

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

COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 03 septembre 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 1^{er} septembre 2020.

Points clés

En France métropolitaine

- Progression exponentielle de la transmission du SARS-COV-2
- Circulation principalement chez les jeunes adultes
- Poursuite de la hausse modérée des nouvelles hospitalisations et admissions en réanimation
- Augmentation du délai entre le début des signes et réalisation du test (3,8 j)
- 19 départements avec une incidence au-dessus du seuil de 50/100 000 habitants
- Stabilisation du temps nécessaire pour que le nombre de cas double (14 jours)
- Stabilisation du nombre de clusters

Outre-mer

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

Prévention

- Augmentation de l'utilisation du masque : + 7 points en 4 semaines (61,2 à 68,6%)
- Défaut d'application des mesures de prévention par les jeunes adultes
- Afin de limiter la propagation du virus
 - Augmenter l'application de l'ensemble des gestes barrières et de la distanciation physique
 - Renforcer l'application de la stratégie « Tester—Tracer—Isoler »

Chiffres clés en France

Indicateurs hebdomadaires, semaine 35 (du 24 au 30 août 2020)

S35

S34

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	36 785	(27 826)*
Taux de positivité (%) pour SARS-COV-2 (SI-DEP)	4,3	(3,8)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	3 034	(2 464)*
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	2 816	(2 556)*
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 337	(1 084)*
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	210	(174)*
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	109	(112)*

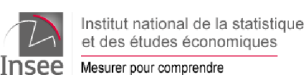
Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 1^{er} septembre 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	111 828
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	30 661

* données consolidées

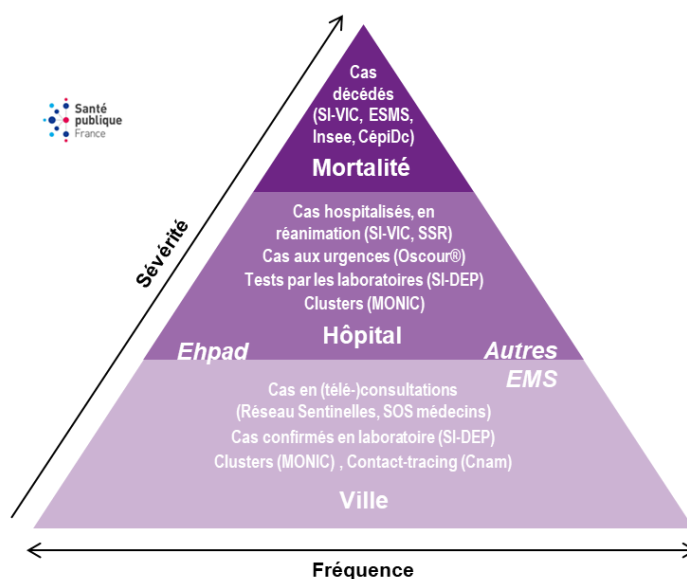


Institut national de la santé et de la recherche médicale



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 de la mortalité	24-26
Analyse de risque contextualisée	27
Situation internationale	28
Prévention	29-32
Discussion - Conclusion	33-37
Méthodes	38

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 infection respiratoire aigue, 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 35 (du 24 au 30 août 2020), le **taux d'incidence de consultations (ou téléconsultations) pour une IRA a été estimé à 36/100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 27-45] en France métropolitaine. Il était relativement stable par rapport à celui de la semaine 34 : 18/100 000 habitants (IC95% : 12-24] (Figure 1).
- En semaine 35, 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% : 81-109]. Ce taux était en **augmentation** en comparaison de la semaine 34 : 85/100 000 hab. [IC95% : 74-96] (Figure 2).
- En semaine 35, sur les 244 cas suspects de COVID-19 identifiés, un **prélèvement a été prescrit pour 93% d'entre eux**. Les résultats des analyses étaient connus pour 114 patients et 43 avaient été testés positifs (38%). La part des patients testés positifs est en augmentation ces dernières semaines (S32 : 9% ; S33 : 14%, S34 : 30%). Ces données seront consolidées au cours des prochaines semaines.
- Depuis le 25 mai 2020, un prélèvement a été prescrit pour 93% des 3 398 cas suspects de COVID-19 identifiés. Les résultats des analyses étaient connus pour 2 439 patients et étaient positifs pour 209 (8,5%) 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)

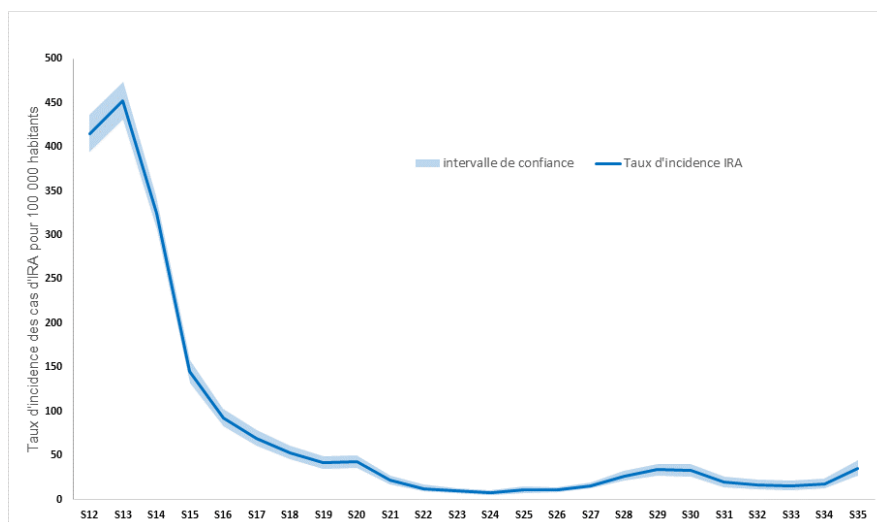
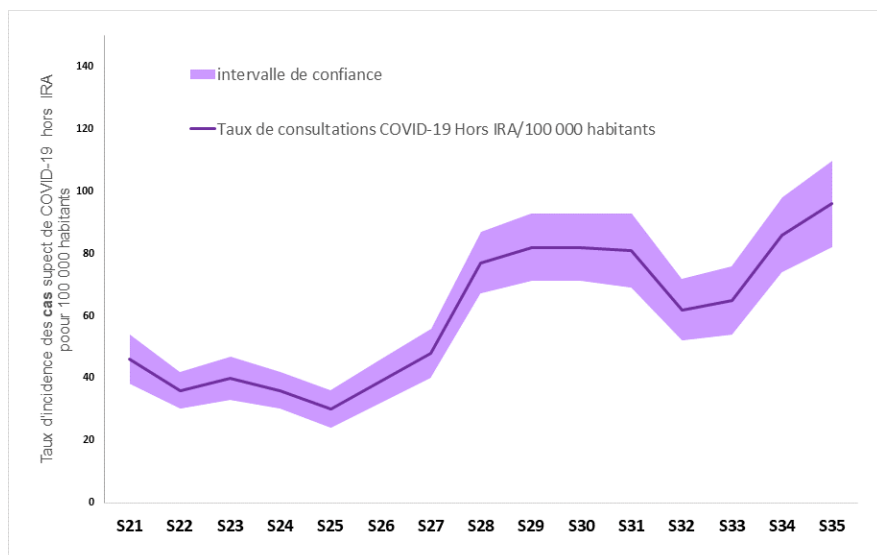


Figure 2. Taux d'incidence pour 100 000 habitants des cas suspects de COVID-19 (hors IRA) vus en médecine générale par semaine, depuis la semaine 21 (18 au 24 mai 2020), France métropolitaine (Source; réseau Sentinelles)



[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, **79 995 actes** médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 30 août 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- **En semaine 35** (du 24 au 30 août 2020), **3 034 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. La majorité des actes étaient enregistrés en Ile-de-France (21%), en Nouvelle-Aquitaine (14%), en Auvergne-Rhône-Alpes (13%) et en Provence-Alpes-Côte d'azur (13%).
- **Pour la 3^{ème} semaine consécutive, ces actes étaient en hausse de 23%** comparée à la semaine précédente (soit +570 actes, par rapport aux 2 464 actes enregistrés en semaine 34). Cette hausse concernait les enfants (+29% soit 86 actes) et les 15-74 ans (+2% soit +469 actes).
- La part dans l'activité totale tous âges est en légère hausse à 5,3% (vs 4,2% en semaine 34) (Figure 3).
- **Cette hausse s'observe dans toutes les régions exceptées en Bretagne, Nouvelle Aquitaine et Occitanie.** Elle varie de +6% en Normandie à +142% (+71 actes) en Bourgogne-Franche-Comté.

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)

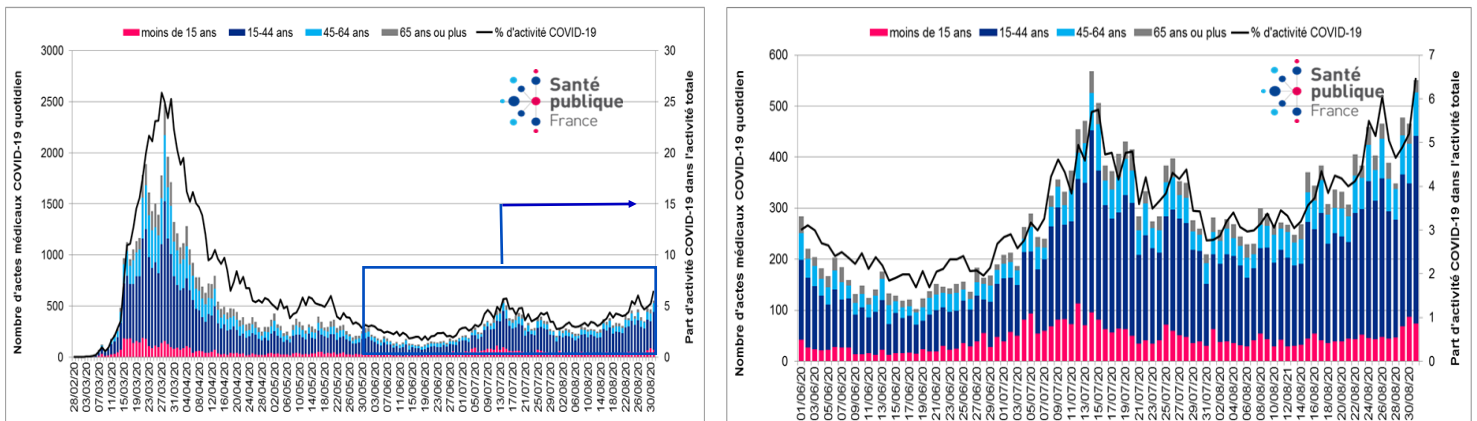
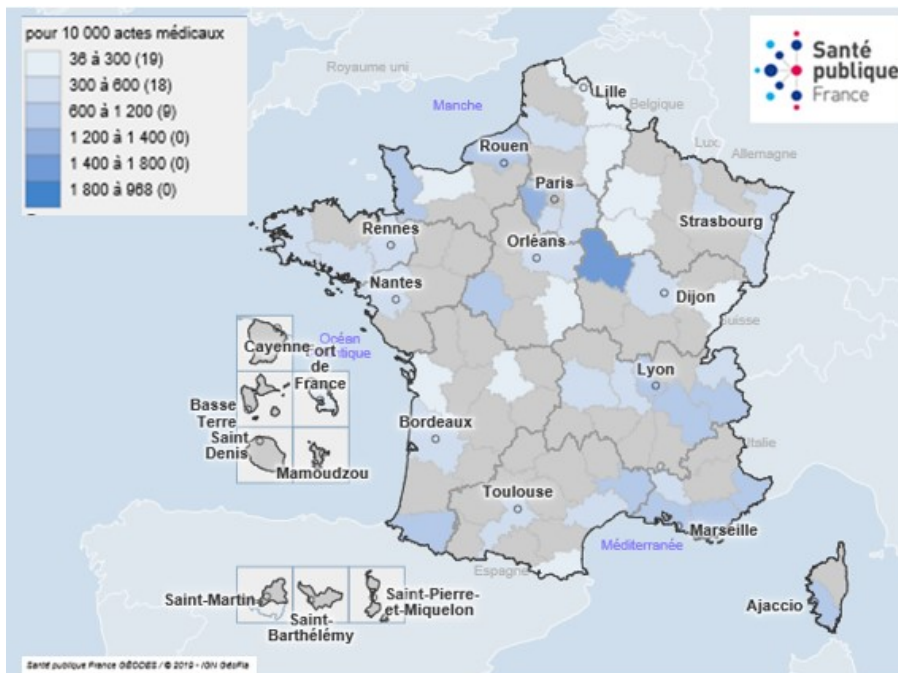


Figure 4. Taux d'actes médicaux hebdomadaires pour suspicion de COVID-19 (/10 000 actes) par département, semaine 35/2020, France (source : SOS Médecins)



Pour en savoir plus sur les données SOS Médecins consulter : [GEODES](https://www.geodes.fr)

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.

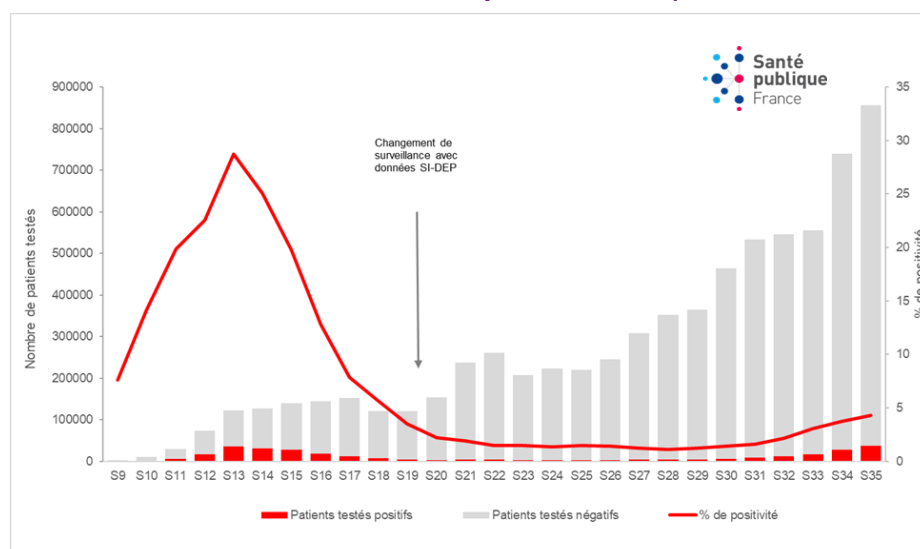
Les données des personnes testées aux aéroports sont prises en compte. Lorsque le code postal de la personne testée est disponible, les données sont attribuées au département et région de résidence ; lorsqu'il ne l'a pas, les données ne sont prises en compte que pour les analyses nationales (région et département non disponibles).

Au 01 septembre, la quasi-totalité des laboratoires (5 617 sites de prélèvements) a transmis des données.

Taux d'incidence, de positivité et de dépistage

- **Au niveau national**, en semaine 35, **856 404 personnes ont été testées** pour le SARS-COV-2 par RT-PCR. Parmi ces personnes, **36 785 étaient positives**. Le nombre de personnes testées positives était en augmentation par rapport à la semaine précédente (27 826 en S34, +32%).
- **En semaine 35**, 95% des personnes testées étaient en ville, 3% étaient hospitalisées et 2% en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ; 97% des cas étaient en ville, 2% étaient hospitalisés et 1% en Ehpad.
- En prenant en considération le nombre de cas entre la semaine 29 et la semaine 35, le temps de doublement du nombre de cas est estimé à 13,8 jours (vs 14 jours en S34).
- **Le taux national d'incidence (nombre de nouveaux cas rapportés à la population) était de 54,8 cas/100 000 habitants** et a augmenté par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (41,5 cas /100 000 hab. en S34, +32%) .
- **Le taux de positivité national hebdomadaire était de 4,3%** (calculé sur les tests valides), **en augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (3,8% en S34; +14%) (Figure 5).
- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **1 276/100 000 habitants** et **en augmentation** par rapport à la semaine 34 (1 102 /100 000 hab. soit + 16%).
- A noter qu'en S35, **1 004 859 tests** ont été effectués, parmi lesquels un premier test a été réalisé pour **856 404 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, (source S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers; depuis S20 : SI-DEP données au 02 septembre 2020)



En France métropolitaine

- En semaine 35, **809 540 personnes ont été testées** et pour **34 750 personnes le test était positif** pour le SARS-CoV-2. **Le nombre de personnes positives pour le SARS-CoV-2 a augmenté en S35 par rapport à la semaine précédente** (26 098 en S34, +33%).
- **Le taux d'incidence en France métropolitaine était en augmentation avec 53,5 cas /100 000 habitants** (vs 40,2 cas/100 000 habitants en S34) (Figure 6).
- **Le taux de positivité était de 4,3% en S35 en augmentation par rapport à la S34** (3,7% en S34, soit +15%).
- Le taux de dépistage hebdomadaire était de 1 247/100 000 habitants, en augmentation en comparaison de la semaine précédente (1 075/100 000 en S34 soit +16%).

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](#).

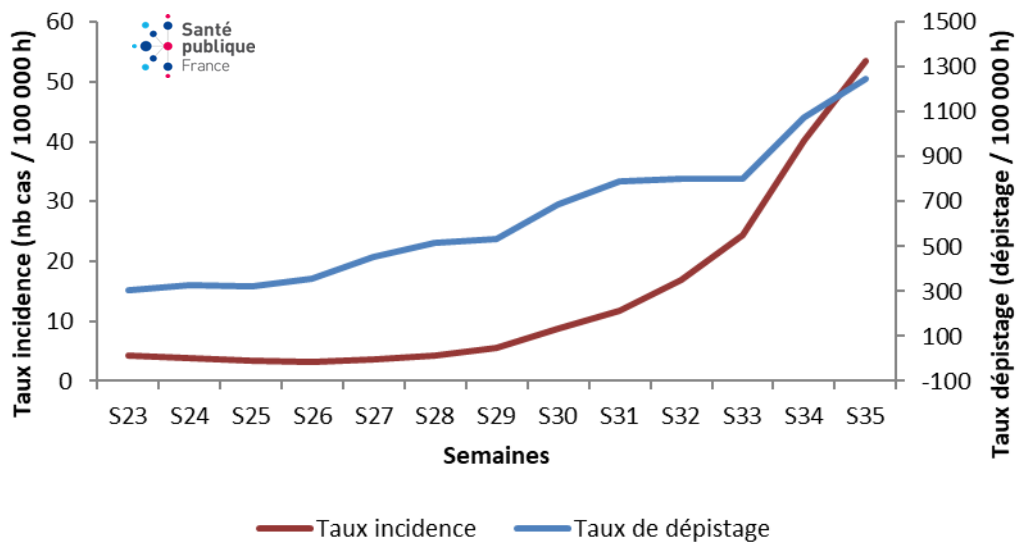
En métropole

- En semaine 35, 92 départements métropolitains avaient des taux d'incidence supérieurs à 10/100 000 habitants (contre 78 en S34), dont 67 supérieurs à 20/10 000 hab. Parmi eux, **19 départements avaient des taux supérieurs à 50/100 000 hab** dont **l'ensemble des départements d'Ile-de-France (8) et 4 départements en Provence-Alpes-Côte d'Azur** (Figure 7a).
- **Le taux d'incidence le plus élevé était observé dans les Bouches-du-Rhône** (177/100 000 hab.) en progression par rapport à la semaine précédente (151/100 000 hab en S34), à Paris (145/ 100 000 hab en S35 vs 100 en S34) et dans le Val-de-Marne (126/100 000 hab en S35 vs 85 en S34).
- **Le taux de positivité était supérieur à 5% dans 13 départements** de France métropolitaine (contre 8 la semaine précédente). Les plus élevés étaient rapportés dans le **Val-de-Marne (8,4%), Paris (7,2%), Seine-Saint-Denis (7,2%) et les Bouches-du-Rhône (7,1%)**.
- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** en S35 étaient les **Bouches-du-Rhône** (2 488/100 000 hab.), **les Alpes Maritimes** (2 109/100 000 hab.) et **Paris** (2 006/100 000 hab.) (Figure 8c).

En outre-mer

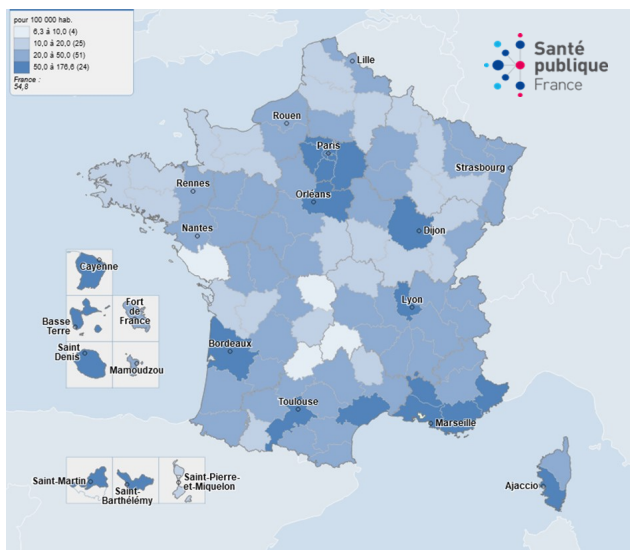
- **En Guadeloupe**, les indicateurs de la surveillance sont en nette progression en semaine 35 où le taux était de 141/100 000 hab (vs 88 en S34) et un taux de positivité de 9,5% (vs. 5,9% en S34)
- **A Saint-Martin**, en semaine 35, le taux d'incidence était de 126/100 000 hab, et le taux de positivité de 10%. Ces indicateurs sont en légère baisse par rapport à la semaine précédente (154/100 000 hab et taux de positivité de 12,6% en S34).
- **En Guyane, en semaine 35, le taux d'incidence continue de diminuer avec 81/100 000 hab.** vs 88/100 000 en S34. La même tendance est observée pour le taux de positivité qui était en S35 de 6,7% (vs. 7,4 en S34) et le taux de dépistage était stable avec 1 198/100 000 habitants.
- **En Martinique**, les taux ont diminué en S35 avec un taux de 35/ 100 000 hab. (vs 48 en S34) et un taux de positivité de 2,6% en S25 (vs. 3,1% en S34)
- **A la Réunion**, en semaine 35, le taux d'incidence était de 53,8/100 000 hab. en augmentation par rapport à la semaine 34 (43,7/100 000 hab) et le taux de positivité de 2,8% était quasi-stable par rapport à la semaine précédente (vs.2,7% en S34).

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, données au 02 septembre 2020).

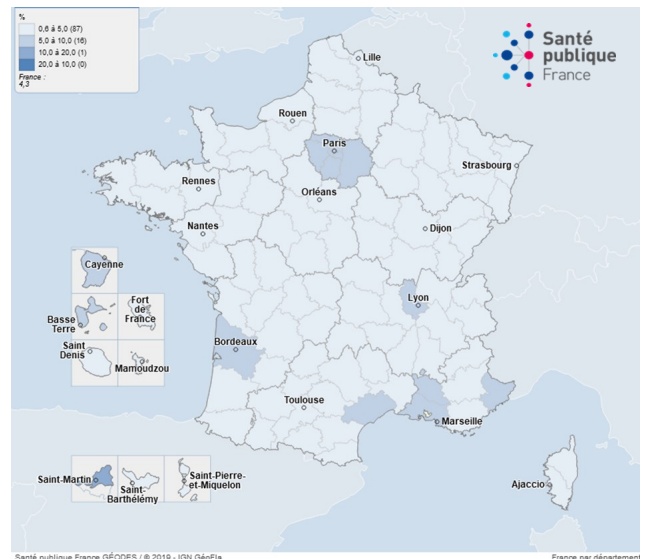


Figures 7. Taux d'incidence (7a), de positivité (7b) et de dépistage (7c) pour le SARS-COV-2 par département (/100 000 habitants), France, du 24 au 30 août 2020 (source SI-DEP données 02/09/2020)

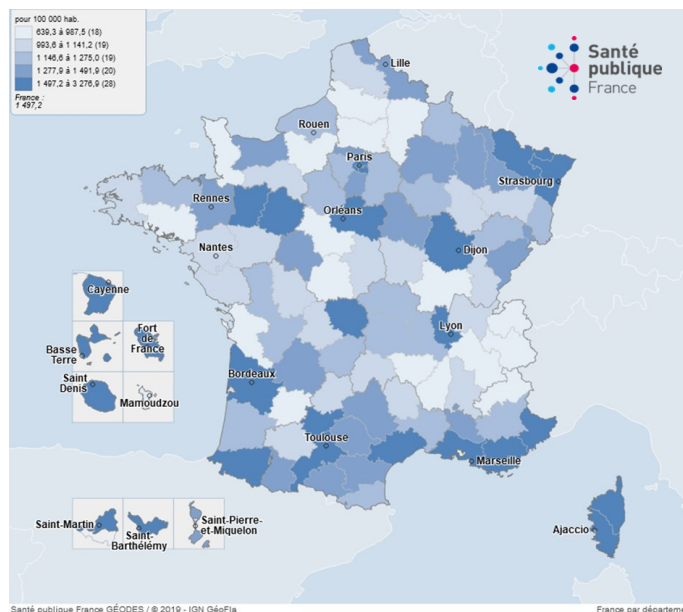
7a.



7b.



7c.



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

Analyse par tranche d'âge

- En semaine 35, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) était de 18 chez les 0-14 ans, 101 chez les 15-44 ans, 40 chez les 45-64 ans, 20 chez les 65-74 ans et 18 chez les 75 ans et plus (Figure 8a).
- **En semaine 35, par rapport à la S34, le nombre de cas a augmenté dans l'ensemble des classes d'âge mais l'augmentation était plus importante chez les 0-14 ans : +44% chez les 0-14 ans, +33% chez les 15-44 ans, +30% chez les 45-64 ans, +32% chez les 65-74 ans et +36% chez les 75 ans et plus (Figure 8a).**
- Parmi les 15-44 ans, l'augmentation du taux d'incidence observée en S35 **était la plus importante chez les 15-19 ans (+44%)** puis les 30-34 ans (+34%), les 25-29 ans (+33%), les 20-24 ans (+31%), les 35-39 ans (+29%) et les 40-44 ans (+27%) (Figure 8c).
- Le taux de dépistage était en augmentation dans toutes les tranches d'âge : +12% chez les 0-14 ans, +16% chez les 15-44 ans, +21% chez les 45-64 ans, +12% chez les 65-74 ans et +8% 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 : données au 02/09/2020)

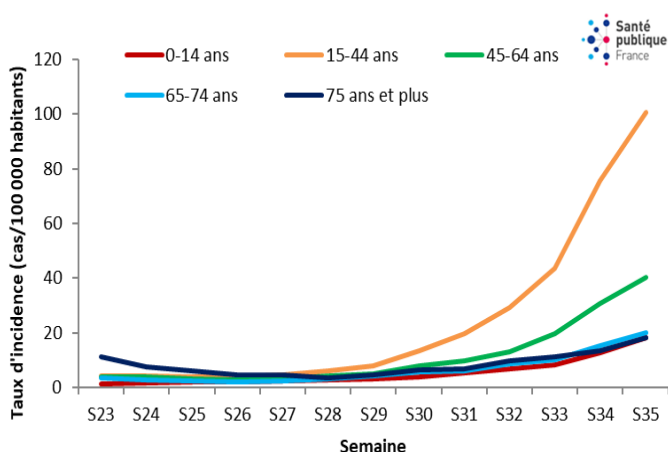


Figure 8b. Evolution du taux de dépistage de SARS-COV-2 en fonction des classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source SI-DEP : données au 02/09/2020)

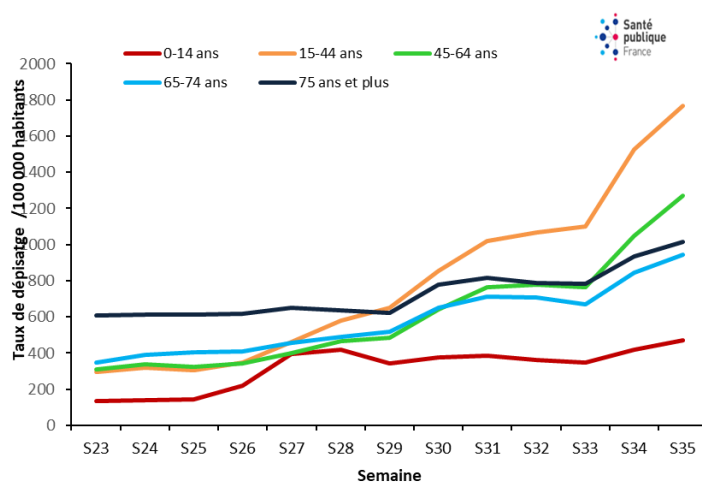
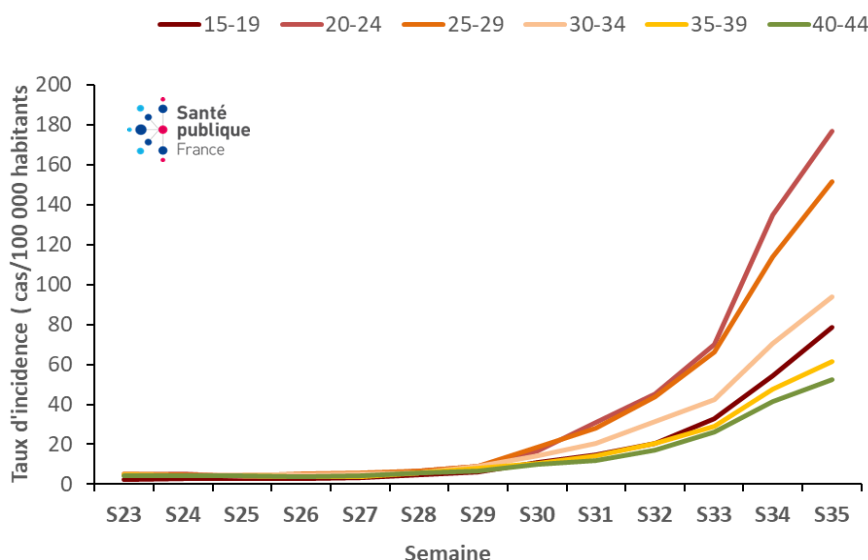


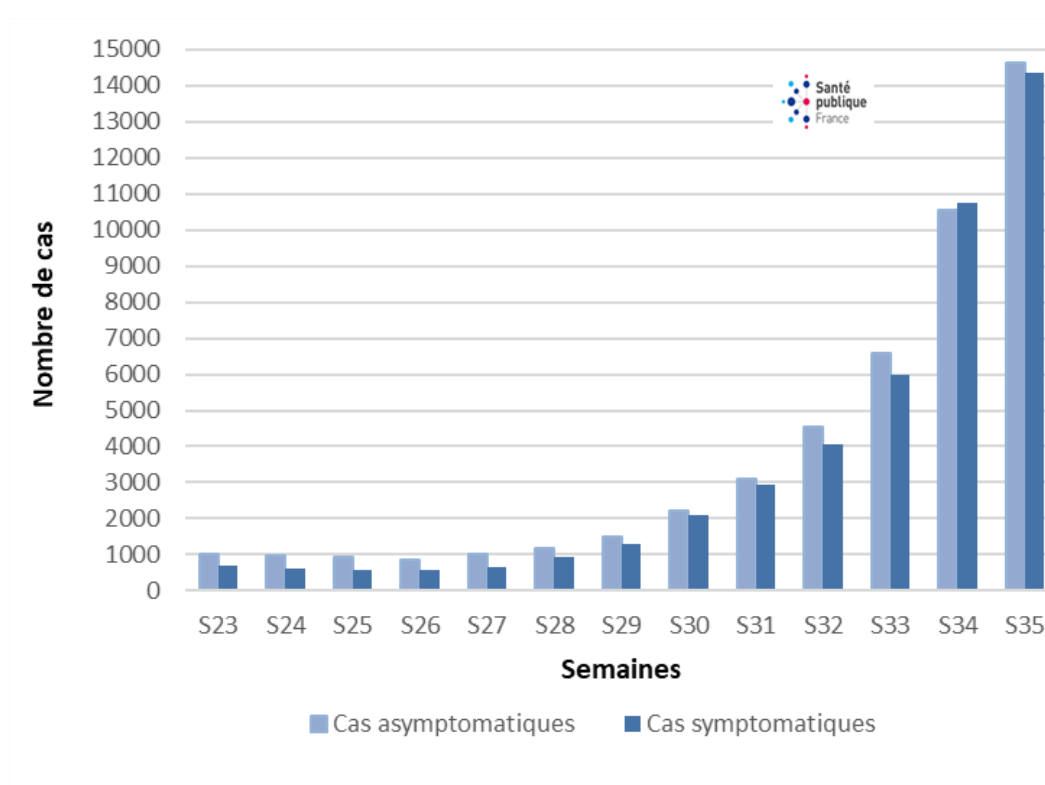
Figure 8c. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-COV-2 chez les 15-44 ans depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source SI-DEP : données au 02/09/2020)



Dépistages selon la présentation de symptômes

- Parmi l'ensemble des personnes testées en S35 (quel que soit le résultat du test), 79% se déclaraient sans symptôme. **Le nombre des personnes testées a augmenté en S35 par rapport à S34 que ce soient chez les personnes présentant des symptômes (+11,4%) ou les personnes asymptomatiques (+19,7%).**
- La moitié des cas positifs (49,5%) **présentaient des symptômes** (données disponibles pour 28 968 cas). Cette proportion était stable par rapport à la S34 (50% en S34) (Figure 9).
- **L'augmentation du nombre de cas était légèrement plus importante pour les cas asymptomatiques (+39% par rapport à S34) que chez les symptomatiques (+34% par rapport à S34)** (Figure 9).

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 (Source SI-DEP : données au 02 septembre 2020).



Activité d'identification 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 ; l'Assurance maladie ; les Agences régionales de santé en lien avec les cellules régionales de Santé publique France. 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.

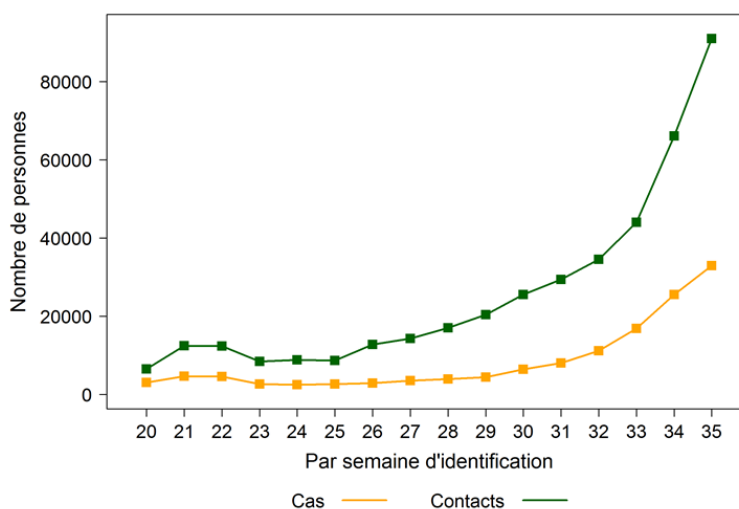
A partir de ce point épidémiologique, le mode de production des indicateurs provenant de Contact Covid a évolué. Les indicateurs sont maintenant produits à partir d'une base de données individuelles anonymisées entraînant des différences par rapport à la semaine précédente :

- Les personnes-contacts à risque devenues cas sont maintenant à la fois comptées comme cas et comme personnes-contacts. Elles étaient dans les semaines précédentes uniquement comptabilisées comme cas. Ce nouveau mode de calcul entraîne une légère augmentation du nombre de personnes-contacts (+5%) ;
- Le dénombrement des personnes par semaine se fait maintenant à partir de la date de création de la fiche dans la base de données et non plus par différence du nombre de personnes présentes dans la base entre les semaines. Cette nouvelle définition, plus précise, entraîne de légères différences (+/-2%) sur les effectifs par semaine par rapport aux données précédemment présentées ;
- La localisation des personnes par région se fait à partir du code postal de résidence uniquement ce qui entraîne une augmentation du nombre de personnes localisée dans une région indéterminée. Des travaux sont en cours pour améliorer cette information en utilisant l'information du département de la caisse d'affiliation ;
- La proportion de personnes appelées est maintenant calculée uniquement parmi les cas et les contacts identifiés dans la semaine.

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 avec une forte accélération sur les dernières semaines (Figure 10).

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 30 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 35, la moyenne du nombre de personnes-contacts à risque continuait de diminuer et était de 2,3 contacts par cas (contre 4,5 mi-juillet en semaine 29).

Délai de dépistage des cas symptomatiques

- Le 30 août, le délai moyen entre la date de début des symptômes et la date de prélèvement était de **3,8 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=11 038).
- Après une forte diminution de ce délai observée depuis la semaine 30, celui-ci est de nouveau en hausse, il était de 3,3 jours en fin de semaine 34 et de 3,0 jours en semaine 33.

[Guide méthodologique d'investigation des cas et des personnes-contacts, pour la réalisation du contact-tracing, durant la période suivant le confinement](#)

Proportion des cas et des personnes-contacts à risque investigués

- En semaine 35, **86% des cas et 82% des personnes retenues comme personnes-contacts à risque dans la base ContactCovid, sur l'ensemble du territoire, ont été contactés**. Ces proportions sont en baisse sur la dernière semaine par rapport à la semaine précédente en raison d'une modification du mode de calcul qui repose maintenant uniquement sur les cas et contacts identifiés dans la semaine.
- **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 contactés 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 (S35/2020) (source : ContactCovid – Cnam)

Territoires/régions	Depuis post-confinement du 13/05 au 30/08				Semaine 34 du 24/08 au 30/08			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%**	N	%**
France entière	135 428	93	412 118	95	32 907	86	91 021	82**
France métropolitaine	124 500	94	389 453	96	31 585	86	87 486	82
Auvergne-Rhône-Alpes	11 996	99	46 671	98	3 156	97	11 966	92
Bourgogne-Franche-Comté	2 982	97	11 131	94	714	92	2 815	78
Bretagne	3 274	99	16 742	99	640	96	3 014	93
Centre-Val de Loire	3 398	99	11 550	99	717	99	2 384	96
Corse	396	96	1 372	95	178	94	736	91
Grand-Est	8 632	99	30 008	99	1 356	96	3 947	91
Haut-de-France	10 077	97	37 947	98	1 453	91	5 497	87
Ile-de-France	39 914	89	94 124	96	10 482	83	19 772	82
Normandie	3 123	95	13 311	96	850	89	3 006	83
Nouvelle-Aquitaine	7 125	88	29 379	87	2 899	77	10 492	68
Occitanie	9 830	93	29 230	92	2 610	81	7 693	71
Pays de la Loire	6 614	98	27 609	96	1 048	89	4 590	74
Provence-Alpes-Côte d'Azur	17 139	93	40 379	96	5 482	86	11 574	87
France ultra-marine								
La Réunion	1 131	77	4 607	90	362	78	1 402	83
Martinique	509	99	2 250	98	85	96	392	94
Mayotte	1 596	76	3 548	57	124	71	263	41
Guadeloupe	1 336	80	2 602	90	446	66	771	68
Guyane	5 972	92	8 830	100	211	92	340	98
Région indéterminée	384		828		94		367	

* 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.

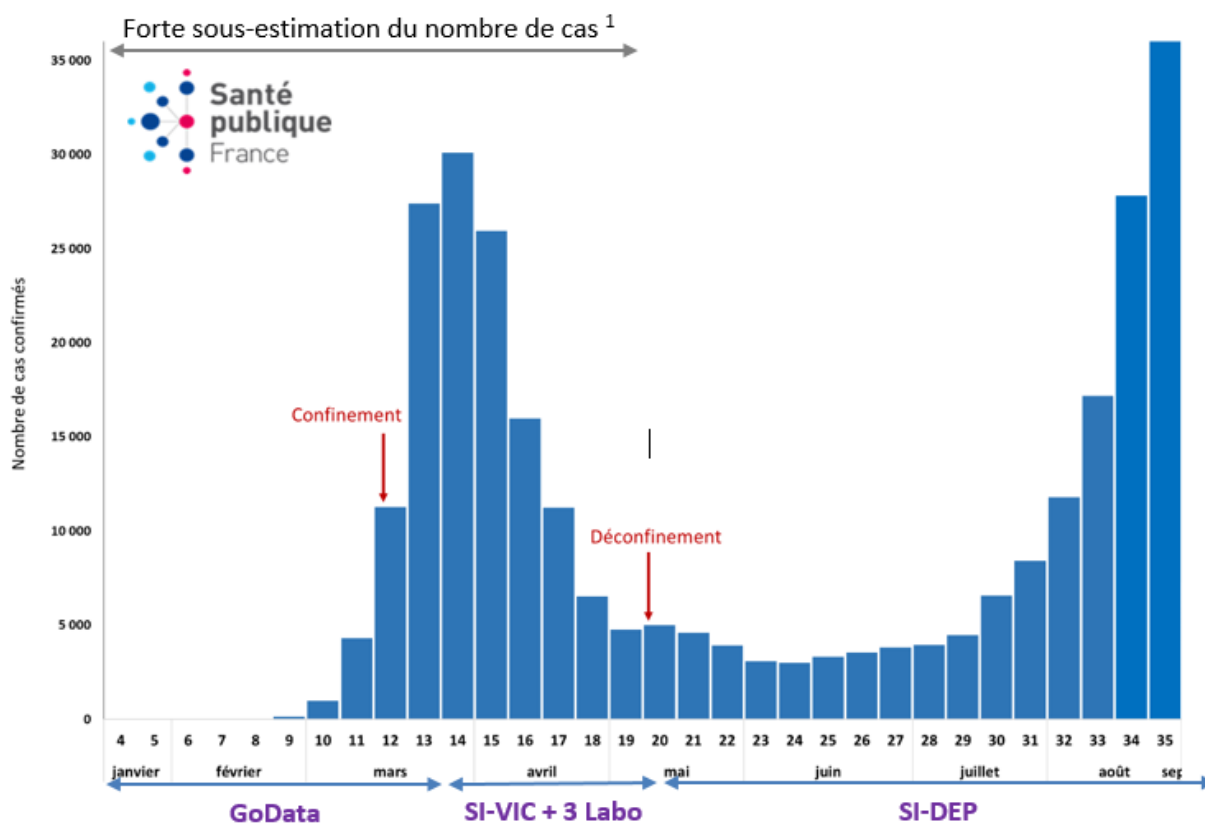
** Cette proportion est plus faible que celle de la semaine précédente car elle est maintenant calculée uniquement parmi les cas et contacts identifiés dans la semaine et il est donc attendu que les personnes identifiées en fin de semaine n'aient pas encore pu être appelés. Les proportions des semaines précédentes, calculées à partir de données agrégées, comptabilisaient dans les personnes appelées, également celles identifiées la semaine précédente.

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 02 septembre 2020, 152 781 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Au 02 septembre 2020, un total de **293 024 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 27 826 en S34 à 36 785 en S35 soit une **augmentation de +37%**.
- **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 **+33%** entre la semaine 34 et 35.

Figure 11. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 23/01 au 29/08/2020 (données au 2 septembre 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](#)

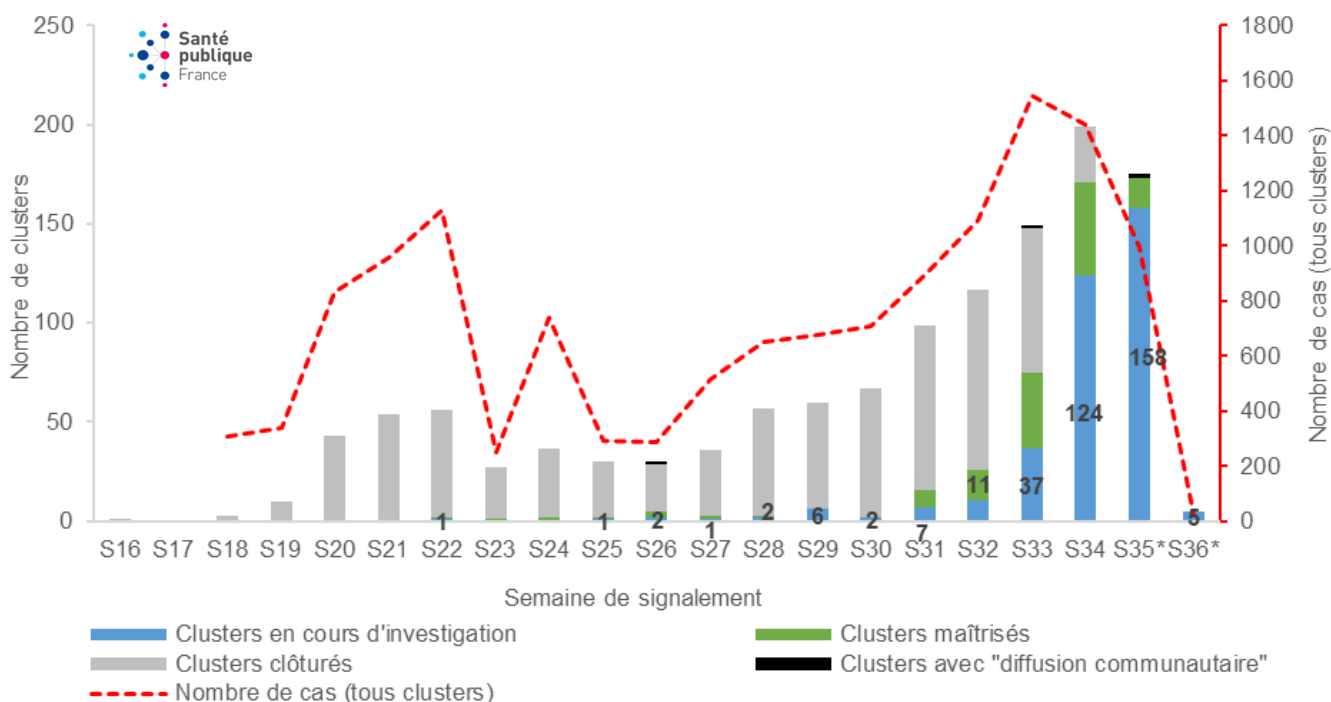
Signalement à visée d'alerte des foyers de transmission (clusters)

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 31 août 2020, la tendance hebdomadaire à la hausse des clusters depuis juillet s'est stabilisée, avec **175 clusters signalés en S35** contre **199 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, 1 255 clusters ont été signalés (93% en métropole) incluant 13 693 cas.
- Au 31 août, **357 (28,4%) clusters** étaient en cours d'investigation dont **78 (21,8%) en criticité élevée** (potentiel de transmission, critères de gravité), 10,8% sont maîtrisés, 60,5% sont clôturés et 0,3% ont impliqué une diffusion communautaire (Figure 13) :
- Parmi les 1 255 clusters, les clusters survenus en **entreprises hors établissements de santé (ES)** restaient **parmi les types de collectivités les plus représentés** (29%), puis **le milieu familial élargi (plusieurs foyers)** et **les événements publics/privés** rassemblant de manière temporaire des personnes (26%) et les ES (12%) (Tableau 2).

Figure 12. Nombre de clusters selon leur statut et nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement, entre le 9 mai et le 31 août 2020, (N=1255) (Source : MONIC)



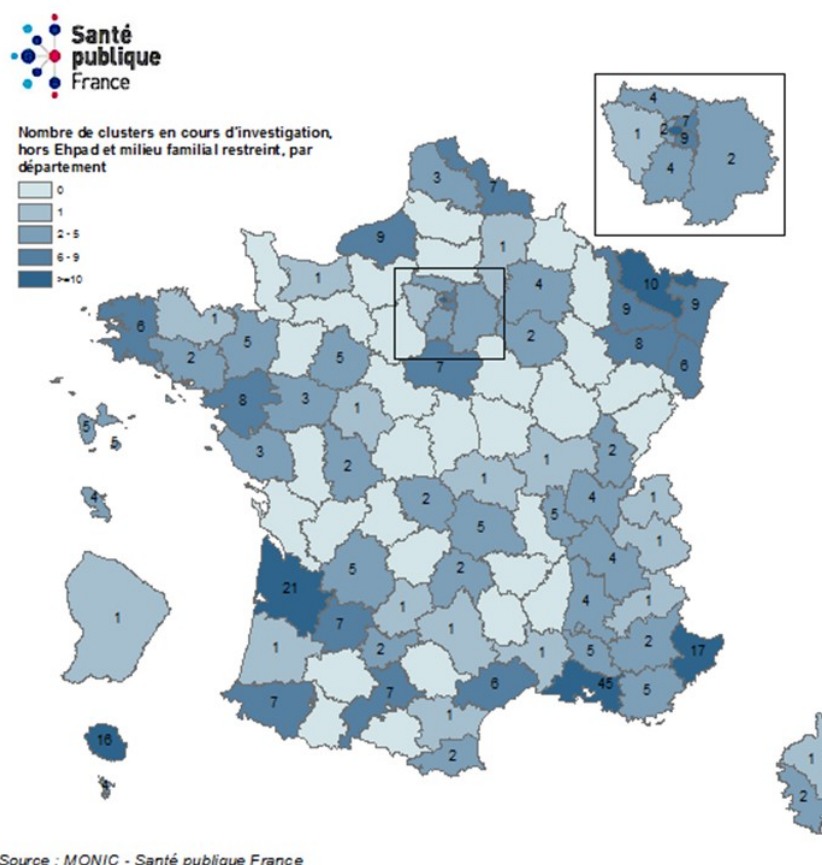
* données provisoires

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

Tableau 2 : Clusters par type de collectivités (hors Ehpad et milieu familial restreint), entre le 09 mai et le 31 août 2020, (N=1255) (Source : MONIC)

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=1255	%	N=357	%
Entreprises privées et publiques (hors ES)	358	29	118	33
Etablissements de santé	169	13	70	20
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	163	13	31	9
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	151	12	32	9
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	74	6	8	2
EMS de personnes handicapées	35	3	5	1
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	32	3	5	1
Milieu scolaire et universitaire	32	3	6	2
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	21	2	2	1
Crèches	20	2	0	-
Transports (avion, bateau, train)	17	1	8	2
Etablissements pénitentiaires	16	1	4	1
Structures de l'aide sociale à l'enfance	6	0	1	0
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-	0	-
Autre	161	13	67	19

Figure 13. Clusters en cours d'investigation (hors Ehpad et milieu familial restreint) par département, entre le 09 mai et le 31 août 2020 (N=357) (Source : MONIC)



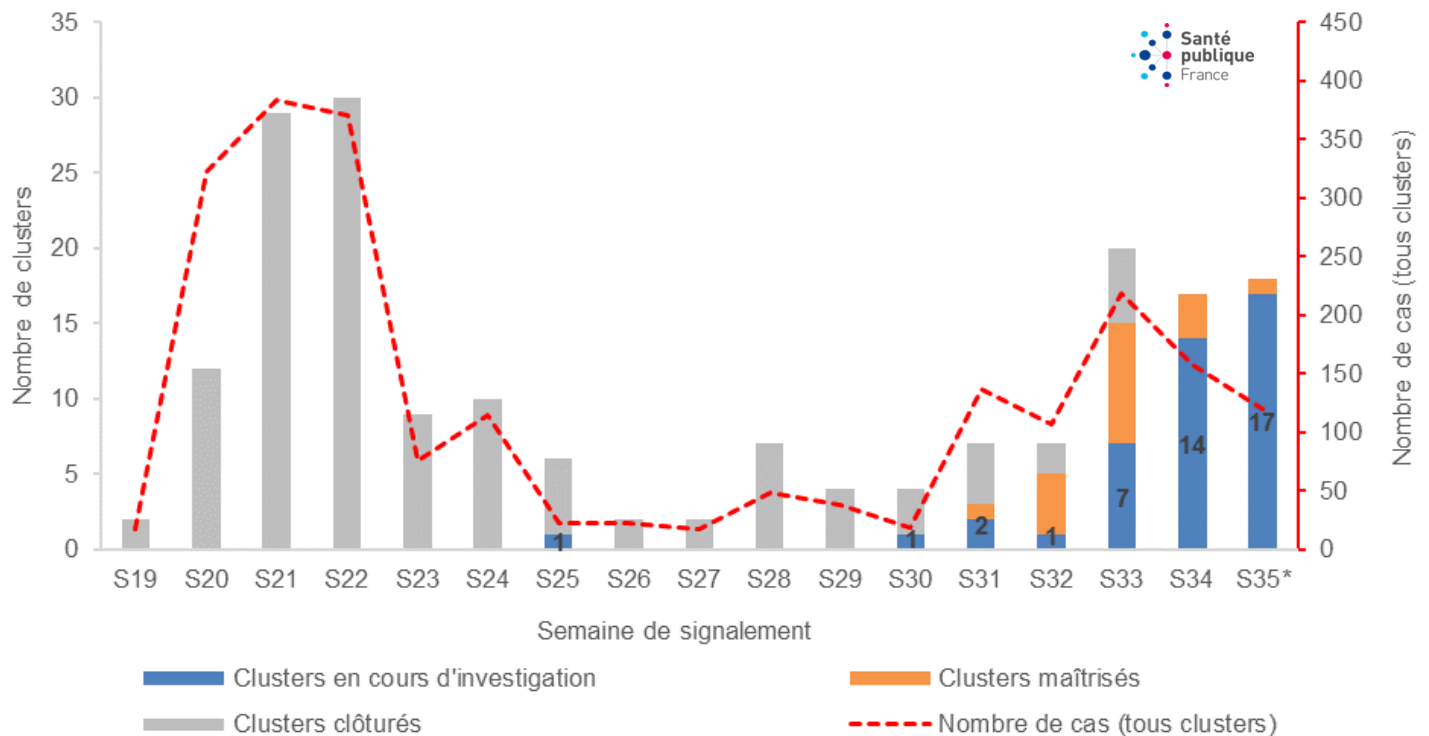
Pour en savoir plus sur les données régionales, consulter : [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr)

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 31 août 2020, 186 clusters en Ehpad ont été signalés. Depuis 6 semaines, le nombre hebdomadaire de nouveaux clusters (18 clusters en S35) était supérieur à celui observé depuis début juin (Figure 14).
- Sur les 186 clusters, 23% (n=43) étaient en cours d'investigation, 9% étaient maîtrisés, 68% clôturés et aucun cluster n'avait diffusé. La majorité (63%) comportait plus de 5 cas (12 en moyenne par cluster).
- Les 43 clusters en cours d'investigation sont localisés en métropole et répartis sur 11 des 13 régions métropolitaines.

Figure 14. Nombre de clusters selon leur statut et le nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement, entre le 09 mai et le 31 août 2020, (N=186) (Source : MONIC)



* données provisoires

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

Depuis le 1^{er} mars 2020 et jusqu'au 31 août, 9 232 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.

- Il s'agissait de 5 857 (63%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 3 375 (37%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 3).
- Parmi les 9 232 signalements, **40 300 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents. Parmi les **10 514 décès dans l'établissement d'accueil**, 10 428 étaient survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Tableau 3).
- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 31 août 2020, parmi les 5 857 signalements en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 3 963 (68%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Au cours des semaines S34 et S35 (du 17 août au 30 août), parmi l'ensemble des EHPA en France, **242 (2,6%) 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 1er mars au 31 août 2020, France.

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	5 857	2 571	421	383	9 232
Chez les résidents					
Cas confirmés ⁶	35 484	4 120	214	482	40 300
Décès ⁷ hôpitaux	3 739	207	0	21	3 967
Décès ⁷ établissements	10 428	75	0	11	10 514
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	17 179	3 640	311	202	21 332

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

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

³ Aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS)

⁴ Autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement) ;

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

⁶ Cas 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.

⁷ Cas 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 dans trois régions** : en Ile-de-France (S32 : 20 signalements, S33 : 27, S34 : 43, S35 : 46), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (S32 : 15, S33 : 26, S34 : 39, S35 : 36) et en Auvergne-Rhône-Alpes (S33 : 12, S34 : 17, S35 : 27).
- Cependant, on constate depuis la semaine S35 une augmentation plus rapide du nombre de cas confirmés chez le personnel par rapport au nombre de cas confirmés chez les résidents. (Figure 16)
- **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 30 août 2020, en France.

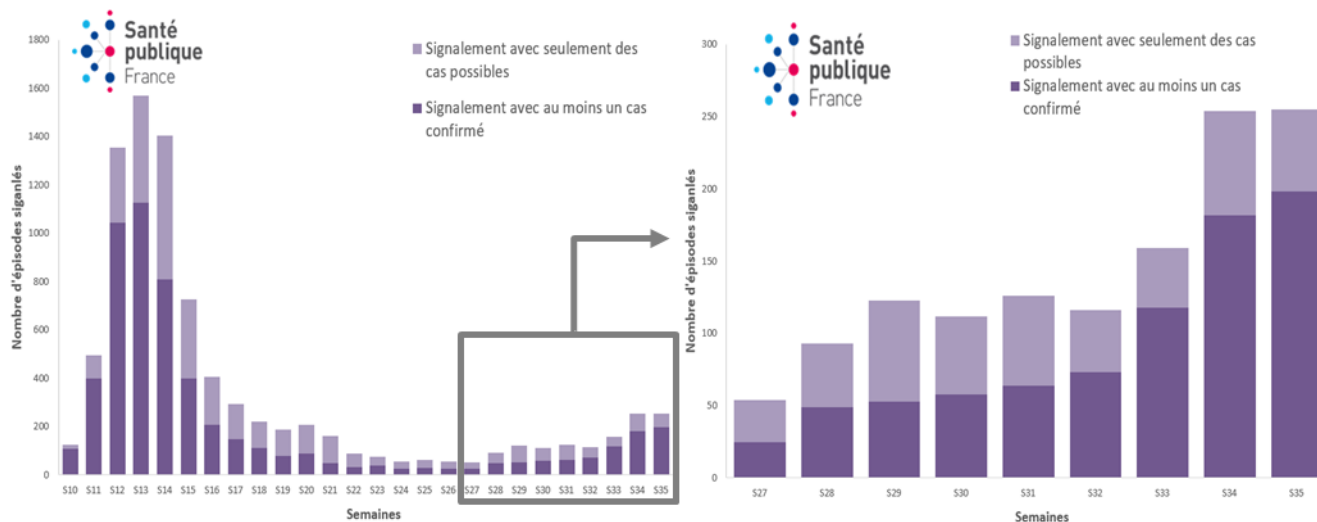
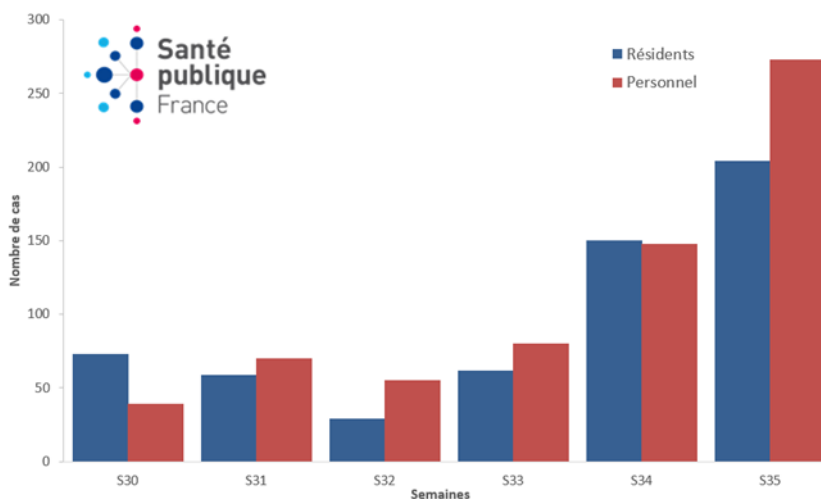


Figure 16 : Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine calendaire, du 20 juillet au 30 août 2020, en France



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 déclarent les épisodes via l'application de Santé publique France.

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

- **En semaine 35** (du 24 au 30 août 2020), 2 816 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période, représentant 1,03% de l'activité totale des services d'urgence du réseau OSCOUR®.
- **Pour la 4ème semaine consécutive, ces passages étaient en hausse** chez les adultes par rapport à la semaine précédente. En S35, la hausse tous âges était de 10% comparé à la semaine 34 (2 556 passages et 0,9% d'activité totale - données consolidées du 1er septembre 2020) (Figure 17).
- **La moitié des régions sont en hausse.** Quatre régions se démarquent : Nouvelle Aquitaine (+43% soit +65 passages), Auvergne-Rhône-Alpes (+31% soit + 70 passages), PACA (+26% soit +88 passages) et Ile-de-France (+14% soit +108 passages).
- **En semaine 35**, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, 31% ont été enregistrés en Ile-de-France, 15% en Provence-Alpes-Côte d'Azur et 10% en Auvergne-Rhône-Alpes.
- **Depuis le début de la surveillance** le 24 février 2020, **188 589 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés (données au 1er septembre 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®)

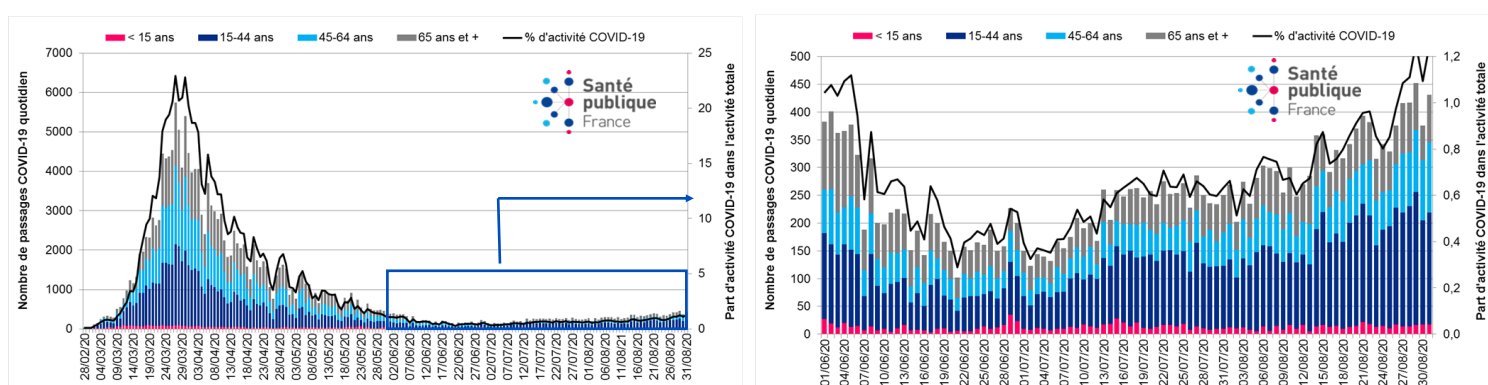


Figure 18. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 35/2020, France (source : OSCOUR®)



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 23 et le 29 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 : 1,29 (intervalle de confiance, IC95% : 1,28-1,31), estimation en baisse par rapport à celle produite la semaine précédente (1,38). Le R calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) est significativement supérieur à 1 : 1,13 (IC95% : 1,08-1,17) (Tableau 4), stable par rapport à l'estimation produite la semaine précédente (1,14).**
- En région, les nombres de reproduction estimés à partir de SI-DEP et OSCOUR® sont significativement supérieurs à 1 dans 7 régions : en Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, Grand-Est, 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 6 autres régions métropolitaines, sans que celui calculé à partir des données OSCOUR® ne soit significativement supérieur à 1 : Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Hauts-de-France, Normandie et Pays de la Loire (Tableau 4).
- **En outre-mer, la Guadeloupe 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 en Guadeloupe.**

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 23 au 29 août 2020 (Sources : SI-DEP et OSCOUR®)

Territoire	Régions	R effectif (Intervalle de confiance à 95%)	
		SI-DEP	OSCOUR®
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1.37 (1.32-1.42)	1.25 (1.11-1.40)
	Bourgogne-Franche-Comté	1.47 (1.37-1.57)	0.87 (0.71-1.04)
	Bretagne	1.26 (1.16-1.35)	0.53 (0.39-0.70)
	Centre-Val de Loire	1.14 (1.06-1.22)	0.87 (0.68-1.07)
	Corse	2.58 (2.23-2.96)	1.77 (1.09-2.60)
	Grand Est	1.37 (1.30-1.44)	1.24 (1.04-1.46)
	Hauts-de-France	1.27 (1.21-1.33)	0.94 (0.76-1.13)
	Ile-de-France	1.31 (1.28-1.33)	1.11 (1.04-1.19)
	Normandie	1.64 (1.53-1.75)	0.91 (0.71-1.13)
	Nouvelle-Aquitaine	1.60 (1.54-1.66)	1.36 (1.18-1.54)
	Occitanie	1.12 (1.08-1.17)	1.19 (1.03-1.36)
	Pays de la Loire	1.07 (1.01-1.14)	0.87 (0.73-1.03)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1.19 (1.16-1.22)	1.44 (1.31-1.58)
	France métropolitaine	1.29 (1.28-1.31)	1.13 (1.08-1.17)
France ultra-marine	Guadeloupe	1.20 (1.09-1.32)	2.14 (1.59-2.78)
	Guyane	0.95 (0.83-1.07)	0.73 (0.51-1.00)
	La Réunion	1.27 (1.16-1.39)	1.38 (0.95-1.88)
	Martinique	0.90 (0.75-1.06)	NA
	Mayotte	NC	NE

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, **1 551** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

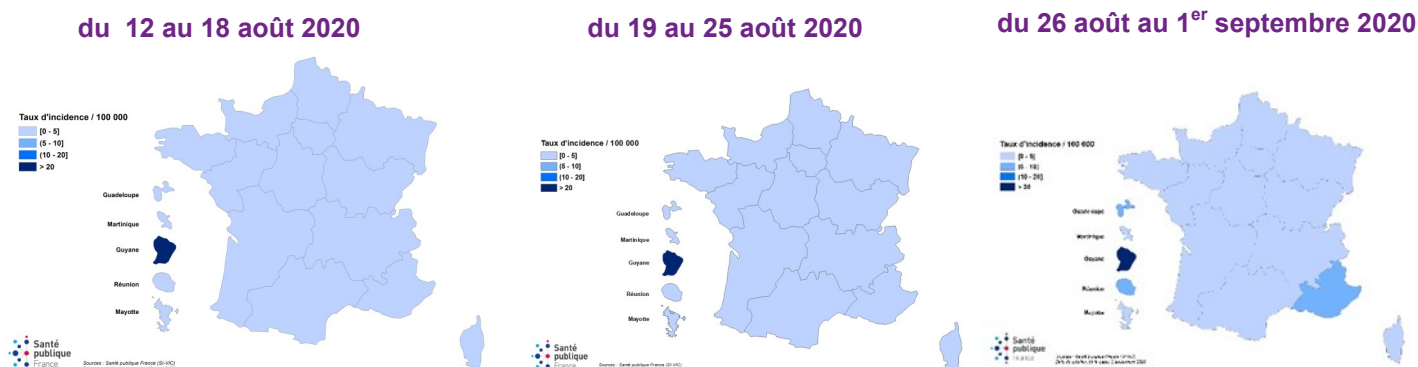
- Parmi les **111 828 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 5) :
 - L'âge médian des patients est de 71 ans et 53% sont des hommes.
 - 20 147 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 86 712 patients sont retournés à domicile.
- Le **1^{er} septembre 2020, 4 604 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 424 en réanimation.**

Tableau 5. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 1^{er} septembre 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 1 ^{er} septembre 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	4 604		424		86 712		20 147	
Classes d'âge *								
Total	4 559		423		86 137		20 033	
0-14 ans	39	1	4	1	1 096	1	3	<1
15-44 ans	352	8	39	9	12 206	14	216	1
45-64 ans	1 003	22	133	31	24 503	28	2 083	10
65-74 ans	1 006	22	129	30	16 299	19	3 591	18
75 et +	2 159	47	118	28	32 033	37	14 140	71
Régions *								
Total	4 586		418		86 682		20 123	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	309	7	36	9	8 394	10	1 780	9
Bourgogne-Franche-Comté	24	1	6	1	4 114	5	1 065	5
Bretagne	65	1	6	1	1 390	2	269	1
Centre-Val de Loire	54	1	7	2	2 402	3	574	3
Corse	11	<1	2	<1	259	<1	59	<1
Grand Est	433	9	16	4	13 168	15	3 669	18
Hauts-de-France	426	9	29	7	7 306	8	1 947	10
Ile-de-France	2 278	50	169	40	30 953	36	7 725	38
Normandie	65	1	2	<1	1 909	2	448	2
Nouvelle-Aquitaine	87	2	13	3	2 360	3	434	2
Occitanie	159	3	26	6	3 128	4	530	3
Pays de la Loire	88	2	11	3	2 427	3	492	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	386	8	55	13	6 463	7	995	5
Outre-Mer								
La Réunion	70	2	14	3	224	<1	10	<1
Martinique	14	<1	3	1	104	<1	18	<1
Mayotte	6	<1	2	<1	445	1	28	<1
Guadeloupe	23	1	10	2	100	<1	24	<1
Guyane	88	2	11	3	1 536	2	56	<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 12 août et le 1er septembre 2020, France (source : SI-VIC)



- Dans les régions de **France métropolitaine**, le taux hebdomadaire de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (du 26 août au 1^{er} septembre) **a augmenté à nouveau en Provence-Alpes-Côte d'Azur** et a atteint 6,1/100 000 habitants en S35 versus 5,0/100 000 hab. en S34. Dans toutes les autres régions, les taux d'hospitalisations hebdomadaires étaient inférieurs à 3,0/100 000 hab. La Corse enregistrait une stabilisation de ce taux qui était de 1,5/100 000 hab.
- Dans les régions d'outre-mer, la **Guyane** a enregistré le **plus fort taux hebdomadaire de nouvelles hospitalisations**, avec un taux de 31,3/100 000 hab. (taux en diminution par rapport à la semaine précédente, 36,8 en S34). On observe une **augmentation** de ce taux **en Guadeloupe**, avec 23 patients admis pendant la semaine du 26 août au 1^{er} septembre versus 13 la semaine précédente (Figure 19).
- **Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a augmenté** pour la sixième semaine consécutive **en semaine 35** (du 24 au 30 août) : 1 337 en S35 versus 604 en S29 (Figure 20).
- En prenant en considération le nombre d'hospitalisations entre la semaine 29 et la semaine 35, **le temps de doublement du nombre d'hospitalisations est de 36 jours**.
- Depuis début juillet (**S28**) et jusqu'en **semaine 35**, **les personnes hospitalisées âgées de moins de 40 ans** représentaient **19%** (2 128/10 998) **des admissions** alors que cette proportion était de **8%** (8 328/100 827) **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% (4 895/10 998) des admissions sur la période S28-S35 versus 55% (54 985/100 827) sur la période S9-S27 (Tableau 6).

Figure 20. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, données au 01 septembre 2020, France (source : SI-VIC)

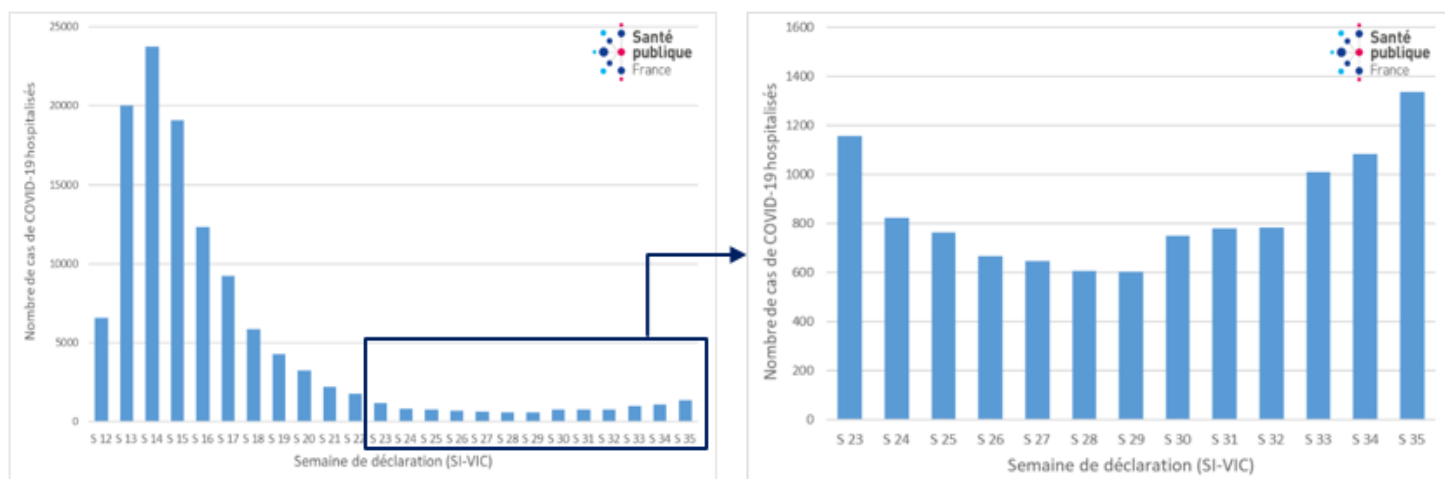


Tableau 6. Distribution des cas de COVID-19 admis à l'hôpital par classe d'âge et par période (S9-S27 : du 01 mars au 5 juillet 2020 ; S28-S35 : du 6 juillet au 30 août 2020), données au 1er septembre 2020, France (source : SI-VIC)

Classes d'âge	Périodes				Total N
	S9-S27 N	%	S28-S35 N	%	
0-9	736	1	202	2	938
10-19	552	1	186	2	738
20-29	2 420	2	808	7	3 228
30-39	4 620	5	932	8	5 552
40-49	7 267	7	1 050	10	8 317
50-59	12 567	12	1 317	12	13 884
60-69	17 013	17	1 531	14	18 544
70-79	19 912	20	1 803	16	21 715
80-89	23 163	23	2 077	19	25 240
90 ans et +	11 910	12	1 015	9	12 925
Total	100 827	100	10 998	100	111 825

Note : Les totaux ne sont pas égaux à la somme des valeurs présentées car ils incluent les patients pour lesquels l'âge n'est pas connu.

- Au 1^{er} septembre 2020, 424 cas de COVID-19 étaient toujours hospitalisés en réanimation en France et 54 nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation ont été rapportées (Figure 21).
- En semaine 35, le **nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation continue d'augmenter depuis la semaine 27** (Figure 21). Ce nombre est en augmentation depuis 8 semaines, passant de 73 nouvelles admissions en S27 à 210 en S35.
- 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 35, les personnes hospitalisées en réanimation âgées de moins de 40 ans représentaient 12% (121/981) des admissions alors que cette proportion était de 7% (1 201/17 457) 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-S35 (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 01 septembre, France (source : SI-VIC)

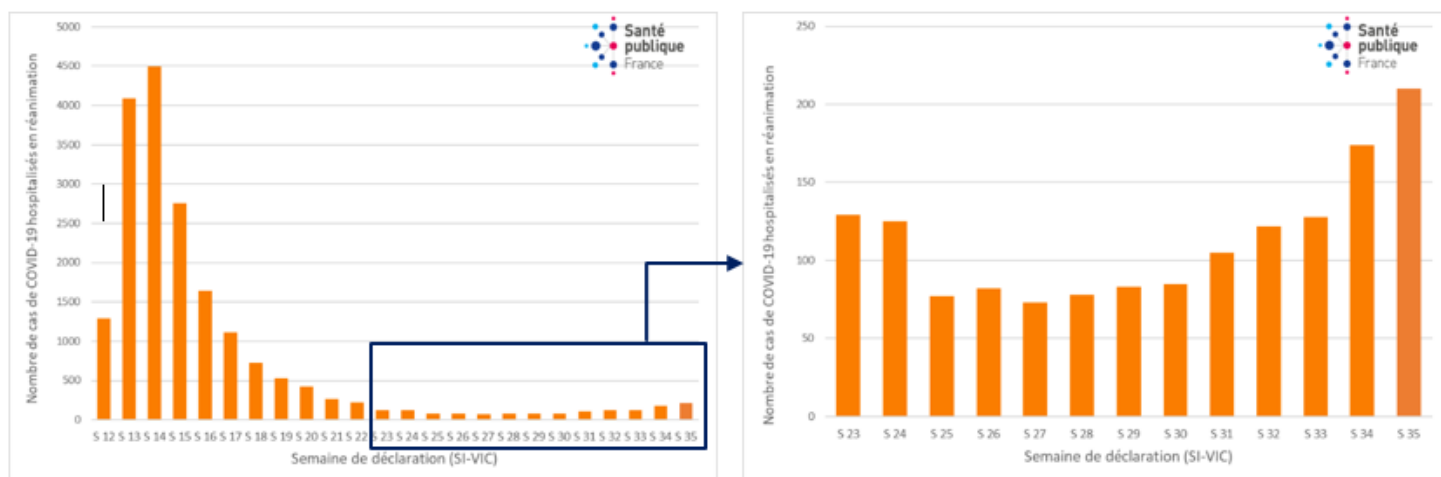


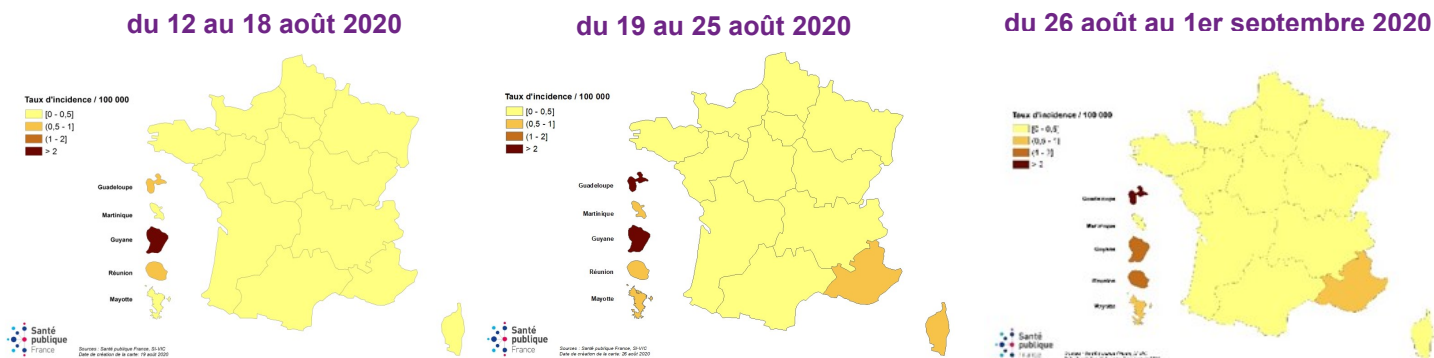
Tableau 7. Distribution des cas de COVID-19 hospitalisés en service de réanimation, par classe d'âge et par période (S9-S27 : du 01 mars au 5 juillet 2020 ; S28-S35 : du 6 juillet au 30 août 2020), données au 01 septembre, France (source : SI-VIC)

Classes d'âge	Périodes				Total N
	S9-S27		S28-S35		
	N	%	N	%	
0-9	141	1	17	2	158
10-19	123	1	7	1	130
20-29	253	1	32	3	285
30-39	684	4	65	7	749
40-49	1 514	9	87	9	1 601
50-59	3 323	19	176	18	3 499
60-69	4 926	28	217	22	5 143
70-79	4 616	26	239	24	4 855
80-89	1 553	9	122	12	1 675
90 ans et +	244	1	12	1	256
Total	17 457	100	981	100	18 438

Note : Les totaux ne sont pas égaux à la somme des valeurs présentées car ils incluent les patients pour lesquels l'âge n'est pas connu.

- Sur la **semaine du 26 août au 1^{er} septembre**, le plus fort **taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 a été observé en **Guadeloupe** avec 2,7/100 000 hab. représentant 10 patients. En **Guyane**, ce taux est en diminution par rapport à la semaine précédente (1,4/100 000 hab. soit 4 patients du 26 août au 1er septembre vs. 2,1/100 000 hab. soit 6 patients du 19 au 25 août) (Figure 22). Ce taux était à 0,3/100 000 hab. en Martinique à la baisse et de 0,7/100 000 hab. à Mayotte stable.
- Dans toutes les régions métropolitaines, 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** (0,9/100 000 hab.) et en **Île-de-France** (0,5/100 000 habitants). En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, le nombre d'admissions en réanimation est **en augmentation** (43 cas du 26 août au 1^{er} septembre versus 36 cas du 19 au 25 août). En **Île-de-France**, le nombre d'admissions en réanimation est **en augmentation** (61 cas du 26 août au 1^{er} septembre versus 56 cas du 19 au 25 août).

Figure 22. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 12 août et le 1^{er} septembre, France (source : SI-VIC)



Le nombre hebdomadaire de **décès** survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 est **stable** par rapport à la semaine précédente avec 100 décès en S35 versus 101 décès en S34 (Figure 23).

- Le nombre hebdomadaire des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation est en augmentation en semaine 35 (1 377 vs 1 104 en S34) (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 1er septembre 2020 (source : SI-VIC)

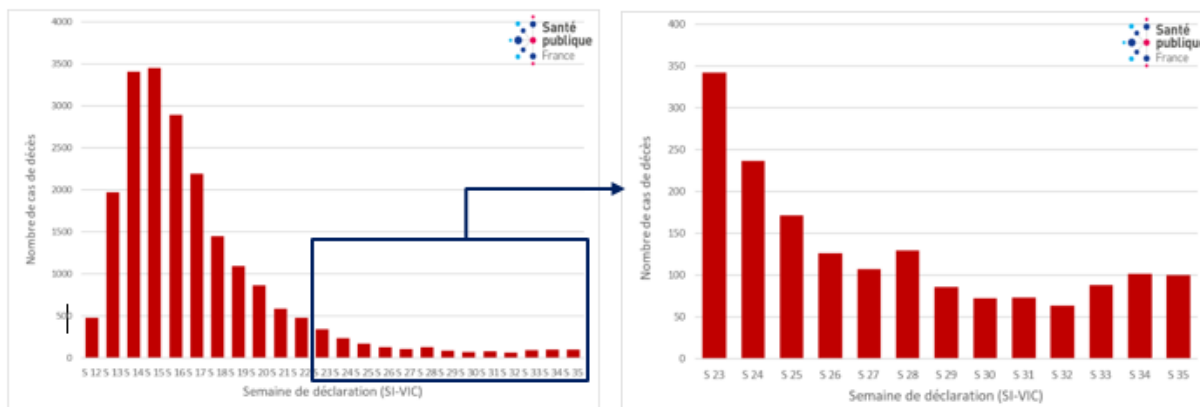
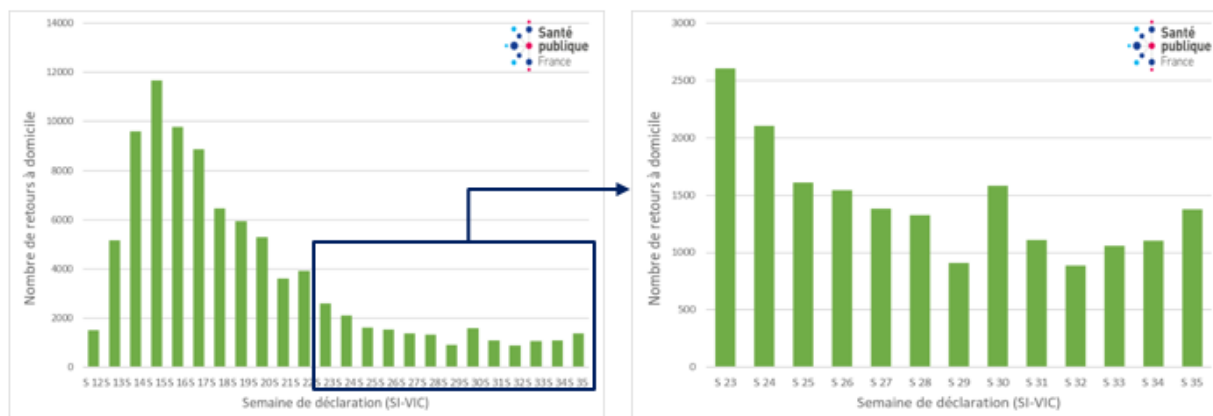


Figure 24. Nombre hebdomadaire de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 1er septembre 2020 (source : SI-VIC)

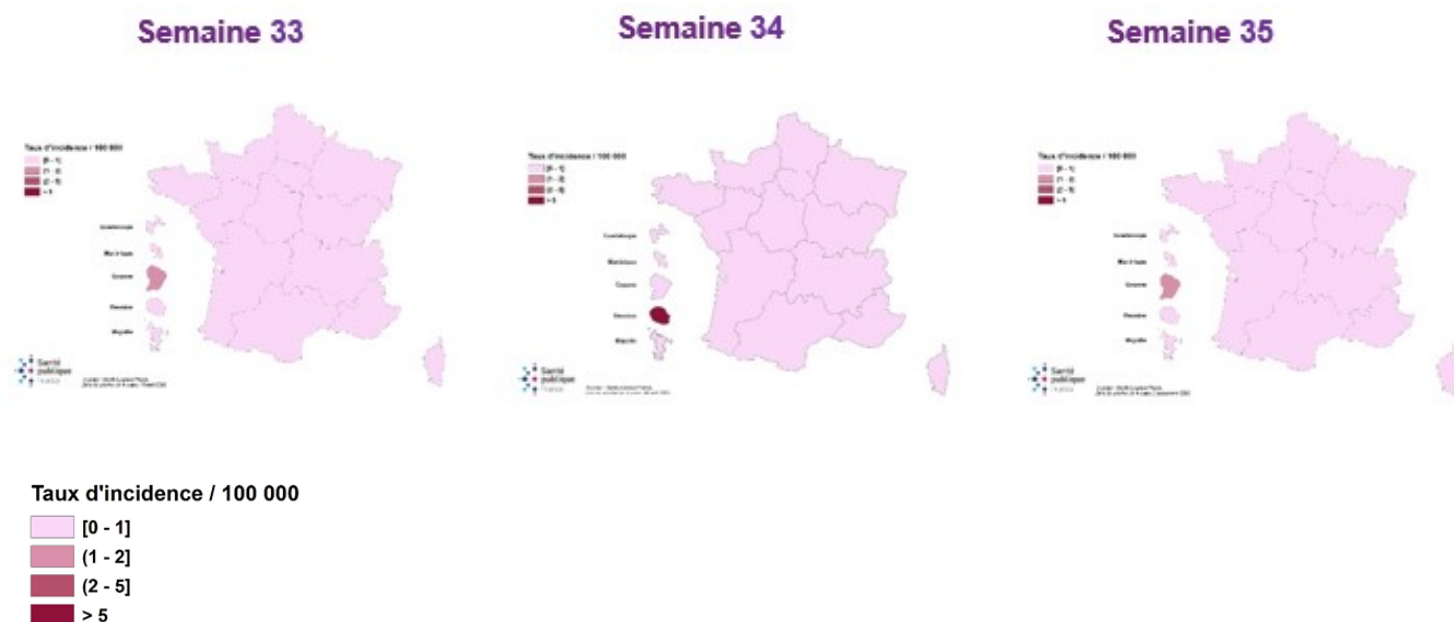


Surveillance de la mortalité

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

- Entre le 1^{er} mars et le 1^{er} septembre 2020, **30 661 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : 20 147 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 514 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 stable entre les semaines 33 et 35 (109 en S35, 112 en S34 et 97 en S33). Le taux de décès hebdomadaire à l'échelle nationale était de 0,16 pour 100 000 habitants en semaine 35 (0,17 en S34 et 0,14 en S33).
- **En semaine 35**, 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 était de 1,07/100 000 habitants (avec 3 décès). Pour toutes les autres régions, ce taux était inférieur à 0,5/100 000 habitants (Figure 25).
- Les taux hebdomadaires de décès déclarés (pour 100 000 habitants) sont stables ou à la baisse entre les semaines 35 et 34 dans presque toutes les régions, excepté dans cinq régions : Centre-Val-de-Loire, Grand-Est, Guadeloupe, Guyane et La réunion. Ces augmentations se font sur de très petits effectifs (moins de 4 décès), à l'exception de Grand-Est (10 décès en S34 versus 27 en S35).

Figure 25. Taux hebdomadaires de décès dû à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS) S33 (du 10 au 16 août), S34 (du 17 au 23 août) et S35 (du 24 au 30), par région en France 2020 (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 1er mars 2020, 11 460 certificats de décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 8).

– 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 7 555 décès, soit 66% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. 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 8. 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 31 août 2020 (données au 1er septembre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%				
Hommes	6 233	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	33	70	67	105	1
45-64 ans	288	29	719	71	1 007	9
65-74 ans	587	33	1 206	67	1 793	16
75 ans ou plus	2 995	35	5 559	65	8 554	75
Tous âges	3 905	34	7 555	66	11 460	100
Comorbidités	n	%				
Au moins une comorbidité	7 555	66				
Aucune ou non renseigné	3 905	34				
Description des comorbidités	n	%				
Obésité	449	6				
Diabète	1 223	16				
Pathologie respiratoire	981	13				
Pathologie cardiaque	2 555	34				
Hypertension artérielle	1 859	25				
Pathologies neurologiques *	691	9				
Pathologie rénale	941	12				
Immunodéficience	172	2				

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

¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

Mortalité toutes causes

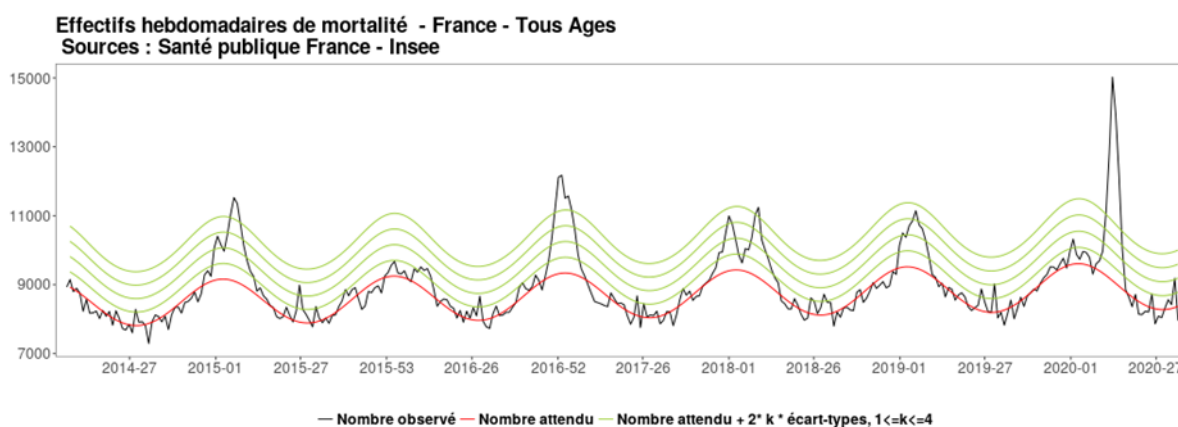
L'analyse de la mortalité toutes causes confondues s'appuie sur les données d'état civil d'environ 3 000 communes françaises, enregistrant 77% de la mortalité nationale. Ces données ne permettent pas de disposer des causes médicales de décès.

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. La mortalité semble revenir dans les marges de fluctuation habituelle en semaine 34 (Figure 26).

La hausse de la mortalité en semaine 33 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 26. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 8-2014 à la semaine 34-2020 (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 dans trois pays/régions en semaine 30, dans sept pays/régions en semaine 31, dans sept pays/régions en semaine 32 et dans sept pays/régions en semaine 33 (Belgique, Pays-Bas, Allemagne (Hesse), France, Espagne, Italie, Angleterre) (Figure 27).

Figure 27. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 33-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 26 août) (Source : Euromomo)

Excess in z-scores

- Extremely high excess ($z > 15$)
- Very high excess ($10 < z \leq 15$)
- High excess ($7 < z \leq 10$)
- Moderate excess ($4 < z \leq 7$)
- Low excess ($2 < z \leq 4$)
- No excess ($z < 2$)
- No data



Analyse de risque contextualisée - Niveaux de vulnérabilité

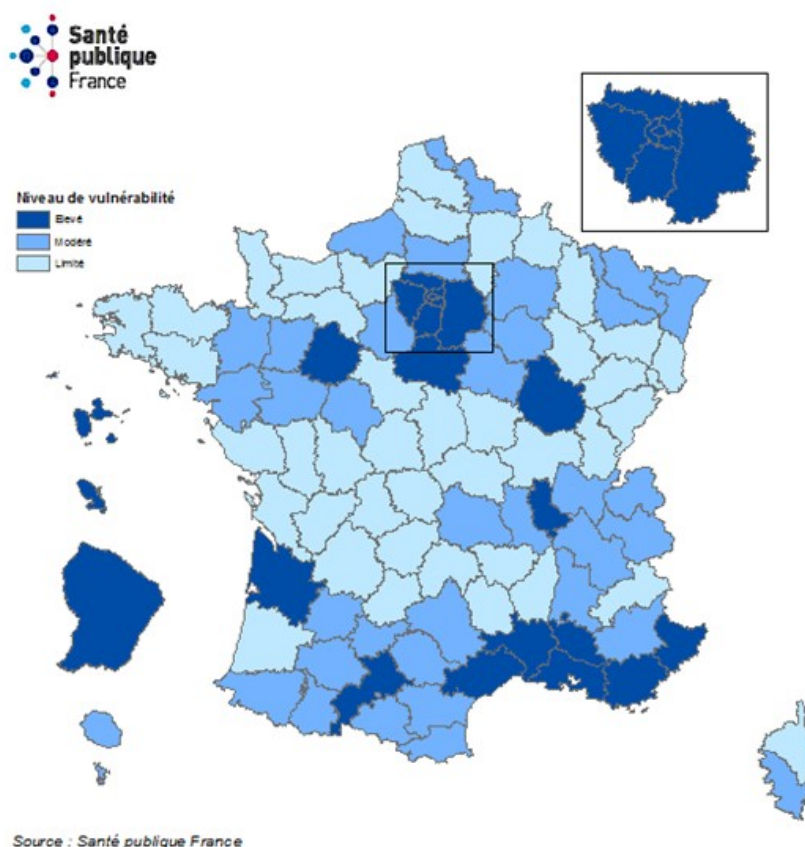
Les équipes régionales de Santé publique France réalisent, en lien avec les ARS, **une analyse de risque contextualisée quotidienne au niveau départemental** depuis le 02 mai 2020, une semaine avant la levée du confinement. Cette expertise effectue la synthèse des indicateurs des systèmes de surveillance 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 gestion.

Au 2 septembre 2020, par rapport au point épidémiologique du 26 août 2020 :

- **11 nouveaux départements étaient classés en niveau de vulnérabilité élevé** : Gard (30), Val d'Oise (95), Seine et Marne (77), Yvelines (78), Côte d'Or (21), Haute Garonne (31), Guadeloupe, comprenant St Martin et St Barthélemy (971), Martinique (972), Bouches du Rhône (13), Alpes Maritimes (06), Var (83). Douze départements étaient précédemment classés en vulnérabilité élevée : Gironde, Guyane, Hauts-de-Seine, Hérault, Loiret, Paris, Rhône, Sarthe, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne, Var, Vaucluse.
- **11 nouveaux départements étaient classés en niveau de vulnérabilité modéré** : Savoie (73), Aveyron (12), Loire (42), Puy de Dôme (63), Yonne (89), Seine Maritime (76), Marne (51), Lot et Garonne (47), Loire Atlantique (44), Corse du Sud (2A) , Moselle (57)
- **Au total, le 2 septembre, 36 départements étaient en niveau de vulnérabilité modéré, et 23 en niveau élevé.** Toutes les régions rapportent au moins un département en niveau de vulnérabilité modéré.

Figure 28. Niveau de vulnérabilité par département, France, au 02 septembre 2020 (Source : Santé publique France)



Situation internationale

- La zone **Amérique** concentre toujours le plus grand nombre de cas dans le monde même si une légère amélioration est observée avec une stabilisation ou une diminution du nombre de cas dans certains pays. Le nombre de cas rapportés reste particulièrement élevé aux Etats-Unis, en Argentine, au Brésil, en Colombie, au Mexique et au Pérou.
- Dans les pays du **Moyen-Orient**, l'épidémie s'accroît en Iraq et au Liban, tandis que dans d'autres, le nombre de cas se stabilise mais reste élevé (Iran, Arabie Saoudite, Emirats Arabes Unis, Koweït). L'épidémie est en phase décroissante à Oman et au Qatar.
- En **Asie**, l'épidémie reste très importante en Inde, en Indonésie et au Bangladesh. Le nombre de cas a récemment augmenté au Népal. Par ailleurs, une recrudescence de cas a été observée au mois d'août au Japon et en Corée du Sud. En **Australie**, après une épidémie rapportée en juillet et août dans l'État de Victoria, l'épidémie est en décroissance.
- En **Afrique**, une diminution du nombre de cas est rapportée dans plusieurs pays dont l'Afrique du Sud qui était plus particulièrement touchée. En Ethiopie, une augmentation importante a été observée récemment.
- En **Europe**, une reprise de l'épidémie a été rapportée dans plusieurs pays. Au 28/08, une augmentation du taux d'incidence sur 14 jours est rapportée dans les pays suivants : Autriche, Croatie, Chypre, République Tchèque, France, Allemagne, Grèce, Irlande, Italie, Liechtenstein, Lituanie, Slovaquie, Slovénie et Espagne. Parmi les pays de l'UE/EEA et Royaume-Uni, les taux d'incidence les plus élevés étaient observés en Espagne (176/100 000 habitants), à Malte (120/100 000 hab) et au Luxembourg (97/100 000 hab). Les comparaisons entre pays doivent être faites avec prudence en tenant compte des taux de dépistage ; le taux hebdomadaire le plus élevé est actuellement observé au Luxembourg (6 000 tests / 100 000 hab). L'épidémie reste par ailleurs importante en Ukraine, Russie, Roumanie, Israël et dans plusieurs pays des Balkans et en Turquie.

Figure 29. Taux d'incidence de COVID-19 rapporté pour les semaines 33 et 34 dans les pays de l'UE/EEA (source : ECDC)

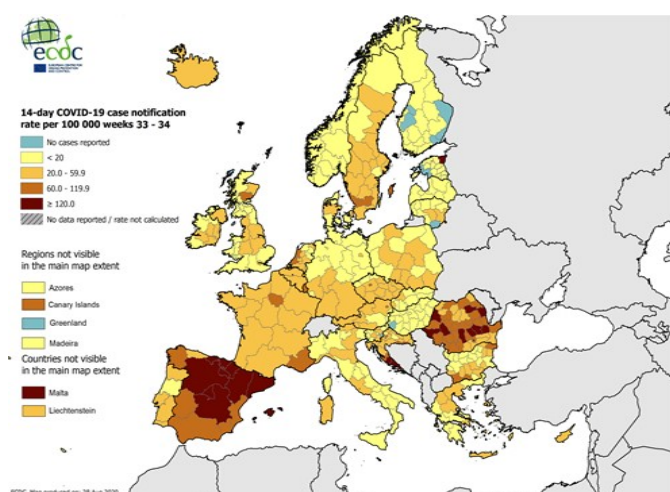
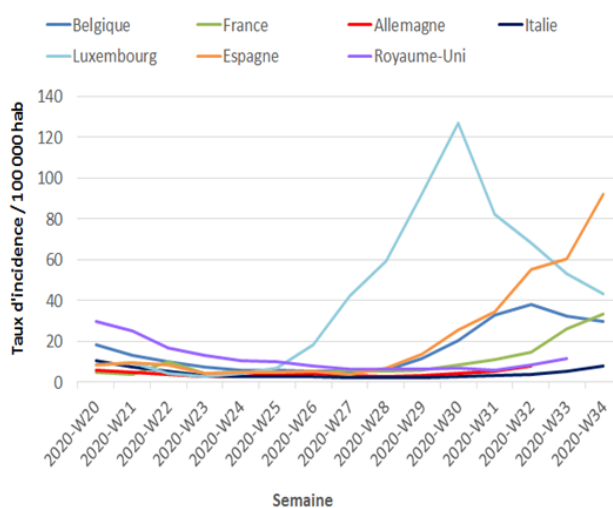


Figure 30. Taux d'incidence hebdomadaire de COVID-19 pour les principaux pays limitrophes à la France (source : ECDC)



Pour en savoir plus d'informations sur la situation internationale

En Europe :

[ECDC - Weekly surveillance report \(week 34\), 28/08/2020](#)

[RRA ECDC, 10/08/2020](#)

Dans le monde :

[Organisation mondiale de la santé – Weekly Epidemiological Update, 31 août 2020](#)

Prévention

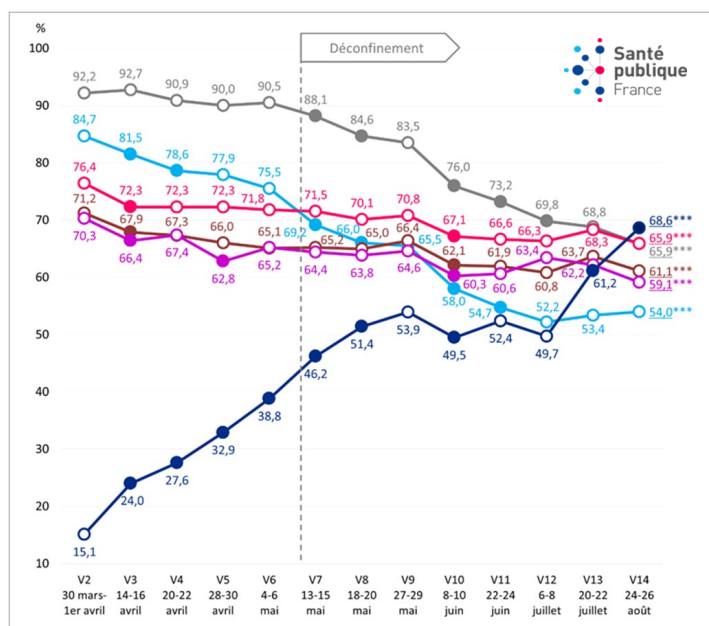
Suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale

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

Adoption des mesures de prévention

- En vague 14 (24-26 août), l'adoption systématique des mesures de prévention est restée stable par rapport à la vague précédente (vague 13 : 20-22 juillet), excepté pour le port du masque en public qui a augmenté de plus de 7 points (Figure 31).
- Sur la période postconfinement (vague 7 à 14), si l'adoption systématique de la mesure « saluer sans se serrer la main et arrêter les embrassades » poursuit sa baisse (- 22 points), celle concernant « garder une distance d'au moins un mètre » ne diminue plus depuis la vague 12 (6-8 juillet).
- Les mesures d'hygiène « se laver régulièrement les mains », « tousser dans son coude » ou « utiliser un mouchoir à usage unique » sont appliquées systématiquement un peu moins souvent depuis le déconfinement (respectivement -6, -4 et -5 points) mais globalement dans les mêmes proportions depuis la vague 11 (22-24 juin).

Figure 31. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.



Notes de lecture.

Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 14) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 2), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période postconfinement (vague 7), test de Wald ajusté, $p < 0,05$.

- Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades
- Garder une distance d'au moins un mètre
- Se laver régulièrement les mains
- Tousser dans son coude
- Utiliser un mouchoir à usage unique
- Porter un masque en public

La majorité des personnes ne déclarant pas adopter systématiquement les mesures de prévention déclare cependant les adopter souvent (voir résultats détaillés, [enquêtes Internet](#)).

- En vague 14 (24-26 août), **entre 80% et 93% des personnes interrogées déclarent adopter systématiquement ou souvent les mesures d'hygiène, 88% déclarent systématiquement ou souvent « garder une distance d'au moins 1 mètre » et 92% déclarent systématiquement ou souvent porter un masque en public.**
- La part des personnes déclarant adopter systématiquement ou souvent les mesures de prévention diminue depuis le déconfinement pour les mesures d'hygiène (de -3 à -8 points) à l'exception de « se laver régulièrement les mains » restée stable, diminue également pour la mesure « garder une distance d'au moins un mètre » (-6 points) et augmente fortement pour le port du masque en public (+21 points).

En vague 14 (24-26 août), les profils de population adoptant moins systématiquement les mesures de prévention sont (Tableau 9) :

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

Tableau 9. Variables sociodémographiques associées à une moindre adoption des mesures de prévention (vague 14 : 24-26 août 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

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

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

Les jeunes de 18 à 24 ans adoptent moins systématiquement les mesures de prévention. Ils ne sont ainsi, fin août (vague 14), que 39% à garder systématiquement une distance d'au moins un mètre avec les autres alors que 62% des personnes de 65 ans et plus adoptent systématiquement cette mesure. Fin juillet (vague 13), 56% des jeunes de 18 à 24 ans portaient systématiquement le masque alors que 70% des personnes de 65 ans et plus adoptaient systématiquement cette mesure. L'écart entre les tranches d'âge sur le port du masque s'est cependant réduit en vague 14 (18-24 ans : 64% ; 65 ans et plus : 70%)

En vague 14 (24-26 août), les déterminants cognitifs de l'adoption systématique des mesures de prévention communs aux trois indicateurs (nombre de mesures d'hygiène, distance d'au moins un mètre et port du masque en public) sont (tableau 10) :

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

Tableau 10. Déterminants cognitifs de l'adoption des mesures de prévention (vague 14 : 24-26 août). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

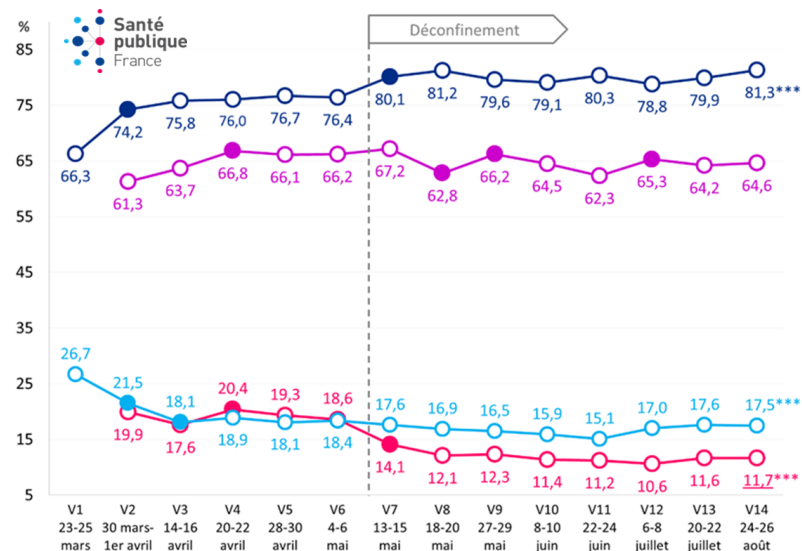
	Nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées parmi 4 ¹	Adoption systématique de la distance d'au moins 1 mètre	Adoption systématique du port du masque en public
Percevoir les mesures de prévention comme efficaces	*	*	**
Percevoir les mesures de prévention comme peu contraignantes	--	***	***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

Note de lecture : Les associations entre chacun des 3 indicateurs d'adoption systématique des mesures de prévention et les facteurs cognitifs et affectifs ont été testées, après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées à la situation épidémique et des autres facteurs cognitifs et affectifs (modèle de régression linéaire pour le nombre moyen des 4 mesures d'hygiène et modèles de régressions logistiques pour l'adoption systématique de la distance d'1 mètre et celle du port du masque en public), test de Wald, ***: $p < 0,001$; **: $p < 0,01$; *: $p < 0,05$; --: non significatif ($p > 0,05$). ¹4 mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique.

2) Santé mentale

- En vague 14 (24-26 août), aucune évolution n'est observée pour les indicateurs **d'anxiété, de dépression, les problèmes de sommeil et la satisfaction de vie** par rapport à la vague précédente.
- Les **problèmes de sommeil** n'ont globalement pas évolué depuis le début du confinement et se sont maintenus à un niveau élevé (supérieur à 60%).
- Les **états dépressifs et la satisfaction de vie actuelle** se sont significativement améliorés pendant la période de confinement et suite à la levée du confinement (V7). Ils sont depuis restés stables.
- Les **états anxieux** ont significativement diminué entre fin mars (V1) et mi-avril (V3). Ils sont depuis restés stables.

Figure 32. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 14) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 1 ou 2 selon l'indicateur), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période postconfinement (vague 7), test de Wald ajusté, $p < 0,05$. HAD : Hospital Anxiety and Depression scale.

- Satisfaction de vie actuelle (score > 5 ; échelle 0 à 10)
- Problèmes de sommeil (8 derniers jours)
- Dépression (HAD ; score > 10)
- Anxiété (HAD ; score > 10)

En vague 14, les profils de population ayant une santé mentale plus dégradée sont (tableau 11) :

- Les personnes déclarant **des antécédents de trouble psychologique** ainsi que celles déclarant **une situation financière très difficile** pour les trois indicateurs : anxiété, dépression, problèmes de sommeil.
- Les **femmes** pour les états anxieux et les problèmes de sommeil.
- Les **18-49 ans** pour les états anxieux et les **25-49 ans** pour les problèmes de sommeil.
- Les personnes présentant **un risque de développer une forme grave de COVID-19** pour les troubles dépressifs.

Tableau 11. Variables sociodémographiques associées à l'anxiété, la dépression et aux problèmes de sommeil (vague 14 : 24-26 août 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)
Sexe	Femmes	--	Femmes
Classe d'âge (en 5 classes)	18-49 ans	--	25-49 ans
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)	Inactifs	--	--
Situation financière perçue	Très difficile	Très difficile	Juste/Très difficile
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19 ^b	--	Oui	--
Antécédents de trouble psychologique	Oui	Oui	Oui

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

En vague 14, les déterminants cognitifs d'une santé mentale plus dégradée sont (tableau 12) :

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

Tableau 12. Déterminants cognitifs de l'anxiété, de la dépression et des problèmes de sommeil (vague 14 : 24-26 août). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

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

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

Etude qualitative ViQuoP, Santé publique France – Kantar. « Vie quotidienne et prévention au sein d'une communauté en ligne à l'heure du coronavirus »,

Suivi de cohorte de mars à juin 2020

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

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

<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-etude-viquop-vie-quotidienne-et-prevention-dans-60-foyers-francais-a-l-heure-du-coronavirus>

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



Synthèse — conclusion

En France métropolitaine,

En semaine 35 (du 24 au 30 août 2020), les **nombre de nouveaux cas confirmés et donc le taux d'incidence hebdomadaire, le taux de positivité des prélèvements poursuivent l'augmentation. Les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19, les nouvelles admissions en hospitalisation conventionnelle ainsi que les admissions en réanimation pour COVID-19, bien qu'encore limitées, poursuivent également leurs augmentations.**

L'augmentation du **nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 se poursuit** avec 34 750 cas enregistrés en semaine 35 soit une augmentation de +33% par rapport à la semaine précédente. Près de la moitié des cas présentait des symptômes, 97% avaient été diagnostiqués en ville, 2% des cas étaient hospitalisés et 1% étaient en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). En semaine 35, 79% des personnes testées étaient asymptomatiques.

Le taux d'incidence en semaine 35 était de 53,4 cas/100 000 habitants en France métropolitaine (vs. 40,2 en S34, +33%).

Si l'augmentation des cas touche toutes les tranches d'âge, ce sont les jeunes adultes (15-44 ans) qui sont les plus touchés (100,5 cas / 100 000 hab en S35 vs. 75,6 en S34) et notamment les 15-19 ans chez qui l'augmentation est la plus importante (+44%).

En semaine 35, 92 départements avaient un taux d'incidence supérieur au seuil d'attention de 10 cas pour 100 000 habitants par semaine (versus 78 départements en S34) et 19 départements avaient un taux d'incidence dépassant le seuil d'alerte (50/100 000 hab.) dont l'ensemble des départements d'Ile de France ainsi que 4 des 6 départements de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les Bouches-du-Rhône (177/100 000 hab. en S35 vs 151/100 000 hab en S34), à Paris (145/100 000 hab en S35 vs 100 en S34, en excluant les dépistages dans les aéroports) et dans le Val-de-Marne (126/100 000 hab en S35 vs 85 en S34).

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 effectif= 1,29) ainsi que dans l'ensemble des régions métropolitaines et est légèrement en baisse par rapport à l'estimation de la semaine précédente (1,38). Lorsque le R effectif est significativement supérieur à 1, ceci signifie que l'épidémie est en progression.

Le taux de positivité (4,3 en S35) était également en augmentation (+15% par rapport à S34) et ce pour la huitième semaine consécutive.

Depuis début juillet (semaine 29), la progression de l'épidémie est exponentielle (données SI-DEP) et le temps nécessaire pour que le nombre de cas double est estimé à 13,8 jours. Ce temps de doublement est relativement stable par rapport à la semaine précédente (estimé à 14 jours en semaine 34).

Le nombre de personnes testées est en augmentation en S35 (+16%) par rapport à la semaine précédente mais cette augmentation reste inférieure au rythme de progression des cas confirmés. **Depuis début juillet (S28), le nombre de personnes testées a été multiplié par un peu plus de 2 alors que le nombre de nouveaux cas de COVID-19 a été multiplié par 12 (335 576 personnes testées en S28, 809 540 en S35 ; 2 841 nouveaux cas identifiés en S28, 34 750 cas en S35).** L'augmentation des cas observée signe une augmentation de la circulation virale en France métropolitaine et n'est pas uniquement liée à une augmentation des dépistages.

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 étaient en augmentation.

En milieu hospitalier, pour la 4^{ème} semaine consécutive, une **augmentation du nombre de passages aux urgences** pour suspicion de COVID-19 a été observée (+10% en comparaison à la S34).

Le R effectif calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR[®]) était cette semaine significativement supérieur à 1 avec un R effectif estimé à 1,13 (IC95% : 1,08-1,17) et stable par rapport à l'estimation produite la semaine précédente. L'augmentation des passages aux urgences est portée par l'augmentation observée dans certaines régions dans lesquelles des R effectifs régionaux sont significativement supérieurs à 1 (Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, Grand Est, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Au niveau régional, les deux estimations de R effectif (SI-DEP et OSCOUR) étaient simultanément significativement supérieures à 1 en Auvergne-Rhône-Alpes, Corse, Grand-Est, 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 analysées de façon isolée, mais être confrontées aux indicateurs produits par les différentes surveillances (incidences, passages aux urgences, hospitalisations, clusters ...).

Le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19, s'il reste modéré, est en augmentation pour la sixième semaine consécutive et depuis juillet, on note une hausse de la proportion des moins de 40 ans (19% vs 8% sur la période mai-juin). C'est en région Provence-Alpes-Côte d'Azur que le taux d'hospitalisation est le plus important. Cependant, dans toutes les autres régions, les taux d'hospitalisations hebdomadaires étaient inférieurs à 3,0 pour 100 000 habitants. La même tendance est observée pour **le taux d'admission en réanimation** (210 admissions, soit +21% vs S34) et notamment en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (0,9/100 000 habitants) où l'augmentation se poursuit. Le nombre de décès survenu lors d'une hospitalisation reste en revanche stable par rapport à la semaine précédente.

Après plusieurs semaines d'augmentation, le nombre de nouveaux clusters détectés en France s'est stabilisé avec 175 clusters signalés en semaine 35 (hors Ehpad). Parmi les clusters en cours d'investigation (357 le 31 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), les établissements de santé ainsi que **le milieu familial élargi** (plusieurs foyers familiaux).

Le nombre d'épisodes signalés de COVID-19 par les établissements médico-sociaux (incluant les Ehpad) après plusieurs semaines d'augmentation s'est stabilisé en S35. Ces épisodes s'accompagnent d'une augmentation des cas notamment chez le personnel. Le nombre de cas chez le personnel est ainsi plus important que le nombre de cas chez les résidents notamment cette dernière semaine. Ces résultats sont cohérents avec les recommandations récentes de dépistage par RT-PCR des professionnels de santé présentant des symptômes ou ayant eu une exposition à risque afin d'éviter toute diffusion dans les établissements accueillant des populations particulièrement à risque.

Par ailleurs, le nombre hebdomadaire de clusters en Ehpad signalé sur les trois dernières semaines était supérieur au nombre signalé au mois de juin. Le 31 août, 43 clusters en Ehpad restaient 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.**

Les données recueillies par la Cnam montraient **une augmentation des nombres de cas et de personnes contacts à risque** depuis le mois de juin avec une forte accélération sur les dernières semaines. Cette augmentation de l'activité de contact tracing s'accompagne d'une diminution du nombre de contacts à risque identifiés par cas. En semaine 35, la moyenne du nombre de personne-contacts à risque était de 2,3 contre 4,3 en semaine 29.

En semaine 35, on observait une baisse de la proportion de cas et de contacts à risque suivis, ce qui pourrait traduire la difficulté à joindre les personnes dans un contexte de congés et de forte augmentation du nombre de cas et de contacts. **Le délai moyen de diagnostic (délai entre date de début des symptômes et date de prélèvement) des cas symptomatiques montrait un allongement qui se confirmait sur les deux dernières semaines** (3,8 jours en semaine 35 vs. 3,0 jours en semaine 33). Un recours rapide au diagnostic pour les personnes symptomatiques est essentiel afin de permettre de réaliser rapidement le contact tracing ainsi que l'isolement des cas de COVID-19 et de leurs contacts à risque.

Ces constats sont à suivre avec attention au regard de l'augmentation constante du nombre de cas depuis plusieurs semaines et de leurs impacts sur l'évolution de ces paramètres avec la reprise du travail et la rentrée scolaire.

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

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 métropolitains ont été classés en niveau de vulnérabilité élevé** portant à 19 le nombre total de départements ainsi classés : **Alpes Maritimes, Bouches du Rhône, Côte d'Or, Gard, Gironde, Hauts-de Seine, Haute Garonne, Hérault, Loiret, Seine et Marne, Paris, Rhône, Sarthe, Seine-Saint-Denis, Val d'Oise, Val-de-Marne, Var, Vaucluse, Yvelines.** Onze départements sont passés cette semaine **en niveau de vulnérabilité modéré** portant à **34** le nombre de départements ainsi classés en France métropolitaine.

En France métropolitaine, Provence Alpes Côtes d'Azur et Ile de France sont les deux régions les plus touchées par la circulation virale.

En **Provence-Alpes-Côte d'Azur**, la circulation virale est particulièrement intense et en progression dans les **Bouches du Rhône** où l'incidence est 176/100 000 hab en S35 vs 150 en S34 et le taux de positivité des prélèvements était de 7,6 en S35 vs 7,1 en S34. L'augmentation d'incidence est particulièrement marquée chez les jeunes adultes. Du fait d'une saturation des plateformes des laboratoires les données de S35 sont certainement sous-estimées. Les nombres de nouvelles hospitalisations (6,1/100 000 hab) et des nouvelles admissions en réanimation (0,9/100 000 hab) sont en augmentation et les plus élevées de France métropolitaine. **Les départements des Bouches-du-Rhône, des Alpes-Maritimes, du Var et du Vaucluse sont classés en niveau de vulnérabilité élevé.** Le département des Alpes-de-Haute-Provence est en niveau de vulnérabilité modéré.

En **Ile-de-France**, la circulation virale est également en progression dans l'ensemble des départements qui ont tous dépassés le seuil d'incidence de 50/100 000 habitants et classés en niveau de vulnérabilité élevée. L'augmentation d'incidence est particulièrement marquée chez les jeunes adultes. L'incidence des hospitalisations se stabilise.

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

Aux Antilles, la circulation virale est active sur l'ensemble des territoires et en progression. En Guadeloupe, le nombre de nouvelles hospitalisations et admissions en réanimation sont en augmentation par rapport à la semaine précédente. Une tension hospitalière est rapportée à Saint-Martin. En Martinique le nombre d'admission en réanimation reste stable. La Guadeloupe rapporte 2 clusters à criticité élevée en cours d'investigation et la Martinique en rapporte 2. La Guadeloupe, Saint Martin, Saint Barthélemy et la Martinique sont classés en niveau de vulnérabilité élevée.

A l'**Ile de la Réunion**, la circulation virale est en augmentation et le nombre de nouvelles admissions en réanimation est en augmentation. Il n'y a plus de cluster (hors Ehpad) en criticité élevée en cours d'investigation. Le territoire reste au 2 septembre en niveau de **vulnérabilité modéré**.

En Guyane, l'épidémie continue de régresser lentement. Les nouvelles hospitalisations restent stables. Aucun nouveau cluster n'a été rapporté en semaine 35. Un cluster à criticité élevée reste 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 est en légère augmentation du fait d'actions de dépistage** autour de clusters. Le **taux de positivité** est en diminution. Il n'y a aucun cluster à criticité élevée en cours d'investigation. Mayotte reste classé en **niveau de vulnérabilité modéré**.

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

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 et 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. [Les résultats de cette surveillance](#) sont publiés sur le site internet de Sante publique France. Au 24 août 2020, **32 892** cas d'infection au SARS-CoV-2 avaient été rapportés (professionnels de santé : **84%**, professionnels non soignants : **10%**) ainsi que **16 décès**, le dernier datant de mi-mai. 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. La surveillance des cas COVID-19 dans les établissements médico-sociaux montrent depuis la semaine 35, une augmentation de cas confirmés chez le personnel.

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.

La santé mentale des Français, dégradée en début de confinement, s'est depuis significativement améliorée pour tous les indicateurs (états anxieux, dépressifs et satisfaction de vie) à l'exception des problèmes de sommeil qui se maintiennent à des niveaux élevés depuis le début du confinement. Aucune évolution n'a été constatée entre fin juillet et fin août pour l'ensemble de ces indicateurs.

L'adoption systématique des mesures de prévention a globalement diminué depuis la levée du confinement. Une baisse importante a été observée en particulier pour les mesures « saluer sans se serrer la main » et « garder une distance d'au moins un mètre », même si pour cette dernière cette baisse semble s'être arrêtée début juillet. Seul le port systématique du masque en public, après une stabilité observée entre la fin du mois de juin et le début du mois de juillet, continue d'augmenter (+7 points entre fin juillet et fin août).

Une adoption moins systématique des mesures de prévention peut être liée à un relâchement associé à la période estivale et à la reprise des interactions sociales. Bien que les personnes interrogées soient plus de 80% à déclarer adopter systématiquement ou souvent les mesures de prévention, on observe une diminution de la fréquence d'adoption de ces comportements depuis la levée du confinement.

Les jeunes de 18 à 24 ans adoptent moins systématiquement les mesures de prévention alors que le virus circule particulièrement dans cette tranche d'âge depuis début août. Ils n'étaient ainsi que 39%, fin août, à garder systématiquement une distance d'au moins un mètre avec les autres et 56%, fin juillet, à porter systématiquement le masque. Cependant, fin août, le port du masque a été plus fréquemment adopté dans cette tranche d'âge (64%).

Les personnes âgées de 65 ans et plus, personnes particulièrement à risque pour la COVID-19 suivent en revanche plus systématiquement les mesures de prévention préconisées. Elles étaient ainsi, fin août, 62% à garder systématiquement au moins 1 m de distance et 70% à porter systématiquement le masque.

En l'absence de traitement ou de vaccin, les seules mesures de prévention restent comportementales (hygiène, distance physique, port du masque...). Pour rappel, les principaux déterminants de l'adoption des mesures de prévention par la population sont la norme sociale (approbation et adoption des mesures de prévention par l'entourage), l'efficacité perçue des mesures et la facilité perçue à les mettre en œuvre. Il est donc crucial pour le contrôle de l'épidémie, en particulier dans un contexte de rentrée (reprise de l'activité professionnelle, scolaire) de maintenir et valoriser une norme positive de protection pour autrui et de faciliter l'adoption de l'ensemble des mesures de prévention imposées ou préconisées dans les milieux de vie (école, transport, travail...).

En conclusion

En France métropolitaine, la progression de la circulation virale est exponentielle. La dynamique de la transmission en forte croissance est préoccupante.

En semaine 35, 92 départements avaient un taux d'incidence supérieur au seuil d'attention de 10 cas pour 100 000 habitants par semaine et 19 départements avaient un taux d'incidence dépassant le seuil d'alerte (50/100 000 hab.).

Si le nombre de patients testés est en augmentation, ceci n'explique pas la hausse des cas observée. Depuis début Juillet, le nombre de patients dépistés a été multiplié par un peu plus de 2, et le nombre de nouveaux cas par 12.

La circulation virale est, en France métropolitaine, particulièrement active chez les adultes jeunes. Le défaut de suivi des mesures de prévention par les jeunes adultes pourrait expliquer cette augmentation. En revanche, chez les personnes âgées de plus de 65 ans, particulièrement à risque pour la COVID-19, l'adhésion aux mesures de prévention est bien meilleure ce qui pourrait expliquer une circulation moindre dans cette population.

Bien qu'en augmentation et notamment en Provence Alpes Côte d'Azur, région où l'incidence est la plus forte, les indicateurs hospitaliers (nouvelles hospitalisations et admissions en réanimation) restent à des niveaux limités. Une diffusion du virus chez les populations plus âgées pourrait cependant conduire à une augmentation des hospitalisations.

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 est en régression mais le virus continue de circuler.

Il reste primordial de poursuivre les efforts de sensibilisation de l'ensemble de la population dans l'application des gestes barrière (distanciation physique, hygiène des mains, port du masque, salut sans se serrer la main ni embrassades) afin de freiner la propagation du virus.

De plus, afin de ralentir la progression du virus SARS-COV-2 dans la population, il est 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.

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, Fatima Ait El Belghiti, Christine Campèse, Anne Fouillet, Sébastien Montluc, Guillaume Spaccatelli, Patrick Rolland, Valérie Henry, Céline Caserio-Schonemann, Daniel Levy-Bruhl, Yann Le Strat, Anne Laporte, Myriam Fayad, Julien Durand, Cécile Forgeot, Marie-Michèle Thiam, Edouard Chatignoux, Mireille Allemand, Laure Fonteneau, Camille Le-Gal, Annabelle Lapostolle, Frédéric Moisan, Bruno Coignard, Sabira Smaili, Anne-Sophie Barret, Laetitia Gouffé-Benadiba, Linda Lasbeur, Julie Figoni, Claire Sauvage, Imen Horrigue

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 :
03 septembre 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