

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 08 octobre 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 06 octobre 2020.

Points clés

► France métropolitaine

- Circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé
- Augmentation du nombre de cas confirmés
- Augmentation du taux de positivité chez l'ensemble des personnes testées particulièrement chez les patients avec des symptômes
- Augmentation des hospitalisations, nouvelles admissions en réanimation et décès
- Baisse du nombre de personnes testées avec une probable sous-estimation (consolidation des données)
- Hétérogénéité des indicateurs en région
- Sous-estimation du nombre de clusters
- 64 départements en niveau de vulnérabilité élevé et 24 en niveau de vulnérabilité modéré

► Outre-mer :

- Niveau de vulnérabilité élevé : Guadeloupe et Guyane stabilisation ; Martinique tendance à l'augmentation
- Niveau de vulnérabilité modéré : Réunion légère diminution et Mayotte légère tendance à l'augmentation

► Prévention : recommandation

- Renforcer les mesures de distanciation physique (au moins un mètre entre les personnes sans se serrer les mains ni s'embrasser) et limiter les rassemblements privés

Chiffres clés en France

S40 S39* Evolution

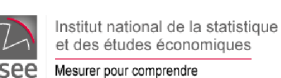
Indicateurs hebdomadaires semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre 2020)

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	77 980	(72 895)	+7%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 chez les patients symptomatiques (SI-DEP)	16,5	(13,5)	+3 points
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	4 777	(5 079)	-6%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	4 382	(4 794)	-9%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	4 264	(4 204)	+1%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	893	(786)	+14%
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	449	(436)	+3%

Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 06 octobre 2020

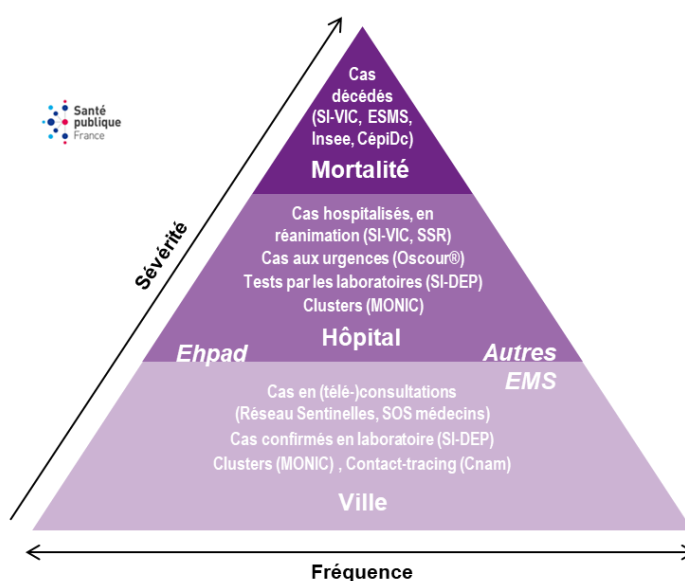
Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	128 648
Nombre de décès liés à la COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	32 365

* données consolidées



Sommaire	Page
Synthèse : points 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	10-12
Cas confirmés de COVID-19	13
Clusters (foyers de transmission)	14-16
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	17-18
Surveillance aux urgences	19
Nombre de reproduction effectif «R effectif»	20-21
Surveillance en milieu hospitalier	22-26
Surveillance des professionnels de santé	27
Surveillance de la mortalité	28-31
Analyse de risque contextualisée	32
Situation internationale	3
Prévention	34-36
Synthèse - Conclusion	37-41
Méthodes	42

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

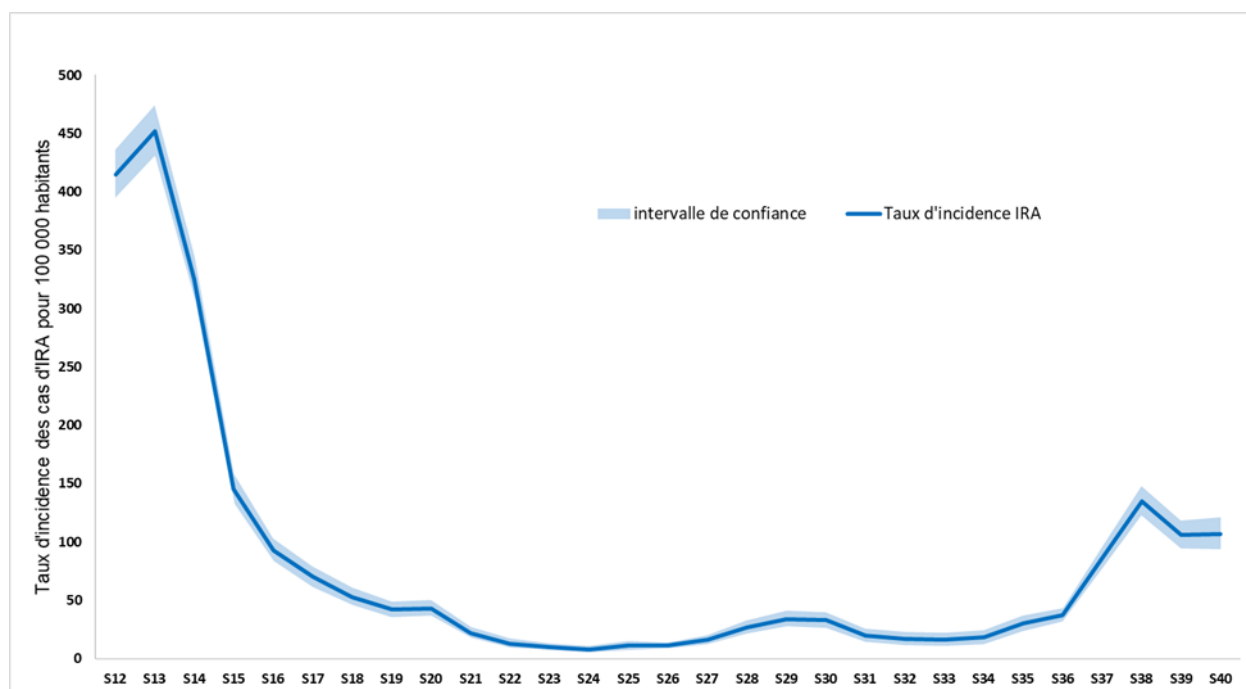
Réseau Sentinelles

La surveillance du Réseau Sentinelles des infections respiratoires aiguës (IRA) permet d'estimer l'incidence nationale des IRA observée en médecine générale en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées par une surveillance virologique d'une partie des patients vus par les médecins du réseau pour lesquels sont réalisés des prélèvements. Cette surveillance virologique a débuté le 13 septembre 2020.

Les résultats des 2 dernières semaines sont consolidés dans les semaines suivantes.

- **En semaine 40** (du 28 septembre au 4 octobre 2020), le **taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 107/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [93-121]) en France métropolitaine, stable par rapport à celui de la semaine 39 : 106/100 000 habitants (IC95% : [94-118]) (Figure 1).
- **En semaine 40**, sur les 23 patients présentant une IRA qui ont eu un prélèvement, 4 se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2 et 8 positifs pour du rhinovirus.
- Depuis la semaine 37, sur les 108 patients qui ont eu un prélèvement nasopharyngé testé pour les différents virus respiratoires surveillés, 13 (12%) se sont révélés positifs pour le SARS-CoV-2 et 64/107 (60%) positifs pour un rhinovirus. Aucun n'était positif pour un virus grippal.

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)



Associations SOS Médecins

- Depuis le 03 mars 2020, **108 622 actes** médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 04 octobre 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- **En semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre 2020), 4 777 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 (23%), Auvergne-Rhône-Alpes (17%), Hauts-de-France (10%), Nouvelle-Aquitaine (10%).
- **Le nombre d'actes était toujours en diminution mais de manière moins marquée que les semaines précédentes** (-6%, soit -302 actes par rapport aux 5 079 actes enregistrés en semaine 39). Cette baisse s'observe dans plusieurs régions à l'exception de la région Bourgogne-Franche-Comté, Ile-de-France, Grand Est, Pays-de-la-Loire et Martinique où les effectifs sont stables et Occitanie où l'on observe une légère hausse (+8% soit +17 actes). Les baisses les plus importantes sont observées en Corse (-49%), Bretagne (-20%) et Hauts-de-France (-18%).
- **La part des actes pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale tous âges est à 7,4%, en légère baisse** par rapport à la semaine précédente (7,8%) (Figure 2).

Figure 2. Nombre d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, hebdomadaire par classe d'âge, depuis le 26 février 2020 et depuis le 29 juin 2020, France (source : SOS Médecins)

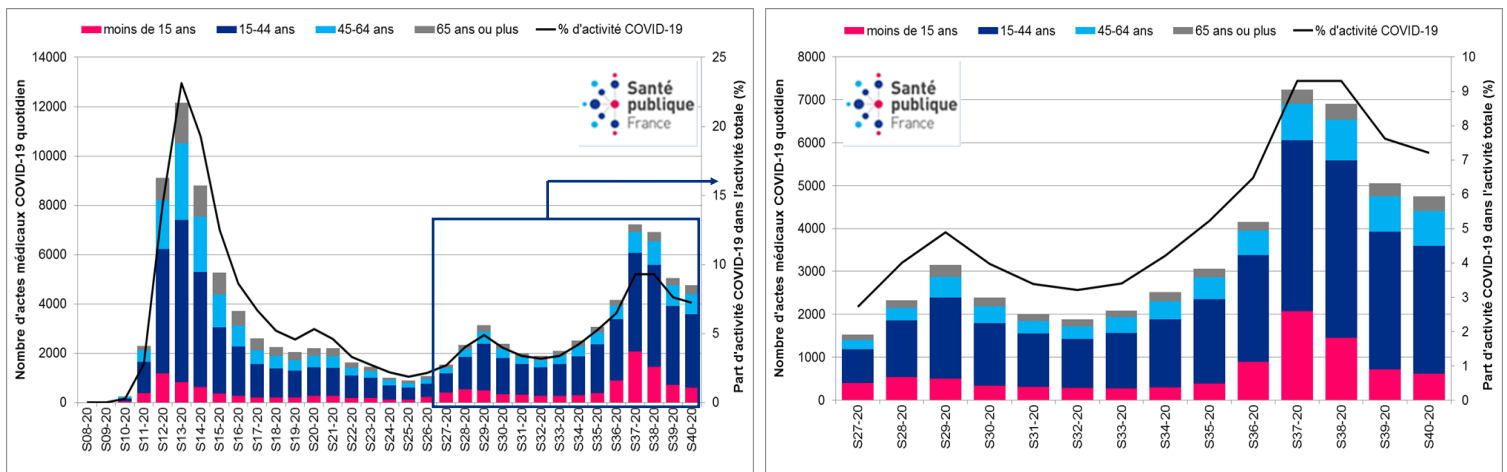
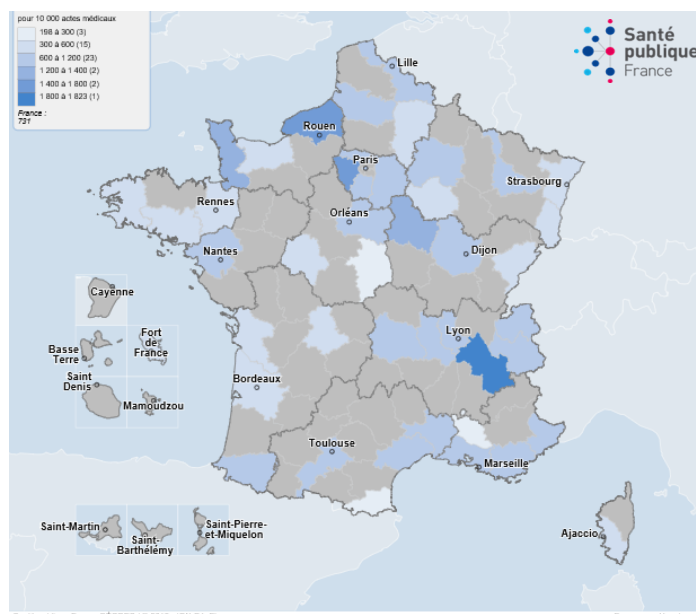


Figure 3. Taux hebdomadaires d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 actes) médicaux SOS Médecins, par département, semaine 40/2020, France (source : SOS Médecins)



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

Surveillance virologique

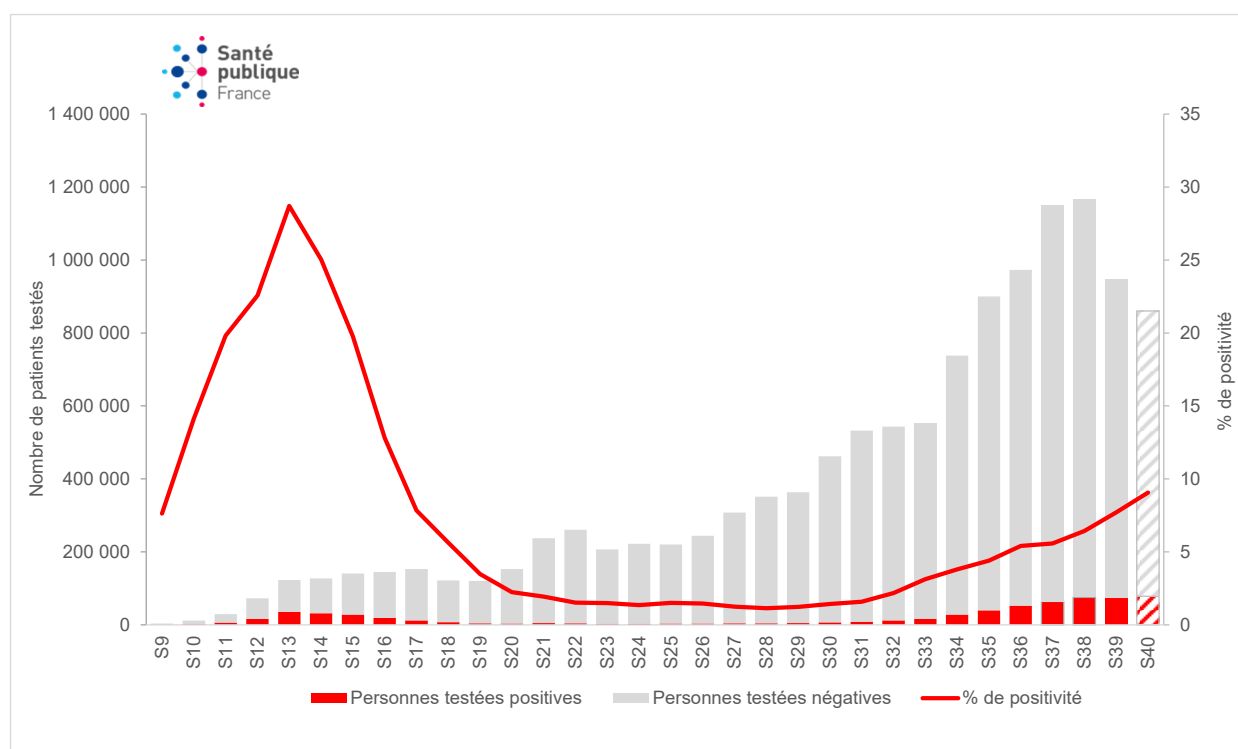
Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou par département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées dans le temps. Ces indicateurs, associés aux autres, permettent de suivre la dynamique de l'épidémie. Jusqu'à la semaine 19, la surveillance virologique s'est appuyée sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 Labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et par les laboratoires hospitaliers. Depuis la semaine 20, elle s'appuie sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), opérationnel depuis le 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce système de surveillance vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR réalisés.

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'est pas, les données ne sont prises en compte que pour les analyses nationales (région et département non disponibles).

Au niveau national : taux d'incidence, de positivité et de dépistage

- **Au niveau national**, en semaine 40, **860 438 personnes ont été testées** pour le SARS-CoV-2 par RT-PCR (pour 1 072 818 tests réalisés). Parmi ces personnes, **77 980 étaient positives**. Le nombre de personnes testées positives a augmenté par rapport à la semaine précédente (72 895 en S39, +7%).
- **Le taux de positivité national hebdomadaire était en S40 de 9,1%** (calculé sur les tests valides), en **augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (7,7% en S39 soit +1,4 point (Figure 4)).
- **Le taux national d'incidence** (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) **était de 116,2 cas /100 000 habitants** en S40 et a légèrement augmenté par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (108,6 cas /100 000 en S39, +7,6%).
- **En prenant en considération le nombre de cas entre la semaine 29 et la semaine 40, le temps de doublement du nombre de cas par semaine est estimé à 18,6 jours** (vs 17,6 jours en S39).
- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **1 282/100 000 habitants** et a diminué par rapport à la semaine 39 (1 410/100 000, -9%).

Figure 4. 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 07 octobre 2020)

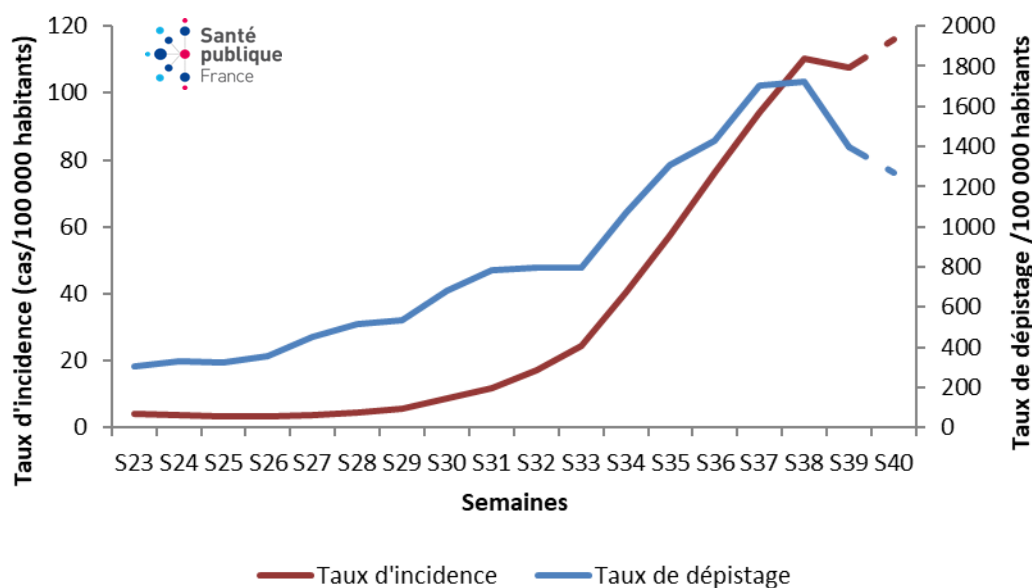


S40 : Données provisoires , en cours de consolidation

En France métropolitaine

- En semaine 40, 825 972 personnes ont été testées et le test s'est avéré positif pour le SARS-CoV-2 pour 75 321 personnes. Le nombre de personnes positives pour le SARS-CoV-2 a augmenté en S40 par rapport à la semaine précédente (données consolidées en S39 avec 69 790, +8%).
- Le taux de positivité était de 9,1% en S40, en augmentation par rapport à la S39 (7,7% en S39, +1,4 point).
- Le taux d'incidence en France métropolitaine a augmenté en S40 avec 116,1 cas /100 000 habitants (vs 107,6 cas /100 000 en S39, +8%) (Figure 5).
- Le taux de dépistage hebdomadaire était de 1 273/100 000 habitants, en diminution par rapport à la semaine précédente (1 396/100 000 en S39, -9%).

Figure 5. 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 07 octobre 2020).



S40 : Données provisoires , en cours de consolidation

Analyse par classes d'âge

- En semaine 40, en France métropolitaine, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) était de 41 chez les 0-14 ans, 187 chez les 15-44 ans, 109 chez les 45-64 ans, 62 chez les 65-74 ans et 69 chez les 75 ans et plus (Figure 6a).
- En semaine 40, le taux d'incidence a augmenté par rapport à la S39 dans toutes les classes d'âges. L'augmentation la plus forte était chez les 65-74 ans (+15%) suivi par les 45-64 ans (+14%), les 75 ans et plus (+14%) puis chez les 15-44 ans (+5%) et les 0-14 ans (4%). (Figure 6a).
- Le taux de positivité avait augmenté par rapport à la S39 dans toutes les classes d'âge. L'augmentation est la plus forte chez les 0-14 ans (de 4,8% en S39 à 6,8% en S40, +2,0 points). Le taux de positivité était de 10,3% chez les 15-44 ans (+1,3 points), de 9,1% chez les 45-64 ans (+1,5), de 6,8% chez les 65-74 ans (+1,1) et de 6,3% chez les plus de 75 ans (+0,8) (Figure 6d).
- Le taux de dépistage était en diminution dans toutes les classes d'âge sauf chez les 75 ans et plus (taux stable) : -27% chez les 0-14 ans, -9% chez les 15-44 ans, -5% chez les 45-64 ans et -4% chez les 65-74 ans. (Figure 6b).

Figure 6a. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-CoV-2 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 07 octobre 2020)

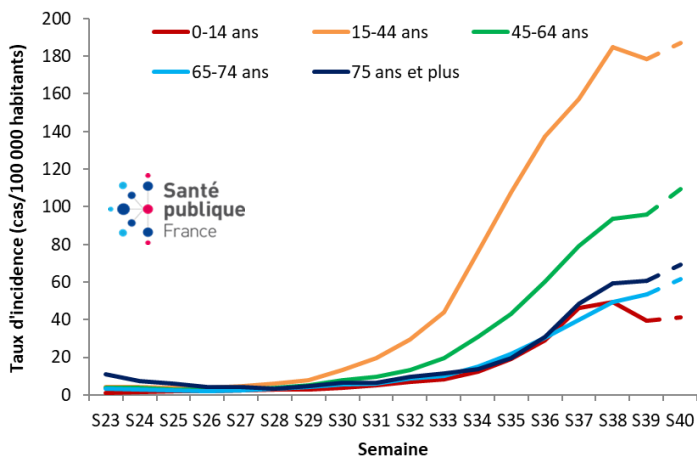
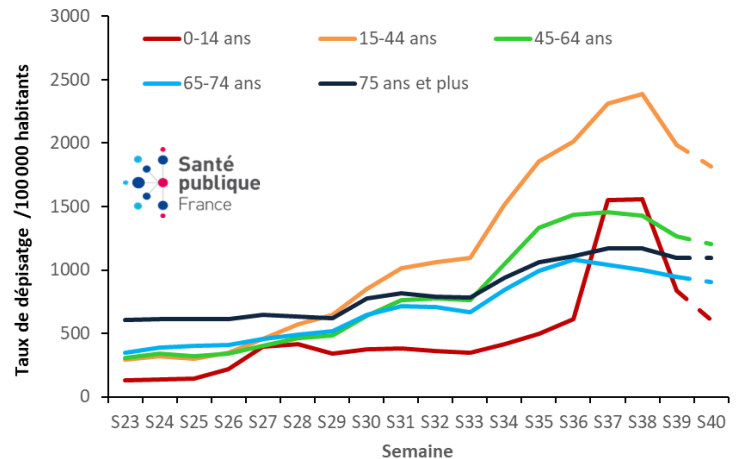
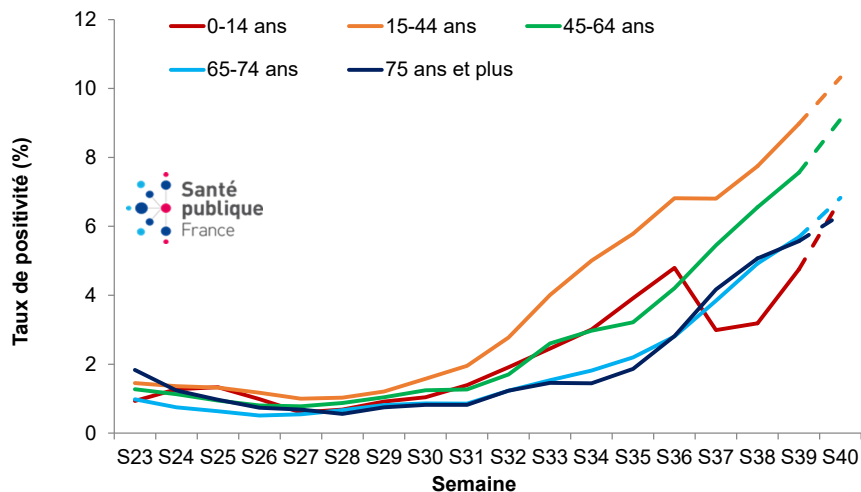


Figure 6b. Evolution du taux de dépistage de SARS-CoV-2 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 07 octobre 2020)



S40 : Données provisoires , en cours de consolidation

Figure 6d. Evolution des taux de positivité selon les classes d'âge depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 07 octobre 2020)

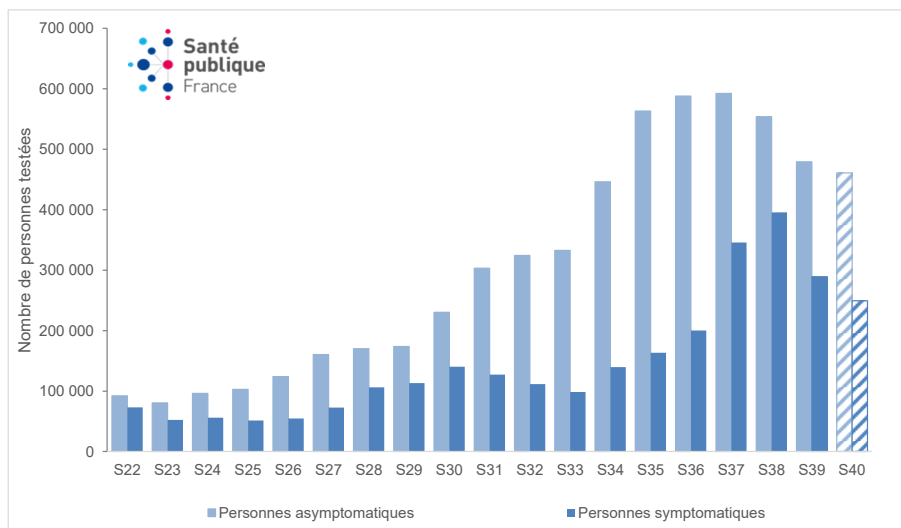


S40 : Données provisoires , en cours de consolidation

Dépistage selon la présence de symptômes

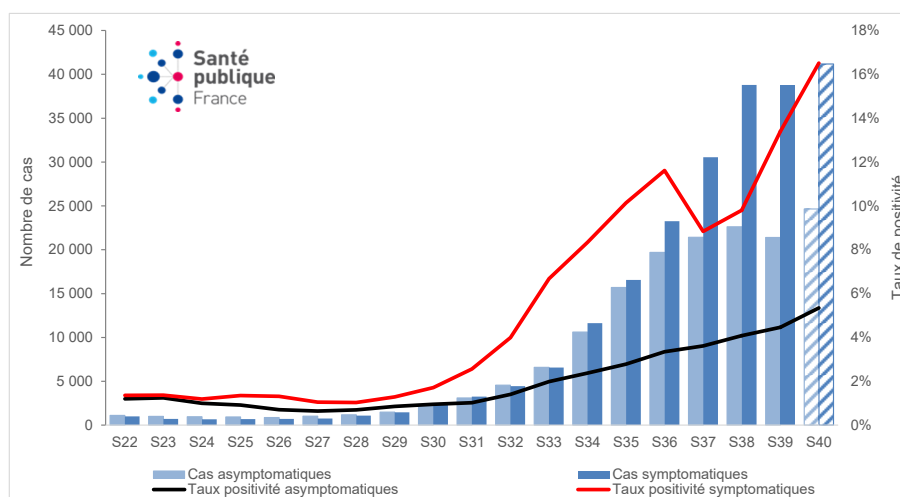
- Parmi l'ensemble des personnes testées en S40 (quel que soit le résultat du test), **65% se déclaraient sans symptôme. Le nombre de personnes testées a diminué en S40** par rapport à S39, à la fois chez les personnes symptomatiques et les personnes non symptomatiques, **mais cette baisse est plus marquée chez les symptomatiques** : 249 344 personnes symptomatiques en S40 vs. 289 289 en S39 (-14%) et 460 800 personnes asymptomatiques en S39 vs. 479 300 en S39 (-4%) (Figure 7).
- **Plus de la moitié des cas positifs (63%) présentaient des symptômes** (données disponibles pour 65 812 cas). Cette proportion était stable par rapport à la S39 (64% en S39) (Figure 8).
- En S40, le **taux de positivité était de 16,5% chez les personnes symptomatiques, en forte augmentation par rapport à S39 (13,4%, +3,1 points)**, après une hausse continue depuis S31 et un décrochage en S37 et S38. Il était de **5,4% chez les asymptomatiques** (vs. 4,4% en S39, +1 point), en augmentation régulière depuis S32 (Figure 8).
- En S40, par rapport à la S39, **une augmentation des nombres de cas était observée chez les cas symptomatiques (+6%) et chez les cas asymptomatiques (+15%)** (Figure 8).

Figure 7. Evolution du nombre de personnes testées pour le SARS-CoV-2 selon la présence ou non de symptômes, par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 07 octobre 2020).



S40 : Données provisoires, en cours de consolidation

Figure 8. Evolution du nombre de cas confirmés de SARS-CoV-2 et du taux de positivité selon la présence ou non de symptômes (303 628 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 07 octobre 2020).



S40 : Données provisoires, en cours de consolidation

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

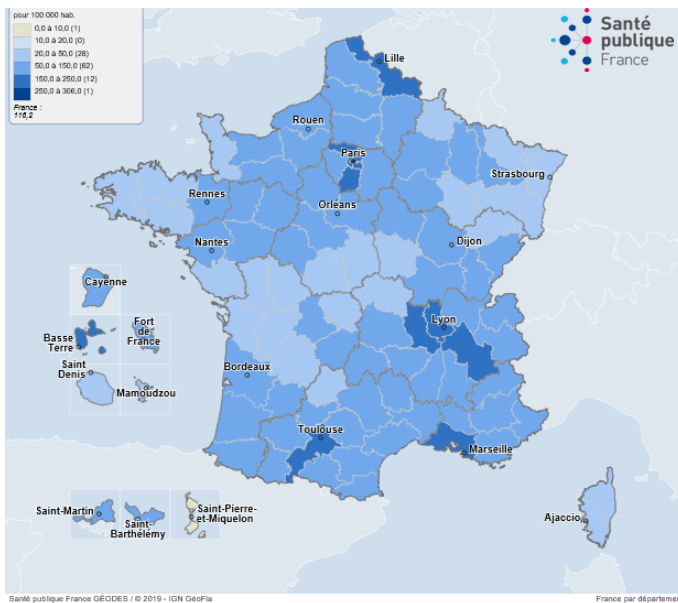
- En semaine 40, tous les départements dépassaient le seuil des 20 cas /100 000 habitants, **45 départements étaient au-dessus du seuil d'alerte de 50/100 000 habitants et 25 au-dessus de 100/100 000 habitants**. Les taux d'incidence les plus élevés étaient à Paris (306/100 000 habitants), dans le département de la Loire (232), des Hauts-De-Seine (227), du Nord (216), du Rhône (211) et du Val-De-Marne (209).
- **Le taux de positivité était supérieur à 5% dans 64 départements** de France métropolitaine (contre 56 la semaine précédente) (Figure 9b). Les taux de positivité les plus élevés étaient rapportés en Seine-Saint-Denis (15,7%), dans le Val-d'Oise (14,4%), dans le Val-de-Marne (14,3%), à Paris (14,2%), et dans la Loire (14,1%) **et étaient en augmentation par rapport à la semaine précédente dans ces départements**.
- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** en S40 étaient Paris (2 153/100 000 hab), les Bouches-du Rhône (1 905), le Nord (1 887), et le Rhône (1 812).

En outre-mer

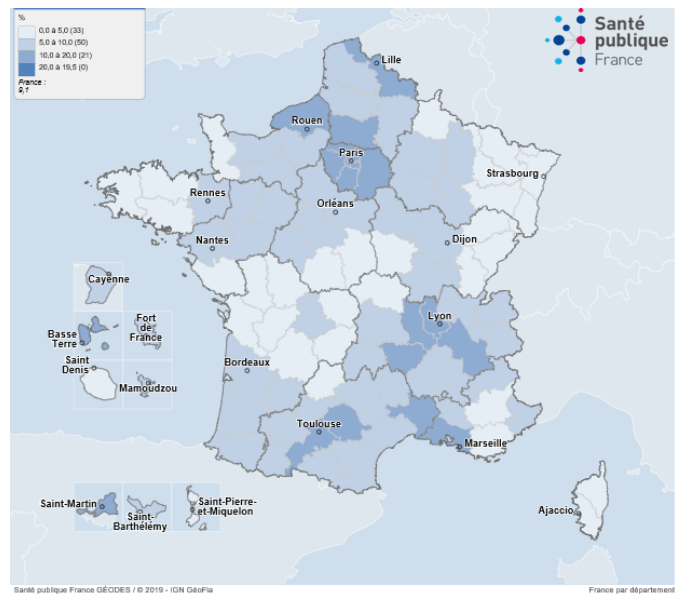
- **En Guadeloupe**, les indicateurs SI-DEP étaient **en baisse** en semaine 40, le taux d'incidence était de 205/100 000 habitants (284 en S39) et le taux de positivité de 19,5% (22,5% en S39).
- **A Saint-Martin**, les indicateurs SI-DEP étaient **en légère baisse** en semaine 40, le taux d'incidence était de 92/100 000 habitants (101 en S39), et le taux de positivité de 11,1% (11,5% en S39).
- **En Guyane**, les indicateurs étaient **stables** en semaine 40, le taux d'incidence était de 57/100 000 habitants (62 en S39), et le taux de positivité de 6,7% (6,5% en S39).
- **En Martinique**, les indicateurs SI-DEP étaient **en hausse** en S40 avec un taux d'incidence de 89/100 000 habitants (74 en S39) et un taux de positivité de 8,7% (7,0% en S39).
- **A La Réunion**, les indicateurs SI-DEP étaient **en baisse** en semaine 40, le taux d'incidence était de 46/100 000 habitants (61 en S39), et le taux de positivité de 4,2% (4,8% en S39).
- **A Mayotte**, les indicateurs SI-DEP étaient **en baisse** en semaine 40, le taux d'incidence était de 22/100 000 habitants (35 en S39), et le taux de positivité de 6,0% (8,1% en S39).

Figures 9. Taux d'incidence (9a), de positivité (9b) et de dépistage (9c) pour le SARS-CoV-2 par département (/100 000 habitants), France, du 28 septembre au 04 octobre 2020 (source : SI-DEP, données au 07 octobre 2020)

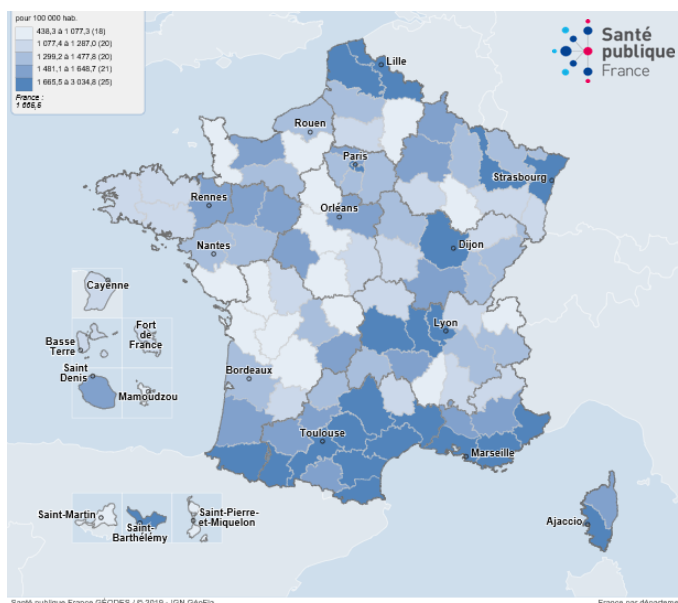
9a.



9b.



9c.



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

Activité d'identification des contacts (données ContactCovid- Cnam)

Le contact-tracing (CT) a pour objectifs : 1- de limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas, 2- de détecter et briser prospectivement les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes contacts à risque et leur isolement, 3- de détecter d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle.

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.

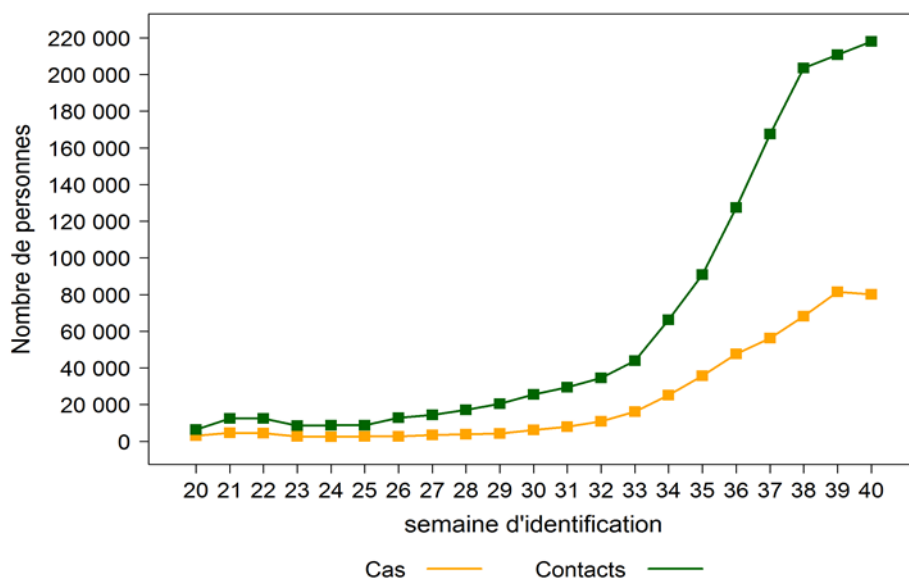
Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) dans le cadre des actions de contact tracing (base de données ContactCovid) permettent de juger de l'efficacité du dispositif de contact tracing et donnent des indications complémentaires aux données de surveillance quant à la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

Les indicateurs ont été produits à partir de la base de données individuelles anonymisées avec la même méthodologie que celle présentée dans le point épidémiologique du 17 septembre.

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

- L'augmentation du nombre de personnes-contacts à risque identifiées sur les dernières semaines se poursuit (Figure 10). Le nombre de nouveaux cas identifiés stagne à l'échelle nationale et est légèrement inférieur à celui de la semaine 39 (- 1 065 nouveaux cas). Cette évolution est très variable selon les régions avec une augmentation importante en Ile-de-France (+ 1 532) et une diminution en Provence Alpes Côte d'Azur (- 955) et en Nouvelle Aquitaine (- 654). Cependant, ces évolutions surviennent dans un contexte de diminution du nombre total de tests réalisés et d'augmentation du taux de positivité.

Figure 10. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque identifiés par semaine du 13 mai au 04 octobre 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 RT-PCR et de cas probables dans ContactCovid.

Proportion des cas et des personnes-contacts à risque investigués

- En semaine 40, sur l'ensemble du territoire, **92% des cas et 95% des personnes retenues comme personnes-contacts à risque dans la base ContactCovid ont pu être joints par l'Assurance Maladie**. Des disparités régionales sont observées (Tableau 1).

Tableau 1. Nombre et proportion de cas et de personnes-contacts à risque contactés par région, depuis le début de l'activité de suivi de contacts du 13 mai au 27 septembre 2020 et pendant la dernière semaine (S40/2020) (source : ContactCovid – Cnam)

Territoires/régions	Depuis la levée du confinement du 13/05 au 27/09				Semaine 40 du 28/09 au 04/10			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%	N	%
France entière	469 237**	94	1 339 028**	98	80 111	92	218 024	95
France métropolitaine	447 957	95	1 293 999	99	78 380	93	213 939	95
Auvergne-Rhône-Alpes	55 613	100	184 958	99	11 021	99	37 045	97
Bourgogne-Franche-Comté	11 106	97	40 869	98	1 912	96	6 638	94
Bretagne	12 439	99	55 667	98	2 231	97	8 105	92
Centre-Val de Loire	10 344	99	34 821	99	1 617	98	5 391	96
Corse	1 672	96	4 647	99	153	94	472	98
Grand Est	20 599	100	72 820	99	2 716	98	9 012	96
Haut-de-France	44 401	94	129 690	98	8 701	93	22 042	96
Île-de-France	134 519	89	284 472	99	26 019	86	53 374	94
Normandie	15 303	97	55 222	99	3 209	96	10 135	97
Nouvelle-Aquitaine	30 953	96	120 554	99	4 259	95	15 294	96
Occitanie	41 657	99	122 872	99	7 866	97	23 973	96
Pays de la Loire	17 232	99	76 529	99	2 542	97	10 382	93
Provence-Alpes-Côte d'Azur	52 119	93	110 878	99	6 134	92	12 076	97
France ultra-marine								
La Réunion	3 940	86	12 302	92	432	79	1 319	90
Martinique	1 649	98	5 108	98	295	96	728	93
Mayotte	1 849	76	4 208	58	6	17	5	100
Guadeloupe	6 336	93	9 634	99	816	95	1 248	94
Guyane	6 738	92	10 177	100	123	93	193	100
<i>Région indéterminée</i>	768		3 600		59		592	

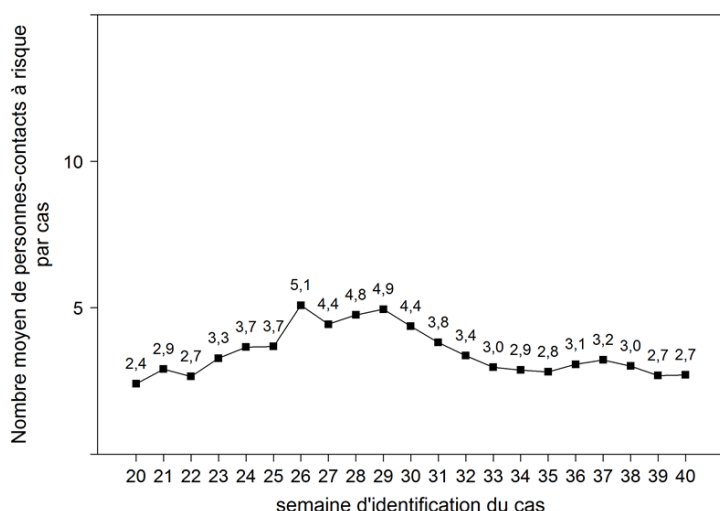
* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 07/05/2020.

** La base de données ContactCovid est une base dynamique dont les informations relatives aux cas ou aux personnes-contacts peuvent évoluer d'une semaine sur l'autre pour une même personne en raison des investigations épidémiologiques. Ainsi, le nombre total de la semaine en cours ne peut se déduire en additionnant le nombre total de la semaine précédente et le nombre de personnes identifiées durant la semaine en cours.

Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas reste inférieur à 3. En semaine 40, **en moyenne 2,7 personnes-contacts à risque par cas ont été enregistrées** et l'effet de la consolidation des données pour la semaine 39 est très modeste (2,7 vs 2,6 communiqué dans le PE précédent) (Figure 11).

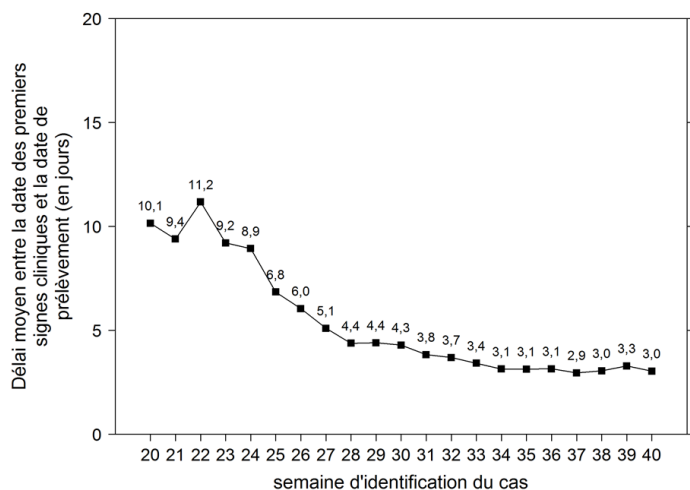
Figure 11. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine du 13 mai au 04 octobre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



Délai de dépistage des cas symptomatiques

- En semaine 40, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et une date de prélèvement pour dépistage par RT-PCR renseignés (n=41 378), le **délai moyen de dépistage était à 3,0 jours**, délai stable sur les dernières semaines (Figure 12). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient. Les disparités entre les régions persistent, avec une étendue de 2,6 à 5,6 jours (Figure 13).

Figure 12. Délai (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement de la RT-PCR parmi les cas symptomatiques par semaine du 13 mai au 04 octobre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



Note : Le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et de prélèvement renseignés. En S39 cela représente 50 % des cas identifiés. Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un point épidémiologique à l'autre. Pour rappel, les chiffres sont légèrement plus élevés que ceux présentés dans les points épidémiologiques précédents en raison de la nouvelle méthode de calcul (cf. supra).

Figure 13. Délai (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement de la RT-PCR parmi les cas symptomatiques par semaine du 13 mai au 04 octobre 2020, par région (source : ContactCovid – Cnam)

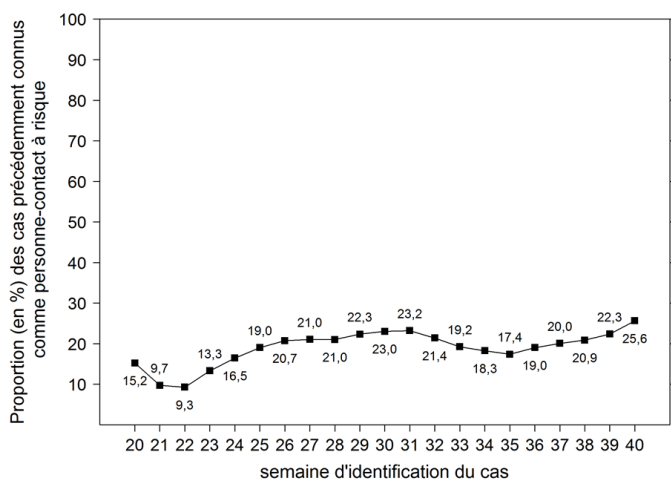


Note : délai moyen calculé si au moins 30 cas avec l'information. La ligne verticale correspond à la moyenne nationale de la semaine.

Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque

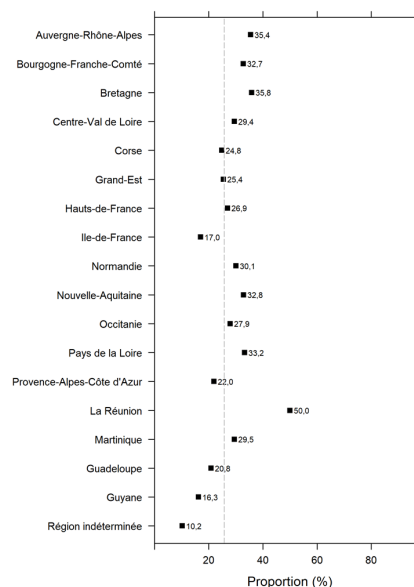
- En semaine 40, **25,6% des nouveaux cas identifiés étaient précédemment connus comme personne-contact à risque** d'un autre cas (n=20 545), soit une augmentation de plus de 2 points depuis la semaine dernière. Cet indicateur augmente significativement depuis la semaine 35 (Figure 14). Des disparités importantes entre régions sont à noter : de 16 % en Guyane à 50% à La Réunion (Figure 15).

Figure 14. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque par semaine du 13 mai au 04 octobre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



Note : Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un point épidémiologique à l'autre.

Figure 15. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque en S40 (28 septembre - 04 octobre 2020) par région (source : ContactCovid – Cnam)



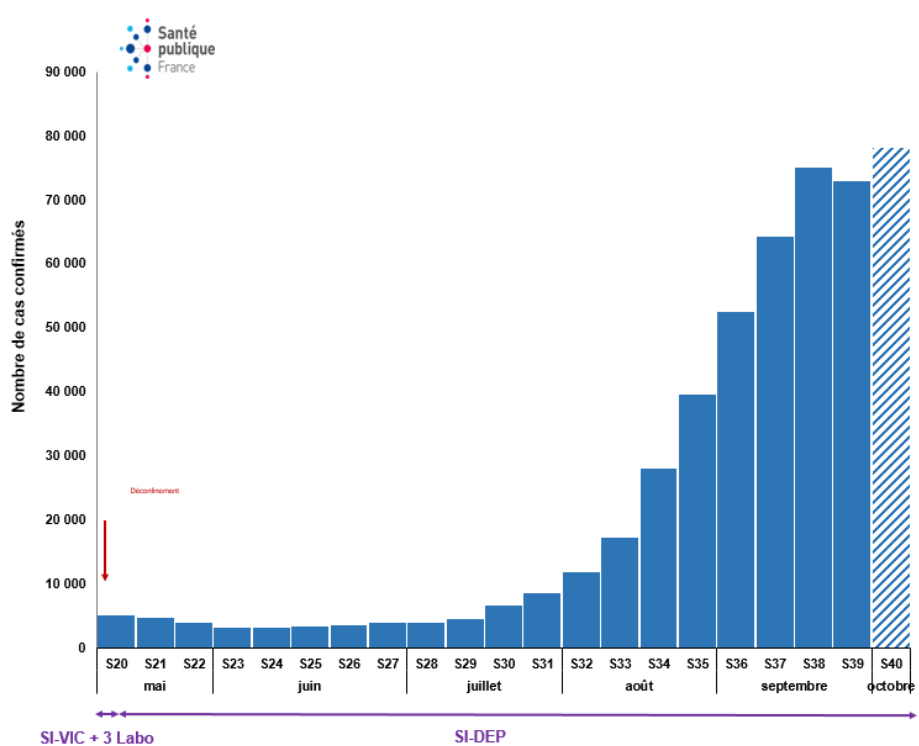
Cas confirmés de COVID-19

Cas confirmé COVID-19 : une personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmé par RT-PCR, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique.

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 7 octobre 2020, 513 266 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Au 7 octobre 2020, un total de 653 509 cas confirmés de COVID-19 a été rapporté à Santé publique France depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.
- Une augmentation marquée du nombre de cas est observée jusqu'en S38 (74 934 cas en S38 vs 64 066 en S37). Après une légère diminution en S39 (72 895 cas, -3%), le nombre de cas est en augmentation en S40 (77 980 cas, +7%), cette augmentation s'observe malgré la non consolidation des données (Figure 16).
- En France métropolitaine, l'augmentation du nombre de cas confirmés qui était modérée depuis la semaine 24, s'est intensifiée depuis la semaine 30. Depuis la semaine 38, la tendance à la hausse du nombre de cas est beaucoup moins prononcée, cependant cette tendance ne peut être interpréter qu'avec l'ensemble des indicateurs (et notamment les taux de dépistages et de positivité).

Figure 16. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 10 mai au 04 octobre 2020 (données au 07 octobre 2020)



S40 : données non consolidées

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

Depuis la levée du confinement, les patients présentant des symptômes évocateurs du COVID-19 ainsi que les sujets contacts d'un cas confirmé ont été invités à se faire dépister pour le SARS-CoV-2. Les données sont intégrées dans le système SI-DEP, qui 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 de personnes infectées symptomatiques ou asymptomatiques.

Clusters (ou foyers de transmission)

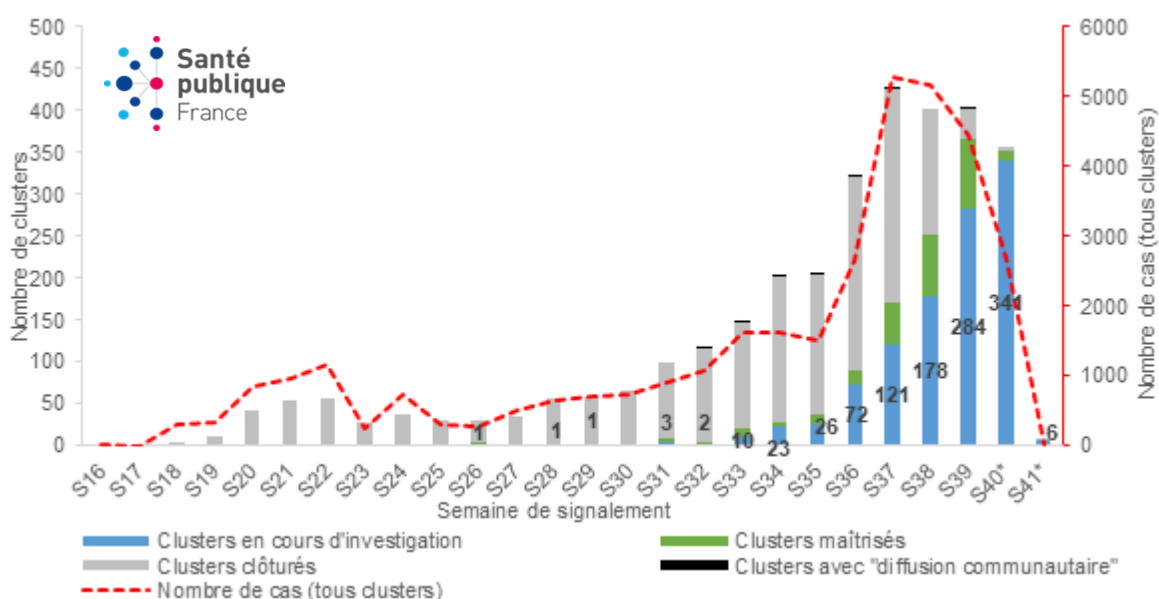
Depuis la levée du confinement, le 11 mai 2020, les ARS en lien avec les cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters (ou foyers de contamination), selon le guide en vigueur [1]. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler 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 Système d'Information **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. La "criticité" des clusters s'entend par le niveau de criticité épidémiologique en termes de risque de transmission au sein du milieu considéré et de diffusion dans la communauté. La criticité est évaluée sur différents critères par les cellules régionales de Santé publique France, en lien avec les ARS, et est établie selon 3 niveaux : limité, modéré, élevé.

Face à l'augmentation de la circulation virale sur l'ensemble du territoire, le nombre de clusters identifié est probablement largement sous-estimé. La forte activité observée ces dernières semaines entraîne un délai dans la validation et la notification des clusters. La dynamique du nombre de signalement hebdomadaire ne constitue donc plus un indicateur pertinent dans le suivi de l'épidémie. Cependant, les données des clusters restent pertinentes pour identifier les collectivités pour lesquelles la proportion de clusters à criticité élevée est la plus importante, contribuant à guider les mesures de gestion.

Clusters (foyers de transmission) hors Ehpad et milieu familial restreint

- En S40, le nombre de clusters demeurait à un niveau élevé avec 357 clusters (vs. 403 en S39) (Figure 17). Au total, 3 207 clusters ont été signalés (95% en métropole) incluant 34 767 cas.
- Au 05 octobre, 1 070 (33%) clusters étaient en cours d'investigation dont 319 (30%) en criticité élevée (potentiel de transmission, critères de gravité), 9% étaient maîtrisés, 58% étaient clôturés et 10 clusters (0,3%) avaient impliqué une diffusion communautaire (Figure 17).
- Parmi les 3 207 clusters, les entreprises hors établissements de santé (ES) restaient parmi les types de collectivités les plus représentées pour la survenue de clusters (25%), puis le milieu scolaire et universitaire (21%) et le milieu familial élargi (plusieurs foyers) et les événements publics/privés rassemblant de manière temporaire des personnes (17%) (Tableau 2).
- Les clusters en milieu scolaire et universitaire représentaient 35% des clusters en cours d'investigation.

Figure 17. Nombre de clusters selon leur statut et nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement, entre le 09 mai et le 5 octobre 2020, (N=3 207) (Source : MONIC)



* Les semaines 40 et 41 sont en cours de consolidation.

[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 05 octobre 2020, (N=3 207) (Source : MONIC)

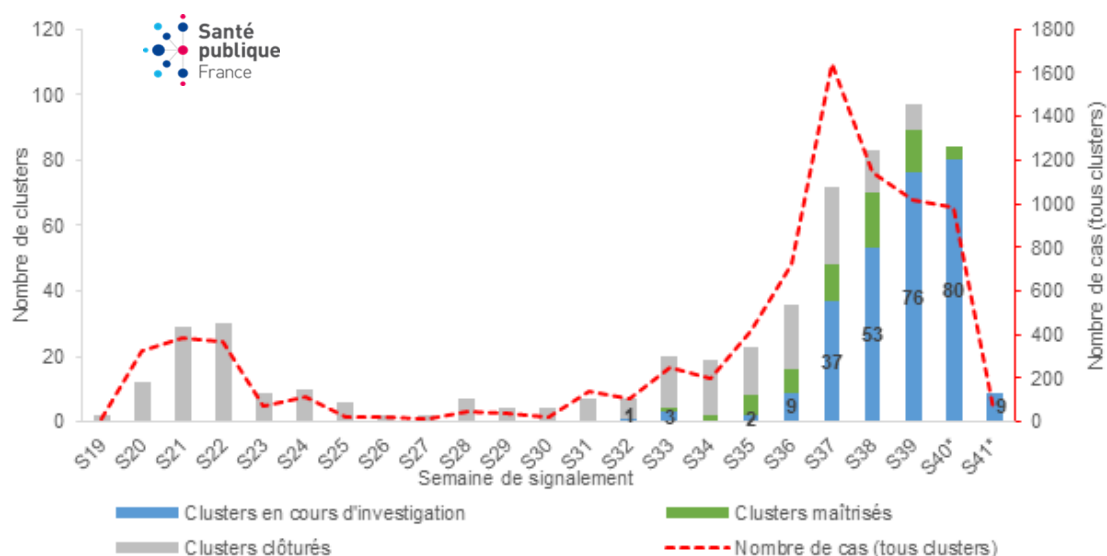
Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=3 207	%	N=1 070	%
Entreprises privées et publiques (hors ES)	802	25,0	214	20,0
Milieu scolaire et universitaire	680	21,2	378	35,3
Établissements de santé	362	11,3	119	11,1
Évènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	331	10,3	85	7,9
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	205	6,4	9	0,8
EMS de personnes handicapées	132	4,1	59	5,5
Établissements sociaux d'hébergement et d'insertion	119	3,7	29	2,7
Crèches	65	2,0	16	1,5
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	61	1,9	19	1,8
Transport (avion, bateau, train)	34	1,1	16	1,5
Établissement pénitentiaires	29	0,9	5	0,5
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	26	0,8	0	-
Structure de l'aide sociale à l'enfance	25	0,8	6	0,6
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	1	0,0	1	0,1
Autre	335	10,4	114	10,7

Clusters (foyers de transmission) en Ehpad

Parallèlement aux dispositifs de surveillance mis en place dans les ESMS (cf. page 17), 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.

- **En S40, le nombre de clusters demeurait à un niveau élevé avec 84 clusters signalés (vs. 97 en S39).** Au total, 574 clusters ont été signalés (99% en métropole) incluant 8 120 cas (Figure 18).
- Sur les 574 clusters, 47% (n=270) étaient en cours d'investigation, 11% étaient maîtrisés, 42% clôturés et aucun cluster n'avait diffusé. La majorité (70%) comportait plus de 5 cas (13 en moyenne par cluster).
- Les 270 clusters en cours d'investigation étaient localisés dans toutes les régions métropolitaines. Les régions Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur comptabilisaient respectivement 26% et 19% des clusters en cours d'investigation en Ehpad.

Figure 18. Nombre de clusters selon leur statut et le nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement, entre le 09 mai et le 05 octobre 2020, (N=574) (Source : MONIC)



* Les semaines 40 et 41 sont en cours de consolidation.

Focus sur les clusters en milieu sportif, SI-MONIC Santé publique France

La sélection des clusters en lien avec le milieu sportif a été faite selon deux modalités :

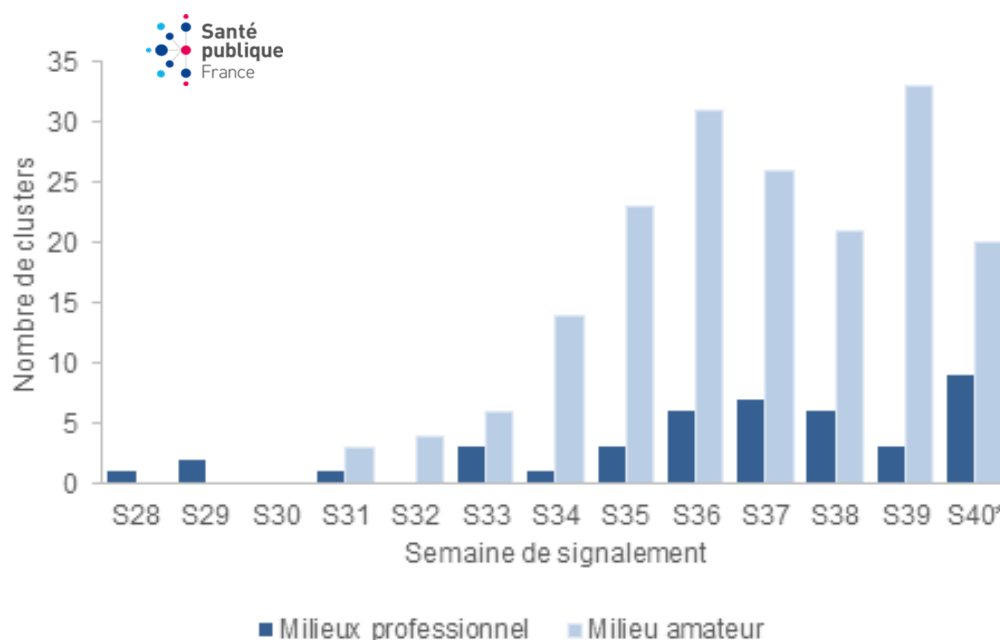
- Parmi ceux classés en milieu professionnel, via les codes NAF « 93.12 - Activités de clubs de sports » et « 93.13 - Activités des centres de culture physique » ;

- Et parmi ceux dans « Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes » et « Autres », dont le lien avec un milieu sportif était mentionné.

Principaux résultats

- Au 05 octobre 2020, 223 clusters en lien avec le milieu sportif ont été rapportés. Près d'un cluster sur 5 (19 %) est survenu dans des structures professionnelles et 81% dans des associations amateurs.
- Le **nombre de clusters a fortement augmenté en août** (n=59) et **septembre** (n=139) (Figure 19). Cette hausse est en lien avec la reprise progressive des entraînements et des compétitions dans un contexte d'augmentation de la circulation virale.
- Les régions avec le plus de clusters rapportés étaient : l'Occitanie (20%), la Nouvelle-Aquitaine (15%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (11%).
- **La proportion de clusters à criticité élevée était de 21%, plus faible que celle observée pour l'ensemble des autres clusters (35%)**. Les 223 clusters incluait 1 710 cas (8 cas par cluster en moyenne).
- La majorité des clusters est survenue dans les milieux du football, rugby, basket et handball. Outre que ces sports soient parmi les plus pratiqués, leur pratique implique du contact avec un risque de transmission avéré. Les contaminations peuvent s'effectuer lors de la pratique et des événements connexes, sans caractérisation possible des circonstances de la transmission.

Figure 19 : Nombre de clusters en milieu sportif par semaine de signalement ; N=223 clusters, données au 05 octobre 2020 (Source SI-MONIC, Santé publique France)



*données provisoire, en cours de consolidation

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

- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 4 octobre 2020, 11 742 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 7 280 (62 %) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 4 462 (38 %) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 3).
- Parmi les 11 742 signalements, **46 520 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents. Parmi les **10 785 décès dans l'établissement d'accueil**, 10 699 étaient survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Tableau 3).
- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 4 octobre 2020, parmi les **7 280 signalements** en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 4 603 (67%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.

Tableau 3. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'établissement, chez les résidents et le personnel dans les ESMS, rapportés du 1^{er} mars au 04 octobre 2020, France.

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	7 280	3 306	553	603	11 742
Chez les résidents					
Cas confirmés ⁶	40 181	5 123	369	847	46 520
Décès ⁷ hôpitaux	3 942	207	0	21	4 170
Décès ⁷ établissements*	10 699	75	0	11	10 785
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	19 947	4 448	410	366	25 171

*Le nombre de nouveaux décès en établissement fait actuellement l'objet de corrections suite à des contrôles de qualité des données.

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) ;

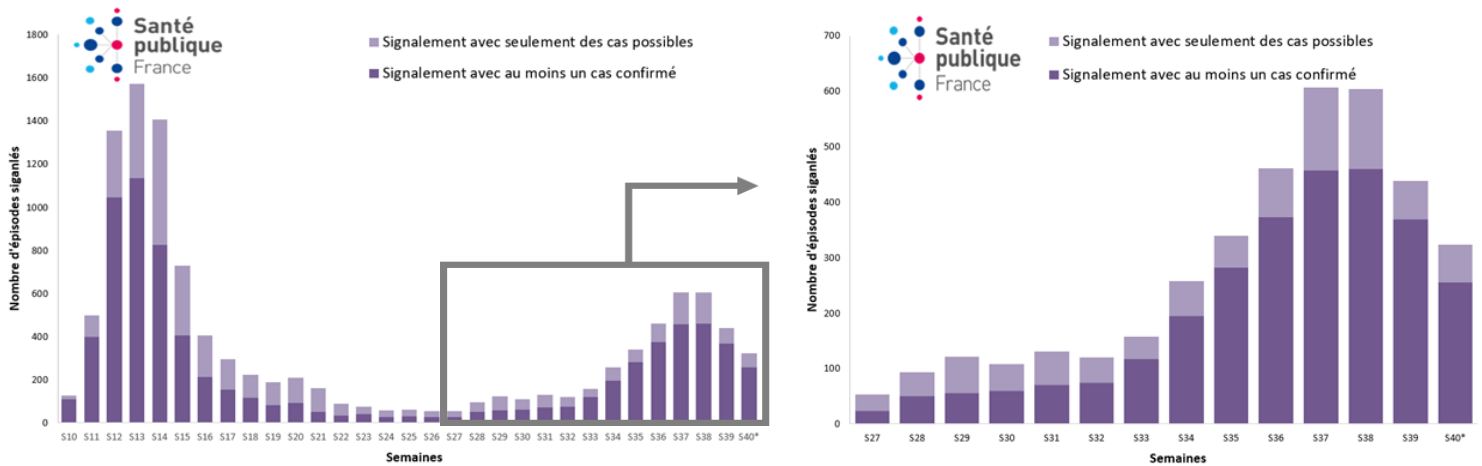
⁵ Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible ;

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.

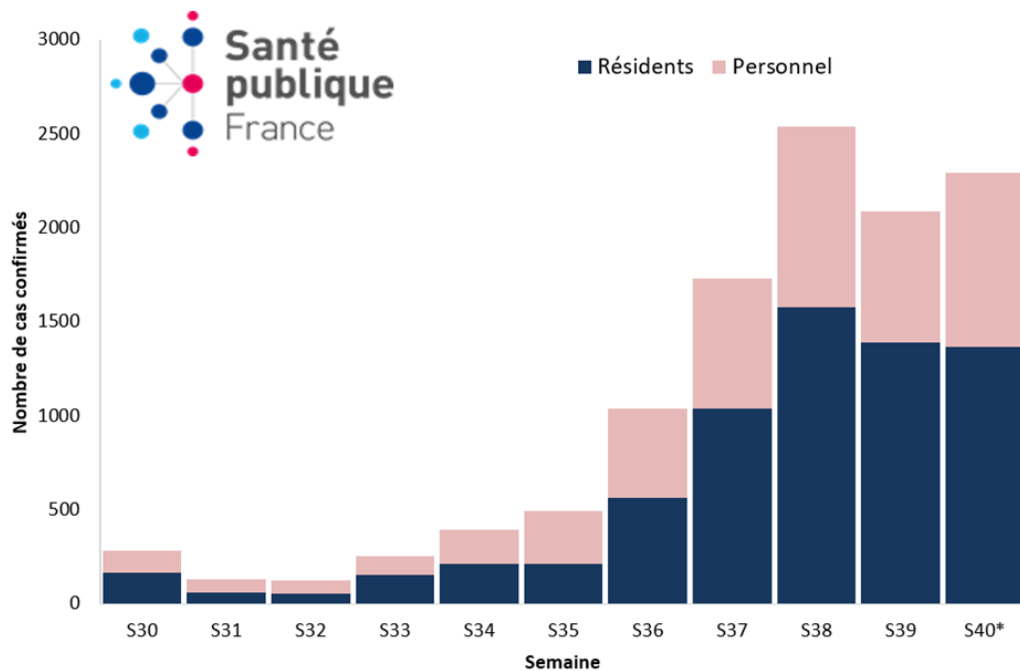
- Une augmentation du nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS est observée depuis début juillet et jusqu'en semaine 37. En semaine 38, le nombre de signalements d'épisodes COVID-19 en ESMS semblait se stabiliser (S38 : 604 vs 606 en S37) puis il a diminué les deux dernières semaines (438 signalements en S39 et 323 en S40). Cependant, il conviendra d'attendre la consolidation des données pour conclure sur cette évolution (Figure 20).
- Une augmentation du nombre de cas confirmés de COVID-19 est également observée depuis la fin du mois de juillet jusqu'en semaine 38 (2 536 cas recensés en S38). En semaines 39 et 40, le nombre de cas confirmés de COVID-19 a diminué (S39 : 2 087 et en S40 : 2 290) (Figure 20).
- Après être resté stable de la semaine 29 à la semaine 36, le nombre de décès en ESMS a augmenté ces dernières semaines (137 en S39, 80 en S38 et 89 en S37). En semaine 40, 53 décès ont été enregistrés. Ces données seront consolidées par la mise à jour des données et les corrections réalisées en continu.

Figure 20. 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 04 octobre 2020, en France.



*Les données de la semaine 40 sont en cours de consolidation.

Figure 21. Nombre de cas confirmés de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine calendaire, du 20 juillet au 04 octobre 2020, en France



*Les données de la semaine 40 sont en cours de consolidation.

Point d'attention : 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.

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

- En semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre 2020), 4 382 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (représentant 1,8% de l'activité totale des services d'urgence du réseau OSCOUR®) ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période.
- Pour la 2^{ème} semaine consécutive, le nombre de passages et la part d'activité pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale étaient en baisse mais de manière moins marquée que la semaine précédente : (-9% pour les passages versus -23% entre S38 et S39 ; part d'activité passant de 2,13% en S38 à 1,82% en S39 et 1.77% en S40). Cette baisse est plus marquée chez les enfants (-29% soit -57 passages) que chez les adultes (-7,5% soit -367 passages) (Figure 22). En revanche la proportion d'hospitalisation après passage était en hausse, pour la deuxième semaine consécutive également (+43% en S40 vs +39% en S39 et +32% en S38).
- La baisse des passages s'observait dans toutes les régions à l'exception de la Nouvelle-Aquitaine et de l'Auvergne-Rhône-Alpes (respectivement plus +11% soit +20 passages et +85% soit +11 passages) et en Bourgogne-Franche-Comté et Guyane où les données étaient stables. Les baisses les plus importantes ont été observées en Bretagne (-58%), Corse (-33%) et PACA (-26%).
- En semaine 40, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, 34% ont été enregistrés en Ile-de-France, 13% en Auvergne-Rhône-Alpes, 8% en PACA et 8% en Occitanie.
- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, 215 000 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 29 septembre 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgences

Figure 22. Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, hebdomadaire par classe d'âge, depuis le 26 février et depuis le 29 juin 2020, France (source: OSCOUR®)

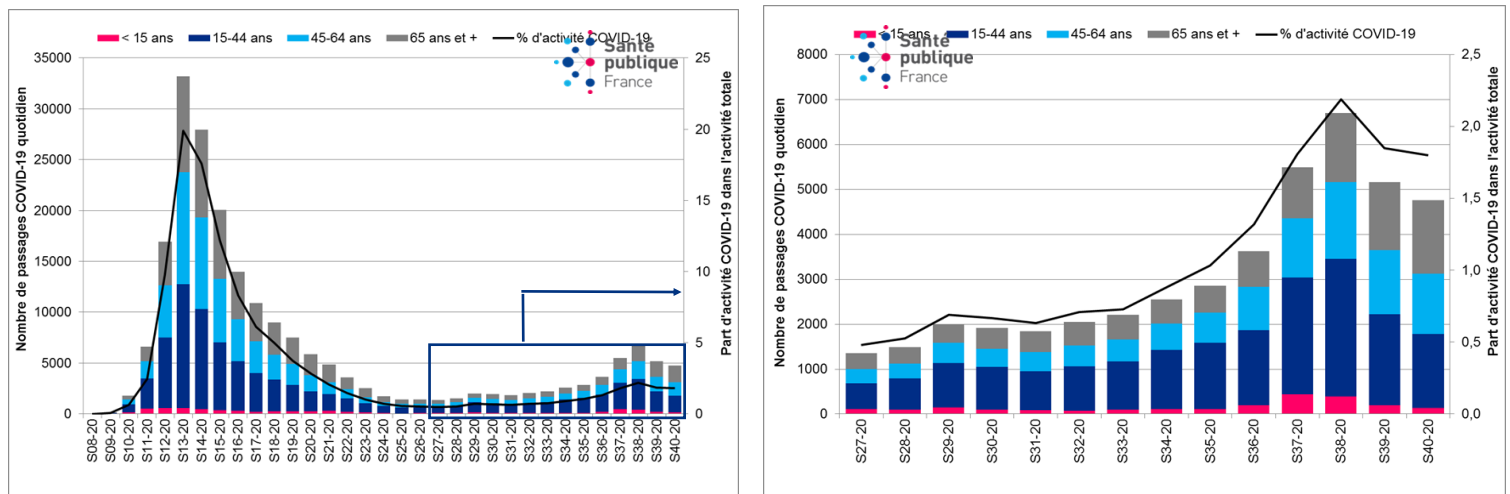
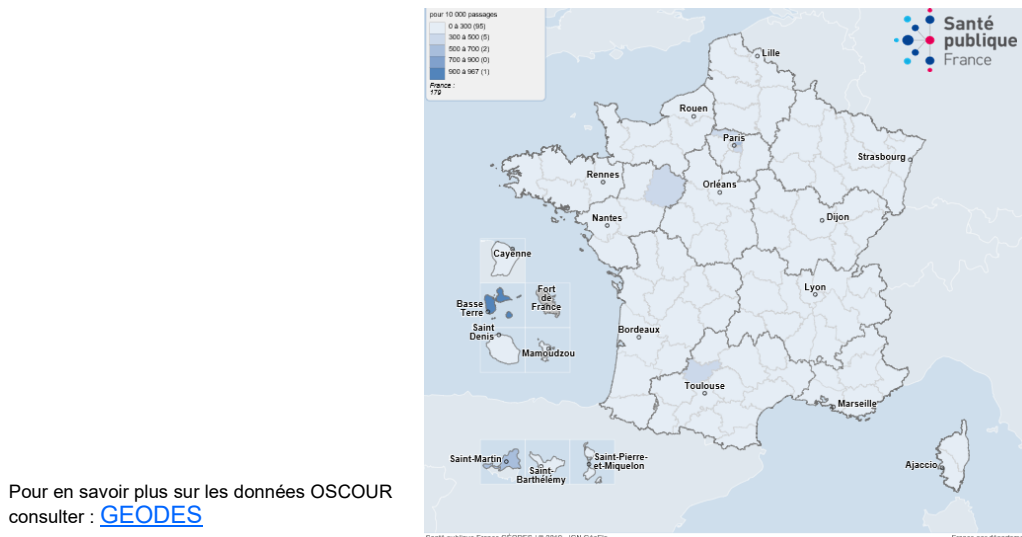


Figure 23. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 40/2020, France (source : OSCOUR®)



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), des passages aux urgences (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC. 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). L'indicateur SI-DEP peut être instable notamment lorsque l'incidence est faible car il est influencé par les actions locales de dépistage. Les indicateurs calculés à partir des données de passages aux urgences et des hospitalisations sont plus stables, mais montrent 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 27 septembre et le 03 octobre 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®). Les estimations du nombre de reproduction entre le 28 septembre et le 04 octobre 2020 sont basées sur les nombres d'hospitalisations pour COVID-19 remontées par le système SI-VIC.

- **En France métropolitaine, le nombre de reproduction calculé à partir des données virologiques (SI-DEP) est significativement supérieur à 1 : 1,07** (intervalle de confiance, IC95% : 1,06-1,08), estimation en hausse par rapport à celle produite la semaine précédente (1,00) (Tableau 4, Figure 24). **Le R-effectif calculé à partir des données d'hospitalisations (SI-VIC) est également significativement supérieur à 1 : 1,09** (IC95% : 1,06-1,13), estimation en légère hausse par rapport à celle produite la semaine précédente (1,06). **Le R-effectif calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) reste stable et inférieur à 1 : 0,88** (IC95% : 0,85-0,91).
- **Dans les régions métropolitaines** (Tableau 4), l'estimation du R-effectif à partir des données virologiques (SI-DEP) et des hospitalisations (SI-VIC) **est simultanément significativement supérieure à 1 dans trois régions** : Auvergne-Rhône-Alpes, Ile-de-France et Occitanie.
- L'estimation du R-effectif est également **significativement supérieure à 1** à partir des **données virologiques (SI-DEP) dans quatre autres régions** (Centre-Val-de-Loire, Grand-Est, Hauts-de-France et Pays-de-la-Loire), alors que celle obtenue à **partir des hospitalisations (SI-VIC) est significativement supérieure à 1 en Nouvelle-Aquitaine et Provence-Alpes-Côte d'Azur.**
- **A partir des passages aux urgences (OSCOUR®)**, l'estimation du R-effectif est inférieure à 1 dans toutes les régions métropolitaines.
- **En outre-mer**, l'estimation du R-effectif est supérieure à 1 en **Martinique** de façon significative à partir des données virologiques (SI-DEP) et de façon non significative à partir des hospitalisations (SI-VIC). Dans les autres régions, l'estimation du R-effectif est soit inférieure à 1, soit supérieure à 1 mais de façon non significative.

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

Figure 24. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2, des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 et des hospitalisations pour COVID-19 en France métropolitaine du 15 mars au 03 octobre 2020 (Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC)

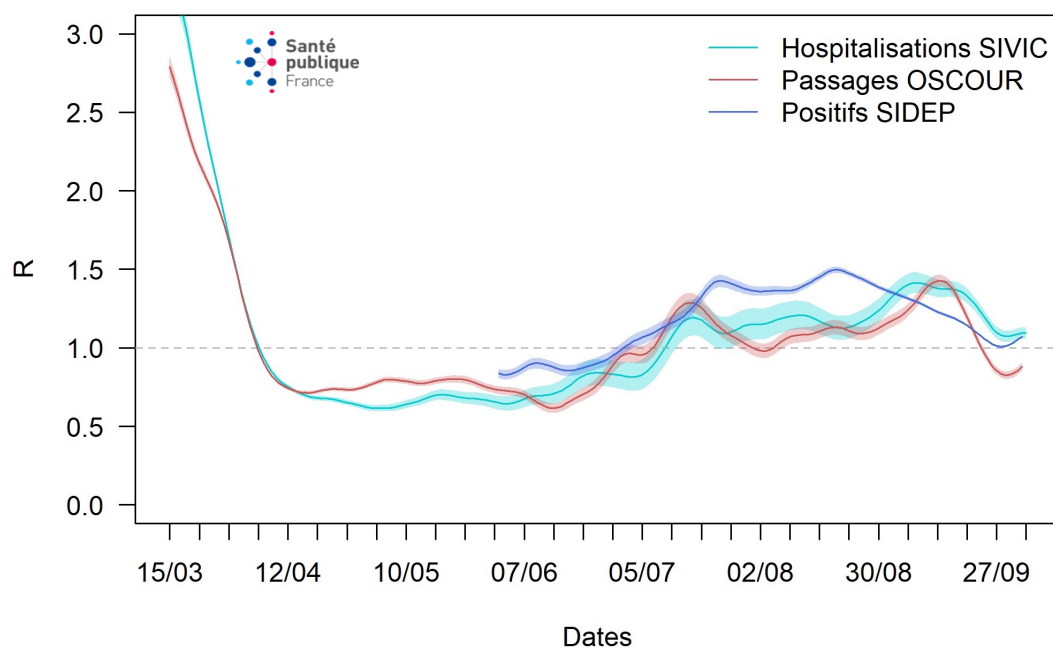


Tableau 4. Nombre de reproduction effectif (R effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-CoV-2, des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 et des hospitalisations pour COVID-19 par région, France métropolitaine et ultra-marine, sur 7 jours glissants, du 27 septembre au 03 octobre 2020 (SI-DEP et OSCOUR), du 28 septembre au 04 octobre (SI-VIC) (Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC)

Territoire	Régions	R-effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1.15 (1.13-1.17)	0.93 (0.85-1.00)	1.14 (1.05-1.24)
	Bourgogne-Franche-Comté	1.03 (0.99-1.08)	0.96 (0.83-1.10)	0.89 (0.70-1.10)
	Bretagne	0.98 (0.93-1.02)	0.65 (0.54-0.76)	0.91 (0.68-1.18)
	Centre-Val de Loire	1.06 (1.01-1.11)	0.99 (0.82-1.17)	1.13 (0.91-1.38)
	Corse	0.78 (0.66-0.92)	0.55 (0.28-0.91)	0.86 (0.41-1.48)
	Grand Est	1.12 (1.08-1.16)	0.89 (0.76-1.03)	0.93 (0.76-1.11)
	Hauts-de-France	1.06 (1.04-1.08)	0.93 (0.83-1.04)	1.07 (0.96-1.19)
	Ile-de-France	1.12 (1.11-1.14)	0.90 (0.86-0.95)	1.08 (1.02-1.15)
	Normandie	1.01 (0.97-1.05)	0.83 (0.70-0.96)	1.02 (0.86-1.19)
	Nouvelle-Aquitaine	0.94 (0.91-0.97)	0.84 (0.74-0.94)	1.25 (1.09-1.42)
	Occitanie	1.04 (1.02-1.07)	0.93 (0.83-1.02)	1.17 (1.05-1.31)
	Pays-de-la-Loire	1.14 (1.09-1.18)	0.97 (0.84-1.11)	1.05 (0.87-1.25)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0.95 (0.93-0.97)	0.74 (0.66-0.81)	1.11 (1.02-1.21)
	France métropolitaine	1.07 (1.06-1.08)	0.88 (0.85-0.91)	1.09 (1.06-1.13)
France ultra-marine	Guadeloupe	0.70 (0.65-0.76)	0.93 (0.79-1.08)	0.74 (0.60-0.89)
	Guyane	0.97 (0.83-1.12)	1.12 (0.70-1.65)	0.95 (0.59-1.39)
	La Réunion	0.83 (0.75-0.91)	1.26 (0.89-1.68)	0.74 (0.47-1.08)
	Martinique	1.18 (1.05-1.31)	NA	1.53 (0.98-2.22)
	Mayotte	NE	NC	NC

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

Surveillance en milieu hospitalier

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

Depuis le 1^{er} mars 2020, **1 636** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

- Parmi les **128 648 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.
 - 21 580 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 99 295 patients sont retournés à domicile.
- Le **06 octobre 2020, 7 398 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 1 426 en réanimation.**

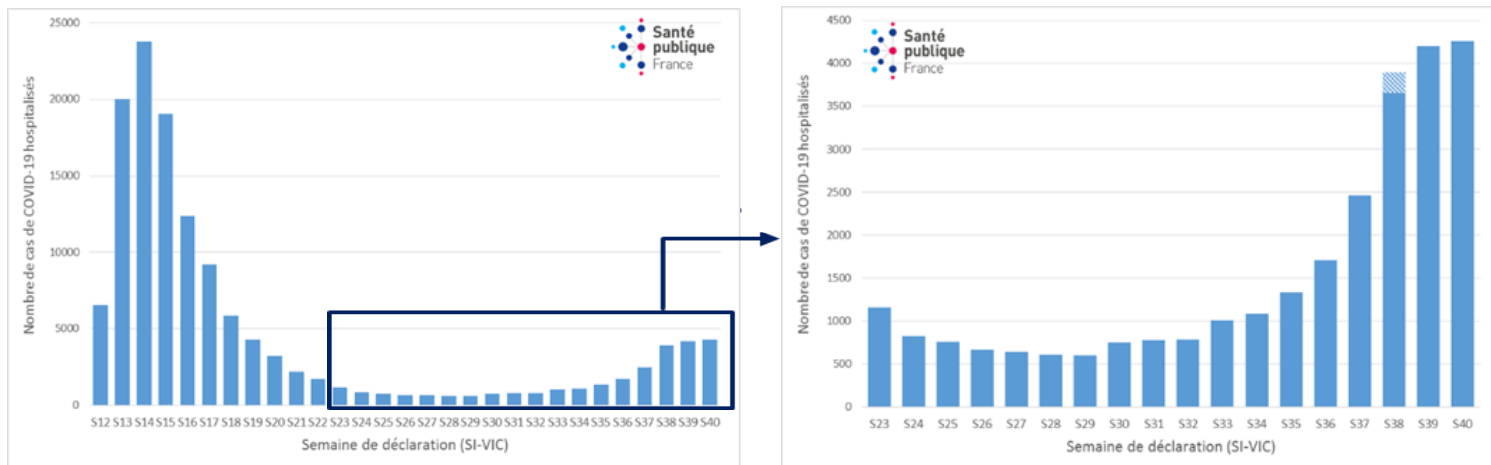
Tableau 5. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 06 octobre 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars, par classe d'âge et par région, France (source : SI-VIC)

	Le 06 octobre 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	7 398		1 426		99 295		21 580	
Classes d'âge *								
Total	7 353		1 416		98 637		21 456	
0-14 ans	38	<1	5	<1	1 362	1	3	<1
15-44 ans	477	6	88	6	14 541	15	228	1
45-64 ans	1 587	22	438	31	28 085	28	2 176	10
65-74 ans	1 690	23	471	33	18 597	19	3 795	18
75 et +	3 561	48	414	29	36 052	37	15 254	71
Régions *								
Total	7 377		1 417		99 264		21 556	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	945	13	170	12	9 858	10	1 974	9
Bourgogne-Franche-Comté	146	2	28	2	4 333	4	1 087	5
Bretagne	187	3	21	1	1 565	2	294	1
Centre-Val de Loire	153	2	28	2	2 624	3	609	3
Corse	23	<1	7	<1	302	<1	66	<1
Grand Est	285	4	44	3	13 832	14	3 744	17
Hauts-de-France	717	10	138	10	8 100	8	2 049	9
Ile-de-France	2 408	33	455	32	35 372	36	8 177	38
Normandie	261	4	51	4	2 212	2	492	2
Nouvelle-Aquitaine	390	5	70	5	2 863	3	519	2
Occitanie	489	7	136	10	3 903	4	619	3
Pays de la Loire	195	3	22	2	2 724	3	522	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	848	11	179	13	8 465	9	1 180	5
Outre-Mer								
La Réunion	52	1	15	1	411	<1	21	<1
Martinique	42	1	15	1	137	<1	21	<1
Mayotte	10	<1	3	<1	458	<1	29	<1
Guadeloupe	202	3	29	2	373	<1	88	<1
Guyane	24	<1	6	<1	1 732	2	65	<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.

- Les déclarations de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19 ont légèrement augmenté** en semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre) : 4 264 nouvelles hospitalisations déclarées en S40 versus 4 204 en S39 (+1%) et 3 657 en S38 (Figure 25).
- En prenant en considération le nombre d'hospitalisations déclarées entre la semaine 29 et la semaine 40, **le temps de doublement du nombre hebdomadaire d'hospitalisations est de 27 jours**. Il était de 25 jours la semaine précédente.

Figure 25. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, données au 06 octobre 2020, France (source : SI-VIC)



Note : la partie hachurée de la barre en S38 représente 237 hospitalisations survenues avant S32 mais rapportées en S38

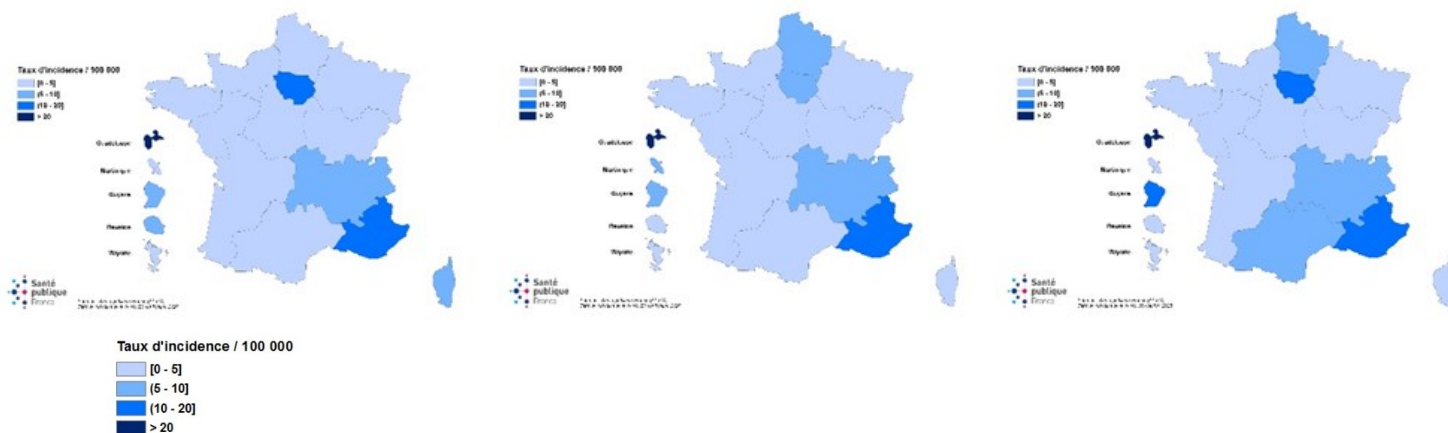
- En **France**, le **taux d'incidence hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 a augmenté** entre les périodes du 23 au 29 septembre (5,9/100 000 habitants) et du 30 septembre au 06 octobre (6,7/100 000 habitants).
- En France métropolitaine, les **taux d'hospitalisations les plus élevés** (du 30 septembre au 06 octobre) ont été enregistrés en Provence-Alpes-Côte d'Azur (11,3/100 000 habitants) et en Île-de-France (11,0), ces taux étaient en légère augmentation par rapport à la semaine précédente. L'Auvergne-Rhône-Alpes, les Hauts-de-France et l'Occitanie enregistraient aussi des taux supérieurs à 5,0/100 000 habitants (respectivement 7,7, 6,9 et 5,8) (Figure 26).
- Dans les **régions d'outre-mer**, les taux hebdomadaires d'hospitalisations (du 30 septembre au 06 octobre) **se sont stabilisés ou ont diminué** en Guadeloupe (35,3/100 000 habitants), en Martinique (4,5), à La Réunion (2,8) et à Mayotte (1,1). Après avoir diminué pendant cinq semaines consécutives, le taux hebdomadaire d'hospitalisations a augmenté en **Guyane** (10,7/100 000 habitants contre 6,2 la semaine précédente) (Figure 26).

Figure 26. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 16 septembre et le 06 octobre 2020, France (source : SI-VIC)

du 16 au 22 septembre 2020

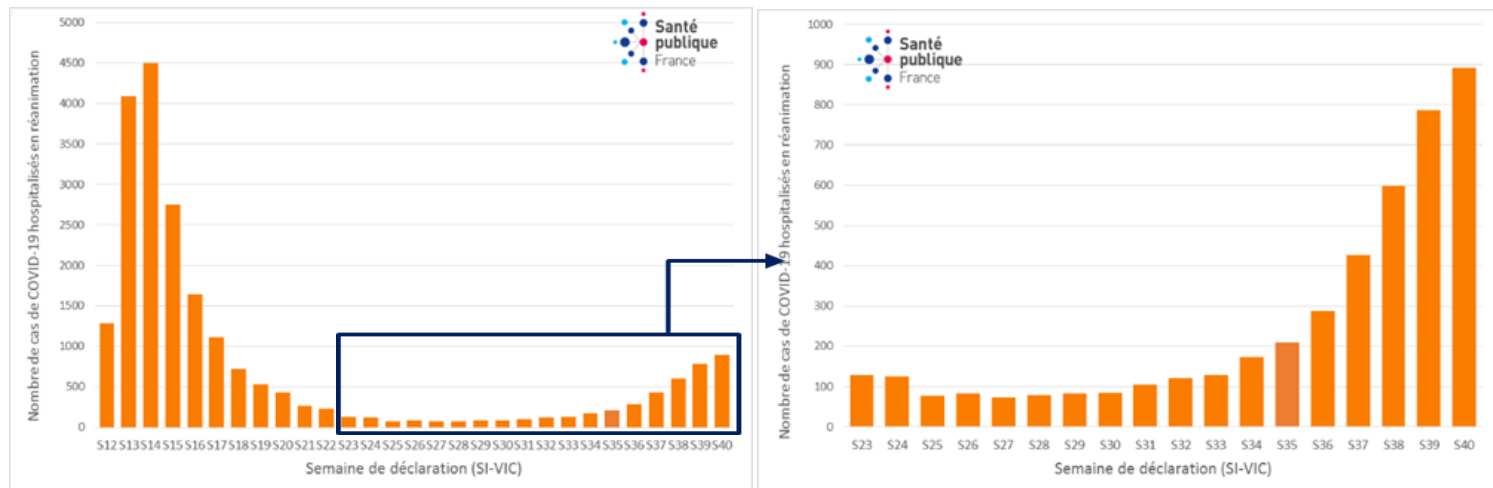
du 23 au 29 septembre 2020

du 30 septembre au 06 octobre 2020



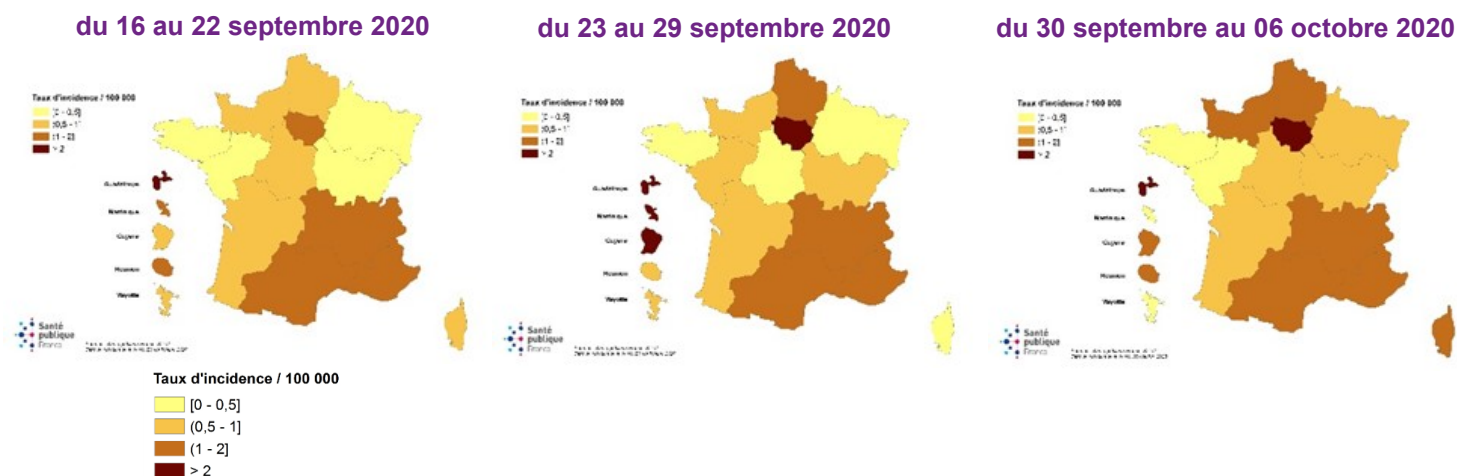
- Au 06 octobre 2020, 1 426 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en réanimation en France.
- Les déclarations de nouvelles admissions en réanimation continuent d'augmenter depuis la semaine 28 (Figure 27), passant de 73 nouvelles admissions déclarées en S27 à 893 en S40 (+14% par rapport à S39 avec 786 nouvelles admissions en réanimation déclarées). En considérant le nombre d'admissions en réanimation déclarées entre la semaine 29 et la semaine 40, le temps de doublement du nombre hebdomadaire d'admissions en réanimation est de 17 jours. Il était de 16 jours la semaine précédente.

Figure 27. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, données au 06 octobre, France (source : SI-VIC)



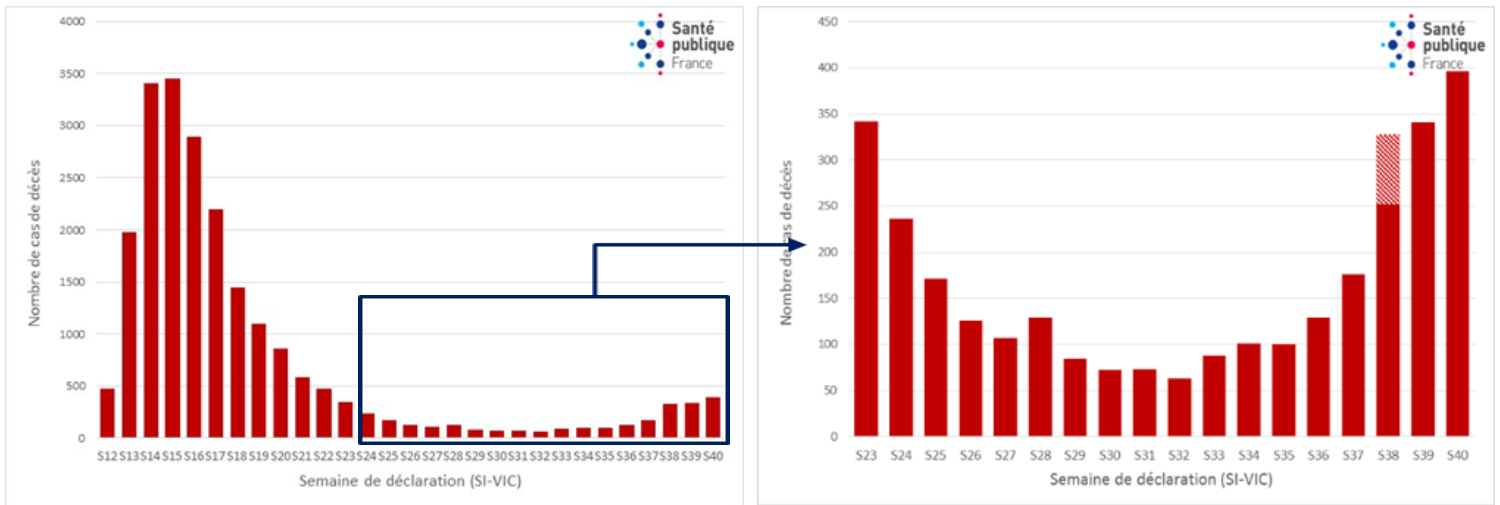
- En France, le taux d'incidence hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 a augmenté entre les périodes du 23 au 29 septembre (1,22/100 000 habitants) et du 30 septembre au 06 octobre (1,36/100 000 habitants).
- En France métropolitaine, la plus forte augmentation hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 (du 30 septembre au 06 octobre) par rapport à la semaine précédente a été observée en Centre-Val de Loire (de 0,27 à 0,90/100 000 habitants), après une diminution observée la semaine précédente. Les plus forts taux étaient rapportés en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur : respectivement 2,35/100 000 et 1,94/100 000 (en augmentation par rapport à la semaine précédente). Seules deux régions enregistraient des taux inférieurs à 0,5/100 000 habitants : Bretagne et Pays de la Loire (Figure 28). En Corse, le taux a augmenté de 0,00 à 1,45/100 000 habitants, représentant 5 cas admis en réanimation.
- Dans les régions d'outre-mer, sur la semaine du 30 septembre au 06 octobre, le plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 a été observé en Guadeloupe avec 7,16/100 000 habitants, stable par rapport à la semaine précédente. Le taux était en augmentation par rapport à la semaine précédente à La Réunion (de 0,81 à 1,28) mais stable ou en diminution en Guyane (de 2,06 à 1,38, soit de 6 à 4 patients), en Martinique (de 2,51 à 0,00, soit de 9 à 0 patient) et à Mayotte (de 0,72 à 0,00, soit de 2 à 0 patient) (Figure 28).

Figure 28. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 16 septembre et le 06 octobre 2020, France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire de déclaration de **décès** survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 était en **augmentation** par rapport à la semaine précédente : 396 en S40 versus 341 en S39 et 252 en S38 (Figure 29).

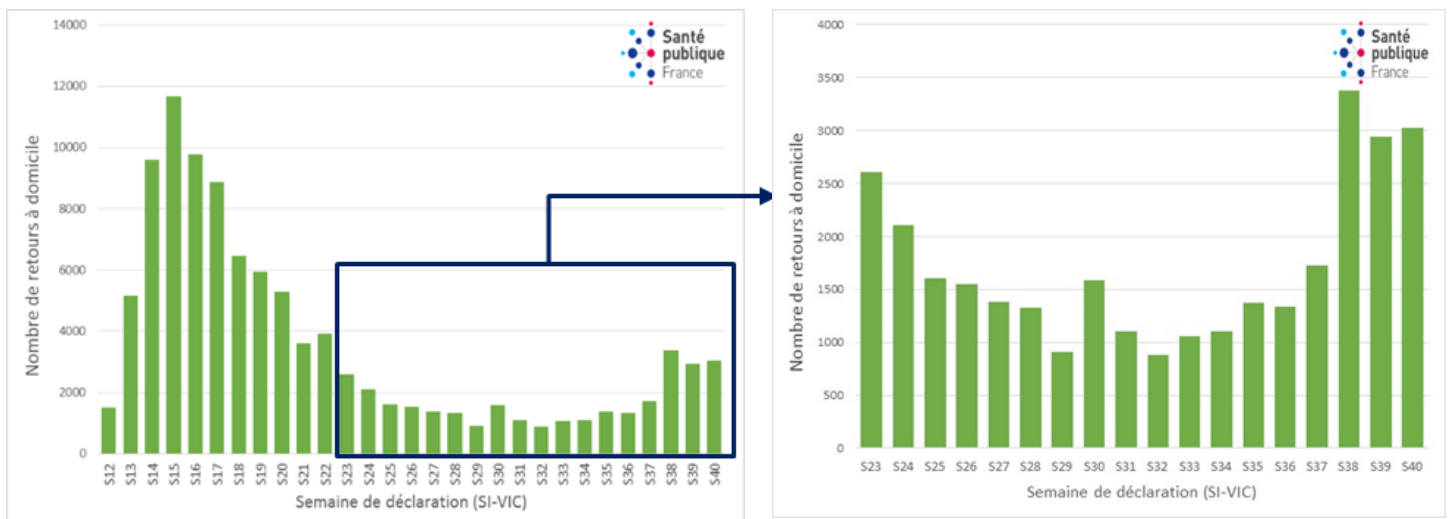
Figure 29. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 06 octobre 2020 (source : SI-VIC)



Note : la partie hachurée de la barre en S38 représente 76 décès survenus avant S29 mais rapportés en S38

- Le nombre hebdomadaire de déclaration de retours à domicile des patients COVID-19 après hospitalisation était en augmentation en semaine 40 (3 026 versus 2 937 en S39 et 3 381 en S38) (Figure 30).

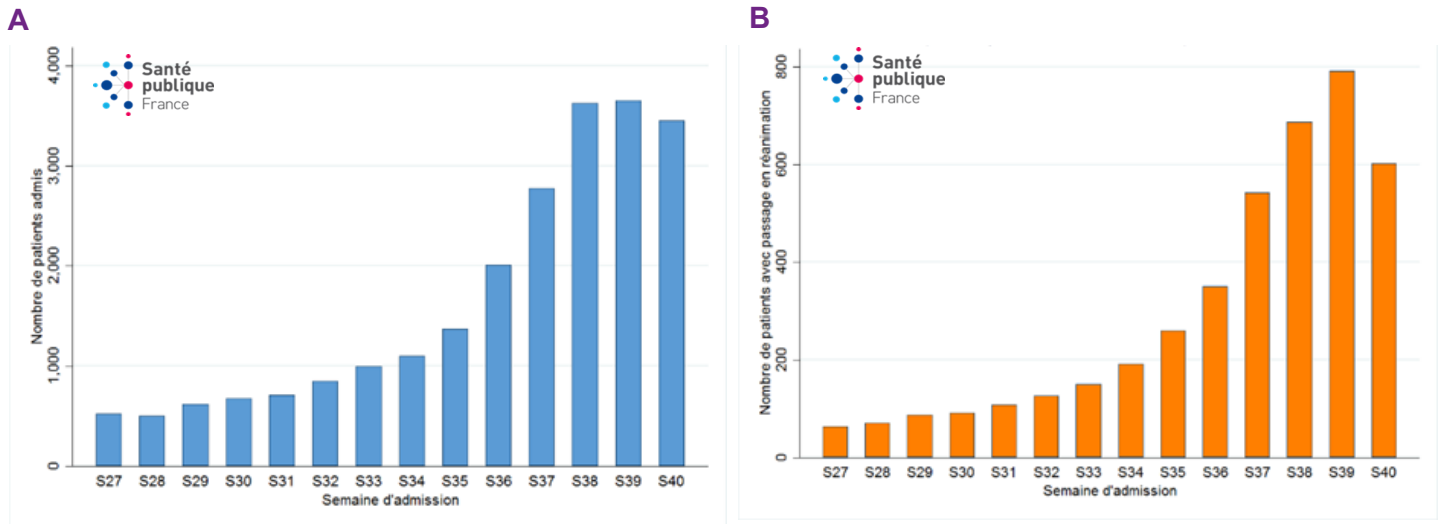
Figure 30. Nombre hebdomadaire de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 06 octobre 2020 (source : SI-VIC)



Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en réanimation ou le décès d'un patient COVID-19 et la date de déclaration ou de mise à jour du statut du patient dans le système SI-VIC est fréquent. Ce délai peut être particulièrement important dans le cas de rattrapage de déclaration d'anciens dossiers de patients. Ce délai entraîne un retard dans l'observation des tendances et peut aboutir à une surestimation des incidences si des événements anciens sont comptabilisés au cours de la semaine de déclaration.

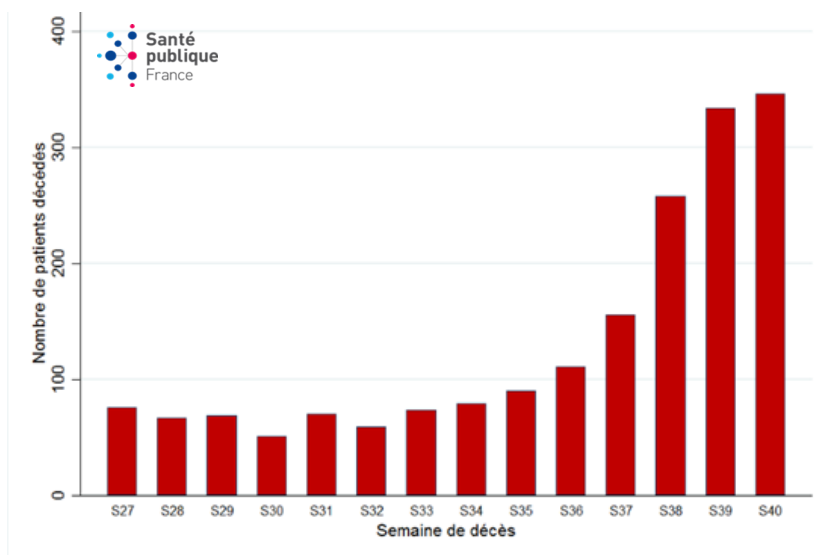
- Les graphiques précédents (Figures 25, 27, 29 et 30) sont présentés par date de déclaration, avec ce délai. Afin de préciser les tendances, les statuts des patients hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figure 31) ou par date de décès (Figure 32). Toutefois, la semaine 40 n'est pas encore consolidée.

Figure 31. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions A) à l'hôpital et B) en service de réanimation de patients COVID-19, selon la date d'admission à l'hôpital, depuis le 29 juin 2020, France, données au 06 octobre 2020 (source : SI-VIC)



S40 : données non consolidées

Figure 32. Nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 29 juin 2020, France, données au 06 octobre 2020 (source : SI-VIC)



Surveillance des professionnels en établissements de santé, infectés par le SARS-CoV-2

Cette surveillance a été mise en place le 22 avril 2020 et a pour objectif de recenser les professionnels salariés d'un établissement de santé (PES) d'hospitalisation, public ou privé, ayant été infectés par le SARS-CoV-2 depuis le 1^{er} mars 2020.

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

- Depuis le dernier bilan publié début septembre, de nombreux établissements ont réalisé des déclarations de rattrapage en déclarant des cas survenus antérieurement. La participation à l'enquête qui avait fortement chuté au cours de l'été a progressé en septembre et début octobre. Ainsi, 3 056 cas supplémentaires ont été déclarés, portant à **36 266** le nombre de cas total pour la période du 1^{er} Mars au 05 octobre 2020. La répartition actualisée du nombre hebdomadaire de cas déclarés suite à ces rattrapages, montre une augmentation du nombre de cas depuis la semaine 31 et jusqu'à la semaine 37, en cohérence avec l'augmentation du nombre de cas dans la population générale (Figure 33). Pour les semaines 38, 39 et 40, les données sont considérées comme non consolidées.
- La répartition des cas par catégorie professionnelle reste identique à celle précédemment publiée : parmi les 36 266 cas déclarés depuis le 1^{er} mars, **82% (29 610)** étaient des professionnels de santé et **10% (3 777)** des professionnels non soignants. Pour 8% des cas, la catégorie professionnelle n'était pas renseignée. Les deux professions le plus souvent rapportées restent les infirmiers (**N=10 076, 28% des cas**) et les aides-soignants (**N= 8 482, 23% des cas**).
- A partir des données issues de la base SAE 2018, selon la région, la proportion de professionnels en ES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels en ES de la région varie de 0,1% à 5,4% (Figure 34). Les aides-soignants, les internes et les kinésithérapeutes restent les professions proportionnellement les plus impactées avec respectivement 3,8%, 3,6% et 3,1% des professionnels infectés.
- Un décès supplémentaire lié à la COVID-19 chez un professionnel soignant, survenu avant le 12 avril, a été rapporté. Au total, 17 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2 ont été enregistrés depuis le 1^{er} mars 2020, dont 5 médecins, 4 aides-soignants, 2 professionnels de santé classés « autres » et 6 professionnels non soignants. Aucun décès n'a été rapporté après la mi-mai.

Figure 33. Nombre de professionnels COVID-19 déclarés dans les établissements de santé, par semaine, depuis le 13 avril 2020 (données au 05 octobre 2020, N=12 167), France

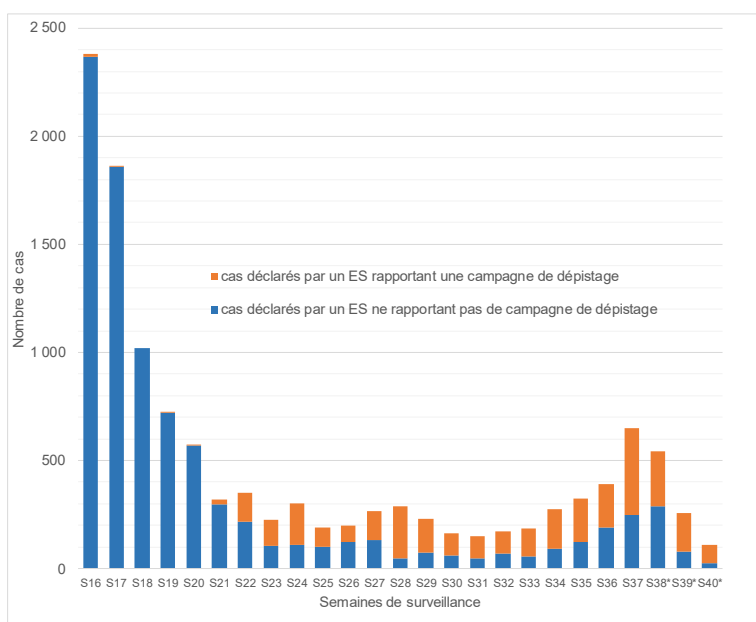
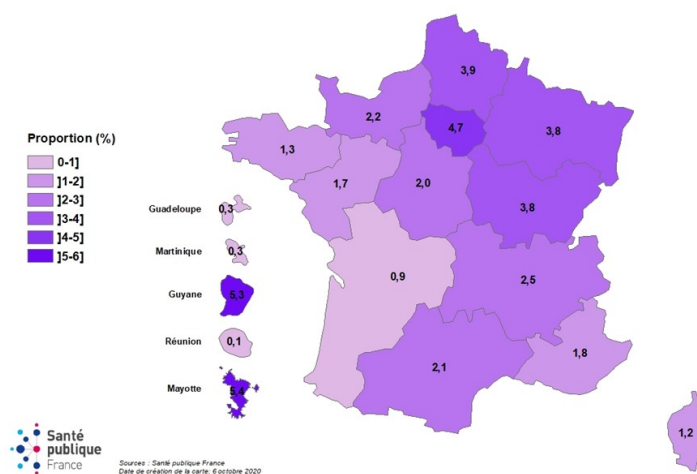


Figure 34. Proportion (%) de professionnels déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels dans les établissements de santé (données au 05 octobre 2020, N=35 246), par région, France*



* Les données pour les semaines 38, 39 et 40 sont en cours de consolidation
 Note : Les cas antérieurs au 13 avril 2020 (N = 24 099 cas) ont été signalés à Santé publique France de manière rétrospective et agrégée sans précision sur leur semaine de signalement

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

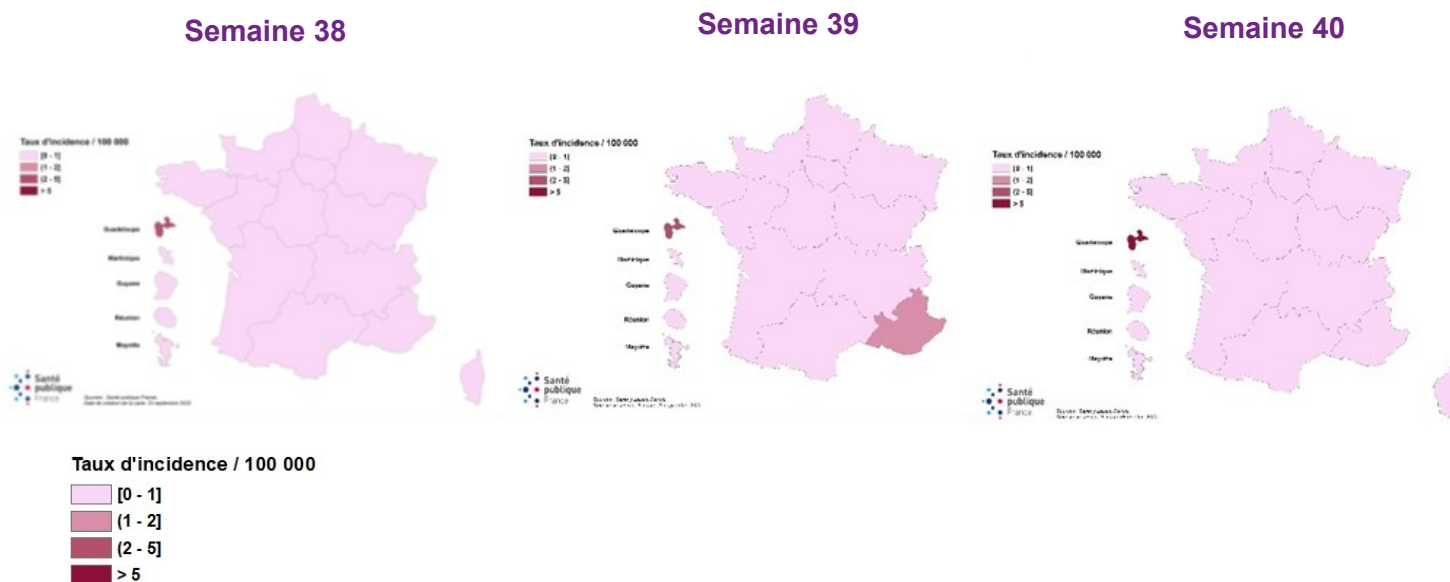
Note : Les cas survenus parmi la catégorie professionnelle « élèves » n'ont pas été pris en compte dans cette analyse, en l'absence de dénominateur connu.

Surveillance de la mortalité

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

- Entre le 1^{er} mars et le 06 octobre 2020, **32 365 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France: **21 580** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **10 785** décès parmi des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres établissements médicaux-sociaux (EMS).
- **92% des cas de COVID-19 décédés sont âgés de 65 ans ou plus.**
- **Au niveau national, le nombre hebdomadaire de décès continue d'augmenter en semaine 40, mais dans une moindre mesure que les semaines précédentes** : +3% entre S39 et S40 (de 436 décès en S39 à 449 en S40) et +31% entre S38 et S39 (de 332 décès en S38 à 436 en S39). Le taux hebdomadaire de décès à l'échelle nationale était de 0,67 pour 100 000 habitants en semaine 40 (0,65 en S39 et 0,50 en S38). En semaine 40, l'augmentation était uniquement due aux décès survenus parmi les personnes hospitalisées (de 341 en S39 à 396 en S40, soit +16%) puisque le nombre de décès parmi les résidents des EHPAD a diminué entre les semaines 39 et 40 (de 95 à 53 décès, soit -44%).
- **En semaine 40, les plus forts taux de décès** de patients COVID-19 rapportés à la population (/100 000 habitants) étaient observés en Guadeloupe (5,30), Provence-Alpes-Côte d'Azur (0,93), Ile-de-France (0,89), Normandie (0,82), Auvergne-Rhône-Alpes (0,81), Centre-Val-de-Loire (0,74), Guyane (0,72), Occitanie (0,68), Nouvelle-Aquitaine (0,57) et Hauts-de-France (0,52). Pour toutes les autres régions, ce taux était inférieur à 0,5/100 000 habitants (Figure 35).
- Les **taux hebdomadaires de décès** déclarés (/100 000 habitants) étaient en **augmentation dans 11 régions** entre les semaines 39 et 40 : Guyane, Guadeloupe, Mayotte, Normandie, Centre-Val-de-Loire, Bourgogne-Franche-Comté, Ile-de-France, La Réunion, Grand-Est, Bretagne et Occitanie.

Figure 35. Taux hebdomadaires de décès dû à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS), S38 (14 au 20 septembre), S39 (21 au 27 septembre) et 40 (28 septembre au 04 octobre) par région, 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 1^{er} mars 2020, 12 402 certificats de décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 6).
 - L'âge médian au décès était de 84 ans et 90% avaient 65 ans et plus.
 - Les hommes représentaient 54% de ces décès.
 - Des comorbidités étaient renseignées pour 8 142 décès, soit 66% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 24% de ces décès et une mention de pathologie cardiaque pour 34% de ces décès.
 - Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 2,7% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.
- **Pour la semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre 2020), 248 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 7,7% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 36). Parmi ces 248 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention d'infection au SARS-COV2 dans le certificat, 187 (75%) étaient âgées de plus de 75 ans, 38 étaient âgées de 65 à 74 ans et 15 personnes étaient âgées de 45 à 64 ans.

Figure 36: Nombre hebdomadaire de décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 05 octobre 2020 (données au 06 octobre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc)

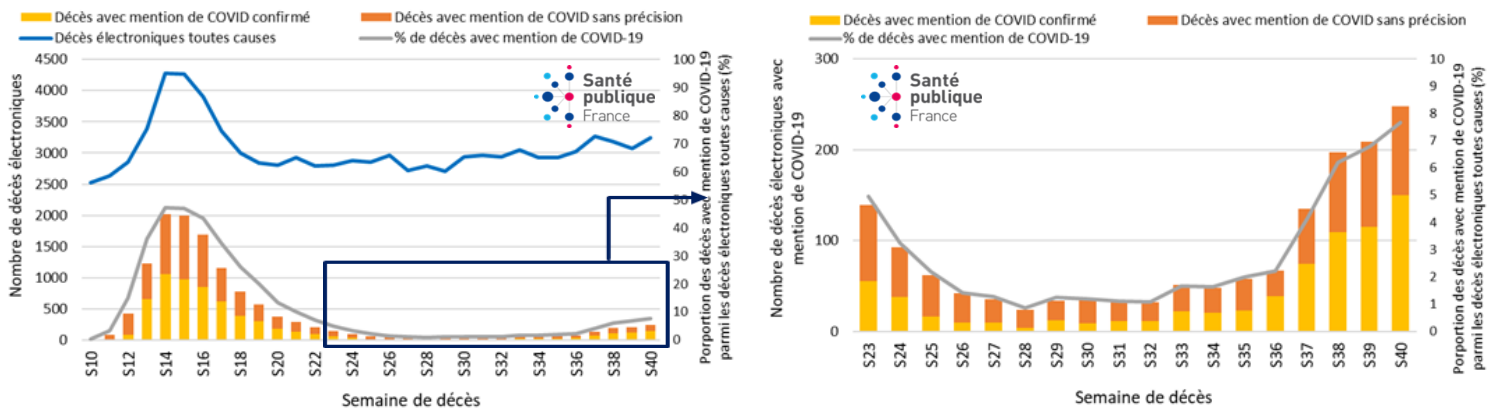


Tableau 6. Description des décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 05 octobre 2020 (données au 06 octobre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc)

Sexe	n	%				
Hommes	6 751	54				
Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	2	100	2	0
15-44 ans	36	33	72	67	108	1
45-64 ans	304	28	770	72	1 074	9
65-74 ans	622	33	1 282	67	1 904	15
75 ans ou plus	3 298	35	6 016	65	9 314	75
Tous âges	4 260	34	8 142	66	12 402	100
Comorbidités	n	%				
Au moins une comorbidité	8 142	66				
Aucune ou non renseigné	4 260	34				
Description des comorbidités	n	%				
Obésité	477	6				
Diabète	1 310	16				
Pathologie respiratoire	1 061	13				
Pathologie cardiaque	2 730	34				
Hypertension artérielle	1 974	24				
Pathologies neurologiques *	746	9				
Pathologie rénale	1 002	12				
Immunodéficience	181	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**, le nombre de décès toutes causes confondues est significativement supérieur au nombre attendu sur la semaine 38 (du 14 au 20 septembre) tous âges confondus et plus spécifiquement chez les personnes de 65 ans ou plus (Figure 37). En semaine 39 (du 21 au 27 septembre), le nombre de décès semble revenir dans les marges de fluctuation habituelle.
- **Au niveau régional**, la hausse des décès toutes causes confondues en semaine 38 chez les personnes de 65 ans ou plus s'observe en Auvergne-Rhône-Alpes, en Bourgogne-Franche-Comté, Ile-de-France, Pays-de-la-Loire et en Occitanie.
- En **Guadeloupe**, le nombre de décès était significativement supérieur à l'attendu entre les semaines 35 à 38 (du 24 août au 20 septembre), tous âges confondus (Figure 38). De même, le nombre de décès était significativement supérieur à celui attendu en **Martinique** sur les semaines 37 et 38 (du 07 au 20 septembre). (Figure 39) La hausse dans ces deux régions concerne principalement les personnes de 65 ans ou plus, ainsi qu'en semaine 38, les personnes de 15-64 ans.
- 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. **En l'absence d'information sur les causes médicales de décès, il n'est pas possible d'estimer la part attribuable des hausses de mortalité avec l'épidémie de COVID-19.**

Figure 37. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 12-2014 à la semaine 39-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

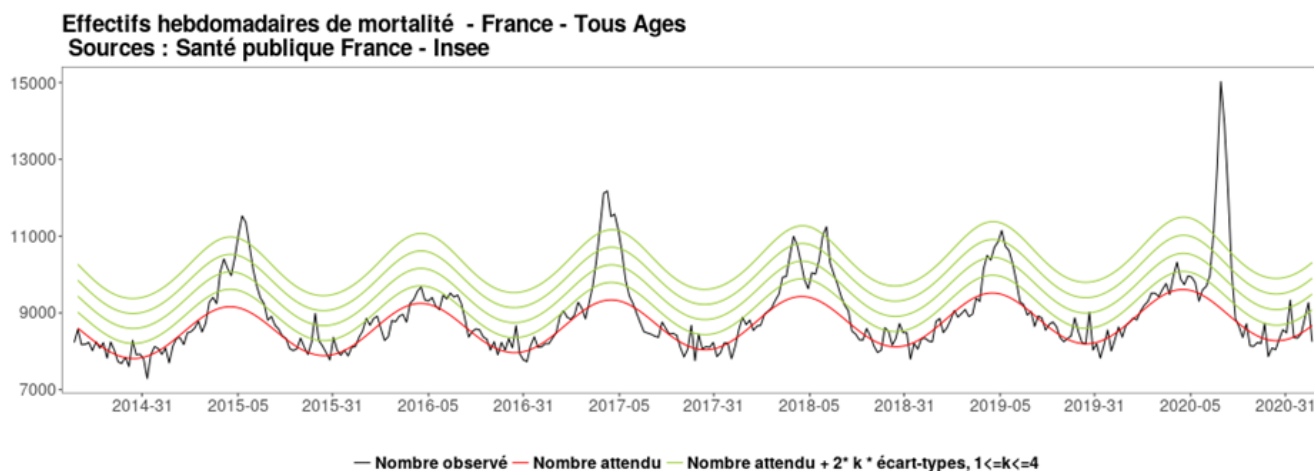


Figure 38. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en Guadeloupe, de la semaine 12-2014 à la semaine 39-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

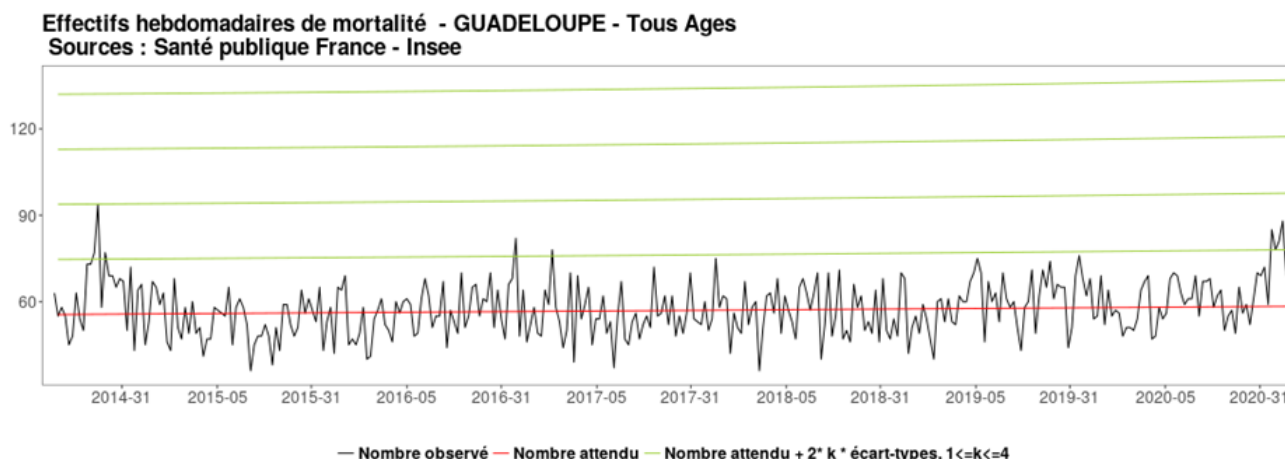
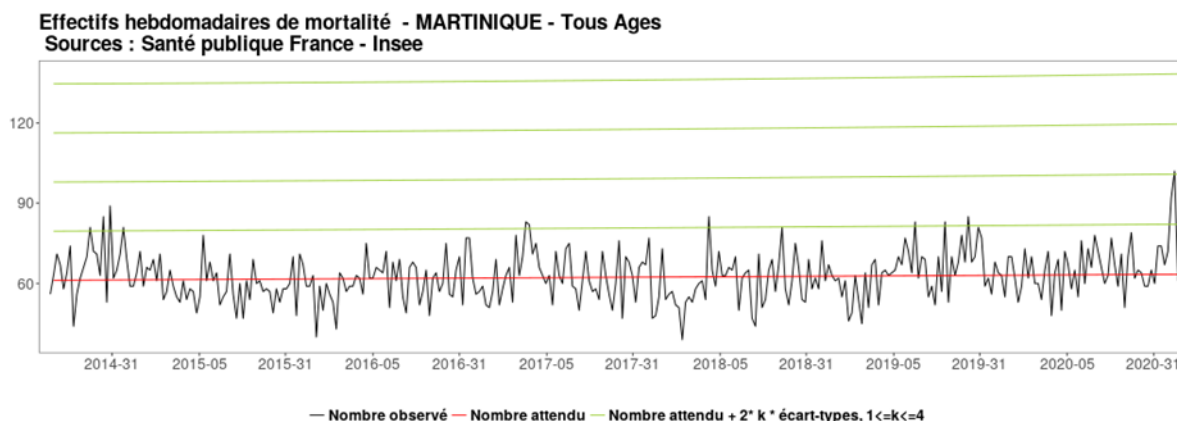


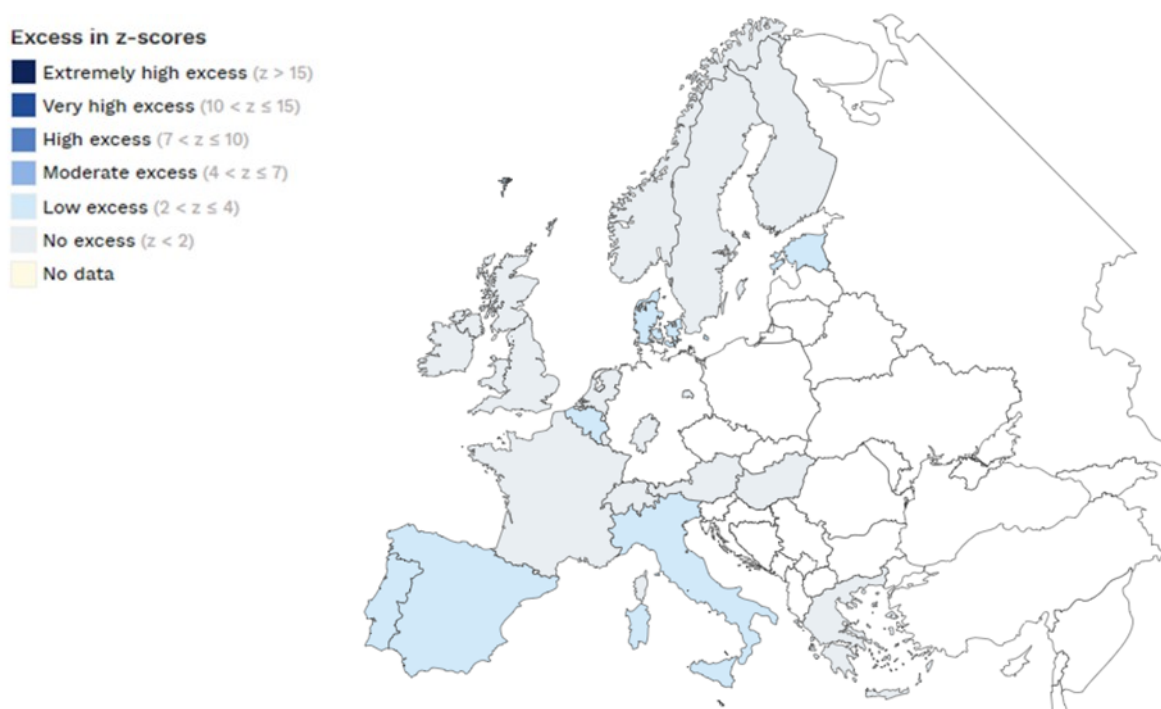
Figure 39. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en Martinique, de la semaine 12-2014 à la semaine 39-2020 (Source : Santé publique France - Insee)



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 deux pays/régions en semaine 35 et en semaine 36, dans cinq pays/régions en semaine 37 et dans six pays/régions en semaine 38 (Danemark, Estonie, Belgique, Italie, Espagne et Portugal) (Figure 40).

Figure 40. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 37-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 30 septembre 2020) (Source : Euromomo)



Analyse de risque contextualisée - Niveaux de vulnérabilité

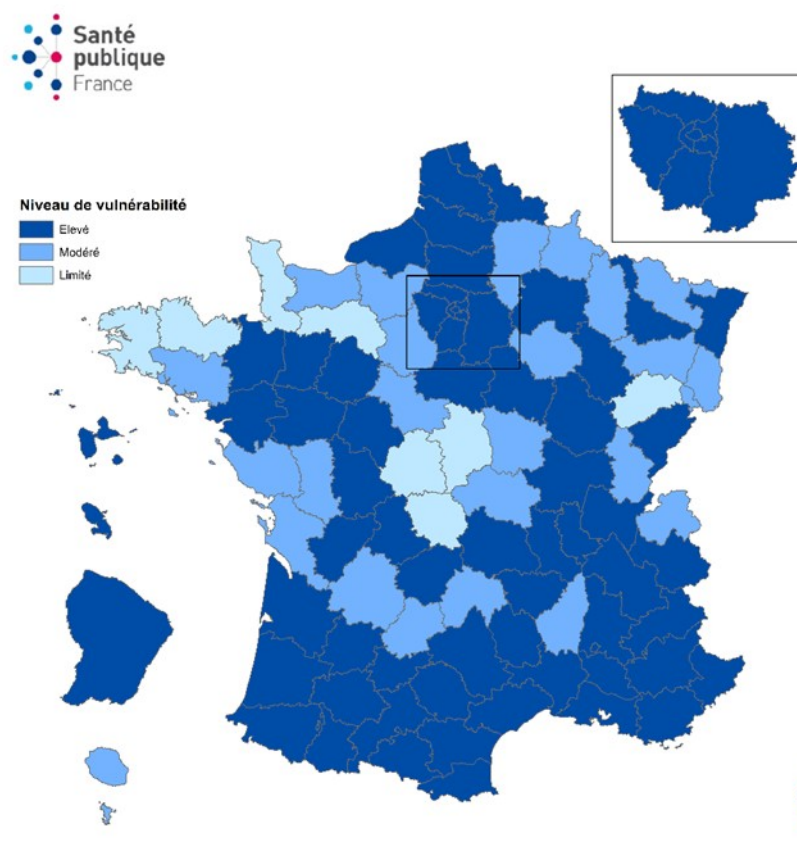
Les équipes régionales de Santé publique France réalisent, en lien avec les ARS, une analyse de risque contextualisée quotidienne au niveau départemental depuis le 02 mai 2020, une semaine avant la levée du confinement. Cette expertise effectue la synthèse des indicateurs des systèmes de surveillance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

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

Le 07 octobre 2020, par rapport au point épidémiologique du 30 septembre 2020 :

- 2 nouveaux départements ont été classés en niveau de vulnérabilité élevé : Lot-et-Garonne (47) et Mayenne (53)
- Au total, le 07 octobre, 26 départements étaient en niveau de vulnérabilité modéré, 67 en niveau élevé et seuls 8 départements étaient classés en niveau de vulnérabilité limité (Figure 41).

Figure 41. Niveau de vulnérabilité par département, France, au 07 octobre 2020 (Source : Santé publique France)



Situation internationale

Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Amérique** (États-Unis et Amérique Latine) et **Asie du Sud-Est**, à l'origine de respectivement 37% et 30% des cas rapportés dans le monde entre le 28 septembre et le 4 octobre. Une reprise de l'épidémie est observée dans de nombreux pays européens, où sont localisés 24% des cas rapportés dans le monde.

- Dans certains pays de la zone **Amérique**, une diminution du nombre de cas a été observée mais le nombre de cas rapportés reste très élevé. Aux États-Unis, la baisse globale du nombre de cas, amorcée en juillet et en août, stagne ces dernières semaines : certains États rapportent une forte hausse de nouveaux cas (États du Midwest notamment). Dans plusieurs pays (Mexique, Brésil, Chili, Pérou), l'incidence est stable et se maintient à un niveau élevé depuis plusieurs semaines. Au Canada, une augmentation est rapportée, notamment dans les provinces de Québec et de l'Ontario depuis ces dernières semaines.
- En **Asie**, l'épidémie reste active en Inde, même si une diminution de l'incidence semble être observée, et en Indonésie. Elle continue de progresser au Myanmar et au Népal.
- Dans les pays du **Moyen-Orient**, l'épidémie reste importante en Iraq, en Iran, aux Émirats Arabes Unis et au Liban. L'incidence était en augmentation au cours des dernières semaines en Jordanie. La situation est préoccupante en Iran qui a atteint des nombres record de nouvelles infections et de décès.
- L'épidémie reste soutenue en Israël, avec un taux d'incidence très élevé (443,2 / 100 000 habitants entre le 28/09 et le 04/10) ainsi qu'un nombre de cas graves et de décès en hausse. Un confinement national est en vigueur depuis le 18/09.
- En **Afrique**, le nombre de nouveaux cas continue à diminuer mais il augmente dans certains pays (Cap-Vert, Mozambique). Au Maroc, l'incidence ne cesse de s'accroître depuis début août avec plus de 2 000 nouveaux cas par jour. La majorité des cas est rapportée dans la région de Casablanca et des mesures de contrôle ont été réinstaurées par les autorités. Le nombre de cas reste élevé en Tunisie, où des mesures ont été mises en place dans certaines régions, ainsi qu'en Libye.
- En **Europe**, parmi les pays de l'UE/EEA, les taux d'incidence sur 7 jours au 04/10 les plus élevés sont actuellement observés en République tchèque (162,5 / 100 000 hab), en Espagne (156,5), aux Pays-Bas (134,4), en France (118,2), en Belgique (101,8), au Royaume-Uni (76,1), en Islande (75,9), au Luxembourg (64,8), en Irlande (63,4), en Autriche (57,3), au Danemark (53,2) et au Portugal (51,7). Le taux d'incidence a fortement augmenté aux Pays-Bas, en Belgique et au Royaume-Uni, au cours de la semaine 40 (Figure 42). Des taux d'incidence élevés sont également rapportés en Europe centrale et en Europe de l'Est (taux rapporté au 4/10 pour les 7 derniers jours) : Monténégro (279,2), Moldavie (132,4), Arménie (96,5), Ukraine (60,8). Une hausse importante de nouveaux cas et de décès est rapportée en Russie.

Figure 42. Taux d'incidence de COVID-19 rapporté pour les semaines 38 et 39/2020 dans les pays de l'UE/EEA (source : ECDC)

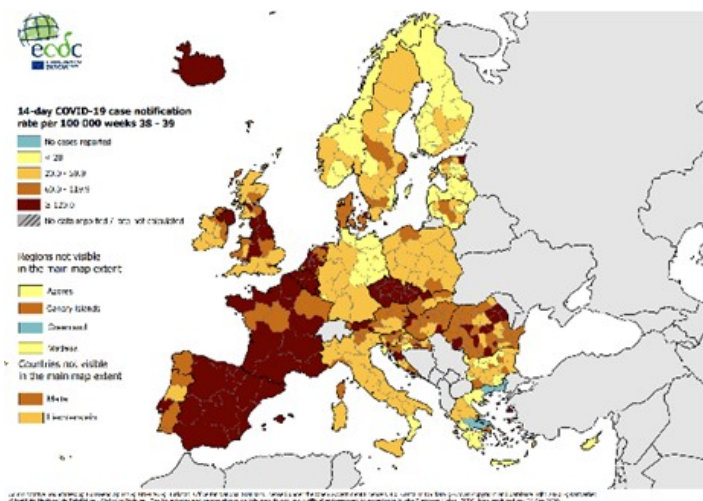
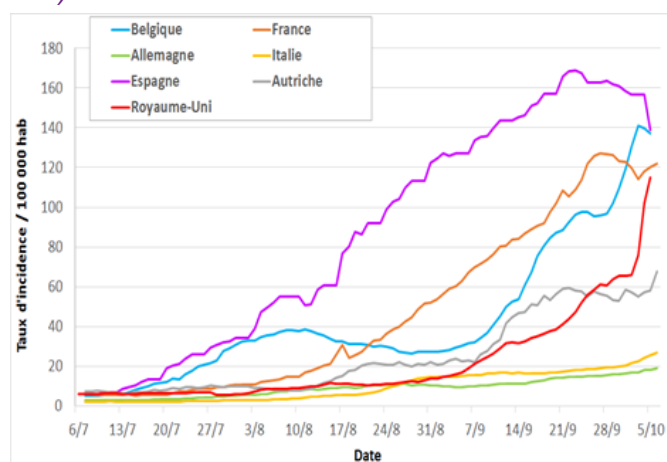


Figure 43. Taux d'incidence (sur 7 jours) de COVID-19 pour les principaux pays limitrophes à la France entre le 01/07 et 04/10/2020 (source : ECDC)



Les tendances des derniers jours sont à interpréter avec prudence en raison des délais de consolidation des données. Au Royaume-Uni, la forte augmentation observée le 05/10 est liée à un rattrapage de données pour des cas survenus fin septembre qui n'avaient pas été rapportés par les autorités.

Pour en savoir plus sur la situation internationale :

En Europe : [ECDC - Weekly surveillance report \(week 39\), 01/10/2020](#)

Dans le monde : [Organisation mondiale de la santé – Weekly Epidemiological Update, 5 octobre 2020](#)

Prévention

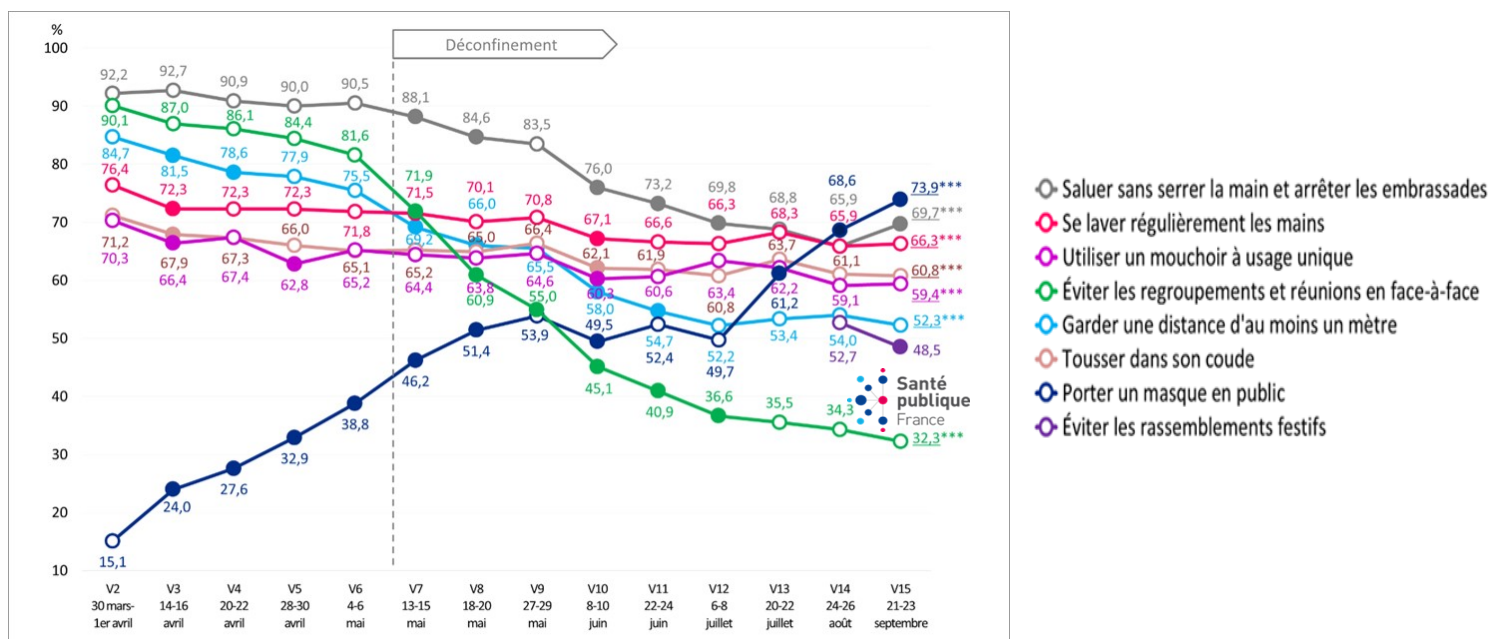
Suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale

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 septembre 2020. Résultats détaillés sur le [site](#).

1) Adoption des mesures de prévention

- L'adoption systématique des comportements reflétant l'interaction sociale a fortement diminué depuis l'arrêt du confinement. Pour autant, si la baisse de l'adoption systématique des mesures « **éviter les regroupements et réunions en face-à-face** » ou « **garder une distance d'au moins un mètre** » s'est stabilisé depuis juillet, celle concernant « **saluer sans se serrer la main et arrêter les embrassades** » s'est poursuivie jusqu'en vague 14 (21-26 août) pour s'inverser ensuite (Figure 44). A noter que la mesure « **éviter les rassemblements festifs** » est moins adoptée systématiquement en vague 15 que lors de la vague 14 (21-26 août), date d'introduction de cette mesure dans le questionnaire d'enquête.
- Les mesures d'hygiène « **se laver régulièrement les mains** », « **tousser dans son coude** » sont appliquées systématiquement un peu moins souvent depuis la fin du confinement mais globalement dans la même proportion depuis la vague 11 (22-24 juin).
- Seule la mesure « **port du masque en public** » poursuit son augmentation depuis juillet.

Figure 44. 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 15) 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, $p < 0,05$.

- La majorité des personnes ne déclarant pas adopter systématiquement les mesures de prévention déclare cependant les adopter souvent (voir résultats détaillés, [enquêtes Internet](#)). Ainsi, en vague 15 (21-23 septembre), entre 82% et 93% des personnes interrogées déclarent adopter systématiquement ou souvent les mesures de prévention recommandées.
- Depuis la levée du confinement, seule l'adoption systématique ou souvent de la mesure « éviter les regroupements et réunions en face-à-face » a fortement diminué (de 92% à 65%).

- En vague 15 (21-23 septembre), l'adoption systématique des mesures varie selon l'âge, le sexe, le niveau de littératie et la présence de facteurs de risque de forme grave de COVID-19 (tableau 7).
- Ainsi, les personnes de 18 à 34 ans adoptent moins systématiquement les mesures de distanciation : fin septembre, elles sont 22% parmi les 18-24 ans et 27% parmi les 25-34 ans à éviter systématiquement les regroupements et les réunions en face à face ; elles sont 42% parmi les 18-24 ans et 45% parmi les 25-34 ans à garder systématiquement une distance d'au moins un mètre. Les personnes âgées de 65 ans et plus suivent en revanche davantage les mesures de prévention préconisées : elles étaient ainsi, fin septembre, 59% à garder systématiquement une distance d'au moins un mètre et 39% à éviter systématiquement les regroupements et les réunions en face-à-face.

Tableau 7. Variables sociodémographiques associées à une moindre adoption systématique des mesures de prévention (vague 15 : 21-23 septembre 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	Moindre pourcentage d'évitement systématique des regroupements et réunions en face à face	Moindre pourcentage d'évitement systématique des rassemblements festifs
Sexe	Hommes	--	Hommes	--	--
Classe d'âge (en 5 classes)	25-34/65 ans et +	18-24/25-34 ans	25-34 ans	18-24/25-34 ans	18-24/25-34/ 50-64 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	Non	Non	Non

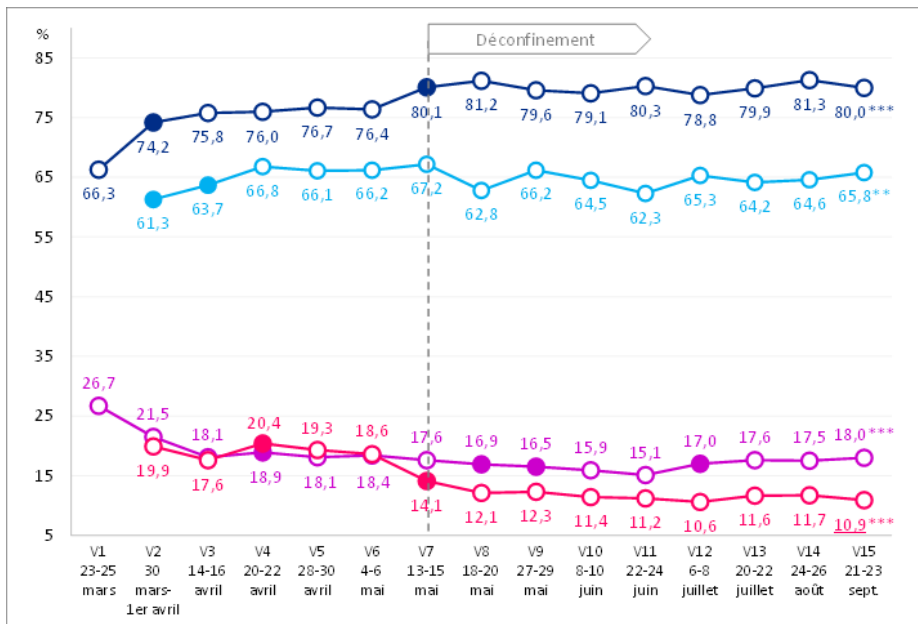
Note de lecture : Les associations entre chacun des 3 indicateurs d'adoption systématique des mesures de prévention et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (test de Wald ajusté, $p < 0,05$). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à une moindre adoption, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. --: aucune modalité de la variable sociodémographique n'est associée à une moindre adoption pour l'indicateur considéré. ¹La 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). ²Facteurs 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). ³4 mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique.

- En vague 15 (21-23 septembre), 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 :
 - 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**.

2) Santé mentale

- En vague 15 (21-23 septembre), 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 (Figure 45).
- Les **problèmes de sommeil** présentent un niveau supérieur à celui observé en début de confinement (vague 2, 30 mars-1^{er} avril) et se maintiennent 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 45. 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, catégorie socioprofessionnelle, 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 15) 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)
- Dépression (HAD ; score > 10)
- Anxiété (HAD ; score > 10)
- Problèmes de sommeil (8 derniers jours)

- En vague 15, les profils de population ayant une santé mentale plus dégradée sont :
 - Les personnes déclarant **des antécédents de troubles psychologiques** ainsi que celles déclarant **une situation financière très difficile**, pour les **trois indicateurs** : anxiété, dépression, problèmes de sommeil.
 - Les **femmes**, les **18-34 ans** et les **inactifs**, pour les états anxieux.
 - Les **femmes**, les **18-24 ans**, les **inactifs** et les **catégories socioprofessionnelles inférieures**, pour les problèmes de sommeil.
 - Les **50-64 ans**, les **catégories socioprofessionnelles inférieures** et les personnes présentant un **risque de développer une forme grave de COVID-19**, pour les troubles dépressifs.
- En vague 15, les déterminants cognitifs d'une santé mentale plus dégradée sont :
 - Le fait de **percevoir la COVID-19 comme grave**, pour les trois indicateurs (anxiété, dépression, problèmes de sommeil).
 - Le fait de **se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2**, pour l'anxiété et la dépression.
 - Le fait de **percevoir les mesures de prévention comme peu efficaces**, pour les états dépressifs.

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

Les résultats principaux de l'étude ViQuoP, suivi de cohorte de mars à juin 2020, sont sur [le site de Santé publique France](#).

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

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES

Se laver régulièrement les mains ou utiliser une solution hydro-alcoolique

Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir

Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter

Eviter de se toucher le visage

Respecter une distance d'au moins un mètre avec les autres

Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades

En complément de ces gestes, porter un masque quand la distance d'un mètre ne peut pas être respectée

Synthèse

En France métropolitaine

En semaine 40 (du 28 septembre au 04 octobre 2020), la tendance globale des indicateurs de suivi de l'épidémie de SARS-CoV-2 reste à l'augmentation. Cette hausse concerne le nombre de cas confirmés, les taux de positivité, les hospitalisations, en particulier les admissions en réanimation et les décès.

En médecine générale, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) du réseau Sentinelles est stable depuis la semaine 38.

Le taux hebdomadaire de dépistage pour le SARS-CoV-2 était en diminution par rapport à la semaine précédente (1 273/100 000 habitants en S40 vs 1 396/100 000 en S39, soit -9%). La diminution du nombre de personnes testées est plus marquée parmi **les personnes présentant des symptômes (-14% par rapport à S39) que parmi les personnes asymptomatiques (-4% par rapport à S39).**

Le taux de positivité a encore progressé en S40 (9,1% en S40 vs 7,7% en S39, +1,4 point) et était en augmentation dans toutes les classes d'âge. **Le taux de positivité était encore en forte progression chez les personnes qui présentaient des symptômes (16,5% soit +3,1 points par rapport à S39)** et était particulièrement élevé chez les personnes âgées de 45-64 ans (20,4% en S40, +3,6 points), de 65 à 74 ans (18,2% en S40, +3,5 points) et chez les 15-44 ans (17,6%, +2,6 points). Chez les personnes asymptomatiques, le taux de positivité était plus faible (5,4%) avec une augmentation moins importante (4,4% en S39, soit +1 point).

En semaine 40, 75 321 nouveaux cas confirmés de COVID-19 ont été enregistrés en France métropolitaine soit une hausse de 8% par rapport à S39. **Le taux d'incidence était donc en augmentation** avec 116 cas / 100 000 habitants (108 cas/100 000 habitants en S39). Le nombre de nouveaux cas et le taux d'incidence peuvent être sous-estimés du fait des tensions encore existantes sur les capacités diagnostiques et des délais de rendus de résultats et donc de la consolidation des données.

En semaine 40, 45 départements enregistraient des taux d'incidence entre 50 et 100 cas confirmés pour 100 000 habitants et 25 départements enregistraient des taux d'incidence au-dessus de 100 cas confirmés pour 100 000 habitants. Les taux les plus élevés étaient observés à Paris (306/100 000 habitants), dans la Loire (232), dans les Hauts de Seine (227), le Nord (216) et le Val-de-Marne (209).

Les personnes âgées de 15 à 44 ans restaient les plus touchées par le SARS-CoV-2 (incidence de 187 cas pour 100 000 habitants), suivies par celles âgées de 45-64 ans (109). Cependant par rapport à la semaine précédente, l'augmentation était la plus importante chez les personnes de plus de 65 ans : +15% chez les 65-74 ans et +14% chez les 75 ans et plus. Chez les personnes de 65 à 74 ans, le nombre de cas a doublé en 5 semaines (depuis S36). Dans cette tranche d'âge, en semaine 40, l'incidence était de 62/100 000 habitants. Chez les personnes de 75 ans et plus, le nombre de cas hebdomadaire a été multiplié par 2,2 en 5 semaines. Dans cette tranche d'âge, en semaine 40, l'incidence était de 69/100 000 habitants. Cette augmentation du nombre de cas chez les personnes âgées **est préoccupante car ces personnes sont les plus à risque de complication de COVID-19.**

Ces résultats indiquent que la circulation virale reste à un niveau élevé en France métropolitaine.

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 en S40 est inférieur à celui de la semaine précédente (-6%) mais la diminution était nettement moins marquée qu'entre S38 et S39 (-27%). Dans les services d'urgences, la même tendance est observée avec une diminution de -9% (versus -23% en S39). Cette baisse était plus marquée chez les enfants (-29%) que chez les adultes (-7,5%). Cette diminution observée depuis 2 semaines suit une augmentation de plusieurs semaines, qui était probablement la conséquence d'une augmentation ponctuelle du recours aux soins et au dépistage dans le contexte de la rentrée scolaire en septembre et de la priorisation des tests pour les personnes prioritaires et la publication du nouveau protocole sanitaire COVID-19 [1-3].

[1] Annonce d'Olivier Véran -Présentation de la "doctrine de priorisation" des tests, "avec une liste de personnes prioritaires (prescription médicale, symptomatiques, cas contacts, soignants et aides à domicile). 17 septembre 2020. https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/video-il-faut-assurer-la-priorite-des-tests-aux-prioritaires_4109539.html

[2] Avis Haut conseil de la santé publique complément de l'avis du HCSP considérant que les enfants sont peu à risque de forme grave et peu actifs dans la transmission du SARS-CoV-2, 17 septembre 2020 <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=911>

[3] Annonce par le ministre de la santé et l'éducation nationale - nouvelles règles par l'éducation nationale concernant les cas contacts et les fermetures de classes. 20 septembre 2020. <https://www.education.gouv.fr/media/71258/download> ; <https://www.education.gouv.fr/coronavirus-covid-19-les-reponses-vos-questions-306136>

En semaine 40, le nombre de clusters signalés (en Ehpad et hors Ehpad) demeurait à un niveau élevé. Devant l'augmentation de la circulation virale sur l'ensemble du territoire, **le nombre de clusters identifié est probablement fortement sous-estimé**. La forte activité d'investigation des clusters observée ces dernières semaines entraîne un délai dans la validation et le signalement des clusters et ne permet plus un suivi de la dynamique de l'épidémie. Cependant, les données des clusters hors Ehpad restent pertinentes pour identifier les collectivités pour lesquelles la proportion de clusters à criticité élevée est la plus importante, contribuant ainsi à guider les mesures de gestion. La plupart des clusters (hors Ehpad) en cours d'investigation étaient survenus en milieu scolaire et universitaire (35,3% des clusters), en entreprises privées et publiques (hors ES) (20,0%) ainsi qu'en établissements de santé (11,1%).

Après une nette augmentation du **nombre d'épisodes signalés de COVID-19 par les établissements médico-sociaux** (incluant les Ehpad) jusqu'en S37, le nombre d'épisode s'est stabilisé en S38 et a diminué ces deux dernières semaines (438 en S39 et 323 en S40). Il conviendra cependant d'attendre la consolidation des données de S39 et S40 pour confirmer cette tendance.

En semaine 40, selon les données de la Cnam, le nombre de nouveaux cas a diminué par rapport à la semaine précédente pour la première fois depuis la mise en place du dispositif. Dans le contexte de diminution globale du nombre de personnes testées mais d'augmentation du taux de positivité, cette diminution de près de 1 300 cas est à interpréter avec prudence et reflète probablement un moindre recours aux tests plutôt qu'une amélioration de la situation épidémiologique.

Le nombre de nouveaux cas précédemment identifiés comme personnes-contacts à risque augmente nettement pour la 27^{ème} semaine consécutive (25,6% vs 22,3% en semaine 39). Cette augmentation s'inscrit dans une tendance globale mais pourrait être accentuée artificiellement par la diminution du nombre de nouveaux cas identifiés.

Parmi les cas symptomatiques, le délai moyen entre la survenue des premiers signes et la date de prélèvements est très variable d'une région à l'autre mais reste stable à 3 jours ces dernières semaines.

En milieu hospitalier, le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a légèrement augmenté en semaine 40 avec 4 264 nouvelles hospitalisations (4 204 en S39, soit +1%). Les taux d'hospitalisations les plus élevés ont été enregistrés en Provence-Alpes-Côte d'Azur (11,3/100 000 hab.), en Île-de-France (11,0/100 000 hab). Ces taux étaient en légère augmentation par rapport à la semaine précédente. Les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France et Occitanie ont enregistré des taux supérieurs à 5,0/100 000 hab. (respectivement 7,7, 6,9 et 5,8).

Le nombre de nouvelles admissions en réanimation a continué d'augmenter (893 en S40 vs 786 en S39, soit +14%). La plus forte augmentation a été observée en Centre-Val-de-Loire. Les **taux les plus élevés** étaient enregistrés en **Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur** : respectivement 2,35/100 000 et 1,94/100 000 (en augmentation par rapport à la semaine précédente).

Si la dynamique de l'épidémie se poursuit, il est estimé que le nombre hebdomadaire de nouveaux patients admis à l'hôpital aura doublé dans 27 jours et que le nombre hebdomadaire de nouveaux patients admis en réanimation aura doublé dans 17 jours.

Les R-effectifs (Reff) permettent de décrire la dynamique de l'épidémie : lorsque le Reff est significativement supérieur à 1, ceci signifie que l'épidémie est en progression, lorsqu'il est égal à 1, l'épidémie se stabilise, lorsqu'il est significativement inférieur à 1, l'épidémie régresse (cf page 20).

L'estimation du Reff_{SI-DEP} (1,07 en S40) significativement supérieure à 1, est en augmentation par rapport à celle produite la semaine précédente (Reff_{SI-DEP} : 1,00) et est probablement sous-estimée du fait de l'allongement du délai de consolidation des données virologiques, ce qui sous-estime le nombre de cas. L'estimation du Reff_{SI-VIC} est en légère hausse et reste significativement supérieure à 1 (1,09 en S40 vs 1,06 en S39). L'estimation des Reff_{OSCOUR®} (passages aux urgences) est stable et significativement inférieure à 1 (Reff_{OSCOUR®} : 0,88). Deux des indicateurs suivent des tendances à la hausse et restent significativement supérieurs à 1 tout en étant proches de cette valeur.

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

Les données de mortalité liée au COVID-19 continuent d'augmenter en semaine 40 mais dans une moindre mesure que les semaines précédentes (+3% entre S39 et S40 et +31% entre S38 et S39). L'augmentation des décès déclarés en S40 est uniquement due aux décès survenus parmi les personnes hospitalisées (+16%) car le nombre de décès parmi les résidents des EHPAD a diminué entre les semaines 39 et 40 (-44%). Cependant ces données sont en cours de consolidation.

Cette augmentation est également observée dans les certificats de décès issus de la certification électronique des décès contenant la mention COVID-19 (248 décès en S40 vs 209 décès en S39, soit +19%). Cette tendance à l'augmentation s'est accentuée en S40.

La mortalité toutes causes et tous âges confondus est, au niveau national, significativement supérieure au nombre attendu en semaine 38 (du 14 au 20 septembre) et plus spécifiquement chez les personnes de 65 ans ou plus. Cette hausse s'observe au niveau régional en Auvergne-Rhône-Alpes, en Bourgogne-Franche-Comté, Ile-de-France, Pays-de-la-Loire et en Occitanie. En semaine 39 (du 21 au 27 septembre), le nombre de décès semble revenir dans les marges de fluctuation habituelle, mais cette tendance doit être confirmée dans les semaines à venir avec la consolidation des données.

Dans les régions

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

Les analyses de risque contextualisées 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.

Régions métropolitaines

En métropole, au 07 octobre, **64 départements (soit 67% des départements étaient classés en niveau de vulnérabilité élevé et 24 en niveau modéré)**. Seuls 8 départements étaient classés en niveau de vulnérabilité limité.

Les régions les plus touchées par la circulation virale en semaine 40 étaient l'Ile-de-France avec une incidence de 198 cas /100 000 hab., les Hauts de France (149.) et Auvergne-Rhône-Alpes (140). Les taux de positivité les plus élevés étaient enregistrés en Ile-de-France (13,6%), Auvergne-Rhône-Alpes (11,1%) et Hauts-de-France (10,6%).

En **Ile-de-France**, la progression de la circulation virale se poursuit. Tous les départements d'Ile-de-France ont des taux d'incidence supérieurs à 100 cas/100 000 habitants et sont classés en niveau de vulnérabilité élevée et zone de circulation active du virus. Paris et la petite couronne ont été classés en « Zone en alerte maximale » le 05 octobre 2020. Les nouvelles hospitalisations, nouvelles admissions en réanimation et nouveaux décès continuent d'augmenter en S40 en Ile-de-France, bien que ces données nécessitent d'être consolidées

En **Hauts-de-France**, le taux d'incidence semblait se stabiliser en S40 et le taux de positivité était en augmentation dans l'ensemble des départements en lien probablement avec les stratégies de priorisation et un dépistage plus ciblé. En S40, on observe une augmentation du nombre de nouvelles hospitalisations et décès chez les patients hospitalisés. Le nombre de nouvelles admissions en réanimation reste stable. Le taux d'incidence chez 65 ans et plus continue d'augmenter au niveau régional notamment dans le département de la Somme où il a plus que doublé entre la S39 et la S40. Il était particulièrement élevé dans les départements du Nord, du Pas-de-Calais et de la Somme.

En **Auvergne-Rhône-Alpes**, les indicateurs de circulation virale poursuivent leur progression, à un rythme un peu plus soutenu en S40 qu'en S39. Hormis le Rhône où le taux d'incidence a diminué en S40, tous les départements ont enregistré une hausse du taux d'incidence notamment en Ardèche, la Drôme, la Loire qui dépasse désormais le Rhône, la Haute-Loire et le Puy-de-Dôme. Les nouvelles hospitalisations se stabilisent et on observe une faible progression des admissions en réanimation et des décès dans des proportions très inférieures à la semaine précédente au niveau régional. Cependant les variations au niveau départemental différent : les nouvelles hospitalisations ont notamment progressé dans la Loire, la Drôme, la Savoie et la Haute-Savoie. Les trois départements les plus touchés restent le Rhône, l'Isère et la Loire dont les indicateurs virologiques et hospitaliers sont en forte hausse.

Départements et régions d'outre-mer (DROM)

En **Guadeloupe**, les indicateurs de surveillance épidémiologique montrent une stabilisation de la circulation du virus, notamment au niveau des nouveaux cas identifiés en milieu communautaire. La situation reste toutefois tendue en milieu hospitalier avec un nombre élevé de patients hospitalisés notamment en réanimation. Le nombre de décès était significativement supérieur à l'attendu entre les semaines 35 à 38 (du 24 août au 20 septembre), tous âges confondus.

A **Saint-Martin**, le nombre de nouveaux cas est en baisse pour la troisième semaine consécutive et à Saint-Barthélemy, il est observé une stabilisation des indicateurs.

En **Martinique**, en semaine 40, les indicateurs de surveillance épidémiologique poursuivent leur augmentation traduisant une circulation active du virus SARS-CoV-2. En comparaison à la semaine précédente, le taux d'incidence a augmenté de 20 et le taux de positivité de 1,7 point. Le nombre de décès était significativement supérieur à celui attendu en Martinique pour les semaines 37 et 38 (du 07 au 20 septembre).

En **Guyane**, les indicateurs (taux d'incidence, taux de positivité) sont stables depuis 4 semaines. La Guyane reste classée en niveau de vulnérabilité élevé.

A **Mayotte**, le taux de positivité des prélèvements est en légère augmentation et le nombre d'hospitalisations est stable en semaine 40. Mayotte est classée en niveau de vulnérabilité modéré.

A **la Réunion**, on observe une diminution du taux de positivité (4,2%) et du taux d'incidence (46/100 000 hab). Le nombre de nouvelles admissions en hospitalisation est également en baisse. La Réunion est classée en niveau de vulnérabilité modéré.

En France métropolitaine et dans les DROM

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

La surveillance spécifique des professionnels travaillant dans les établissements de santé mise en place depuis le 1^{er} mars rapportait, au 05 octobre 2020, 36 266 cas d'infections par le SARS-CoV-2. Parmi ces cas, 17 sont décédés en lien avec leur infection à SARS-CoV-2. A noter qu'aucun décès de professionnel n'est rapporté depuis la mi-mai. Parmi les 36 266 cas, 82% étaient des professionnels de santé et 8% des professionnels non soignants. La majorité des cas (66%) a été déclarée de manière agrégée pour la période du 1^{er} mars au 12 avril 2020. Le suivi hebdomadaire montre ensuite une diminution progressive du nombre de cas de mi-avril à fin juillet, puis une augmentation en cohérence avec l'augmentation du nombre de cas dans la population générale. Les aides-soignants, les internes et les kinésithérapeutes sont les professions proportionnellement les plus impactées. La participation des établissements à l'enquête s'est améliorée en septembre et début octobre par rapport à juillet-août et doit se poursuivre. Les Centres d'appui pour la prévention des infections associées aux soins et le Geres sensibilisent régulièrement les établissements afin d'avoir un recensement le plus exhaustif possible des cas. 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 les circonstances de leur 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 ont augmenté et se maintiennent à des niveaux élevés depuis le début du confinement. Aucune évolution n'a été constatée entre fin juillet et fin septembre 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 concernant les mesures « éviter les regroupements et les réunions en face à face », « garder une distance d'au moins un mètre » et « saluer sans se serrer la main », même si pour ces deux dernières mesures la baisse semble s'être arrêtée depuis respectivement début juillet et fin août. Par contre, le port systématique du masque en public, après une stabilité observée entre fin juin et début juillet, continue d'augmenter.

La diminution de l'adoption systématique des mesures de prévention, observée notamment depuis la levée du confinement a sans doute été liée au besoin de relâchement associé à la reprise des interactions sociales. On observe néanmoins depuis fin juillet une stabilité voire une amélioration de certains comportements de prévention et une augmentation régulière du port du masque.

L'adoption systématique des comportements de distanciation physique est moins suivie chez les jeunes alors que le virus circule particulièrement dans cette tranche d'âge depuis début août. Les personnes âgées de 65 ans et plus suivent en revanche plus systématiquement les mesures de prévention préconisées.

En conclusion

Dans les départements d'outre-mer, les indicateurs épidémiologiques indiquent une tendance à la stabilisation en Guadeloupe et en Guyane, une tendance à l'augmentation en Martinique et dans une moindre mesure à Mayotte et à une légère diminution à la Réunion.

En France métropolitaine, la circulation virale se poursuit à un niveau élevé.

Le nombre de cas confirmés, les taux de positivité des prélèvements notamment chez les personnes présentant des symptômes sont en augmentation. Le taux de dépistage est par contre en diminution. Il est probable que le recours au diagnostic ait évolué ces dernières semaines du fait de fortes tensions sur la capacité diagnostique des laboratoires dans plusieurs régions et des récentes recommandations sur la priorisation des tests. Les tendances de ces indicateurs sont donc à interpréter avec prudence.

Au niveau hospitalier, le nombre des nouvelles hospitalisations notamment les admissions en réanimation et les décès survenus à l'hôpital sont en augmentation. Ces augmentations des admissions ainsi que des décès étaient attendues du fait de la transmission communautaire élevée et de l'augmentation des cas confirmés de COVID-19 rapportées depuis mi-août 2020. Les formes graves peuvent conduire à des hospitalisations et des admissions en réanimation avec un décalage d'une à deux semaines après le début des signes et au décès avec un décalage de 3 à 4 semaines.

Le nombre de cluster reste à un niveau élevé, et sont très certainement sous-estimés dans un contexte de circulation virale élevée, du fait des délais de validation et de signalement mais aussi de la baisse du taux de dépistage et donc de l'identification des cas index.

Au niveau national, les nouvelles hospitalisations, les admissions en réanimation pour COVID-19 et les nombres de décès restent actuellement à des niveaux modérés en comparaison à la situation observée en mars-avril 2020, mais **l'augmentation de la circulation du virus, en particulier chez les personnes les plus âgées, fait craindre la poursuite des hospitalisations et des décès dans les semaines à venir. La plus grande vigilance doit être maintenue auprès des personnes à risques, notamment les personnes âgées, compte tenu de la fragilité de cette population dans laquelle survient le plus grand nombre de décès dus au SARS-CoV-2.**

Afin de freiner la progression du virus SARS-CoV-2, il est important de maintenir la stratégie « **Tester-Alerter-Protéger** » : chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19, même légers, doit réaliser dans les plus brefs délais un test de diagnostic. Dans l'attente des résultats, les personnes doivent s'isoler et réduire leurs contacts au strict minimum. Cependant, les délais de diagnostic pourraient conduire à des mesures de contact tracing moins performantes du fait du retard à l'identification des cas et de leurs contacts et à la mise en place des mesures d'isolement et de quarantaine.

En l'absence de traitement curatif et de vaccin, il paraît indispensable de renforcer les actions de prévention comprenant les mesures d'hygiène, de distance physique, la réduction des contacts (sans embrassade, sans serrer les mains, éviter les regroupements) ainsi que le port approprié du masque.

Ces mesures doivent être strictement appliquées par tous.

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 d'infections respiratoires aiguës observées en médecine générale et en pédiatrie permettant d'estimer le nombre d'IRA en France métropolitaine. Cette surveillance clinique est complétée par une surveillance virologique.

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).

SI-MONIC (Système d'information pour le monitoring des clusters) : plateforme sécurisée avec saisie pour chaque cluster : date de signalement, code postal, type de collectivité, nombre de cas du cluster, criticité en termes de potentiel de transmission/diffusion et statut d'évolution.

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

Christine Campèse, Fanny Chéreau, Nelly Fournet, Anne Fouillet, Guillaume Spacciferri, Patrick Rolland, Céline Caserio-Schonemann, Myriam Fayad, Julien Durand, Cécile Forgeot, Jérôme Naud, Edouard Chatignoux, Didier Che, Bruno Coignard, Camille Le Gal, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Laurence Guldner, Claire Sauvage, Anne-Sophie Barret, Mélanie Colomb-Cotinat, Laetitia Gouffé-Benadiba, Linda Lasbeur, Enguerrand du Roscoat, Isabelle Bonmarin, Ke Zhou, Elisabeth Pinto, Anne Laporte, Yann Le Strat, Pierre Arwidson,

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 :
08 octobre 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