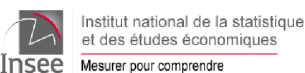


Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 médecins libéraux, SAMU Centre 15, médecins hospitaliers, Laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville Agences régionales de santé (ARS) Les Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de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



Institut national de la santé et de la recherche médicale



COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 27 août 2020

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données concernant la 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 25 août 2020.

Points clés

► En France métropolitaine

- Progression exponentielle de la transmission du virus du SARS-COV-2 (+58% en S34), plus rapide chez sujets jeunes adultes
- Augmentation du nombre de personnes avec des symptômes (+74%) représentant plus de la moitié des cas
- Augmentation des taux de dépistage (+32%)
- Hausse des nouvelles hospitalisations et admissions en réanimation
- 14 départements avec une incidence au-dessus du seuil de 50/100 000 habitants et 10 classés en niveau de vulnérabilité élevé
- Poursuite de l'augmentation du nombre de clusters
- Augmentation des nombres de signalements dans les Ehpad

► Outre-mer :

- Antilles et La Réunion : augmentation de la circulation du SARS-COV-2
- Guyane et Mayotte : épidémie en régression

► Pour limiter la propagation du virus

- Augmenter l'application de l'ensemble des gestes barrières et distanciation physique
- Tester—Tracer—Isoler

Chiffres clés en France

Indicateurs hebdomadaires, semaine 34 (du 17 au 23 août 2020)

S34

S33

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	26 890	(17 165)*
Taux de positivité (%) pour SARS-COV-2 (SI-DEP)	3,7	(3,1)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 464	(2 054)*
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	2 498	(2 196)*
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 084	(1 008)*
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	174	(128)*
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	65	(97)*

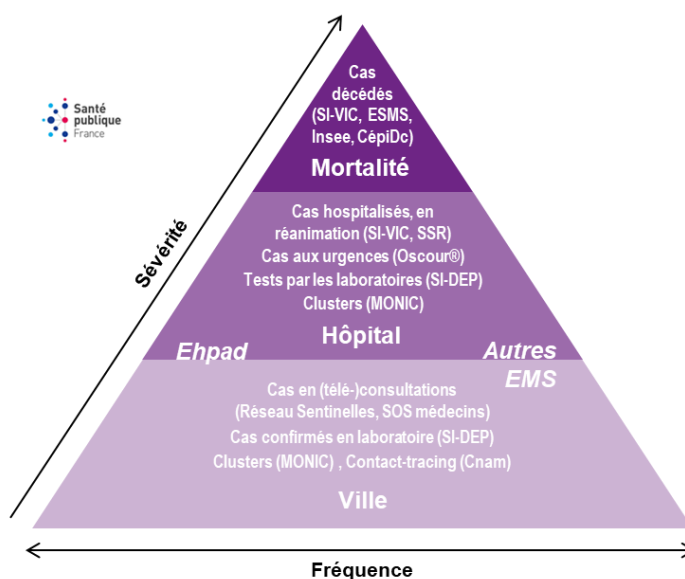
Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 25 août 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	110 529
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	30 544

* données consolidées

Sommaire	Page
Synthèse : mots et chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire	3
Surveillance à partir des associations SOS Médecins	4
Surveillance virologique	5-9
Activité de suivi des contacts	10-11
Cas confirmés de COVID-19	12
Signalement à visée d'alerte des foyers de transmission (clusters)	13-15
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	16-17
Surveillance aux urgences	18
Nombre de reproduction effectif «R effectif»	19
Surveillance en milieu hospitalier	20-23
Surveillance des professionnels de santé	24-25
Surveillance de la mortalité	26-28
Analyse de risque contextualisée	29
Situation internationale	30
Prévention	31
Discussion - Conclusion	32-36
Méthodes	37

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. Cnam : Caisse nationale d'assurance maladie

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. Depuis la semaine 21, l'indicateur « Suspicion COVID-19 (hors IRA) » permet de compléter la surveillance clinique des IRA en incluant ces cas suspects observés en médecine générale. Les résultats des 2 dernières semaines sont consolidés dans les semaines suivantes.

- En semaine 34 (du 17 au 23 août 2020), le **taux d'incidence de consultations (ou téléconsultations) pour une IRA a été estimé à 21/100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 13-29] en France métropolitaine. Il était **stable** par rapport à celui de la semaine 33 : 16/100 000 habitants (IC95% : 10-22) (Figure 1).
- En semaine 34, le **taux d'incidence des cas suspects de COVID-19 (hors IRA) vus en consultations (ou téléconsultations) a été estimé à 95 cas pour 100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 80-110]. Ce taux était en **augmentation** en comparaison de la semaine 33 : 65/100 000 hab. [IC95% : 54-76] (Figure 2).
- En semaine 34, sur les 170 cas suspects de COVID-19 identifiés, un **prélèvement a été prescrit pour 95% d'entre eux**. Les résultats des analyses étaient connus pour 87 patients et 30 avaient été testés positifs (35%). La part des patients testés positifs est en augmentation ces dernières semaines (S28 : 3% ; S33 : 14%). Ces données seront consolidées au cours des prochaines semaines.
- Depuis le 25 mai 2020, un prélèvement a été prescrit pour 93% des 3 031 cas suspects de COVID-19 identifiés. Les résultats des analyses étaient connus pour 2 195 patients et étaient positifs pour 142 (7%) d'entre eux.

Figure 1. Taux d'incidence pour 100 000 habitants des cas d'IRA vus en médecine générale par semaine, depuis la semaine 12 (16 au 22 mars 2020), France métropolitaine (Source réseau Sentinelles)

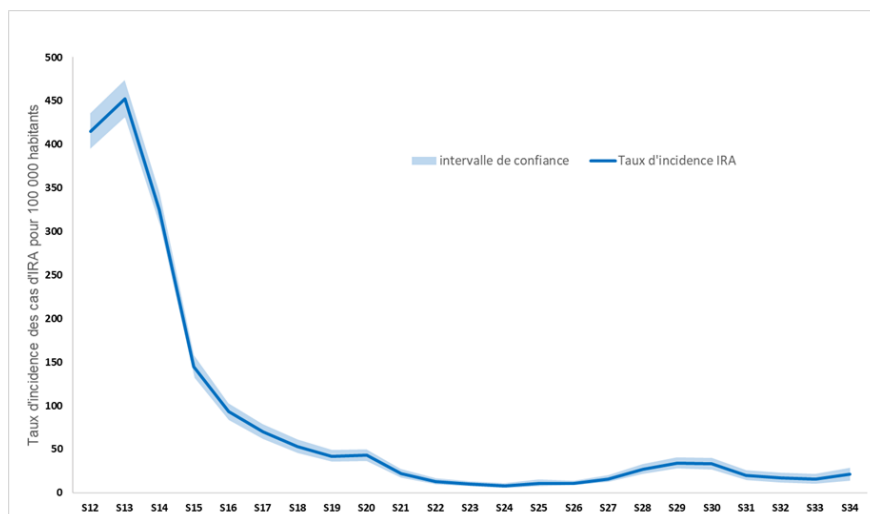
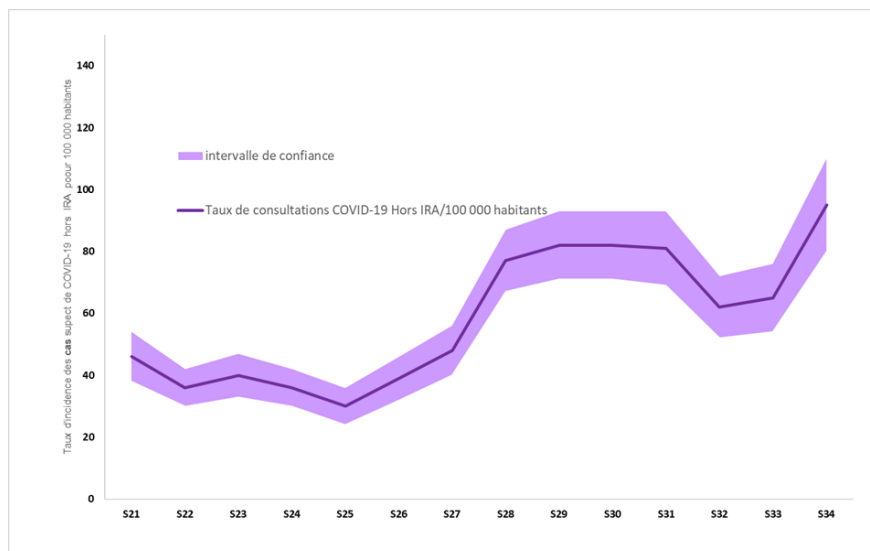


Figure 2. Taux d'incidence pour 100 000 habitants des cas suspects de COVID-19 (hors IRA) vus en médecine générale par semaine, depuis la semaine 21 (18 au 24 mai 2020), France métropolitaine (Source réseau Sentinelles)



[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, **76 940 actes** médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 23 août 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- **En semaine 34** (du 17 au 23 août 2020), **2 464 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 Nouvelle-Aquitaine (18%), Ile-de-France (17%), Auvergne-Rhône-Alpes (14%) et Provence-Alpes-Côte d'azur (12%).
- **Pour la 2^{ème} semaine consécutive, ces actes étaient en hausse de 20%** comparée à la semaine précédente (soit +410 actes, par rapport aux 2 054 actes enregistrés en semaine 33). Cette hausse concernait principalement les 15-74 ans (+21% soit +357 actes) notamment les 15-44 ans qui représentent 63% des actes COVID et les personnes de 75 ans et plus dans des effectifs plus faibles (+34% soit +26 actes).
- La part dans l'activité totale tous âges est en légère hausse à 4,2% (vs 3,4% en semaine 33) (Figure 3).
- **Cette hausse s'observe dans toutes les régions exceptées en Bretagne et Centre-Val-de-Loire.** Elle varie de +6% en Bourgogne-Franche Comté à +183% (+33 actes) en Corse. Parmi les hausses les plus élevées on retient également la **Normandie** (+47% soit +45 actes) et l'**Auvergne-Rhône-Alpes** (+44% soit +107 actes).

Figure 3. 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)

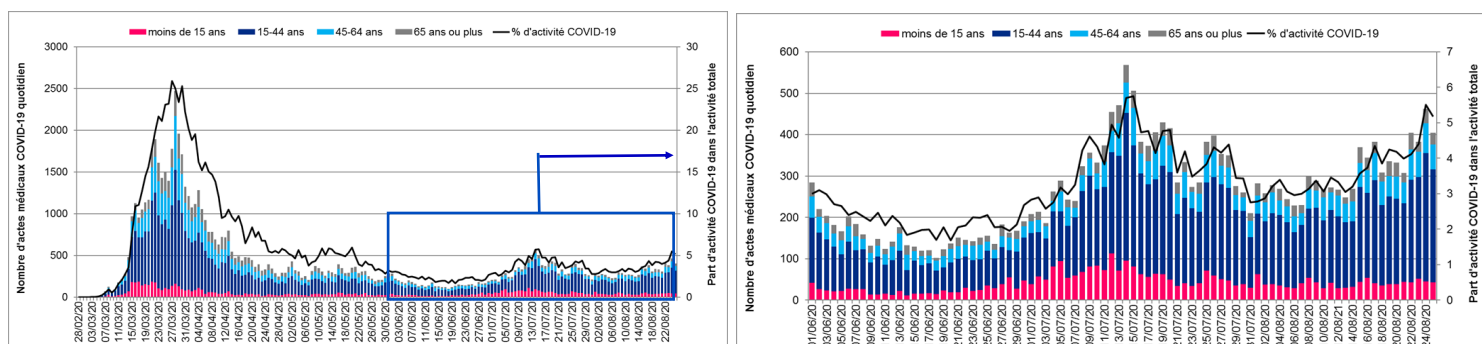
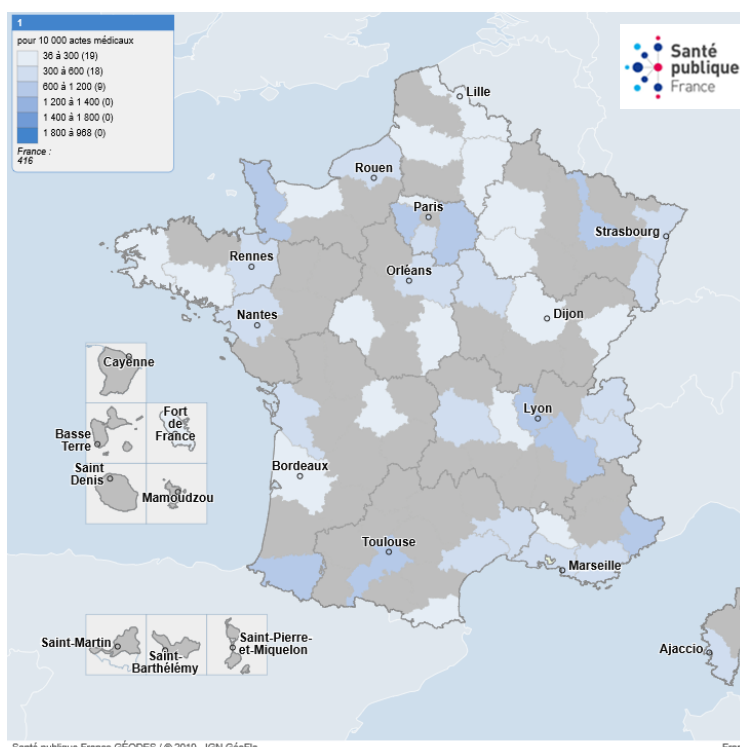


Figure 4. Taux d'actes médicaux hebdomadaires pour suspicion de COVID-19 (/10 000 actes) par département, semaine 34/2020, France (source : SOS Médecins)



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 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. Dans ce bilan, ne sont pas pris en compte les correctifs apportés aux indicateurs pour prendre en compte les dépistages aux frontières pour des personnes non domiciliées en France, excepté pour le taux d'incidence national et Paris. Au niveau départemental ce correctif est précisé pour Paris, seul département pour lequel un impact sur les indicateurs est notable.

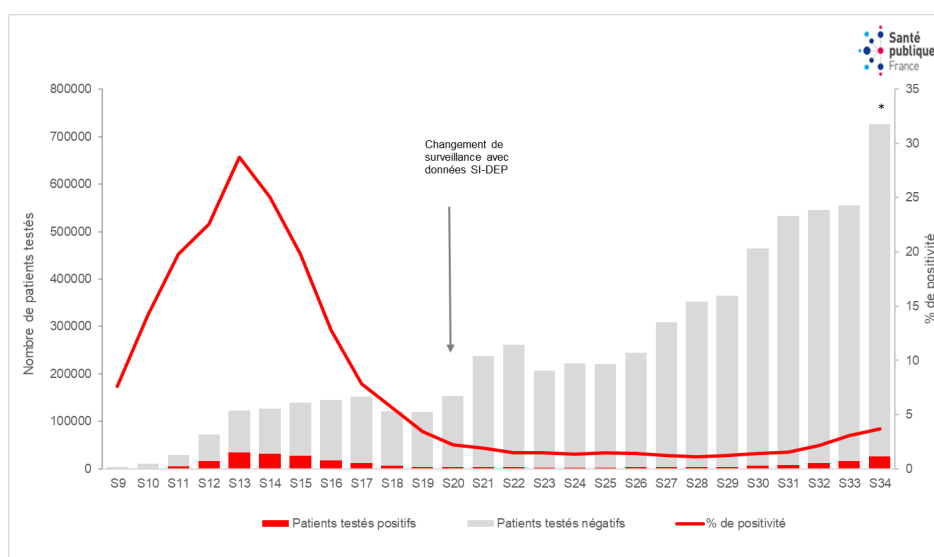
Au 25 août, la quasi-totalité des laboratoires (5 603 sites de prélèvements) a transmis des données.

Taux d'incidence, de positivité et de dépistage

En France

- Au niveau national, en semaine 34, **726 235 personnes ont été testés** pour le SARS-COV-2 par RT-PCR dont 16 171 tests correspondant à des dépistages aux aéroports principalement réalisés en Ile-de-France. Parmi ces personnes testées, **26 890 étaient positives** dont 570 dépistées aux aéroports. Le nombre de personnes testées positives était en augmentation par rapport à la semaine précédente (17 165 en S33, +57%).
- En prenant en considération le nombre de cas entre la semaine 29 et la semaine 34, le temps de **doublment du nombre de cas est de 14 jours**.
- **Le taux national d'incidence (nombre de nouveaux cas rapportés à la population) était de 40,1 cas/100 000 habitants** (38,9 hors dépistages aux aéroports) et a fortement augmenté par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (25,6 cas /100 000 hab. en S33 taux non corrigé) .
- **Le taux de positivité national hebdomadaire était de 3,7%** (calculé sur les tests valides), en **augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (3,1% en S33; +20 points) (Figure 5).
- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **1 082/100 000 habitants** et en **augmentation** par rapport à la semaine 33 (827/100 000 hab. soit +32%).
- A noter qu'en S34, 839 147 tests ont été effectués, parmi lesquels un premier test a été réalisé pour 726 235 personnes.

Figure 5. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives 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)



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

* Données provisoires

En France métropolitaine

- En semaine 34, **688 579 personnes ont été testées** et pour **25 410 personnes le test était positif** pour le SARS-CoV-2. **Le nombre de personnes positives pour le SARS-CoV-2 a augmenté en S34 par rapport à la semaine précédente** (16 045 en S33, +58%) (Figure 6).
- **Le taux d'incidence en France métropolitaine était en augmentation avec 39,2 cas /100 000 habitants** (vs 24,7 cas/100 000 habitants en S33). Le taux d'incidence **hors dépistages aux aéroports était de 38,3 cas /100 000 habitants**.
- **Le taux de positivité était de 3,7% en S34 et a fortement augmenté par rapport à la S33** (3,1% en S33, soit 20%).
- Le taux de dépistage hebdomadaire était de 1 061/100 000 habitants, en augmentation en comparaison de la semaine précédente (807/100 000 en S33 soit +32%).

Au niveau régional

Pour plus d'information, les données régionales détaillées sont accessibles sur [GEODES](#) et sont mises en perspective dans les [points épidémiologiques régionaux](#).

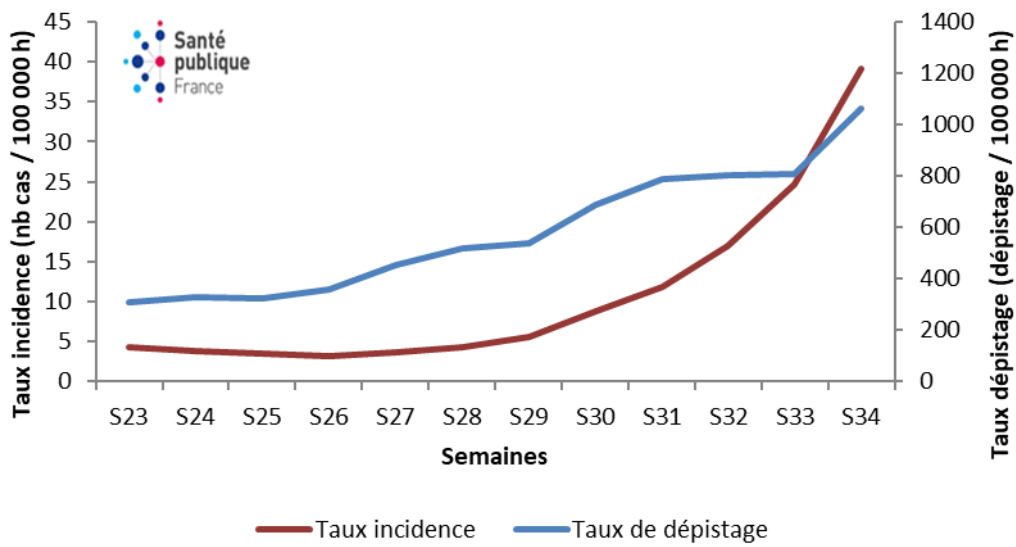
En métropole

- En semaine 34, 78 départements métropolitains avaient des taux d'incidence supérieurs à 10/100 000 habitants (contre 54 en S33), dont 44 supérieurs à 20/10 000 hab. Parmi eux, **14 départements avaient des taux supérieurs à 50/100 000 hab** dont **5 en Ile de France et 3 en Provence-Alpes-Côte d'Azur** (Figure 7a).
- **Le taux d'incidence le plus élevé était observé dans les Bouches-du-Rhône** (140/100 000 hab.) en forte progression par rapport à la semaine précédente (87 en S33) et les Alpes Maritimes (102/100 000 hab.) suivi par Paris (97/100 000 hab. hors tests aux aéroports.)
- **Le taux de positivité était supérieur à 5% dans 8 départements** de France métropolitaine. Les plus élevés étaient rapportés dans le **Val-de-Marne (6,6%), les Bouches-du-Rhône (6,3%), la Seine-Saint-Denis (6,2%)** (Figure 7b).
- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** en S34 étaient **les Bouches-du-Rhône** (2 233/100 000 hab.) en nette augmentation par rapport à la semaine précédente (1 646 en S33), **Paris** (1 828/100 000 hab.) et **les Alpes Maritimes** (1 826/100 000 hab.) Figure 8c.

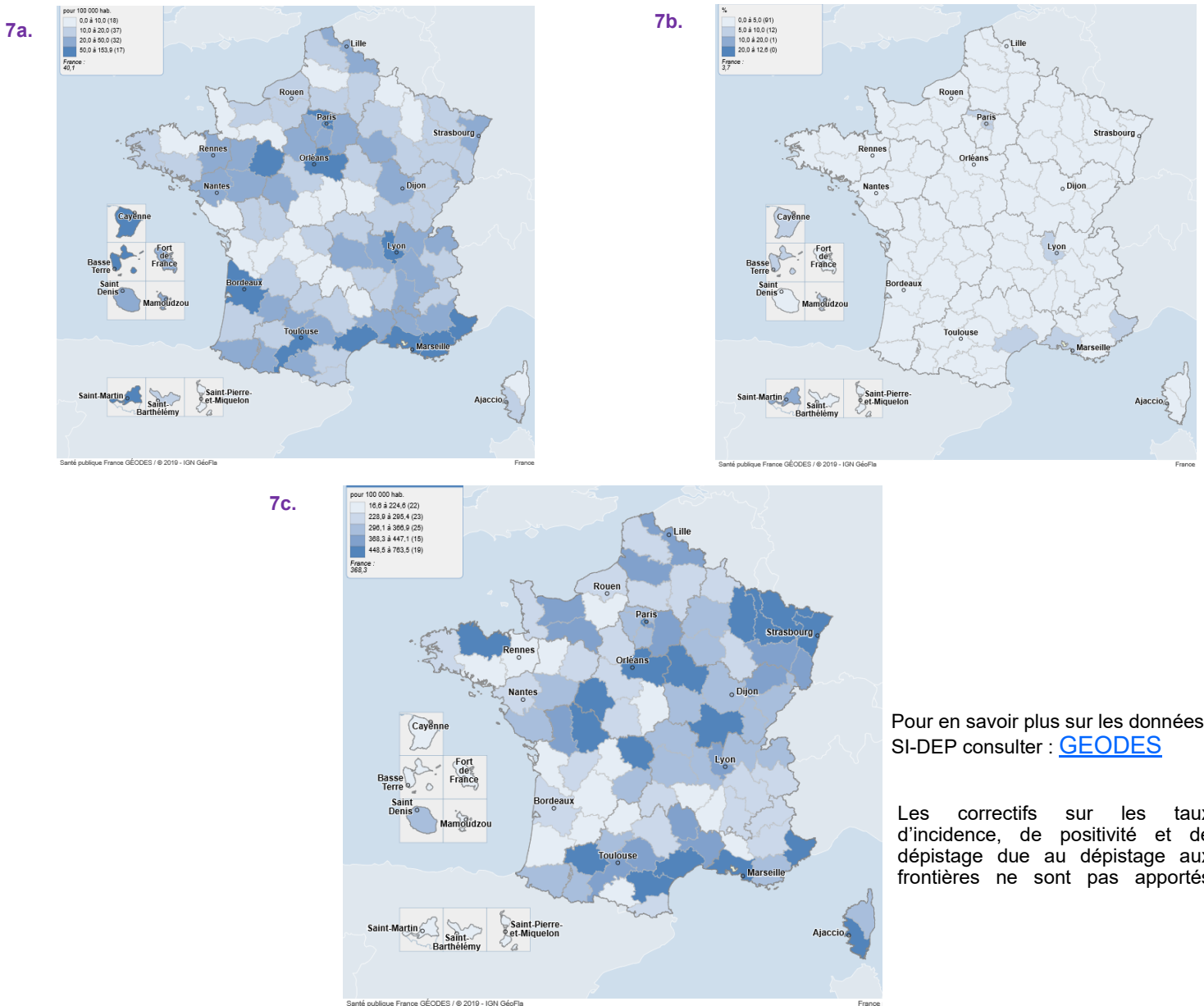
En outre-mer

- **En Guyane, en semaine 34, le taux d'incidence continue de diminuer avec 88/100 000 hab.** vs 104/100 000 en S33. La même tendance est observée pour le taux de positivité qui était en S34 de 7,4% (vs. 8,7 en S33) et le taux de dépistage était stable avec 1 190/100 000 hab.
- **Aux Antilles, les indicateurs de la surveillance sont en très nette progression** en semaine 34, notamment à Saint Martin avec un taux d'incidence de 154/100 000 hab (vs 107 en S33), en Guadeloupe où le taux était de 83/100 000 hab (vs 48 en S33) et en Martinique avec un taux de 46/ 100 000 hab. (vs 34 en S33) .
- **A la Réunion, en semaine 34, le taux d'incidence était de 43,7/100 000 hab.** et le taux de positivité de 2,7% , **indicateurs en augmentation** par rapport à la semaine précédente (respectivement 26,4/100 000 hab. et 1,9% en S33).

Figure 6. Evolution des taux d'incidence et taux de dépistage (/100 000 habitants), par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP).



Figures 7. Taux d'incidence (7a), de positivité (7b) et de dépistage (7c) pour le SARS-COV-2 par département (/100 000 habitants), France, du 17 au 23 août 2020 (source SI-DEP)



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

Les correctifs sur les taux d'incidence, de positivité et de dépistage due au dépistage aux frontières ne sont pas apportés

Analyse par tranche d'âge

- En semaine 34, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) était de 12,2 chez les 0-14 ans, 73,4 chez les 15-44 ans, 30,2 chez les 45-64 ans, 14,9 chez les 65-74 ans et 13,0 chez les 75 ans et plus (Figure 8a).
- **En semaine 34, par rapport à la S33, le nombre de cas a augmenté dans l'ensemble des classes d'âge mais l'augmentation était plus importante chez les 15-44 ans et les 45-64 ans :** +44% chez les 0-14 ans, +67% chez les 15-44 ans, +51% chez les 45-64 ans, +43% chez les 65-74 ans et +13% chez les 75 ans et plus (Figure 8a).
- Parmi les 15-44 ans, l'augmentation du taux d'incidence observée en S34 était la plus importante chez les 20-24 ans (+86%) puis les 25-29 ans (+65%), les 15-19 ans (61%) et les 30-39 ans (58%) (Figure 8c).
- Le taux de dépistage était en augmentation dans toutes les tranches d'âge : +19% chez les 0-14 ans, +36% chez les 15-44 ans, +34% chez les 45-64 ans, +24% chez les 65-74 ans et +18% chez les 75 ans et plus (Figures 8b).

Figure 8a. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-COV-2 en fonction des classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP)

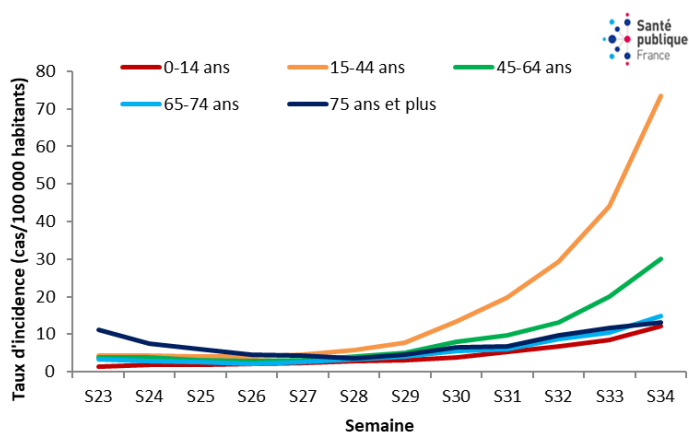


Figure 8b. Evolution du taux de dépistage de SARS-COV-2 en fonction des classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP)

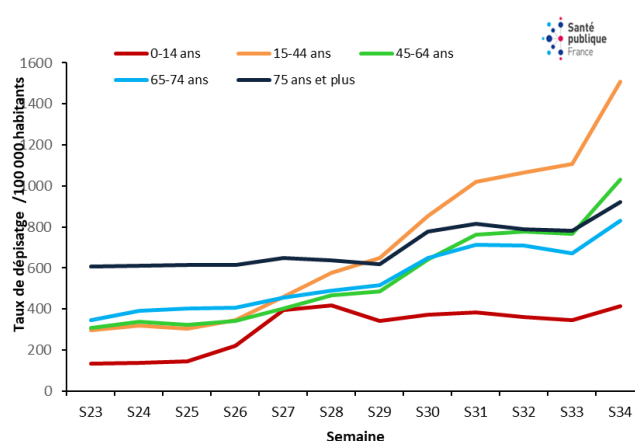
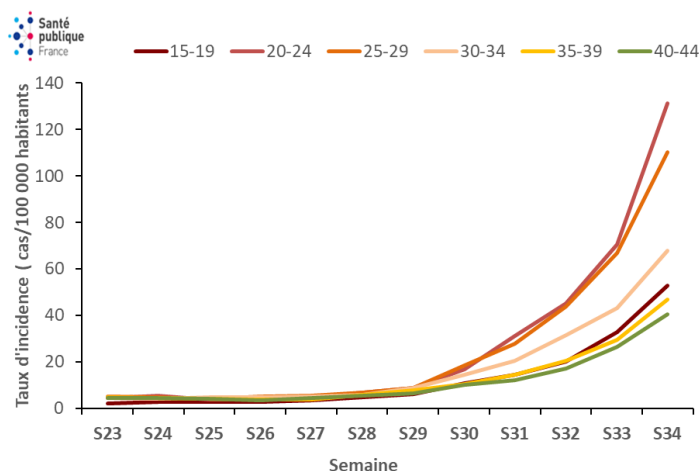


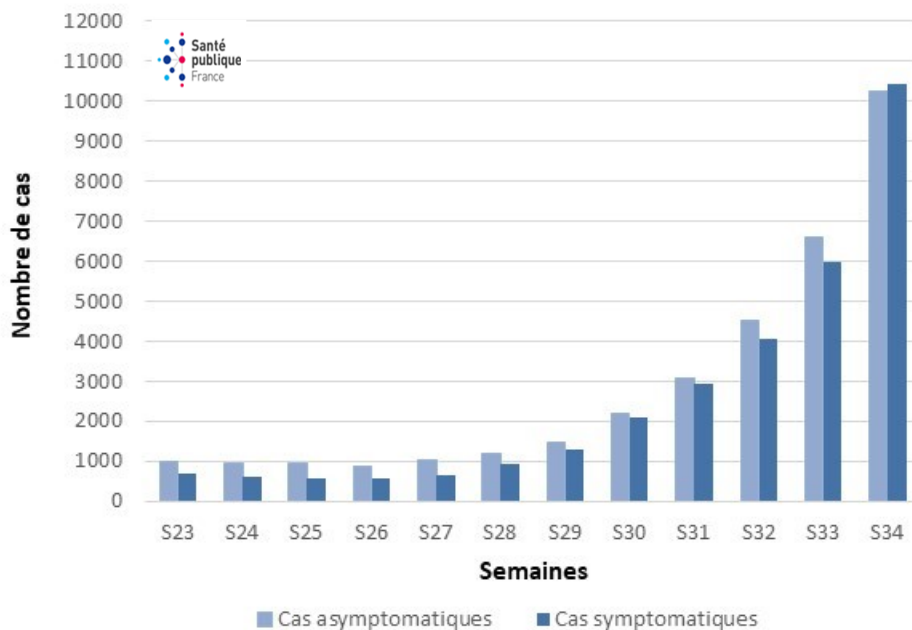
Figure 8c. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-COV-2 chez les 15-44 ans depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP)



Dépistages selon la présentation de symptômes

- Les personnes asymptomatiques représentaient 78% des personnes testées en S34. Le nombre des personnes testées était en nette augmentation en S34 par rapport à S33 que ce soit chez les personnes présentant des symptômes (+42%) ou les personnes asymptomatiques (+31%).
- Plus de la moitié des cas positifs (51%) **présentaient des symptômes** (données disponibles pour 20 681 cas). Cette proportion est en augmentation (48% en S33) et **pour la première fois le nombre de cas symptomatiques est supérieur aux asymptomatiques** (Figure 9).
- **L'augmentation était particulièrement importante pour les cas présentant des symptômes (+74% par rapport à S33)** mais également élevée chez les asymptomatiques (+55% vs S33) (Figure 9).
- En S34, 67% des cas positifs étaient âgés de 15 à 44 ans . Cette proportion était en augmentation depuis mi-juillet. Cette proportion était de 65% chez les asymptomatiques.

Figure 9. Evolution du nombre de cas confirmés de SARS-CoV-2 selon la présence ou non de symptômes (65 045 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (données au 26 août 2020 source SI-DEP).



Activité de suivi des contacts (données ContactCovid – Cnam)

Le contact-tracing (CT) a pour objectifs de limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas, de détecter et briser prospectivement les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes contacts à risque et leur isolement si nécessaire, et de détecter d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle ^{1,2}.

Cette stratégie repose sur une organisation en 3 niveaux mobilisant :

- Les professionnels de santé de médecine de ville et des établissements de santé, pour la prise en charge des cas, et l'identification des personnes contacts à risque, a minima du foyer ;
- L'Assurance maladie, pour l'identification et la prise en charge de l'ensemble des contacts à risque des cas confirmés de COVID-19 en complément de l'intervention des médecins de ville et établissements de santé;
- Les Agences régionales de santé en lien avec les cellules régionales de Santé publique France, pour l'identification et l'investigation des chaînes de transmission et des cas groupés et la gestion des situations complexes, dans certaines collectivités notamment.

Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) dans le cadre des actions de contact tracing (base de données ContactCovid) permettent de juger de l'efficacité des mesures en place et donnent des indications complémentaires aux données de surveillance quant à la situation épidémiologique.

Proportion des cas et des personnes-contacts à risque traités

- En semaine 34, **90% des dossiers des cas et 92% des dossiers des personnes retenues comme personnes-contacts à risque dans la base ContactCovid, sur l'ensemble du territoire, ont été traités**. Ces proportions sont en baisse par rapport à la semaine précédente.
- **Des disparités régionales sont observées** (Tableau 1) qui peuvent être expliquées par de faibles effectifs dans certains territoires et/ou des difficultés à recueillir les coordonnées pour contacter les personnes, ou des mobilités des personnes durant les périodes de vacances. Des cas et des contacts peuvent être identifiés et investigués dans des régions différentes, en particulier durant la période des vacances.

Tableau 1. Nombre et proportion de cas et de personnes-contacts à risque traités par région, France métropolitaine et ultra-marine, depuis le début de l'activité de suivi de contacts post-confinement (S20/2020), et pendant la dernière semaine (S34/2020) (source : ContactCovid – Cnam)

Territoires/régions	Depuis post-confinement du 13/05 au 23/08				Semaine 34 du 17/08 au 23/08			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%**	N	%**
France entière	93 619	94	291 968	96	22 501	90	55 795	92
France métropolitaine	85 525	94	276 468	97	21 432	90	53 331	92
Auvergne-Rhône-Alpes	8 368	99	32 208	98	2 299	100	6 656	93
Bourgogne-Franche-Comté	2 139	96	7 814	97	470	89	1 693	93
Bretagne	2 589	99	12 911	98	520	99	1 919	98
Centre-Val de Loire	2 577	98	8 503	100	659	105	1 826	107
Corse	209	97	612	98	43	90	175	100
Grand-Est	7 206	99	25 072	99	1 024	101	3 037	99
Haut-de-France	8 387	97	30 402	99	1 097	95	3 378	96
Ile-de-France	25 912	90	68 198	97	6 560	85	12 436	91
Normandie	2 176	98	9 510	98	448	95	1 384	93
Nouvelle-Aquitaine	3 806	95	16 603	91	1 517	93	5 323	84
Occitanie	6 341	90	18 105	89	2 135	87	5 117	93
Pays de la Loire	5 377	99	21 354	98	980	98	3 074	92
Provence-Alpes-Côte d'Azur	10 438	94	25 176	94	3 680	88	7 313	90
France ultra-marine								
La Réunion	534	75	2 698	92	274	80	748	89
Martinique	369	98	1 657	98	122	98	562	106
Mayotte	1 121	77	1 760	56	105	68	109	42
Guadeloupe	697	81	1 629	97	330	75	666	103
Guyane	5 287	92	7 535	99	225	89	318	91
Région indéterminée	86		221		13		61	

* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ou sérologie ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 07/05/2020.

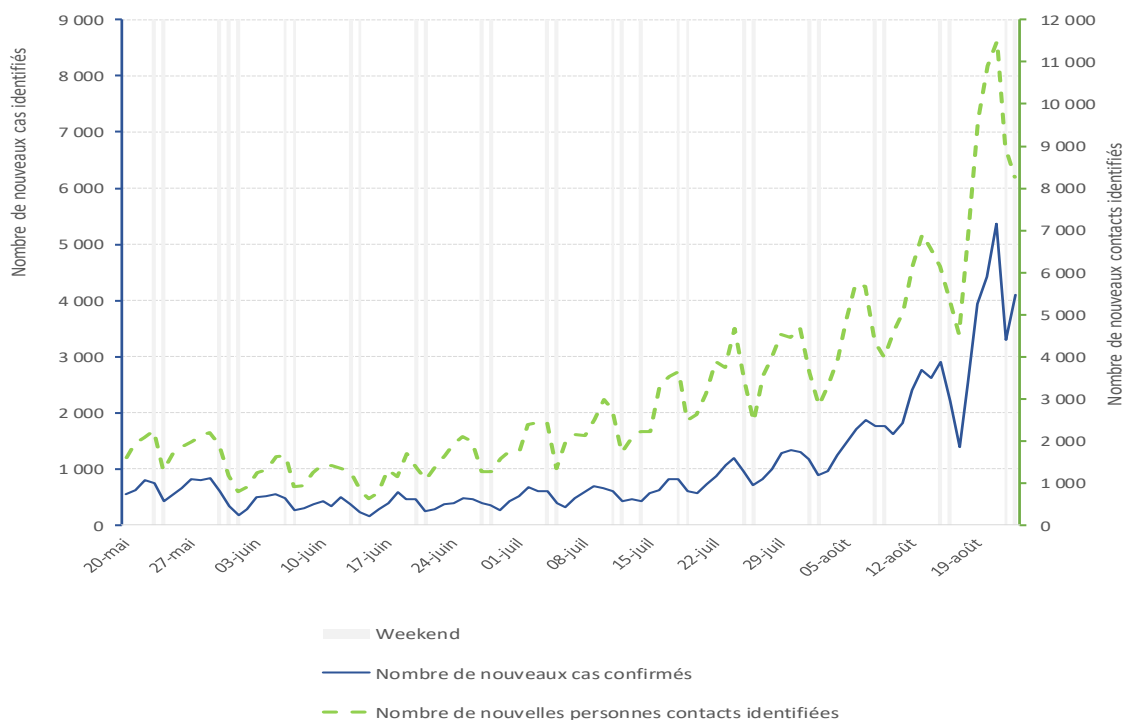
** Pour une semaine donnée, le nombre de personnes investiguées peut-être supérieur au nombre de personnes identifiées la même semaine, en raison de l'investigation de personnes identifiées la semaine précédente.

A noter que le tableau de la semaine précédente (S33) a été corrigé dans le PE du 20 août 2020 mis en ligne sur le site de Santé publique France

Evolution du nombre de cas et de personnes-contacts à risque identifiés

- On observe une forte **augmentation** du nombre de cas ainsi que du nombre de personnes-contacts à risque identifiés au mois d'août (Figure 9).

Figure 10. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque identifiés par jour depuis le début de l'activité de suivi de contact post-confinement du 20 mai 2020 au 23 août 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



*Le nombre de cas identifiés par jour diffère des données de surveillance issues de SI-DEP, du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid et de la présence de cas confirmés par sérologie et de cas probables dans ContactCovid.

Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- En semaine 34, la moyenne du nombre de personnes-contacts à risque continuait de diminuer et était de 2,4 contacts par cas (4,5 en semaine 29 ; 4,1 en semaine 30 ; 3,7 en semaine 31 ; 3,0 en semaine 32 et 2,7 en semaine 34). Des investigations sont en cours pour en explorer les causes possibles.

Délai de dépistage des cas symptomatiques

- Le 23 août, le délai moyen entre la date de début des symptômes et la date de prélèvement était de **3,3 jours chez les nouveaux cas confirmés** pour lesquels la date de début des symptômes était disponible et dont la date de prélèvement de la RT-PCR était inférieure à 8 jours (n=8268).
- Après un plateau depuis début juillet à 4,5 jours de délai, une forte diminution a été observée depuis la semaine 30.

¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/01-maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/guide-methodologique-d-investigation-des-cas-et-des-personnes-contacts-07-05-20>

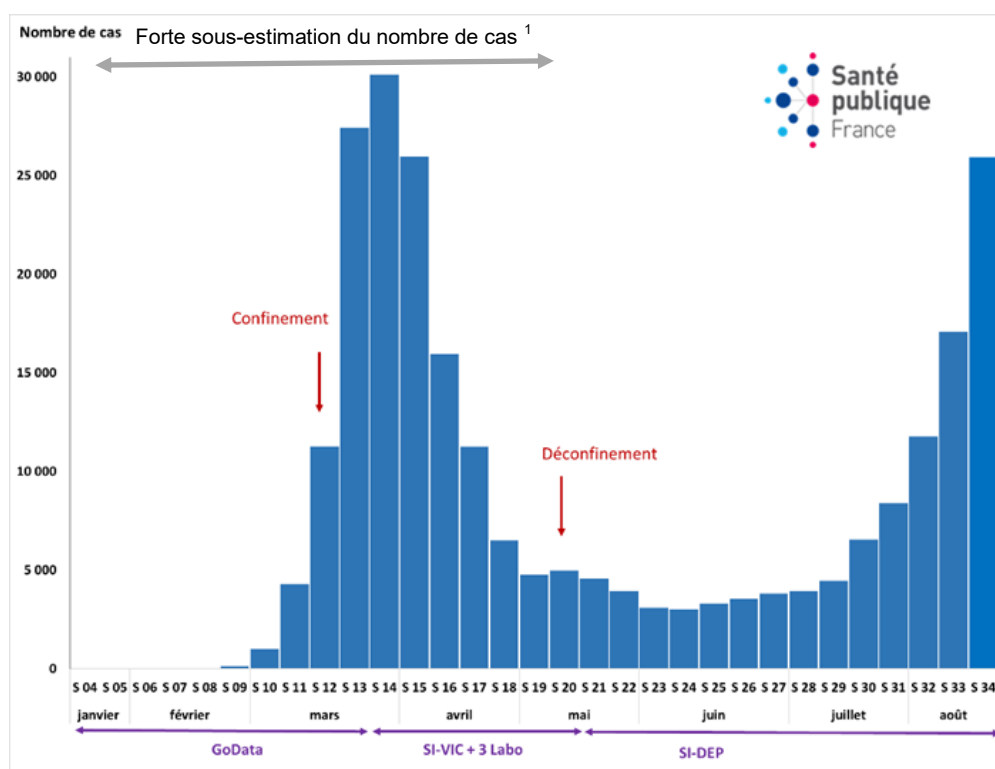
² <https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/01-maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/conduite-a-tenir-07-05-20>

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 25 août 2020, 114 305 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Au 26 août 2020, un total de **254 548 cas confirmés de COVID-19 a été rapporté à Santé publique France**.
- Après une diminution de la semaine 15 à la semaine 24, **on constate une augmentation particulièrement marquée ces dernières semaines** (Figure 11), le nombre de cas confirmés passant de 17 165 en S33 à 26 890 en S34 soit une **augmentation de +57%**.
- **En France métropolitaine**, depuis la semaine 24, le nombre de cas confirmés était en augmentation modérée, mais l'augmentation s'est intensifiée depuis la S30 et atteint **+58%** entre la semaine 33 et 34.

Figure 11. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 23/01 au 23/08 2020 (données au 26 août 2020)



¹Au 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](#)

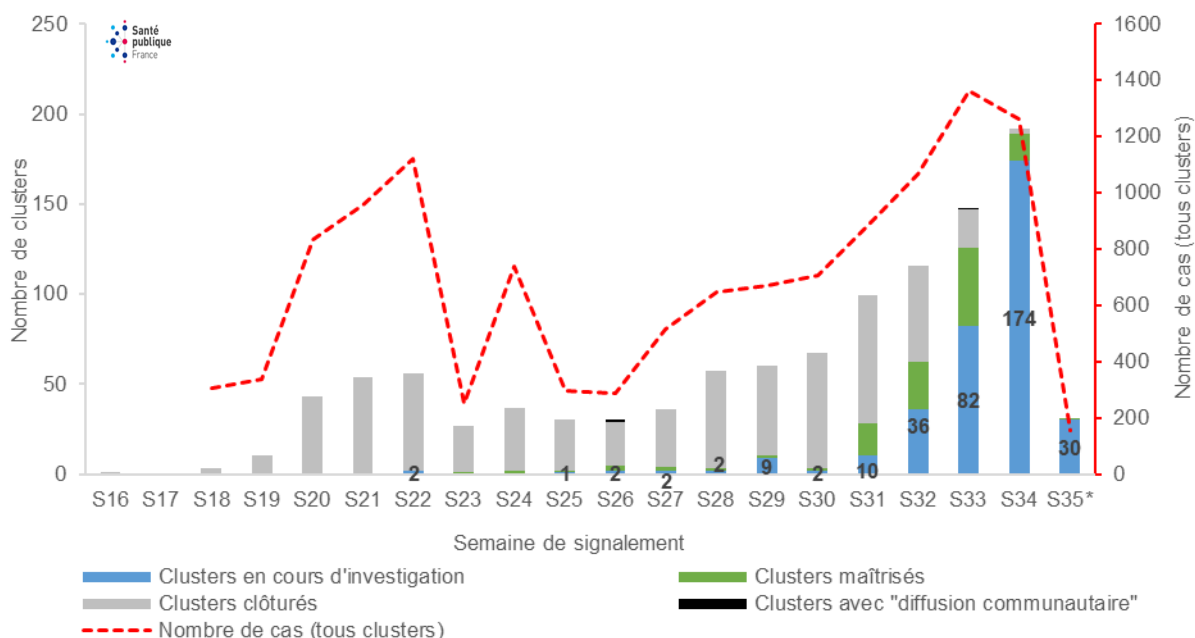
Signalement à visée d'alerte des foyers de transmission (clusters)

Depuis la levée du confinement, le 11 mai 2020, les ARS en lien avec les cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters (ou foyers de contamination), selon le guide en vigueur [1]. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler ces foyers. Un **cluster** est défini par au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, appartenant à une même communauté ou ayant participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non. Le SI **MONIC** (MONitorage des Clusters), développé par Santé publique France, rassemble les données collectées dans le cadre du dispositif de signalement à visée d'alerte. Le bilan épidémiologique des foyers rapportés depuis le 09 mai 2020 est présenté ici, en distinguant les foyers hors Ehpad et milieu familial restreint, et les foyers spécifiquement survenus en Ehpad.

Foyers de transmission (clusters) hors Ehpad et milieu familial restreint

- Au 24 août 2020, la tendance hebdomadaire à la hausse des clusters depuis juillet s'est accentuée, avec **192 clusters signalés en S34**. (Figure 12). Le fardeau moyen de cas par cluster est moindre en juillet-août (9 cas par cluster contre 17 en mai-juin). Au total, 1 097 clusters ont été signalés (93% en métropole) incluant 12 428 cas.
- Au 24 août, **352 (32,1%) clusters étaient en cours d'investigation dont 66 (18,9%) en criticité élevée** (potentiel de transmission, critères de gravité), 10,6% sont maîtrisés, 57,2% sont clôturés et 0,2% ont impliqué une diffusion communautaire (Figure 13) :
- Parmi les 1097 clusters, le **milieu familial élargi (plusieurs foyers) et les événements publics/privés rassemblant de manière temporaire des personnes restaient parmi les types de collectivités les plus représentés (26%), avec les établissements de santé (ES) (12%) et les entreprises hors ES (27%)** (Tableau 2).

Figure 12. 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 09 mai et le 24 août 2020 (N= 1 097) (Source : MONIC)



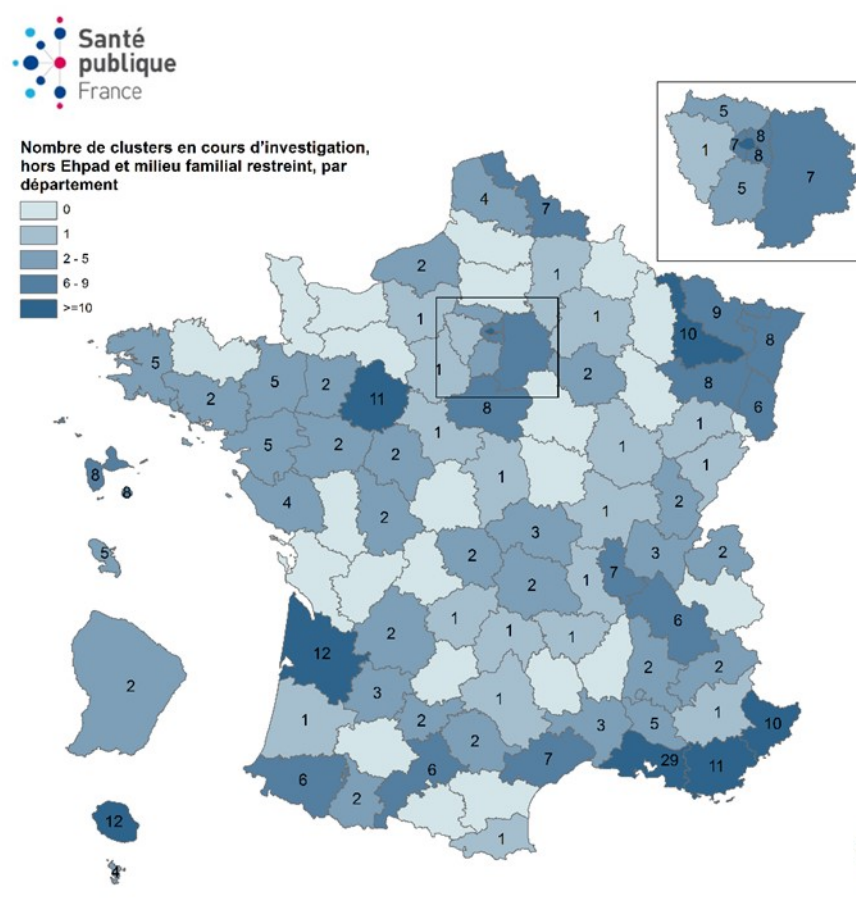
* données provisoires

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

Tableau 2 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par type de collectivité, inclus entre le 9 mai et le 24 août 2020 (N= 1 097) (Source : MONIC)

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=1097	%	N=352	%
Entreprises privées et publiques (hors ES)	297	27	117	33
Etablissements de santé	136	12	30	9
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	152	14	33	9
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	135	12	67	19
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	71	6	9	3
EMS de personnes handicapées	34	3	7	2
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	32	3	8	2
Milieu scolaire et universitaire	28	3	5	1
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	21	2	3	1
Crèches	20	2	0	-
Transports (avion, bateau, train)	15	1	7	2
Etablissements pénitentiaires	14	1	5	1
Structures de l'aide sociale à l'enfance	6	1	1	0
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-	0	-
Autre	136	12	60	17

Figure 13. Répartition des clusters (hors Ehpads et milieu familial restreint) en cours d'investigation par département, inclus entre le 09 mai et le 24 août 2020 (N=352) (Source : MONIC)



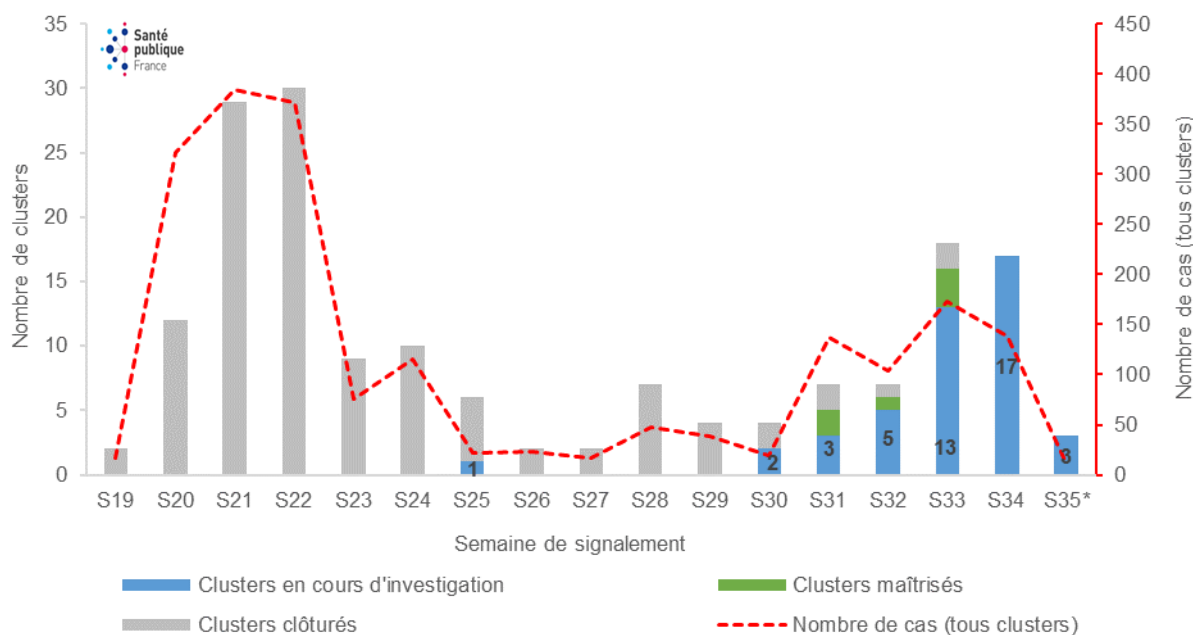
Pour en savoir plus Source : MONIC - Santé publique France

Foyers de transmission (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 24 août 2020, 169 clusters en Ehpad ont été signalés. Depuis 2 semaines, **le nombre hebdomadaire de nouveaux clusters (17 clusters en S34) était supérieur à celui observé depuis début juin** (Figure 14).
- Sur les 169 clusters, 26% (n=44) étaient en cours d'investigation, 4% maîtrisés, 70% clôturés et aucun cluster n'avait diffusé. La majorité (66%) comportait plus de 5 cas (12 en moyenne par cluster).
- Les 44 clusters en cours d'investigation sont localisés en métropole et répartis sur 11 des 13 régions métropolitaines.

Figure 14 : Distribution du nombre de clusters en Ehpad selon leur statut et du nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement entre le 09 mai et le 24 août 2020 (N=169) (Source : MONIC)



* données provisoires

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

Depuis le 1^{er} mars 2020 et jusqu'au 24 août, 8 928 signalements d'un ou plusieurs cas de COVID-19 ont été déclarés dans les établissements sociaux et médicaux-sociaux (ESMS) à Santé publique France via le portail national des signalements et le portail de l'ARS Ile-de-France.

- Il s'agissait de 5 658 (63%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 3 270 (37%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 3).
- Parmi les 8 928 signalements, **40 043 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents. Parmi les **10 506 décès dans l'établissement d'accueil**, 10 420 étaient survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Tableau 3).
- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 24 août 2020, parmi les 5 658 signalements en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 3 800 (67%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Au cours des semaines S33 et S34 (du 10 août au 23 août), parmi l'ensemble des EHPA en France, **210 (2,2%) établissements ont déclaré au moins un nouveau cas confirmé de COVID-19** parmi les résidents ou le personnel.

Tableau 3. 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 24 août 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements	5 658	2 492	405	373	8 928
Chez les résidents					
Cas confirmés	35 276	4 087	203	477	40 043
Décès hôpitaux	3 721	207	0	21	3 949
Décès établissements	10 420	75	0	11	10 506
Chez le personnel					
Cas confirmés	17 010	3 585	308	198	21 101

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)

⁴Autres 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.

- On observe une augmentation du nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS depuis début juillet (Figure 15). Cette **augmentation** est **plus particulièrement marquée en Ile-de-France** (S30 : 11, S31 : 25, S32 : 20, S33 : 25, S34 : 31).
- Cependant, on constate que cette augmentation **concerne, depuis mi-juillet le personnel** de ces établissements (S30) et depuis début août (S33) les résidents (Figure 16). D'autre part, 57% des épisodes avec au moins un cas confirmé déclarés en semaine 33 et 34 comportent des cas confirmés uniquement chez le personnel et 14% chez le personnel et les résidents.
- **Le nombre de décès reste faible et stable** ces dernières semaines. Ces chiffres sont en cours de consolidation.

Figure 15. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19, par date de début des signes du premier cas, du 1^{er} mars au 23 août 2020, en France.

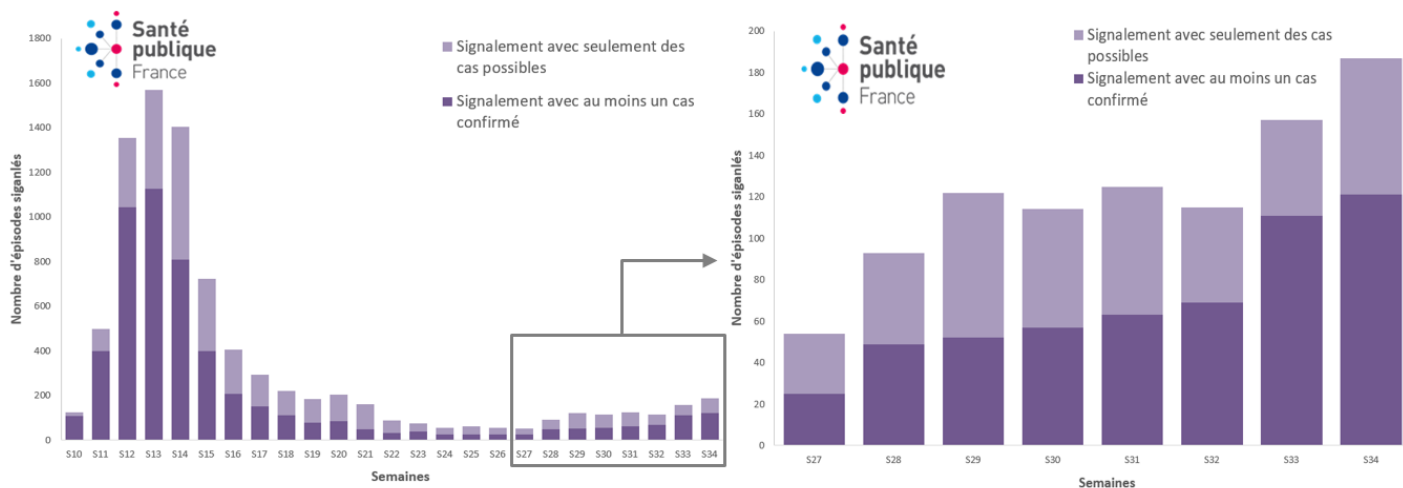
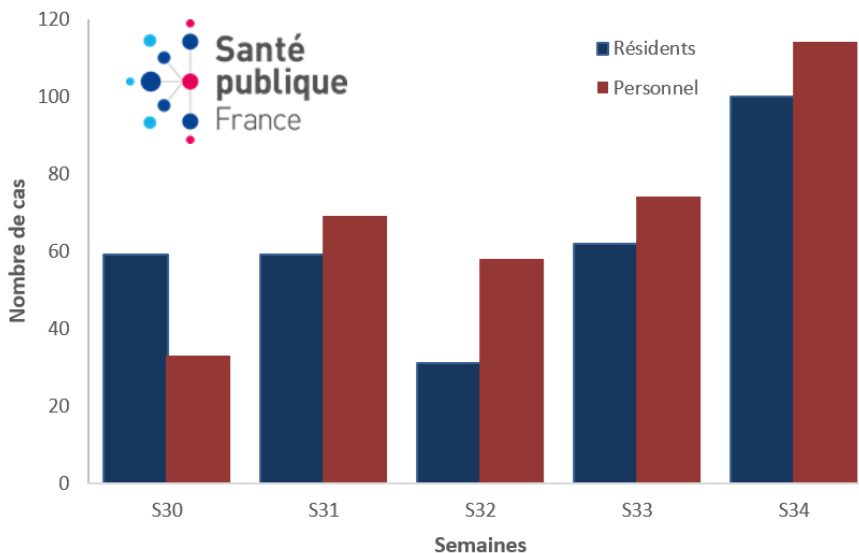


Figure 16 : Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès chez les résidents et le personnel en EHPA et ESMS par semaine de signalement du 20 juillet au 23 août 2020, en France



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'Île-de-France déclare les épisodes via l'application de Santé publique France.

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

- En semaine 34 (du 17 au 23 août 2020), **2 498 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période, représentant 0,9% de l'activité totale des services d'urgence du réseau OSCOUR®.
- Pour la 3^{ème} semaine consécutive, ces passages étaient en **hausse par rapport à la semaine précédente**. En S34, la hausse était de **14% comparé à la semaine 33** (2 196 passages et 0,7% d'activité totale - données consolidées du 25 août 2020) (Figure 17).
- Cette hausse s'observe principalement chez les adultes de **15-74 ans** (+20% soit +262 passages) et plus particulièrement chez les **15-44 ans** qui représentent 52% des passages pour suspicion de COVID-19.
- La hausse est observée dans **plusieurs régions**. Les régions **Provence-Alpes-Côte d'Azur** et **Occitanie** présentent les **hausse les plus marquées** (respectivement +83% et +53% soit +152 et +61 passages). Les passages pour suspicion de COVID-19 restent stables ou en baisse dans les régions Bretagne, Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est, Guadeloupe, Pays-de La Loire.
- En semaine 34, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, 31% ont été enregistrés en **Ile-de-France** et 13% en **Provence-Alpes-Côte d'Azur**.
- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **185 980 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 23 août 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgence ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

Figure 17. 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 1^{er} juin 2020, France (source: OSCOUR®)

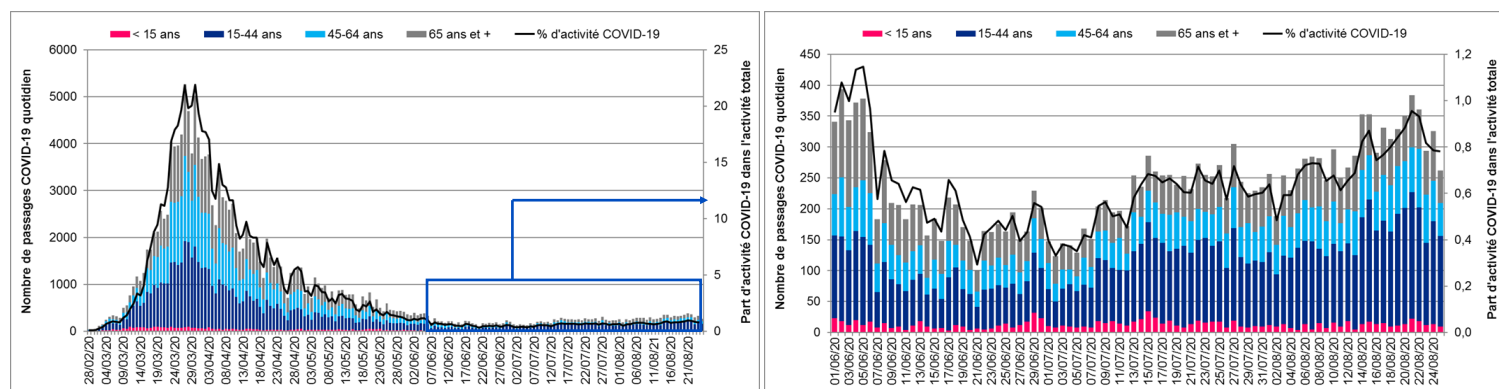
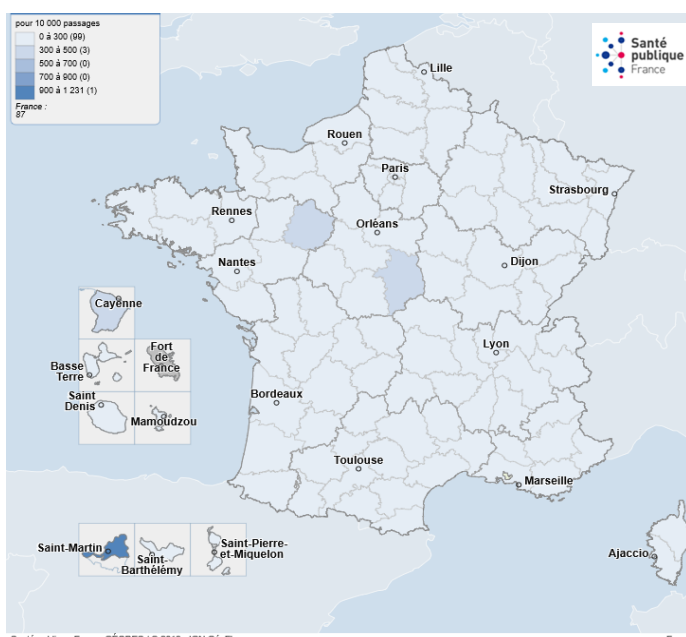


Figure 18. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 34/2020, France (source : OSCOUR®)



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

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 **16 et le 22 août 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 à partir des données virologiques (SI-DEP) est **significativement supérieur à 1 : 1,38** (intervalle de confiance IC95% : 1,37-1,40), estimation **en hausse par rapport à celle produite la semaine précédente (1,34)**. Le R calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) est **significativement supérieur à 1 : 1,14** (IC95% : 1,10-1,19) (Tableau 5), **en hausse par rapport à l'estimation produite la semaine précédente (1,11)**.
- **En région, les nombres de reproduction estimés à partir de SI-DEP et OSCOUR® sont significativement supérieurs à 1 en Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.** Le nombre de reproduction SI-DEP est significativement supérieur à 1 dans les 7 autres régions métropolitaines, sans que celui calculé à partir des passages aux urgences ne soit significativement supérieur à 1 : Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie et Pays de la Loire (Tableau 4).
- **En outre-mer**, la Guadeloupe, la Martinique et la Réunion présentent un nombre de reproduction estimé à partir de SI-DEP significativement supérieur à 1. Le R -effectif estimé à partir des passages aux urgences est également significativement supérieur à 1 à La Réunion.

Tableau 4. 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 16 au 22 août 2020 (Sources : SI-DEP et OSCOUR®)

Territoire	Régions	R effectif (Intervalle de confiance à 95%)	
		SI-DEP	OSCOUR®
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1.63 (1.56-1.69)	1.22 (1.07-1.38)
	Bourgogne-Franche-Comté	1.72 (1.58-1.87)	0.85 (0.70-1.01)
	Bretagne	1.32 (1.21-1.43)	0.86 (0.70-1.03)
	Centre-Val de Loire	1.33 (1.23-1.43)	1.03 (0.83-1.24)
	Corse	1.69 (1.20-2.27)	2.06 (1.04-3.43)
	Grand Est	1.38 (1.30-1.47)	1.08 (0.89-1.29)
	Hauts-de-France	1.17 (1.10-1.24)	1.04 (0.86-1.25)
	Ile-de-France	1.29 (1.26-1.32)	1.07 (1.00-1.15)
	Normandie	1.41 (1.29-1.55)	1.19 (0.95-1.47)
	Nouvelle-Aquitaine	2.01 (1.91-2.11)	1.32 (1.12-1.53)
	Occitanie	1.43 (1.37-1.49)	1.38 (1.19-1.59)
	Pays de la Loire	1.27 (1.20-1.35)	0.99 (0.84-1.15)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1.38 (1.34-1.43)	1.65 (1.48-1.84)
	France métropolitaine	1.38 (1.37-1.40)	1.14 (1.10-1.19)
France ultra-marine	Guadeloupe	1.47 (1.29-1.67)	NC
	Guyane	0.86 (0.76-0.97)	0.81 (0.59-1.06)
	La Réunion	1.89 (1.71-2.08)	4.08 (2.75-5.66)
	Martinique	1.25 (1.06-1.46)	NA
	Mayotte	NE	NC

NC : le nombre de reproduction n'est pas estimable de façon fiable en raison d'un nombre de cas insuffisant sur les 7 derniers jours ; NA : données non disponibles pour cette région ; NE : données non exploitables

[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, **1 545** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

- Parmi les **110 529 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 5) :
 - L'âge médian des patients est de 71 ans et 53% sont des hommes.
 - 20 038 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 85 524 patients sont retournés à domicile.
- Le **25 août 2020, 4 600 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 410 cas en réanimation.**

Tableau 5. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 25 août 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 25 août 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	4 600		410		85 524		20 038	
Classes d'âge *								
Total	4 545		408		84 960		19 926	
0-14 ans	36	1	5	1	1 058	1	3	<1
15-44 ans	333	7	39	10	11 918	14	214	1
45-64 ans	985	22	134	33	24 192	28	2 073	10
65-74 ans	1 018	22	129	32	16 108	19	3 565	18
75 et +	2 173	48	101	25	31 684	37	14 071	71
Régions *								
Total	4 578		401		85 494		20 016	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	257	6	19	5	8 299	10	1 776	9
Bourgogne-Franche-Comté	20	0	5	1	4 105	5	1 065	5
Bretagne	62	1	6	1	1 378	2	269	1
Centre-Val de Loire	66	1	9	2	2 373	3	573	3
Corse	9	<1	2	<1	256	<1	59	<1
Grand Est	471	10	20	5	13 060	15	3 659	18
Hauts-de-France	458	10	37	9	7 231	8	1 938	10
Ile-de-France	2 389	52	183	46	30 577	36	7 681	38
Normandie	69	2	2	0	1 894	2	446	2
Nouvelle-Aquitaine	69	2	12	3	2 327	3	431	2
Occitanie	108	2	16	4	3 070	4	521	3
Pays de la Loire	99	2	11	3	2 390	3	489	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	335	7	41	10	6 254	7	986	5
Outre-Mer								
La Réunion	49	1	9	2	198	<1	7	<1
Martinique	11	<1	3	1	99	<1	17	<1
Mayotte	8	<1	2	<1	438	1	28	<1
Guadeloupe	12	<1	8	2	93	<1	19	<1
Guyane	86	2	16	4	1 452	2	52	<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 19. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 05 et le 25 août 2020, France (source : SI-VIC)



- Dans les régions de **France métropolitaine**, le taux hebdomadaire de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (du 19 au 25 août) **a augmenté en Provence-Alpes-Côte d'Azur** et a atteint 5,0/100 000 hab. en S34 versus 2,8/100 000 hab en S33. Dans toutes les autres régions, les taux d'hospitalisations hebdomadaires étaient inférieurs à 3,0/100 000 hab. La Corse enregistrait une augmentation de ce taux qui était de 1,5/100 000 hab (5 patients admis en S34 versus 0 en S33).
- Dans les régions d'outre-mer, la **Guyane** a enregistré le **plus fort taux hebdomadaire de nouvelles hospitalisations**, avec un taux de 36,8/100 000 hab. (taux stable par rapport à la semaine précédente). On observe une **augmentation** de ce taux en **Martinique** et en **Guadeloupe**, avec respectivement 8 et 13 patients admis pendant la semaine du 19 au 25 août versus 1 et 5 la semaine précédente (Figure 19).
- **Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a augmenté** pour la quatrième semaine consécutive **en semaine 34** (du 17 au 23 août) : 1 084 en S34 versus 604 en S29 (Figure 20).
- En prenant en considération le nombre d'hospitalisations entre la semaine 29 et la semaine 33, **le temps de doublement du nombre d'hospitalisations est de 38 jours**.
- Depuis début juillet (**S28**) et jusqu'en **semaine 34**, les **personnes hospitalisées âgées de moins de 40 ans** représentaient **19%** (1 832/9 695) **des admissions** alors que cette proportion était de **8%** (8 326/100 833) **sur la période mars-juin 2020**. Pour les personnes âgées de plus de 70 ans une diminution des admissions en hospitalisation conventionnelle a été observée depuis début juillet : elles représentaient 45% (4 381/9 695) des admissions sur la période S28-S33 versus 55% (54 990/100 833) sur la période S9-S27 (Tableau 6).

Figure 20. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés et nombre d'établissements déclarant, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, données au 25 août 2020, France (source : SI-VIC)

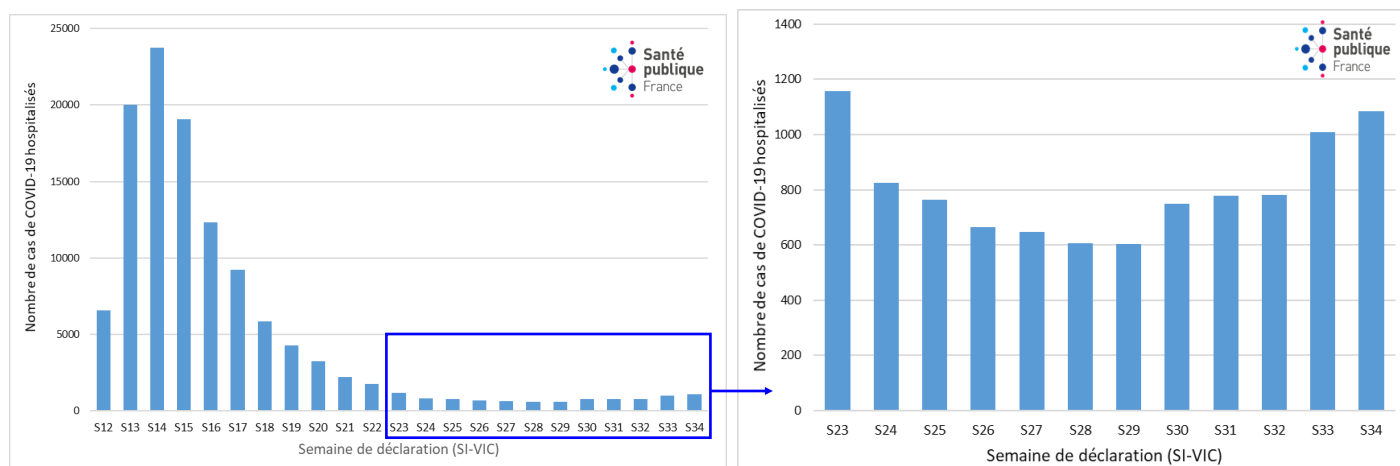


Tableau 6. Distribution des cas de COVID-19 admis à l'hôpital par classe d'âge et par période (S9-S27 : du 01 mars au 31 mai 2020 ; S28-S34 : du 01 juin au 23 août 2020), données au 18 août 2020, France (source : SI-VIC)

Classes d'âge	Périodes				Total N
	S9-S27		S28-S34		
	N	%	N	%	
0-9	735	<1	168	2	903
10-19	551	<1	159	2	710
20-29	2 419	2	699	7	3 118
30-39	4 621	5	806	8	5 427
40-49	7 269	7	933	10	8 202
50-59	12 568	12	1 150	12	13 718
60-69	17 013	17	1 326	14	18 339
70-79	19 920	20	1 576	16	21 496
80-89	23 161	23	1 878	19	25 039
90 ans et +	11 909	12	927	10	12 836
Total	100 833	100	9 695	100	110 529

Note : des corrections des dossiers patients par les établissements de santé et les ARS sont en cours et expliquent les modifications des nombres de personnes hospitalisées en S9-S27 par rapport au point de la semaine précédente

- **Au 25 août 2020**, 410 cas de COVID-19 étaient toujours hospitalisés en réanimation en France et 49 nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation ont été rapportées (Figure 21).
- En semaine 34, le **nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation continue d'augmenter depuis la semaine 27** (Figure 21). Ce nombre est en augmentation depuis 7 semaines, passant de 73 nouvelles admissions en S27 à 174 en S34.
- Le nombre journalier de cas en cours d'hospitalisation en réanimation se maintient en dessous de 500 patients depuis le 10 juillet.
- **Depuis début juillet (S28) et jusqu'en semaine 34, les personnes hospitalisées en réanimation âgées de moins de 40 ans représentaient 12% (95/770) des admissions** alors que cette proportion était de **7% (1 201/17 456) sur la période mars-juin 2020** (Tableau 7). Les personnes âgées de plus de 70 ans représentaient la même proportion des admissions en réanimation sur la période S9-S27 et sur la période S28-S33 (37% Tableau 7).

Figure 21. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, données au 25 août 2020, France (source : SI-VIC)

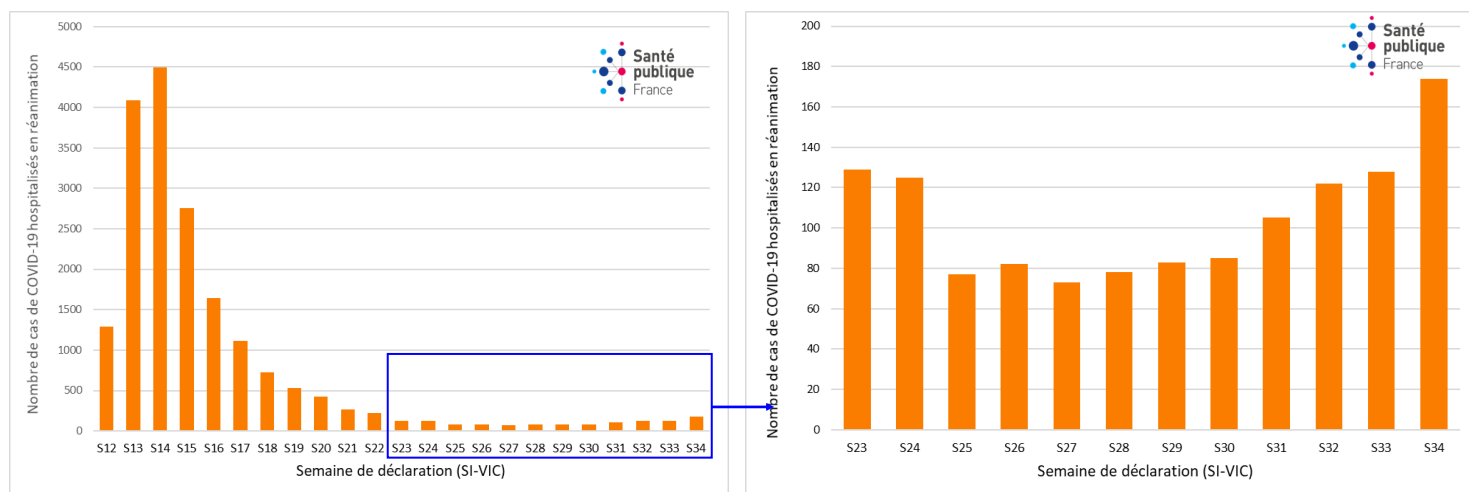


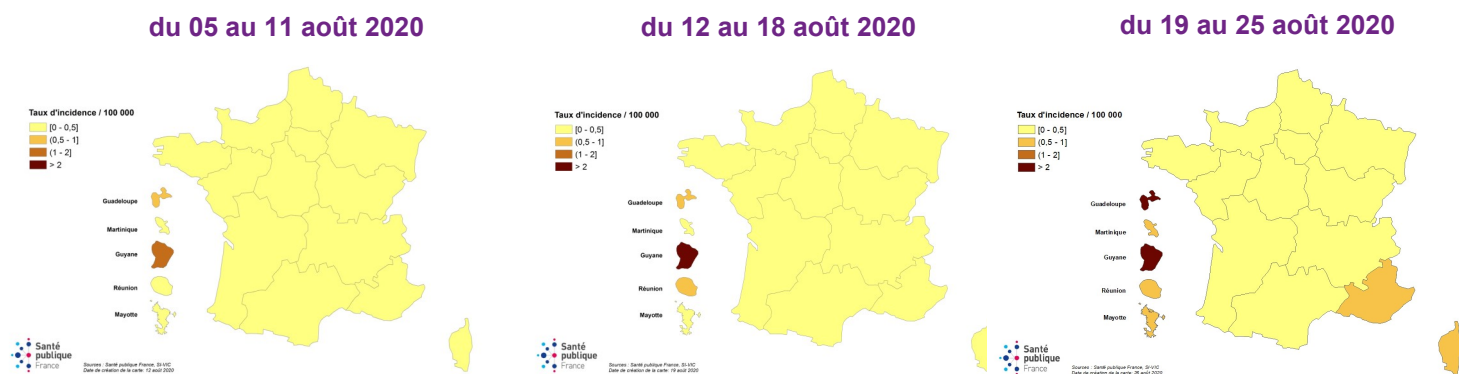
Tableau 7. Distribution des cas de COVID-19 hospitalisés en service de réanimation, par classe d'âge et par période (S9-S27 : du 01 mars au 31 mai 2020 ; S28-S33 : du 01 juin au 23 août 2020), données au 25 août 2020, France (source : SI-VIC)

Classes d'âge	Périodes				Total N
	S9-S27		S28-S34		
	N	%	N	%	
0-9	142	<1	11	1	153
10-19	123	<1	6	<1	129
20-29	253	1	24	3	277
30-39	684	4	54	7	738
40-49	1 513	9	66	9	1 579
50-59	3 323	19	144	19	3 467
60-69	4 926	28	174	23	5 100
70-79	4 615	26	184	24	4 799
80-89	1 553	9	92	12	1 645
90 ans et +	244	1	9	1	253
Total	17 456	100	770	100	18 226

Note : des corrections des dossiers patients par les établissements de santé et les ARS sont en cours et expliquent les modifications des nombres de personnes hospitalisées en S9-S27 par rapport au point de la semaine précédente

- Sur la **semaine du 19 au 25 août**, le plus fort **taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 a été observé en **Guadeloupe** avec 2,4/100 000 hab. représentant 9 patients et en **Guyane** (2,1/100 000 hab.) stable par rapport à la semaine précédente (Figure 22). Ce taux était à 0,6/100 000 hab en Martinique et de 0,7 à Mayotte.
- Dans toutes la majorité des autres régions, le **taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 est inférieur à 0,5/100 000 habitants** excepté en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (0,7/100 000 hab.) et en Corse (0,9/100 000 habitants). En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le nombre de d'admissions en réanimation est **en augmentation** (36 cas du 19 au 25 août versus 12 sur le période du 12 au 18 août). En Corse, ce nombre est passé de 0 à 3 admissions sur la période.

Figure 22. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 29 juillet et le 25 août 2020, France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire de **décès** survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 est en **hausse** par rapport à la semaine précédente avec 101 décès en S34 versus 88 en S33 (Figure 23).
- Le nombre hebdomadaire des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation est stable en semaine 34 (1 104 vs 1 058 en S33) (Figure 24).

Figure 23. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 25 août 2020 (source : SI-VIC)

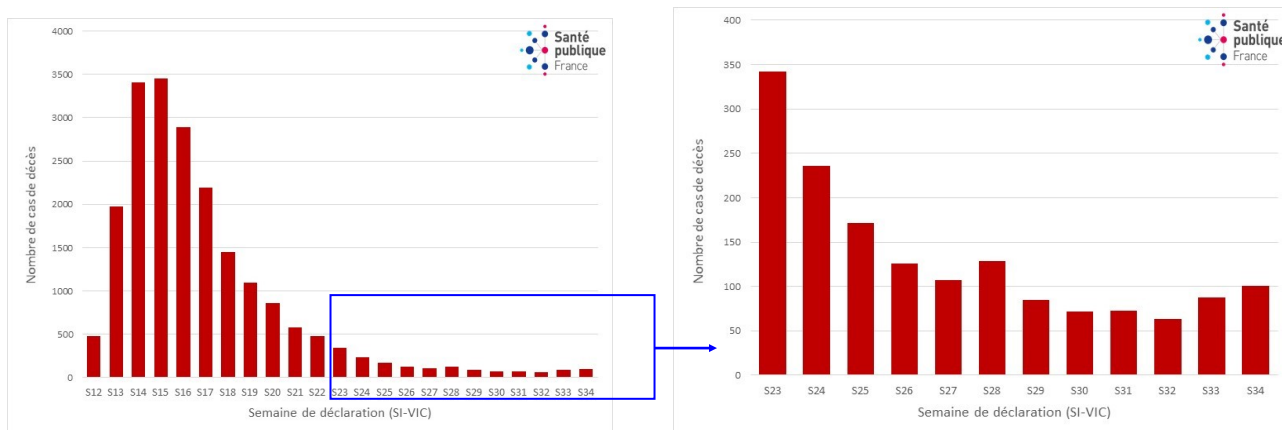
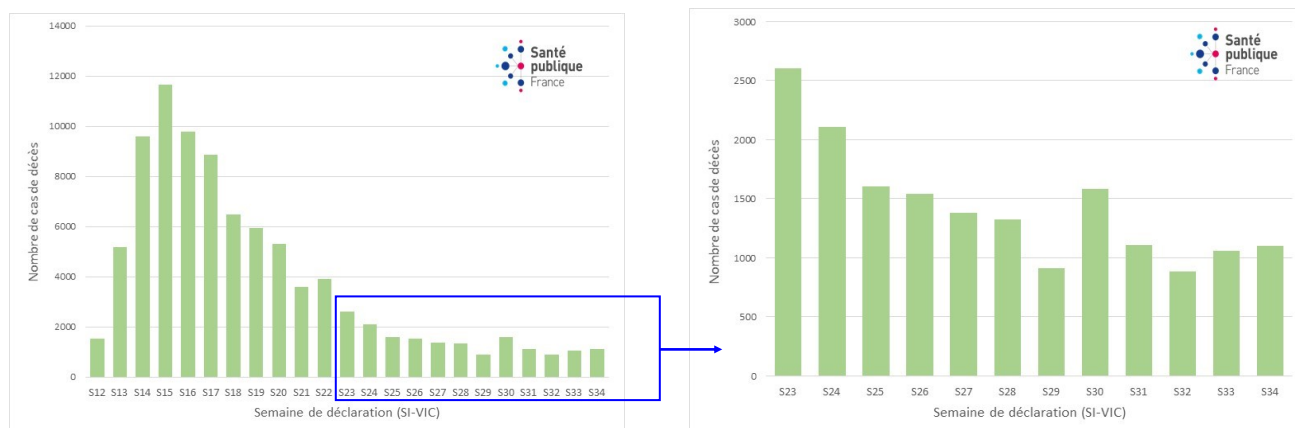


Figure 24. Nombre hebdomadaire de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 25 août 2020 (source : SI-VIC)



Surveillance des professionnels des établissements de santé

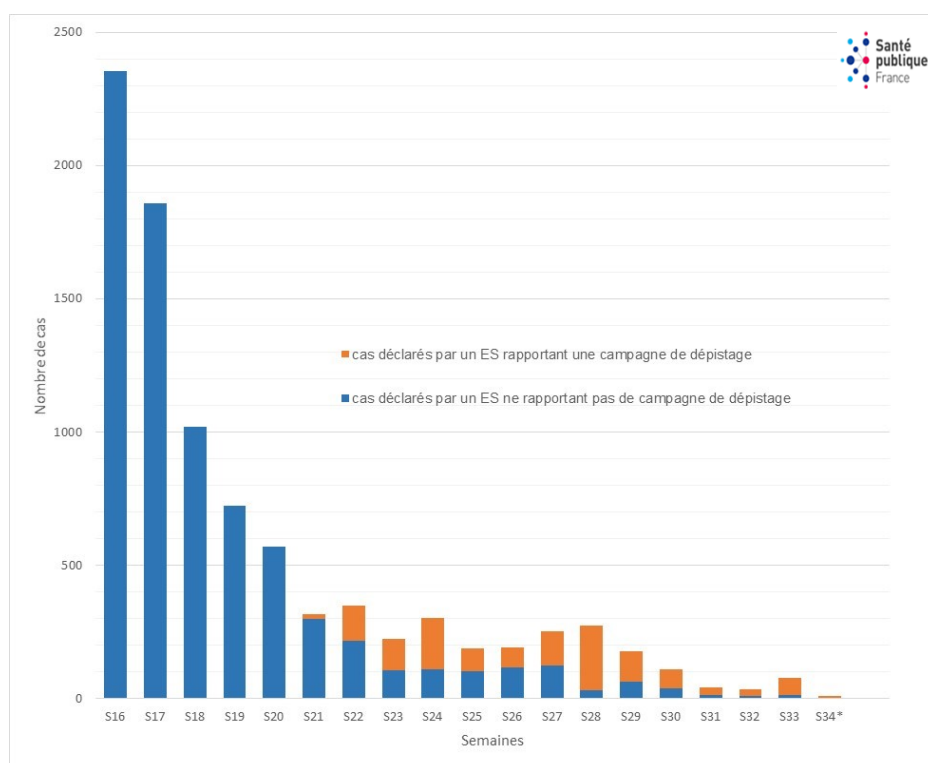
Cette surveillance, mise en place le 22 avril 2020, a pour objectif de recenser les professionnels salariés d'un établissement de santé (ES) d'hospitalisation, public ou privé, ayant été infectés par le SARS-CoV-2 depuis le 1^{er} mars 2020. **Le bilan publié fin juin** rapportait **plus de 31 000 cas signalés** en grande majorité sur la période du 1^{er} mars au 12 avril 2020 avec **une diminution progressive du nombre de cas déclarés** à partir de la semaine 16 (2 355 cas déclarés) et jusqu'à la semaine 25 (188 cas).

Depuis début juillet, en cohérence avec l'évolution de la définition de cas actualisée au 07 mai 2020 et la multiplication des campagnes de dépistage sérologique dans les établissements de santé depuis la levée du confinement, les cas diagnostiqués uniquement par sérologie y compris les personnes non symptomatiques sont pris en compte dans l'enquête. Depuis début juillet, dans le questionnaire il est possible de préciser la répartition du nombre de cas selon le type de test et de rapporter la mise en place d'une campagne de dépistage des professionnels.

- Depuis le 21 juin, **1 767 cas** ont été déclarés, portant à **32 892 cas** le nombre de cas pour la période du 1^{er} mars au 23 août 2020. La répartition du nombre hebdomadaire de cas déclarés montre globalement la **poursuite de la diminution** malgré des fluctuations en semaines 22, 24 et 28 (Figure 25). Ces fluctuations semblent essentiellement liées aux campagnes de dépistage sérologique. Ces données devront être réévaluées après la période estivale.
- Les 1 767 cas étaient majoritairement diagnostiqués par sérologie (Figure 26). Ils étaient rapportés par 132 établissements, dont 4 rapportaient plus de 100 cas. A noter que 277 établissements ont signalé n'avoir aucun cas à déclarer.
- Parmi les 409 établissements participants, 53 (13%) ont rapporté avoir effectué une campagne de dépistage chez les professionnels.
- La répartition des cas par catégorie professionnelle reste identique à celle précédemment observée : parmi les 32 892 cas déclarés depuis le 1^{er} mars, **84% (27 494) étaient des professionnels de santé et 10% (3 425) des professionnels non soignants**. Pour 6% des cas, la catégorie professionnelle n'était pas renseignée. Les deux professions le plus souvent touchées restent les **infirmiers (N=9 375, 29% des cas)** et les **aides-soignants (N= 7 953, 24% des cas)**.
- En s'appuyant sur les données issues de la base SAE 2018, selon la région, la proportion de professionnels en ES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels en ES de la région varie de 0,1% à 5,4 % (Figure 27). Selon la catégorie professionnelle, les aides-soignants (3,5%) et les internes (3,2%) ont été les professions proportionnellement les plus impactées (Tableau 8).
- **Aucun décès supplémentaire** de professionnels lié à la COVID-19 n'a été rapporté au cours de l'été. Pour rappel 16 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2 ont été enregistrés depuis le 1^{er} mars 2020, dont 5 médecins, 4 aides-soignants, 1 professionnel de santé «autre» et 6 professionnels non soignants.

Rappel : ces données sont déclarées chaque semaine par un référent par établissement, et sont donc susceptibles d'être modifiées a posteriori au cours de la période de surveillance.

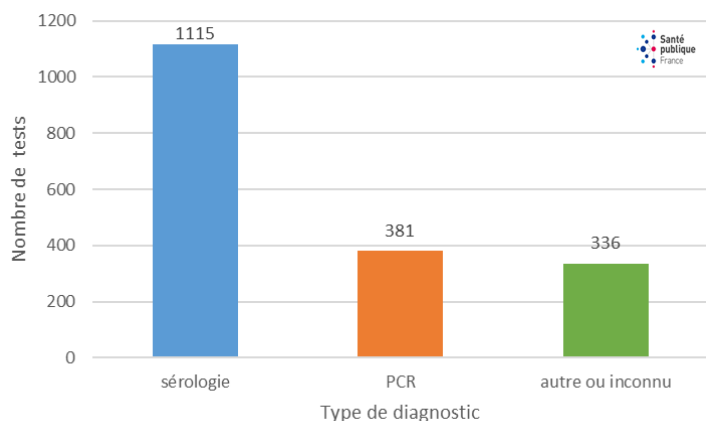
Figure 25 : Nombre de professionnels COVID-19 déclarés (N=9 080), par semaine, depuis le 13 avril 2020 (données au 24 août), France.



* Les données S34 en cours de consolidation

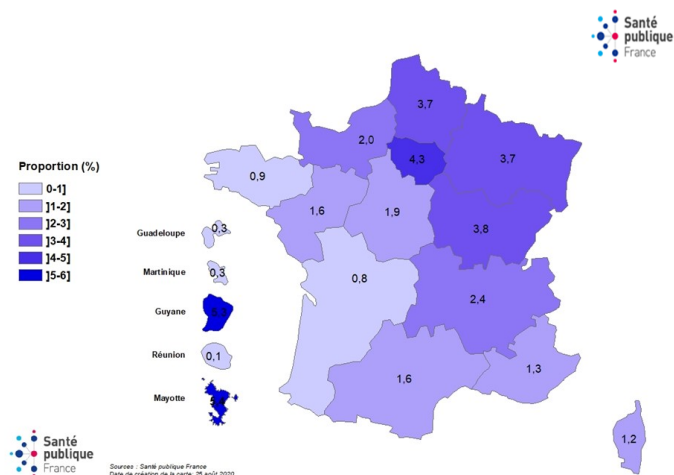
Note : Les cas antérieurs au 13 avril 2020 (N = 23 812 cas) ont été signalés à Santé publique France de manière rétrospective et agrégée sans précision sur leur semaine de signalement.

Figure 26 : Répartition des différents tests utilisés pour le diagnostic des cas COVID-19 chez les professionnels en établissement de santé (données disponibles N=1 767 cas au 24 août 2020), France.



NB : plusieurs tests peuvent être déclarés pour un cas : 1 832 tests déclarés pour 1 767 cas.

Figure 27 : Proportion (%) de professionnels déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels en établissement de santé (données au 24 août 2020, N=32 029), France*.



**Source de données pour le nombre total de professionnels par catégorie professionnelle par région : SAE, données 2018 <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

NB : Les cas pour lesquels la profession était inconnue, et les élèves n'ont pas été pris en compte dans cette analyse, en l'absence de dénominateur connu.

Tableau 8 : Proportion (%) de professionnels déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels en établissements de santé, par catégorie professionnelle, (données au 24 août 2020, N=32 029), France*

REGION	Proportion (%) de professionnels infectés parmi les professionnels de la région								
	IDE	AS	MED	INT	KINE	SF	Autres PS	Autres non PS	Total
Auvergne-Rhône-Alpes	2,6	3,8	2,6	2,8	2,8	1,2	2,1	1,2	2,4
Bourgogne-Franche-Comté	3,6	5,3	3,5	4,5	5,5	0,8	2,7	1,1	3,8
Bretagne	1,0	1,4	1,2	2,2	1,4	0,4	1,0	0,3	0,9
Centre-Val-de-Loire	1,9	3,2	1,9	0,6	2,4	0,2	1,9	0,6	1,9
Corse	0,9	2,8	1,8	4,2	0,0	0,0	1,3	0,2	1,2
Grand Est	3,7	4,6	4,0	3,6	4,4	2,5	3,7	1,6	3,7
Guadeloupe	0,3	0,3	1,3	0,0	0,0	0,0	0,2	0,1	0,3
Guyane	5,8	6,5	6,6	8,0	0,0	1,7	8,2	2,6	5,3
Hauts-de-France	4,1	5,6	3,5	2,6	2,2	1,5	3,6	1,4	3,7
Ile-de-France	4,6	5,9	4,4	5,5	4,9	2,3	4,8	1,4	4,3
La Réunion	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Martinique	0,5	0,4	0,5	0,3	0,0	2,7	0,2	0,1	0,3
Mayotte	4,7	9,1	9,7	0,0	0,0	4,2	3,7	4,6	5,4
Normandie	2,2	2,8	2,4	2,1	2,0	0,6	1,8	0,8	2,0
Nouvelle-Aquitaine	1,0	1,0	1,0	1,2	1,2	0,5	0,7	0,4	0,8
Occitanie	1,9	1,7	2,4	4,3	1,7	0,5	1,4	0,9	1,6
Pays-de-la-Loire	2,1	2,5	1,3	1,4	2,0	1,4	1,6	0,6	1,6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,6	2,0	1,4	3,5	2,3	0,6	1,0	0,6	1,3
Total	2,7	3,5	2,9	3,2	2,8	1,3	2,5	1,0	2,5

IDE : Infirmier, AS : Aide-soignant, MED : Médecin, INT: interne, KINE : Kinésithérapeute, SF : Sage-femme, Autres PS : Autre professionnel de santé, Autres non PS : autre non professionnel de santé

*Source de données pour le nombre total de professionnels par catégorie professionnelle par région : SAE, données 2018 <https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/accueil.htm>

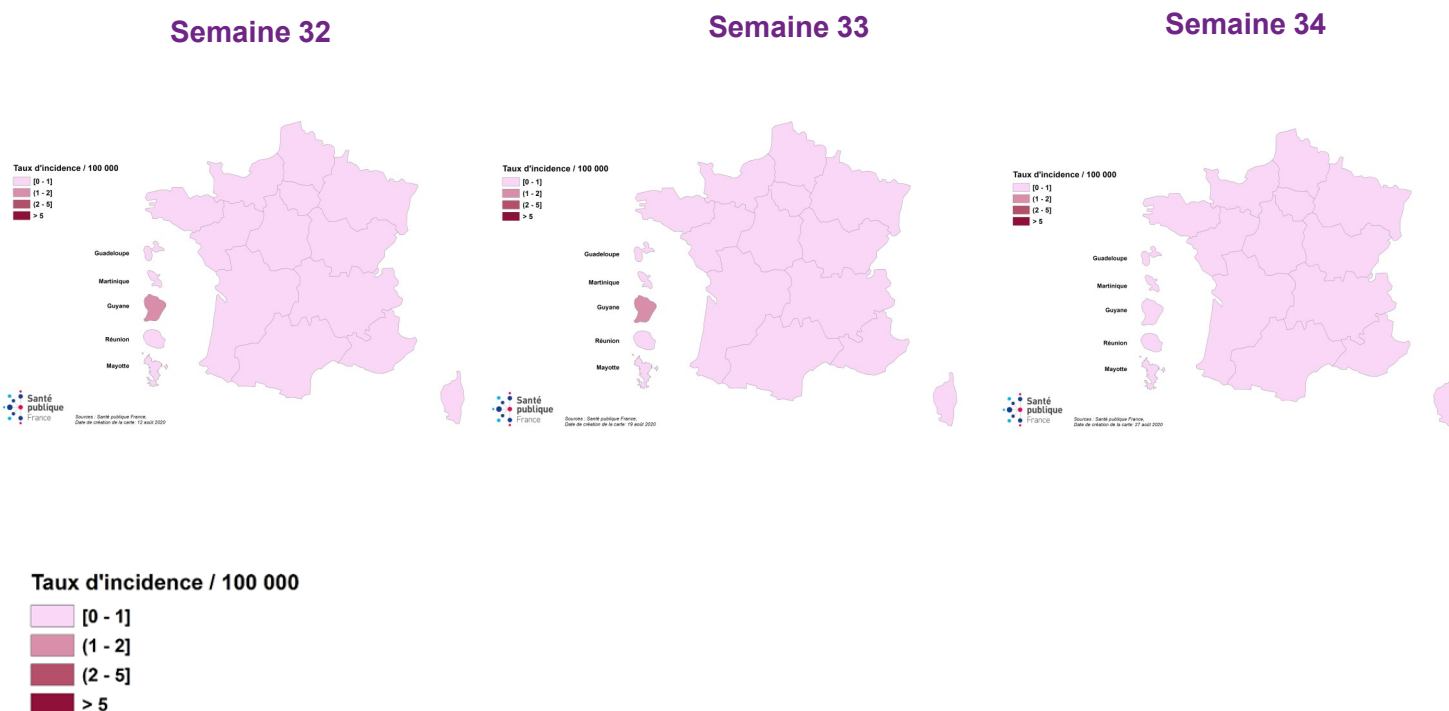
NB : Les cas survenus parmi la catégorie professionnelle « élèves » n'ont pas été pris en compte dans cette analyse, en l'absence de dénominateur connu.

Surveillance de la mortalité

Mortalité lors d'une hospitalisation pour COVID-19 et en ESMS

- Entre le 1^{er} mars et le 25 août 2020, **30 544 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : 20 038 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 506 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 est en **légère baisse** entre les semaines 33 et 34 (65 en S34, 97 en S33 et 66 en S32). Le taux de décès hebdomadaire à l'échelle nationale était en semaine 34 de 0,10 pour 100 000 habitants (0,14 en S33 versus 0,10 en S32).
- **En semaine 34**, le plus fort taux de décès de patients COVID-19 rapporté à la population (pour 100 000 habitants) était observé en Guyane où le taux est à 0,72/100 000 habitants (avec 2 décès). Pour toutes les autres régions, ce taux était inférieur à 0,5/100 000 habitants (Figure 28).
- Les taux hebdomadaires de décès déclarés (pour 100 000 habitants) sont stables ou à la baisse entre les semaines 34 et 33 dans presque toutes les régions excepté dans quatre régions : Bretagne, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur avec une très légère augmentation entre S33 et S34 (sur de petits effectifs : de 0 à 2 ; de 1 à 5 ; de 5 à 8 et de 8 à 13 décès respectivement).

Figure 28. Taux hebdomadaires de décès dû à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS), S32 (du 03 au 09 août), S33 (du 10 au 16 août) et S34 (du 17 au 23 août) 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, **11 402 certificats de décès** contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 9).

- 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 7 522 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, 2,8% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.

Tableau 9. 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 24 août 2020 (données au 25 août 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%				
Hommes	6 202	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	69	66	104	1
45-64 ans	285	29	715	72	1 000	9
65-74 ans	587	33	1 199	67	1 786	16
75 ans ou plus	2 973	35	5 538	65	8 511	75
Tous âges	3 880	34	7 522	66	11 402	100

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	7 522	66
Aucune ou non renseigné	3 880	34

Description des comorbidi-	n	%
Obésité	446	6
Diabète	1 218	16
Pathologie respiratoire	979	13
Pathologie cardiaque	2 546	34
Hypertension artérielle	1 851	25
Pathologies neurologiques *	691	9
Pathologie rénale	936	12
Immunodéficience	171	2

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

¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

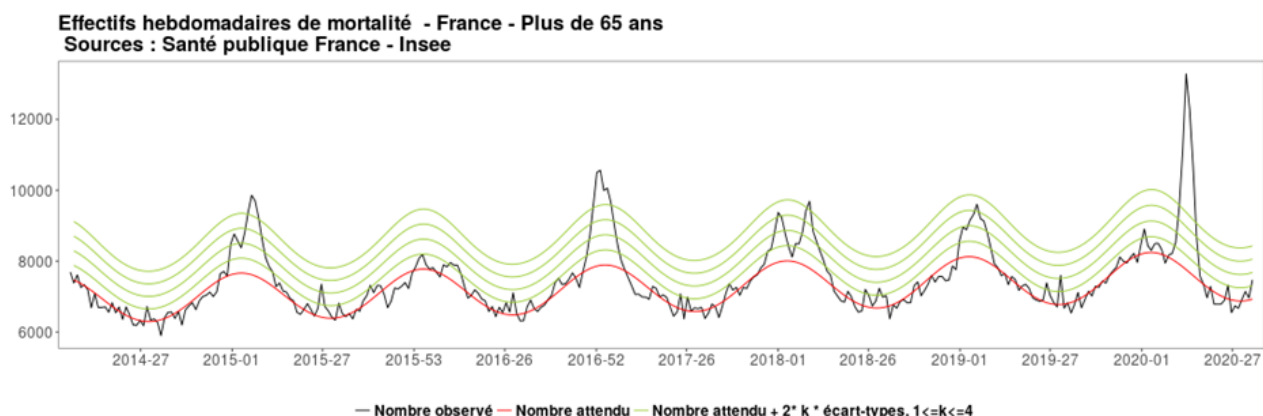
Mortalité toutes causes

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, la mortalité est en hausse sur la semaine 33 (du 10 au 16 août), notamment chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (Figure 29).

- Cette hausse est concomitante avec la survenue d'une canicule durable et étendue qui a touché une large part de la France. En particulier, 15 départements situés dans les régions Hauts-de-France, Ile de France et Normandie, ont été placés en vigilance rouge entre le 7 et le 12 août ([Système d'alerte canicule et santé. Point national au 18 août 2020](#)). L'analyse de la mortalité aux niveaux régional et départemental sera réalisée dans le cadre d'un bilan dédié à cet épisode
- Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines.

Figure 29. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 07-2014 à la semaine 33/2020 (Source : Santé publique France - Insee)



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, un excès de mortalité était observé au Portugal en semaine 29, dans trois pays/régions en semaine 30, dans sept pays/régions en semaine 31 et dans six pays/régions en semaine 32 (Belgique, Luxembourg, Allemagne (Hesse), Espagne, Portugal et Grèce) (Figure 30).

Figure 30 Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 32/2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission actualisation au 19 août 2020) (Source : EuroMOMO)



Analyse de risque contextualisée - Niveaux de vulnérabilité

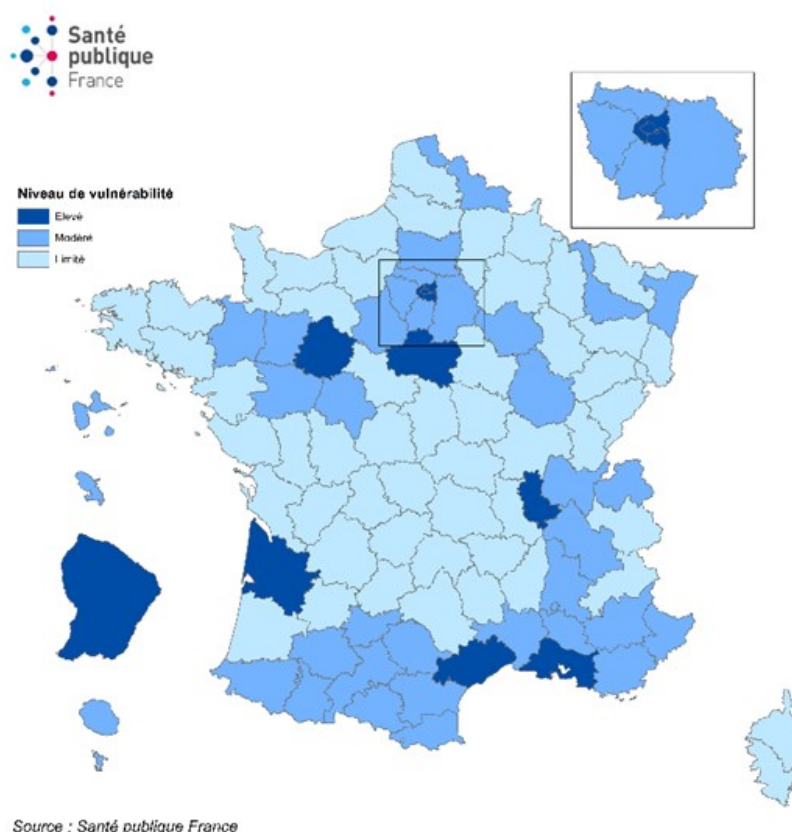
Les équipes régionales de Santé publique France réalisent, en lien avec les ARS, **une analyse de risque contextualisée quotidienne au niveau départemental** depuis le 02 mai 2020, une semaine avant la levée du confinement. Cette expertise effectue la synthèse des indicateurs des systèmes de surveillance et des informations qualitatives rapportées (ARS, collectivités, acteurs du soin, etc.).

Les indicateurs mis en regard sont les taux de positivité/incidence des patients testés (SI-DEP), taux d'actes/passages pour suspicion COVID-19 (SOS Médecin, Oscour®), nombres de reproduction effectif du virus (SI-DEP, Oscour®, SI-VIC), clusters en communauté, milieu professionnel, établissements médicaux sociaux (SI-MONIC), admissions en hospitalisation conventionnelle, en réanimation (SI-VIC). L'expertise permet de produire **l'indicateur du niveau de vulnérabilité (limité, modéré, élevé)** qui traduit la circulation virale et l'impact sur la santé de la population du département contribuant ainsi à adapter les mesures de gestion.

Au 26 août 2020, par rapport au point épidémiologique du 20 août 2020 :

- **8 nouveaux départements étaient classés en niveau de vulnérabilité élevé** : Gironde (33), Hérault (34), Loiret (45), Rhône (69), Sarthe (72), Hauts-de-Seine (92), Seine-Saint-Denis (93), Val-de-Marne (94). Trois étaient déjà en niveau de vulnérabilité élevé : Bouches-du-Rhône, Paris et la Guyane.
- **19 nouveaux départements étaient classés en niveau de vulnérabilité modéré** : Ain (01), Drôme (26), Isère (38), Côte-d'Or (21), Eure-et-Loir (28), Indre-et-Loire (37), Aube (10), Bas-Rhin (67), Guadeloupe (971), Martinique (972), Pyrénées-Atlantiques (64), Ariège (09), Aude (11), Gers (32), Hautes-Pyrénées (65), Pyrénées-Orientales (66), Tarn-et-Garonne (82), Alpes-de-Haute-Provence (04), Maine-et-Loire (49).
- **Au total, le 26 août, 37 départements étaient en niveau de vulnérabilité modéré, et 11 en élevé** ; c'étaient 16 régions sur 18 qui avaient au moins un département en niveau de vulnérabilité modéré. Seules la Corse et la Normandie ont tous leurs départements en vulnérabilité limitée.

Figure 31. Niveau de vulnérabilité par département, France, au 26 août 2020
(Source : Santé publique France)

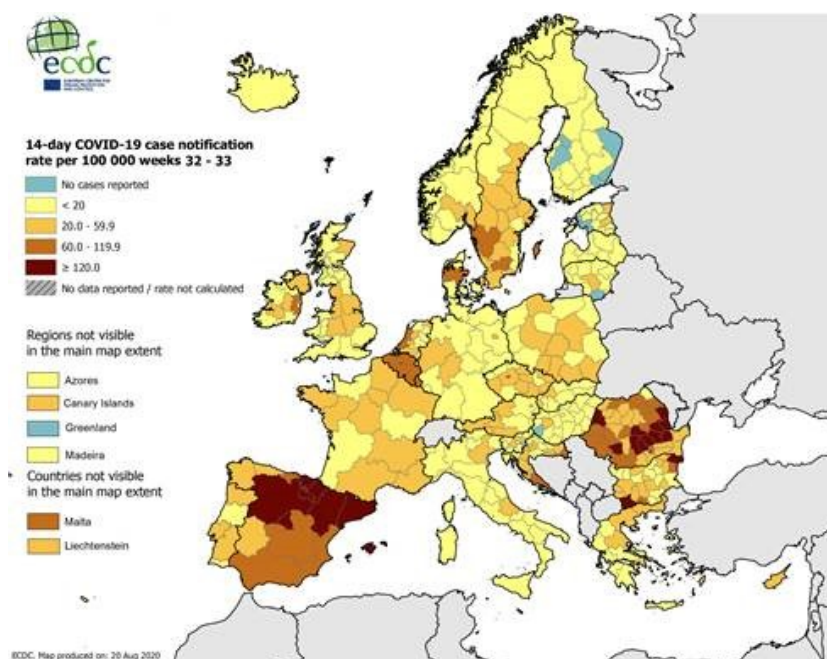


Situation internationale

- **Au niveau international**, les pays des **Amériques** restent les **plus durement touchés** (Etats-Unis, Brésil, Mexique, Colombie, Pérou, Argentine, Chili, Indonésie). En Asie du Sud-Est l'épidémie s'accélère (Inde, Bangladesh, Maldives, Népal, Philippines). L'épidémie reste intense en Méditerranée orientale (Tunisie, Liban, Jordanie, Iran, Koweït, Irak) et dans certains pays d'Afrique (Ouganda, Ethiopie, Namibie et Nigéria). Une augmentation des cas a également été rapportée au Maroc, en Algérie, au Japon et en Corée du Sud.
- **En Europe**, l'épidémie reste **active** dans certains pays d'Europe de l'Est notamment en Russie et en Roumanie. Plusieurs pays ont fait état de chiffres record au cours des 7 derniers jours notamment la Croatie, la Pologne, l'Ukraine, la République Tchèque et la Moldavie.
- Dans **les pays de l'UE/EEA**, la tendance à la hausse du nombre de nouveaux cas se poursuit :
 - L'Espagne a enregistré une importante augmentation de cas positifs au cours des 7 derniers jours.
 - En Allemagne le nombre de nouveaux cas augmente de façon importante chaque jour. Les autorités multiplient les messages face à l'augmentation des cas, liée en grande partie au retour de nombreux touristes allemands de l'étranger.
 - A Malte et en Belgique, l'épidémie est active.
 - En Croatie, on observe un rebond important du nombre de cas confirmés.
 - En Italie, le nombre de nouveaux cas confirmés continue d'augmenter.

Les pays qui observent une augmentation de cas rétablissent progressivement et localement les mesures de prévention (limitation des rassemblements, distanciation physique, port du masque obligatoire). Des contrôles aux frontières et des mises en quatorzaine au retour d'un voyage ont de nouveau été mis en place dans de plusieurs pays (Belgique, Espagne, Italie, Allemagne, Autriche, Royaume-Uni), ces mesures diffèrent d'un pays à l'autre en fonction des critères épidémiologiques utilisés.

Figure 32. Taux d'incidence de COVID-19 rapporté pour les semaines 32 et 33/2020 dans les pays de l'UE/EEA et Royaume-Uni (source : ECDC)



Pour en savoir plus d'informations sur la situation internationale

En Europe :

- [ECDC - Weekly surveillance report \(week 33\), 21/08/2020](#)
- [RRA ECDC, 10/08/2020](#)
- Belgique : Bulletin de surveillance du 24/08/2020
- Allemagne : Bulletin de surveillance du 24/08/2020

Dans le monde :

[Organisation mondiale de la santé](#)

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

Enquête Santé publique France CoviPrev : [enquêtes Internet](#) auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (*Access panel*), de mars à juillet 2020.

Lors de la dernière enquête (vague 13, du 20-22 juillet 2020), la seule mesure de prévention dont l'adoption avait **significativement progressé** depuis la vague précédente était « **Le port systématique du masque en public** ». Les deux mesures de prévention dont l'adoption **systématique** avait **le plus diminué** étaient « **Saluer sans se serrer la main et arrêter les embrassades** » et « **Garder une distance d'au moins un mètre** » alors que l'adoption systématique des mesures de renforcement de l'hygiène était stable ces dernières semaines et élevée : lavage des mains (68%), toux ou éternuement dans le coude/mouchoirs (64%).

Cette enquête a été momentanément arrêtée. Une nouvelle vague a démarré et de nouveaux résultats sont attendus en semaine 36.

Les principaux résultats de ces enquêtes sont disponibles sur [le site de Santé publique France](#).

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 principaux résultats** sont disponibles 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

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



Synthèse — conclusion

En France métropolitaine,

En semaine 34 (du 17 au 23 août 2020), les nombres de cas confirmés et donc le taux d'incidence hebdomadaire, le taux de positivité des prélèvements, le nombre de clusters sont en forte augmentation. Pour la première fois depuis cet été l'augmentation concerne l'ensemble des régions de France métropolitaine. Par ailleurs l'augmentation des nouvelles admissions en hospitalisation conventionnelle et en réanimation amorcée depuis la semaine 27 s'accroît en semaine 34 tout particulièrement pour la réanimation.

L'augmentation du nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 s'intensifie avec 25 410 cas enregistrés en semaine 34 soit une augmentation de +57% par rapport à la semaine précédente. L'augmentation de cas est particulièrement importante chez les personnes présentant des symptômes (+74% par rapport à S33). En semaine 34, plus de la moitié des cas confirmés (51%) sont des personnes qui présentent des symptômes.

Le taux d'incidence en semaine 34 était de 39,2 cas /100 000 habitants en France métropolitaine. L'augmentation concernait l'ensemble des classes d'âge et toujours plus particulièrement les personnes âgées de 15 à 44 ans (+67%) notamment chez les 20-24 ans (+86%), mais également les personnes âgées de 45 à 65 ans (+51%).

En semaine 34, 78 départements avaient un taux d'incidence supérieur au seuil d'attention de 10 cas pour 100 000 habitants par semaine (54 départements en S33) et 14 départements avaient un taux d'incidence dépassant le seuil d'alerte (50/100 000 hab.) (6 en S33) dont 5 en Île-de-France et 3 en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les Bouches-du-Rhône (140/100 000 hab.) en forte progression par rapport à la semaine précédente (87 en S33) dans les Alpes Maritimes (102/100 hab.) et à Paris (97/100 000 hab. en excluant les dépistages dans les aéroports).

Sur la base de l'évolution des indicateurs et afin d'intensifier les mesures de réduction de la transmission, le Premier Ministre a placé 19 nouveaux départements en circulation active du virus en plus de Paris et des Bouches-du-Rhône, déjà classés dans cette catégorie.

Le nombre de reproduction effectif (R effectif) calculé sur la base des données virologiques (SI-DEP) est resté significativement supérieur à 1 en France métropolitaine ($R_{eff} = 1,38$) ainsi que dans toutes les régions de France métropolitaine. Lorsque le R effectif est significativement supérieur à 1, ceci signifie que l'épidémie est en progression.

Le taux de positivité (3,7% en S34) était également en progression (+20% par rapport à S33) et ce pour la septième semaine consécutive.

Depuis début juillet (semaine 29), la progression de l'épidémie est exponentielle (données SI-DEP) et le temps de doublement des cas estimé à 14 jours. Ce temps de doublement est en diminution (estimé à 17 jours en semaine 33).

Le nombre de personnes testées est en augmentation sensible en S34 (+31%) par rapport à la semaine précédente mais cette augmentation reste inférieure au rythme de progression des cas confirmés. Du fait des actions de contact tracing et des investigations menées dans les clusters, près de 80% des personnes testées sont asymptomatiques. Cependant, le nombre de personnes testées avec des symptômes est en nette augmentation (+42%).

En médecine générale, le taux d'incidence des cas d'IRA du réseau Sentinelles est resté stable par rapport à la semaine précédente. En revanche, le taux d'incidence des cas suspects de COVID-19 (hors IRA) et la part des patients testés positifs (S28 : 3% ; S33 : 15%) étaient en augmentation. En semaine 34, et pour la seconde semaine consécutive, le nombre d'actes SOS Médecins liés à une suspicion de COVID-19 était en augmentation.

En milieu hospitalier, pour la 3^{ème} semaine consécutive, une augmentation du nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 a été observée (+14% en comparaison à la semaine 33).

Le R effectif calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR[®]) était cette semaine significativement supérieur à 1 avec un Reff estimé à 1,14 (IC95% : 1,10-1,19) et en hausse par rapport à l'estimation produite la semaine précédente. **Au niveau régional, les deux estimations de R effectif (SI-DEP et OSCOUR) étaient simultanément significativement supérieures à 1 en Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Ces régions conjuguent ainsi une augmentation des nombres de cas ainsi que des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19.**

Les estimations du R effectif ne doivent pas être analysés de façon isolée, mais être confrontés aux indicateurs produits par les différentes surveillances (incidences, passages aux urgences, hospitalisations, clusters ...).

Le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 est en augmentation depuis 5 semaines et depuis juillet, on note une hausse chez les moins de 40 ans. (19% S28-S34 vs 8% S09-S27). La même tendance est observée pour **le taux d'admission en réanimation** (174 admissions, soit +36% vs S33) et notamment en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (taux d'admission : 0,7/100 000 habitants). Il est également observé une augmentation des décès survenus au cours d'une hospitalisation pour la seconde semaine consécutive.

Le nombre de nouveaux clusters détectés en France continue de progresser avec 192 clusters signalés en semaine 34 (hors Ehpad). Parmi les clusters en cours d'investigation (352 au 24 août), les types de collectivités les plus représentées étaient **les entreprises publiques et privées** (hors établissements de santé), **les événements publics/privés** (rassemblements temporaires de personnes) et **le milieu familial élargi** (plusieurs foyers) ainsi que les établissements de santé.

Le nombre d'épisodes signalés de COVID-19 par les établissements médico-sociaux (incluant les Ehpad) **est en augmentation depuis plusieurs semaines.** Ces épisodes s'accompagnent d'une augmentation des cas chez les résidents ainsi que chez le personnel. La part de ces derniers est supérieure à celle chez les résidents depuis 4 semaines. Par ailleurs, depuis deux semaines, le nombre hebdomadaire de clusters en Ehpad signalé est supérieur à celui observé depuis début juin. Le 24 août, 44 clusters en Ehpad localisés en France répartis sur 11 des 13 régions métropolitaines étaient en cours d'investigation. **Une grande vigilance doit être maintenue dans ces établissements compte tenu de la fragilité de cette population dans laquelle survient le plus grand nombre de décès dus au SARS-COV-2.**

A partir des données recueillies par la Cnam, on observe en semaine 34, que **le délai moyen de dépistage des cas symptomatiques reste relativement bas par rapport à celui de début juillet malgré une légère augmentation sur la dernière semaine** (3,3 jours en S34 vs. 3,0 jours en S33). Cette évolution suggère un recours plus rapide aux tests pouvant être en lien avec une facilité d'accès aux tests (sans prescription). L'augmentation de 10% de ce délai observée en S34 pourrait refléter les difficultés à obtenir rapidement un rendez-vous dans certaines régions, notamment en Ile de France. Des initiatives sont en place dans plusieurs régions pour optimiser la répartition des personnes dans les différents laboratoires. Il conviendra cependant d'être vigilant sur l'évolution de ce paramètre dans le contexte de rentrée scolaire et de reprise des activités professionnelles au retour des vacances pour les adultes.

La diminution de la proportion des cas et des contacts à risque suivis pourrait traduire la difficulté à joindre les personnes dans un contexte de vacances estivales. Les données sur l'activité de suivi des contacts collectées par la Cnam montraient **une augmentation des nombres de cas et de personnes contacts à risque** depuis le mois de juin avec une accélération ces dernières semaines. Cette augmentation de l'activité de contact tracing s'accompagne d'une diminution du nombre de contacts à risque identifiés par cas. La diminution du nombre moyen de personne-contact par cas fait craindre qu'une part de personnes-contact n'est plus identifiée, ce qui est problématique pour l'efficacité et l'impact du contact tracing sur la transmission du virus dans le contexte d'une forte augmentation de l'incidence.

L'évolution de ce paramètre avec la reprise du travail et la rentrée scolaire est à suivre de près. Le contact tracing associé à l'isolement des cas et la quarantaine des personnes-contacts à risque étant un des principaux piliers du contrôle de l'épidémie, des investigations sont en cours pour explorer les causes possibles liées au dispositif et notamment la compliance des cas et personnes-contacts à son égard.

Les analyses de risque contextualisée permettent de classer chaque département selon un niveau de vulnérabilité (limité, modéré et élevé) traduisant à la fois la circulation virale et l'impact sur la santé de la population. Cette semaine, **9 nouveaux départements ont été classés en niveau de vulnérabilité élevé** portant à 10 le nombre total de départements ainsi classés : **Bouches-du Rhône (13), Gironde (33), Hauts-de-Seine (92), Hérault (34), Loiret (45), Rhône (69), Sarthe (72), Seine-Saint-Denis (93), Paris (75), Val-de-Marne (94)**. Dix-neuf départements sont passés cette semaine **en niveau de vulnérabilité modéré** portant à **33** le nombre de **départements** ainsi classés en France métropolitaine.

En Ile de France, l'accélération de la circulation du virus est confirmée par la hausse de tous les indicateurs virologiques. Les classes d'âge, les plus concernées étaient les 20-30 ans. Les taux d'incidence étaient supérieurs au seuil d'alerte (50/100 000 h) dans 3 départements (Paris, Seine-Saint-Denis et Val de Marne) et supérieurs à 20/100 000 h pour les 5 autres. Le taux de positivité des prélèvements dépasse le seuil d'attention de 5% à Paris, en Seine-Saint-Denis, dans le Val de Marne et dans le Val d'Oise. Les nombres de clusters sont en augmentation de même que les admissions en réanimation. **Cinq départements sont classés en niveau de vulnérabilité élevée (Paris, Hauts-de-France, Seine-Saint-Denis, Val de Marne et Val d'Oise)**. Les trois autres départements sont en niveau de vulnérabilité modérée.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, la circulation virale s'intensifie sensiblement avec une augmentation des indicateurs virologiques dans tous les départements de la région. L'augmentation de l'incidence est plus particulièrement observée dans les populations de jeunes adultes (20-40 ans) ainsi que chez les personnes âgées de 40 à 60 ans. **Cette augmentation est très marquée dans les Bouches-du-Rhône** où le taux d'incidence était de 140/100 000 hab. (vs 88 en S33) et le taux de positivité était de 6,3% (vs 5,3 en S33). Dans les **Alpes-Maritimes** le taux d'incidence est de 101/100 000 hab. (vs 54 en S33) et le taux de positivité de 5,6% (vs 3,4 en S33). Dans le Var le taux d'incidence était de 51/100 000 hab.(vs 38 en S33). Les nombres de passages aux urgences et d'actes SOS médecins sont également en augmentation. Le taux hebdomadaire de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 a augmenté et a atteint 5,0/100 000 habitants en S34 (vs 2,8/100 000 habitants en S33). Les nombres de patients nouvellement admis en réanimation sont également en augmentation sur les semaines 33 et 34. Dans la région, 38 nouveaux clusters (foyers épidémiques) ont été déclarés en S34 et 61 restent en cours d'investigation. **Les départements des Bouches-du-Rhône, des Alpes-Maritimes et du Var sont classés en niveau de vulnérabilité élevé**. Le département des Alpes-de-Haute-Provence est en niveau de vulnérabilité modéré.

En Occitanie, les indicateurs épidémiologiques étaient en augmentation notamment dans l'Hérault. Dans ce département, le taux d'incidence a doublé (88,3/100 000 habitants en S34 vs 40,2 en S33) et les passages aux urgences pour suspicion COVID-19 étaient également en augmentation. Les hospitalisations conventionnelles étaient en augmentation (109 en S34 vs 65 en S33) ainsi que les hospitalisations en réanimation (16 vs 9). Sept clusters restent en cours d'investigation dans ce département. **L'Hérault est classé en niveau de vulnérabilité élevé et les autres départements en niveau modéré**.

En Pays de la Loire, le taux d'incidence hebdomadaire en Sarthe est de 65/100 000 hab. en S34 (vs 61 en S33). Onze clusters sont en cours d'investigation dans ce département. Une campagne de dépistage grand public est en cours. **En Maine-et-Loire**, le taux d'incidence est en progression (27 en S34 vs 16 en S33). En Mayenne, le taux d'incidence reste stable (22 en S34 vs 23 en S33). **Le département de la Sarthe est classé en niveau de vulnérabilité élevé**, les départements de Maine et Loire et de Mayenne à un niveau modéré et les départements de Loire-Atlantique et de Vendée à un niveau limité.

La mortalité est actuellement dans les marges de fluctuation habituelle en France métropolitaine, tous âges confondus.

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

Aux Antilles la circulation du virus est en augmentation. Les taux d'incidence étaient en Guadeloupe de 82,8/100 000 (vs 47,5 en S33), à Saint Martin de 153,9 (vs 106 en S33) et en Martinique de 46,3 (vs 34,3 en S33). Les taux de positivité étaient en Guadeloupe de 5,8% (vs 4,4 en S33), à Saint Martin de 12,6% (vs 6,5 en S33) et en Martinique de 3,0% (vs 2,9 en S33). Les nombres d'admission en hospitalisation et en réanimation étaient en augmentation. Une tension hospitalière était rapportée à Saint-Martin. La situation était en dessous des seuils de vigilance à Saint-Barthélemy. Les niveaux de vulnérabilité de Saint-Martin, de la Guadeloupe et de la Martinique sont modérés.

A **l'Ile de la Réunion**, les indicateurs épidémiologiques montraient une accélération de la circulation du virus avec un taux d'incidence de 43,7/100 000 habitants (vs 26,4 en S33) et un taux de positivité de 2,7% (vs 1,9% en S33). Les nombres de passages aux urgences ainsi que les hospitalisations sont en augmentation. Quinze clusters restaient actifs notamment dans le Nord de l'île. L'Ile de la Réunion est classée en niveau de vulnérabilité modéré.

En Guyane, en semaine 34, l'épidémie continue de lentement régresser avec un taux d'incidence de 88,1/100 000 habitants (vs 104 en S33) et un taux de positivité des prélèvements de 7,4% (vs 8,8 en S33). Deux clusters restaient en cours d'investigation. Le niveau de vulnérabilité reste élevé.

A Mayotte, selon les données des laboratoires collectées directement par la cellule régionale, **le taux d'incidence de 31 cas/100 000 habitants** était en augmentation (24 en S33) notamment lié à la mise en place de dépistage autour de clusters. Le **taux de positivité** était resté relativement **stable** (6,5%) en comparaison de la semaine précédente. Quatre clusters restaient en cours d'investigation. Mayotte est classé en **niveau de vulnérabilité modéré**.

En France métropolitaine et dans les DROM

Les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie sont les personnes âgées de plus de 65 ans ainsi que celles présentant des comorbidités. Les données de surveillance montrent que les enfants sont moins touchés par le COVID-19 qui représentent moins de 1% des patients hospitalisés et des décès.

Les professionnels de santé travaillant dans les établissements de santé (ES) font l'objet d'une surveillance spécifique. Au 24 août 2020, **32 892** cas d'infection au SARS-CoV-2 ont été rapportés. Parmi eux, **27 494 (84%)** sont des professionnels de santé et **3 425 (10%)** des professionnels non soignants. Au cours des dernières semaines de surveillance, une grande partie des cas était diagnostiquée par sérologie, en cohérence avec la multiplication des campagnes de dépistage dans les établissements de santé depuis la levée du confinement. Les deux professions le plus souvent concernées restent les infirmiers (**29% des cas**) et les aides-soignants (**24%**).

Au total, 16 décès survenus chez des professionnels travaillant dans les ES ont été rapportés, le dernier datant de mi-mai.

La grande majorité des cas (72%) a été déclarée de manière agrégée pour la période du 1^{er} mars au 12 avril 2020. Le nombre hebdomadaire de cas déclarés montre ensuite une forte diminution à partir de la semaine S16 (2 355 cas déclarés) malgré quelques fluctuations en grande partie liées aux dépistages sérologiques. Il n'est pas observé de rebond du nombre de cas déclarés par les établissements participant à cette enquête au cours de l'été. Cependant, le nombre d'établissements ayant participé à l'enquête en juillet et août est inférieur à celui des mois précédents. Il n'est ainsi pas exclu que des déclarations « de rattrapage » soient réalisées au cours du mois de septembre. Du fait des [recommandations récentes de dépistage par RT-PCR des professionnels de santé présentant des symptômes ou ayant eu une exposition à risque](#), le nombre de cas chez les professionnels de santé pourrait augmenter prochainement.

Les régions Mayotte, Guyane, Ile-de-France, Bourgogne-Franche-Comté, Haut-de-France, et Grand-Est, fortement impactées par l'épidémie, rapportent les plus fortes proportions de professionnels en ES infectés par le SARS-CoV-2 (entre 3,7% et 5,4% des professionnels en ES). Pour la Guyane, la proportion de professionnels de santé infectés a fortement augmenté depuis le dernier bilan publié (5,3% des professionnels de santé au 24 août, versus 0,9% au 21 juin 2020), du fait de la diffusion de l'épidémie plus tardive dans cette région que dans la métropole.

Les professionnels de santé libéraux peuvent, s'ils ont été atteints, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#), ouverte à tous les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, pour documenter leurs circonstances de contamination.

Dans les établissements médico-sociaux comprenant les Ehpad, le nombre de cas de COVID-19 chez le personnel est en augmentation. Dans plus de la moitié des épisodes, des cas confirmés sont rapportés uniquement chez des membres du personnel sans aucun cas signalé parmi les résidents. Ces résultats sont en cohérence avec le suivi des recommandations de dépistage des personnels de santé (1) afin d'éviter toute diffusion dans les établissements accueillant des populations particulièrement à risque.

En termes de prévention, si les Français ont globalement adhéré aux gestes barrières, leur application n'est pas systématique. Selon la vague 13 de l'enquête CoviPrev conduite entre le 20 et le 22 juillet, 68,8% des personnes déclaraient saluer systématiquement sans serrer la main et arrêter les embrassades et 68,3% déclaraient se laver systématiquement les mains, 64% tousser dans leur coude, 53,4% garder une distance d'au moins un mètre. Ces différentes mesures étaient appliquées moins systématiquement après la levée du confinement. Seul le port systématique du masque avait suivi une évolution à la hausse, même après la levée du confinement, pour atteindre 61,2%. Bien que ces pourcentages soient élevés, ce sont **globalement ainsi entre 30 et 40% des personnes interrogées qui déclaraient ne pas suivre systématiquement les mesures de prévention préconisées**. Les résultats de la nouvelle vague de l'enquête CoviPrev actuellement en cours de réalisation, permettront de suivre l'évolution de l'adhésion de la population.

L'accentuation de la transmission du SARS-COV-2 indique qu'il est plus que jamais primordial **de renforcer les mesures de prévention et de sensibilisation, particulièrement auprès des jeunes adultes pour augmenter l'application systématique des gestes de prévention (saluer sans se serrer la main, garder une distance d'au moins un mètre, se laver régulièrement les mains et adopter le port du masque** dans les lieux où il est obligatoire ou quand une distance de moins de un mètre ne peut pas être respecté) permettant ainsi de réduire les risques de propagation du virus et de contribuer à la protection des personnes vulnérables.

En conclusion

En France métropolitaine, la progression de l'épidémie est exponentielle. La dynamique de la transmission en forte croissance est très préoccupante. L'augmentation de cas est particulièrement importante chez les personnes présentant des symptômes (+74% par rapport à S33) qui, en semaine 34, comptent pour plus de la moitié des cas confirmés.

Si toutes les tranches d'âge sont touchées par l'augmentation, la progression de l'incidence reste plus marquée chez les jeunes adultes.

En semaine 34, 78 départements dépassaient le seuil du taux d'incidence de 10 pour 100 000 habitants et neuf départements le seuil d'alerte (50 cas pour 100 000 habitants).

Bien que restant à des niveaux limités, les indicateurs hospitaliers (nouvelles hospitalisations et admissions en réanimation) sont en augmentation, notamment dans les régions où la circulation virale est la plus intense.

Dans les départements d'outre-mer : aux Antilles et à La Réunion, les indicateurs épidémiologiques confirment une augmentation de la circulation du SARS-COV-2 ; en Guyane et à Mayotte, l'épidémie liée au SARS-COV-2 est en régression mais la circulation du virus est encore importante.

Ces résultats indiquent qu'il est primordial de poursuivre les efforts de sensibilisation de l'ensemble de la population dans l'application des gestes barrière notamment l'utilisation du masque et la distanciation physique pour freiner la propagation du virus.

Afin de ralentir la progression du virus SARS-COV-2 dans la population, il est tout aussi important de renforcer l'application de la stratégie « Tester-Tracer-Isoler » : chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 ou ayant le moindre doute doit réaliser un test de recherche du virus dans les plus brefs délais. Les délais de dépistage et de mise en isolement des cas et de leur contact doivent être réduits pour une meilleure efficacité de cette stratégie. Dans l'attente des résultats, les personnes doivent s'isoler et réduire leur contact au strict minimum. Cette démarche doit être associée à une adhésion à l'ensemble des gestes barrières, à la participation aux mesures d'identification des contacts, au respect des mesures d'isolement des personnes infectées, susceptibles d'être infectées ou des contacts classés à risque.

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).

Suivi des contacts/ContactCovid (Cnam) : Données issues de l'activité de suivi des contacts autour des cas de Covid-19, renseignées dans le système d'information ContactCovid géré par la Cnam (depuis le 13 mai).

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directeur adjoint de publication

Dr Jean-Claude Desenclos

Equipe de rédaction

Sophie Vaux, Christine Campèse, Anne Fouillet, Guillaume Spaccaferri, Patrick Rolland, Céline Caserio-Schonemann, Daniel Levy-Bruhl, Yann Le Strat, Anne Laporte, Julien Durand, Cécile Forgeot, Marie-Michèle Thiam, Laurian Lassara, Camille Pelat, Edouard Chatignoux, Fatima Ait El Belghiti, Gilles Delmas, Mireille Allemand, Myriam Fayad, Laure Fonteneau, Camille Le-Gal, Annabelle Lapostolle, Alexandra Mailles, Bruno Coignard, Sabira Smaili, Gaëlle Pedrono, Isabelle Pontais, Isabelle Bonmarin, Fanny Chereau, Anne-Sophie Barret.

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 :
27 août 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®
SI-VIC](#)

[OSCOUR®
CépiDC](#)

[SOS Médecins
Assurance Maladie](#)

[Réseau Sentinelles](#)

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