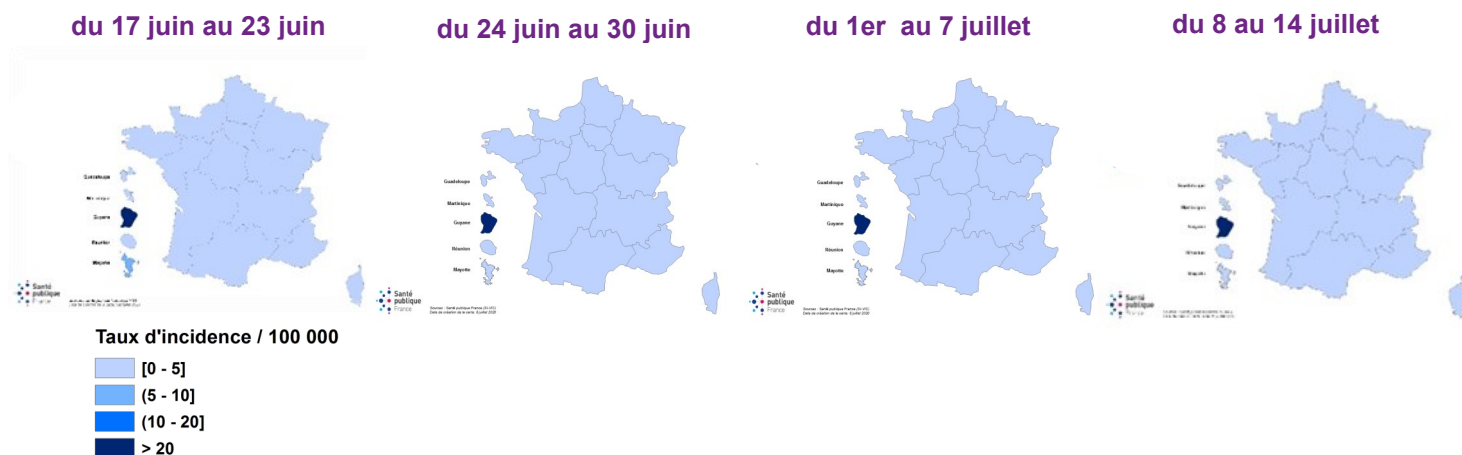
- Depuis le 1^{er} mars 2020, **1 514** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Parmi les **105 750 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 4) :
 - L'âge médian des patients est de 72 ans et 56% sont des hommes.
 - 19 579 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 78 820 patients sont retournés à domicile.
- Le **15 juillet 2020, 6 915 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 482 cas en réanimation.**

Tableau 4. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 15 juillet 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars, par classe d'âge et par région, France (source : SI-VIC)

	Le 15 juillet 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	6 915		482		78 820		19 579	
Classes d'âge *								
Total	6 851		478		78 294		19 469	
0-14 ans	30	<1	4	<1	913	1	3	<1
15-44 ans	399	6	46	10	10 625	14	199	1
45-64 ans	1 363	20	175	37	22 732	29	2 017	10
65-74 ans	1 470	21	153	32	14 927	19	3 472	18
75 et +	3 589	52	100	21	29 097	37	13 778	71
Régions *								
Total	6 873		457		78 809		19 559	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	443	6	21	5	7 833	10	1 748	9
Bourgogne-Franche-Comté	89	1	9	2	3 954	5	1 060	5
Bretagne	76	1	3	<1	1 296	2	260	1
Centre-Val de Loire	366	5	14	3	1 997	3	553	3
Corse	12	<1	1	<1	247	<1	59	<1
Grand Est	874	13	42	9	12 445	16	3 591	18
Hauts-de-France	645	9	40	9	6 691	8	1 885	10
Île-de-France	3 246	47	237	52	28 451	36	7 513	38
Normandie	201	3	5	1	1 709	2	436	2
Nouvelle-Aquitaine	64	<1	11	2	2 206	3	423	2
Occitanie	47	<1	7	2	2 921	4	513	3
Pays de la Loire	138	2	5	<1	2 120	3	470	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	464	7	23	5	5 544	7	954	5
Outre-Mer								
La Réunion	22	<1	4	<1	152	<1	3	<1
Martinique	14	<1	5	1	90	<1	15	<1
Mayotte	10	<1	2	<1	397	<1	28	<1
Guadeloupe	9	<1	4	<1	83	<1	16	<1
Guyane	153	2	24	5	673	<1	32	<1

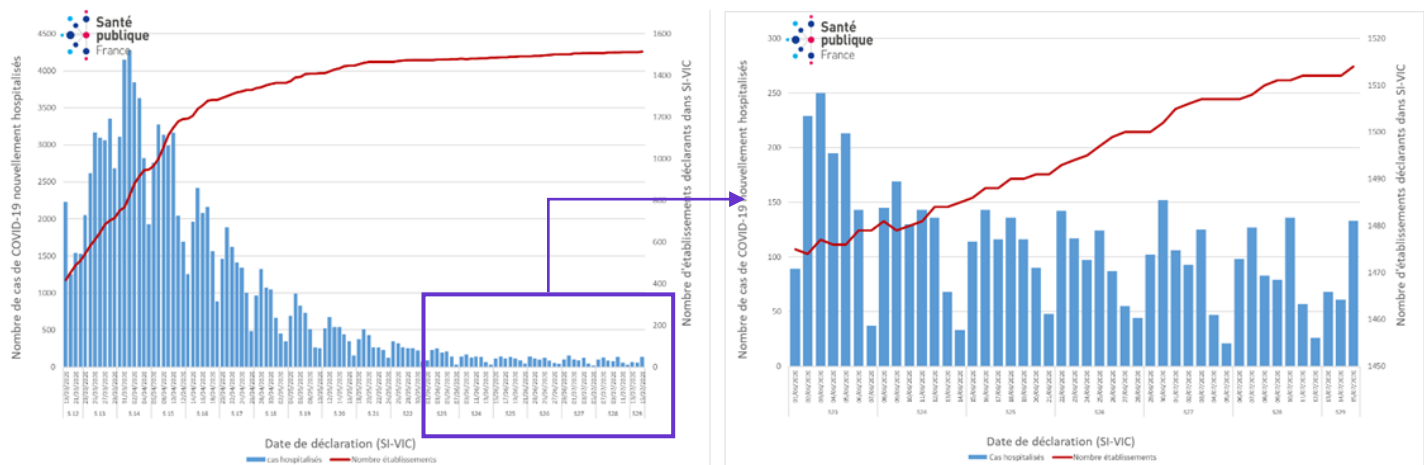
* L'information sur l'âge n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Figure 16. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 17 juin et le 14 juillet, France (source : SI-VIC)



- Le **plus fort taux hebdomadaire d'hospitalisations** (du 8 au 14 juillet) de patients COVID-19 a été observé en **Guyane** (50,2/100 000 habitants). Les taux d'hospitalisations hebdomadaires étaient inférieurs à 5,0/100 000 habitants dans toutes les autres régions (Figure 16). **En Guyane**, le taux d'hospitalisation était en baisse (50,2 vs 58,1/100 000 h la semaine précédente). **A Mayotte**, le taux d'hospitalisation a poursuivi sa diminution (1,8 vs 4,7/100 000 habitants la semaine précédente). Dans toutes les régions de France métropolitaine, le taux hebdomadaire d'hospitalisations restait inférieur à 5/100 000 habitants.
- Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a continué de décroître en **semaine 28** (du 6 au 12 juillet) : 606 en S28 versus 646 en S27 (Figure 17). Le nombre **journalier** de cas COVID-19 hospitalisés est en **constante diminution** depuis le 14 avril (Figure 17).

Figure 17. Nombre journalier de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés et nombre d'établissements déclarant, depuis le 19 mars et depuis le 1er juin 2020, données au 15 juillet 2020, France (source : SI-VIC)



- **Au 15 juillet 2020**, 482 cas de COVID-19 sont toujours hospitalisés en réanimation en France et 16 nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation ont été rapportées (Figure 18).
- Le **nombre hebdomadaire de nouvelles admissions** en réanimation reste stable en semaine 28 (78 versus 73 en S27) (Figure 18).
- Le **nombre journalier de cas hospitalisés en réanimation** est toujours en diminution depuis le 8 avril (Figure 18) et se maintient depuis le 9 juin en dessous de 1 000 patients.
- Sur la **semaine du 8 au 14 juillet**, le plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 a été observé en Guyane, bien qu'en baisse (4,5/100 000 habitants contre 7,9 la semaine précédente) (Figure 19). Dans toutes les autres régions, le taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 est inférieur à 0,5/100 000 habitants.

Figure 18. Nombre journalier de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, depuis le 19 mars et depuis le 1er juin 2020, données au 15 juillet 2020, France (source : SI-VIC)

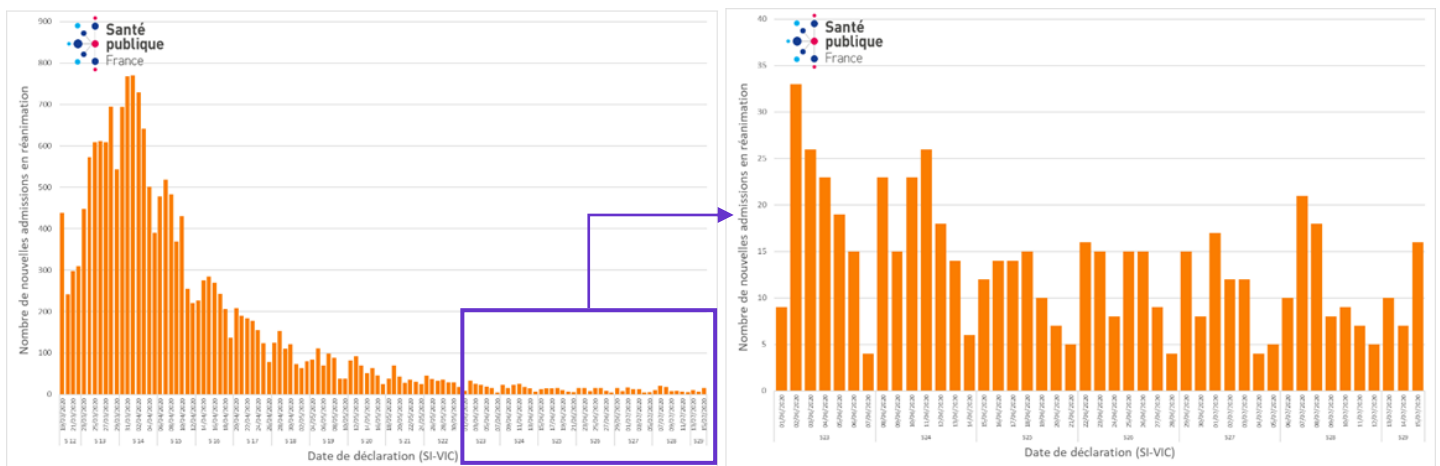
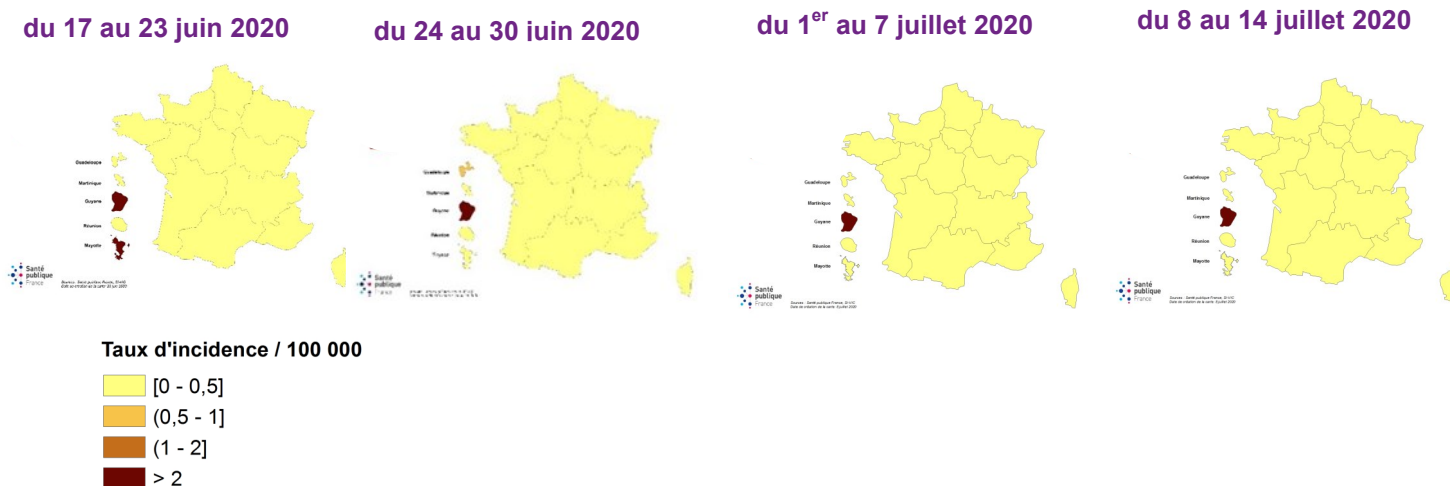


Figure 19. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 17 juin et le 14 juillet, France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire de décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 augmente en S28 (129 versus 107 en S27) (Figure 20).
- Le nombre hebdomadaire des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation était de 1 328 en semaine 28 (versus 1 380 en S27) (Figure 21).

Figure 20. Nombre journalier de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19, depuis le 19 mars et depuis le 1er juin 2020, France, données au 15 juillet 2020 (source : SI-VIC)

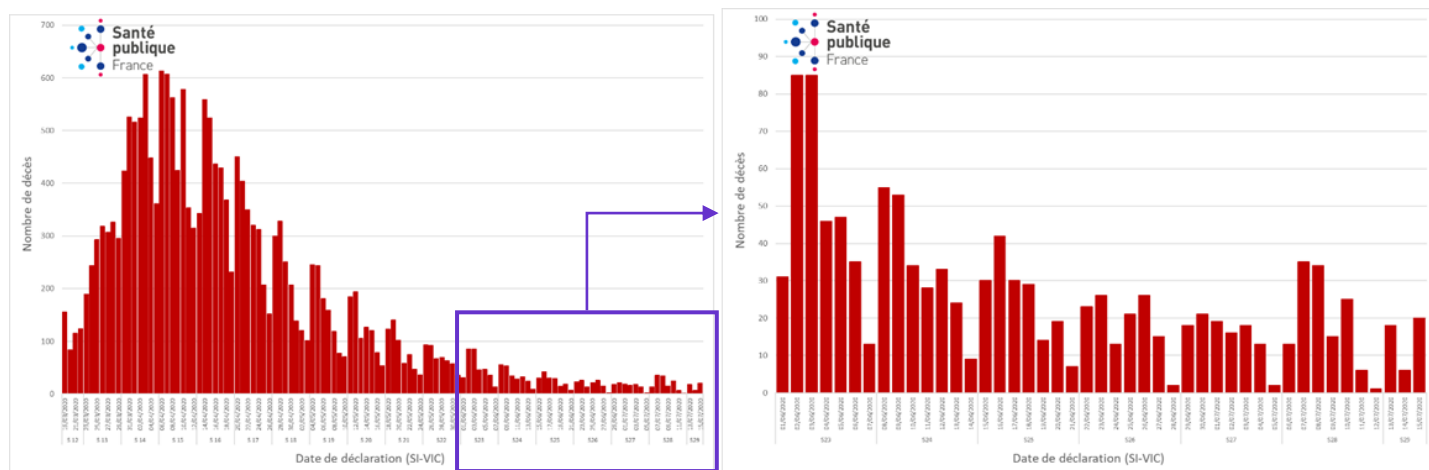
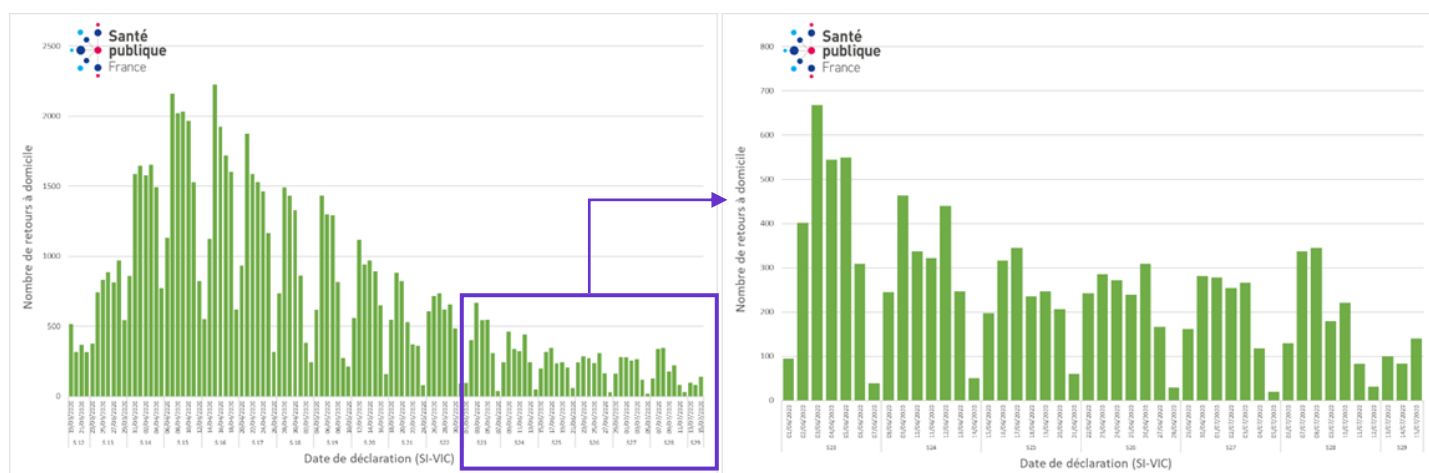


Figure 21. Nombre journalier de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19, depuis le 19 mars et depuis le 1er juin 2020, France, données au 15 juillet 2020 (source : SI-VIC)



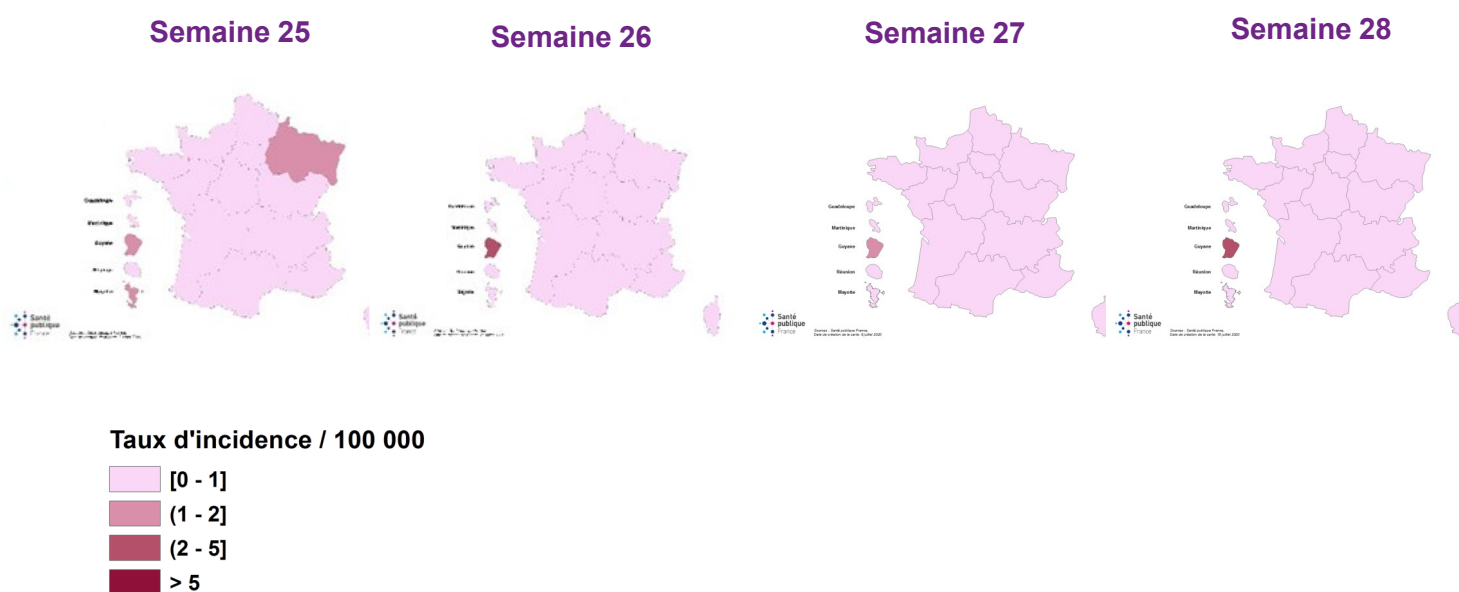
Surveillance de la mortalité

Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

Les estimations de la mortalité due à la COVID-19 sont basées sur le nombre de patients décédés au cours d'une hospitalisation (données SI-VIC) et le nombre de résidents décédés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (hors hospitalisation).

- Entre le 1er mars et le 15 juillet 2020, **30 120 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : 19 579 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 541 décès parmi des résidents en EHPA et autres EMS.
- **Au moins 92% des cas de COVID-19 décédés sont âgés de 65 ans ou plus.**
- **Au niveau national**, le nombre hebdomadaire de décès en France a augmenté entre les semaines 27 et 28 (182 en S28 vs. 124 en S27). Le taux de décès hebdomadaire (pour 100 000 habitants) à l'échelle nationale est également à la hausse : il était de 0,27 en S28 vs. 0,18 en S27.
- **En semaine 28**, le plus fort taux de décès de patients COVID-19 rapporté à la population (pour 100 000 habitants) était observé en Guyane (2,86/100 000 h). Le taux observé était de 0,74 dans les Hauts-de-France, 0,67 en Île-de-France et de 0,57 en Bourgogne-Franche-Comté. Pour toutes les autres régions, ce taux était inférieur à 0,5/100 000 habitants.
- Les taux hebdomadaires de décès (pour 100 000 habitants) continuent de diminuer ou restent stables entre les semaines 27 et 28 dans la plupart des régions. Les taux **augmentent** principalement dans les régions : **Guyane** (2,86/100 000h en S28 vs. 1,43 en S27), **Hauts-de-France** (0,74/100 000 h en S28 vs. 0,12 en S27), **Île-de-France** (0,67/100 000 h en S28 vs 0,41 en S27), **Bourgogne-Franche-Comté** (0,57/100 000h en S28 vs. 0,18 en S27) (Figure 22).

Figure 22. Taux hebdomadaires de décès dû à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS), S25 (du 15 au 21 juin), S26 (du 22 au 28 juin), S27 (29 au 5 juillet) et S28 (du 6 au 12 juillet) par région en France (source : SI-VIC et ESMS)



Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, **11 172 certificats de décès** contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 6).

- L'âge médian au décès était de 84 ans et 90% avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 54% de ces décès.

- Des **comorbidités** étaient renseignées pour 7 363 décès, soit **66%** des certificats de décès. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 25% de ces décès et une mention de pathologie cardiaque pour 34% de ces décès.

- Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 3% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.

Tableau 6. Description des décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 14 juillet 2020 (données au 15 juillet 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%
Hommes	6 068	54

Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	1	100	1	0
15-44 ans	35	34	68	66	103	1
45-64 ans	280	29	701	71	981	9
65-74 ans	569	33	1 171	67	1 740	16
75 ans ou plus	2 925	35	5 422	65	8 347	75
Tous âges	3 809	34	7 363	66	11 172	100

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	7 363	66
Aucune ou non renseigné	3 809	34

Description des comorbidités	n	%
Obésité	440	6
Diabète	1 197	16
Pathologie respiratoire	959	13
Pathologie cardiaque	2 498	34
Hypertension artérielle	1 824	25
Pathologie neurologiques	675	9
Pathologie rénale	919	12
Immunodéficience	168	2

* ce groupe inclut les pathologies neuro-vasculaires et neuro-musculaires

¹% présentés en ligne ; ²% présentés en colonne

Mortalité toutes causes

L'analyse de la mortalité toutes causes confondues s'appuie sur les données d'état civil d'environ 3 000 communes françaises, enregistrant 77% de la mortalité nationale. Ces données ne permettent pas de disposer des causes médicales de décès.

- **Au niveau national**, depuis la semaine 18 (du 27 avril au 3 mai), la mortalité est revenue dans les marges de fluctuation habituelle, tous âges confondus (Figure 23).
- **Au niveau régional, une hausse de la mortalité est observée en Guyane sur les semaines 25 (du 15 au 21 juin), 26 (du 22 au 28 juin) et 27 (du 29 juin au 5 juillet)**, avec un nombre observé de décès significativement supérieur à celui attendu sur la semaine 25 (Figure 24). Cet excès concerne principalement les personnes âgées de plus de 65 ans. Tous âges confondus, il n'y a pas eu d'excès de mortalité dans les autres régions sur les semaines 23 à 26.

Figure 23. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 50-2013 à la semaine 27-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

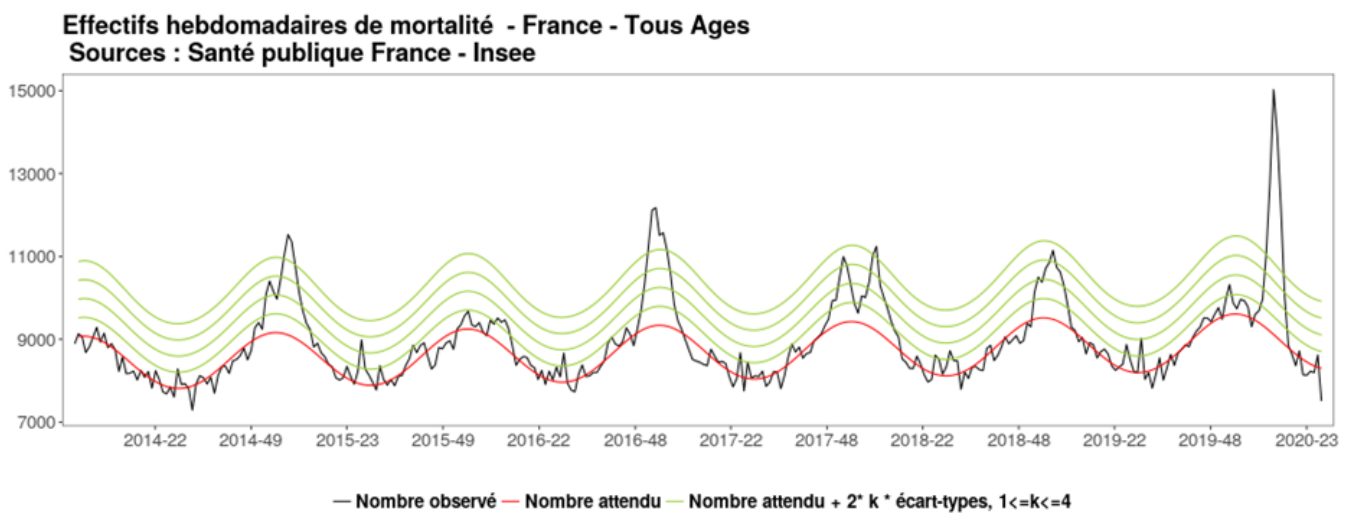
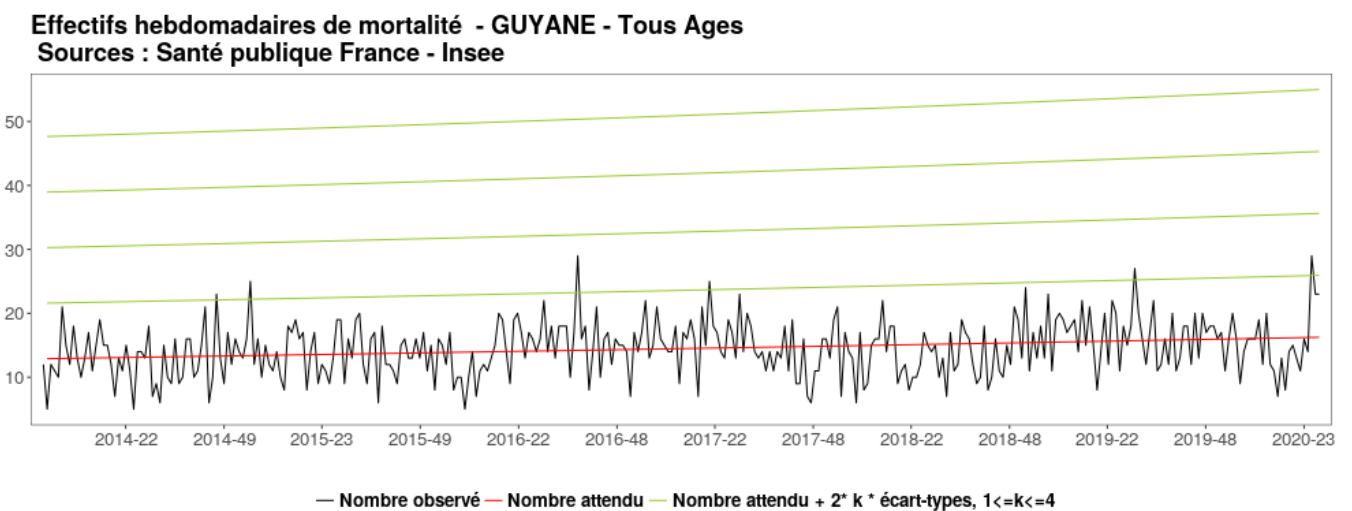


Figure 24. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en Guyane, de la semaine 50-2013 à la semaine 27-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

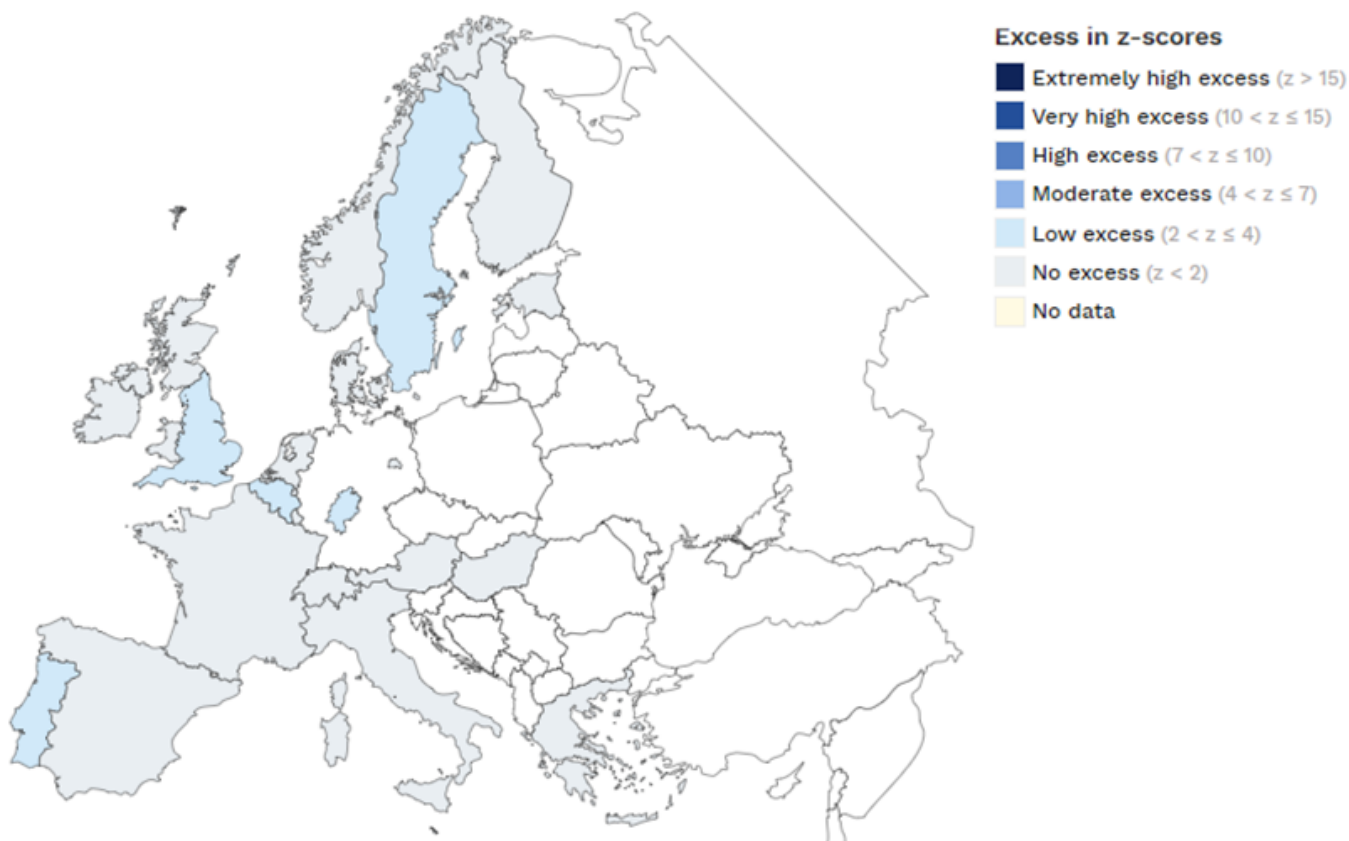


Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil et du week-end long du 14 juillet, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. La hausse de la mortalité observée en Guyane peut être en lien à l'épidémie de COVID-19, sans qu'il ne soit possible à ce jour d'en estimer la part attribuable précise.

Mortalité à l'échelle européenne

- A l'échelle européenne, parmi les 24 pays ou régions qui participent au consortium EuroMOMO (<https://www.euromomo.eu/>) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, la mortalité est en recul dans la plupart des pays ou régions ayant observé un excès de mortalité.
- Un excès de mortalité était encore observé dans 2 pays/régions en semaines 23 et 24, dans 3 pays/régions en semaine 25 et dans 5 pays/régions en semaine 26 (Suède, Allemagne (Hesse), Belgique, Portugal et Angleterre) (Figure 25).

Figure 25. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 26-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 1er juillet) (Source : Euromomo)



Prévention

Suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale

Enquête Santé publique France CoviPrev : enquêtes Internet répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (*Access panel*). Résultats **Vague 1** (23-25 mars), **Vague 2** (30 mars-1^{er} avril), **Vague 3** (14-16 avril), **Vague 4** (20-22 avril), **Vague 5** (28-30 avril), **Vague 6** (4-6 mai), **Vague 7** (13-15 mai), **Vague 8** (18-20 mai), **Vague 9** (27-29 mai), **Vague 10** (8-10 juin), **Vague 11** (22-24 juin) et **Vague 12** (6-8 juillet). Données redressées sur le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, la catégorie d'agglomération et la région d'habitation.

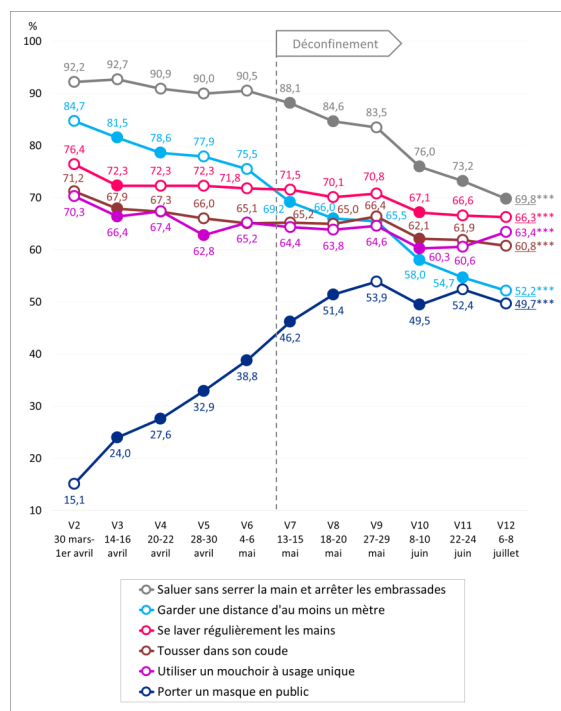
Adoption des mesures de prévention

En préambule, il est important de noter que le niveau d'adoption des mesures de prévention est élevé, comparativement aux pandémies précédentes. Les Français adoptent les mesures (de temps en temps, souvent ou systématiquement) à un niveau très élevé (en général au-dessus de 95%) qui évolue peu avec le temps. Le choix de la modalité « systématiquement » a justement été opéré pour mieux détecter les changements dans une logique de suivi de l'évolution des comportements et de pilotage de la réponse préventive. De surcroît, cet indicateur a été élaboré dans un contexte de pic épidémique et de saturation des services d'urgence et de réanimation, avec l'idée que la bonne cible comportementale pour éviter la propagation du virus était l'adoption systématique des mesures de prévention. L'application non systématique des mesures par la population peut être considérée soit comme un relâchement soit comme une meilleure compréhension du risque et une adaptation des comportements des individus aux caractéristiques perçues des situations qu'ils rencontrent (en plein air ou en endroits confinés, selon que l'on est seul ou en groupe, avec des personnes de son foyer ou des personnes extérieures...).

- En vague 12 (6-8 juillet), la seule mesure de prévention dont l'adoption systématique a significativement diminué en comparaison à la vague précédente (vague 11 : 22-24 juin) est « **Saluer sans se serrer la main et arrêter les embrassades** » (Figure 26).
- Sur la période de déconfinement (vague 7 à 12), les deux mesures de prévention dont l'adoption systématique a le plus diminué sont « **Saluer sans se serrer la main et arrêter les embrassades** » et « **garder une distance d'au moins un mètre** » (-18 et -17 points).
- Les autres mesures d'hygiène « **se laver régulièrement les mains** », « **tousser dans son coude** » ou « **utiliser un mouchoir à usage unique** » ont quant à elles légèrement diminué ou sont restées stables depuis le déconfinement.
- Le **port systématique du masque en public** a progressé jusqu'en vague 8 (2 semaines après la levée du confinement), puis a diminué entre les vagues 9 et 10. Il est resté stable depuis pour concerner une personne sur 2 en vague 12.

Figure 26. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 12) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 2), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période postconfinement (vague 7), test de Wald ajusté, $p < 0,05$.



En vague 12 (6-8 juillet), les profils de population **adoptant moins systématiquement les mesures de prévention** sont (Tableau 7) :

- Les **hommes** et les personnes ayant un **faible niveau de littératie** pour les trois indicateurs (nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées, adoption systématique de la distance d'au moins un mètre et du port du masque en public).
- Les **jeunes de 18 à 24 ans** pour les mesures d'hygiène et la distance d'au moins un mètre.
- Les **personnes résidant dans le Nord-Ouest de la France** pour la distance d'au moins un mètre et le port du masque en public.
- Les **personnes résidants dans le Sud-Ouest de la France ou ne présentant pas de risque de développer une forme grave de COVID-19** pour le port du masque en public.

Tableau 7. Variables sociodémographiques associées à une moindre adoption des mesures de prévention (vague 12 : 6-8 juillet 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020

	Moindre nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées parmi 4 ¹	Moindre pourcentage d'adoption systématique de la distance d'au moins 1 mètre	Moindre pourcentage d'adoption systématique du port du masque en public
Sexe	Hommes	Hommes	Hommes
Classe d'âge (en 5 classes)	18-24 ans	18-24 ans	--
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)	--	--	--
Littératie en santé ^a	Faible	Faible	Faible
Découpage de la France en 5 zones géographiques	--	Nord-Ouest ^b	Nord-Ouest/Sud-Ouest ^b
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19 ^c	--	Non	Non

Note de lecture : Les associations entre chacun des 3 indicateurs d'adoption systématique des mesures de prévention et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (Test de Wald ajusté, $p < 0,05$). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à une moindre adoption, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. -- : aucune modalité de la variable sociodémographique n'est associée à une moindre adoption pour l'indicateur considéré. ^aLa littératie en santé désigne la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information pour prendre des décisions concernant leur santé (échelle *Health Literacy Questionnaire*, Dimension 5). ^bNord-Ouest : Bretagne, Normandie, Pays de la Loire, Centre-Val de Loire ; Sud-Ouest : Nouvelle-Aquitaine, Occitanie. ^cFacteurs de risque de développer une forme grave de COVID-19 : diabète ; hypertension artérielle ; problème respiratoire ou pulmonaire ; problème cardiaque ou cardiovasculaire ; problème rénal ; cancer avec traitement en cours ; obésité (IMC>30). ¹4 mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique

En vague 12 (6-8 juillet), les déterminants cognitifs de **l'adoption systématique des mesures de prévention** communs aux trois indicateurs (nombre de mesures d'hygiène, distance d'au moins un mètre et port du masque en public) sont (Tableau 8) :

- La **norme sociale perçue** (approbation et adoption des mesures de prévention par les proches).
- Le fait de **se sentir capable d'adopter les mesures de prévention**.

Tableau 8. Déterminants cognitifs de l'adoption des mesures de prévention (vague 12 : 6-8 juillet 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

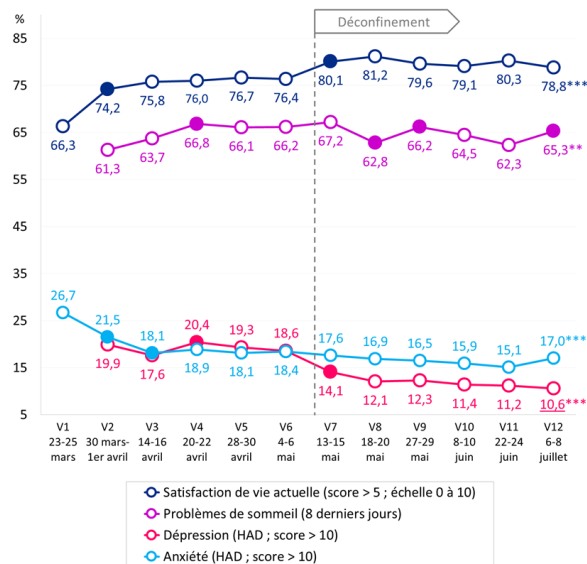
	Nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées parmi 4 ¹	Adoption systématique de la distance d'au moins 1 mètre	Adoption systématique du port du masque en public
Percevoir les mesures de prévention comme efficaces	--	***	--
Percevoir les mesures de prévention comme peu contraignantes	**	--	--
Approbation et adoption des mesures par les proches (norme sociale perçue)	***	***	***
Se sentir capable d'adopter les mesures de prévention	***	***	***
Ressentir de l'inquiétude à l'égard de l'épidémie de SARS-CoV-2	--	--	*
Percevoir la COVID-19 comme grave	--	--	*
Se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2	--	--	--
Avoir une bonne connaissance des modes de transmission du SARS-CoV-2	**	--	--

Note de lecture : Les associations entre chacun des 3 indicateurs d'adoption systématique des mesures de prévention et les facteurs cognitifs et affectifs ont été testées, après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées à la situation épidémiologique et des autres facteurs cognitifs et affectifs (modèle de régression linéaire pour le nombre moyen des 4 mesures d'hygiène adoptées systématiquement et modèles de régressions logistiques pour l'adoption systématique de la distance d'au moins un mètre et celle du port du masque en public), test de Wald, ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$; --: non significatif ($p > 0,05$). ¹4 mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique.

Santé mentale

- En vague 12 les **problèmes de sommeil** ont augmenté (+3 points) en comparaison à la vague précédente et présentent une prévalence supérieure à celle observée en début de confinement (vague 2, 30 mars-1^{er} avril).
- Pour tous les autres indicateurs, la santé mentale des français s'est significativement améliorée depuis le début du confinement. Les **états dépressifs** qui avaient diminué pendant la période de confinement ont continué d'évoluer à la baisse depuis la levée du confinement (Figure 27).

Figure 27. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés), Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (ronde) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 12) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 1 ou 2 selon l'indicateur), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période postconfinement (vague 7), test de Wald ajusté, $p < 0,05$. HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*.

En vague 12 les profils de population ayant une santé mentale plus dégradée sont (Tableau 9) :

- Les **personnes déclarant des antécédents de troubles psychologiques** pour les trois indicateurs : anxiété, dépression, problèmes de sommeil.
- Les **femmes** pour les états anxieux et les problèmes de sommeil.
- Les **18-24 ans** pour les états anxieux et les **35-49 ans** pour les problèmes de sommeil.
- Les **personnes déclarent une situation financière très difficile** pour les états anxieux et dépressifs.

En vague 12, les déterminants cognitifs d'une santé mentale plus dégradée sont (Tableau 10) :

- Le fait de **se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2** pour les trois indicateurs (anxiété, dépression, problèmes de sommeil).
- Le fait de **percevoir les mesures de prévention comme peu efficaces** pour les états dépressifs et les problèmes de sommeil.
- Le fait de **percevoir la COVID-19 comme une maladie grave** pour les états anxieux.
- Le fait de **se sentir peu capable d'adopter les mesures de prévention** pour les états dépressifs.

Tableau 9. Variables sociodémographiques associées à l'anxiété, la dépression et aux problèmes de sommeil, en vague 12 (6-8 juillet 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)
Sexe	Femmes	--	Femmes
Classe d'âge (en 5 classes)	18-24 ans	--	35-49 ans
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)	--	--	--
Situation financière perçue	Juste / Très difficile	Très difficile	--
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19 ^b	--	--	--
Antécédents de trouble psychologique	Oui	Oui	Oui

Note de lecture : Les associations entre chacun des 3 indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil) et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (Test de Wald ajusté, $p < 0,05$). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à un trouble plus élevé, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. -- signifie qu'aucune modalité de la variable sociodémographique n'est associée à une moindre adoption pour l'indicateur considéré. ^aHAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*. ^bFacteurs de risque de développer une forme grave de COVID-19 : diabète ; hypertension artérielle ; problème respiratoire ou pulmonaire ; problème cardiaque ou cardiovasculaire ; problème rénal ; cancer avec traitement en cours ; obésité (IMC > 30).

Tableau 10. Déterminants cognitifs de l'anxiété, de la dépression et des problèmes de sommeil, en vague 12 (6-8 juillet 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)
Percevoir les mesures de prévention comme peu efficaces	--	**	**
Percevoir les mesures de prévention comme contraignantes	--	--	--
Moindre approbation et adoption des mesures par les proches (norme sociale perçue)	--	--	--
Se sentir peu capable d'adopter les mesures de prévention	--	***	--
Percevoir la COVID-19 comme grave	**	--	--
Se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2	***	**	*
Avoir une mauvaise connaissance des modes de transmission du SARS-CoV-2	--	--	--

Note de lecture : Les associations entre chacun des 3 indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil) et les facteurs cognitifs et affectifs ont été testées, après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées à la situation épidémique et des autres facteurs cognitifs et affectifs (modèle de régression logistique), test de Wald, ***: p<0,001 ; **: p<0,01 ; *: p<0,05 ; --: non significatif (p>0,05). ^aHAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*.

Etude qualitative ViQuoP, Santé publique France - Kantar.

« Vie quotidienne et prévention au sein d'une communauté en ligne à l'heure du coronavirus »

Suivi de cohorte de mars à juin 2020

Les résultats principaux de l'étude ViQuoP sont progressivement partagés sur le site de Santé publique France, pour les 6 thématiques suivantes :

- Evolution des perceptions et pratiques des gestes barrières
- Adhésion et compréhension des mesures d'isolement et de dépistage
- Evolution des perceptions d'état de santé et de bien-être
- Evolution des consommations de tabac, alcool, cannabis et autres substances psycho-actives
- Evolution des pratiques alimentaires, de l'activité physique et de la sédentarité
- Evolution des relations sociales, affectives et sexuelles

Production d'outils de prévention

Retrouvez tous les [outils de prévention](#) destinés aux professionnels de santé et au grand public



Retrouvez tous les [outils de prévention](#) destinés aux professionnels de santé et au grand public

Synthèse — conclusion

En France métropolitaine, depuis le passage du pic épidémique (en semaine 13 (23-29 mars) en milieu communautaire et la semaine suivante en milieu hospitalier), les indicateurs avaient suivi des évolutions à la baisse. Un « frémissement », avec une nouvelle tendance à l'augmentation de la circulation du SARS-CoV-2 avait été observée en semaine 27 (du 29 juin au 5 juillet).

En semaine 28 (du 6 au 12 juillet), **le nombre de cas confirmés (et donc le taux d'incidence), le nombre d'actes SOS médecins, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ainsi que le nombre de clusters sont en augmentation en comparaison à la semaine précédente**. En France métropolitaine, les nombres de reproduction effectif (R effectif) calculés sur la base des données virologiques (SI-DEP) et à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR) sont, pour la première fois, tous les deux significativement supérieurs à 1.

L'augmentation du nombre de cas de COVID-19 survient dans le contexte d'une accentuation des efforts de dépistage avec une augmentation du nombre de patients testés. Cet effort de dépistage peut expliquer une stabilisation des taux de positivité des prélèvements en France métropolitaine malgré l'augmentation des cas.

L'augmentation du nombre de cas s'accroît (+19% entre S28 et S27 vs +13% entre S27 et S26) et elle est désormais supérieure à l'augmentation des dépistages.

Selon les données SI-DEP, **en semaine 28, les personnes asymptomatiques représentaient 64% des personnes testées et 55% des cas positifs**. Cependant, l'augmentation du nombre de personnes testées est plus importante chez les personnes présentant des symptômes (+103% entre S26 et S28) que chez les personnes asymptomatiques (+35% entre S26 et S28). De même, l'augmentation du nombre de résultats positifs est plus importante chez les personnes présentant des symptômes (+59% entre S26 et S28) que chez les personnes n'en présentant pas (+33% entre S26 et S28). Les taux de positivité restent stables chez les asymptomatiques (0,7% vs 0,7% en S26 et S28). **Ces résultats montrent que l'augmentation des cas n'est pas uniquement liée à l'intensification des actions de dépistage de personnes asymptomatiques dans le cadre d'investigations, mais reflète également une augmentation du nombre de cas symptomatiques.**

Ces différents résultats signent une augmentation réelle de la dynamique de transmission de l'infection à SARS-COV-2 en France métropolitaine.

Les nombres de nouvelles admissions en hospitalisation et en réanimation pour COVID-19 se maintiennent à des niveaux bas. En cas de reprise d'activité épidémique, ces indicateurs sont cependant plus tardifs du fait des délais entre la survenue des symptômes et l'hospitalisation. Le nombre de patients actuellement hospitalisés en réanimation pour COVID-19 est inférieur à 600 patients.

Ces augmentations surviennent alors que le recours aux soins et la réalisation de tests RT-PCR des personnes présentant des signes cliniques compatibles avec une infection COVID-19 restent très insuffisants. Dans le cadre de la surveillance COVIDNet, il apparaît que seuls 22% des personnes ayant présenté des symptômes évocateurs de COVID-19 ont bénéficié d'une prescription pour un test diagnostique depuis la semaine 27, et seuls 14% ont rapporté avoir été testés en RT-PCR. Du fait de ce défaut de recours aux soins, le nombre de cas confirmés pourrait ainsi être sensiblement sous-estimé.

Le R effectif représente le nombre moyen de personnes infectées (cas secondaires) par une personne contagieuse (cas index). Si le R effectif est significativement supérieur à 1, l'épidémie progresse (un R effectif = 2 signifie qu'en moyenne une personne contagieuse en infecte deux autres). Si le R effectif = 1, l'épidémie se maintient à un niveau constant. Si le R effectif est significativement inférieur à 1, l'épidémie régresse.

Deux sources de données complémentaires sont utilisées pour estimer le R effectif. L'indicateur calculé grâce aux données virologiques (données SI-DEP) a l'avantage de reposer sur des données de cas confirmés de COVID-19 et de produire des tendances reflétant la situation récente. En revanche, cet indicateur peut être instable notamment lorsque l'incidence est faible car il est influencé par les actions locales de dépistage. L'indicateur calculé à partir des passages aux urgences (OSCOUR®) pour patients suspects de COVID-19 est un indicateur plus tardif mais plus stable. Ces indicateurs ne doivent pas être interprétés de façon isolée, mais doivent être mis en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse fine de la situation locale.

Des analyses contextualisées départementales, réalisées quotidiennement par les cellules régionales de Santé publique France en lien avec les Agences Régionales de Santé permettent une analyse de la situation. **L'indicateur de vulnérabilité** qui en découle traduit à la fois la circulation virale et l'impact sur la santé de la population du département. Cet indicateur est défini en trois niveaux : **limité, modéré et élevé**.

Au niveau régional, les estimations des nombres de reproduction effectif (R effectif) SI-DEP et OSCOUR® sont significativement supérieures à 1 dans trois régions de France métropolitaine : Pays de la Loire, Ile-de-France, et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

En Pays de la Loire, l'évolution du R effectif reflète la situation épidémiologique en Mayenne où les indicateurs virologiques (SI-DEP) sont en augmentation importante et rapide. Le nombre de cas a fortement augmenté dans ce département ces dernières semaines (5 en S25, 20 en S26, 135 en S27 et 161 en S28) et est certainement sous-estimé en semaine 28 du fait d'un défaut de saisie dans SI-DEP. Le taux de positivité reste à un niveau élevé (8,1% en S27 et de 5,6% en S28). Le taux d'incidence des cas de COVID-19 est supérieur à 50/100 000 habitants (52,7/100 000 habitants en S28), les passages aux urgences sont en augmentation depuis le 8 juillet du fait, en partie, de demandes de dépistage. Sept clusters (dont 4 en abattoirs) sont toujours en cours d'investigation dans ce département, dont **un fait désormais l'objet d'une diffusion communautaire avérée (diffusion dans la population générale)**. Ces indicateurs indiquent une accélération rapide de la transmission, notamment dans la région de Laval, qui ont amené à mettre en place des mesures de contrôle de l'épidémie renforcées. Le dépistage de la population se poursuit. Ce département a été classé en niveau de vulnérabilité élevée.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, les nombres de cas positifs, le taux d'incidence ainsi que les taux de positivité sont en augmentation sur les trois dernières semaines mais restent cependant à des niveaux limités (S28 : 262 cas positifs, incidence : 4,8 / 100 000 habitants, taux de positivité : 1,6%). C'est dans les Bouches-du-Rhône que l'incidence est la plus élevée mais tout en restant inférieur au seuil de 10 / 100 000 habitants (8,6 / 100 000 hab). Le proportion d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 est également en hausse. Les nombres de passages aux urgences restent faibles en S28. L'ensemble des départements de cette région ont été classés en niveau de vulnérabilité limitée.

En Ile-de-France, le taux de passages aux urgences pour COVID-19 est en hausse et notamment à Paris en S28. L'activité SOS Médecins est en augmentation depuis 3 semaines. Le nombre de nouveaux cas positifs et l'incidence a augmenté au cours des dernières semaines (S28 : 7,7 / 100 000 habitants). L'incidence est de 10,0 / 100 000 h en Seine-Saint-Denis et de 9,9 à Paris. Les taux de positivité des prélèvements sont restés stables. Tous les départements de l'Ile-de-France ont été classés, au 16 juillet, en niveau de vulnérabilité limitée.

En Nouvelle-Aquitaine, la Gironde a été classée en niveau de vulnérabilité modérée du fait de la concomitance de la détection de 3 nouveaux clusters et de l'augmentation de l'incidence, qui reste toutefois à un niveau faible (3,0/100 000 h.)

En Bretagne, le R effectif calculé sur les données virologiques (SI-DEP) est significativement supérieur à 1. Ce résultat s'explique par l'identification de 4 clusters dans le Finistère et 1 en Côte d'Armor ce qui s'est traduit par un plus grand nombre de dépistages. La circulation du virus reste cependant à un niveau bas en Bretagne (taux d'incidence de 2,8 cas / 100 000). L'ensemble des départements sont classés en vulnérabilité limitée.

En Auvergne-Rhône-Alpes, le R effectif calculé sur les données virologiques (SI-DEP) est significativement supérieur à 1. Dix clusters sont en cours d'investigation, mais le taux d'incidence régional reste faible de 2,8 cas / 100 000). L'ensemble des départements sont classés en vulnérabilité limitée.

Les clusters (hors épisodes familiaux en milieux restreints) **en cours d'investigation sont en augmentation en France métropolitaine (97 clusters au 15 juillet vs 68 au 8 juillet)** et deux épisodes présentent une **diffusion communautaire (Seine-Maritime et Mayenne)**. Les clusters survenus dans les établissements médico-sociaux (incluant les maisons de retraite, Ehpad) ont été suivis tout au long de l'épidémie et le nombre de nouveaux épisodes signalé par ces établissements est désormais très faible.

Une attention particulière mérite d'être portée sur les clusters survenant dans les milieux familiaux élargis (plusieurs foyers familiaux concernés) ainsi que les évènements et rassemblements temporaires de personnes. Ces clusters qui représentent respectivement 15% et 12% des clusters investigués sont susceptibles d'augmenter au cours de la période estivale.

Le nombre hebdomadaire de **décès et le taux de décès** liés au COVID-19 pour 100 000 habitants sont en **diminution** depuis la semaine 15 (6 au 12 avril). **L'excès de mortalité toutes causes observé entre les semaines 12 et 17** (du 16 mars au 26 avril) a été particulièrement marqué dans les régions Grand Est et Ile-de-France où la circulation du SARS-CoV-2 a été intense. La mortalité est désormais revenue dans les marges de fluctuation habituelle en France métropolitaine, aussi bien dans les analyses tous âges confondus que chez les personnes de 65 ans ou plus. Un recul de la mortalité est également observé dans la plupart des pays européens ayant rapporté un excès.

Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM)

En Guyane, en semaine 28, les indicateurs sont en baisse. Si la diffusion a continué sur l'ensemble de la Guyane le pic épidémique semble avoir été franchi. Le taux d'incidence des cas de COVID-19 diminue (321/100 000 habitants et S28 vs 446/100 000 h en S27) ainsi que le taux de positivité des patients testés (21,2% vs 26,7% en S27). Les R effectifs sont désormais inférieurs à 1, signant le début de régression de l'épidémie. Ces baisses significatives doivent cependant être interprétées avec précaution du fait d'une diminution des tests réalisés la semaine passée. Les nouvelles admissions en hospitalisation conventionnelle et en réanimation pour COVID-19 sont en diminution. **Un excès de la mortalité toutes causes est observée en Guyane en S25 (du 15 au 21 juin), S26 et S27. Cet excès concerne principalement les personnes âgées de plus de 65 ans.**

A Mayotte, les indicateurs poursuivent leur baisse. En semaine 28, l'incidence était de 18/100 000 habitants et le taux de positivité de 5,8%. Le taux d'hospitalisation a également continué à diminuer (S28 : 1,8/ 100 000 h). Il n'y a plus de cluster en cours d'investigation.

Dans les Antilles et sur l'île de la Réunion, l'activité liée au SARS-CoV-2 reste faible.

En France métropolitaine et dans les DROM, les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie sont les patients âgés de plus de 65 ans ainsi que les patients présentant des comorbidités. Les données de surveillance montrent que les enfants sont moins touchés par le COVID-19 (moins de 1% des patients hospitalisés et des décès).

La surveillance des professionnels de santé fait l'objet d'une surveillance particulière. Du fait des faibles nombres de cas rapportés ces dernières semaines, ces données ne paraissent plus dans le Point épidémiologique hebdomadaire. L'ensemble des résultats sont disponibles sur [le site de Santé publique France](#). Les professionnels de santé libéraux peuvent, s'ils ont été atteints par le SARS-CoV-2, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#), dont l'objectif sera en particulier de déterminer les circonstances de la transmission.

La santé mentale des Français, dégradée en début de confinement, s'est depuis significativement améliorée pour tous les indicateurs (états anxieux, dépressifs et satisfaction de vie) à l'exception des problèmes de sommeil qui restent plus élevés qu'en début de confinement et marquent une nouvelle évolution à la hausse en vague 12 (6-8 juillet).

L'adoption systématique des mesures de prévention a globalement diminué depuis le début du déconfinement. Une baisse importante a été observée en particulier pour les mesures « saluer sans se serrer la main » et « garder une distance d'au moins un mètre » qui ont diminué de près de 20 points de pourcentage pour ce qui concerne leur adoption systématique depuis le déconfinement. L'adoption systématique du port du masque en public qui avait augmenté jusque fin mai pour concerner une personne sur 2, s'est depuis stabilisée et n'a donc pas augmenté lors des dernières semaines.

L'évolution à la baisse de l'adoption systématique des mesures de prévention est sans doute liée au déconfinement, qui favorise les interactions sociales et rend plus difficile l'adoption des mesures de distanciation physique. Les données détaillées de l'enquête montrent cependant que la diminution de l'adoption systématique des mesures ne traduit pas un abandon des comportements de prévention, mais davantage une modulation ou une adaptation de ces comportements (diminution de leur fréquence de *systématique* à *souvent*).

Dans un contexte de congés d'été qui peuvent favoriser les situations à risque de contamination, notamment dans le cadre d'évènements et de regroupements familiaux ou amicaux, voire festifs, les messages de prévention doivent être rappelés. Les clusters observés récemment dans certaines situations de rassemblement ou lors de cérémonies obligent à la prudence. **En l'absence de traitement ou de vaccin, les seules mesures de prévention restent comportementales (hygiène, distance, port du masque...)**. Il est important de rappeler la responsabilité individuelle de chacun et de s'inscrire collectivement dans une logique de réduction des risques et de protection des personnes les plus vulnérables, en particulier lors des regroupements. Pour rappel, les principaux déterminants de l'adoption des mesures de prévention par la population sont la norme sociale (approbation et adoption des mesures de prévention par l'entourage) et la facilité perçue à mettre en œuvre ces mesures. Il est donc crucial pour le contrôle de l'épidémie de maintenir et valoriser une norme positive de protection pour autrui et d'anticiper les situations de regroupement afin de faciliter l'adoption des comportements préventifs (organiser les distances, privilégier les lieux en plein air, prévoir des ustensiles ou contenants à usage individuels lors des repas et mettre à disposition les matériels de protection : masques, gel hydroalcoolique...).

En conclusion

En France métropolitaine, en dehors de la Mayenne, la transmission de l'infection à SARS-COV-2 est en augmentation comme en témoigne tout particulièrement l'augmentation de l'incidence qui est plus marquée que la progression du nombre de personnes testées pour COVID-19. Cette augmentation, bien que modérée, s'inscrit dans le contexte où une proportion très insuffisante de patients présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 a recours aux soins et réalise un test diagnostique.

La Mayenne connaît une évolution épidémique rapide. Cette évolution témoigne, une fois de plus du fort potentiel évolutif de ce virus quand il continue à circuler et que les conditions de transmission sont favorables. Ce département est classé **en niveau de vulnérabilité élevé**.

En Guyane, l'épidémie liée au SARS-CoV-2 se poursuit, mais le pic épidémique paraît avoir été dépassé. A Mayotte, le pic épidémique a été dépassé et l'épidémie poursuit sa diminution. Ces deux départements restent classés en niveau de vulnérabilité élevé.

La poursuite de la circulation virale et la confirmation à la hausse des indicateurs épidémiologiques pour ces 2 dernières semaines invitent fortement à maintenir la plus grande vigilance et réactivité. Les congés d'été, sont susceptibles de favoriser les comportements à risque, notamment dans le cadre d'évènements et de regroupement familiaux ou amicaux ainsi que lors de évènements et rassemblements temporaires et de la diminution de l'adoption systématique des mesures de prévention par la population (défaut de respect de la distance physique, de lavage des mains du port du masque, embrassades, saluer en se serrant les mains...). Ces évolutions favorisent la reprise de l'épidémie et son moindre contrôle. **S'y ajoutent la mobilité et la dispersion des populations pendant la période estivale ce qui rend les activités de contact tracing plus complexes à mettre en œuvre.**

La progression de la transmission du virus se confirme. En dehors de la Mayenne, la progression demeure cependant modérée et donc maîtrisable par l'application strict des mesures par chacun de nous. Par ailleurs, chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 doit consulter un médecin, réaliser un test diagnostique et respecter les mesures d'isolement.

Méthodes

Le dispositif de surveillance du COVID-19 en population est assuré à partir de plusieurs sources de données afin de documenter l'évolution de l'épidémie en médecine de ville et à l'hôpital : recours au soin, admissions en réanimation, surveillance virologique et décès. Les objectifs de la surveillance sont de suivre la dynamique de l'épidémie et d'en mesurer l'impact en terme de morbidité et de mortalité. Ci-dessous, une description succincte de chaque surveillance avec sa date de début.

Réseau Sentinelles : nombre de cas d'infections respiratoires aiguës liés au SARS-COV2 en consultation et téléconsultation en médecine générale et en pédiatrie permettant d'estimer le nombre de cas dans la communauté. Cette surveillance clinique est complétée par une surveillance virologique (début le 16 mars).

SurSaUD® (OSCOUR® et SOS Médecins) : données de recours aux services d'urgences et aux associations SOS Médecins pour une suspicion d'infection à COVID-19 (utilisation de codes spécifiques) (depuis le 24 février).

SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes) : nombre d'hospitalisations pour COVID-19, patients en réanimation ou soins intensifs ainsi que les décès survenus pendant l'hospitalisation rapportés par les établissements hospitaliers (depuis le 13 mars).

IRA dans les établissements sociaux et médico sociaux (ESMS) : nombre d'épisodes de cas d'infection respiratoire basse (IRA) et de cas probables et confirmés de COVID-19 en ESMS ainsi que le nombre de cas et décès par établissement (depuis le 28 mars).

Données de mortalité (Insee) : Nombre de décès toutes causes par âge avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu par âge, département et région (2 à 3 semaines de délai pour consolidation).

Certification électronique des décès (CépiDC) : décès certifiés de façon dématérialisée et permettant de connaître les causes médicales du décès.

Mesures et suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale : évolution de l'adoption des mesures de protection et évolution de la santé mentale (niveau d'anxiété et de dépression (échelle HAD), niveau de satisfaction de vie actuelle).

Recensement des cas probables et confirmés de COVID-19 et décès parmi les professionnels d'un établissement de santé public ou privé : données déclaratives hebdomadaires par établissement sur les données depuis le 1^{er} mars 2020 (depuis le 22 avril 2020).

SI-DEP (système d'information de dépistage) : plateforme sécurisée avec enregistrement systématiquement des résultats des laboratoires de tests pour SARS-COV-2 (depuis le 13 mai).

Taux de reproduction effectif « R » : (nombre moyen de personnes infectées par un cas) estimé selon la méthode de Cori, avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours permettant de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission (depuis le 28 mai).

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directeur adjoint de publication

Dr Jean-Claude Desenclos

Equipe de rédaction

Sophie Vaux, Fanny Cheureau, Fatima Ait El Belghiti, Anne Fouillet, Céline Caserio-Schonemann, Yann Le Strat, Julien Durand, Scarlett Georges, Marie-Michèle Thiam, Laurian Lassara, Pierre Arwidson, Guillaume Spaccaferrri, Linda Lasbeur, Enguerrand Du-Roscoat, Daniel Levy-Bruhl, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon, Camille Pelat, Edouard Chatignoux, Cécile Brouard, Claire Sauvage, Christophe Bonaldi, Laetitia Gouffé-Benadiba, Yann Savitch, Myriam Fayad

Avec l'ensemble des équipes de Santé publique France aux niveaux national et régional

Contact presse

Vanessa Lemoine
Tél : +33 (0)1 55 12 53 36
presse@santepubliquefrance.fr

Diffusion Santé publique France

12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex

Tél : +33 (0)1 41 79 67 00
www.santepubliquefrance.fr

Date de publication :
17 juillet 2020

Pour en savoir plus sur :

- ▶ **Les méthodes du système de surveillance** : consulter la page [Santé publique France](#)
- ▶ **Nos partenaires et les sources de données** :
[SurSaUD®](#) [OSCOUR®](#) [SOS Médecins](#) [Réseau Sentinelles](#) [SI-VIC](#) [CépiDC](#)

Pour en savoir plus sur l'épidémie de COVID-19 :

- ▶ **En France** : [Santé publique France](#) et [Ministère des Solidarités et de la Santé](#)
- ▶ **A l'international** : [OMS](#) et [ECDC](#)
- ▶ Un numéro vert **0 800 130 000** (appel gratuit) a été mis en place (7j/7 24h/24). Cette plateforme permet d'obtenir des informations sur le COVID-19 et des conseils.

Retrouvez tous les [outils de prévention](#) destinés aux professionnels de santé et au grand public