

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 01 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 29 septembre 2020.

Points clés

► France métropolitaine

- Poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé
- Augmentation du taux de positivité chez l'ensemble des personnes testées particulièrement marquée chez les patients avec des symptômes (13,4%, +3,7 points*)
- Augmentation des hospitalisations, nouvelles admissions en réanimation et décès
- Très probable sous-estimation des nombres de personnes testées, des cas confirmés et des clusters dans un contexte d'allongement de consolidation des données
- 62 départements en niveau de vulnérabilité élevé et 26 en niveau de vulnérabilité modéré

- **Outre-mer** : Niveau de vulnérabilité élevé : Guadeloupe, tendance à la stabilisation ; Martinique, poursuite de l'augmentation ; Guyane : tendance à la baisse
Niveau de vulnérabilité modéré : la Réunion, poursuite de la circulation virale ; Mayotte, tendance à l'augmentation

► Prévention :

- Moins de personnes évitent les regroupements et réunions face-à-face, de plus en plus de personnes portent le masque
- Recommandation : améliorer le maintien systématique d'une distance d'au moins un mètre entre les personnes, sans se serrer les mains ni s'embrasser.

Chiffres clés en France

S39 S38** Evolution

Indicateurs hebdomadaires semaine 39 (du 21 au 27 septembre 2020)

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	70 458	(73 965)	- 5%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 chez les patients symptomatiques (SI-DEP)	13,4	(9,7)*	+3,7* point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	5 070	(6 967)	-27%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	5 101	(6 669)	-23%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	4 204	(3 657)	+15%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	786	(599)	+31%
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	436	(332)	+31%

Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 29 septembre 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	124 377
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	31 893

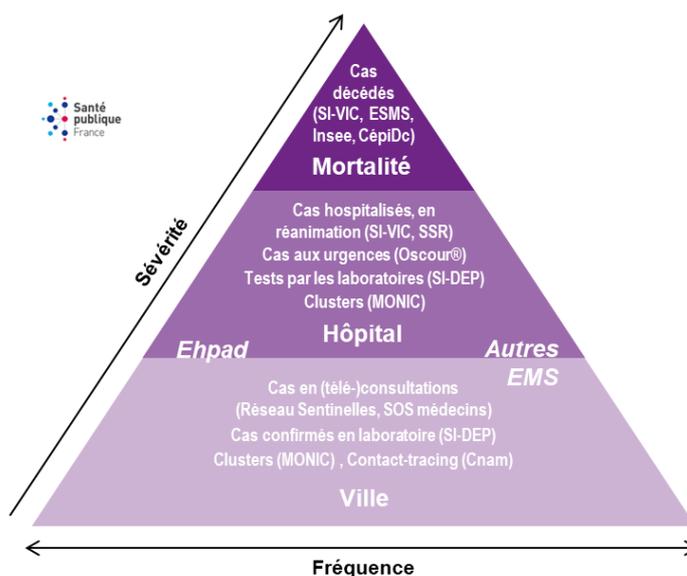
* correction suite à une vérification des données

* données consolidées



Sommaire	Page
Synthèse : mots et chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire	3
Surveillance à partir des associations SOS Médecins	4
Surveillance virologique	5-9
Activité de suivi des contacts	10-12
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 de la mortalité	27-30
Analyse de risque contextualisée	31
Situation internationale	32
Prévention	33-36
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

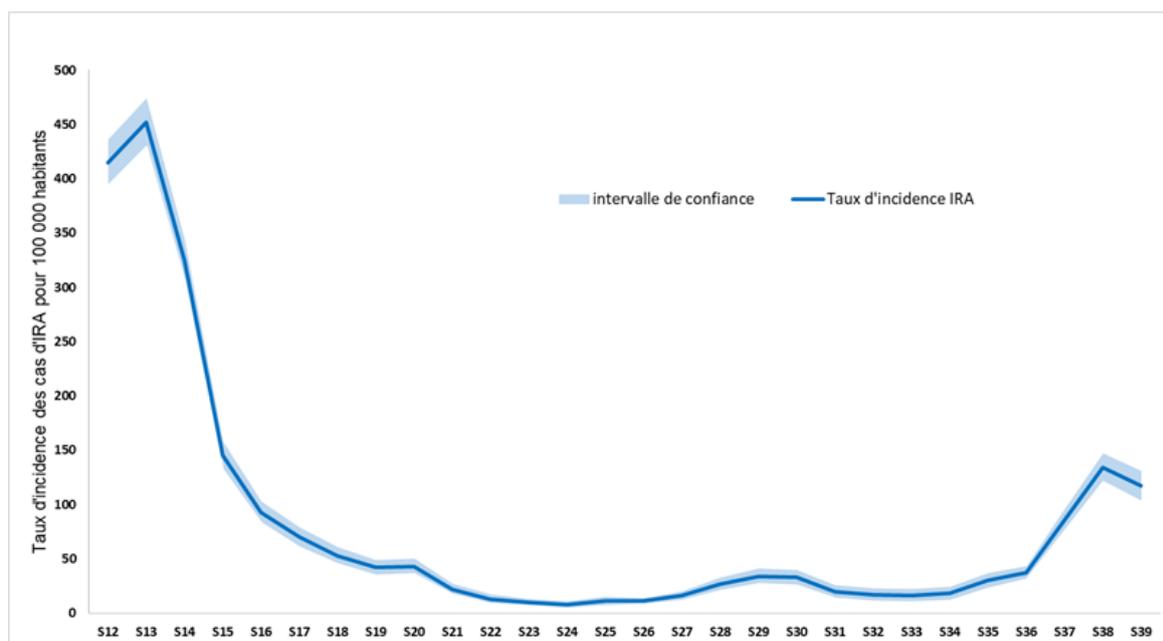
Réseau Sentinelles

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 39** (du 21 au 27 septembre 2020), le **taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 117/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [103-131]) en France métropolitaine, stable par rapport à celui de la semaine 38 : 134/100 000 habitants (IC95% : [121-147]) (Figure 1).
- **En semaine 39**, sur les 18 patients présentant une IRA qui ont eu un prélèvement, 2 se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2 et 9 positifs pour du rhinovirus.
- Depuis la semaine 37, sur les 80 patients qui ont eu un prélèvement nasopharyngé testé pour les différents virus respiratoires surveillés, 6 (7,5%) se sont révélés positifs pour le SARS-CoV-2 et 54 (68%) 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, **103 460 actes** médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 28 septembre 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- **En semaine 39** (du 21 au 27 septembre 2020), **5 070 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 (22%), Auvergne-Rhône-Alpes (16%), Hauts-de-France (11%), Nouvelle-Aquitaine (10%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (10%).
- **Le nombre d'actes était en diminution** (-27%, soit -1 897 actes par rapport aux 6 967 actes enregistrés en semaine 38). La diminution du nombre d'actes hebdomadaire est observée pour la seconde semaine consécutive chez les enfants. En S39, la diminution est aussi observée chez les adultes. La diminution est observée dans presque toutes les régions, à l'exception de la Bretagne qui connaît une hausse importante.
- La **part dans l'activité totale** tous âges est à **7,8%**, en **baisse** par rapport à la semaine précédente (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)

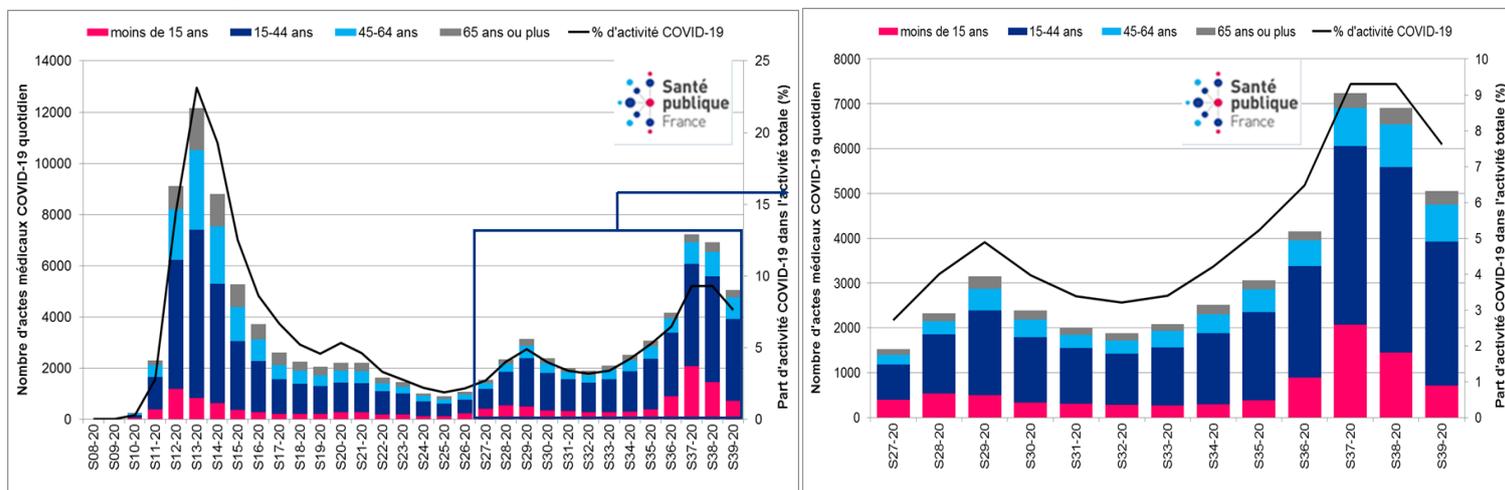
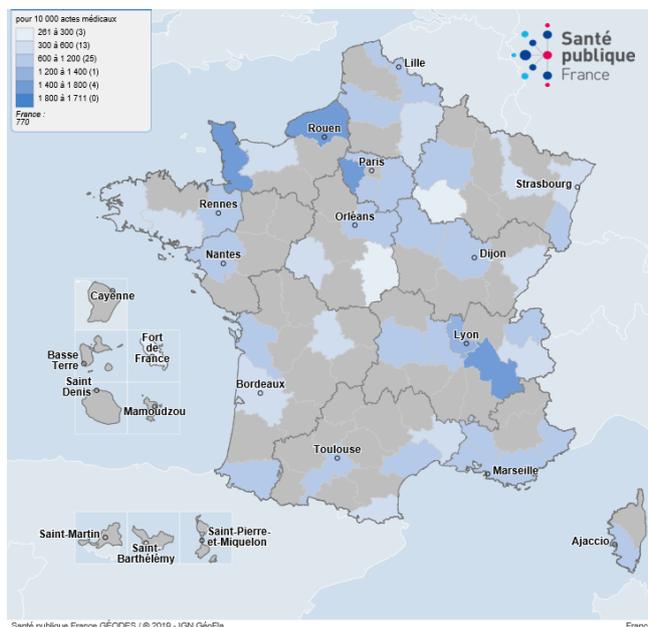


Figure 3. Taux d'actes médicaux hebdomadaires pour suspicion de COVID-19 (/10 000 actes) par département, semaine 39/2020, France (source : SOS Médecins)



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

Surveillance virologique

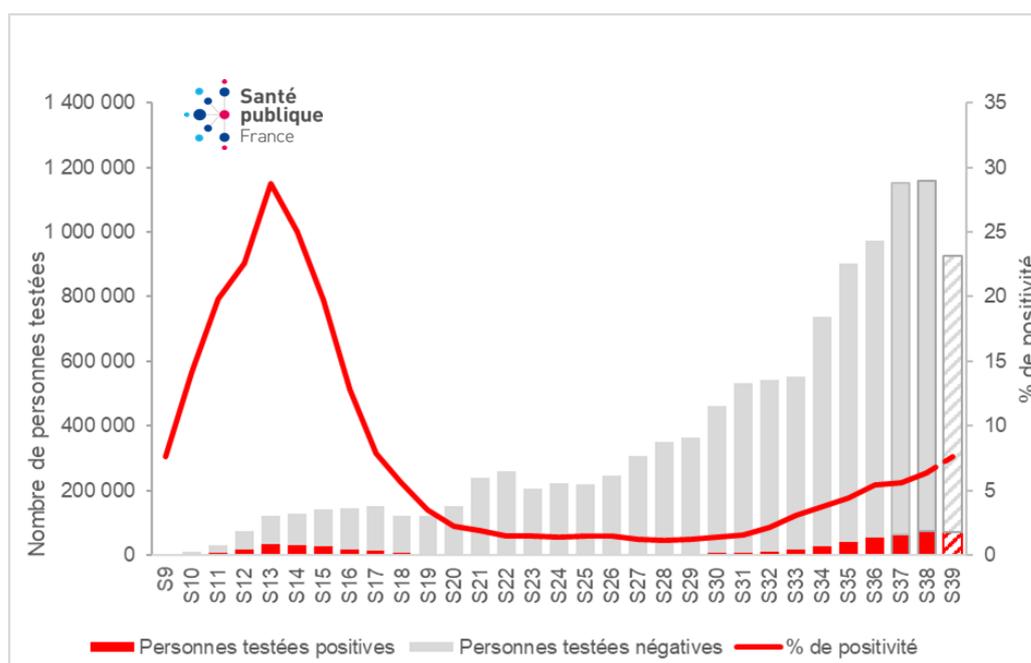
Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou par département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées 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 39, **924 687 personnes ont été testées** pour le SARS-CoV-2 par RT-PCR (pour 1 115 946 tests réalisés). Parmi ces personnes, **70 458 étaient positives**. Le nombre de personnes testées positives était resté stable par rapport à la semaine précédente (73 965 en S38, -5%).
- **Le taux de positivité national hebdomadaire était en S39 de 7,6%** (calculé sur les tests valides), en **augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (6,4% en S38 soit +1,2 point) (Figure 4).
- **En semaine 39**, 95% des personnes testées étaient en ville, 3% étaient hospitalisées et 2% en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Parmi les cas positifs, 96% des cas étaient en ville, 2% étaient hospitalisés et 2% en Ehpad.
- **Le taux national d'incidence** (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) **était de 105 cas/100 000 habitants** en S39 et est resté stable par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (110 cas /100 000 hab. en S38, -5%).
- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **1 378/100 000 habitants** et a diminué par rapport à la semaine 38 (1 726/100 000 hab., -20%).

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 30 septembre 2020)



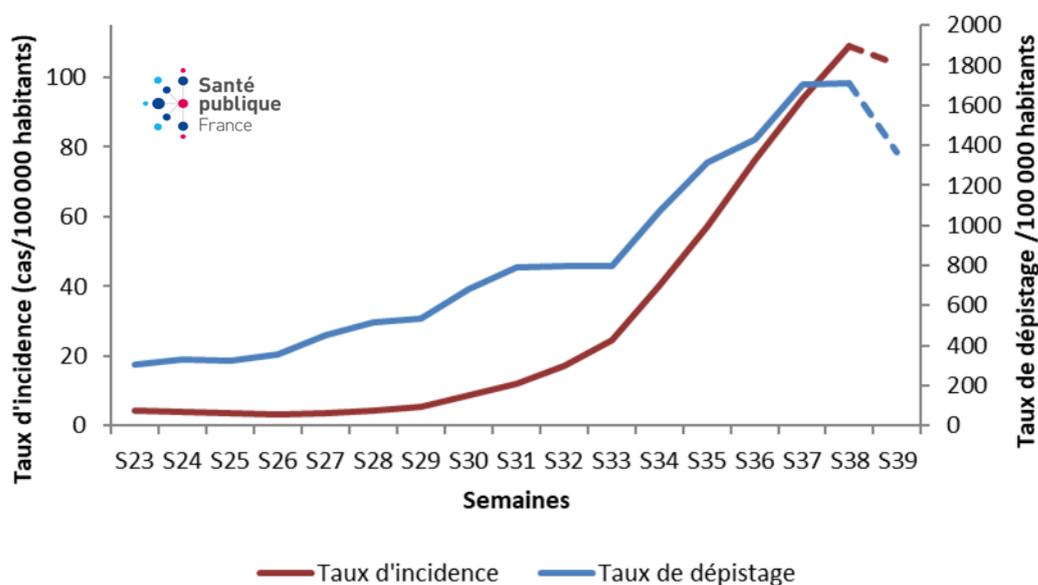
S39 : Données provisoires , en cours de consolidation

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

En France métropolitaine

- En semaine 39, 884 990 personnes ont été testées et le test s'est avéré positif pour le SARS-CoV-2 pour 67 385 personnes. Le nombre de personnes positives pour le SARS-CoV-2 est resté stable en S39 par rapport à la semaine précédente (données consolidées en S38 avec 70 649, -5%).
- Le taux de positivité était de 7,6% en S39, en augmentation par rapport à la S38 (6,4% en S37).
- Le taux d'incidence en France métropolitaine était resté stable avec 104 cas/100 000 habitants (vs 109 cas/100 000 hab. en S38) (Figure 5).
- Le taux de dépistage hebdomadaire était de 1 364/100 000 habitants, en diminution par rapport à la semaine précédente (1 710/100 000 hab. en S38).

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 30 septembre 2020).

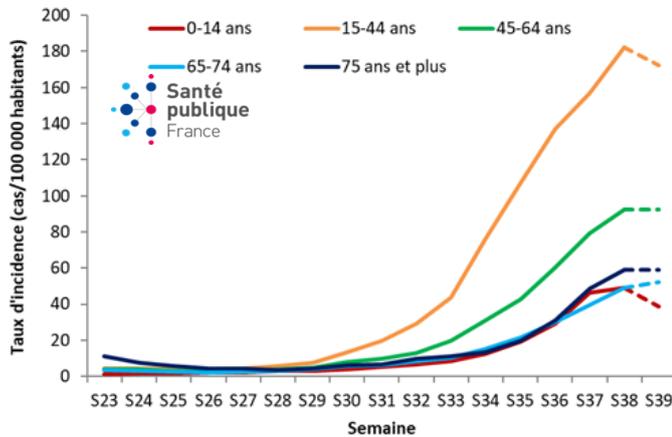


S39 : Données provisoires , en cours de consolidation

Analyse par classes d'âge

- En semaine 39, en France métropolitaine, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) était de 39 chez les 0-14 ans, 172 chez les 15-44 ans, 93 chez les 45-64 ans, 52 chez les 65-74 ans et 59 chez les 75 ans et plus (Figure 6a).
- En semaine 39, par rapport à la S38, le taux d'incidence a diminué chez les 0-14 ans et les 15-44 ans. Ce taux était stable chez les 45-64 ans et les 75 ans et plus et a uniquement augmenté chez les 65-74 ans (+6%) (Figure 6a).
- Parmi les 15-44 ans, le taux d'incidence observé en S39 était en diminution dans toutes les classes d'âge : la diminution la plus forte était chez les 15-19 ans (-10%) puis chez les 35-39 ans (-9%) suivi par les 40-44 ans (-6%), les 20-24 ans (-4%), les 25-29 ans (-4%) et les 30-34 ans (-1%).
- Parmi les 0-19 ans, en semaine 39 et par rapport à la S38, le taux d'incidence a diminué dans toutes les classes d'âge : -35% chez les 0-4 ans, -37% chez les 5-9 ans, -8% chez les 10-14 ans et -10% chez les 15-19 ans (Figure 6c).
- Le taux de dépistage était en diminution dans toutes les classes d'âge : -47% chez les 0-14 ans, -18% chez les 15-44 ans, -13% chez les 45-64 ans, -7% chez les 65-74 ans et -8% chez les 75 ans et plus. (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 30 septembre 2020)



S39 : Données provisoires , en cours de consolidation

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 30 septembre 2020)

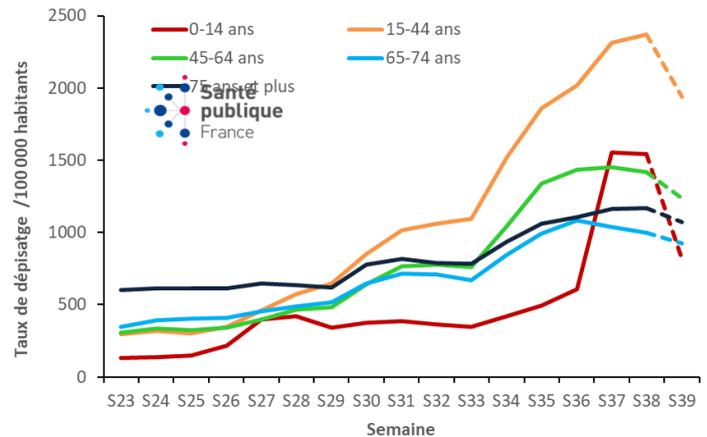
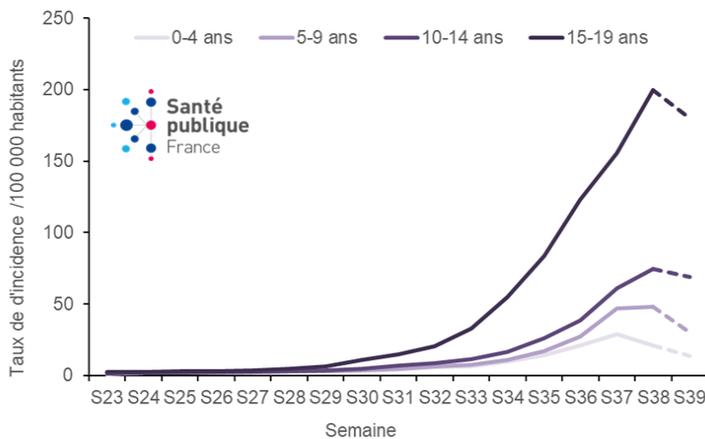
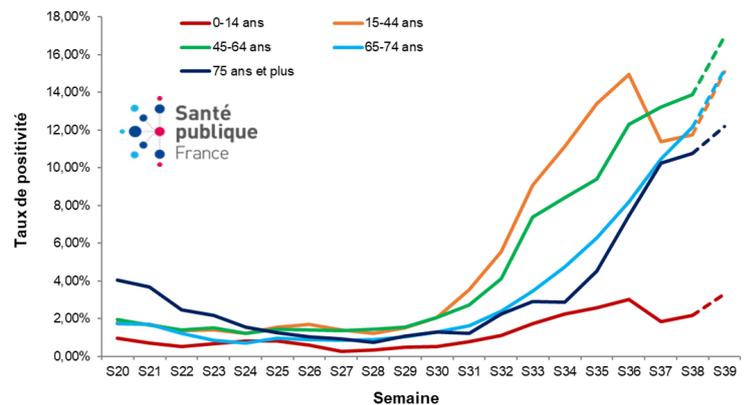


Figure 6c. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-CoV-2 chez les 0-19 ans depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 30 septembre 2020)



S39 : Données provisoires , en cours de consolidation

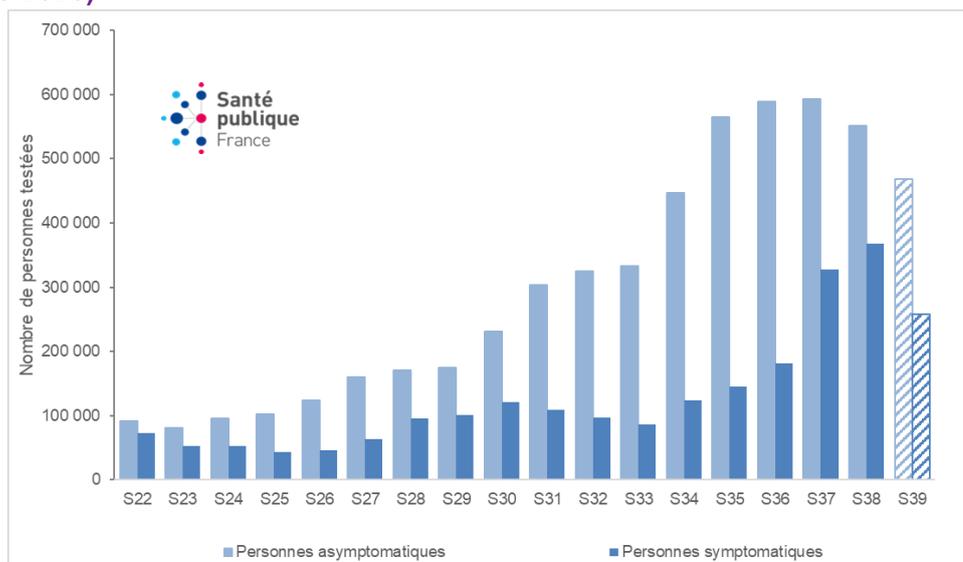
Figure 6d. Evolution des taux de positivité parmi les personnes symptomatiques selon les classes d'âge depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 30 septembre 2020)



Dépistage selon la présence de symptômes

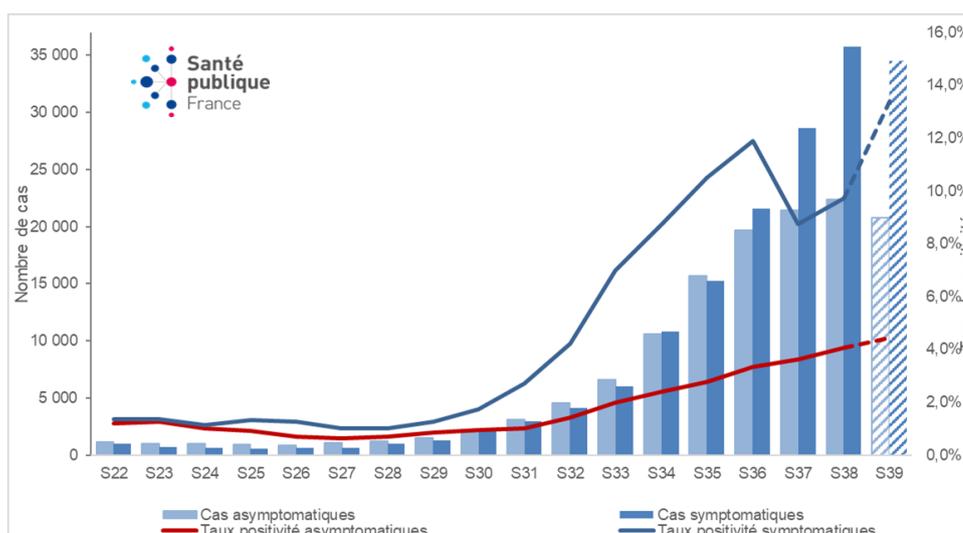
- Parmi l'ensemble des personnes testées en S39 (quel que soit le résultat du test), **65% se déclaraient sans symptôme** (Figure 7). Le nombre de personnes testées a diminué en S39 par rapport à S38, à la fois chez les personnes présentant des symptômes et celles n'en présentant pas, **mais cette baisse est plus marquée chez les symptomatiques** : 257 384 personnes symptomatiques en S39 vs. 367 844 en S38 (-30%) et 468 508 personnes asymptomatiques en S39 vs. 550 645 en S38 (-15%).
- **Plus de la moitié des cas positifs (62%) présentaient des symptômes** (données disponibles pour 55 251 cas). Cette proportion était stable par rapport à la S38 (61,5% en S38) (Figure 8).
- En S39, le taux de positivité était de **13,4% chez les personnes symptomatiques, en forte augmentation par rapport à S38 (9,7%, +3,7 points)**, après une hausse continue depuis S31 et un décrochage en S37 et S38. En S39, le taux de positivité augmentait dans toutes les classes d'âge (Figure 6d) mais la hausse était plus particulièrement marquée chez les 15-45 ans alors que ce taux avait fortement baissé en S37 pour cette classe d'âge.
- Le taux de positivité était de **4,4% chez les asymptomatiques** (vs. 4,1% en S38, +0,4 points), en augmentation régulière depuis S32.
- En S39, par rapport à la S38, une diminution des nombre de cas était observé chez les cas symptomatiques (-3,5%) et chez les cas asymptomatiques (-7%) (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 30 septembre 2020).



S39 : 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 30 septembre 2020).



S39 : 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

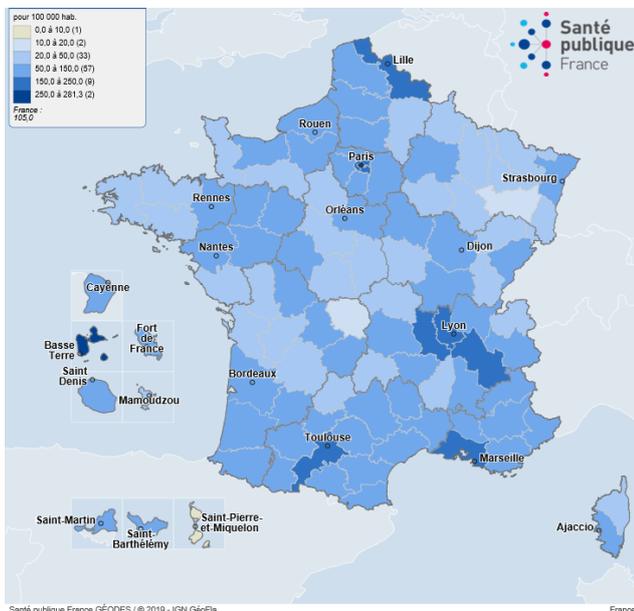
- En semaine 39, tous les départements dépassaient le seuil des 10 cas confirmés /100 000 habitants, **41 départements étaient au-dessus de 50/100 000 habitants et 21 au-dessus de 100/100 000 habitants**. Les taux les plus élevés étaient à Paris (256/100 000 hab.), dans le département du Rhône (220), du Nord (203) et de la Haute-Garonne (203) (Figure 9a). Ces taux étaient en augmentation par rapport à la semaine précédente.
- **Le taux de positivité était supérieur à 5% dans 56 départements** de France métropolitaine (contre 30 la semaine précédente) (Figure 9b). Les plus élevés étaient rapportés en Isère (12,9%), en Seine-Saint-Denis (12,7%), à Paris (12,0%), dans l'Essonne (11,8%) et dans le Rhône (11,5%) **et étaient en augmentation par rapport à la semaine précédente**.
- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** en S39 étaient le Nord (2 181/100 000 hab.), les Bouches-du Rhône (2 151), Paris (2 128) et la Haute-Garonne (1 945) (Figure 9c).

En outre-mer

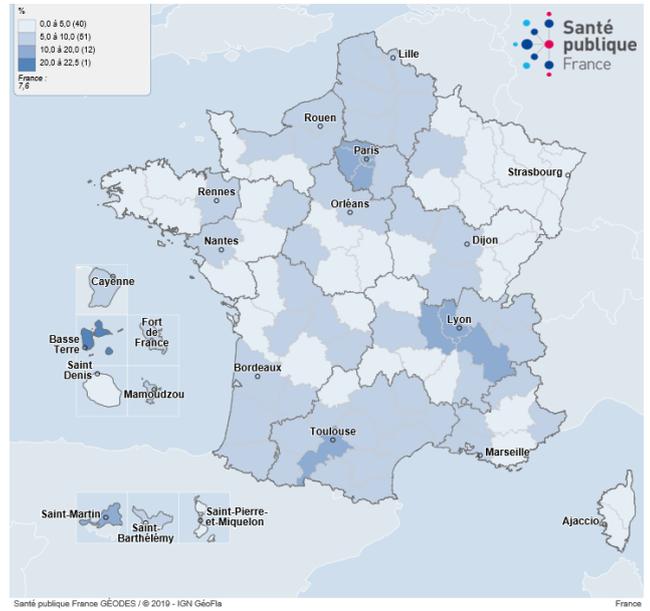
- **En Guadeloupe**, en semaine 39, le taux d'incidence était de 281/100 000 hab. (301 en S38) et le taux de positivité de 23% (23% en S37).
- **A Saint-Martin**, les indicateurs SI-DEP étaient **en baisse** en semaine 39, le taux d'incidence était de 101/100 000 hab. (143 en S38), et le taux de positivité de 11,6% (16,6% en S38).
- **En Guyane**, les indicateurs étaient **en hausse** en semaine 39, le taux d'incidence était de 62/100 000 hab. (54 en S38), et le taux de positivité de 6,5% (4,4% en S37).
- **En Martinique**, les indicateurs SI-DEP étaient **en hausse** en S39 avec un taux d'incidence de 74/100 000 hab. (49 en S38) et un taux de positivité de 7,1% (4,2% en S38).
- **A La Réunion**, les indicateurs SI-DEP étaient **stables** en semaine 39, le taux d'incidence était de 60/100 000 hab. (64/100 000 hab. en S38), et le taux de positivité de 4,8% (4,4% en S38).
- **A Mayotte**, en semaine 39, le taux d'incidence était de 35/100 000 hab. (39/100 000 hab. en S38), et le taux de positivité de 8,1% (6,9% en S38).

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 20 au 27 septembre 2020 (source : SI-DEP, données au 30 septembre 2020)

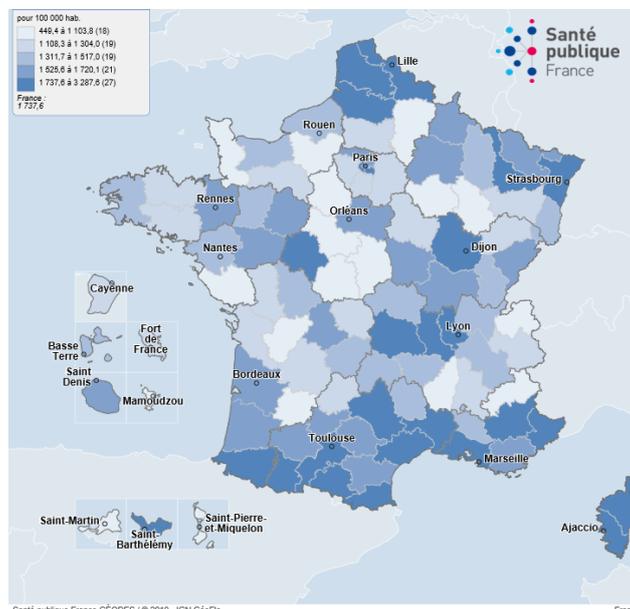
9a.



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.

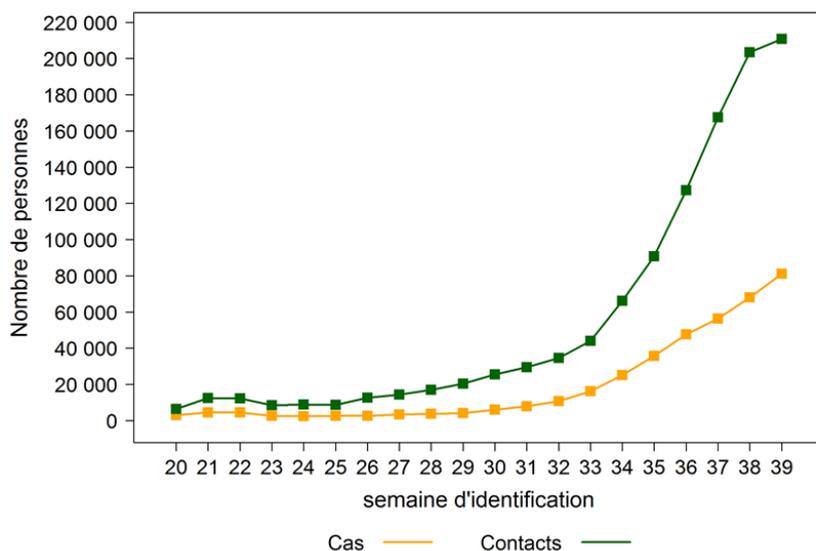
Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) dans le cadre des actions de contact tracing (base de données ContactCovid) permettent de juger de l'efficacité du dispositif de contact tracing et donnent des indications complémentaires aux données de surveillance quant à la 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 rapide du nombre de cas ainsi que du nombre de personnes-contacts à risque identifiés sur les dernières semaines se poursuit (Figure 10).

Figure 10. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque identifiés par semaine du 13 mai 2020 au 27 septembre 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 39, sur l'ensemble du territoire, **92% des cas et 96% des personnes retenues comme personnes-contacts à risque dans la base ContactCovid ont pu être joints par l'Assurance Maladie**. Ces proportions montrent une légère hausse par rapport à celles observées en semaines 35 à 38. 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 2020 au 27 septembre 2020 et pendant la dernière semaine (S39/2020) (source : ContactCovid – Cnam)

Territoires/régions	Depuis la levée du confinement du 13/05 au 20/09				Semaine 39 du 21/09 au 27/09			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%	N	%
France entière	388 861**	94	1 121 162**	98	81 176	92	210 854	96
France métropolitaine	369 306	94	1 080 029	99	79 089	92	206 242	96
Auvergne-Rhône-Alpes	44 542	100	147 916	99	10 768	99	32 433	97
Bourgogne-Franche-Comté	9 193	97	34 245	99	2 136	96	6 980	95
Bretagne	10 211	99	47 574	98	2 392	98	8 731	94
Centre-Val de Loire	8 721	100	29 419	99	1 624	99	5 160	98
Corse	1 519	96	4 174	99	211	93	558	97
Grand-Est	17 887	100	63 809	100	2 584	98	8 511	98
Haut-de-France	35 680	93	107 647	98	9 355	91	22 150	96
Ile-de-France	108 357	88	230 980	99	24 487	85	47 503	96
Normandie	12 083	96	45 078	99	2 981	95	8 709	96
Nouvelle-Aquitaine	26 680	96	105 260	99	4 861	96	18 555	97
Occitanie	33 769	99	98 968	98	8 117	96	22 508	94
Pays de la Loire	14 689	99	66 155	99	2 484	97	10 611	96
Provence-Alpes-Côte d'Azur	45 975	93	98 804	99	7 089	91	13 833	98
France ultra-marine								
La Réunion	3 505	87	10 970	92	507	81	1 642	92
Martinique	1 344	99	4 379	98	255	96	519	94
Mayotte	1 842	76	4 198	58	12	33	7	57
Guadeloupe	5 506	92	8 358	98	1 071	93	1 530	93
Guyane	6 612	92	9 972	100	133	97	189	97
<i>Région indéterminée</i>	<i>746</i>		<i>3 256</i>		<i>109</i>		<i>725</i>	

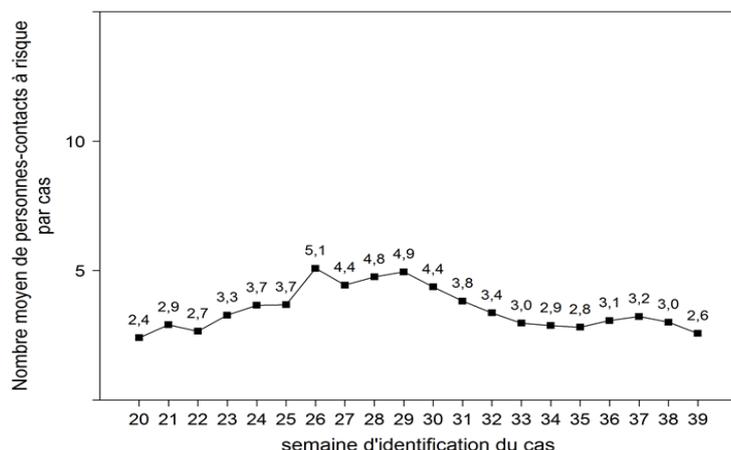
* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 07/05/2020.

** 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 est en baisse, en lien avec l'augmentation moins marquée cette semaine du nombre de nouvelles personnes-contacts à risque identifiées (Figure 11). Cet indicateur s'établissait légèrement au-dessus de 3,0 personnes-contacts par cas depuis la semaine 36. En semaine 39, **en moyenne 2,6 personnes-contacts à risque par cas ont été enregistrées** (Figure 11). La moyenne consolidée sera disponible en semaine 40.

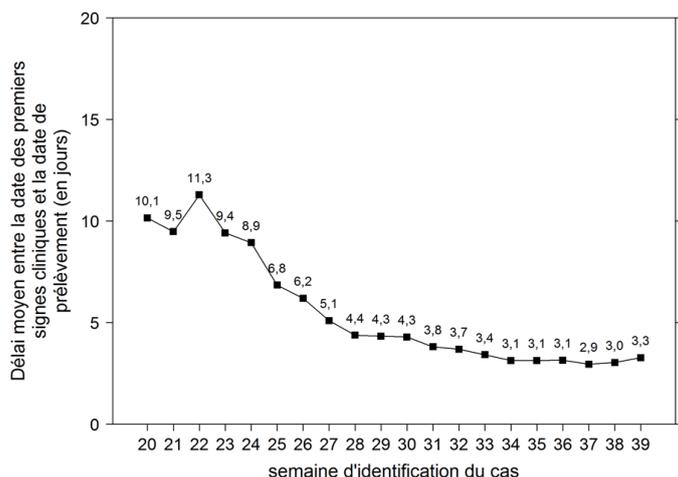
Figure 11. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine du 13 mai au 27 septembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



Délai de dépistage des cas symptomatiques

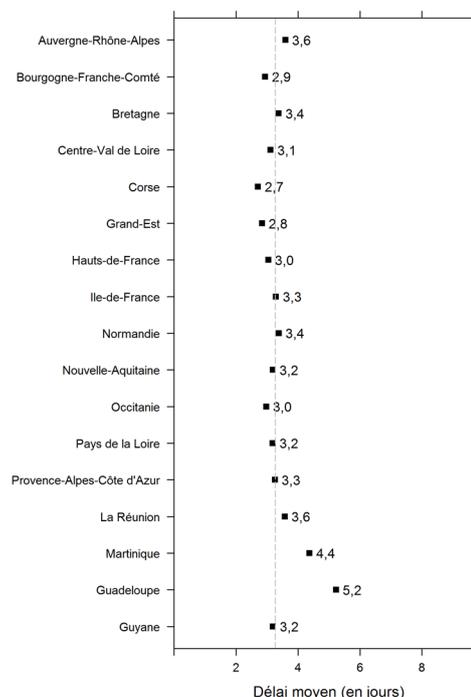
- En semaine 39, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et une date de prélèvement pour dépistage par RT-PCR renseignés (n=41 096), **le délai moyen de dépistage était en augmentation à 3,3 jours** (Figure 12). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient. Il existe des disparités entre les régions avec un écart de 2,7 à 5,2 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 27 septembre 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 27 septembre 2020, par région (source : ContactCovid – Cnam)

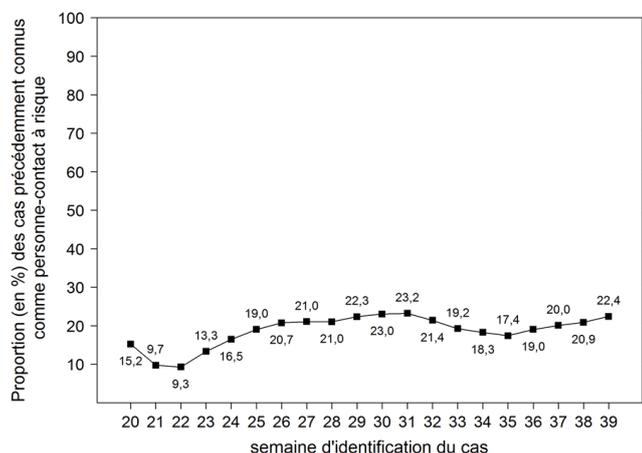


Note : délai moyen calculé quand au moins 30 cas avec l'information. La ligne verticale correspond à la moyenne nationale de la semaine.

Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque

- En semaine 39, **22,4% des nouveaux cas identifiés étaient précédemment connus comme personne-contact à risque** d'un autre cas (n=18 188). Cet indicateur augmente significativement depuis la semaine 35 (Figure 14). Des disparités importantes entre régions sont à noter : de 14 % en Ile-de-France à 42% sur l'île de La Réunion (Figure 15).

Figure 14. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque par semaine du 13 mai au 27 septembre 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 S39 (21 au 27 septembre 2020) par région (source : ContactCovid – Cnam)



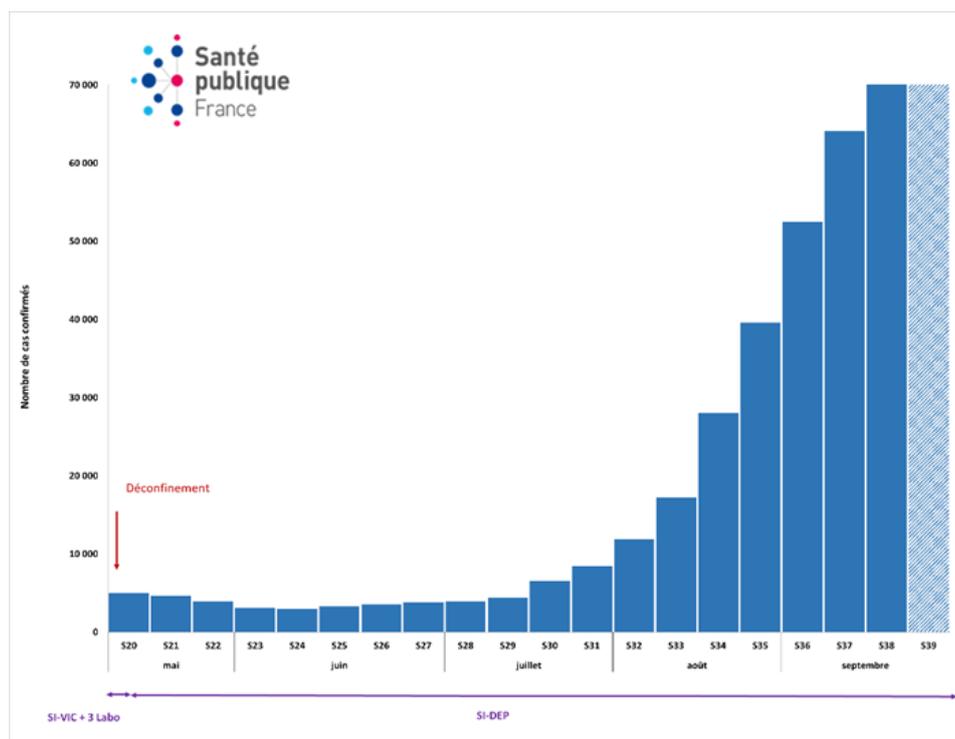
Cas confirmés de COVID-19

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 30 septembre 2020, 423 292 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Au 30 septembre 2020, un total de 563 535 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 sur les dernières semaines ; 73 965 cas en S38 vs 64 066 en S37, soit une hausse de +15% (Figure 16). A noter qu'en S39, le nombre de cas confirmés est de 70 458 cas. Cependant, les données de la semaine 39 n'étant pas consolidées, il n'est pas encore possible de conclure quant à une réelle diminution du nombre de cas confirmés.
- En France métropolitaine, l'augmentation du nombre de cas confirmés qui était modérée depuis la semaine 24, s'est intensifiée depuis la semaine 30.

Figure 16. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 10 mai au 27 septembre 2020 (données au 30 septembre 2020)



S39 : 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)

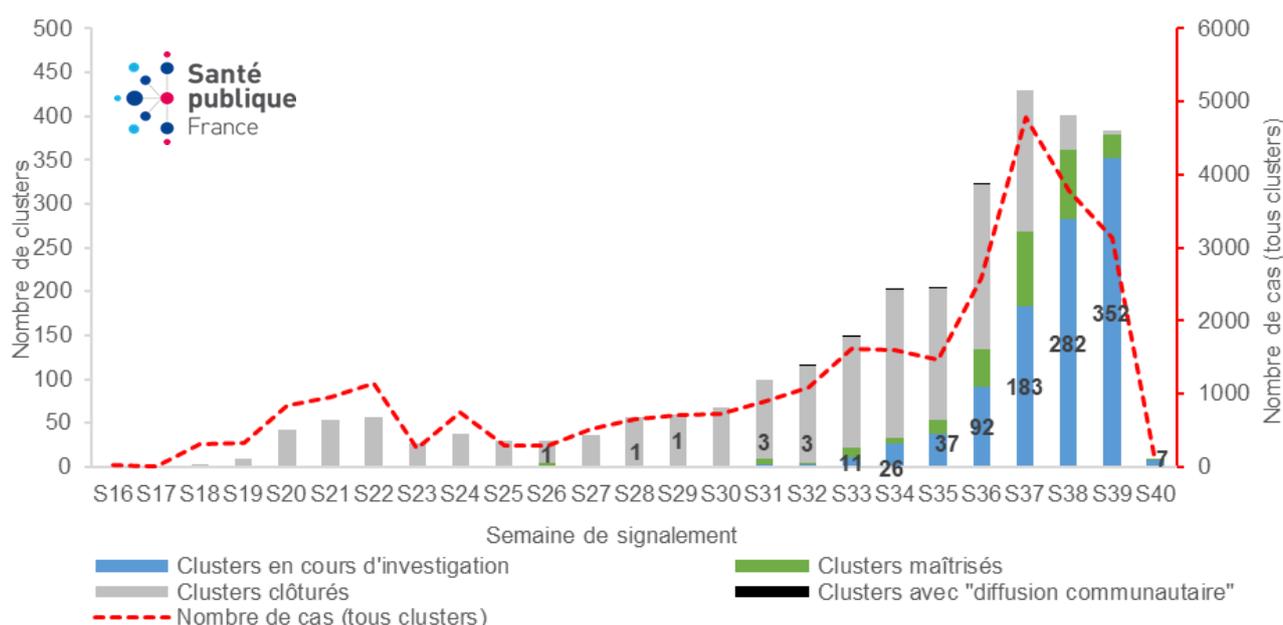
Depuis la levée du confinement, le 11 mai 2020, les ARS en lien avec les cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters (ou foyers de contamination), selon le guide en vigueur [1]. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler 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.

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 S39, le nombre de clusters demeurait à un niveau élevé avec **384** (vs. 401 en S38) (Figure 17). Au total, 2 830 clusters ont été signalés (95% en métropole) incluant 28 790 cas.
- Au 28 septembre, **1 001** (35%) clusters étaient en cours d'investigation dont **293** (29%) en criticité élevée (potentiel de transmission, critères de gravité), 10% étaient maîtrisés, 54% étaient clôturés et **6 clusters** (0,2%) ont impliqué une diffusion communautaire (Figure 17).
- Parmi les 2 830 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 (20%) et le milieu familial élargi (plusieurs foyers) et les événements publics/privés rassemblant de manière temporaire des personnes (18%) (Tableau 2). Les clusters en milieu scolaire et universitaire représentaient 36% des clusters en cours d'investigation (voir focus).

Figure 17. Nombre de clusters selon leur statut et nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement, entre le 09 mai et le 28 septembre 2020, (N=2 830) (Source : MONIC)



Note : du fait des délais de signalement des clusters à Santé publique France, le nombre de cluster pendant la semaine 39 est susceptible d'augmenter. La semaine 40 est en cours. Les semaines 39 et 40 sont donc 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 28 septembre 2020, (N=2 830) (Source : MONIC)

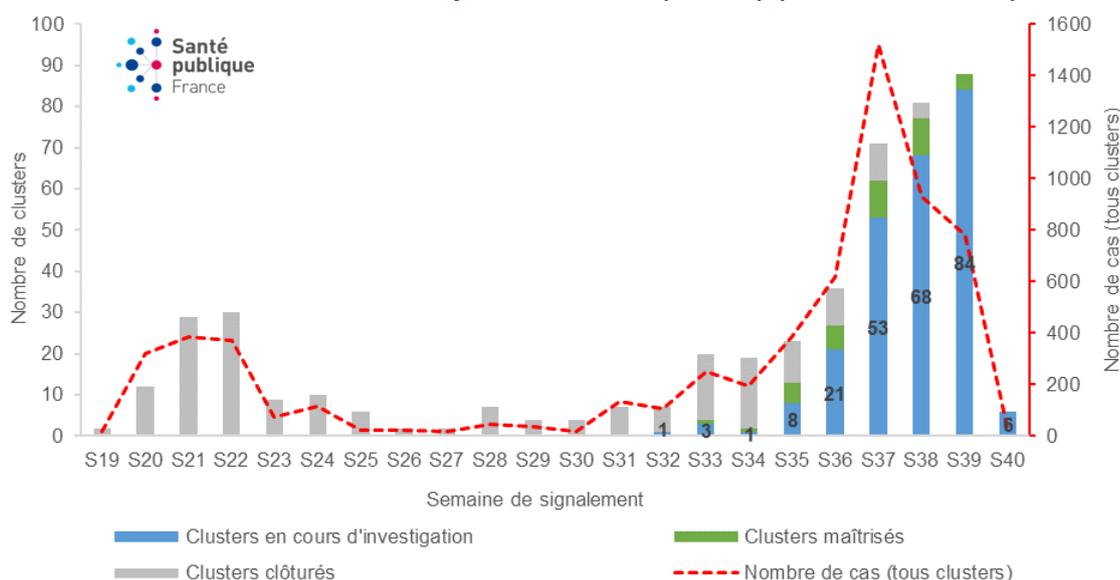
Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=2 830	%	N=1 001	%
Entreprises privées et publiques (hors ES)	704	24,9	184	18,4
Milieu scolaire et universitaire	551	19,5	359	35,9
Etablissements de santé	312	11,0	106	10,6
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	311	11,0	80	8,0
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	201	7,1	14	1,4
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	112	4,0	26	2,6
EMS de personnes handicapées	112	4,0	57	5,7
Crèches	56	2,0	21	2,1
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	54	1,9	15	1,5
Transport (avion, bateau, train)	33	1,2	17	1,7
Etablissement pénitentiaires	28	1,0	8	0,8
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	26	0,9	1	0,1
Structure de l'aide sociale à l'enfance	24	0,8	11	1,1
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	1	0,0	1	0,1
Autre	305	10,8	101	10,1

Clusters (foyers de transmission) en Ehpad

Parallèlement aux dispositifs de surveillance mis en place dans les ESMS (cf. page 18), 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 S39, le nombre de clusters demeure à un niveau élevé avec **88 clusters signalés** (vs. 81 en S38) (Figure 18). Au total, 475 clusters ont été signalés (99% en métropole) incluant 6 414 cas (Figure 18).
- Sur les 475 clusters, 52% (n=245) étaient en cours d'investigation, 7% étaient maîtrisés, 41% clôturés et aucun cluster n'avait diffusé. La majorité (68%) comportait plus de 5 cas (13 en moyenne par cluster).
- Les 245 clusters en cours d'investigation étaient localisés dans toutes les régions métropolitaines. Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie comptabilisaient respectivement 27% et 20% 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 28 septembre 2020, (N=475) (Source : MONIC)



Note : du fait des délais de signalement des clusters à Santé publique France, le nombre de cluster pendant la semaine 39 est susceptible d'augmenter. La semaine 40 est en cours. Les semaines 39 et 40 sont donc en cours de consolidation.

Focus sur les clusters en milieu scolaire et universitaire, SI-MONIC Santé publique France, au 28 septembre 2020

Préambule

- Le Milieu scolaire et universitaire est défini selon 4 niveaux d'enseignement (NAF Rév. 2) : pré-primaire, primaire, secondaire, supérieur. Le pré-primaire inclut les écoles maternelles, les jardins d'enfants, les centres d'éducation de la petite enfance, les sections spéciales rattachées aux écoles primaires ; il ne comprend pas les garderies d'enfants de jour (crèches, haltes-garderies, gardes d'enfants par assistantes maternelles ou au domicile) ;
- 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.

Principaux résultats

- Au 28 septembre 2020, le bilan s'élevait à **550 clusters**, la majorité étant rapportée depuis la rentrée. De S37 à S39, la moyenne était de 163 nouveaux clusters par semaine (Figure 19). Hormis la Corse, toutes les régions ont déclaré des clusters. Les régions qui en ont rapporté le plus sont l'Île-de-France (24%), la Nouvelle-Aquitaine (15%) et l'Occitanie (10%).
- Concernant le niveau d'enseignement (données disponibles pour 505 clusters), 46% des clusters étaient dans l'enseignement secondaire et 33% dans l'enseignement supérieur. **La proportion de clusters à criticité élevée augmentait avec le niveau d'enseignement, avec 43% des clusters dans l'enseignement supérieur à criticité élevée** (Tableau 3). Le nombre moyen de cas par cluster augmentait par ailleurs avec le niveau d'enseignement.

Figure 19 : Nombre de clusters en milieu scolaire et universitaire par semaine de signalement ; N=550 clusters, données au 28 septembre 2020 (Source SI-MONIC, Santé publique France)

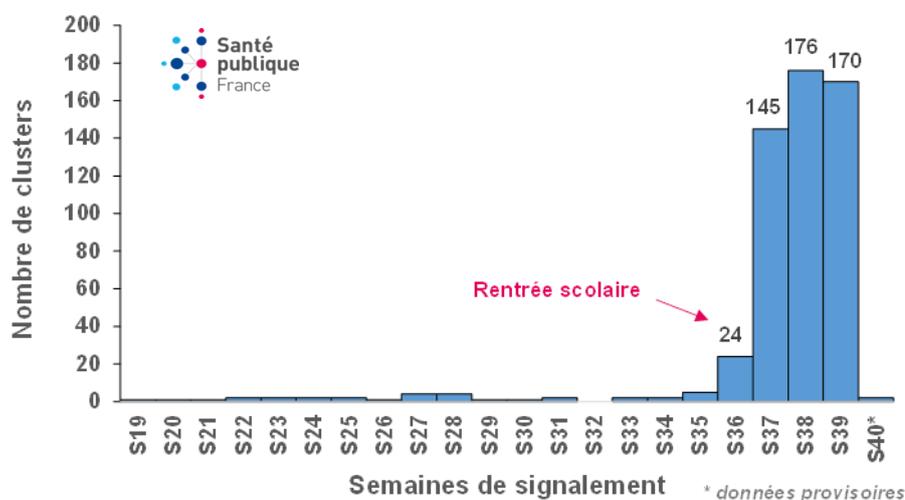


Tableau 3 : Criticité des clusters selon le niveau d'enseignement (NAF Révision 2, 2008) ; N=505 clusters au 28 septembre 2020, SI-MONIC, Santé publique France

Niveau Scolaire	Nombre de clusters	%	% de criticité élevée	Nombre moyen de cas par cluster
Enseignement pré-primaire	34	6,7	5,9	5
Enseignement primaire	72	14,3	11,1	6
Enseignement secondaire	231	45,7	15,2	7
Enseignement supérieur et post-secondaire	168	33,3	42,9	24
Total	505	100,0	23,2	13

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

- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 27 septembre 2020, 11 229 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 6 981 (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 4 248 (38%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 4).
- Parmi les 11 229 signalements, **45 090 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents. Parmi les **10 692 décès dans l'établissement d'accueil**, 10 606 étaient survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Tableau 4).
- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 27 septembre 2020, parmi les 6 981 signalements en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 4 318 (62%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.

Tableau 4. 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 27 septembre 2020, France.

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	6 981	3 156	528	564	11 229
Chez les résidents					
Cas confirmés ⁶	39 092	4 884	312	802	45 090
Décès ⁷ hôpitaux	3 884	206	0	21	4 111
Décès ⁷ établissements*	10 606	75	0	11	10 692
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	19 251	4 272	381	335	24 239

*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) ;

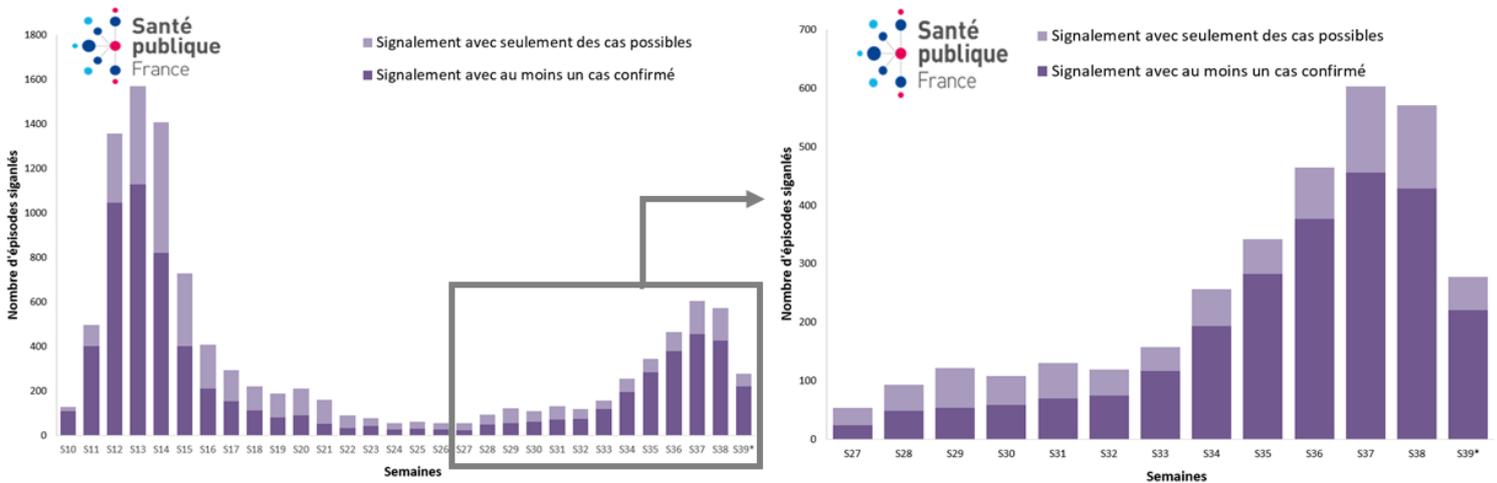
⁵ Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible ;

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.

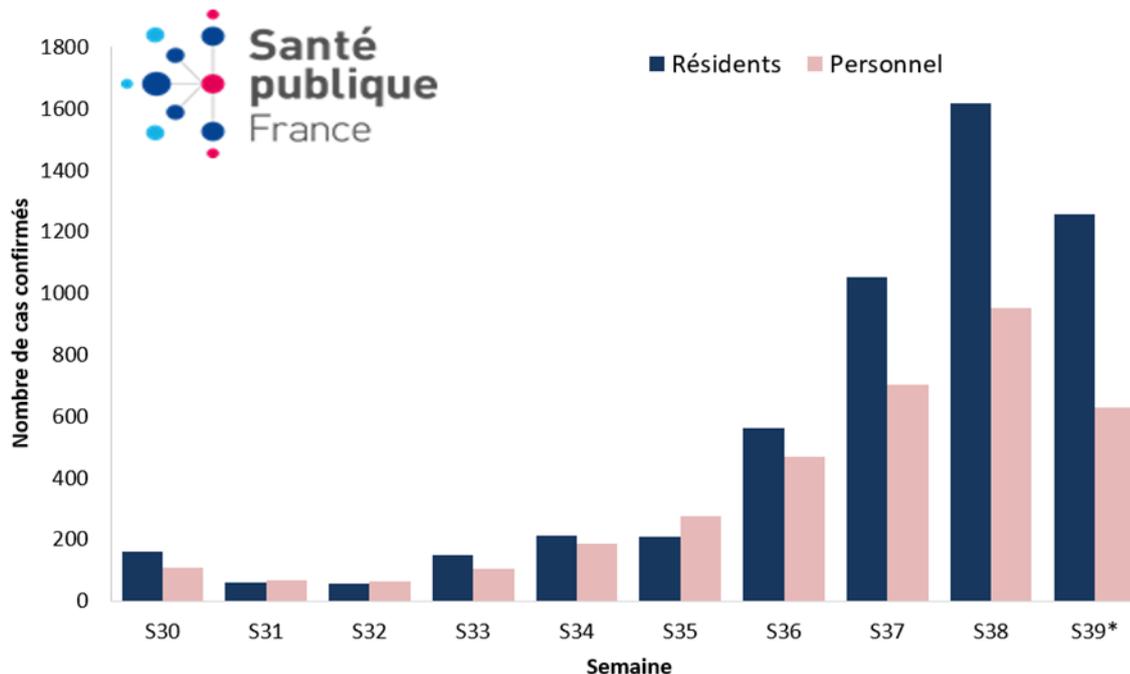
- Une augmentation du nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS est observée depuis début juillet et jusqu'en semaine 37 (Figure 20). En semaines 38 et 39, respectivement 571 et 278 signalements ont été enregistrés (les données de la semaine 39 sont en cours de consolidation) (Figure 20). Après une forte augmentation du nombre de cas confirmés en semaine 38, un nombre moins élevé de cas confirmés a été signalé en semaine 39 (2 567 en S38 et 1 886 en S39). Cependant il convient d'attendre que les données de S39 soient consolidées pour conclure sur la tendance récente (Figure 21).
- On constate un nombre plus important de cas de Covid-19 confirmés parmi les résidents par rapport au nombre de cas confirmés parmi le personnel (1 258 parmi les résidents et 628 parmi le personnel en S39) (Figure 21).
- Après être resté stable de la semaine 29 à la semaine 36, le nombre de décès en ESMS augmente ces dernières semaines (95 en S39, 80 en S38, 89 en S37, contre 0 en S36). 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 27 septembre 2020, en France.



*Les données de la semaine 39 sont en cours de consolidation.

Figure 21. Nombre de signalements de cas de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine calendaire, du 20 juillet au 27 septembre 2020, en France



*Les données de la semaine 39 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 39** (du 21 au 27 septembre 2020), 5 101 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période, représentant 1,8% de l'activité totale des services d'urgence du réseau OSCOUR®.
- **Pour la première semaine, ces passages étaient en baisse** de 23% tous âges comparés à la semaine 38 (6 669 passages et 2,2% d'activité totale - données consolidées du 29 septembre 2020). Cette baisse est plus marquée chez les enfants (-51% soit -196 passages) que chez les **adultes** (-22% soit -1 372 passages) (Figure 22).
- La **baisse est observée dans la plupart des régions** excepté en Bretagne. Les baisses s'échelonnent de -43% à -37% pour les régions Nouvelle-Aquitaine, Bourgogne-Franche-Comté, Grand-Est, et Pays de la Loire et de -30% à -17% pour les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur, Ile-de-France, Centre-Val de Loire, Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France et Occitanie.
- En semaine 39, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, 33% ont été enregistrés en Ile-de-France, 12% en Auvergne-Rhône-Alpes, 10% en Provence-Alpes-Côte d'Azur et 8% en Nouvelle-Aquitaine.
- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, 209 566 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 29 septembre 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgences ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

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®)

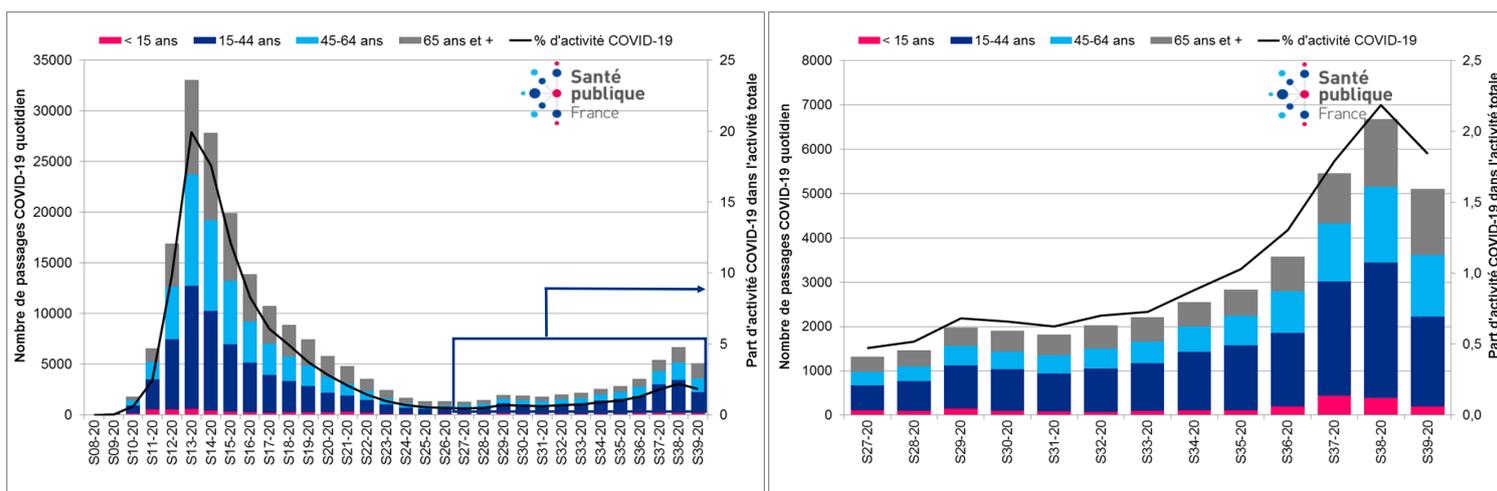
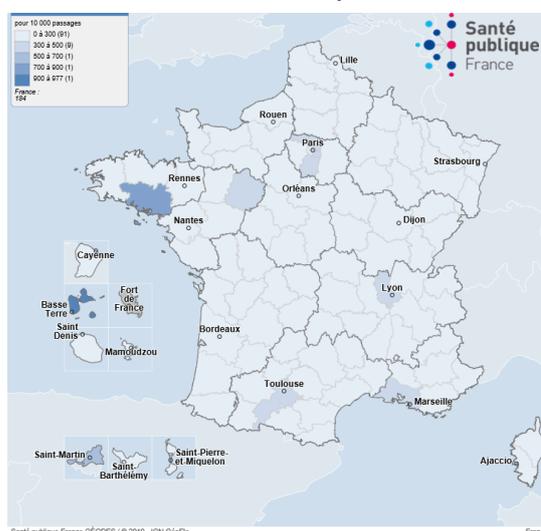


Figure 23. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 39/2020, France (source : OSCOUR®)



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 20 et le 26 septembre 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 21 et le 27 septembre 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 : 1,00** (intervalle de confiance, IC95% : 1,00-1,01), estimation en baisse par rapport à celle produite la semaine précédente (1,06) (Tableau 5, Figure 24). **Le R calculé à partir des données d'hospitalisations (SI-VIC) est également significativement supérieur à 1 : 1,06** (IC95% : 1,03-1,10), estimation en baisse par rapport à celle produite la semaine précédente (1,28). **Le R calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) devient inférieur à 1 : 0,88** (IC95% : 0,85-0,90).
- **Dans les régions métropolitaines** (Tableau 5), l'estimation du R -effectif à partir des données virologiques (SI-DEP) et des hospitalisations (SI-VIC) **est simultanément significativement supérieure à 1 dans deux régions** : Hauts-de-France et Ile-de-France.
- L'estimation du R -effectif est également **significativement supérieure à 1** à partir des données virologiques (SI-DEP) **dans trois autres régions** (Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Pays-de-la-Loire), alors que celle obtenue à partir des hospitalisations (SI-VIC) est **significativement supérieure à 1 en Normandie**.
- **A partir des passages aux urgences (OSCOUR)**, l'estimation du R -effectif est significativement supérieure à 1 uniquement en **Bretagne**.
- **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 26 septembre 2020 (Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC)

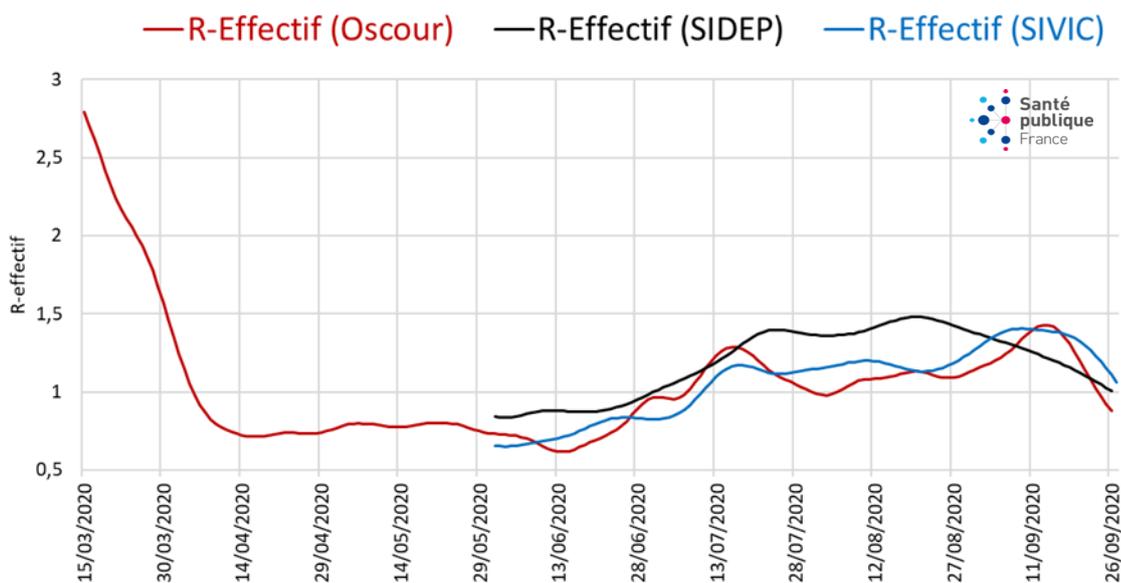


Tableau 5. Nombre de reproduction effectif (R effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-CoV-2, des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 et des hospitalisations pour COVID-19 par région, France métropolitaine et ultra-marine, sur 7 jours glissants, du 20 au 26 septembre 2020 (SI-DEP et OSCOUR), du 21 au 27 septembre (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	1,09 (1,07-1,12)	0,87 (0,80-0,94)	1,06 (0,96-1,15)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,05 (1,01-1,10)	0,78 (0,68-0,89)	0,96 (0,75-1,19)
	Bretagne	1,03 (0,98-1,07)	1,52 (1,35-1,70)	0,93 (0,71-1,17)
	Centre-Val de Loire	0,94 (0,89-0,98)	0,89 (0,74-1,06)	1,10 (0,87-1,37)
	Corse	0,77 (0,67-0,89)	0,66 (0,41-0,98)	NC
	Grand Est	0,90 (0,86-0,94)	0,79 (0,68-0,91)	0,95 (0,77-1,14)
	Hauts-de-France	1,03 (1,01-1,05)	0,95 (0,85-1,05)	1,21 (1,08-1,36)
	Ile-de-France	1,02 (1,01-1,04)	0,90 (0,86-0,94)	1,09 (1,03-1,16)
	Normandie	0,98 (0,94-1,02)	0,83 (0,72-0,96)	1,22 (1,03-1,43)
	Nouvelle-Aquitaine	0,91 (0,88-0,94)	0,73 (0,65-0,82)	0,95 (0,81-1,09)
	Occitanie	0,99 (0,97-1,01)	0,89 (0,81-0,98)	1,13 (0,99-1,27)
	Pays de la Loire	1,05 (1,01-1,09)	0,74 (0,63-0,85)	1,12 (0,92-1,35)
	Provence-Alpes-Côte	0,85 (0,83-0,87)	0,82 (0,75-0,89)	0,97 (0,89-1,06)
	France métropolitaine	1,00 (1,00-1,01)	0,88 (0,85-0,90)	1,06 (1,03-1,10)
France ultra-marine	Guadeloupe	0,92 (0,86-0,97)	0,96 (0,82-1,10)	0,94 (0,76-1,13)
	Guyane	1,07 (0,92-1,23)	0,62 (0,36-0,96)	0,70 (0,40-1,06)
	La Réunion	0,89 (0,82-0,97)	1,19 (0,81-1,64)	0,74 (0,51-1,02)
	Martinique	1,32 (1,17-1,48)	NA	1,19 (0,65-1,89)
	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, **1 611** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

- Parmi les **124 377 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 6) :
 - L'âge médian des patients est de 71 ans et 53% sont des hommes.
 - 21 201 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 96 327 patients sont retournés à domicile.
- Le **29 septembre 2020, 6 500 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 1 204 en réanimation.**

Tableau 6. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 29 septembre 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars, par classe d'âge et par région, France (source : SI-VIC)

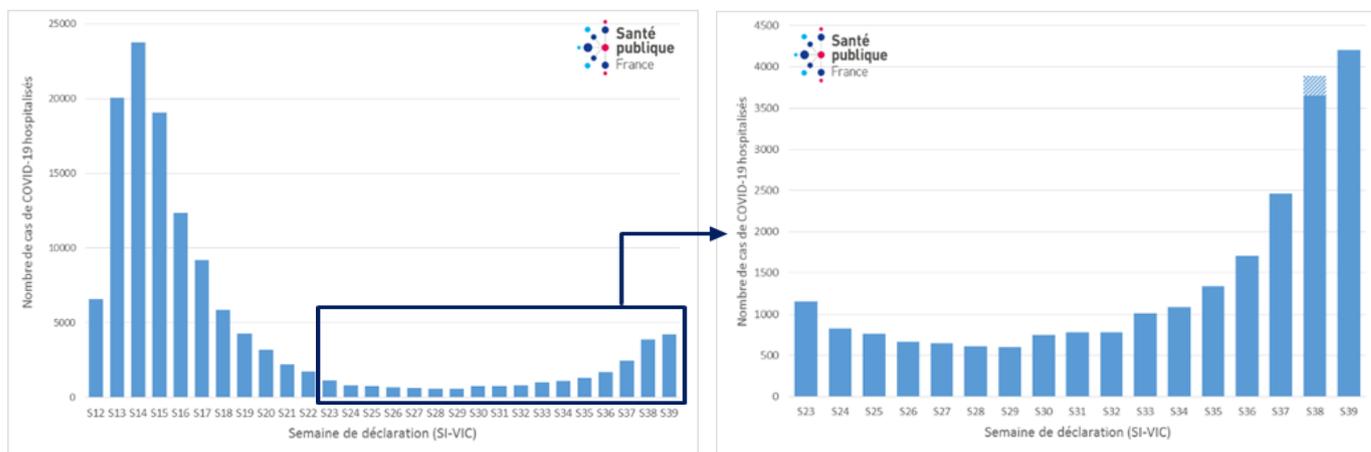
	Le 29 septembre 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	6 500		1 204		96 327		21 201	
Classes d'âge *								
Total	6 457		1 192		95 694		21 080	
0-14 ans	33	1	7	1	1 311	1	3	<1
15-44 ans	448	7	70	6	14 036	15	224	1
45-64 ans	1 488	23	361	30	27 171	28	2 153	10
65-74 ans	1 451	22	411	34	18 031	19	3 736	18
75 et +	3 037	47	343	29	35 145	37	14 964	71
Régions *								
Total	6 482		1 198		96 296		21 177	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	831	13	141	12	9 454	10	1 915	9
Bourgogne-Franche-Comté	120	2	24	2	4 262	4	1 080	5
Bretagne	190	3	13	1	1 511	2	288	1
Centre-Val de Loire	132	2	16	1	2 549	3	596	3
Corse	24	<1	3	<1	294	<1	65	<1
Grand Est	274	4	35	3	13 686	14	3 735	18
Hauts-de-France	618	10	108	9	7 862	8	2 013	10
Ile-de-France	2 082	32	377	31	34 509	36	8 071	38
Normandie	252	4	41	3	2 088	2	472	2
Nouvelle-Aquitaine	325	5	58	5	2 736	3	495	2
Occitanie	393	6	121	10	3 692	4	592	3
Pays de la Loire	180	3	19	2	2 635	3	511	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	783	12	169	14	8 027	8	1 142	5
Outre-Mer								
La Réunion	53	1	16	1	390	<1	21	<1
Martinique	32	<1	16	1	130	<1	21	<1
Mayotte	9	<1	3	<1	456	<1	29	<1
Guadeloupe	164	3	33	3	307	<1	69	<1
Guyane	20	<1	5	<1	1 708	2	62	<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.

Note : Un établissement du département 91 avait saisi les dossiers de ses patients au cours du temps. Pour une raison informatique, ces dossiers ont été stockés localement mais n'ont pas été transmis à la base de données nationale exploitée par Santé publique France. Le 18 septembre, l'ensemble des dossiers stockés a été transmis pour alimenter la base. Il s'agit de 237 dossiers de patients hospitalisés avant la semaine 32, dont 76 sont décédés pendant leur hospitalisation. Ces hospitalisations et décès ne sont pas comptabilisés dans les calculs des taux d'hospitalisation ainsi que dans les décomptes des hospitalisations et des décès en semaine 38. Ils sont cependant intégrés au total des hospitalisations et des décès depuis le 1^{er} mars.

- Les déclarations de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19 ont augmenté** pour la **dixième semaine consécutive** en semaine 39 (du 21 au 27 septembre) : 4 204 nouvelles hospitalisations déclarées en S39 versus 3 657 en S38 et 2 464 en S37 (Figure 25).
- En prenant en considération le nombre d'hospitalisations déclarées entre la semaine 29 et la semaine 39, **le temps de doublement du nombre hebdomadaire d'hospitalisations est de 25 jours**. Il était de 24 jours la semaine précédente.

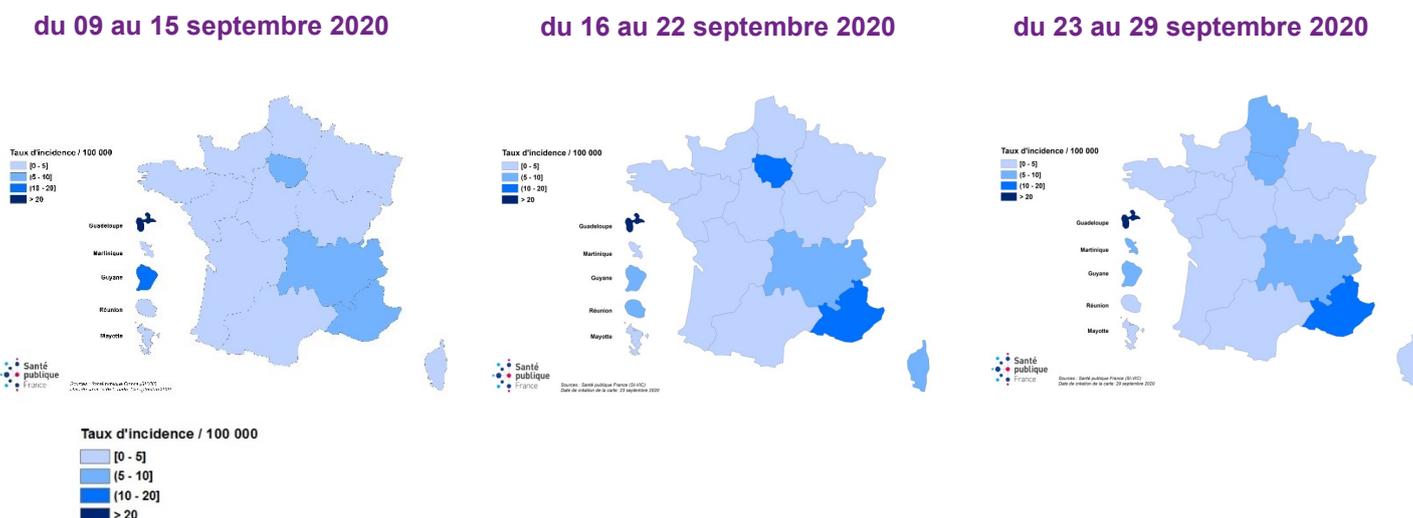
Figure 25. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, données au 29 septembre 2020, France (source : SI-VIC)



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

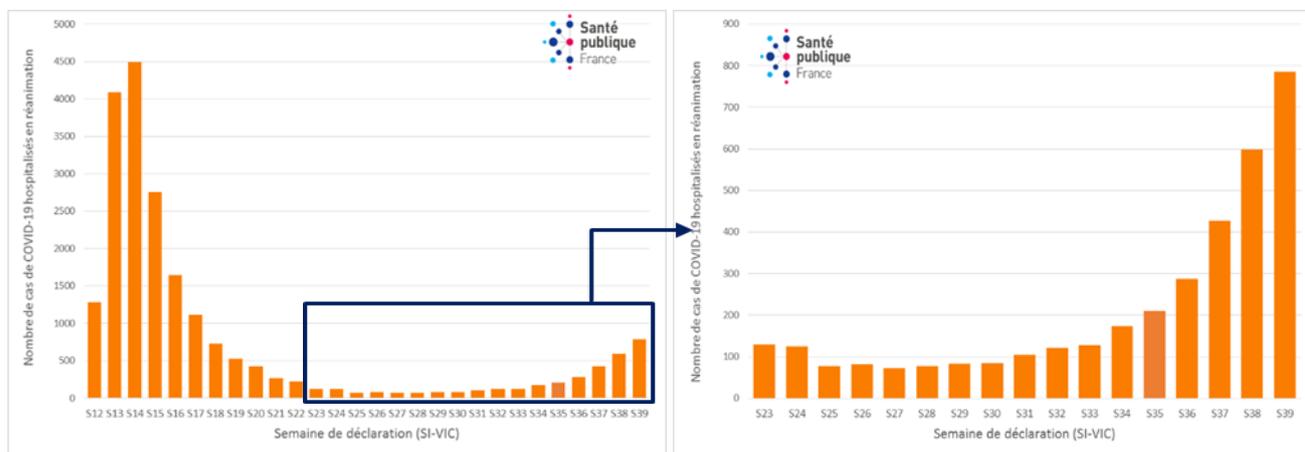
- En France, le **taux d'incidence hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 est resté stable** entre les périodes du 23 au 29 septembre (5,9/100 000 habitants) et du 16 au 22 septembre (6,0/100 000 habitants), **avec des disparités régionales**. En France métropolitaine, les taux d'hospitalisations **les plus élevés ont été enregistrés en Provence-Alpes-Côte d'Azur (10,6) et en Île-de-France (9,9)**. Ils sont en diminution par rapport à la semaine précédente (respectivement à 12,8 et 10,3). L'**Auvergne-Rhône-Alpes** et les **Hauts-de-France** enregistraient aussi des taux supérieurs à 5,0/100 000 habitants (respectivement 7,0 et 5,6) (Figure 26).
- Dans les **régions d'outre-mer**, les taux hebdomadaire d'hospitalisations **ont augmenté en Guadeloupe (42,7/100 000 habitants), en Martinique (5,0/100 000 habitants) et à Mayotte (2,5/100 000 habitants)**. Le taux hebdomadaire d'hospitalisations diminue pour la cinquième semaine consécutive en **Guyane (6,2/100 000 habitants contre 8,3 la semaine précédente)** (Figure 26).

Figure 26. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 09 et 29 septembre 2020, France (source : SI-VIC)



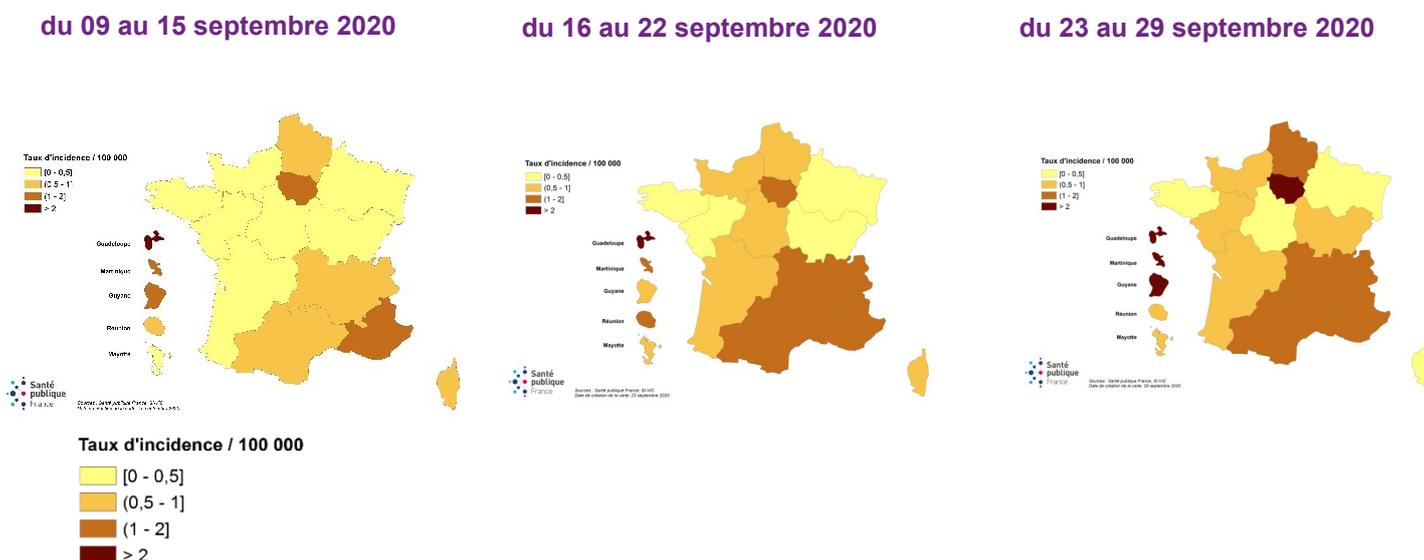
- Au 29 septembre 2020, 1 204 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en réanimation en France.
- Les déclarations de nouvelles admissions en réanimation continuent d'augmenter depuis la semaine 28 (Figure 27), passant de 73 nouvelles admissions déclarées en S27 à 786 en S39 (+31% par rapport à S38 avec 599 nouvelles admissions en réanimation déclarées).

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 29 septembre, France (source : SI-VIC)



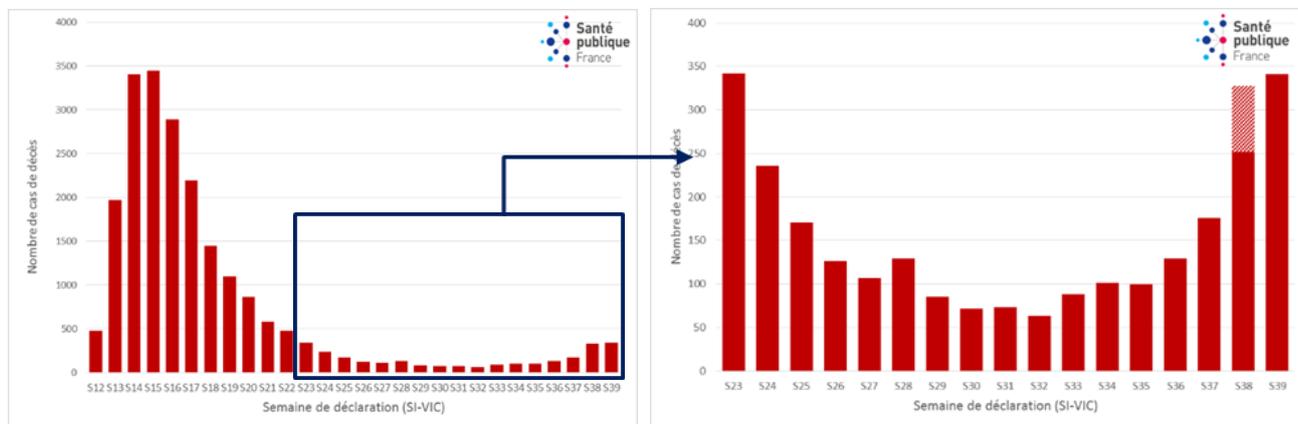
- En France métropolitaine, le taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 a augmenté dans toutes les régions excepté en Corse, en Centre-Val-de-Loire (taux en diminution), en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Auvergne-Rhône-Alpes et en Nouvelle-Aquitaine (taux stables). La plus forte augmentation de ces taux par rapport à la semaine précédente a été observée en Bourgogne-Franche-Comté (de 0,29 à 0,72/100 000 habitants). Les plus forts taux étaient rapportés en Île-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur : respectivement 2,22 et 1,82. Seules quatre régions enregistraient des taux inférieurs à 0,5/100 000 habitants : Bretagne, Grand-Est, Centre-Val-de-Loire et Corse (Figure 28).
- Dans les régions d'outre-mer, sur la semaine du 23 au 29 septembre, le plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 a été observé en Guadeloupe avec 7,16/100 000 habitants, en augmentation par rapport à la semaine précédente (5,84 du 16 au 22 septembre). Ce taux était également en augmentation par rapport à la semaine précédente en Guyane (de 0,69 à 2,06) et en Martinique (1,39 à 2,51) et stable à Mayotte (0,72) (Figure 28).

Figure 28. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 09 et le 29 septembre 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 : 341 en S39 versus 252 en S38 et 176 en S37 (Figure 29).

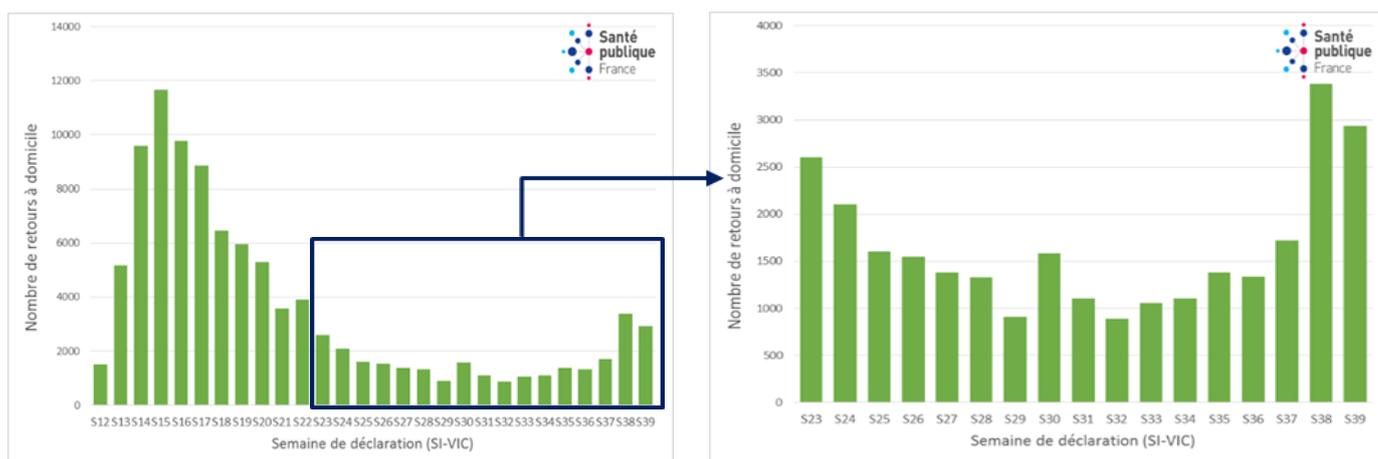
Figure 29. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 29 septembre 2020 (source : SI-VIC)



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 diminution en semaine 39 (2 937 vs. 3 381 en S38 et 1 723 en S37) (Figure 30).

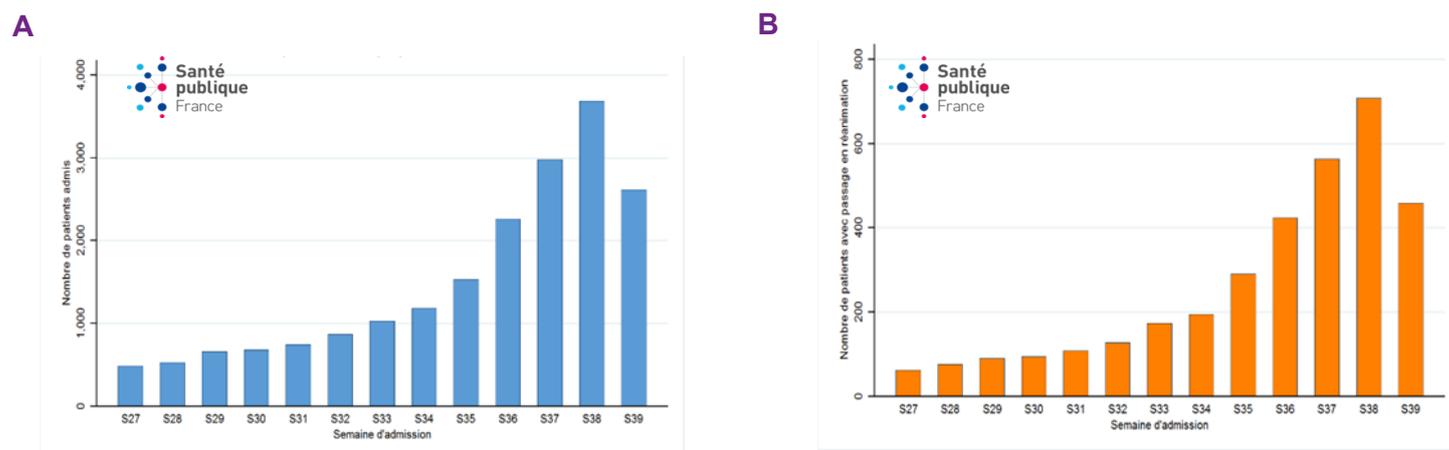
Figure 30. Nombre hebdomadaire de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 29 septembre 2020 (source : SI-VIC)



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 sur-estimation des incidences si des événements anciens sont comptabilisés au cours de la semaine de déclaration.

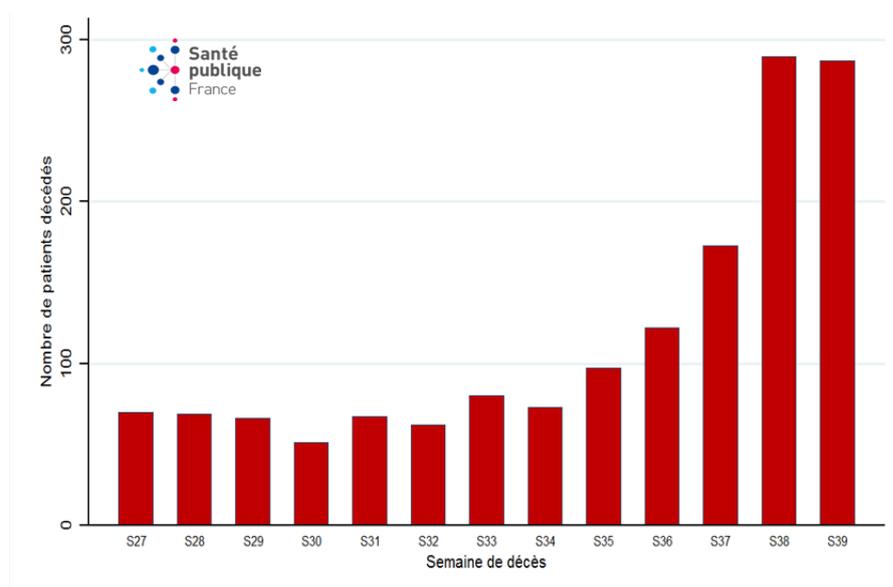
- Les graphiques précédents (Figures 25, 27, 29 et 30) sont présentés par date de déclaration, avec ce délai. Afin de préciser les tendances, les statuts des patients hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figure 31) ou par date de décès (Figure 32). Toutefois, la semaine 39 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 29 septembre 2020 (source : SI-VIC)



S39 : 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 29 septembre 2020 (source : SI-VIC)



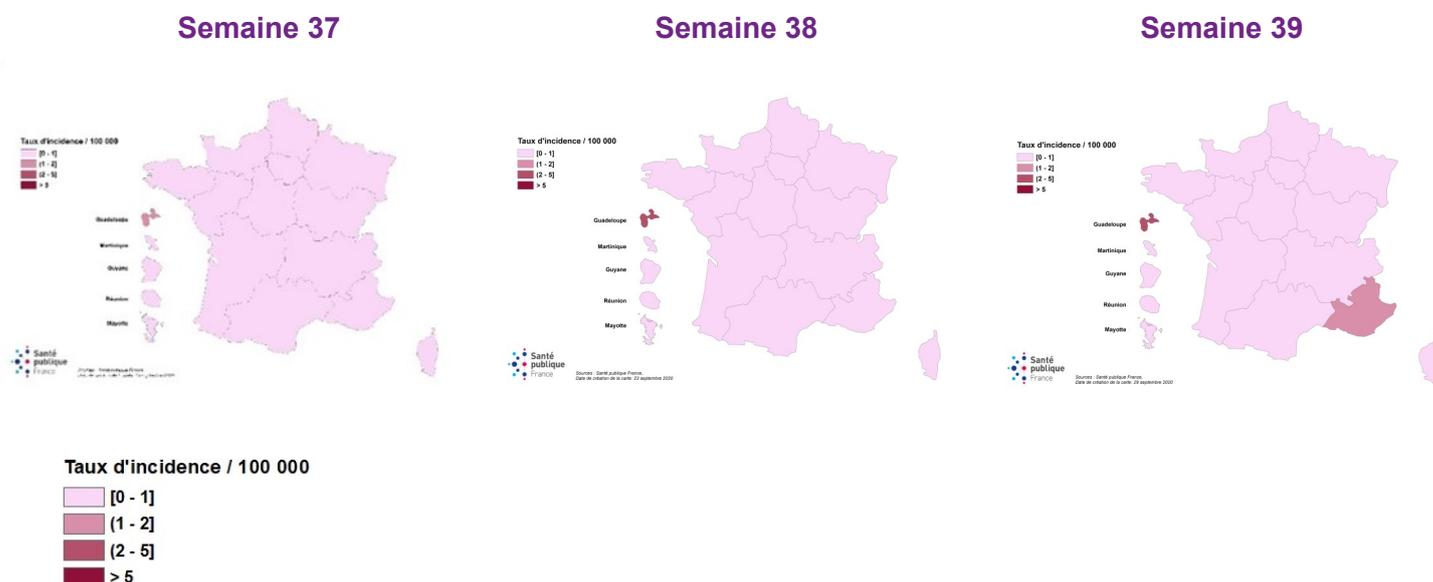
Surveillance de la mortalité

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

- Entre le 1^{er} mars et le 29 septembre 2020, **31 893 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France: **21 201** décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et **10 692** décès parmi des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) et autres les établissements médicaux-sociaux (EMS).
- **Au moins 92% des cas de COVID-19 décédés sont âgés de 65 ans ou plus.**
- **Au niveau national, le nombre hebdomadaire de décès est en forte augmentation** entre les semaines 37 et 39 : +31% entre S39 et S38 (436 et 332 décès respectivement) et +25% entre S38 et S37 (332 et 265 décès respectivement). Le taux hebdomadaire de décès à l'échelle nationale était de 0,65 pour 100 000 habitants en semaine 39 (0,50 en S38 et 0,40 en S37). En semaine 39, l'augmentation était particulièrement marquée parmi les personnes hospitalisées (341 en S39, 252 en S38 soit +35%) par comparaison aux résidents des EHPAD (95 en S39, 80 en S38 soit +19%).
- **En semaine 39, les plus forts taux de décès** de patients COVID-19 rapportés à la population (pour 100 000 habitants) étaient observés en Guadeloupe (4,74/100 000 habitants), Provence-Alpes-Côte d'Azur (1,11), Auvergne-Rhône-Alpes (0,88), Corse (0,87), Ile-de-France (0,77), Nouvelle-Aquitaine (0,70), Occitanie (0,64), Hauts-de-France (0,60), Normandie (0,58) et Centre-Val-de-Loire (0,51). Pour toutes les autres régions, ce taux était inférieur à 0,5/100 000 habitants (Figure 33).
- Les **taux hebdomadaires de décès** déclarés (pour 100 000 habitants) étaient en **augmentation dans 14 régions** entre les semaines 38 et 39 : Guadeloupe, Hauts-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, La Réunion, Pays-de-La-Loire, Normandie, Centre-Val-de-Loire, Grand-Est, Bourgogne-Franche-Comté et Bretagne. Le taux hebdomadaires de décès en Ile-de-France était stable.

Note : Un établissement du département 91 avait saisi les dossiers de ses patients au cours du temps. Pour une raison informatique, ces dossiers ont été stockés localement mais n'ont pas été transmis à la base de données nationale exploitée par Santé publique France. Le 18 septembre, l'ensemble des dossiers stockés a été transmis pour alimenter la base. Il s'agit de 237 dossiers de patients hospitalisés avant S32, dont 76 sont décédés pendant leur hospitalisation. Ces décès, survenus avant la semaine 29, ne sont pas comptabilisés dans les calculs des taux de décès de la semaine 38 mais sont intégrés dans le total des décès.

Figure 33. Taux hebdomadaires de décès dû à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS), S37 (du 07 au 13 septembre), S38 (14 au 20 septembre) et S39 (21 au 27 septembre) par région en France 2020 (source : SI-VIC et ESMS)



Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 12 163 certificats de décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 7).
 - L'âge médian au décès était de 84 ans et 90% avaient 65 ans et plus.
 - Les hommes représentaient 54% de ces décès.
 - Des comorbidités étaient renseignées pour 7 985 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, 2,8% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.
- **Sur la semaine 39 (du 21 au 27 septembre), 209 décès contenaient une mention de COVID-19** dans le certificat, représentant 6,8% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 34). Parmi ces 209 personnes décédées sur la semaine écoulée avec une mention d'infection au SARS-COV2 dans le certificat, 175 (84%) étaient âgées de plus de 75 ans, 23 étaient âgées de 65 à 74 ans et 10 personnes étaient âgées de 45 à 64 ans. Le décès d'un enfant de moins de 15 ans avec une mention d'infection au SARS-COV2 a également été certifié par voie électronique.

Figure 34: 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 28 septembre 2020 (données au 29 septembre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc)

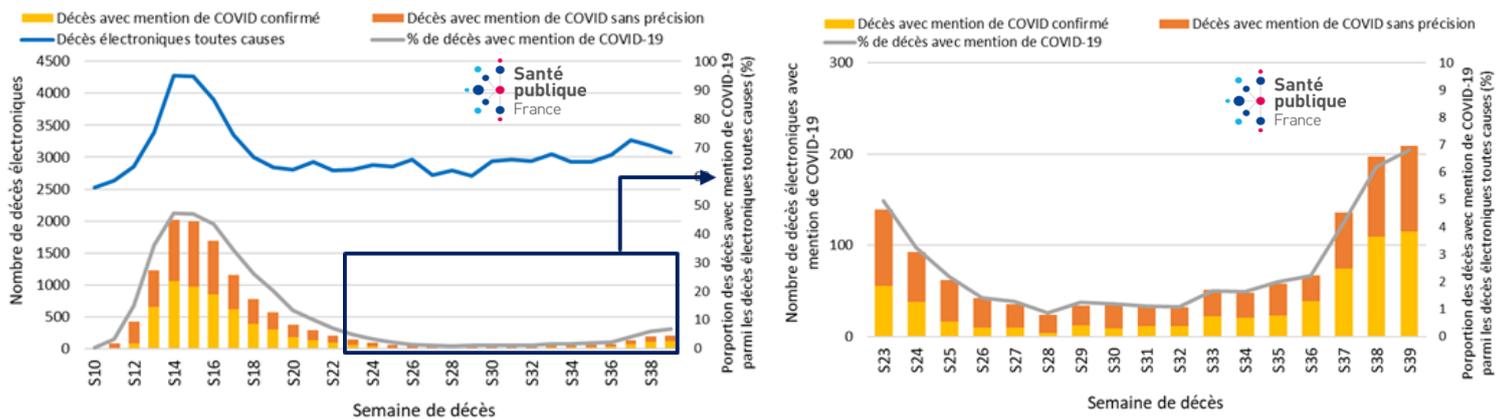


Tableau 7. Description des décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 28 septembre 2020 (données au 29 septembre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc)

SEXE	n	%				
Hommes	6 623	54				
Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ²		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	2	100	2	0
15-44 ans	35	33	72	67	107	1
45-64 ans	302	28	759	72	1 061	9
65-74 ans	609	33	1 260	67	1 869	15
75 ans ou plus	3 232	35	5 892	65	9 124	75
Tous âges	4 178	34	7 985	66	12 163	100
Comorbidités	n	%				
Au moins une comorbidité	7 985	66				
Aucune ou non renseigné	4 178	34				
Description des comorbidités	n	%				
Obésité	468	6				
Diabète	1 284	16				
Pathologie respiratoire	1 041	13				
Pathologie cardiaque	2 679	34				
Hypertension artérielle	1 940	24				
Pathologies neurologiques *	734	9				
Pathologie rénale	980	12				
Immunodéficience	178	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 en hausse sur la semaine 38 (du 14 au 20 septembre) et atteint la limite haute des marges de fluctuation habituelle tous âges confondus (Figure 35). Cette hausse concerne les personnes de 65 ans ou plus.
- **Au niveau régional**, la hausse des décès en semaine 38 s'observe en Auvergne-Rhône-Alpes (Figure 36) et en Bourgogne-Franche-Comté. En Guadeloupe, le nombre de décès était significativement supérieur à l'attendu sur les semaines 35 à 37 (du 24 août au 13 septembre), tous âges confondus.
- 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 35. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 10-2014 à la semaine 38-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

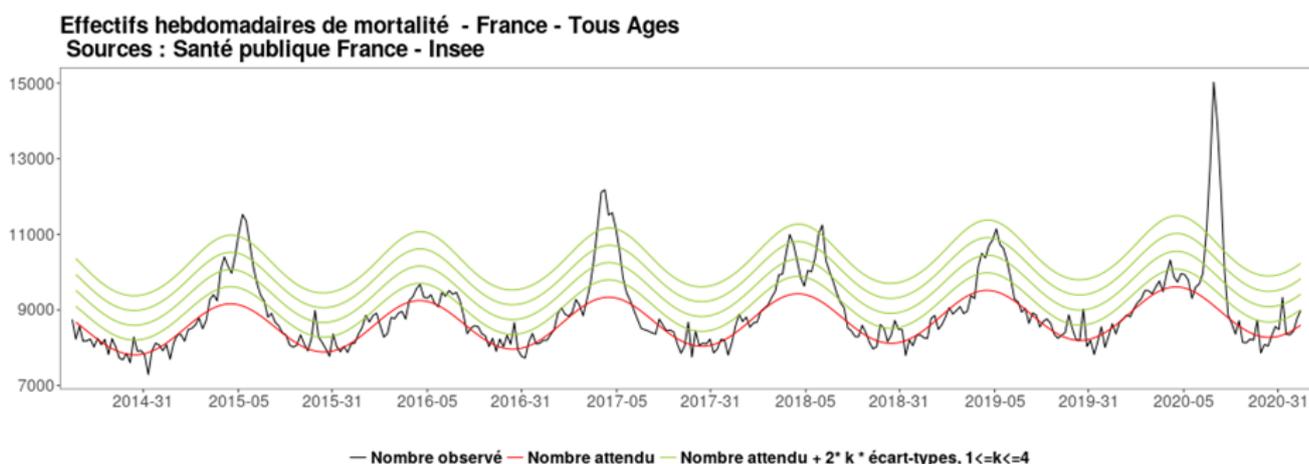
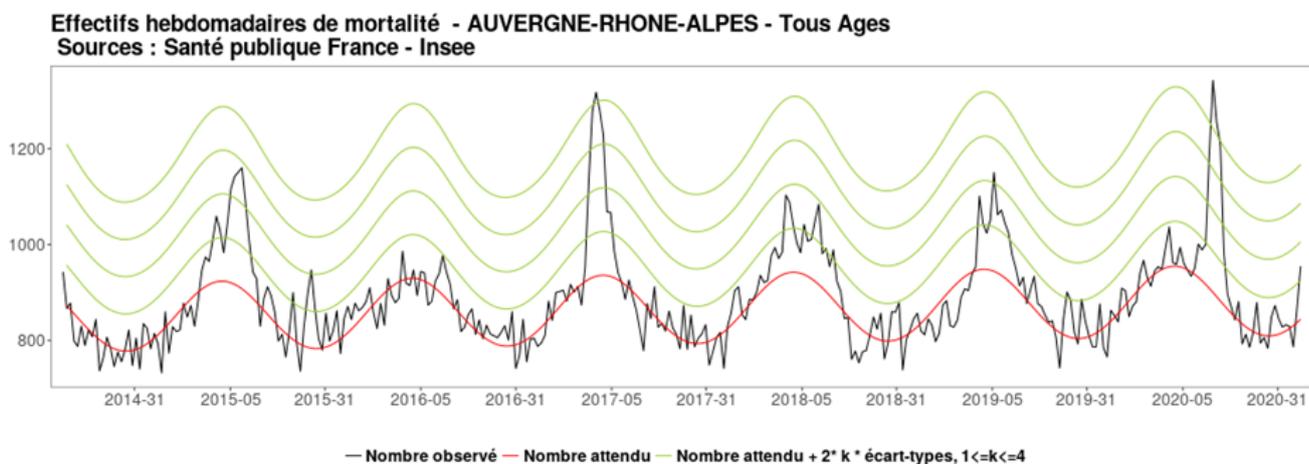


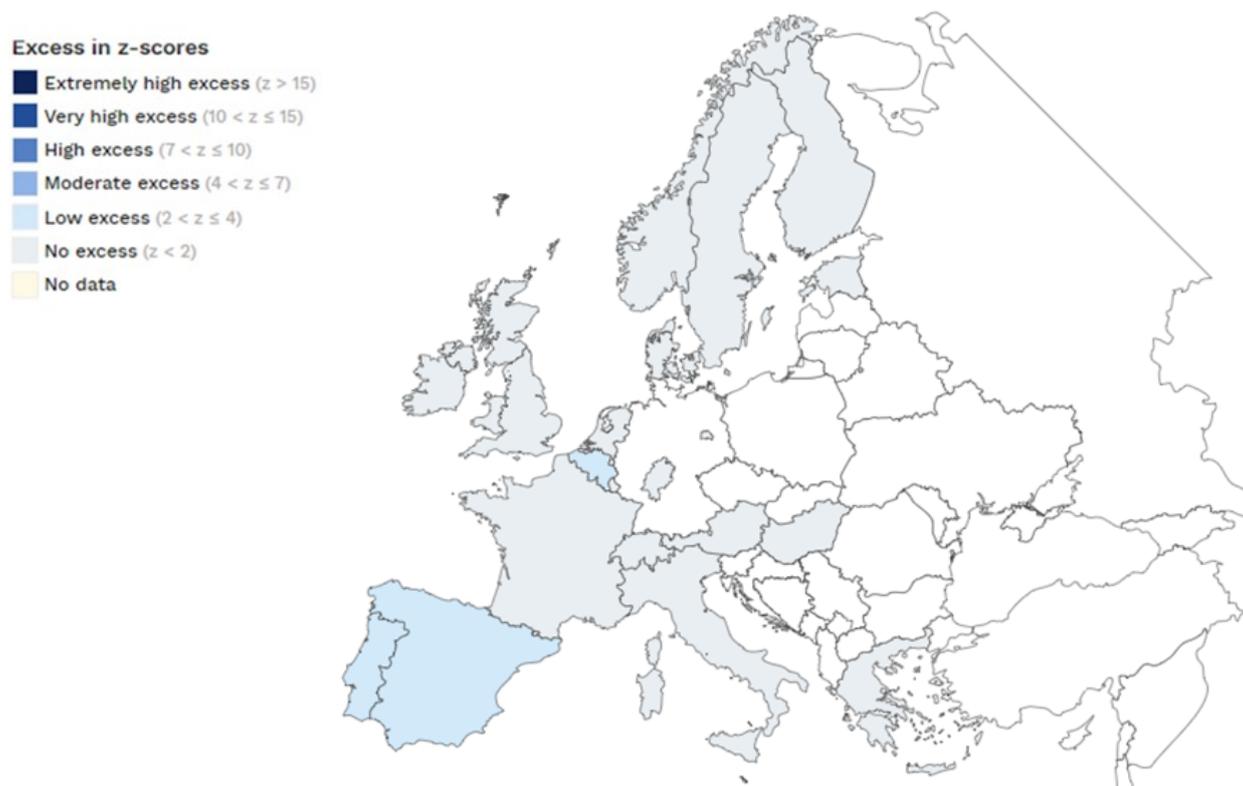
Figure 36. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en Auvergne-Rhône-Alpes, de la semaine 10-2014 à la semaine 38-2020 (Source : Santé publique France - Insee)



Mortalité à l'échelle européenne

- A l'échelle européenne, parmi les 24 pays ou régions qui participent au consortium EuroMOMO (<https://www.euromomo.eu/>) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, un excès de mortalité était observé dans trois pays/régions en semaine 34, dans deux pays/régions en semaine 35, trois pays/régions en semaine 36 et dans trois pays/régions en semaine 37 (Belgique, Espagne et Portugal) (Figure 37).

Figure 37. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 37-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 23 septembre 2020) (Source : Euromomo)



Analyse de risque contextualisée - Niveaux de vulnérabilité

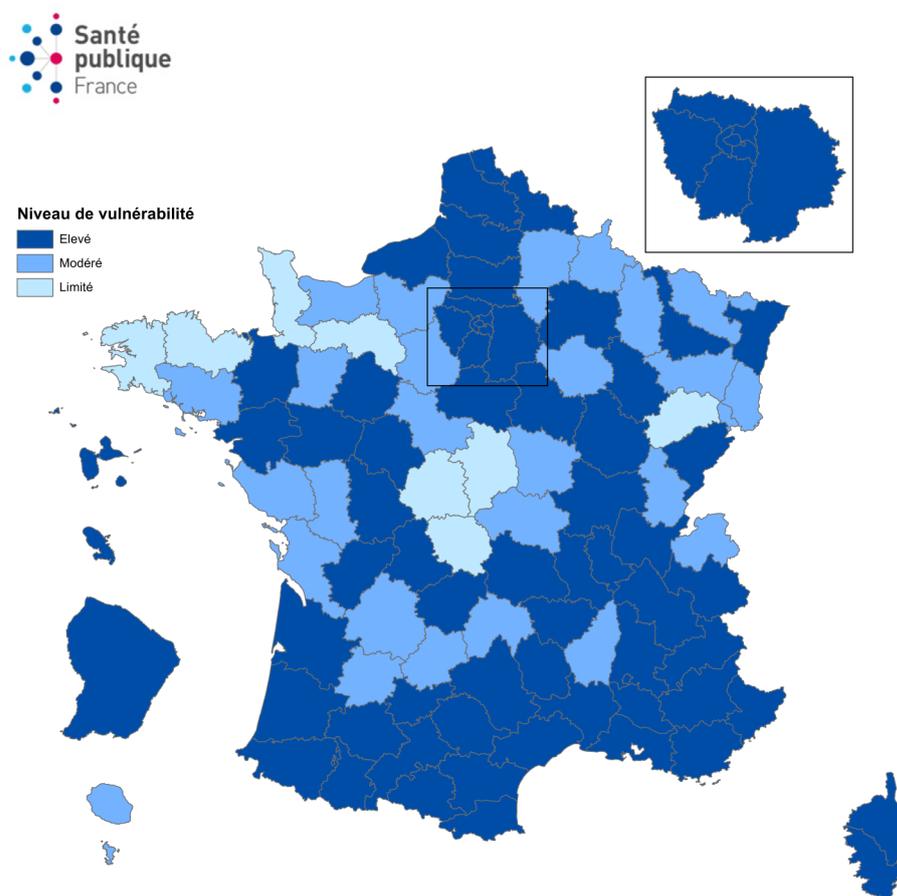
Les équipes régionales de Santé publique France réalisent, en lien avec les ARS, une analyse de risque contextualisée quotidienne au niveau départemental depuis le 02 mai 2020, une semaine avant la levée du confinement. Cette expertise effectue la synthèse des indicateurs des systèmes de surveillance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

Le 30 septembre 2020, par rapport au point épidémiologique du 23 septembre 2020 :

- **13 nouveaux départements ont été classés en niveau de vulnérabilité élevé** : Drôme (26), Savoie (73), Yonne (89), Oise (60), Somme (80), Seine-Maritime (76), Charente (16), Corrèze (19), Haute-Vienne (87), Aude (11), Lozère (48), Alpes-de-Haute-Provence (04), Hautes-Alpes (05).
- **3 nouveaux départements ont été classés en niveau de vulnérabilité modéré** : Jura (39), Charente-Maritime (17), Vendée (85).
- **Au total, le 30 septembre, 28 départements étaient en niveau de vulnérabilité modéré, 65 en niveau élevé et seuls 8 départements étaient classés en niveau de vulnérabilité limité** (Figure 38).

Figure 38. Niveau de vulnérabilité par département, France, au 30 septembre 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 38% et 32% des cas rapportés dans le monde entre le 20 et le 27 septembre. Une reprise de l'épidémie est observée dans de nombreux pays européens, où sont localisés 21% des cas rapportés dans le monde.

- Une diminution du nombre de cas a été observée dans plusieurs pays des **Amériques**, en particulier les États-Unis, au cours des dernières semaines avec néanmoins, une situation contrastée selon les états. Au Mexique, l'incidence est stable depuis plusieurs semaines. Au Canada, une augmentation est rapportée dans les provinces de Québec et de l'Ontario depuis ces dernières semaines.
- En **Asie**, l'épidémie continue à progresser en Inde, en Indonésie et récemment, au Myanmar.
- Dans les pays du **Moyen-Orient**, l'épidémie reste importante en Iraq, en Iran, aux Émirats Arabes Unis et au Liban.
- L'épidémie reste soutenue en Israël, qui présente le taux d'incidence hebdomadaire de cas confirmés le plus élevé (478/ 100 000 habitants). L'incidence est toujours en hausse, ainsi que le nombre de cas graves. Un confinement national est en vigueur depuis le 18 septembre pour une durée prévisionnelle de 3 semaines, et sera probablement prolongé selon les dernières déclarations du ministère de la santé.
- En **Afrique**, le nombre de nouveaux cas continue à diminuer en particulier en Afrique du Sud mais augmente dans certains pays (Cap-Vert, Mozambique). Au Maroc, l'incidence ne cesse de croître 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 ainsi qu'en Libye.
- En **Europe**, parmi les pays de l'UE/EEA, les taux d'incidence sur 7 jours glissants les plus élevés sont actuellement observés en Espagne (164/ 100 000 hab.), en République tchèque (142), en France (126), aux Pays-Bas (107), en Belgique (87), au Luxembourg (75), au Danemark (65), au Royaume-Uni (61) et en Autriche (53). Le taux d'incidence a fortement augmenté aux Pays-Bas au cours de la semaine 39 (Figure 40). Selon le dernier [rapport d'évaluation de risque de l'ECDC au 24/09](#), une transmission élevée est actuellement rapportée dans les pays suivants (plus marquée chez les jeunes adultes) : Autriche, Danemark, Estonie, France, Irlande, Luxembourg, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Slovaquie, Slovénie, Royaume-Uni. D'autres pays présentent une transmission élevée, avec des tendances à la hausse chez les personnes âgées, et des niveaux critiques en termes de nombres de cas sévères et de décès (Bulgarie, Croatie, République Tchèque, Hongrie, Malte, Roumanie, Espagne). D'autres pays en Europe centrale et en Europe de l'Est continuent de rapporter des taux d'incidence élevés (taux rapportés au 29 septembre pour les 7 derniers jours) : Monténégro (257), Moldavie (108,8), Arménie (68,4), Ukraine (52,2).

Figure 39. Taux d'incidence de COVID-19 rapporté pour les semaines 37 et 38/2020 dans les pays de l'UE/EEA (source : ECDC)

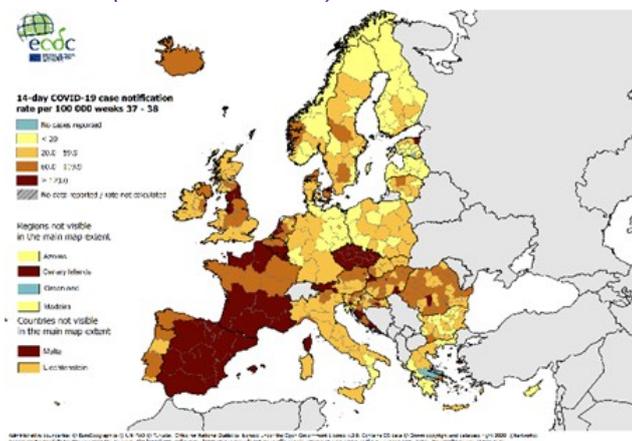
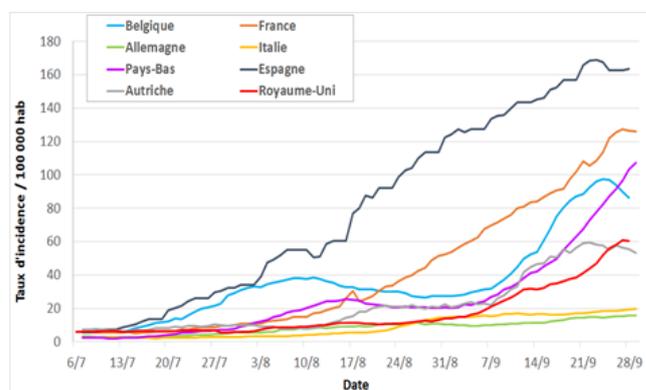


Figure 40. Taux d'incidence (sur 7 jours) de COVID-19 pour les principaux pays limitrophes à la France entre le 06 juillet et le 28 septembre 2020 (source : ECDC)



Pour en savoir plus sur la situation internationale :

En Europe :

[ECDC - Weekly surveillance report \(week 38\), 24/09/2020](#)

Dans le monde :

[Organisation mondiale de la santé – Weekly Epidemiological Update, 28 septembre 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.

1) Adoption des mesures de prévention

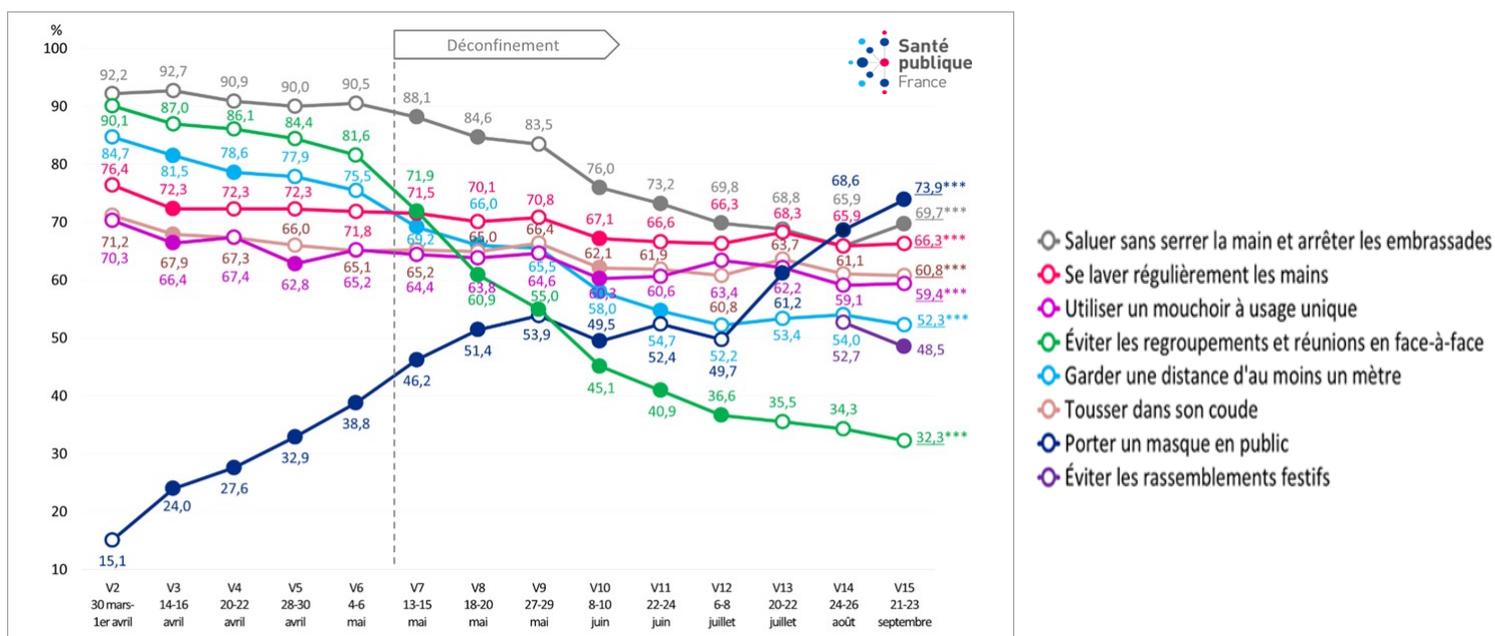
Évolutions par rapport à la vague précédente

- En vague 15 (21-23 septembre), l'adoption systématique des mesures de prévention « **se laver régulièrement les mains** », « **tousser dans son coude** », « **garder une distance d'1 mètre** » et « **éviter les regroupements et réunions en face-à-face** » est restée stable par rapport à la vague 14 (21-26 août) (Figure 41).
- En vague 15, on note une augmentation de l'adoption systématique des mesures « **port du masque en public** » et « **saluer sans se serrer la main et arrêter les embrassades** » par rapport à la vague 14 : augmentations respectives de 5 points et de 4 points (Figure 41).
- La mesure « **éviter les rassemblements festifs** » a diminué de 4 points entre la vague 14 et la vague 15 (52,7% versus 48,5%) (Figure 41).

Évolutions depuis le déconfinement

- L'adoption systématique de la mesure « **éviter les regroupements et réunions en face-à-face** » a fortement diminué depuis le déconfinement (près de 40 points en moins) : 71,9% en vague 7 et 32,3% en vague 15 (Figure 41). Elle est stable depuis la vague 13 (20-22 juillet).
- L'adoption systématique de la mesure « **saluer sans se serrer la main et arrêter les embrassades** » a diminué depuis la levée du confinement (-18 points) ; l'adoption systématique de la mesure « **garder une distance d'au moins un mètre** » est restée stable depuis la vague 12 (6-8 juillet).
- Les mesures d'hygiène « **se laver régulièrement les mains** », « **tousser dans son coude** » sont appliquées systématiquement un peu moins souvent depuis le déconfinement (respectivement -5 et -4 points) mais globalement leur adoption est restée stable depuis la vague 11 (22-24 juin).

Figure 41. 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](#)).

- En vague 15 (21-23 septembre), entre 82% et 93% des personnes interrogées déclarent adopter systématiquement ou souvent les mesures d'hygiène, 88% déclarent systématiquement ou souvent « garder une distance d'au moins 1 mètre » et 93% déclarent systématiquement ou souvent porter un masque en public.
- La part des personnes déclarant adopter systématiquement ou souvent la mesure « se laver régulièrement les mains » est restée stable depuis le déconfinement (vague 7).
- La part des personnes déclarant adopter systématiquement ou souvent les mesures « saluer sans serrer la main », « tousser dans son coude », « garder la distance d'au moins 1 mètre » a diminué (respectivement -10, -6, et -6 points) depuis le déconfinement.
- Une forte diminution (baisse de 27 points : de 92,4% à 65,1%) de l'adoption systématique ou souvent de la mesure « éviter les regroupements et réunions en face-à-face » est observée depuis le déconfinement.
- Par rapport à la vague précédente (vague 14 : 21-26 août), la part des personnes déclarant adopter systématiquement ou souvent la mesure « éviter les rassemblements festifs » a baissé de 3 points, passant de 81,1% en vague 14 à 78,4% en vague 15.

En vague 15 (21-23 septembre), les profils de population adoptant moins systématiquement les mesures de prévention sont (tableau 8) :

- Les personnes de 25 à 34 ans pour les 5 mesures de prévention. Alors que le virus circule particulièrement dans cette tranche d'âge depuis début août, fin septembre, 22% des 18-24 ans et 26,5% des 25-34 ans déclaraient éviter systématiquement les regroupements et les réunions en face à face et 41,5% des 18-24 ans et 45% des 25-34 ans déclaraient garder systématiquement une distance d'au moins un mètre.
- Les hommes pour le moindre nombre de mesures d'hygiènes systématiquement adoptées et le port systématique du masque en public.
- Les personnes de 18 à 24 ans pour l'adoption systématique des mesures de distanciation physique comme la distance d'au moins un mètre, l'évitement de regroupements en face à face et l'évitement de rassemblements festifs.
- Les personnes ayant un faible niveau de littératie pour le nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées, l'adoption systématique de la distance d'au moins un mètre et le port systématique du masque en public.
- Les personnes ne présentant pas de risque de développer une forme grave de COVID-19 pour l'adoption systématique du port du masque en public, de la distance d'au moins un mètre, de l'évitement de regroupements en face à face et de l'évitement des rassemblements festifs.

Tableau 8. 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 ²	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). ⁴ 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

- Les personnes âgées de 18 à 34 ans adoptent moins systématiquement les mesures de distanciation : en vague 15, 22% des 18-24 ans et 26,5% des 25-34 ans déclaraient éviter systématiquement les regroupements et les réunions en face à face (vs 39% chez les 65 ans et plus) et 41,5% des 18-24 ans et 45% des 25-34 ans déclaraient garder systématiquement une distance d'au moins un mètre (vs 59% chez les 65 ans et plus)

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 (tableau 9) :

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

Tableau 9. Déterminants cognitifs de l'adoption des mesures de prévention (vague 15 : 21-23 septembre 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

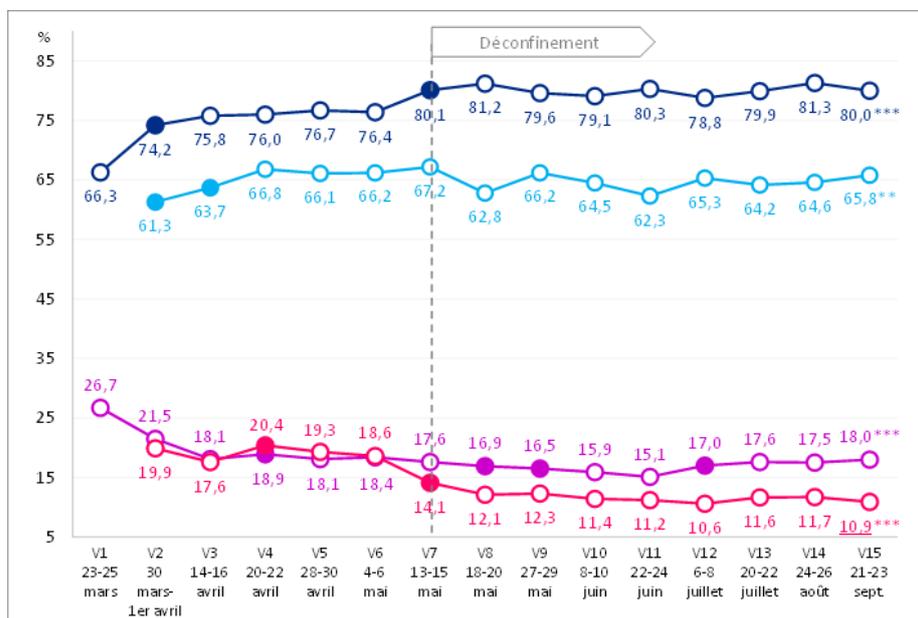
	Nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées parmi 4 ¹	Adoption systématique de la distance d'au moins 1 mètre	Adoption systématique du port du masque en public
Percevoir les mesures de prévention comme efficaces	*	--	**
Percevoir les mesures de prévention comme peu contraignantes	***	--	***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

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

2) Santé mentale

- En vague 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 42).
- 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 42. 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 (tableau 10) :

- 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.

Tableau 10. Variables sociodémographiques associées à l'anxiété, la dépression et aux problèmes de sommeil (vague 15 : 21-23 septembre 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD ^a)	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)
Sexe	Femmes	--	Femmes
Classe d'âge (en 5 classes)	18-34 ans	50-64 ans	18-24 ans
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)	Inactifs	CSP-	CSP-/Inactifs
Situation financière perçue	Très difficile	Très difficile	Juste/Très difficile
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19 ^b	--	Oui	Oui
Antécédents de trouble psychologique	Oui	Oui	Oui

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

En vague 15, les déterminants cognitifs d'une santé mentale plus dégradée sont (tableau 11) :

- 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.

Tableau 11. Déterminants cognitifs de l'anxiété, de la dépression et des problèmes de sommeil (vague 15 : 21-23 septembre 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

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

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

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

Synthèse

En France métropolitaine

En semaine 39 (du 21 au 27 septembre 2020), en médecine générale, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aigüe (IRA) du réseau Sentinelles s'est stabilisé (S39 : 117/100 000 habitants, S38 : 134/100 000).

Le taux de dépistage hebdomadaire était en nette diminution en comparaison à la semaine précédente (1 364/100 000 habitants en S39 vs 1 710/100 000 en S38, -20%). Le nombre hebdomadaire de nouveaux cas confirmés de COVID-19 restait stable en S39 avec 67 385 cas enregistrés en France métropolitaine (-5% par rapport à S38).

En semaine 39, les personnes qui avaient des symptômes représentaient 35% des personnes testées (40% en S38) et 62% des nouveaux cas confirmés (62% en S38).

Le taux de positivité, tous prélèvements confondus, a continué de progresser en S39 (7,6 en S39 vs 6,4% en S38, +1,2%). **Le taux de positivité était en progression chez les personnes qui présentaient des symptômes (13,4% en S39 vs 9,7% en S38, +3,7%).** Le taux de positivité était particulièrement élevé chez les personnes âgées de 45-64 ans (17,0% en S39, +3,1%), de 65 à 75 ans (15,2% en S39, +3,1%) et chez les 15-45 ans (15,1%, +3,3%). Le taux de positivité de la S39, pourrait cependant être surestimé si les laboratoires transmettent plus rapidement des résultats positifs dans SI-DEP que les résultats négatifs.

Chez les personnes qui ne présentaient pas de symptômes, le taux de positivité était plus faible (4,4%) et suivait une augmentation moins marquée (4,1% en S38, +0,3%).

Le taux d'incidence en semaine 39 restait stable à 104 cas / 100 000 habitants **en France métropolitaine en comparaison avec la semaine précédente** (109 cas / 100 000 habitants en S39). Le nombre de nouveaux cas et le taux d'incidence sont probablement sous-estimés du fait des tensions sur les capacités diagnostiques et de l'augmentation des délais de rendus de résultats et donc de la consolidation des données. Par ailleurs, la baisse du taux de dépistage contribue aussi à sous-estimer l'incidence, celui-ci étant le produit du taux de dépistage par le taux de positivité.

En semaine 39, tous les départements dépassaient le seuil des 10/100 000 hab., 41 étaient entre 50 et 100/100 000 hab. et 21 au-dessus de 100/100 000 hab. Les taux les plus élevés étaient retrouvés à Paris (256/100 000 hab), dans le Rhône (220/100 000 hab.), dans le Nord (203/100 000 hab.), en Haute Garonne (203/100 000 hab.) et dans les Bouches-du-Rhône (192/100 000 hab.).

Les personnes âgées de 15 à 44 ans restaient les plus touchés par le SARS-CoV-2 (incidence de 172/100 000 hab.), suivis ceux de 45-64 ans.

Chez les personnes de 75 ans et plus, le nombre de cas hebdomadaire a été multiplié par 4,3 depuis la mi-août (S34). Dans cette tranche d'âge, en semaine 39, **l'incidence était de 59,0/100 000 habitants.**

Chez les personnes de 65 à 74 ans, le nombre de cas a été multiplié par 3,4 depuis la mi-août. Dans cette tranche d'âge, en semaine 39, **l'incidence était de 52,1/100 000 habitants.**

Ces résultats indiquent une poursuite de la circulation virale à un niveau élevé en France métropolitaine. L'augmentation des cas chez les personnes âgées **est préoccupante car il s'agit des personnes les plus à risque de complication de COVID-19.**

Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 a diminué en S39 (-27%). Cette baisse a succédé à une forte augmentation des actes SOS médecins en S37 (+74%) et une stabilisation en S38 (-4%). Cette baisse qui a concerné toutes les tranches d'âge était particulièrement marquée chez les enfants (-51%).

Dans les services d'urgences, il a été observé une tendance similaire. Après 7 semaines d'augmentation, il a été observé une baisse des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (-23% en comparaison à S38). Cette baisse a été plus marquée chez les enfants (-51%) que chez les adultes (-22%). Cette baisse a suivi deux semaines où les augmentations ont été importantes (S37 : +50% ; S38 : +21%).

Au cours des semaines 37 et 38, il a également été observé une augmentation des taux de dépistage chez les 0-14 ans et les 15-44 ans, conjuguée à une baisse du taux de positivité chez les patients de 15 à 45 ans présentant des symptômes.

Une partie des augmentations observées lors des semaines 37 et 38 pourraient être expliquées par un recours accru aux soins et au dépistage dans le contexte de la rentrée scolaire et de l'incitation à la réalisation de tests de dépistage avant la reprise du travail par des personnes présentant des symptômes frustrés notamment ORL, habituels en cette période de circulation de rhinovirus. Les changements de recommandations et doctrine en semaine 38, de priorisation des tests avec publication d'une liste de personnes prioritaires et la publication du nouveau protocole sanitaire COVID-19 [1-3], ont pu conduire à une modification du recours aux soins et au dépistage en semaine 39, rendant plus complexes l'analyse des différents indicateurs de surveillance. La baisse des indicateurs SOS Médecins et OSCOUR est probablement une conséquence d'une modification de recours aux soins.

En semaine 39, le nombre de clusters signalés (hors Ehpad) se maintenait à un niveau élevé (384 en S39, 401 en S38). Du fait de l'augmentation de la circulation virale sur l'ensemble du territoire et de l'enregistrement dans certaines régions que des clusters les plus importants, **le nombre de clusters identifié est probablement fortement sous-estimé**. La forte activité observée ces dernières semaines entraîne un délai dans la validation et le signalement des clusters. La dynamique du nombre de signalements hebdomadaires ne constitue donc plus un indicateur pertinent de suivi de la dynamique de l'épidémie.

Sur les 1 001 clusters qui restaient en cours d'investigation, les plus nombreux concernaient des clusters survenus en milieu scolaire et universitaire (35,9% des clusters), en entreprises privées et publiques (hors ES) (18,4%) ainsi qu'en établissements de santé (10,6%).

Les clusters survenus en milieu scolaire et universitaire concernent principalement l'enseignement secondaire (45,7%) et l'enseignement supérieur (33,3%). Les clusters à criticité élevée se concentrent également sur ces niveaux scolaires (45,7% et 33,3% respectivement) ainsi que les plus grands nombres de cas par clusters (7,2 et 24,2 respectivement).

En Ehpad, le nombre de clusters signalés se maintient à un niveau élevé (88 clusters en S39 vs 81 en S38). Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie sont celles comptabilisant le plus de clusters en cours d'investigation en Ehpad (respectivement 27% et 20%).

Après une nette augmentation du **nombre d'épisodes signalés de COVID-19 par les établissements médico-sociaux** (incluant les Ehpad) en S38, un nombre d'épisode inférieur a été signalé en S39 (2 567 en S38 et 1 886 en S39). Il conviendra cependant d'attendre la consolidation des données de S39 pour conclure sur la tendance.

En semaine 39, selon les données de la Cnam, le nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts à risque a poursuivi son augmentation. L'augmentation du nombre de nouvelles personnes-contacts à risque a ralenti, ce qui suggère des difficultés dans l'identification de ces personnes, ou un délai d'identification accru en raison des difficultés d'accès au test dans les laboratoires. Le nombre moyen de personnes-contacts par cas repasse sous la barre des 3 personnes-contacts à risque par cas, ce qui pourrait suggérer une meilleure utilisation des mesures barrières.

Le nombre de nouveaux cas précédemment identifiés comme personnes-contacts à risque augmente (22,4%), mais reste faible dans certaines régions, dont l'Île-de-France. Parmi les cas symptomatiques, le délai moyen entre la survenue des premiers signes et la date de prélèvement est très variable d'une région à l'autre, suggérant des difficultés dans le repérage des chaînes de transmission et dans l'accès au test.

En milieu hospitalier, le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19, a continué de progresser pour la dixième semaine consécutive : 4 204 nouvelles hospitalisations ont été déclarées en S39, vs 3 657 en S38, +15%). Les taux d'hospitalisations les plus élevés ont été enregistrés en Provence-Alpes-Côte d'Azur (10,6/100 000 hab. en S39 vs. 12,8/100 000 hab. en S38), en Île-de-France (9,9/100 000 hab. en S39 vs. 10,3/100 000 hab. en S38), en Auvergne-Rhône-Alpes et dans les Hauts-de-France.

[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>

Les nouvelles admissions en réanimation ont également continué de progresser (786 en S39, +31%, 599 en S38, +40%). Cette augmentation a été observée dans toutes les régions exceptées en Corse, en Centre-Val-de-Loire (taux en diminution), en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Auvergne-Rhône-Alpes et en Nouvelle-Aquitaine (taux stables).

En France métropolitaine, **le nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation continue de suivre une augmentation exponentielle**. Les taux d'hospitalisation en réanimation les plus élevés étaient observés en **Ile-de-France (2,22)** en **Provence-Alpes-Côte d'Azur (1,82/100 000 habitants)**.

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 25 jours et que le nombre hebdomadaire de nouveaux patients admis en réanimation aura doublé dans 16 jours.

Pour la seconde semaine, il est présenté trois estimations du nombre de reproduction effectif (Reff) :

- le Reff calculé à partir des nombres de cas confirmés en France (données virologiques, SI-DEP) : le Reff_{SI-DEP},
- le Reff calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) : Reff_{OSCOUR®} et,
- le R effectif calculé à partir des données d'hospitalisation des cas de COVID-19 (données SI-VIC) : le R_{SI-VIC}.

Les 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.

L'estimation du Reff_{SI-DEP} (1,00 en S39) est en baisse par rapport à celle produite la semaine précédente (Reff_{SI-DEP}: 1,06). Cependant, du fait de l'allongement du délai de consolidation des données virologiques et d'une possible sous-estimation du nombre de cas, **l'estimation du Reff_{SI-DEP} peut être sous-estimé**. L'estimation des Reff_{OSCOUR®} est en diminution et est significativement inférieur à 1 (Reff_{OSCOUR®}: 0,88). L'estimation du Reff_{SI-VIC} est également en diminution, mais reste significativement supérieur à 1 (1,06 en S39 vs 1,28 en S38). Les trois indicateurs suivent des tendances à la baisse et deux 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 sont en hausse pour la troisième semaine consécutive.

L'augmentation des nouveaux décès liés à la COVID-19 est de +31% entre S39 et S38 (436 en S39 vs 332 en S38). L'augmentation des décès est particulièrement marquée au niveau hospitalier (341 en S39 vs 252 en S38 et 176 en S37) mais augmente également dans les Ehpad (95 en S39, 80 en S38, 89 en S37, contre 0 en S36). Les données de la dernière semaine sont cependant en consolidation.

Il est également observé une augmentation des décès contenant la mention COVID-19 dans les certificats de décès issus de la certification électronique des décès (209 décès en S39 vs 194 décès en S38, +7% ; 135 décès en S37, +43% ; 67 décès en S36, + 101%).

La mortalité toutes causes confondues es en hausse au niveau national et atteint la limite haute des marges de fluctuation habituelle en S38. Cette hausse s'observe au niveau régional en Auvergne-Rhône-Alpes et en Bourgogne-Franche-Comté.

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.

En métropole, Au total, **62 départements en France métropolitaine étaient en niveau de vulnérabilité élevé et 26 en niveau modéré**. Seuls 8 départements sont à ce jour classés en niveau de vulnérabilité limité.

[Les données régionales détaillées sont accessibles sur GEODES et sont mises en perspective dans les points épidémiologiques régionaux](#)

Dans les 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. A Saint-Martin, le nombre de nouveaux cas est en baisse pour la deuxième semaine consécutive. Ces tendances en Guadeloupe et à Saint-Martin devront être confirmées avec les données des deux prochaines semaines. A Saint-Barthélemy, il est observé une augmentation régulière du nombre de nouveaux cas confirmés de Covid-19 ces derniers jours.

En Martinique, les indicateurs de surveillance épidémiologique sont en augmentation pour la semaine 39 avec un doublement du taux de positivité et un taux d'incidence qui progresse de 49% entre les semaines 38 et 39. L'augmentation du nombre de nouvelles admissions en réanimation durant la semaine écoulée reflète aussi une accélération de la circulation virale sur le territoire.

A la Réunion, le taux de positivité (4,8%) est en augmentation et le taux d'incidence est de 59/100 000 hab. Les passages aux urgences sont stables et les nouvelles admissions en hospitalisation en baisse. La Réunion est classée en niveau de vulnérabilité modéré.

En Guyane, les nouvelles hospitalisations sont en baisse, les admissions en réanimation sont stables. La Guyane reste classée en niveau de vulnérabilité élevé.

A Mayotte, le taux de positivité des prélèvements se maintient à 8% ; les hospitalisations sont en légère augmentation. Mayotte est classée en niveau de vulnérabilité modéré.

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

En France métropolitaine et dans les DROM

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

Une surveillance spécifique des professionnels travaillant dans les établissements de santé est mise en place depuis le 1^{er} mars 2020. Les résultats de cette surveillance sont disponibles sur le site de [Santé publique France](#). Une mise à jour de ces données sera réalisée prochainement. Les professionnels de santé libéraux peuvent, s'ils ont été atteints, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#), ouverte à tous les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, pour documenter leurs circonstances de contamination.

La santé mentale des Français, dégradée en début de confinement, s'est depuis significativement améliorée pour tous les indicateurs (états anxieux, dépressifs et satisfaction de vie) à l'exception des problèmes de sommeil qui 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 le début du confinement. Une baisse importante a été observée en particulier pour les mesures « saluer sans se serrer la main », « éviter les regroupements et les réunions en face à face » et « garder une distance d'au moins un mètre », même si pour cette dernière cette baisse semble s'être arrêtée début juillet. Par contre, le port systématique du masque en public, après une stabilité observée entre la fin du mois de juin et le début du mois de juillet, continue d'augmenter (+7 points entre fin juillet et fin août et + 8 points entre fin août et fin septembre). L'adoption systématique de la mesure « saluer sans se serrer la main et éviter les embrassades », après une diminution régulière depuis le déconfinement (- 22 points entre mi-mai et fin août), a augmenté de 4 points entre fin août et fin septembre.

La baisse de l'adoption systématique des mesures de prévention, observée notamment depuis le déconfinement et jusqu'en juillet, 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 reprise à la hausse de certains comportements de prévention et une augmentation régulière du port du masque.

L'adoption systématique des comportements de distanciation physique diffère selon l'âge. Les personnes de 18 à 34 ans adoptent moins systématiquement les mesures de distanciation alors que le virus circule particulièrement dans cette tranche d'âge depuis début août : fin septembre, elles sont 22% parmi les 18-24 ans et 26,5% parmi les 25-34 ans à éviter systématiquement les regroupements et les réunions en face à face et elles sont 41,5% 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, particulièrement à risque de développer une forme grave de COVID-19, suivent en revanche plus systématiquement 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.

En conclusion

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

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

Les taux de positivité des prélèvements sont en hausse, notamment chez des personnes présentant des symptômes. Les nombres de nouveaux cas confirmés et donc l'incidence sont stables par rapport à la semaine précédente. Cependant, du fait des saturations des capacités diagnostiques des laboratoires dans plusieurs régions, ces augmentations sont très certainement sous-estimées. Les nombres de clusters se maintiennent à des niveaux élevés mais sont également très certainement sous-estimés du fait de l'augmentation de la circulation virale et de l'allongement des délais de validation et de signalement et de la baisse du taux de dépistage. Les indicateurs issus de ces différentes surveillances doivent ainsi être interprétés avec prudence car ils ne décrivent désormais plus qu'imparfaitement la dynamique de l'épidémie sur le territoire.

Au niveau hospitalier, les nouvelles hospitalisations, les nouvelles admissions en réanimation poursuivent leurs augmentations. Le nombre de décès liés au COVID-19 est également en augmentation, notamment les décès survenus dans les établissements de santé.

Les hausses des admissions en hospitalisation conventionnelle, en réanimation, ainsi que des décès étaient attendues du fait de la transmission communautaire élevée et de l'augmentation des cas confirmés de COVID-19 rapportée depuis mi-août 2020. Les formes graves pouvant 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.

La plus grande vigilance doit être maintenue auprès des personnes âgées compte tenu de la fragilité de cette population dans laquelle survient le plus grand nombre de décès dus au SARS-CoV-2.

Au niveau national, les nouvelles hospitalisations, les admissions en réanimation pour COVID-19 et les nombres de décès restent à des niveaux modérés en comparaison à la situation observée en mars-avril 2020, mais **la poursuite de la circulation du virus chez les personnes les plus âgées, fait craindre la poursuite des hospitalisations et des décès dans les semaines à venir.**

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 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, l'allongement des délais de diagnostic pourrait se traduire par 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) ainsi que le port approprié du masque.

Ces mesures doivent être respectées 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).

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

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

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directeur adjoint de publication

Dr Jean-Claude Desenclos

Equipe de rédaction

Sophie Vaux, Christine Campèse, Fanny Chéreau, Leïla Saboni, Alexandra Septfons, Anne Fouillet, Guillaume Spaccaverri, Patrick Rolland, Valérie Henry, Céline Caserio-Schonemann, Myriam Fayad, Julien Durand, Cécile Forgeot, Jérôme Naud, Edouard Chatignoux, Didier Che, Camille Le Gal, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Delphine Viriot, Maëlle Robert, Sébastien Monluc, Anne-Sophie Barret, Laetitia Gouffé-Benadiba, Linda Lasbeur, Enguerrand du Roscoat, Isabelle Bonmarin, Ke Zhou, Elisabeth Pinto, Anne Laporte, Daniel Levy-Bruhl, 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 :
01 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