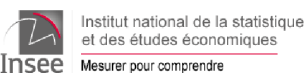


Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 médecins libéraux, SAMU Centre 15, médecins hospitaliers, Laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville Agences régionales de santé (ARS) Les Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de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



COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 21 mai 2020

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données de surveillance de 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 18 mai 2020.

Points clés

- ▶ Depuis sept semaines, les indicateurs épidémiologiques de circulation du SARS-CoV-2 sont en baisse en France, à l'exception de Mayotte
 - diminution des recours pour COVID-19 aux urgences hospitalières traduisant une diminution des nouvelles contaminations
 - diminution du nombre des nouvelles hospitalisations, des nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19, des nombres de patients hospitalisés et des patients en réanimation
- ▶ Légère augmentation des nombres d'actes SOS Médecins en semaine 20, mais part d'activité stable depuis plus de deux semaines
- ▶ A Mayotte, maintien de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé
- ▶ Patients à risque pour COVID-19
 - réanimation : 83% des cas avec comorbidités et 54% âgés de 65 ans et plus
 - décès : 86% avec comorbidités et au moins 93% âgés de 65 ans et plus
- ▶ Régression des syndromes inflammatoires multi systémiques survenus chez l'enfant et en lien avec l'épidémie de COVID-19 Excès de mortalité toutes causes au niveau national, particulièrement marqué dans les régions Grand Est et Ile-de-France et notamment lors des semaines 13 à 17 et tendant à revenir à des niveaux habituels

Chiffres clés en France

Indicateurs hebdomadaires, semaine 20 (du 11 au 17 mai 2020)

	S20	Evolution par rapport S19
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 203	(2 036)*
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau Oscour®)	5 035	(6 696)*
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	3 218	(4 265)
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	429	(528)
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	1 324	(1 517)

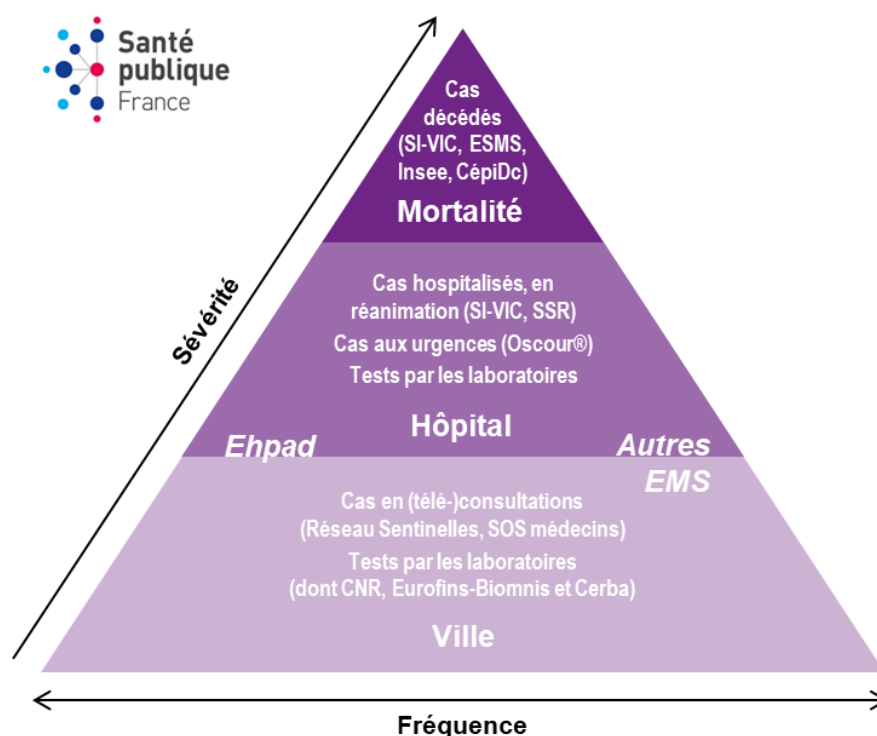
Indicateurs cumulés depuis le 1^{er} mars au 18 mai 2020

* données consolidées

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	98 853
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	27 834

Sommaire	Page
Chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire	3-4
Surveillance à partir des laboratoires de virologie	5
Cas confirmés de COVID-19	5
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	6-8
Signalement des clusters	9
Surveillance en milieu hospitalier	10-15
Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS)	16-17
Surveillance des professionnels dans les établissements de santé	18-19
Surveillance de la mortalité	20-23
Enquête sur la vie quotidienne et prévention	24
Discussion	25-27
Méthodes	28

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



CNR : Centre national de référence ; 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 dont Ehpad ; Insee : Institut national de la statistique et des études économiques ; Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences ; SI-VIC : Système d'information des victimes ; SSR : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs

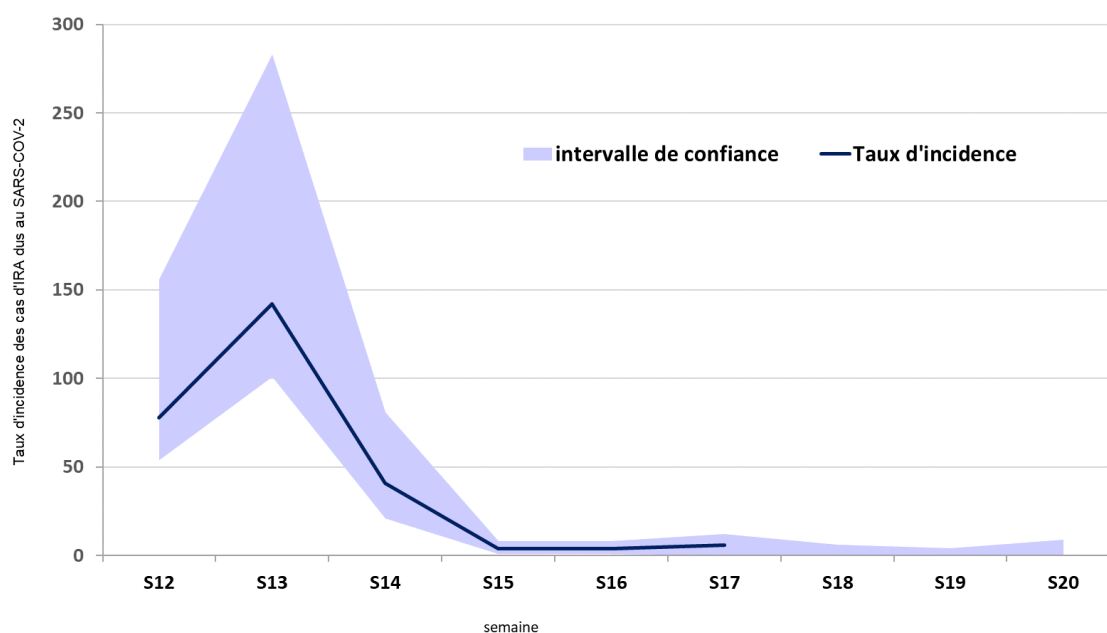
Surveillance en médecine ambulatoire

Réseau Sentinelles

La surveillance spécifique du COVID-19 du Réseau Sentinelles (Inserm, Sorbonne Université) a été mise en place le 16 mars 2020. Les résultats présentés nécessitent d'être lus avec précaution et sont consolidés dans les semaines suivantes.

- En semaine 20 (du 11 au 17 mai), le **taux de consultations** (ou téléconsultations) estimé pour une infection respiratoire aiguë (IRA) était de **49/100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 41 ; 57] en France métropolitaine. Il était stable par rapport à celui de la semaine 19 (du 4 au 10 mai 2020) : 42/100 000 habitants [IC à 95% : 35 ; 49].
- En semaine 20, sur les 16 prélèvements réalisés par les médecins généralistes et les pédiatres Sentinelles et analysés, **aucun n'était positif pour le SARS-CoV-2**. Pour la troisième semaine consécutive, aucun prélèvement ne s'est avéré positif (S19: 0/40 prélèvements et S18: 0/32 prélèvements). Les taux de positivité les plus élevés ont été observés la deuxième quinzaine de mars en semaine 12 (15% =22/148 prélèvements) et semaine 13 (19%=25/129).
- Tous les prélèvements effectués en semaine 20, étant négatifs pour le SARS-CoV-2, le **taux d'incidence des cas d'IRA dus au SARS-CoV-2 (COVID-19) vus en consultation de médecine générale ne peut être estimé**. Cependant, en semaine 20 on peut estimer que ce taux était inférieur à 9/100 000 habitants. En semaine 19, il a été estimé inférieur à 4/100 000 habitants (Figure 1). Le nombre de nouveaux cas de COVID-19 ayant consulté un médecin généraliste en semaine 20 ne peut être non plus estimé mais il était inférieur à 6 224 cas. En semaine 19, cette estimation était inférieure à 2 405 nouveaux cas de COVID-19 ayant consulté un médecin généraliste.
- L'âge médian des 62 patients diagnostiqués COVID-19 depuis le 16 mars était de 54 ans (étendue : 1 – 87 ans).

Figure 1. Taux d'incidence pour 100 000 habitants des cas d'IRA dus au SARS-COV-2 vus en médecine générale par semaine depuis la semaine 12 (16 au 22 mars) en France métropolitaine, (Source Réseau Sentinelles)



Associations SOS Médecins

- En semaine 20, 2 203 actes pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés soit une hausse modérée de 8% (soit +167 actes) comparée à la semaine précédente (vs 2 036 actes en S19). Ces actes étaient en hausse dans toutes les classes d'âges à l'exception des personnes de 65 ans et plus :
 - chez les moins de 15 ans (262 en S20 vs 208 en S19 soit +26%)
 - chez les 15-44 ans (1 172 en S20 vs 1 085 en S19 soit +8%)
 - chez les 45-64 ans (454 en S20 vs 425 en S19 soit +7%)
- La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19, dans l'activité totale tous âges confondus est stable : 5,4% en S20 vs 4,6% en S19 (Figure 2).
- En semaine 20, les effectifs d'actes médicaux ainsi que leur part dans l'activité totale sont en légère hausse par rapport à la semaine 19 au niveau national. Au niveau régional, cette hausse concerne principalement les régions Bourgogne-Franche Comté (+41%), Centre Val de Loire (+40%), Auvergne Rhône-Alpes (+21%) et Corse (+50%).
- Néanmoins que ce soit au niveau national ou régional, l'évolution de ces indicateurs sur les 6 dernières semaines est plutôt en faveur d'une stabilisation de ces recours à un niveau bas. La légère tendance à la hausse observée en S20 par rapport à S19 reste à vérifier sur les prochains jours.
- Depuis le 3 mars 2020, un total de 50 560 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 a été enregistré (données au 17 mai 2020).

Figure 2. Nombre d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et par classe d'âge depuis le 24 février 2020, France (source : SOS Médecins)

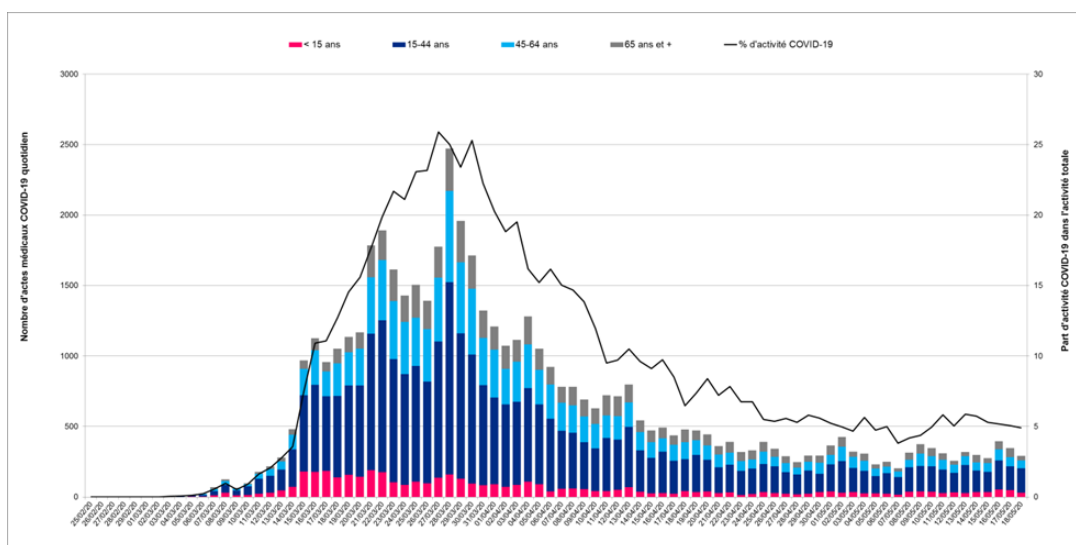
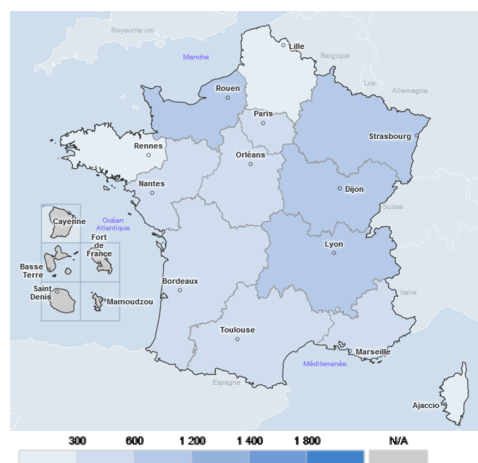


Figure 3. Taux d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 actes, le 18 mai 2020, France (source : SOS Médecins)



Surveillance à partir des laboratoires de virologie

La finalité de la surveillance virologique basée sur les laboratoires est de suivre le taux de positivité des tests dans le temps et par région, indicateur qui contribue, avec tous les autres indicateurs disponibles, à suivre la dynamique de l'infection dans la population.

Le **nouveau système d'information de dépistage (SI-DEP)** est en déploiement depuis la semaine 20. Les tendances épidémiologiques, les estimations d'incidence et les taux de positivité des tests seront produits de façon hebdomadaire, à partir du 28 mai 2020, une fois que l'ensemble des données auront pu être stabilisées.

Cas confirmés de COVID-19

- Les données permettant d'estimer le nombre de cas confirmés sont issues de plusieurs sources.
- Entre le 21 janvier et le 25 mars 2020, 25 233 cas de COVID-19 ont été signalés à Santé publique France via l'application GoData ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France.
- Depuis le 26 mars 2020, le nombre de cas confirmés de COVID-19 est estimé au niveau national en tenant compte des données de laboratoires de biologie médicale et des patients hospitalisés pour COVID-19 (source SI-VIC).
- Il a été estimé ainsi qu'entre le 21 janvier et le 18 mai 2020, **142 903 cas** de COVID-19 ont été confirmés en France.
- Tous les patients présentant des signes de COVID-19 n'ayant pas été systématiquement confirmés par un test biologique au cours de la vague épidémique (Recommandations ministérielles du 13 mars 2020), le nombre réel de cas de COVID-19 en France est donc supérieur au nombre estimé de cas confirmés. Le nombre de cas confirmés en France, tel que défini, ne reflète donc pas l'importance réelle de l'épidémie.

Surveillance dans les établissements sociaux et médico sociaux (ESMS)

Préambule : Les données du samedi 16 et dimanche 17 mai 2020 de la région Ile-de-France, saisies par les établissements sur l'application de l'ARS Ile-de-France puis transmises secondairement à Santé publique France, ne sont pas intégrées dans ce bilan en raison d'une nécessité de consolidation. En effet, les erreurs de saisie puis leur correction introduisent une instabilité importante des données, incompatible avec leur production dans ce point épidémiologique.

- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 17 mai, **7 687 signalements** rapportaient un ou plusieurs cas de COVID-19 déclarés dans le portail national des signalements de Santé publique France et du 1^{er} mars au 15 mai pour données transmises par l'ARS Ile-de-France.

Il s'agissait de **4 860 (63 %) signalements** provenant d'**établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPAD, EHPA et autres établissements) et **2 827 (37 %) d'autres établissements médico-sociaux (EMS)**.

- Parmi les 7 687 signalements (Tableau 1) :
 - **73 360 cas de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents dont 36 262 (49 %) cas confirmés.
 - **10 245 cas sont décédés dans l'établissement d'accueil**, dont 10 150 (99 %) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
 - **3 697 cas sont décédés à l'hôpital**.
 - **40 423 cas** ont été rapportés parmi les membres du **personnel des ESMS**, dont 19 461 (48 %) cas ont été confirmés.

Tableau 1 : 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 17 mai 2020, France

		EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
	Signalements ⁵	4 860	2 188	341	298	7 687
Chez les résidents	Nombre total de cas ^{6,7}	64 219	7 769	473	899	73 360
	<i>dont cas confirmés</i> ⁶	32 842	3 010	122	288	36 262
	<i>dont cas hospitalisés</i>	8 277	931	7	139	9 354
	Décès hôpitaux ⁸	3 468	210	0	19	3 697
	Décès établissements ⁸	10 150	71	0	24	10 245
Chez le personnel	Nombre total de cas ^{6,7}	30 189	8 700	942	592	40 423
	<i>dont cas confirmés</i> ⁶	15 843	3 156	265	197	19 461

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

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

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

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

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

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

⁷Cas possible COVID-19 : fièvre (ou sensation de fièvre) avec des signes respiratoires (comme la toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression thoracique) OU autre tableau clinique compatible avec le COVID-19 selon l'avis du médecin, parmi les personnes résidentes ou les membres du personnel d'un EMS/EHPA.

⁸Cas possibles et confirmés décédés

* Remarque : Les données du samedi 16 et dimanche 17 mai 2020 de la région Ile-de-France, saisies par les établissements sur l'application de l'ARS Ile-de-France puis transmises secondairement à Santé publique France, ne sont pas intégrées dans ce bilan en raison d'une nécessité de consolidation. En effet, les erreurs de saisie puis leur correction introduisent une instabilité importante des données, incompatible avec leur production dans ce bilan épidémiologique.

- Après la décroissance observée depuis début avril, **le nombre de signalements reste très bas depuis début mai** (Figure 4).
- La **proportion de nouveaux cas**, possibles ou confirmés, chez les résidents en Ehpa **a diminué** sur les 14 derniers jours (semaines 19 et 20 : du 04 au 17 mai 2020) comparée aux 14 jours précédents (semaines 17 et 18 : du 20 avril au 03 mai 2020), en particulier dans les régions les plus touchées (Figure 5). Cette proportion a été calculée en rapportant le nombre de cas des Ehpa sur les effectifs totaux de résidents en Ehpa en 2020 recensés par la DREES (base FINESS).
- Le **nombre de décès chez les résidents** a atteint un pic début avril et décroît depuis (Figure 6).
- La létalité chez les résidents des EHPAD était plus élevée dans les régions Corse, Grand Est, Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Centre-Val de Loire (Figure 7). La létalité correspond aux nombres de décès à l'hôpital ou dans l'établissement rapportés aux nombres de cas possibles et confirmés résidant dans les EHPAD.

Figure 4. Nombre d'établissements ayant signalé un 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 17 mai 2020, France (hors Ile-de-France) (N=5 918).

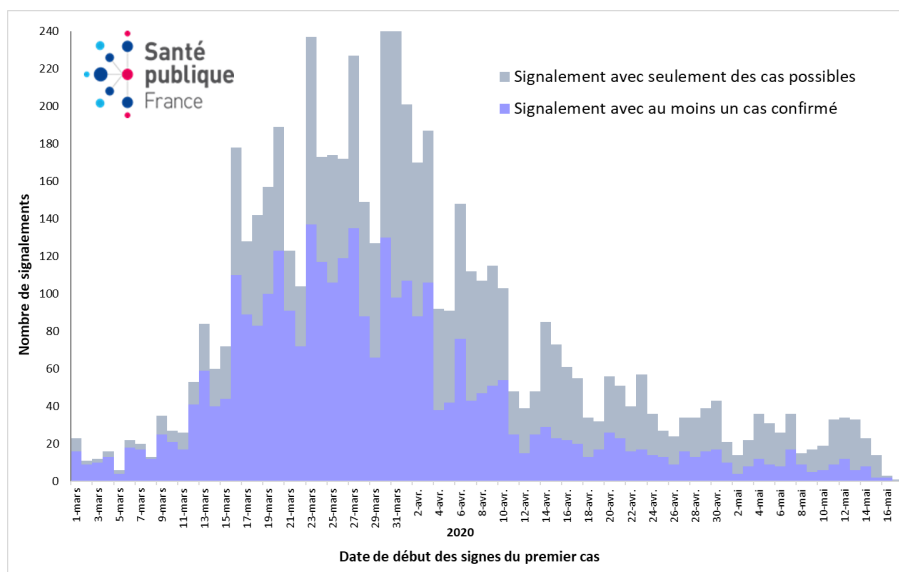
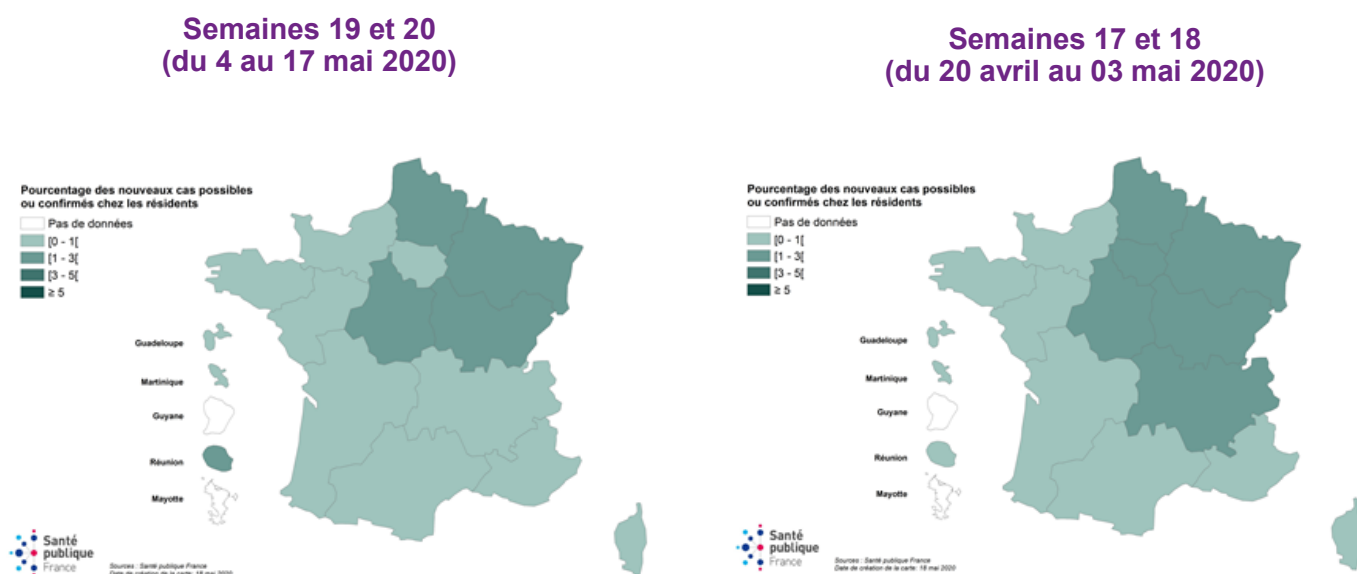


Figure 5 : Proportion (%) de nouveaux cas possibles ou confirmés de COVID-19 chez les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) par date de signalement, en semaines 19 et 20 comparée à celle des 2 semaines précédentes (semaines 17 et 18), par région, en France*.



*Les données du samedi 16 et dimanche 17 mai 2020 de la région Ile-de-France, saisies par les établissements sur l'application de l'ARS Ile-de-France puis transmises secondairement à Santé publique France ne sont pas intégrées dans la carte des semaines 19 et 20 en raison d'une nécessité de consolidation. En effet, les erreurs de saisie puis leur correction introduisent une instabilité importante des données, incompatible avec leur production dans ces cartes.

Figure 6. Nombre moyen* de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès, rapportés du 1^{er} mars au 17 mai 2020, en France hors Ile-de-France (*moyenne glissante sur 7 jours).

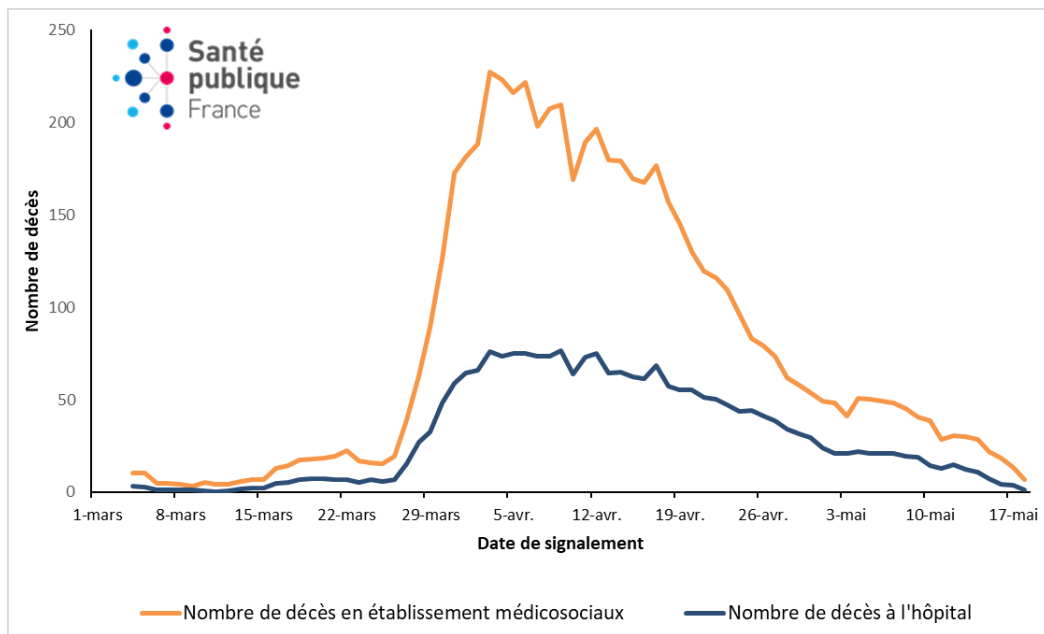
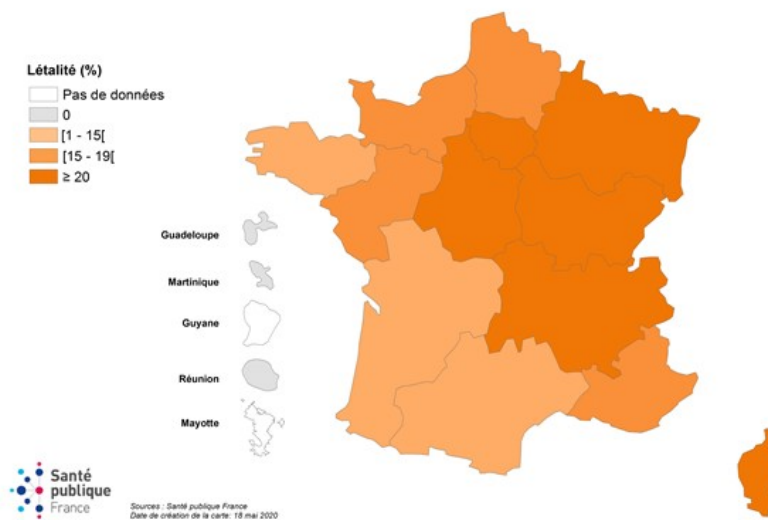


Figure 7. Létalité (%) liée au COVID-19 chez les résidents des EHPAD par région, rapportés du 1^{er} mars au 17 mai 2020, France*



La létalité n'a été estimée que si un minimum de 2 établissements ou 20 cas chez les résidents ont été signalés dans la région. Les données du samedi 16 et dimanche 17 mai 2020 de la région Ile-de-France, saisies par les établissements sur l'application de l'ARS Ile-de-France puis transmises secondairement à Santé publique France ne sont pas intégrées dans cette carte en raison d'une nécessité de consolidation. En effet, les erreurs de saisie puis leur correction introduisent une instabilité importante des données, incompatible avec leur production dans cette carte.

Signalement des clusters à visée d'alerte

- Depuis la levée du confinement, le 11 Mai 2020, les ARS en lien avec les Cellules régionales de Santé publique France et d'autres acteurs locaux, investiguent les clusters qui sont identifiés. Le contact-tracing et le dépistage des personnes contact permettent de contrôler ces situations.
- **Au 19 Mai 2020**, le bilan, hors Ehpad et milieu familial restreint, s'élève à **46 clusters** validés et rapportés depuis le 9 Mai 2020. Ces clusters sont en cours d'investigation pour la plupart, avec des premiers cas qui remontent le plus souvent avant la levée du confinement. Ils concernent notamment des établissements sociaux d'hébergement et d'insertion (28%), des entreprises (19%) et des établissements de santé (17%) (Tableau 2). Les mesures de contrôle sont en place et une vigilance est maintenue quant au risque de diffusion communautaire.

Tableau 2 : Répartition par type de collectivités des clusters rapportés entre le 9 et le 19 mai 2020 (N=46)

Type de collectivités	N=46	%
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	13	28
Milieus professionnels (entreprises)	9	19
Etablissements de santé	8	17
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	3	7
EMS de personnes handicapées	3	7
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	3	7
Milieu scolaire et universitaire	2	4
Evènement public ou privé (rassemblements temporaires de personnes)	1	2
Crèches	0	-
Etablissement pénitentiaires	0	-
Structure de l'aide sociale à l'enfance	0	-
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-
Transport (avion, bateau, train)	0	-
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	0	-
Autres	4	9

Surveillance en milieu hospitalier

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

Depuis le 24 février 2020 : **151 920 passages aux urgences** pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 17 mai).

- En semaine 20 (du 10 au 17 mai), 5 035 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés, représentant 3% de l'activité totale.
- Ces **passages** étaient **en diminution** tandis que leur part dans l'activité totale des urgences restait stable (respectivement 6 791 passages et 3% de l'activité totale en semaine 19 - données consolidées au 18 mai 2020) (Figure 8).
- Une proportion de passages plus importante a été observée en Île-de-France (30%), en Auvergne-Rhône-Alpes (10%), dans le Grand Est (9%) et dans les Hauts-de-France (9%).
- En semaine 20, les passages aux urgences restaient **en baisse pour la 7^{ème} semaine consécutive** au niveau national et en région.
- La proportion d'hospitalisation après passage pour suspicion de COVID-19 tous âges, indicateur de gravité à l'arrivée aux urgences était stable à 37%.

Figure 8. Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et classe d'âge, depuis le 24 février 2020 (source: OSCOUR®)

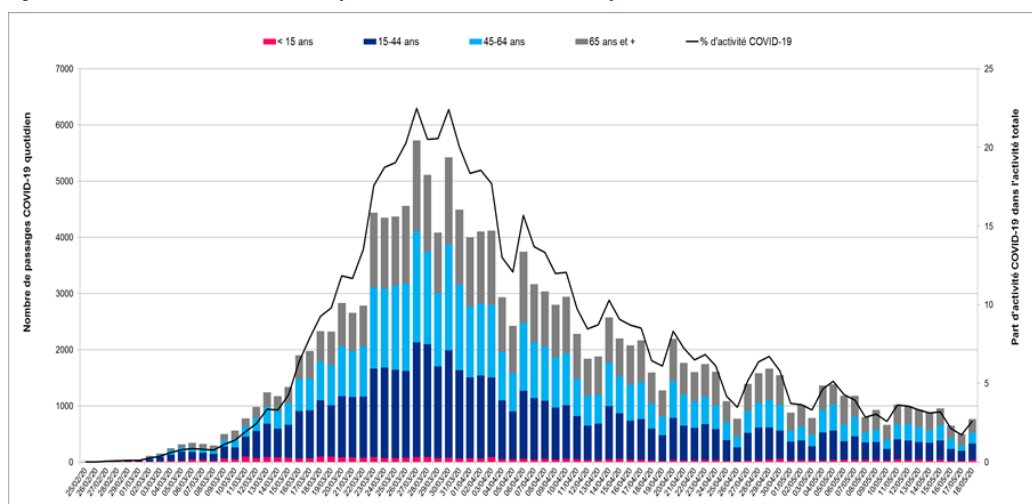
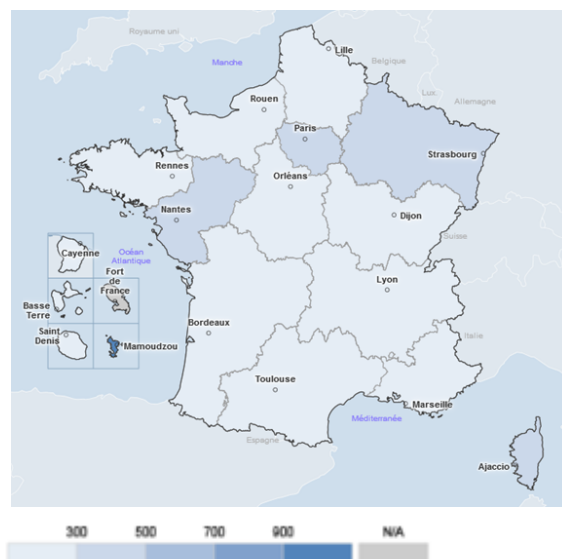


Figure 9. Taux de passage pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, le 18 mai 2020 (source : OSCOUR®)



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

- Depuis le 1^{er} mars 2020, 1 454 établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Parmi les **98 853 patients** ayant été hospitalisés **depuis le 1^{er} mars** (Tableau 3).
 - L'âge médian des patients était de 72 ans et 53% étaient des hommes.
 - 17 589 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 61 728 patients sont retournés à domicile.
- Le **18 mai 2020, 19 015 cas** de COVID-19 étaient **hospitalisés** en France dont 1 998 cas en réanimation.

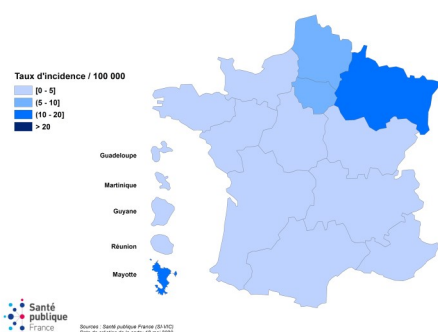
Tableau 3. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 18 mai 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars par classe d'âge et par région (source : SI-VIC), France

	Le 18 mai 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	19015		1 998		61 728		17589	
Classes d'âge *								
Total	18890		1 987		61282		17488	
0-14 ans	72	<1	14	<1	726	1	3	<1
15-44 ans	840	4	134	7	9085	15	174	1
45-64 ans	3545	19	755	38	19378	32	1787	10
65-74 ans	3897	21	702	35	11755	19	3108	18
75 et +	10536	56	382	19	20338	33	12416	71
Régions *								
Total	18956		1958		61719		17570	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	1740	9	183	9	6287	10	1571	9
Bourgogne-Franche-Comté	797	4	86	4	2999	5	969	6
Bretagne	249	1	28	1	1049	2	239	1
Centre-Val de Loire	736	4	61	3	1601	3	477	3
Corse	40	<1	4	<1	212	<1	57	<1
Grand Est	2800	15	233	12	9793	16	3291	19
Hauts-de-France	1744	9	180	9	5162	8	1640	9
Ile-de-France	7927	42	824	41	22420	36	6766	38
Normandie	466	2	36	2	1313	2	397	2
Nouvelle-Aquitaine	423	2	62	3	1748	3	376	2
Occitanie	327	2	81	4	2525	4	472	3
Pays de la Loire	489	3	39	2	1554	3	414	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1104	6	119	6	4566	7	849	5
Outre-Mer								
La Réunion	12	<1	4	<1	115	<1	0	0
Martinique	19	<1	5	<1	80	<1	14	<1
Mayotte	55	<1	10	1	178	<1	18	<1
Guadeloupe	14	<1	3	<1	72	<1	19	<1
Guyane	14	<1	0	<1	45	<1	1	<1

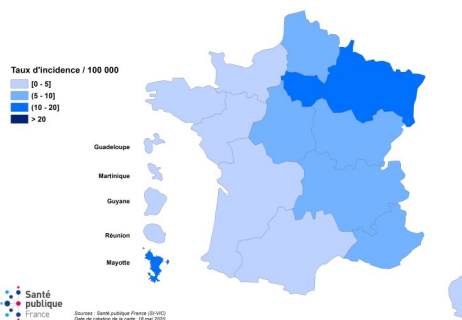
* L'information sur l'âge n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Figure 10. Taux d'hospitalisation pour COVID-19 pour 100 000 habitants, sur les 7 derniers jours (du 12 au 18 mai 2020) comparé aux 7 jours précédents (du 5 au 11 mai), par région en France (source : SI-VIC)

du 12 au 18 mai 2020



du 5 au 11 mai 2020



- Les plus forts taux d'hospitalisations hebdomadaires (du 12 au 18 mai) de patients COVID-19 ont été observés à Mayotte (18/100 000 h), dans les régions Grand Est (10/100 000 habitants), Ile-de-France (8/100 000 h) et Hauts-de-France (6/100 000 h). Une tendance à la diminution ou une stabilité à des niveaux bas ont été observées dans toutes les régions de France métropolitaine. Pour **Mayotte**, les taux d'hospitalisations hebdomadaires restent stables à un **niveau élevé** (Figure 10). En Guyane, il est observé une augmentation de l'incidence des hospitalisations, mais le nombre de cas impliqués reste faible.
- Le nombre de **nouvelles hospitalisations** pour COVID-19 **continue de décroître** en semaine 20 : 3 218 versus 4 265 cas en S19 (Figure 11).
- La diminution du nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés observée depuis le 14 avril se poursuit (Figure 12).

Figure 11. Nombre journalier de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés et nombre d'établissements déclarants, données au 18 mai 2020, France (source : SI-VIC)

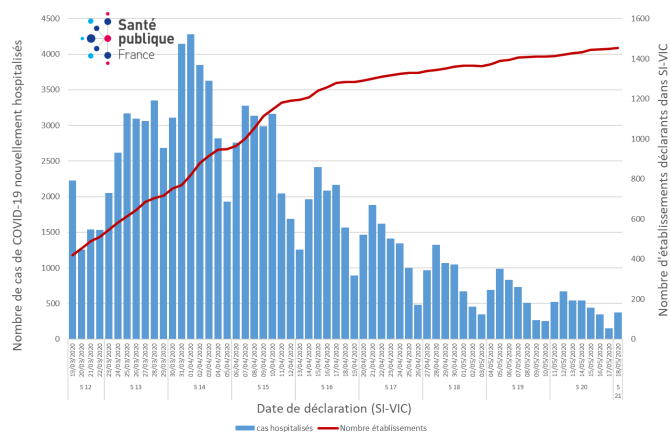
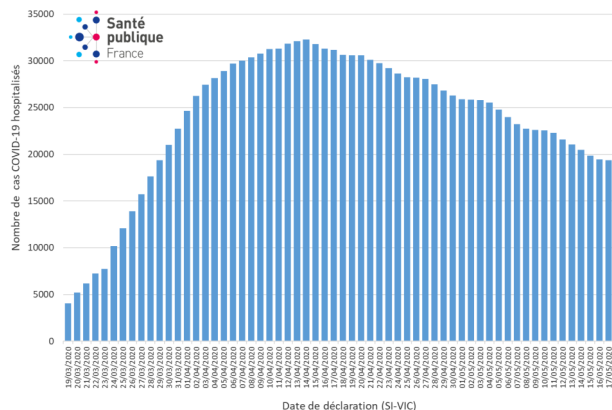


Figure 12. Nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés en France, données au 18 mai 2020 (source : SI-VIC)



- Au total, 1 998 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en réanimation en France le 18 mai 2020.
- Le 18 mai 2020, 38 nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 ont été rapportées (Figure 13).
- Le nombre de nouvelles admissions continue de diminuer en semaine 20 (429 cas en S20 versus 528 en S19) (Figure 13).
- Le nombre journalier de cas hospitalisés en réanimation est **toujours en diminution** depuis le 8 avril (Figure 14).
- Les plus forts taux d'admission en réanimation hebdomadaire (du 12 au 18 mai) de patients COVID-19 ont été observés à Mayotte (2,5/100 000 habitants), dans la région Ile-de-France (1,2/100 000 h) et en Corse (1,2/100 000 h). Une tendance à la diminution a été observée dans quasiment toutes les régions de France métropolitaine et dans les départements d'Outre-mer. A noter qu'en Corse, l'augmentation de l'incidence est due à l'admission de 4 cas en réanimation sur la semaine du 12 au 18 mai contre aucun la semaine du 5 au 11 mai (Figure 15).
- Le nombre de décès survenus au cours d'une hospitalisation continue de diminuer en semaine 20 (861 en S20 versus 1 094 en S19) (Figure 13).

Figure 13. Nombre journalier de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 et nombre de nouveaux décès survenus au cours de l'hospitalisation, France, données au 18 mai 2020 (source : SI-VIC)

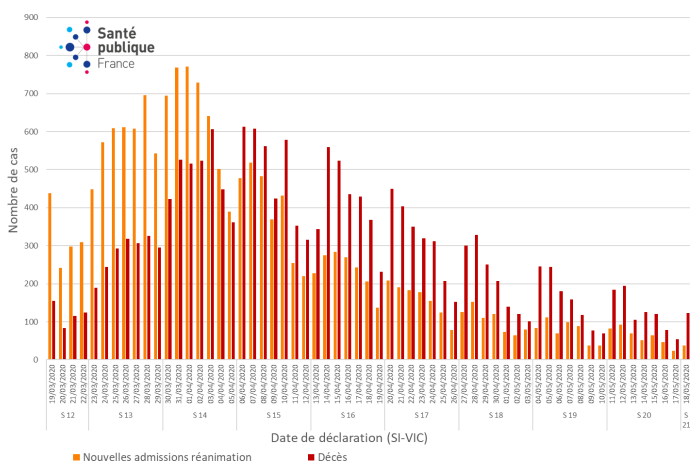


Figure 14. Nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés en réanimation, données au 18 mai 2020, France (source : SI-VIC)

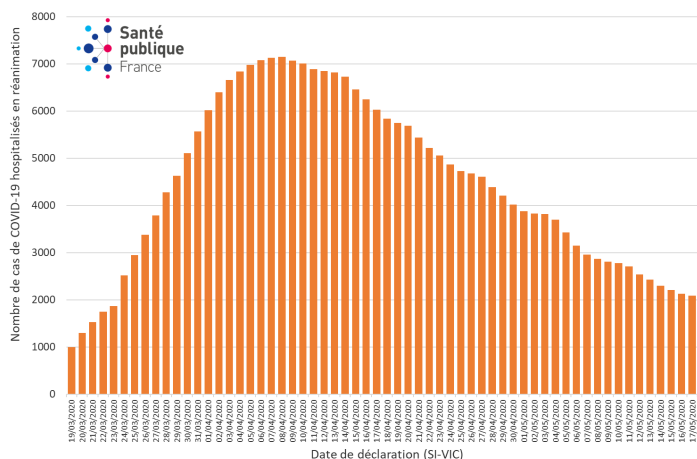
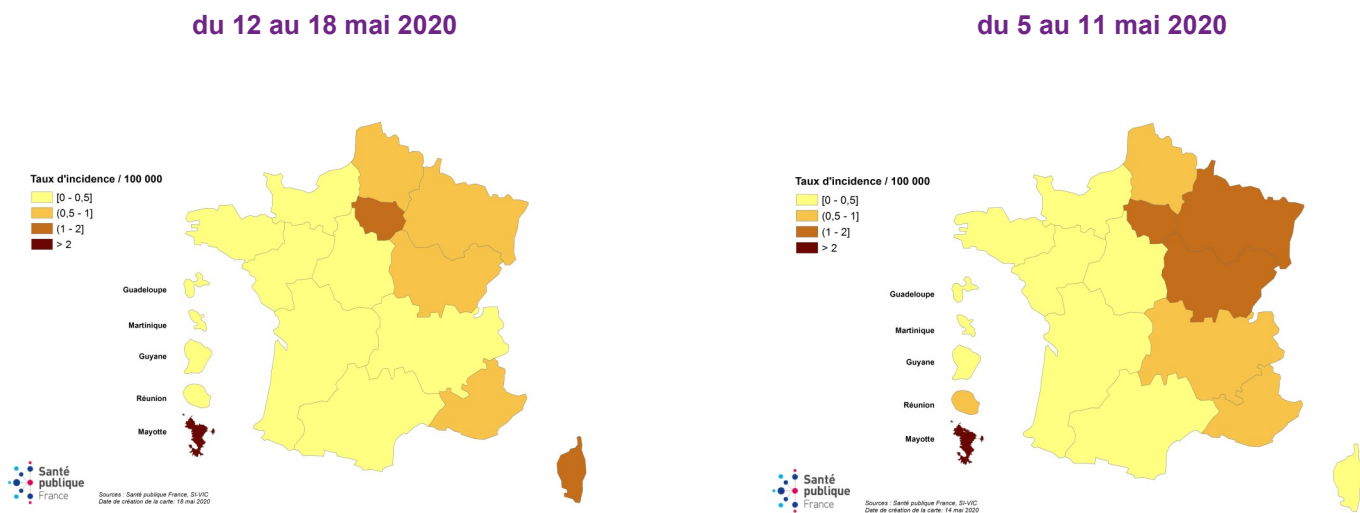
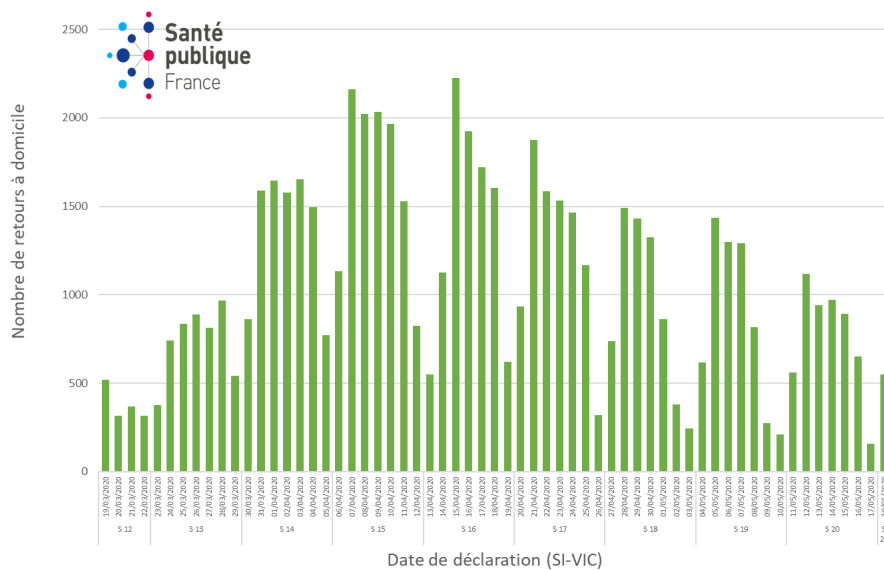


Figure 15. Taux d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants sur les 7 derniers jours (du 12 au 18 mai 2020) comparé aux 7 jours précédents (du 5 au 11 mai), par région, en France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation tend à diminuer au cours des semaines 19 et 20 (5 947 et 5 294 respectivement) (Figure 16)

Figure 16. Nombre journalier de retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation, France, données du 19 mars au 18 mai 2020 (source : SI-VIC)



Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation

Cette surveillance débutée mi-mars est basée sur un réseau sentinelle de services de réanimation volontaires et a pour objectif de documenter les caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation (cas confirmés et cas probables). Elle n'a pas vocation à dénombrer tous les cas graves de COVID-19 admis en réanimation.

- Depuis le 16 mars 2020 : **3 784 cas** ont été rapportés par **155 services de réanimation**, dont 7 cas admis en semaine 20 (versus 36 cas en S19 et 60 cas en S18).
- Une **confirmation virologique** était renseignée pour **3 466 patients** (92%); **1 034** d'entre eux (27%) présentaient également des lésions pulmonaires évocatrices de COVID-19 visibles au **scanner** (donnée recueillie depuis le 27 mars). Deux cents patients (5%) présentaient des lésions pulmonaires évocatrices de COVID-19 visibles au scanner sans qu'une confirmation virologique soit disponible. L'information sur le diagnostic n'était pas renseignée pour 118 (3%) cas.
- **73%** étaient des **hommes** ; l'âge médian des patients était de 66 ans (19% étaient âgés de 75 ans et plus) (Tableau 4a).
- **77%** des cas présentaient **au moins une comorbidité** (Tableau 4a). Cette proportion est probablement sous-estimée du fait de l'inclusion tardive de l'hypertension artérielle (HTA) et des pathologies hépatiques dans le recueil systématique des comorbidités (Tableau 4b). Si l'on considère uniquement les cas signalés à partir du 6 avril, la proportion de cas présentant au moins une comorbidité s'élève à **83%**.
- Le **délai médian d'admission en réanimation** suite à l'apparition des premiers signes était de **8 jours** (intervalle interquartile (IIQ) : 6-11 jours, donnée disponible pour 3 602 patients).
- La **durée médiane de séjour en réanimation** était de **11 jours** (IIQ : 4-20 jours) parmi les 1 726 patients sortis de réanimation pour qui l'information était disponible. Cette durée était de 9 jours (IIQ : 4-18 jours, données disponibles pour 542 patients) parmi les patients décédés.
- Parmi l'ensemble des cas signalés, **559 décès** et **1 835 sorties de réanimation** (transferts dans un service hors réanimation ou retours à domicile) ont été rapportés à ce jour. La **mortalité**, calculée pour ces 2 394 cas dont l'évolution est connue, était de **23%**.
- Parmi les 559 décès (Tableaux 4a et 4b) :
 - L'âge médian était de 72 ans ; 38% étaient âgés de 75 ans et plus.
 - 86% présentaient au moins une comorbidité : les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (39%), une pathologie cardiaque (31%), le diabète (31%), un surpoids ou une obésité (28%) et une pathologie pulmonaire (22%).
 - A ce jour, trois décès survenus chez des enfants (âge <18 ans) ont été rapportés dans le cadre de la surveillance sentinelle des cas graves. Parmi les enfants décédés : deux présentaient des comorbidités sous-jacentes ; le 3^{ème} enfant présentait des causes multiples de décès (dont une surinfection bactérienne).
- 99 cas étaient des professionnels de santé parmi lesquels 6 sont décédés.

NB : Les proportions présentées dans le texte sont calculées à partir des données renseignées (sauf précision).

Tableau 4a : Nombre de cas graves de COVID-19 admis en réanimation et nombre de décès survenus en réanimation rapportés du 16 mars au 17 mai 2020 en France (données arrêtées le 18 mai 2020, N=3 784), selon la classe d'âge et la présence de comorbidité*

Classe d'âge	Sans comorbidité ¹		Avec comorbidité ¹	
	Effectif	%	Effectif	%
Cas				
0-14 ans	13	48	14	52
15-44 ans	91	31	206	69
45-64 ans	365	26	1 037	74
65-74 ans	247	19	1 048	81
75 et +	133	19	557	81
Non renseigné	3	-	5	-
Total	852	23	2 867	77
Décès				
0-14 ans	1	-	1	-
15-44 ans	3	-	10	-
45-64 ans	19	16	99	84
65-74 ans	28	14	178	86
75 et +	28	13	183	87
Non renseigné	-	-	1	-
Total	79	14	472	86

¹ % présentés en ligne

² % présentés en colonne

*A noter qu'il existe des valeurs manquantes pour l'ensemble des variables recueillies

Tableau 4b : Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation rapportés du 16 mars au 17 mai en France (données arrêtées le 18 mai 2020, N=3 784) par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle*

Sexe	Ensemble des cas (n=3 784)		Décès en réanimation (n=559)	
	Effectif	%	Effectif	%
Ratio homme/femme et % d'hommes	2,7	73	3,0	75
Classes d'âge				
0-14 ans	27	1	2	1
15-44 ans	302	8	13	2
45-64 ans	1 429	38	120	21
65-74 ans	1 317	35	210	38
75 et +	701	19	213	38
Non renseigné	8	<1	1	<1
Total	3 784		559	
Facteurs de risque, comorbidités et grossesse¹				
Aucun	852	23	79	14
Surpoids ou obésité (IMC \geq 25kg.m ⁻²) ²	1 247	33	156	28
Surpoids (IMC [25;30[)	391	10	53	9
Obésité modérée (IMC [30;35[)	380	10	42	8
Obésité sévère (IMC [35;40[)	177	5	22	4
Obésité morbide (IMC \geq 40)	275	7	38	7
Surpoids ou obésité avec IMC non renseigné	24	1	1	<1
Diabète	952	25	172	31
Pathologie cardiaque	730	19	173	31
Pathologie pulmonaire	619	16	125	22
Immunodéficience	252	7	56	10
Pathologie rénale	229	6	53	9
Pathologie neuromusculaire	127	3	38	7
Grossesse	17	<1	0	-
Autre	365	10	64	11
Non renseigné	65	2	8	1
Comorbidités sur recueil réalisé à partir du 06/04/2020 (1 855 cas dont 245 décès)³				
Hypertension artérielle (HTA)	662	36	95	39
Pathologie hépatique	24	1	10	4
SDRA⁴				
Pas de SDRA	779	21	37	7
Mineur	307	8	20	4
Modéré	1 088	29	87	16
Sévère	1 458	39	385	69
Non renseigné	152	4	30	5
Ventilation⁵				
Oxygénothérapie (lunettes ou masque)	607	16	35	6
Oxygénothérapie à haut débit	897	24	103	18
VNI/Oxygénothérapie à haut débit	192	5	25	4
Ventilation invasive	2 085	55	402	72
ECMO/ECCO2R	98	3	23	4

¹ Un patient peut présenter plusieurs facteur(s) de risque et comorbidité(s) parmi ceux listés dans le tableau.

² Bien que l'IMC ne soit recueilli systématiquement qu'à partir du 21/04/2020, il était fréquemment renseigné avant cette date, permettant ainsi de reconstituer l'information sur le surpoids et les différents stades de l'obésité pour les cas signalés avant cette date. La prévalence de la comorbidité surpoids ou obésité reste tout de même sous-estimée à ce jour.

³ Ces deux comorbidités ont été incluses dans le recueil systématique après la mise en place de la surveillance. Les prévalences sont calculées à partir des données recueillies à compter du 06/04/2020 (semaine 15) afin de prendre en compte la montée en charge du recueil de ces deux items.

⁴ Le mode de recueil de cette donnée permet de documenter le niveau de sévérité maximal de SDRA atteint au cours du séjour en réanimation

⁵ Le recueil permet de documenter l'ensemble des aides et assistances respiratoires mis en place au cours du séjour en réanimation.

*A noter qu'il existe des valeurs manquantes pour l'ensemble des variables recueillies

Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS)

Santé publique France a été informée le 27 avril 2020 par un groupe de pédiatres de l'identification de cas de myocardite avec état de choc cardiogénique survenus en Ile-de-France chez des enfants avec une infection COVID-19 récente. Les symptômes présentés faisaient penser à ceux de la maladie de Kawasaki, mais avec une note inflammatoire et myocardique beaucoup plus marquée.

Afin de recenser au mieux ces tableaux cliniques atypiques paraissant correspondre à un syndrome post-infectieux COVID-19, les pédiatres hospitaliers ont été invités, depuis le 30 avril, à signaler chaque nouveau cas de syndrome inflammatoire systémique atypique pédiatrique possiblement en lien avec le COVID-19, ainsi que de manière rétrospective depuis le 1^{er} mars 2020.

Cette surveillance est réalisée par Santé publique France en collaboration avec le Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques, la Filière de santé des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires rares, la Société Française de Pédiatrie, la Société Française de Cardiologie, filiale de Cardiologie pédiatrique et congénitale, le Groupe de pathologies infectieuses pédiatriques et la Société francophone dédiée à l'étude des maladies inflammatoires pédiatriques.

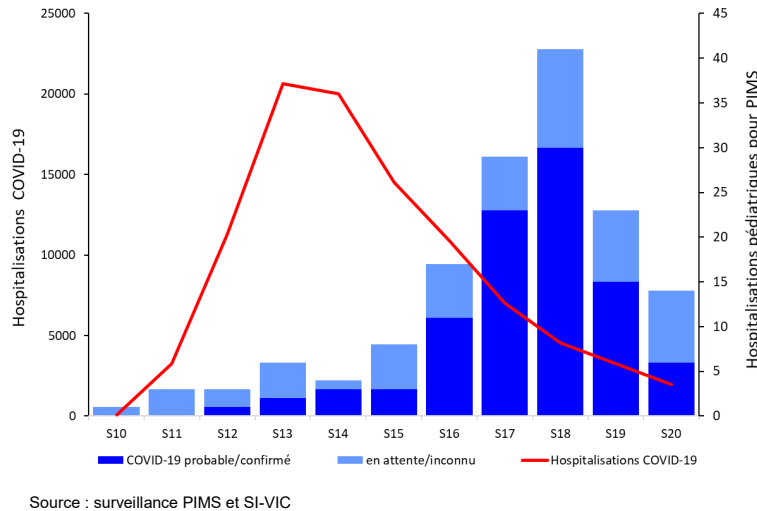
- Au 18 mai 2020, **149 signalements** de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) confirmés ou suspectés d'être en lien avec le COVID-19 et survenus **depuis le 1^{er} mars 2020**, ont été rapportés.
- Soixante-seize cas (51%) ont concerné des filles. La répartition des cas par groupe d'âge est présentée dans le Tableau 5.

Tableau 5 : Répartition des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) par groupe d'âge, France (données au 18 mai 2020).

Groupe d'âge	<1 an	1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	≥15 ans
Nombre de cas	10	39	48	42	10
%	7	26	32	28	7

- Les manifestations cliniques étaient constituées de **syndromes d'inflammation systémique avec myocardite** pour **82 patients**, de syndromes d'inflammation systémique sans myocardite pour 61 patients (6 en attente de classement). Un garçon âgé de 9 ans, **présentant une comorbidité neuro-développementale**, est décédé dans un tableau d'inflammation systémique avec myocardite. Sa sérologie vis-à-vis du COVID-19 était positive. Un séjour en réanimation a été nécessaire pour 77 enfants et en unité de soins critiques pour 23. Les autres enfants ont été hospitalisés en service de pédiatrie.
- La PCR et/ou sérologie pour SARS-CoV-2 étaient positives dans plus de la moitié des cas (n=78, 52%) et le lien au virus était probable chez 16 (11%) autres patients (contage sujet positif ou scanner évocateur). Pour 13 patients (9%), les résultats étaient encore en attente et pour les 42 autres (28%) ce lien n'a pas pu être retrouvé. Ces résultats sont très en faveur d'un lien entre l'infection par le SARS-CoV-2 et cette pathologie.
- La distribution hebdomadaire des hospitalisations pour PIMS est présentée dans la Figure 17 ainsi que celle des hospitalisations pour COVID-19 tous âges confondus depuis début mars (semaine 10) 2020.

Figure 17. Distribution des cas de syndrome inflammatoire multi-systémiques pédiatriques (PIMS), par semaine d'hospitalisation, en fonction du diagnostic de COVID-19 et distribution des hospitalisations COVID-19, tous âges, France (données au 18 mai 2020).



* Graphe selon la date d'hospitalisation contrairement au graphe présenté dans le PE du 14 mai qui prenait en compte la date de début des signes

- Plus de la moitié des cas (52%) ont été rapportés par la région Ile-de-France (Tableau 6).

Tableau 6. Nombre de cas de syndrome inflammatoire multi-systémiques pédiatriques (PIMS) par région, France (données au 18 mai 2020).

Régions métropolitaines	Nombre de cas
Auvergne-Rhône-Alpes	14
Bourgogne-Franche-Comté	4
Bretagne	0
Centre-Val de Loire	2
Corse	0
Grand Est	14
Hauts-de-France	3
Île-de-France	77
Normandie	5
Nouvelle-Aquitaine	5
Occitanie	0
Pays de la Loire	8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	13
Régions ultramarines	Nombre
Guadeloupe	3
Guyane	0
Martinique	0
La Réunion	0
Mayotte	1
TOTAL	149

- Au total, les données recueillies confirment l'existence d'un **syndrome inflammatoire pluri-systémique rare** chez l'enfant avec fréquente atteinte cardiaque, lié à l'épidémie de COVID-19, également observée dans d'autres pays.
- La comparaison des courbes d'hospitalisation pour COVID-19 et pour cette pathologie est en faveur d'un **délai moyen de survenue de ces syndromes inflammatoires multi-systémiques de 4 à 5 semaines après l'infection par le SARS-CoV-2.**
- Après un pic observé selon la date d'hospitalisation en semaine 18, le nombre de nouveaux cas signalés diminue de manière importante.

Surveillance des professionnels des établissements de santé

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

Les cas sont définis comme tout professionnel travaillant en établissement de santé dont l'infection par SARS-CoV-2 est confirmée par PCR, mais également les cas probables (clinique, historique de contact ou imageries évocatrices), reconnus comme infectés par la cellule « COVID-19 » ou l'infectiologue référent de l'ES.

Ces professionnels font partie d'une population particulièrement exposée au SARS-CoV-2.

- Depuis le 1^{er} mars, **28 050** cas ont été rapportés par **1 154** établissements répartis dans les 18 régions françaises (Tableaux 7 et 8).
- Parmi les **28 050 cas**, **23 645 (84%)** étaient des professionnels de santé et **2 828 (10%)** des professionnels non soignants. Pour 6% des cas, la catégorie professionnelle n'était pas renseignée.
- Une grande partie des cas était des infirmiers (**29%**) ou des aides-soignants (**24%**) (Tableau 9).
- Parmi ces **28 050 cas**, 14 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2 ont été rapportés depuis le 1^{er} mars 2020, dont 4 médecins, 3 aides-soignants, 1 professionnel de santé « autre » et 6 professionnels non soignants.
- Ces premiers résultats ne concernent pas les professionnels de santé libéraux qui peuvent, s'ils ont été atteints, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#).

• *NB : chaque semaine, un référent par établissement fournit ces données qui sont susceptibles d'évoluer au cours de la période de surveillance.*

Tableau 7 : Répartition du nombre d'établissements de santé déclarants par type, depuis le 1^{er} mars 2020 (données au 17 mai 2020), France.

Type d'établissement	Nombre d'ES ayant participé à la surveillance
CHR/CHU/HIA	70
CH/Hopital local	290
ES privés de soins de courte durée	208
CLCC	14
ES Psychiatrie	109
SLD	25
SSR	180
Regroupement de plusieurs types d'ES	127
Soins ambulatoires ou à domicile	99
<i>Donnée en cours de vérification</i>	32
Total	1 154

CHR : centre hospitalier régional
CHU : centre hospitalier universitaire
HIA : hôpital d'instruction des armées
CH : centre hospitalier
ES : établissement de santé
CLCC : centre de lutte contre le cancer
SLD : soins de longue durée
SSR : soins de suite et réadaptation

Tableau 8 : Répartition du nombre d'établissements de santé déclarant, par région, depuis le 1^{er} mars 2020 (données au 17 mai) , France.

Région	Nombre d'ES ayant participé à la surveillance	Nombre de cas
Auvergne-Rhône-Alpes	151	3178
Bourgogne-Franche-Comte	57	2718
Bretagne	60	526
Centre-Val-de-Loire	48	785
Corse	6	83
Grand Est	88	2766
Guadeloupe	7	38
Guyane	6	11
Hauts-de-France	138	3762
Ile-de-France	167	8921
La Réunion	13	2
Martinique	8	26
Mayotte	0	0
Normandie	69	896
Nouvelle-Aquitaine	74	719
Occitanie	95	1327
Pays-de-la-Loire	54	732
Provence-Alpes-Côte d'Azur	113	1560
Total	1 154	28 050

Tableau 9 : Répartition du nombre de professionnels COVID-19 déclarés, par catégorie professionnelle, depuis le 1^{er} mars 2020 (données au 17 mai), France

Catégorie professionnelle	Nombre de cas	%
Infirmier	8113	29
Aide-soignant	6857	24
Médecin	2688	10
Interne	1062	4
Élève	742	3
Kinésithérapeute	294	1
Sage-femme	162	1
Autre professionnel soignant	3727	13
Autre professionnel non soignant	2828	10
<i>Inconnu</i>	<i>1577</i>	<i>6</i>
Total	28 050	100

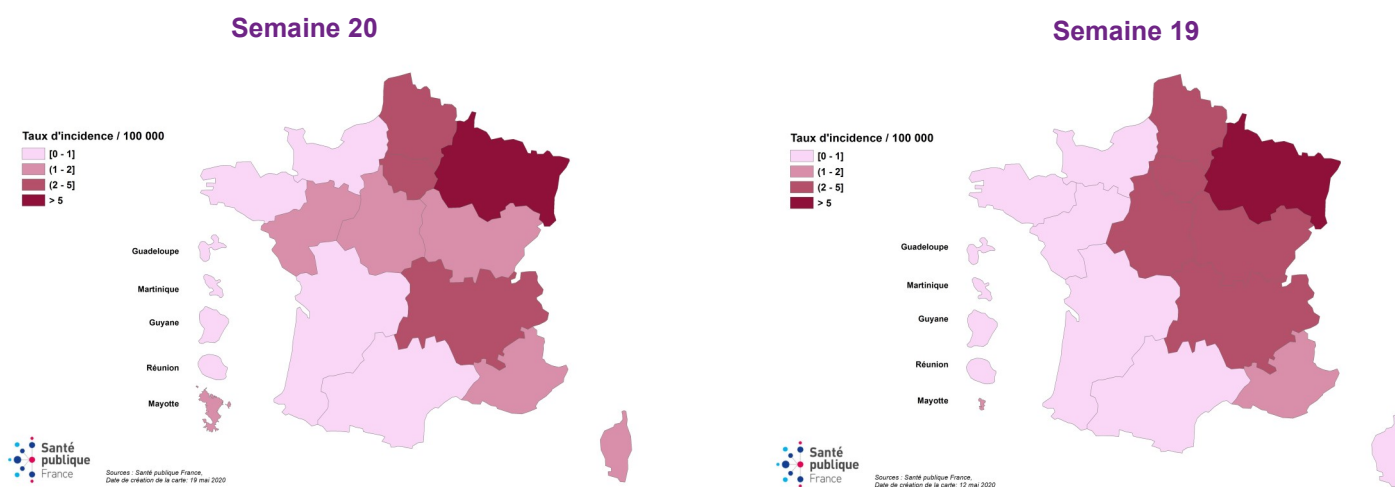
Surveillance de la mortalité

Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

- Les estimations de la mortalité due au COVID-19 sont basées sur le nombre de patients décédés au cours d'une hospitalisation (données SI-VIC) et le nombre de résidents décédés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (hors hospitalisation).
- Entre le 1^{er} mars et le 18 mai 2020, **27 834 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France ; 17 589 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 245 décès* parmi des résidents en Ehpa et autres EMS.
- Au moins 93% des cas de COVID-19 décédés sont âgés de 65 ans ou plus.
- En semaine 20, les plus forts taux de décès de patients COVID-19 rapportés à la population (pour 100 000 habitants) étaient observés en région Grand Est (6,2), Ile-de-France (3,0), Hauts-de-France (2,3) et Auvergne-Rhône-Alpes (2,2) (Figure 19).
- **Les taux de décès hebdomadaires** (pour 100 000 habitants) **ont diminué** dans la majorité des régions entre les semaines 20 et 19 excepté une légère hausse pour la Corse (0,3 en S19 vs 1,7 en S20) et la région Pays de la Loire (0,8 en S19 vs 1,3 en S20). (Figure 18).
- A l'échelle nationale, le nombre hebdomadaire de décès en France a diminué entre les semaines 19 et 20 passant de 1 517 en S19 à 1 324 en S20.

* données des décès Ile-de-France du 17 mai rectifiées (cf page 7)

Figure 18 : Taux de décès COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en Ehpa et autres EMS) semaine 20 (du 11 au 17 mai) et semaine 19 (du 4 au 10 mai), par région en France (source : SI-VIC et ESMS)



Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 10 256 certificats de décès contiennent une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 10).
 - L'âge médian au décès est de 84 ans et 91% avaient 65 ans et plus.
 - Les hommes représentent 54% de ces décès.
 - Les régions Ile-de-France, Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes regroupent le plus grand nombre de décès.
- Des comorbidités sont renseignées pour 6 771 décès, soit 66% des certificats de décès. Une mention d'hypertension artérielle est indiquée pour 25% de ces décès et une mention de pathologies cardiaques pour 39% de ces décès.
- Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 3% des personnes décédées ne présentent pas de comorbidité et sont âgées de moins de 65 ans.

Tableau 10 : 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 17 mai 2020 (données au 18 mai 2020), (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%				
Hommes	5587	54				
Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	1	100	0	0	1	0
15-44 ans	28	30	64	70	92	1
45-64 ans	257	29	615	71	872	9
65-74 ans	522	33	1053	67	1575	15
75 ans ou plus	2675	35	5039	65	7714	75
Tous âges	3483	34	6771	66	10254	100
Comorbidités	n	%				
Au moins une comorbidité	6771	66				
Aucune ou non renseigné	3485	34				
Description des comorbidités	n	%				
Obésité	403	6				
Diabète	1099	16				
Pathologie respiratoire	872	13				
Pathologie cardiaque	2634	39				
Hypertension artérielle	1671	25				
Pathologie neurologique	916	14				
Pathologie rénale	817	12				
Immunodéficience	164	2				

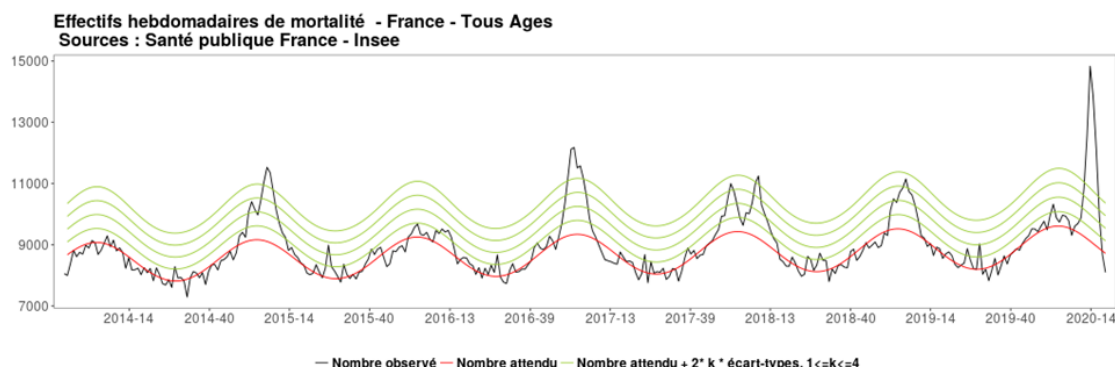
* ce groupe inclut les pathologies neuro-vasculaires et neuro-musculaires.

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, de la semaine 12 à 17 (du 16 mars au 26 avril), la mortalité toutes causes confondues était significativement supérieure à la mortalité attendue sur cette période. **Un pic du nombre observé de décès** a été atteint en **semaine 14**, avec une diminution de la mortalité observée à partir de la semaine 15 (Figure 19). En semaines 18 (du 27 avril au 3 mai) et 19 (du 4 au 10 mai), la mortalité semble revenir dans les marges de fluctuation habituelle.
- Au niveau national, l'excès de mortalité a été estimé à +17% en semaine 12, à +36% en semaine 13, +63% en semaine 14, +53% en semaine 15, +35% en semaine 16 et +11,8% en semaine 17.
- Les personnes âgées de 65 ans ou plus étaient majoritairement concernées par cette hausse de la mortalité toutes causes (S12 : +18%, S13: +39%, S14: +69%, S15: +59%, S16 : +40%, S17 : +14%).

Figure 19 : Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 45/2013 à la semaine 19/2020 (Source Santé publique France - Insee)



- La hausse de la mortalité toutes causes confondues a été particulièrement marquée dans les régions **Ile-de-France et Grand Est**. Au total, la mortalité toutes causes confondues était significativement supérieure à la mortalité attendue : en semaine 12 dans 5 régions, en semaine 13 dans 6 régions, en semaine 14 dans 11 régions, en semaine 15 dans 9 régions, en semaine 16 dans 8 régions, en semaine 17 dans 5 régions et en semaine 18 en Ile-de-France (Figure 20).
- A l'échelon départemental, 25 départements présentaient un excès de mortalité par rapport à la mortalité attendue en semaine 12, 34 départements en semaine 13, 45 départements en semaine 14, 46 départements en semaine 15, 34 départements en semaine 16, 17 départements en semaine 17 et 4 départements en semaine 18 (Figure 21).
- Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. Les estimations d'excès de mortalité observées sont donc des valeurs minimales ayant vocation à augmenter dans les semaines à venir. Les estimations jusqu'à la semaine 16 sont en revanche consolidées et celles de la semaine 17 quasi consolidées. La hausse de la mortalité observée dans ces régions est liée à l'épidémie de COVID-19, sans qu'il ne soit possible à ce jour d'en estimer la part attribuable précise.

Figure 20 : Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 17 (du 20 au 26 avril), 18 (du 27 avril au 3 mai) et 19 (du 4 avril au 10 mai), données au 18 mai 2020, par région (Sources : Sante publique France, Insee)

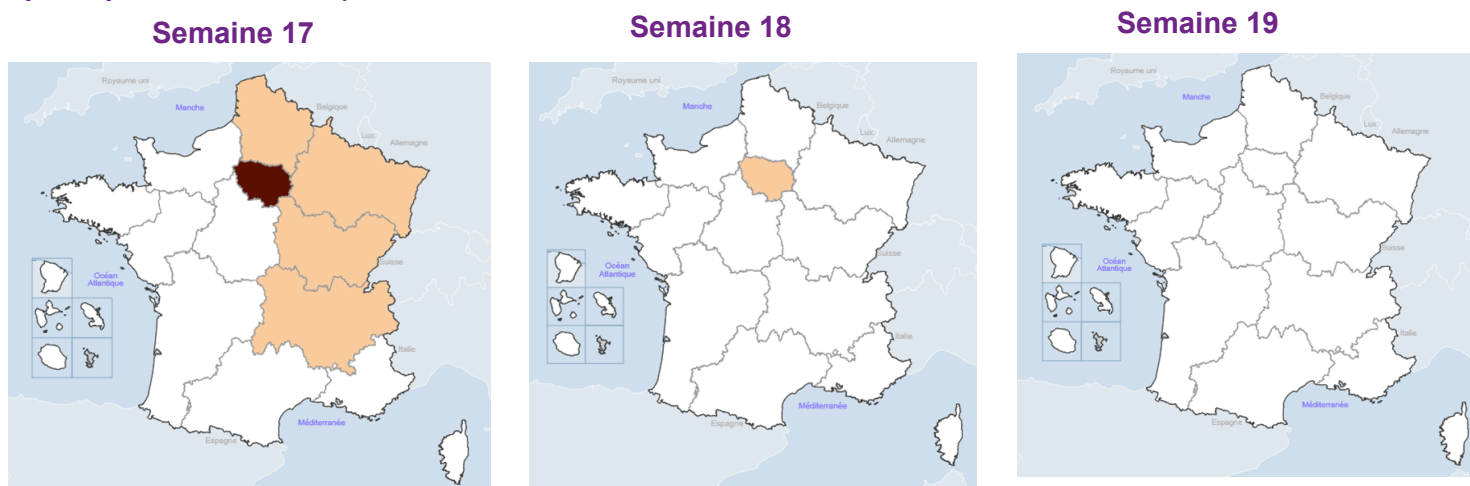
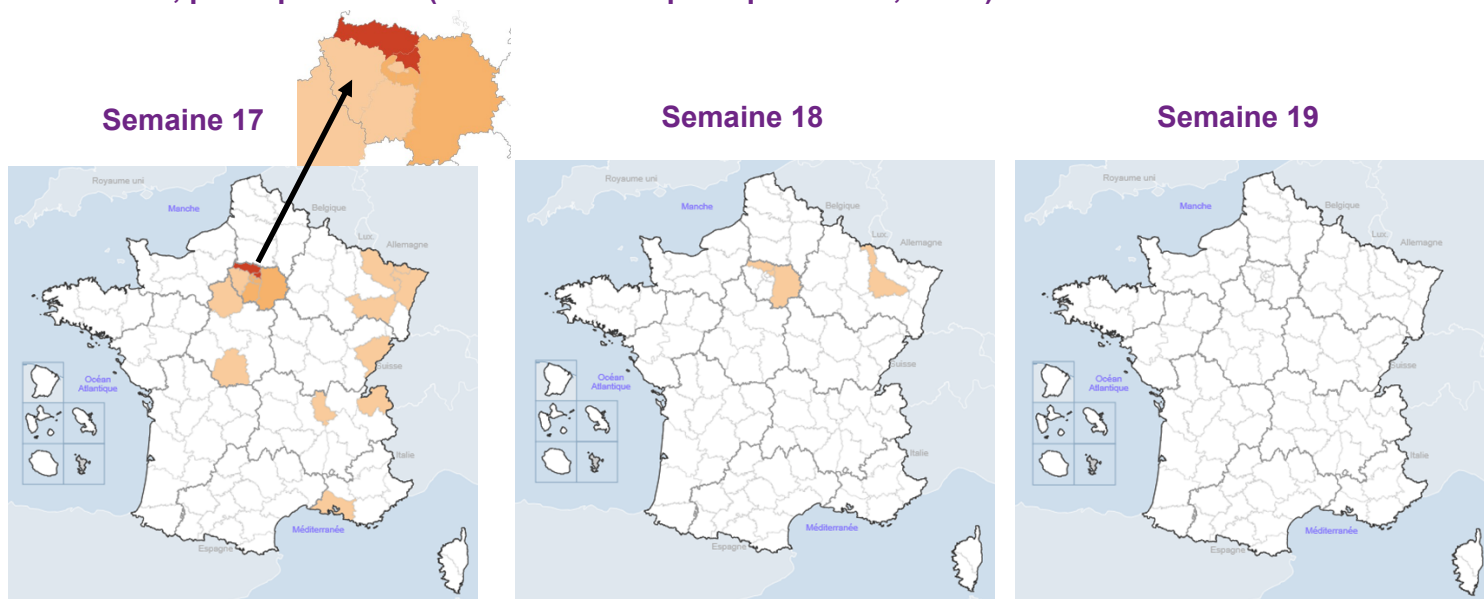


Figure 21 : Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 17 à 19, données au 18 mai 2020, par département (Sources : Sante publique France, Insee)



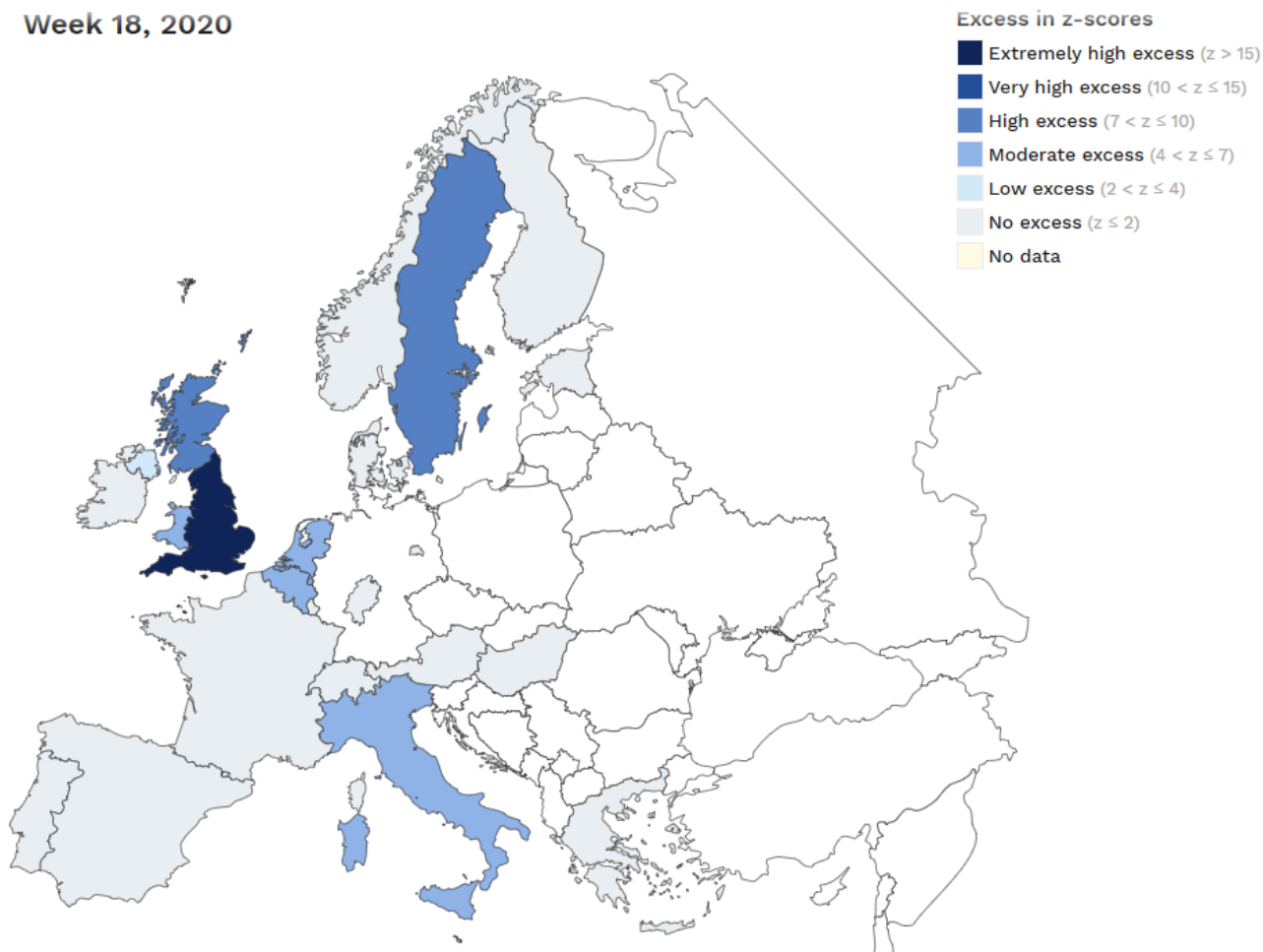
1. Pas d'excès
2. Excès modéré
3. Excès élevé
4. Excès très élevé
5. Excès exceptionnel
N/A (5)

Pas d'excès : indicateur standardisé de décès (Z-score) < 2
 Excès modéré de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 2 et 4,99
 Excès élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 5 et 6,99
 Excès très élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 7 et 11,99
 Excès exceptionnel de décès indicateur standardisé de décès (Z-score) supérieur à 12

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 est observé en Italie depuis la semaine 11 (du 9 au 15 mars), dans 9 pays/régions en semaine 12, dans 13 pays/régions en semaine 13, dans 15 pays/régions en semaine 14, 17 pays/régions en semaine 15, 12 pays/régions en semaine 16, 12 pays/régions en semaine 17 et 8 pays/régions en semaine 18 (Figure 22).

Figure 22 : Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 18/2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 13 mai 2020)



Week of study: 20, 2020. Must be interpreted with caution as adjustments for delayed registrations may be imprecise.

Prévention

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

Les participants (60 foyers choisis pour leurs diversités sociodémographiques) doivent se connecter une à deux fois par semaine à une plateforme en ligne pour répondre à deux ou trois questions ouvertes. Dix-huit sollicitations ont été programmées sur trois mois (1^{ère} sollicitation réalisée le 30 mars 2020). En cette sixième semaine de confinement, les résultats de deux sollicitations sont présentées :

Mobilisation de soutiens émotionnels et d'aide psychologique après 44 jours de confinement du 28 avril

Les répondants qui ont cherché un conseil, un soutien ou des informations pour gérer les difficultés émotionnelles liées au confinement, ont déclaré s'être adressé principalement à leur entourage (conjoint, famille, amis) et dans une moindre mesure à leur médecin généraliste ou à un thérapeute déjà consulté avant le confinement. Les personnes interrogées ont exprimé un besoin de se confier à des personnes qui les connaissaient, et donc à même de les comprendre et de leur prodiguer les conseils adéquats. Il peut s'agir de proches avec qui l'on est confiné ou de proches avec qui l'on discute au téléphone ou par écrans interposés. Concernant les professionnels de santé, savoir à qui l'on s'adresse est estimé plus rassurant que de se confier à une personne anonyme.

Recours et non recours aux lignes d'aide psychologique

La majorité n'envisageait pas d'utiliser une ligne téléphonique de soutien, car :

- Ils préfèrent laisser ce numéro pour des problèmes plus graves que ceux qu'ils estiment rencontrer,
- Ils privilégient un écoutant professionnel déjà connu : médecin traitant, psychologue, psychiatre.
- Ils estiment ne pas en avoir besoin

Cependant une minorité de répondants serait prête à utiliser ces lignes d'aide psychologique en dernier recours (en cas de détresse extrême ou de sentiment de grande solitude).

Il semble donc important de proposer et de faire connaître ces offres principalement aux personnes n'ayant pas ou peu de soutien social (famille, amis...).

Bilan de l'activité physique pratiquée après 46 jours de confinement (30 avril)

La quasi-totalité des personnes interrogées ont dressé le même constat : les mesures de confinement ont **entraîné la réalisation de leur(s) activité(s) physique(s) habituelles**. En effet, leurs déplacements ont été restreints et certains lieux de pratique étaient fermés. Ils ont évoqué une certaine frustration relative aux mesures de confinements qui ont empêché ou complexifié la pratique d'activité physique. Certains participants ont cependant su réadapter leur quotidien en trouvant d'autres manières de se dépenser.

Les conséquences du confinement sur l'activité physique sont contrastées : certains ont vu leur activité physique nettement diminuer alors que d'autres ont mis en place des stratégies pour continuer à être actifs.

Majoritairement, les personnes interrogées ont fait état **d'une baisse, voire d'un arrêt de leur activité physique**. Les personnes issues de CSP moins semblent davantage concernées par cette diminution d'activité physique, sans qu'il n'ait pu être identifié d'éléments d'explication précis.

En revanche, certains participants ont déclaré avoir maintenu voire augmenté leur activité physique. Ils ont ainsi mis en place deux types d'activités :

- de nouvelles pratiques sportives à domicile : cours de gymnastique, de renforcement musculaire à distance via le site YouTube ou les réseaux sociaux, particulièrement pratiqués par les femmes âgées de moins de 50 ans ou les parents qui associent alors leurs enfants ;
- de la course à pied ou marche à pied longue (environ 1h), pratique courante chez une très large partie des répondants, notamment les plus âgés.

Les répondants ont déclaré spontanément pratiquer les activités physiques pour **améliorer le bien-être psychologique**. Elles ont contribué selon eux à : une diminution du stress, une amélioration du sommeil et de l'humeur, une amélioration de l'estime de soi et une rupture de la monotonie, voire de l'ennui.

L'amélioration de la condition physique a été également un objectif déclaré, différencié selon l'âge et le sexe. Pour les femmes, le maintien ou la perte du poids était plus fréquemment évoqués ; pour les personnes plus avancées en âge, il s'agissait du maintien de leur état de santé.

Discussion

Après la détection de plusieurs cas de COVID-19 fin janvier et en février 2020 en France, suivi de l'identification de chaînes de transmissions autochtones du SARS-CoV-2 dans plusieurs régions, la circulation communautaire du virus s'est intensifiée en France métropolitaine pour atteindre un pic épidémique en semaine 13 (23-29 mars), soit une semaine après la mise en œuvre des mesures de confinement de la population générale, le 17 mars 2020. Le nombre le plus élevé des nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a été observé au cours de la semaine suivante (semaine 14 : 30 mars - 5 avril).

Depuis la semaine 14, le nombre de recours aux urgences (réseau OSCOUR) des patients suspects de COVID-19 a diminué. En semaine 20, le taux d'incidence des cas d'infections respiratoires aiguës (IRA) consultant en médecine de ville (Réseau Sentinelles) est stable en comparaison avec la semaine 19. Le nombre d'actes SOS médecins de patients suspects COVID-19 est en légère hausse en comparaison avec la semaine 19. Ces résultats ne permettent pas, à ce stade, de conclure à une reprise de l'épidémie. Ces évolutions pourraient notamment témoigner d'une modification du recours au soin lié à la levée du confinement.

Du fait du faible nombre d'IRA rapporté par les médecins Sentinelles, les nombres de prélèvements réalisés ces dernières semaines sont réduits (12 prélèvements en semaine 20, 40 en semaine 19, 32 en semaine 18 à comparer à 148 prélèvements en semaine 12). Pour la troisième semaine consécutive, l'ensemble des prélèvements réalisés par les médecins du Réseau Sentinelles sont négatifs pour le SARS-CoV-2.

Au niveau hospitalier, l'ensemble des indicateurs était en diminution pour la sixième semaine consécutive dans la quasi-totalité des régions de France métropolitaine et suivaient une évolution stable dans les autres régions. Cependant, les taux d'hospitalisation des patients COVID-19 restaient élevés dans les régions Grand Est et Ile-de-France (10 et 8/100 000 habitants, en semaine 20).

Dans les départements d'outre-mer, l'activité liée au SARS-CoV-2 était globalement en diminution ou se maintenait à des niveaux bas, excepté à Mayotte où la circulation du virus reste importante. A Mayotte, en semaine 20, les taux d'hospitalisation (18/100 000 habitants) et les taux d'admission en réanimation (2,5/100 000 habitants) restaient élevés. La situation épidémiologique à Mayotte nécessite ainsi une vigilance particulière.

Une attention particulière devra également être portée à la Guyane, du fait d'une frontière commune avec le Brésil, pays où la circulation du SARS-CoV-2 est importante.

En termes de mortalité, ce sont au cours des semaines 14 et 15 que les nombres hebdomadaires de décès liés au COVID-19 étaient les plus élevés. L'excès de la mortalité toutes causes observé au niveau national dès la semaine 12 (+17%), s'est accentué jusqu'en semaine 14 (+63%) puis s'est réduit les semaines suivantes (+53% en semaine 15, +35% en semaine 16 et +12% en semaine 17). Cet excès de mortalité a été particulièrement marqué dans les régions Grand Est et Ile-de-France où la circulation du SARS-CoV-2 a été intense. Ces excès de mortalité sont à lier à l'épidémie de COVID-19, sans qu'il ne soit possible, à ce jour, d'en estimer la part attribuable précise.

Les données de surveillance montrent que les enfants représentent moins de 1% des patients hospitalisés et des décès pour COVID-19. Le signalement de cas de myocardites avec état de choc cardiogénique survenus en Ile-de-France chez des enfants avec une infection COVID-19 récente a conduit à la mise en place d'une surveillance spécifique. Le 18 mai 2020, 149 cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) confirmés ou suspectés d'être en lien avec le SARS-CoV-2 et survenus depuis le 1^{er} mars 2020 ont été rapportés à Santé publique France. Plus de la moitié des cas étaient en Ile-de-France, région où le SARS-CoV-2 a particulièrement circulé et le pic de l'hospitalisation de ces cas a été rapporté en semaine 18, soit 5 semaines après le pic de l'épidémie à COVID-19 observé en population générale. **Ces résultats confirment ainsi l'existence d'un syndrome inflammatoire sévère chez l'enfant avec atteinte cardiaque en lien avec l'épidémie de COVID-19 et qui est désormais en régression.**

Les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie restent les patients âgés de 65 ans (représentant 54% des patients hospitalisés en réanimation et plus de 93% des décès) ainsi **que les patients présentant des comorbidités** (83% des patients hospitalisés en réanimation et 86% des décès en réanimation).

Les professionnels de santé sont une population particulièrement exposée au SARS-CoV-2 du fait des interactions avec les patients. Au 18 mai, 28 050 cas ont été rapportés chez les professionnels des établissements de santé (ES) (1 154 ES participants). Parmi eux, 23 645 (84%) sont des professionnels de santé. Les infirmiers (29%), aides-soignants (24%) et médecins (10%) sont les professions les plus touchées. En tenant compte des professionnels des ES et des établissements médico-sociaux (EMS), ce sont 68 628 cas chez les professionnels qui ont été signalés à Santé publique France (28 050 cas survenus dans les ES et 40 578 cas dans les ESMS) comme ayant été infectés par le SARS-CoV-2. Ces données peuvent être sous-estimées du fait que l'enquête en ES a débuté récemment (22 avril) et que l'exhaustivité de ces surveillances ne peut être déterminée. Ces données ne tiennent pas compte des cas survenus chez des professionnels de santé

libéraux qui peuvent, s'ils ont été atteints, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#).

Le système de surveillance s'adapte à la nouvelle phase de l'épidémie et aux nouvelles recommandations [1].

Il devra être en mesure, conjugué à une forte capacité diagnostique, de refléter précocement la survenue de nouveaux cas et de clusters. Associé à l'isolement des cas, à l'identification et au suivi des sujets contacts, l'objectif principal de ces mesures est d'éviter toute reprise de l'épidémie en empêchant l'installation de nouvelles chaînes de transmission.

Le réseau Sentinelles adapte également sa surveillance en prenant en compte la recommandation de dépistage de tout patient présentant des symptômes évocateurs du Covid-19 [1].

En conclusion, les résultats reflètent l'impact positif des mesures de contrôle de l'épidémie et de la période de confinement de la population. Les résultats vont dans le sens d'une diminution ou d'une stabilité des nouvelles contaminations en France en fonction des régions, d'une diminution des hospitalisations ainsi que des décès liés au COVID-19. Le nombre de patients hospitalisés pour COVID-19, bien qu'en diminution, reste cependant élevé en Ile-de-France et dans le Grand-Est et maintient une pression sur le système de soins hospitalier dans ces régions.

Ces données sont en accord avec les résultats de travaux de modélisation français qui concluaient en faveur d'une réduction de 77% de la transmission du virus, grâce aux mesures de confinement, faisant passer le nombre de reproduction de 2,9 à 0,67. Le modèle avait prédit la survenue d'environ 3900 nouvelles infections quotidiennes au 11 mai 2020 [1].

La levée récente et progressive du confinement invite cependant à la plus grande vigilance. Si l'évolution de la situation épidémiologique reste favorable, le virus continue encore de circuler en France comme en témoigne le signalement de clusters depuis le 9 mai, en dehors des Ephad et des foyers familiaux restreints. Le signalement de ces clusters n'est pas une situation inattendue, mais est également la conséquence de la demande de dépistage de tout patient présentant des symptômes évocateurs du Covid-19, de la recherche de sujets contact autour de ces cas et de leur suivi [1]. Il est possible également que le nombre de cas confirmés COVID-19 dans les prochaines semaines augmente du fait de ces recommandations.

Une reprise de l'épidémie pourrait cependant être observée si les mesures d'hygiène et de distanciation sociale préconisées n'étaient pas respectées par la population. En raison du délai d'incubation de la maladie, si une reprise devait se produire en lien avec le déconfinement de la population, celle-ci pourrait être observée à partir de la semaine prochaine.

[1] DGS-Urgent. Prise en charge par les médecins de ville des patients de covid-19 en phase de déconfinement. Disponible sous : <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/detailsMessageBuilder.do;jsessionid=2505DDB4BD6A44768B7E393635309639.du-dgsurgentc2?id=30805&cmd=visualiserMessage>

[2] Salje H, Tran Kiem C, Lefrancq N, Courtejoie N, Paireau J, Bosetti P and al. Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France. Sciences, May 2020. Doi: 10.1126/science.abc3517

Production d'outils de prévention

La production d'outils se poursuit, ainsi que leurs diffusions au travers du réseau de nos partenaires.

Coronavirus : il existe des gestes simples pour vous protéger et protéger votre entourage



Se laver les mains
très régulièrement



Tousser ou éternuer dans
son coude ou dans un mouchoir



Utiliser des mouchoirs
à usage unique



Saluer sans se serrer la main,
éviter les embrassades

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

Méthodes

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

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

SurSaUD® (OSCOUR® et SOS Médecins) : les 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).

Services de réanimation sentinelles: données non exhaustives à visée de caractérisation en termes d'âge, sévérité, évolution clinique, des cas de COVID-19 admis en réanimation (depuis le 16 mars).

IRA dans les établissements sociaux et médico sociaux (ESMS) : nombres 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.

Surveillance psycho comportementale : 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).

Surveillance des maladies inflammatoires systémiques atypiques pédiatriques : signalement par les pédiatres hospitaliers des cas de syndrome inflammatoire systémique atypique pédiatrique possiblement en lien avec le COVID-19 à Santé publique France (depuis le 30 avril).

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directeur adjoint de publication

Jean-Claude Desenclos

Equipe de rédaction

Sophie Vaux, Christine Campese, Fatima Ait El Belghiti, Céline Caserio-Schonemann, Yann Le Strat, Anne Fouillet, Yu Jin Jung, Julien Durand, Laure Fonteneau, Alexandra Septfons, Costas Danis, Cécile Forgeot, Scarlett Georges, Côme Daniau, Marie-Michèle Thiam, Pierre Arwidson, Mireille Allemand, Guillaume Spaccaferri, Julie Figoni, Patrick Rolland, Linda Lasbeur, Enguerrand Du-Roscoat, Mélanie Colomb-Cotinat, Isabelle Poujol de Mollins, Denise Antona, Daniel Levy-Bruhl? Anne Laporte, Athinna Nisavanh, Nelly Fournet

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 :
21 mai 2020

Pour en savoir plus sur :

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

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

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

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