

**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

# COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 10 septembre 2020

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires.

**Ce bilan est basé sur les données épidémiologiques de surveillance du COVID-19 (SARS-CoV-2) rapportées à Santé publique France jusqu'au 08 septembre 2020.**

## Points clés

### ► En France métropolitaine

- Poursuite de l'augmentation de la circulation du SARS-COV-2
- Progression dans toutes les tranches d'âge, notamment chez les jeunes adultes
- Augmentation des nouvelles hospitalisations dans toutes les régions (excepté en Grand-Est) et notamment en Provence-Alpes-Côte d'Azur
- 35 départements avec une incidence de cas au-dessus du seuil d'alerte de 50/100 000 habitants dont 7 départements avec un taux supérieur à 100/100 000 habitants
- Stabilisation du nombre de personnes testées
- Augmentation du taux de positivité

### ► Outre-mer

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

### ► Prévention

- Insuffisance de l'application des mesures de prévention notamment chez les jeunes adultes
- Augmenter l'application systématique de l'ensemble des gestes barrières et de la distanciation physique

## Chiffres clés en France

S36

S35

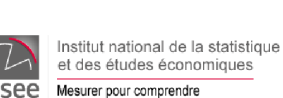
### Indicateurs hebdomadaires semaine 36 (du 31 août au 06 septembre 2020)

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	47 294	(39 375)*
Taux de positivité (%) pour SARS-COV-2 (SI-DEP)	5,2	(4,4)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	4 144	(3 033)*
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	3 538	(2 855)*
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 704	(1 337)*
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	288	(210)*
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	129	(109)*

### Indicateurs cumulés du 1<sup>er</sup> mars au 08 septembre 2020

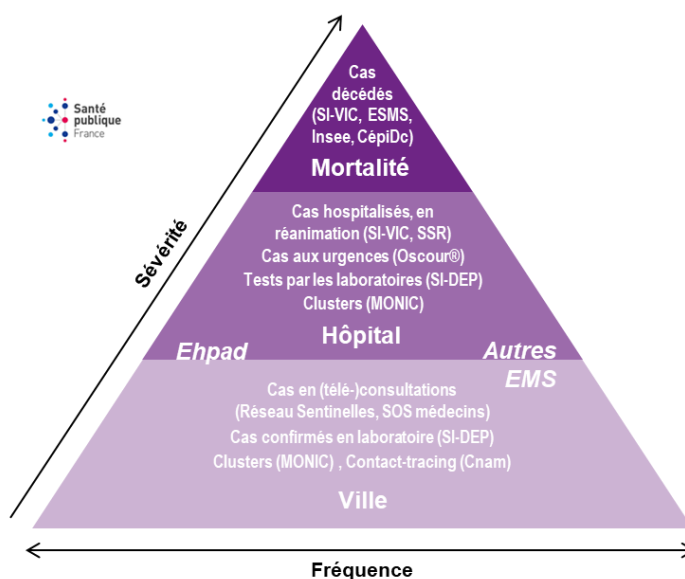
Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	113 830
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	30 764

\* 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
Signalement à visée d'alerte des foyers de transmission (clusters)	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	22-25
Surveillance des professionnels de santé	26-27
Surveillance de la mortalité	28-30
Analyse de risque contextualisée	31
Situation internationale	32
Prévention	33-34
Synthèse - Conclusion	35-39
Méthodes	40

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



CépiDc-Inserm : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ; Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; EMS : Etablissement médico-social ; ESMS : Etablissement social et médico-social ; Insee : Institut national de la statistique et des études économiques ; MONIC : Système d'information de monitoring des clusters ; Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences ; SI-DEP : Système d'informations de dépistage ; SI-VIC : Système d'information des victimes ; SSR : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs. Cnam : Caisse nationale d'assurance maladie

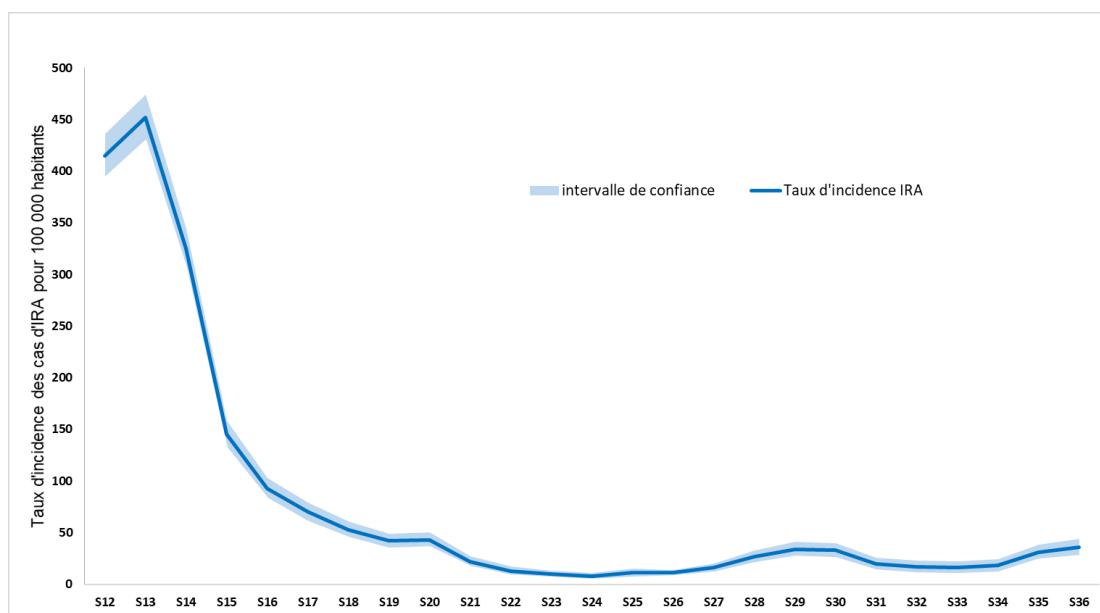
# Surveillance en médecine ambulatoire

## Réseau Sentinelles

La surveillance spécifique du COVID-19 du Réseau Sentinelles (Inserm, Sorbonne Université) a été mise en place le 16 mars 2020. Les résultats des 2 dernières semaines sont consolidés dans les semaines suivantes. Depuis la semaine 21, la surveillance «Suspicion COVID-19 (hors infection respiratoire aiguë, IRA)» permet de compléter la surveillance virologique des IRA en incluant ces cas suspects observés en médecine générale.

- **En semaine 36** (du 31 août au 06 septembre 2020), le **taux d'incidence de consultations (ou téléconsultations) pour une IRA a été estimé à 36/100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 28-44] en France métropolitaine. Il était relativement stable par rapport à celui de la semaine 35 : 31/100 000 habitants (IC95% : 24-38] (Figure 1).
- **En semaine 36**, sur les 322 cas suspects de COVID-19 identifiés, un **prélèvement a été prescrit pour 93% d'entre eux**. Les résultats des analyses étaient connus pour 157 patients et 54 avaient été testés positifs (34%). La part des patients testés positifs est en augmentation ces dernières semaines (S32 : 10% ; S35: 33%). Ces données seront consolidées au cours des prochaines semaines.
- Depuis le 25 mai 2020, un prélèvement a été prescrit pour 93% des 3 841 cas suspects de COVID-19 identifiés. Les résultats des analyses étaient connus pour 2 751 patients et étaient positifs pour 294 (10,7%) d'entre eux.

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

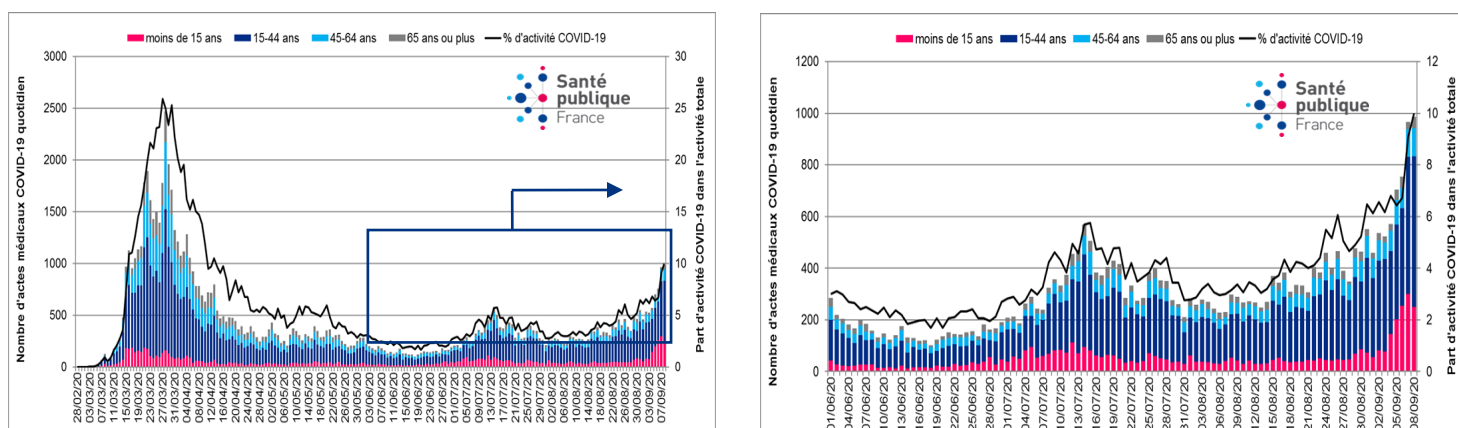


## Associations SOS Médecins

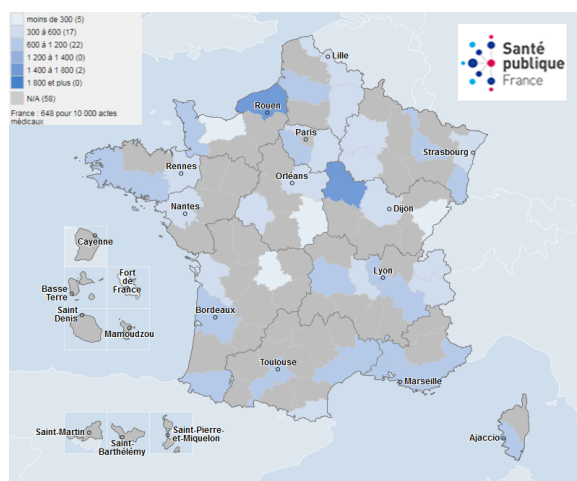
Depuis le 03 mars 2020, **84 153 actes** médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 06 septembre 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- **En semaine 36** (du 31 août au 06 septembre 2020), **4 144 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 (20%), en Nouvelle-Aquitaine (16%) et en Auvergne-Rhône-Alpes (13%).
- **Pour la 4<sup>ème</sup> semaine consécutive, ces actes étaient en hausse de 37%** comparé à la semaine précédente (soit +1 111 actes, par rapport aux 3 033 actes enregistrés en semaine 35). Cette hausse concernait principalement les enfants (+135% soit +512 actes dont 491 chez les 2-14 ans) et dans une moindre mesure les 15-74 ans (+23% soit +581 actes).
- La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale tous âges est en hausse à 7,1% (vs 5,7% en S35) (Figure 2).
- Cette hausse s'observe **dans toutes les régions** excepté en Centre-Val de Loire, Corse et Martinique. Les hausses les plus marquées sont observées en **Bretagne (+95%)**, **Hauts-de-France (+85%)**, **Normandie (+88%)** et **Occitanie (+68%)**.

**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 26 février 2020 et depuis le 1<sup>er</sup> juin 2020, France (source : SOS Médecins)**



**Figure 3. Taux d'actes médicaux hebdomadaires pour suspicion de COVID-19 (/10 000 actes) par département, semaine 36/2020, France (source : SOS Médecins)**



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

# Surveillance virologique

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

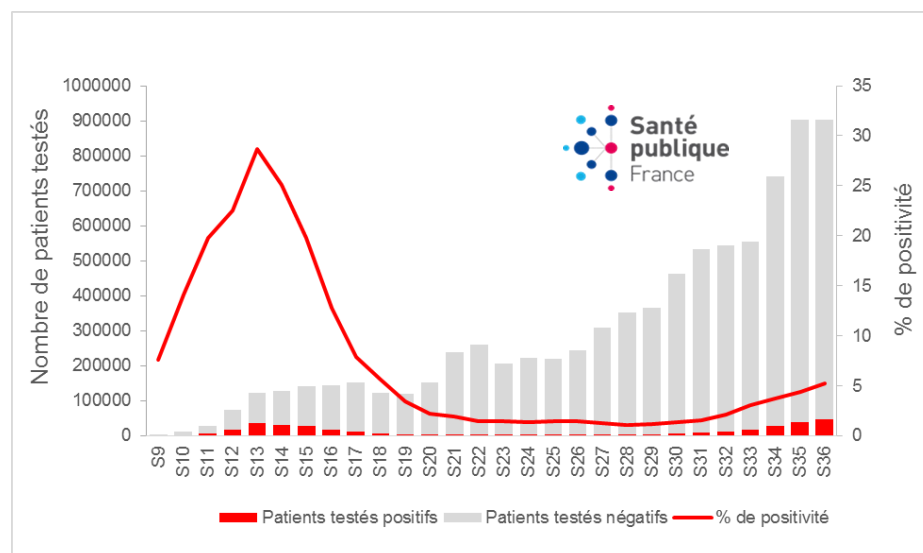
Les données des personnes testées aux aéroports sont prises en compte. Lorsque le code postal de la personne testée est disponible, les données sont attribuées au département et région de résidence ; lorsqu'il ne l'est pas, les données ne sont prises en compte que pour les analyses nationales (région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

Au 08 septembre, la quasi-totalité des laboratoires (5 649 sites de prélèvements) a transmis des données.

## Taux d'incidence, de positivité et de dépistage

- Au niveau national, en semaine 36, **902 815 personnes ont été testées** pour le SARS-COV-2 par RT-PCR. Parmi ces personnes, **47 294 étaient positives**. Le nombre de personnes testées positives était en augmentation par rapport à la semaine précédente (39 375 en S35, +20%).
- **En semaine 36**, 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, 97% des cas étaient en ville, 2% étaient hospitalisés et 1% en Ehpad.
- **En prenant en considération le nombre de cas entre la semaine 29 et la semaine 36, le temps de doublement du nombre de cas hebdomadaire est estimé à 14,4 jours** (vs 13,4 jours en S35).
- **Le taux national d'incidence** (nombre de nouveaux cas rapportés à la population) **était de 70,5 cas/100 000 habitants** en S36 et a augmenté par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (58,7 cas /100 000 hab. en S35, +20%). Cette augmentation était cependant moins forte que celles observées les semaines précédentes (+62% entre S33 et S34, +46% entre S32 et S33)
- **Le taux de positivité national hebdomadaire était de 5,2%** (calculé sur les tests valides), **en augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (4,4% en S35; +20%) (Figure 4).
- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **1 345/100 000 habitants** et **était stable** par rapport à la semaine 35 (1 345 /100 000 hab.).
- A noter qu'en S36, **1 076 052 tests** ont été pratiqués pour **902 815 patients** testés pour le SARS-CoV-2.

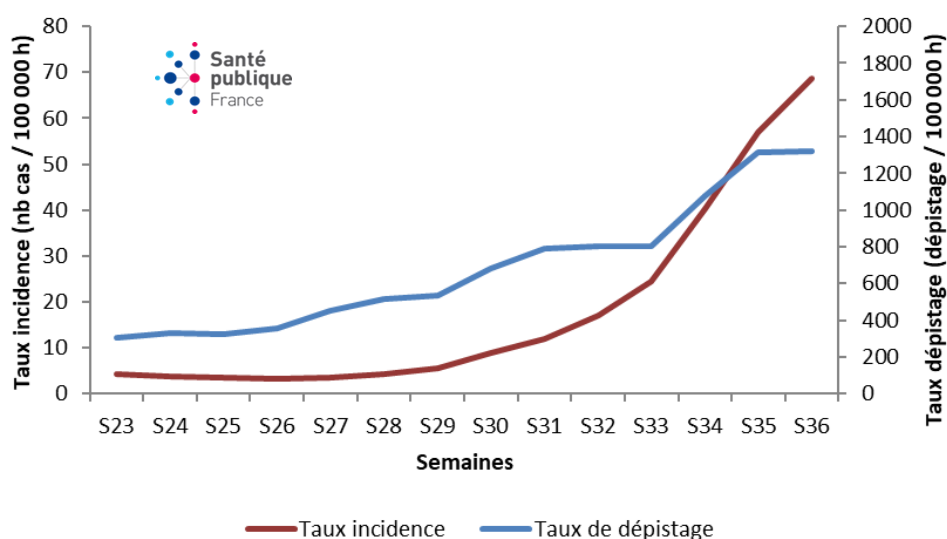
**Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité dans les laboratoires, par semaine, France, (source S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers; depuis S20 : SI-DEP données au 09 septembre 2020)**



## En France métropolitaine

- En semaine 36, 858 598 personnes ont été testées et pour 44 507 personnes le test était positif pour le SARS-CoV-2. Le nombre de personnes positives pour le SARS-CoV-2 a augmenté en S36 par rapport à la semaine précédente (37 004 en S35, +20%) (Figure 6). Cette augmentation est cependant moins forte que celles observées les semaines précédentes (+41% entre S34 et S35, +65% entre S33 et S34).
- Le taux d'incidence en France métropolitaine était en augmentation avec 68,6 cas /100 000 habitants (vs 57 cas/100 000 habitants en S35) (Figure 5).
- Le taux de positivité était de 5,2% en S36 en augmentation par rapport à la S35 (4,3% en S35, soit +19%).
- Le taux de dépistage hebdomadaire était de 1 323/100 000 habitants, stable en comparaison à la semaine précédente (1 314/100 000 en S35 soit +0,7%).

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 09 septembre 2020).



## Analyse par tranche d'âge

- En semaine 36, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) était de 27 chez les 0-14 ans, 123 chez les 15-44 ans, 54 chez les 45-64 ans, 28 chez les 65-74 ans et 28 chez les 75 ans et plus (Figure 6a).
- En semaine 36, par rapport à la S35, le nombre de cas a augmenté dans l'ensemble des classes d'âge mais l'augmentation était plus importante chez les 75 ans et plus (+44%) et les 0-14 ans (+39%), que chez les 65-74 ans (+29%), chez les 45-64 ans (+27%) et chez les 15-44 ans (+15%) (Figure 6a).
- Parmi les 15-44 ans, l'augmentation du taux d'incidence observée en S36 était la plus importante chez les 15-19 ans (+35%) puis les 40-44 ans (+23%), les 35-39 ans (+18%), les 20-24 ans (+12%), les 30-34 ans (+12%) et les 25-29 ans (+4%) (Figure 6c).
- Le taux de dépistage était stable, voire en diminution dans toutes les tranches d'âge sauf chez les 0-14 ans où le taux était en augmentation : +15% chez les 0-14 ans (Figure 6b).

Figure 6a. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-COV-2 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source SI-DEP : données au 09 septembre 2020)

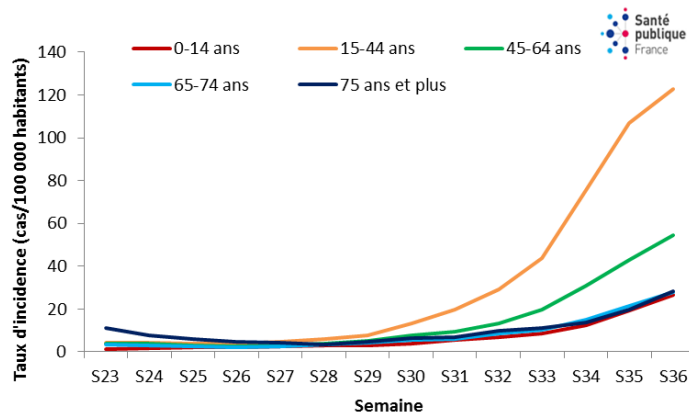


Figure 6b. Evolution du taux de dépistage de SARS-COV-2 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source SI-DEP : données au 09 septembre 2020)

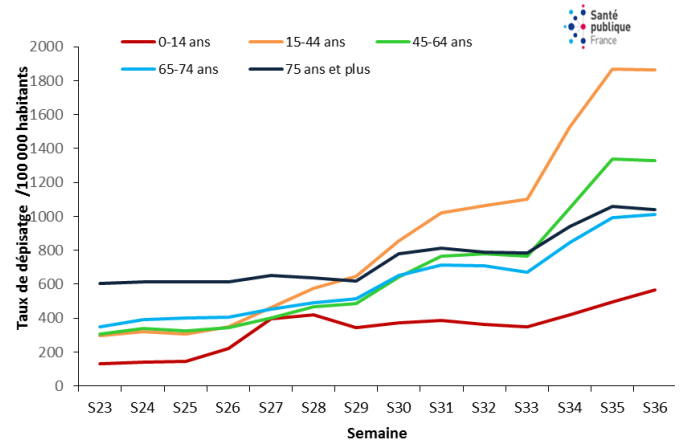
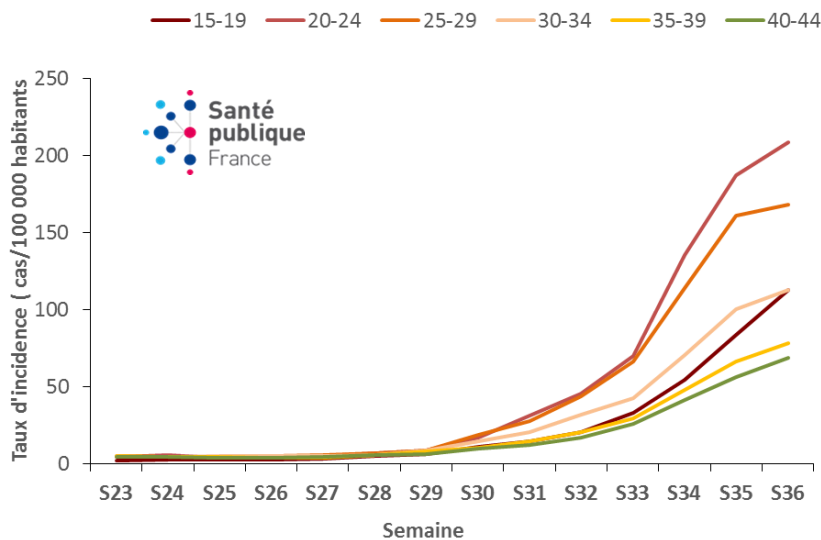


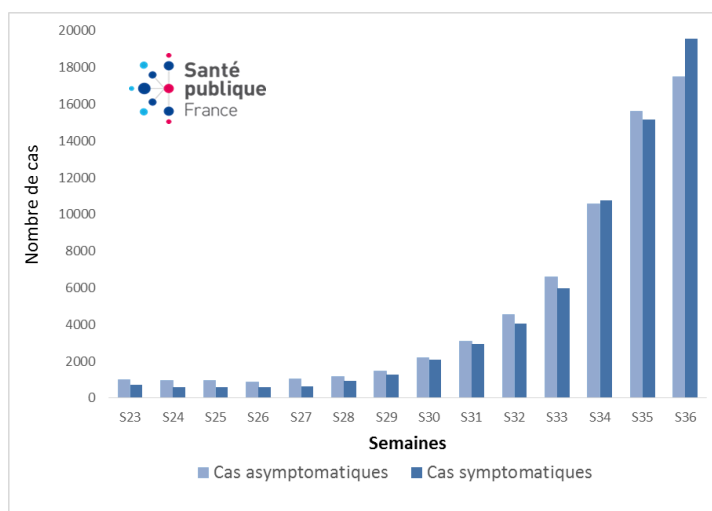
Figure 6c. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-COV-2 chez les 15-44 ans depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source SI-DEP : données au 09 septembre 2020)



## Dépistages selon la présentation de symptômes

- Parmi l'ensemble des personnes testées en S36 (quel que soit le résultat du test), 76% se déclaraient sans symptôme. Le nombre des personnes testées a légèrement augmenté en S36 par rapport à S35 chez les personnes présentant des symptômes (+15,5%) et a diminué chez les personnes asymptomatiques (-3,7%).
- Plus de la moitié des cas positifs (52,7%) **présentaient des symptômes** (données disponibles pour 37 031 cas). Cette proportion était en légère augmentation par rapport à la S35 (49% en S35) (Figure 8).
- En S36, le **taux de positivité était de 3,2% chez les asymptomatiques et de 11,6% chez les symptomatiques**.
- L'augmentation du nombre de cas était plus importante pour les cas symptomatiques (+28,7% par rapport à S35) que chez les symptomatiques (+12% par rapport à S35) (Figure 7).

Figure 7. Evolution du nombre de cas confirmés de SARS-CoV-2 selon la présence ou non de symptômes (135 658 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source SI-DEP : données au 09 septembre 2020).



### 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 36, pour le **taux d'incidence** seuls deux départements sont sous le seuil des 10/100 000 hab (la Meuse et la Creuse). Sept départements présentent des taux supérieurs à 100/100 000 hab. Les plus élevés sont les Bouches-Du-Rhône (196/100 000 hab), la Gironde (159), Paris (150), les Alpes-Maritimes (134), le Rhône (133), le Val-de-Marne (125) et les Hauts-de-Seine (119) (Figure 8a).
- **Le taux de positivité était supérieur à 5% dans 23 départements** de France métropolitaine (contre 13 la semaine précédente) (Figure 8b). Les plus élevés étaient rapportés dans les **Bouches-du-Rhône (8,5%), la Gironde (8,2%), le Val-de-Marne (8,1%), le Rhône (8,1%), la Seine-Saint-Denis (7,4%), Paris (7,2%) et les Alpes Maritimes (7,2%) et sont en augmentation par rapport à la semaine précédente.**
- Les départements métropolitains présentant les **plus forts taux de dépistage** en S36 étaient la **Haute-Corse** (2 453/100 000 hab), les **Bouches-du-Rhône** (2 308/100 000 hab), **Paris** (2 080/100 000 hab) et la Corse-du-Sud (1992/100 000 hab) (Figure 8c).

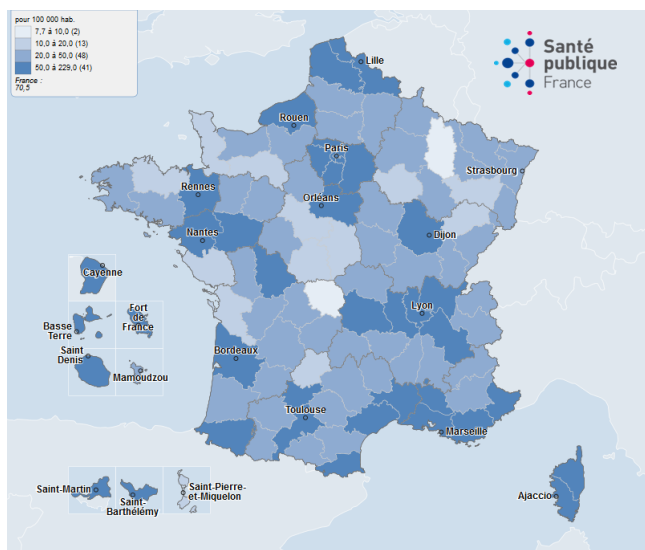
### En outre-mer

- **En Guadeloupe**, les indicateurs de la surveillance étaient en nette progression en semaine 36 où le taux d'incidence était de 228/100 000 hab (vs 173 en S35) et le taux de positivité de 18% (vs. 10,6% en S35).
- **A Saint-Martin**, en semaine 36, le taux d'incidence était de 101/100 000 hab (contre 126/100 000 hab en S35), et le taux de positivité de 12,6% (contre 10% en S35).
- **En Guyane, en semaine 36, le taux d'incidence a augmenté légèrement, 82/100 000 hab.** (81/100 000 hab. en S35), et le taux de positivité a également augmenté légèrement à 7,0% (6,7% en S35). Le taux de dépistage était stable avec 1 172/100 000 habitants (1 201 en S35).
- **En Martinique**, les indicateurs SI-DEP sont en hausse en S36 avec un taux d'incidence de 55/ 100 000 hab. (vs 35 en S35) et un taux de positivité de 5,2% (vs. 2,6% en S35).
- **A la Réunion**, les indicateurs SI-DEP sont en hausse en semaine 36, le taux d'incidence était de 76/100 000 hab. (54,1/100 000 hab. en S35), et le taux de positivité de 4,1% (2,8% en S35).
- **A Mayotte**, les indicateurs SI-DEP sont également en hausse en semaine 36, le taux d'incidence était de 41/100 000 hab. (29/100 000 hab. en S35), et le taux de positivité de 7,8% (4,5% en S35).

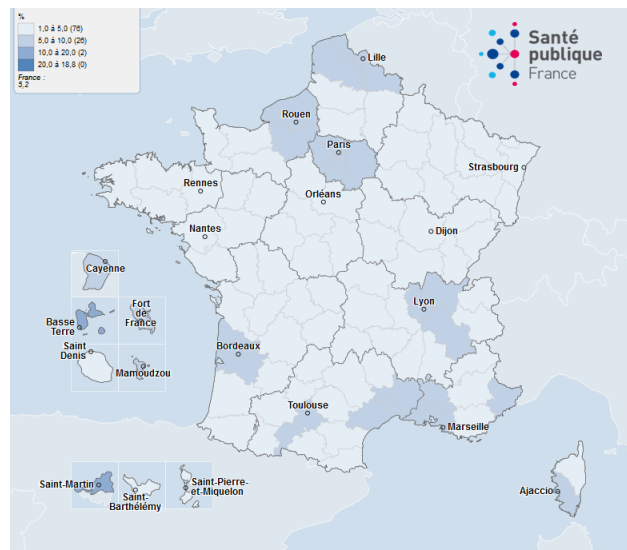


Figures 8. Taux d'incidence (8a), de positivité (8b) et de dépistage (8c) pour le SARS-COV-2 par département (/100 000 habitants), France, du 31 août au 06 septembre 2020 (source SI-DEP données au 09 septembre 2020)

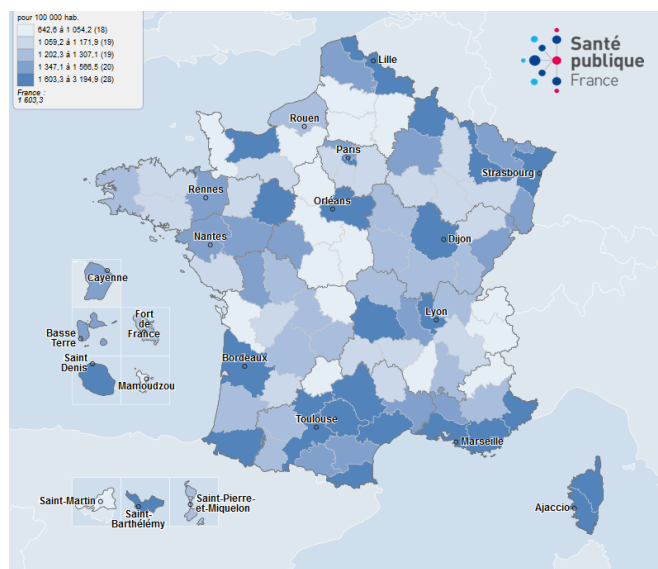
8a.



8b.



8c.



Pour en savoir plus sur les données SI-DEP consulter : [GEODES](https://www.godes.fr)

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

Le contact-tracing (CT) a pour objectifs de limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas, de détecter et briser prospectivement les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes contacts à risque et leur isolement, et 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 et donnent des indications complémentaires aux données de surveillance quant à la situation épidémiologique.

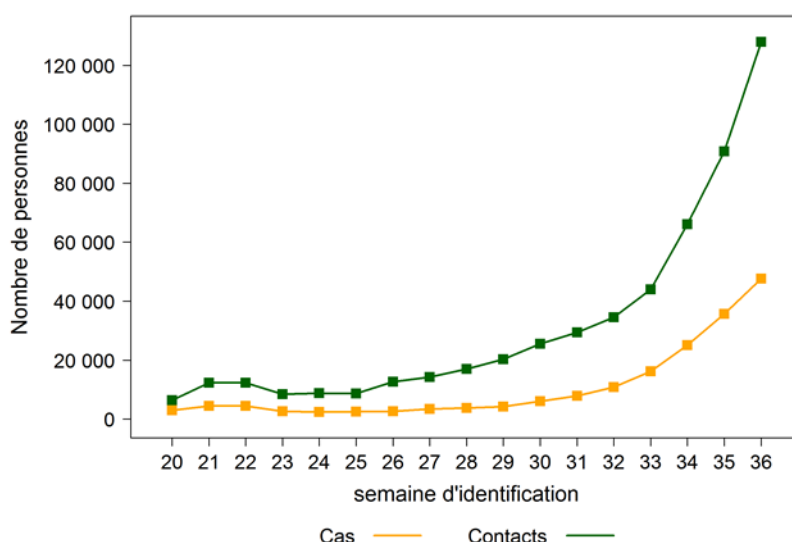
**Cette semaine encore, l'exploitation de la base de données individuelles anonymisée a permis d'affiner la définition de certains indicateurs entraînant des différences par rapport à la semaine précédente :**

- Les cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque (un peu plus d'1 cas sur 6) sont dorénavant rattachés à la date où ils sont confirmés comme cas et pas à leur date d'identification comme personne-contact à risque d'un autre cas. Pour les autres cas et pour les personnes-contacts à risque la définition de la semaine de rattachement n'a pas changé ;
- Le calcul du nombre de personnes-contacts à risque par cas est réalisé suivant la semaine d'identification du cas. De plus, les cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque étaient auparavant comptés parmi les cas mais pas parmi les personnes-contacts à risque, ils sont maintenant également comptés dans les 2 groupes (cas et personnes-contacts d'un autre cas). Sans changer les tendances observées dans les semaines précédentes, cette nouvelle méthode de calcul entraîne un nombre de personnes-contacts à risque par cas légèrement plus élevé (environ 15%) ;
- Le délai moyen de dépistage des cas symptomatiques est calculé parmi l'ensemble des cas confirmés symptomatiques, pour lesquels une date de prélèvement et une date de début des signes cliniques sont renseignées, suivant leur semaine d'identification. Cette nouvelle méthode de calcul permet de considérer l'ensemble des cas identifiés dans la semaine et plus uniquement ceux dont la date de prélèvement était inférieure à 8 jours par rapport à la date de création du cas dans la base de données ;
- La proportion de cas précédemment connus comme personnes-contacts à risque est à nouveau présentée. L'indicateur est calculé suivant la semaine d'identification du cas ;
- La localisation des personnes par région se fait à partir du code postal de résidence ce qui entraîne une augmentation du nombre de personnes localisées dans une région indéterminée. Des travaux sont en cours pour améliorer cette information en utilisant l'information du département de la caisse d'affiliation.

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

- On observe **une forte augmentation** du nombre de cas ainsi que du nombre de personnes-contacts à risque identifiés sur les dernières semaines (Figure 9).

**Figure 9. Nombre de cas\* et de personnes-contacts à risque identifiés par semaine du 13 mai 2020 au 06 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 sérologie et de cas probables dans ContactCovid.

## Proportion des cas et des personnes-contacts à risque investigués

- En semaine 36, **86% des dossiers des cas et 81% des dossiers des personnes retenues comme personnes-contacts à risque dans la base ContactCovid, sur l'ensemble du territoire, ont été traités.** Ces proportions sont similaires à celles de la semaine précédente. Des **disparités régionales** sont observées avec des proportions de personnes-contacts à risque investiguées plus faibles que celles des cas (Tableau 1).
- Si les proportions de personnes-contacts à risque investiguées sont plus faibles dans certaines régions pour cette semaine (S36), ces proportions sur les données cumulées depuis la levée du confinement restent élevées (93% pour les cas et 94% pour les personnes-contacts à risques) montrant l'existence d'un report possible et d'un rattrapage d'une semaine sur l'autre, en particulier pour les cas et personnes-contacts à risque identifiés en fin de semaine calendaire. Ainsi, en semaine 36, le bilan des cas et des personnes-contacts à risque identifiés en semaine 35 montre que respectivement 93% et 96% d'entre eux ont été appelés et investigués.

**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 06 septembre 2020 et pendant la dernière semaine (S36/2020) (source : ContactCovid – Cnam)**

Territoires/régions	Depuis la levée du confinement du 13/05 au 06/09				Semaine 36 du 31/08 au 06/09			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>France entière</b>	<b>183 140**</b>	<b>93</b>	<b>539 809**</b>	<b>94</b>	<b>47 627</b>	<b>86</b>	<b>127 932</b>	<b>81</b>
France métropolitaine	169 971	93	512 622	95	45 402	87	123 474	81
Auvergne-Rhône-Alpes	17 647	99	64 317	96	5 620	97	17 695	87
Bourgogne-Franche-Comté	4 102	97	14 945	96	1 125	94	3 849	88
Bretagne	4 474	99	21 929	94	1 202	96	5 189	76
Centre-Val de Loire	4 440	99	14 672	98	1 035	98	3 111	91
Corse	719	95	2 274	90	323	94	894	76
Grand-Est	10 435	99	36 119	99	1 794	96	6 113	94
Haut-de-France	13 640	93	48 813	93	3 557	79	10 863	70
Ile-de-France	52 517	89	116 785	96	12 564	82	22 600	84
Normandie	4 439	94	18 099	94	1 318	87	4 790	80
Nouvelle-Aquitaine	11 634	93	46 285	85	4 536	90	16 982	66
Occitanie	13 702	94	40 026	94	3 869	86	10 850	80
Pays de la Loire	8 133	97	34 196	95	1 531	86	6 697	78
Provence-Alpes-Côte d'Azur	24 089	92	54 162	97	6 928	85	13 841	91
France ultra-marine								
La Réunion	1 753	83	6 157	90	615	73	1 536	86
Martinique	715	99	2 999	92	205	97	748	73
Mayotte	1 700	76	3 857	58	104	85	310	63
Guadeloupe	2 353	75	3 584	93	1 015	60	983	76
Guyane	6 185	92	9 085	100	212	94	256	99
Région indéterminée	463		1 505		74		625	

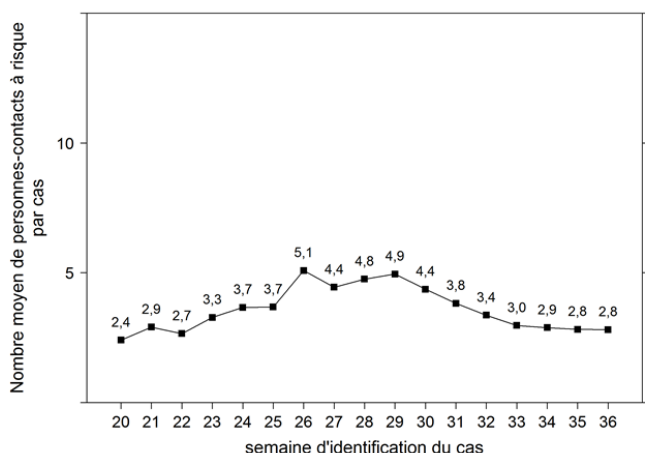
\* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ou sérologie ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 07/05/2020.

\*\* 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 depuis la levée du confinement pour 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

- Après une diminution entre mi-juillet (semaine 29) et mi-août (semaine 33), le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas est stable. En semaine 36, **en moyenne 2,8 personnes-contacts à risque par cas étaient enregistrés**.

Figure 10. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine du 13 mai au 06 septembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



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).

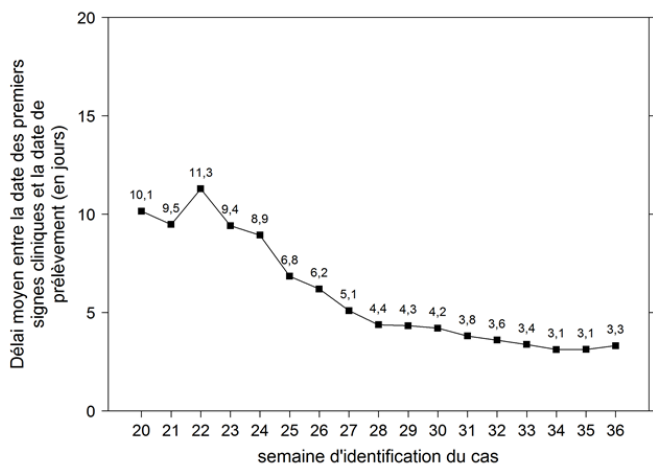
## Délai de dépistage des cas symptomatiques

- En semaine 36, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et une date de prélèvement de la RT-PCR renseignés (n=18 902), **le délai moyen de dépistage était de 3,3 jours** (Figure 11). Ce délai est légèrement plus élevé que celui observé durant les deux semaines précédentes : 3,1 en S34 et 35.

## Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque

En semaine 36, **19% des nouveaux cas identifiés étaient précédemment connus comme personne-contact à risque** d'un autre cas (n=9 087). Après une baisse de cette proportion entre fin juillet (semaine 31) et fin août (semaine 35), la proportion en semaine 36 était plus élevée que celle de la semaine précédente (17% en S35) (Figure 11).

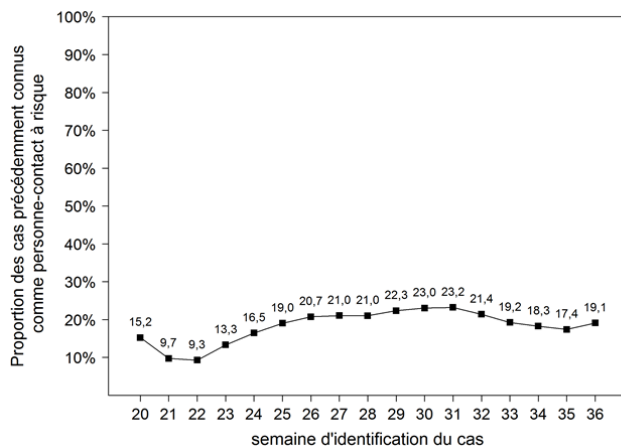
Figure 11. Délai (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement de la RT-PCR parmi les cas symptomatiques par semaine du 13 mai au 06 septembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



Note : Le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et de prélèvement renseignés. En S36 cela représente 40 % 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 12. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque par semaine du 13 mai au 06 septembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



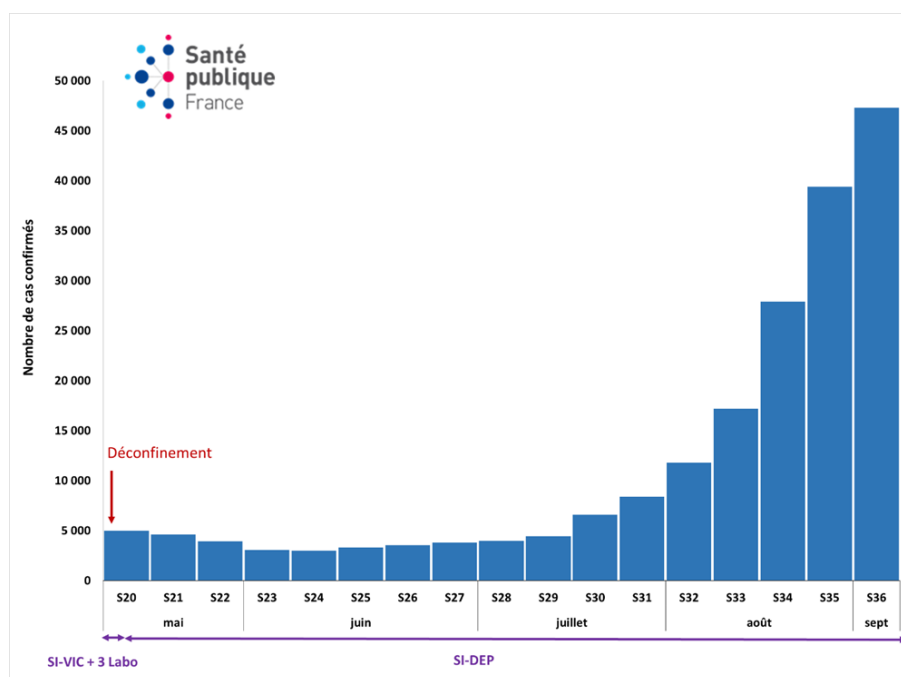
Note : Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un point épidémiologique à l'autre.

# 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 09 septembre 2020, 203 858 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Au 09 septembre 2020, un total de **344 101 cas confirmés de COVID-19 a été rapporté à Santé publique France** depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.
- **On observe une augmentation particulièrement marquée ces dernières semaines**, le nombre de cas confirmés était de 47 294 en S36, soit une **augmentation de +20%** (39 375 en S35, données consolidées) (Figure 13).
- **En France métropolitaine**, depuis la semaine 24, le nombre de cas confirmés était en augmentation modérée et depuis la semaine 30, l'augmentation s'est intensifiée.

Figure 13. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 10 mai au 06 septembre 2020 (données au 09 septembre 2020)



\* données provisoires

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 le déconfinement, il est demandé que les patients présentant des symptômes évocateurs du COVID-19 ainsi que les sujets contacts d'un cas confirmé soient dépistés pour le SARS-CoV-2 [1]. A compter de cette date et grâce au système SI-DEP, le nombre de cas confirmés permet désormais, théoriquement, d'estimer le nombre réel de cas de COVID-19 en France. Ce nombre peut cependant être sous-estimé du fait de l'absence de dépistage systématique de personnes infectées symptomatiques ou asymptomatiques.

[1] DGS-Urgent. Prise en charge par les médecins de ville des patients de COVID-19 en phase de déconfinement. Disponible via ce lien : [cliquez ici](#)

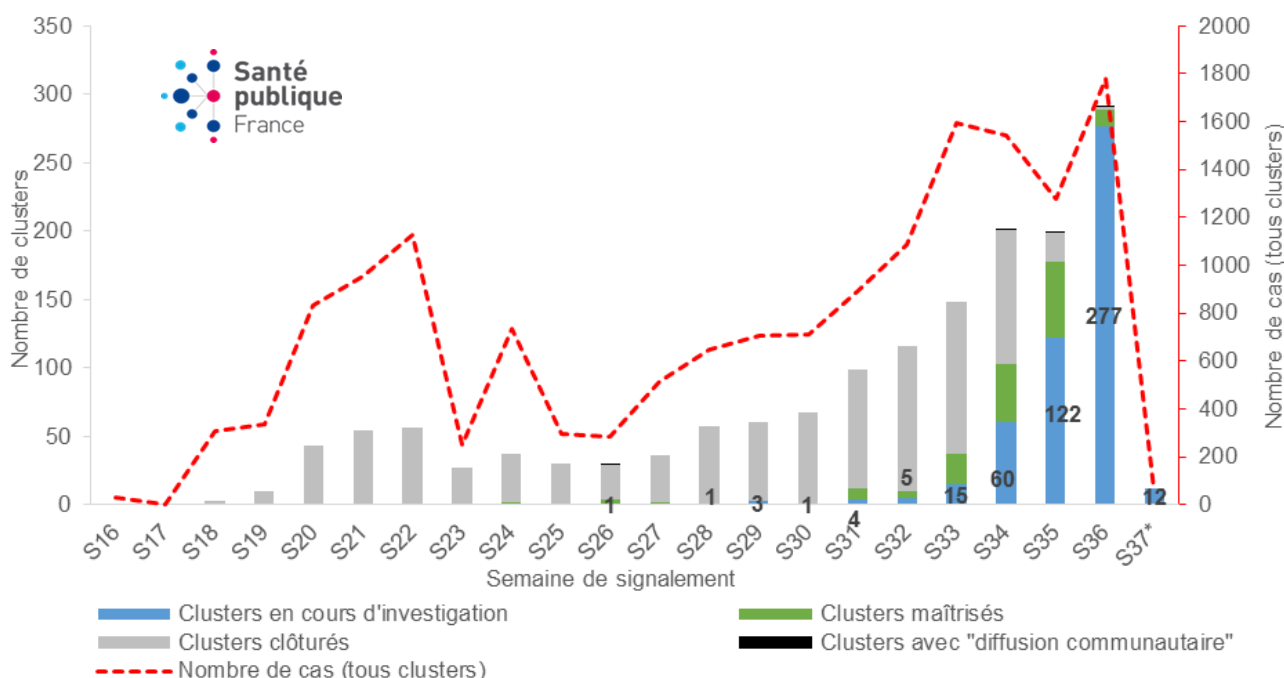
## Signalement à visée d'alerte des foyers de transmission (clusters)

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

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

- En **S36**, une **forte augmentation du nombre de clusters a été observée avec 291 clusters signalés** (vs 200 en S35) (Figure 14). Le nombre moyen de cas par cluster était moindre en juillet-août avec 9 cas par cluster contre 17 en mai-juin. Au total, 1 583 clusters ont été signalés (94% en métropole) incluant 15 976 cas.
- Au 07 septembre, **502 (32%) clusters étaient en cours d'investigation dont 99 (20%) en criticité élevée** (potentiel de transmission, critères de gravité), 10% étaient maîtrisés, 58% étaient clôturés et **4 clusters (0.3%) ont impliqué une diffusion communautaire** (Figure 15).
- Parmi les 1 583 clusters, les clusters survenus en **entreprises hors établissements de santé (ES) restaient parmi les types de collectivités les plus représentés (29%)**, puis le **milieu familial élargi (plusieurs foyers) et les événements publics/privés rassemblant de manière temporaire des personnes (26%)** et les établissements de santé (ES) (11%) (Tableau 2).

Figure 14. Nombre de clusters selon leur statut et nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement, entre le 09 mai et le 07 septembre 2020, (N=1 583) (Source : MONIC)



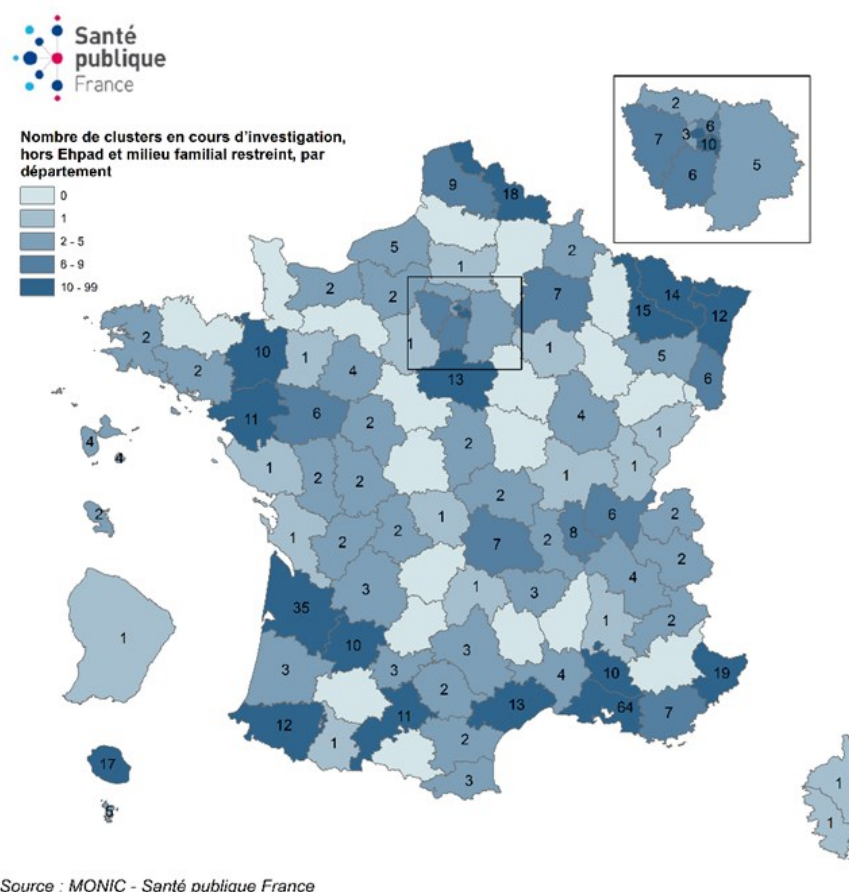
\* données provisoires

<sup>1</sup> 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 07 septembre 2020, (N=1 583) (Source : MONIC)**

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=1583	%	N=502	%
Entreprises privées et publiques (hors ES)	458	29	156	31
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	233	15	92	18
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	179	11	26	5
Etablissements de santé	177	11	49	10
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	88	6	20	4
Milieu scolaire et universitaire	57	4	26	5
EMS de personnes handicapées	43	3	10	2
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation)	34	2	7	1
Crèches	26	2	6	1
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	23	1	4	1
Transport (avion, bateau, train)	23	1	11	2
Etablissements pénitentiaires	20	1	7	1
Structures de l'aide sociale à l'enfance	11	1	6	1
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-	0	-
Autre	211	13	82	16

**Figure 15. Clusters en cours d'investigation (hors Ehpad et milieu familial restreint) par département au 07 septembre 2020 (N=502) (Source : MONIC)**



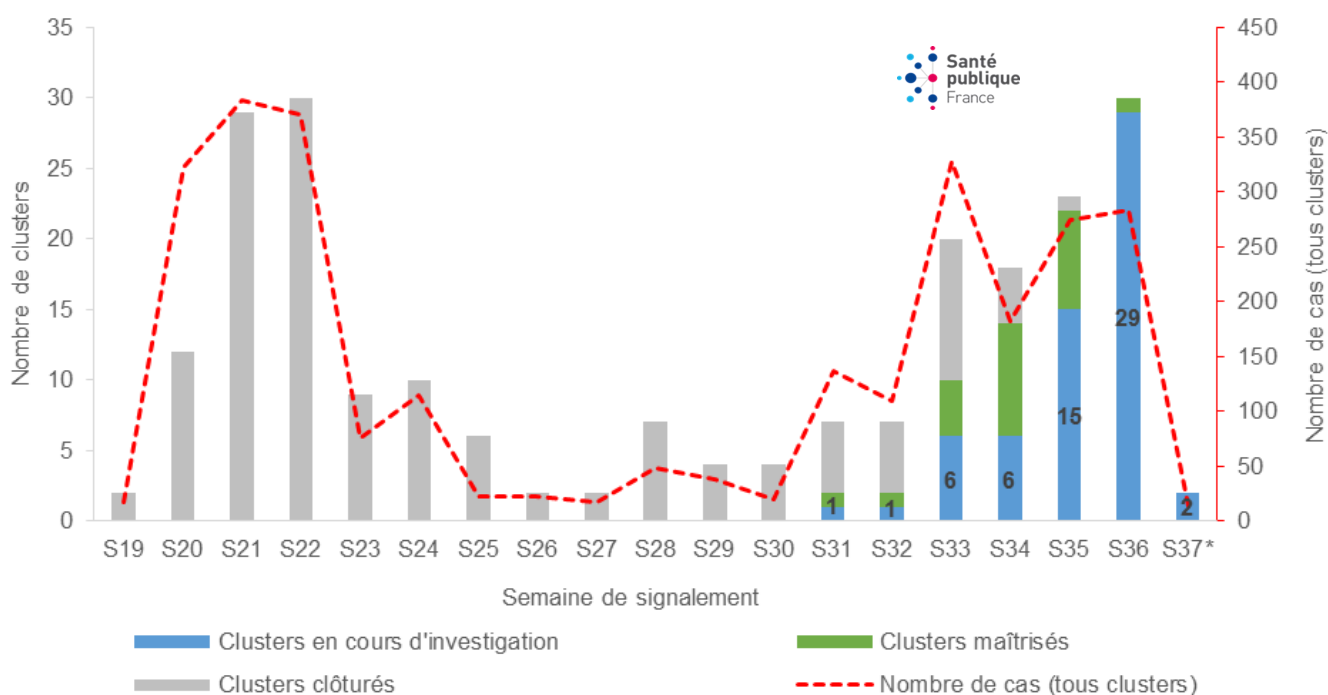
Pour en savoir plus sur les données régionales, consulter : [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr)

## Foyers de transmission (clusters) en Ehpad

Parallèlement aux dispositifs de surveillance mis en place dans les ESMS (cf page 12), les épisodes répondant à la définition de cas d'un cluster (survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours) sont intégrés dans le système d'information MONIC, développé par Santé publique France.

- Au 07 septembre 2020, 224 clusters en Ehpad ont été signalés. Depuis 6 semaines, **le nombre hebdomadaire de nouveaux clusters (30 clusters en S36) était supérieur à celui observé depuis début juin** (Figure 16).
- Sur les 224 clusters, 27% (n=60) étaient en cours d'investigation, 10% étaient maîtrisés, 63% clôturés et aucun cluster n'avait diffusé. La majorité (69%) comportait plus de 5 cas (12 en moyenne par cluster).
- Les 60 clusters en cours d'investigation étaient localisés en métropole et répartis sur 11 des 13 régions métropolitaines. La région Provence-Alpes-Côte d'Azur comptabilisait 40% des clusters en cours d'investigation en Ehpad (n=24).

**Figure 16. Nombre de clusters selon leur statut et le nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement, entre le 09 mai et le 07 septembre 2020, (N=224) (Source : MONIC)**



\* données provisoires



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

Depuis le 1<sup>er</sup> mars et jusqu'au 06 septembre 2020, 9 582 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 6 030 (63%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 3 552 (37%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 3).
- Parmi les 9 582 signalements, **40 876 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents. Parmi les **10 475 décès dans l'établissement d'accueil**, 10 393 étaient survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Tableau 3).
- Depuis le 1<sup>er</sup> mars et jusqu'au 06 septembre 2020, parmi les 6 030 signalements en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 4 115 (68%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Au cours des semaines S35 et S36 (du 24 août au 06 septembre), parmi l'ensemble des EHPA en France, **274 (3%) établissements ont déclaré au moins un nouveau cas confirmé de COVID-19** parmi les résidents ou le personnel.

**Tableau 3. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'établissement, chez les résidents et le personnel dans les ESMS, rapportés du 1<sup>er</sup> mars au 06 septembre 2020, France.**

	EHPA <sup>1</sup>	HPH <sup>2</sup>	Aide enfance <sup>3</sup>	Autres <sup>4</sup>	Total
Signalements <sup>5</sup>	6 030	2 690	442	420	9 582
Cas confirmés <sup>6</sup>	35 920	4 213	235	508	<b>40 876</b>
<b>Chez les résidents</b> Décès <sup>7</sup> hôpitaux	3 748	206	0	22	3 976
Décès <sup>7</sup> établissements*	10 393	71	0	11	<b>10 475</b>
<b>Chez le personnel</b> Cas confirmés <sup>6</sup>	17 492	3 742	321	217	21 772

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

<sup>2</sup> Hébergement 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));

<sup>3</sup> Aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS)

<sup>4</sup> Autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement) ;

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

<sup>6</sup> 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.

<sup>7</sup> Cas possibles et confirmés décédés.

On observe une augmentation du nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS depuis début juillet (Figure 17). Cette **augmentation est plus particulièrement marquée dans trois régions** :

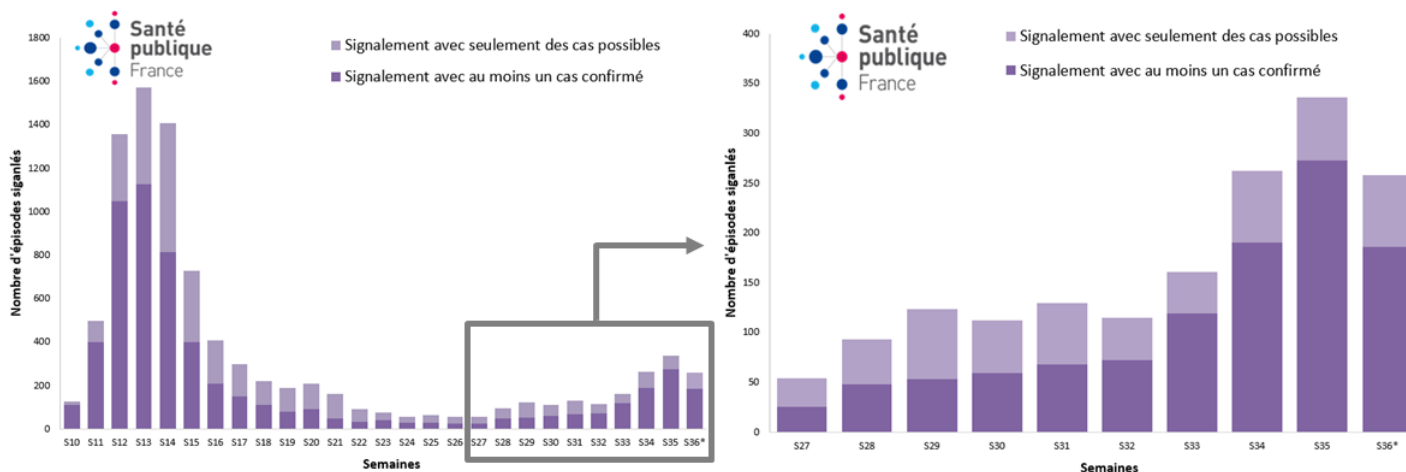
	S32	S33	S34	S35	S36*
Ile-de-France	20	27	46	65	36
Provence Alpes Côte d'Azur	14	25	39	56	34
Auvergne Rhône-Alpes	8	12	20	39	30

\*Les données de la semaine 36 sont en cours de consolidation.

Depuis la semaine S36, on constate une augmentation plus rapide du nombre de cas confirmés chez les résidents par rapport au nombre de cas confirmés chez le personnel (Figure 18). Cette tendance sera à confirmer après consolidation des données.

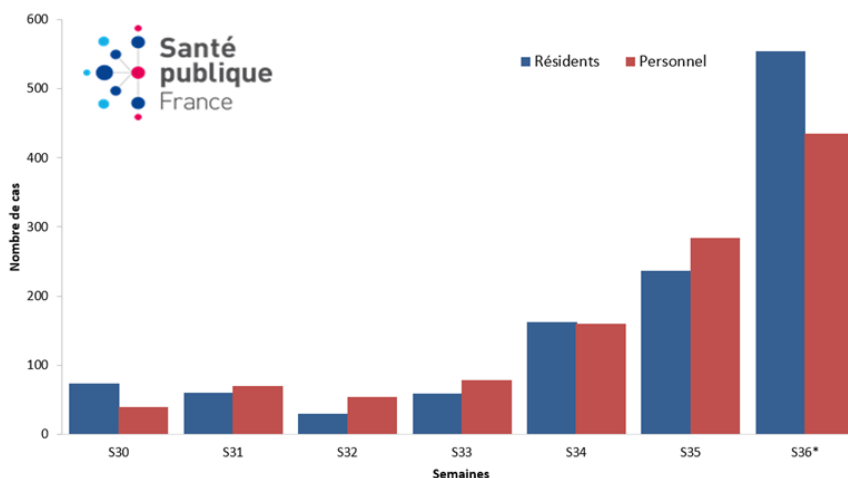
**Le nombre de décès reste faible et stable** ces dernières semaines (ces chiffres sont en cours de consolidation).

**Figure 17. 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<sup>er</sup> mars au 06 septembre 2020, en France.**



\*Les données de la semaine 36 sont en cours de consolidation.

**Figure 18. : Nombre de signalements de cas de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine calendaire, du 20 juillet au 06 septembre 2020, en France**



\*Les données de la semaine 36 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. A noter que depuis le 01 juillet 2020, les ESMS d'Ile-de-France déclarent leurs épisodes via l'application de Santé publique France.*

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

- En semaine 36 (du 31 août au 06 septembre 2020), 3 538 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période, représentant 1,3% de l'activité totale des services d'urgence du réseau OSCOUR®.
- Pour la 5<sup>ème</sup> semaine consécutive, ces passages étaient en hausse de 24% tous âges comparé à la semaine 35 (2 855 passages et 1,03% d'activité totale - données consolidées du 08 septembre 2020) et plus précisément de +73% chez les enfants (+80 passages) et +22% chez les adultes (+603 passages) (Figure 19).
- La hausse est observée dans toutes les régions à l'exception de Centre-Val de Loire, Grand-Est, Guyane et La Réunion. Les hausses les plus importantes sont observées en **Bretagne** (+83%), **Guadeloupe** (+80%), **Auvergne-Rhône-Alpes** (+72%), **Hauts-de-France** (+56%;) et **Normandie** (+54%).
- En semaine 36, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, 30% ont été enregistrés en Ile-de-France, 14% en Auvergne-Rhône-Alpes et 13% en Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, 192 740 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 1<sup>er</sup> septembre 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgence ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

Figure 19. Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et classe d'âge, depuis le 26 février et depuis le 1<sup>er</sup> juin 2020, France (source: OSCOUR®)

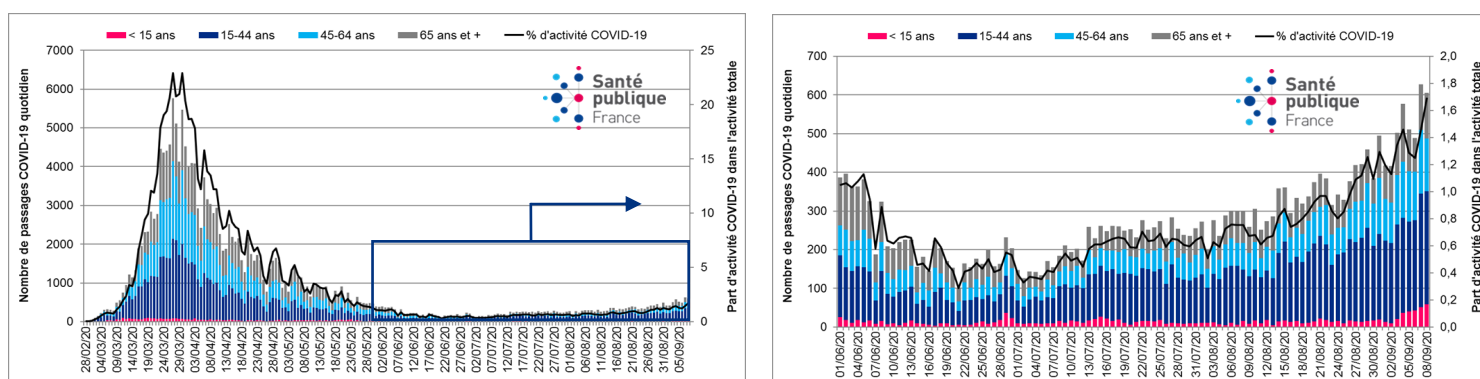
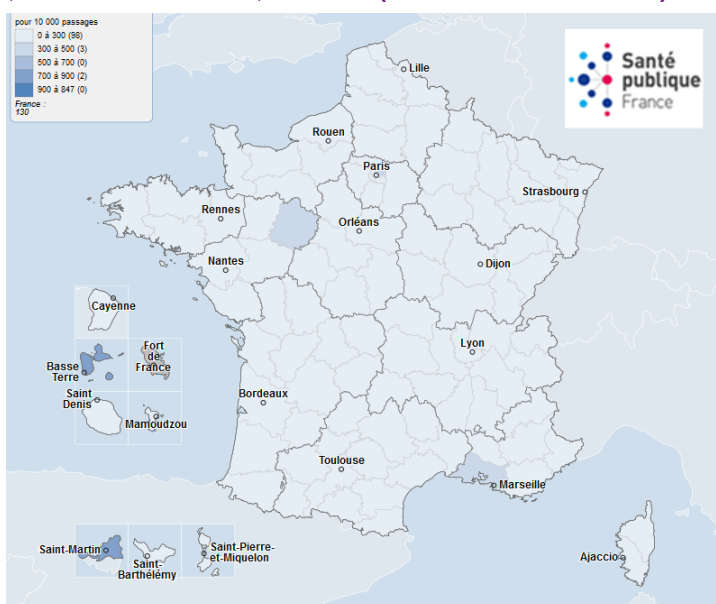


Figure 20. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 36/2020, France (source : OSCOUR®)



Pour en savoir plus sur les données OSCOUR consulter : [GEODES](https://www.oscour.fr/)

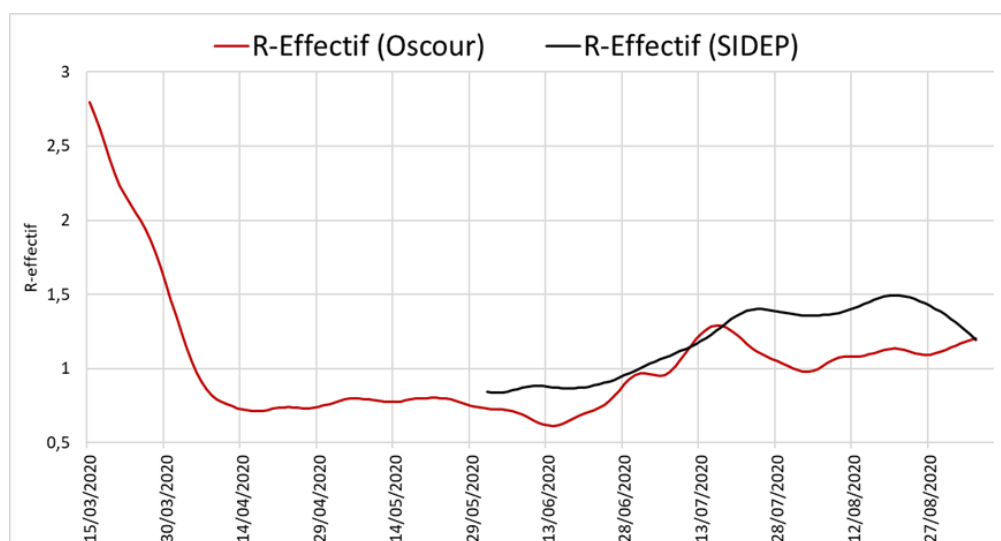
## Nombre de reproduction effectif «R effectif»

Le nombre de reproduction  $R$  (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori [1], avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont désormais produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP (nombre quotidien de tests PCR positifs) et des passages aux urgences (OSCOUR®). L'indicateur calculé sur les données SI-DEP a l'avantage de s'appuyer sur de données sur de cas confirmés de COVID-19 et de donner des tendances réactives. Le  $R$  effectif estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ 1 à 2 semaines auparavant (intégrant le délai entre la contamination et le test, et le fait que le calcul est effectué sur une période de 7 jours). En revanche, cet indicateur peut être instable notamment lorsque l'incidence est faible car est influencé par les actions locales de dépistage. L'indicateur calculé à partir des données de passages aux urgences est plus stable, mais montre des tendances plus tardives. Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas. **Les valeurs de  $R$  ne doivent donc pas être interprétées de façon isolée, mais doivent être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse fine de la situation locale.**

Les estimations du nombre de reproduction entre le 30 août et le 05 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®).

- **En France métropolitaine, le nombre de reproduction calculé à partir des données virologiques (SI-DEP) est significativement supérieur à 1 : 1,19 (intervalle de confiance, IC95% : 1,18-1,21), estimation en baisse par rapport à celle produite la semaine précédente (1,29) (Tableau 4, Figure 21). Le  $R$  calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) est significativement supérieur à 1 : 1,20 (IC95% : 1,16-1,25), en hausse par rapport à l'estimation produite la semaine précédente (1,13).**
- En région, les nombres de reproduction estimés à partir de SI-DEP et OSCOUR® sont significativement supérieurs à 1 dans 7 régions : en Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Hauts-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.
- Le nombre de reproduction SI-DEP est significativement supérieur à 1 dans 5 autres régions métropolitaines, sans que celui calculé à partir des données OSCOUR® ne soit significativement supérieur à 1 : Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val-de-Loire, Corse, Grand-Est et Pays de la Loire.
- Inversement, le nombre de reproduction calculé à partir des données OSCOUR® est significativement supérieur à 1 en Ile-France, sans qu'il soit significativement supérieur à 1 à partir de SI-DEP (Tableau 4).
- **En outre-mer**, la Guadeloupe, la Martinique et La Réunion présentent un nombre de reproduction estimé à partir de SI-DEP significativement supérieur à 1. Le  $R$ -effectif estimé à partir des passages aux urgences est également significativement supérieur à 1 en Guadeloupe.

Figure 21. : Trajectoire du nombre de reproduction effectif ( $R$  effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2 et des passages aux urgences avec suspicion de SARS-COV-2 en France métropolitaine du 15 mars au 05 septembre 2020 (Sources : SI-DEP et OSCOUR®)



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

**Tableau 4. Nombre de reproduction effectif (R effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2 et des passages aux urgences avec suspicion de SARS-COV-2 par région, France métropolitaine et ultra-marine, sur 7 jours glissants, du 30 août au 05 septembre 2020 (Sources : SI-DEP et OSCOUR®)**

Territoire	Régions	R effectif (Intervalle de confiance à 95%)	
		SI-DEP	OSCOUR®
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	<b>1.32 (1.29-1.36)</b>	<b>1.52 (1.39-1.66)</b>
	Bourgogne-Franche-Comté	<b>1.23 (1.16-1.31)</b>	1.12 (0.94-1.32)
	Bretagne	<b>1.48 (1.40-1.56)</b>	<b>1.30 (1.05-1.59)</b>
	Centre-Val de Loire	<b>1.17 (1.10-1.24)</b>	0.84 (0.65-1.06)
	Corse	<b>1.54 (1.37-1.71)</b>	1.36 (0.90-1.91)
	Grand Est	<b>1.13 (1.08-1.19)</b>	1.06 (0.88-1.25)
	Hauts-de-France	<b>1.88 (1.82-1.94)</b>	<b>1.33 (1.12-1.56)</b>
	Ile-de-France	1.00 (0.98-1.02)	<b>1.18 (1.11-1.25)</b>
	Normandie	<b>1.28 (1.21-1.36)</b>	<b>1.32 (1.09-1.57)</b>
	Nouvelle-Aquitaine	<b>1.30 (1.26-1.34)</b>	<b>1.22 (1.07-1.37)</b>
	Occitanie	<b>1.17 (1.13-1.20)</b>	<b>1.19 (1.04-1.34)</b>
	Pays de la Loire	<b>1.40 (1.33-1.47)</b>	0.97 (0.81-1.14)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	<b>1.07 (1.04-1.10)</b>	<b>1.16 (1.05-1.26)</b>
	<b>France métropolitaine</b>	<b>1.19 (1.18-1.21)</b>	<b>1.20 (1.16-1.25)</b>
France ultra-marine	Guadeloupe	<b>1.20 (1.12-1.29)</b>	<b>1.75 (1.45-2.09)</b>
	Guyane	0.90 (0.79-1.02)	1.00 (0.70-1.34)
	La Réunion	<b>1.29 (1.19-1.39)</b>	0.74 (0.48-1.07)
	Martinique	<b>1.21 (1.05-1.39)</b>	NA
	Mayotte	NE	NC

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

# Surveillance en milieu hospitalier

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

Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020, **1 556** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

- Parmi les **113 830 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1<sup>er</sup> mars (Tableau 5) :

- L'âge médian des patients est de 71 ans et 53% sont des hommes.
- 20 289 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
- 88 226 patients sont retournés à domicile.

- Le **8 septembre 2020, 4 960 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 574 en réanimation**

**Tableau 5. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 08 septembre 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1<sup>er</sup> mars, par classe d'âge et par région, France (source : SI-VIC)**

	Le 08 septembre 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Total</b>	<b>4 960</b>		<b>574</b>		<b>88 226</b>		<b>20 289</b>	
<b>Classes d'âge *</b>								
<b>Total</b>	<b>4 915</b>		<b>571</b>		<b>87 646</b>		<b>20 174</b>	
0-14 ans	47	1	7	1	1 142	1	3	<1
15-44 ans	407	8	46	8	12 572	14	220	1
45-64 ans	1 105	22	199	35	24 926	28	2 093	10
65-74 ans	1 101	22	181	32	16 556	19	3 619	18
75 et +	2 255	46	138	24	32 450	37	14 239	71
<b>Régions *</b>								
<b>Total</b>	<b>4 942</b>		<b>568</b>		<b>88 196</b>		<b>20 265</b>	
<b>Métropole</b>								
Auvergne-Rhône-Alpes	420	8	54	10	8 559	10	1 795	9
Bourgogne-Franche-Comté	38	1	8	1	4 129	5	1 065	5
Bretagne	66	1	8	1	1 409	2	269	1
Centre-Val de Loire	77	2	14	2	2 425	3	576	3
Corse	16	<1	1	<1	266	<1	59	<1
Grand Est	314	6	16	3	13 332	15	3 692	18
Hauts-de-France	421	9	39	7	7 404	8	1 954	10
Ile-de-France	2 345	47	199	35	31 307	35	7 766	38
Normandie	75	2	7	1	1 925	2	449	2
Nouvelle-Aquitaine	148	3	28	5	2 412	3	441	2
Occitanie	196	4	39	7	3 235	4	536	3
Pays de la Loire	87	2	15	3	2 466	3	499	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	550	11	95	17	6 773	8	1 017	5
<b>Outre-Mer</b>								
La Réunion	73	1	13	2	260	<1	13	<1
Martinique	14	<1	6	1	110	<1	18	<1
Mayotte	4	<1	1	<1	450	1	28	<1
Guadeloupe	39	1	16	3	135	<1	30	<1
Guyane	59	1	9	2	1 599	2	58	<1

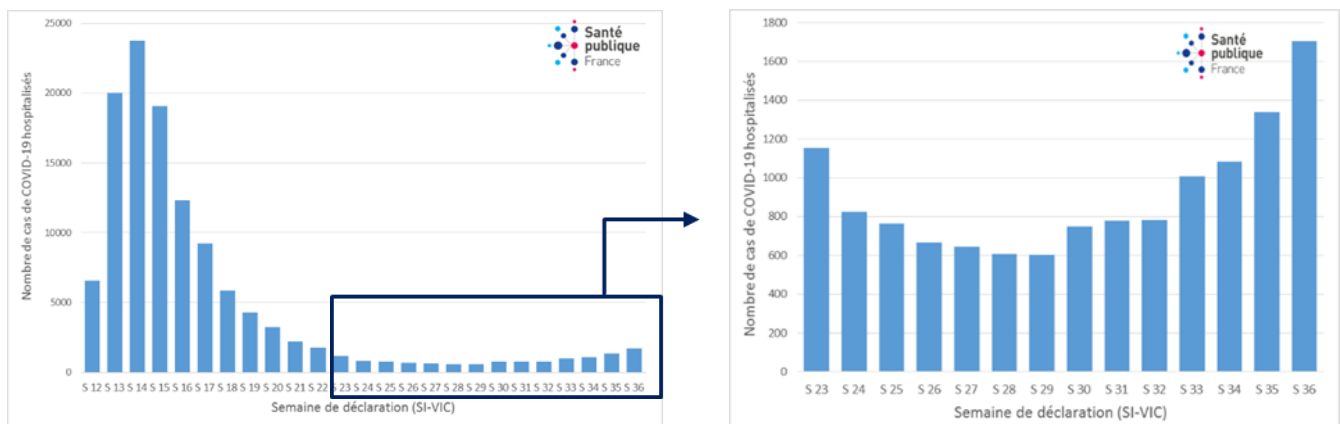
\* L'information sur l'âge n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

**Figure 22. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 19 août et le 08 septembre 2020, France (source : SI-VIC)**



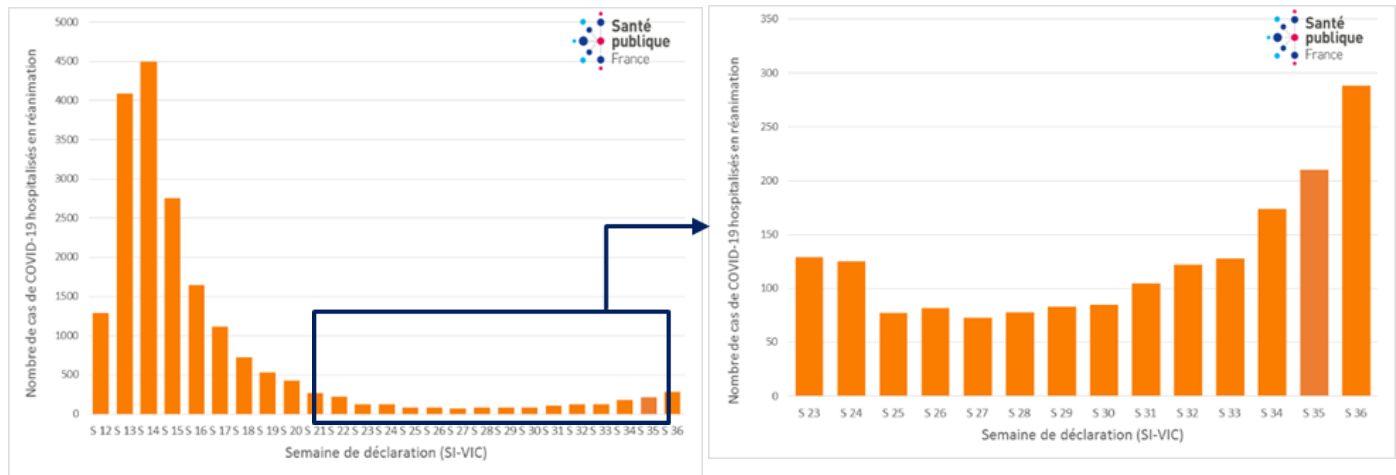
- Dans les régions de **France métropolitaine**, le taux hebdomadaire de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (du 02 au 08 septembre) **a augmenté dans toutes les régions sauf en Grand-Est** (taux stable). Les régions Centre-Val de Loire, Bourgogne-Franche-Comté, Corse et Nouvelle-Aquitaine ont enregistré les plus fortes augmentations du taux par rapport à la semaine précédente (*supérieures à un doublement*). **En Provence-Alpes-Côte d'Azur, ce taux était de 10,3/100 000 habitants en S36 vs 6,1/100 000 hab. en S35**. Dans toutes les autres régions, les taux d'hospitalisations hebdomadaires étaient inférieurs à 5,0/100 000 hab.
- Dans les régions d'outre-mer, la **Guyane** a enregistré le **plus fort taux hebdomadaire de nouvelles hospitalisations**, avec un taux de 15,8/100 000 habitants (en diminution depuis 2 semaines, avec 36,8/100 000 en S34). On observe pour la deuxième semaine consécutive une **augmentation** de ce taux **en Guadeloupe**, qui atteint 15,4/100 000 habitants (58 patients admis pendant la semaine du 02 au 08 septembre versus 13 patients deux semaines auparavant) (Figure 22). Les taux sont en diminution dans les autres régions.
- Les notifications de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19 ont augmenté** pour la septième semaine consécutive **en semaine 36** (du 31 août au 06 septembre) : 1 704 nouvelles hospitalisations déclarées en S36 versus 604 en S29 (Figure 23).
- Depuis début juillet (S28) et jusqu'en semaine 36, les personnes hospitalisées âgées de moins de 40 ans représentaient 19% (2 514/13 010) des admissions alors que cette proportion était de 8% (8 329/100 819) sur la période mars-juin 2020. Pour les personnes âgées de 70 ans et plus, une diminution des admissions en hospitalisation conventionnelle a été observée depuis début juillet : elles représentaient 44% (5 704/13 010) des admissions sur la période S28-S36 versus 55% (54 981/100 819) sur la période S9-S27.
- En prenant en considération le nombre de d'hospitalisations déclarées entre la semaine 29 et la semaine 36, **le temps de doublement du nombre hebdomadaire d'hospitalisations est de 33 jours**.

**Figure 23. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars et depuis le 1<sup>er</sup> juin 2020, données au 08 septembre 2020, France (source : SI-VIC)**



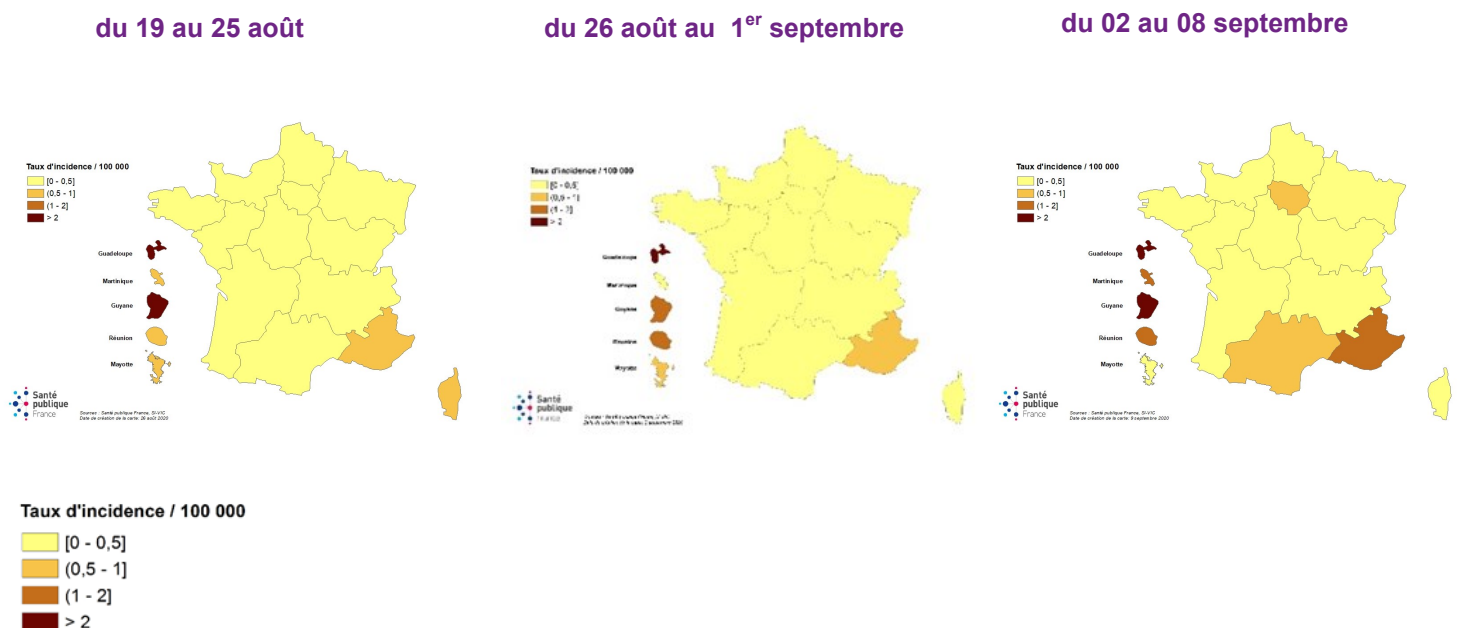
- **Au 08 septembre 2020, 574 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en réanimation en France.**
- Les notifications de **nouvelles admissions en réanimation continuent d'augmenter depuis la semaine 28** (Figure 24), passant de 73 nouvelles admissions déclarées en S27 à 288 en S36.
- Le nombre journalier de cas en cours d'hospitalisation en réanimation se maintient en dessous de 500 patients depuis le 10 juillet.
- **Depuis début juillet (S28) et jusqu'en semaine 36, les personnes hospitalisées en réanimation âgées de moins de 40 ans représentaient 12% (160/1 350) des admissions alors que cette proportion était de 7% (1 201/17 457) sur la période mars-juin 2020. Les personnes âgées de 70 ans et plus représentaient la même proportion des admissions en réanimation sur la période S9-S27 et sur la période S28-S36 (37%).**

Figure 24. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 19 mars et depuis le 1<sup>er</sup> juin 2020, données au 08 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 et en Bretagne (taux stables). Le taux a atteint 1,4/100 000 habitants en Provence-Alpes-Côte d'Azur**, et était au-dessus de 0,5/100 000 habitants en Île-de-France et Occitanie. Les plus fortes augmentations de ce taux ont été observées dans les Hauts-de-France et en Centre-Val de Loire.
- Dans les régions d'outre-mer, sur la **semaine du 02 au 08 septembre**, le plus fort **taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 a été observé en **Guadeloupe** avec 4,0/100 000 habitants (représentant 15 patients), en augmentation par rapport à la semaine précédente. Les taux ont également augmenté en Guyane et en Martinique atteignant respectivement 2,4 et 1,1/100 000 habitants (Figure 25).

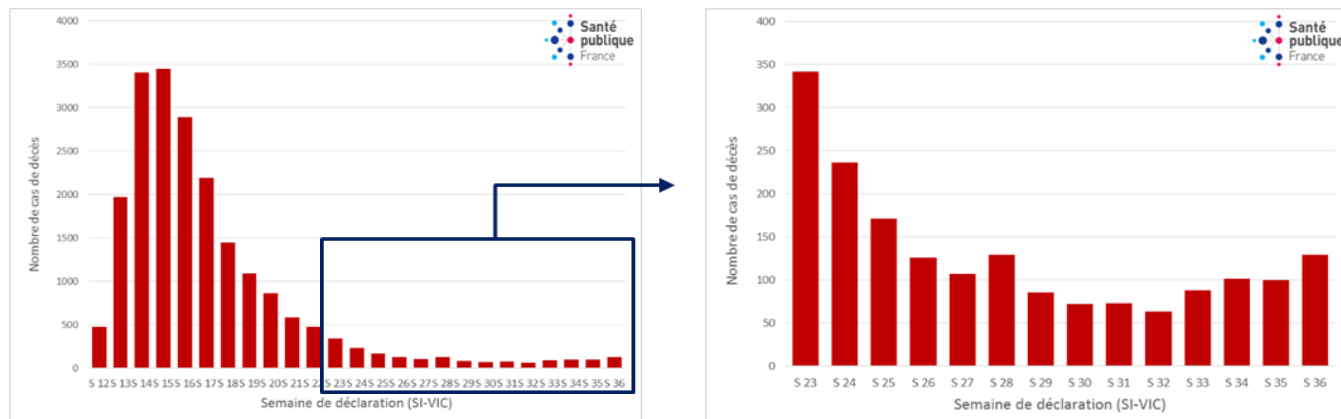
Figure 25. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 12 août et le 08 septembre 2020, France (source : SI-VIC)



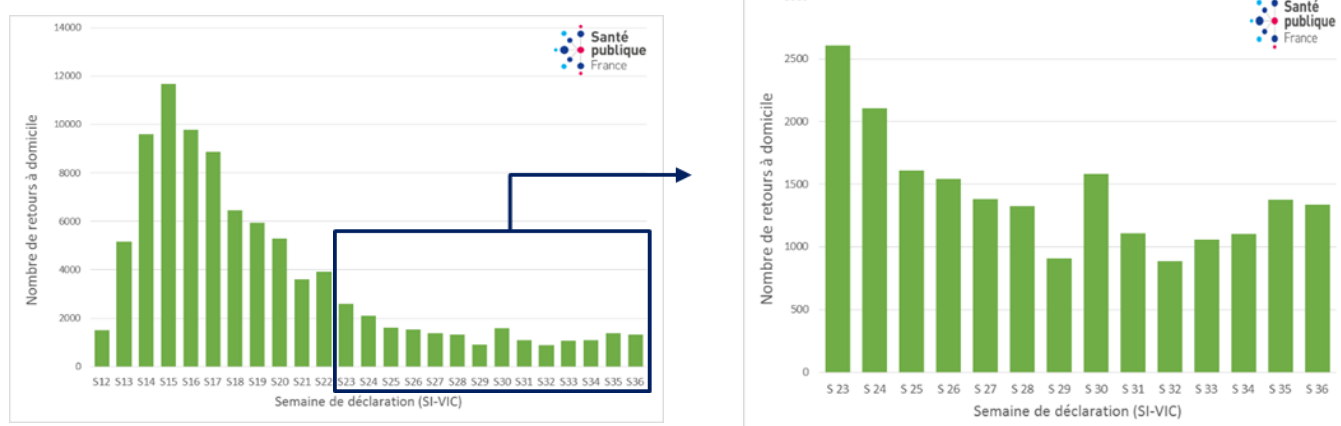


- Le nombre hebdomadaire de déclaration de **décès** survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 est **en augmentation** par rapport à la semaine précédente avec 129 décès en S36 versus 100 décès en S35 (Figure 26).
- Le nombre hebdomadaire de déclaration de retours à domicile des patients COVID-19 après hospitalisation se stabilise en semaine 36 (1 338 versus 1 377 en S35) (Figure 27).

**Figure 26. 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<sup>er</sup> juin 2020, France, données au 08 septembre 2020 (source : SI-VIC)**

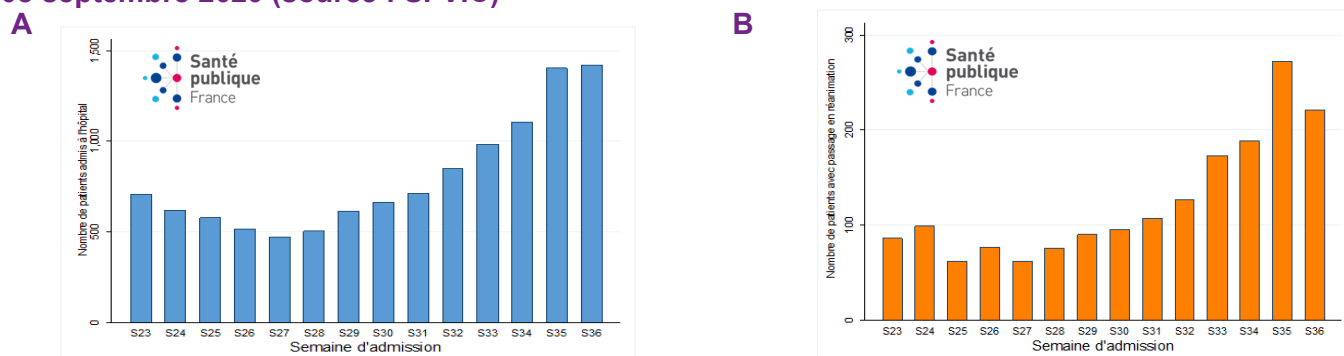


**Figure 27. Nombre hebdomadaire de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars et depuis le 1<sup>er</sup> juin 2020, France, données au 08 septembre 2020 (source : SI-VIC)**



- Un délai entre la date d'admission à l'hôpital ou en réanimation 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 entraîne un retard dans l'observation des tendances.
- Les graphes précédents (Figures 23, 24, 26 et 27) sont présentés par date de déclaration, avec ce délai. Afin de préciser les tendances, les admissions à l'hôpital et en réanimations sont aussi présentées par date d'admission des patients à l'hôpital (Figure 28). Du fait de ces délais, la semaine 36 n'est pas consolidée et les tendances sont similaires mais l'augmentation des hospitalisations apparaît dès la semaine 28.

**Figure 28. 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 1<sup>er</sup> juin 2020, France, données au 08 septembre 2020 (source : SI-VIC)**



\*Semaine 36 non consolidée

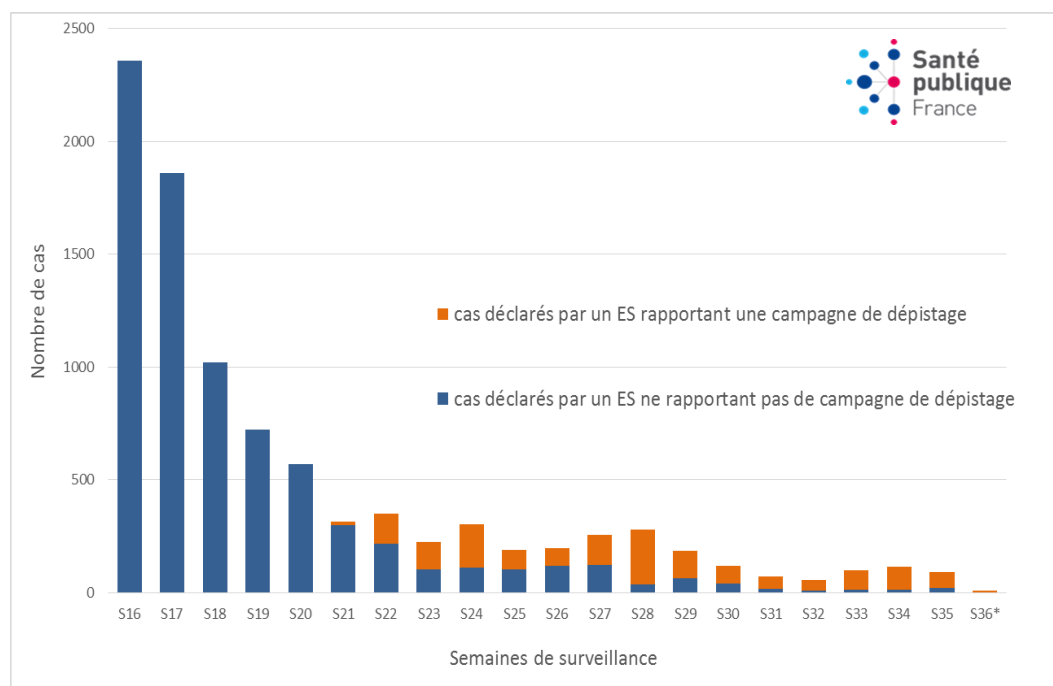
# Surveillance des professionnels en établissements de santé, infectés par le SARS-CoV-2

Cette surveillance a été mise en place le 22 avril 2020 et a pour objectif de recenser les professionnels salariés d'un établissement de santé (PES) d'hospitalisation, public ou privé, ayant été infectés par le SARS-CoV-2 depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020. Le dernier bilan a été publié dans le Point Epidémiologique du 27 août 2020.

- Entre le 24 août et le 07 septembre, 318 cas supplémentaires ont été déclarés portant à **33 210 cas le nombre de cas total sur la période du 1<sup>er</sup> mars au 07 septembre 2020**. La répartition du nombre hebdomadaire de cas déclarés montre globalement la poursuite de la diminution et une stabilisation à moins de 100 cas déclarés après la semaine 30 avec quelques fluctuations probablement liées aux campagnes de dépistage sérologique (Figure 29).
- Ces 318 cas étaient rapportés par 81 établissements, dont 75 rapportaient moins de 10 cas et 6 rapportaient plus de 10 cas (maximum 32 cas). A noter que 126 autres établissements ont continué de participer à l'enquête début septembre sans déclarer de cas.
- La répartition des cas par catégorie professionnelle reste identique à celle précédemment publiée : parmi les 33 210 cas, **84%** (27 743 cas) étaient des **professionnels de santé** et **10%** (3 489) des **professionnels non soignants** et pour 6% des cas, la catégorie professionnelle n'était pas renseignée. Les deux professions le plus souvent rapportées restent **les infirmiers** (N=9 439, 28% des cas) et **les aides-soignants** (N= 8 020, 24% des cas).
- A partir des données issues de la base SAE 2018 et selon la catégorie professionnelle, les aides-soignants et les internes restent les professions proportionnellement les plus impactées avec respectivement 3,6% et 3,3% des professionnels infectés.
- Aucun décès supplémentaire de professionnels lié à la COVID-19 n'a été rapporté au cours de l'été : 16 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2 ont été enregistrés depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020, dont 5 médecins, 4 aides-soignants, 1 professionnel de santé classé « autre » et 6 professionnels non soignants.

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

**Figure 29. : Nombre de professionnels COVID-19 déclarés dans les établissements de santé, par semaine, depuis le 13 avril 2020 (données au 07 septembre 2020, N=9 396), France**

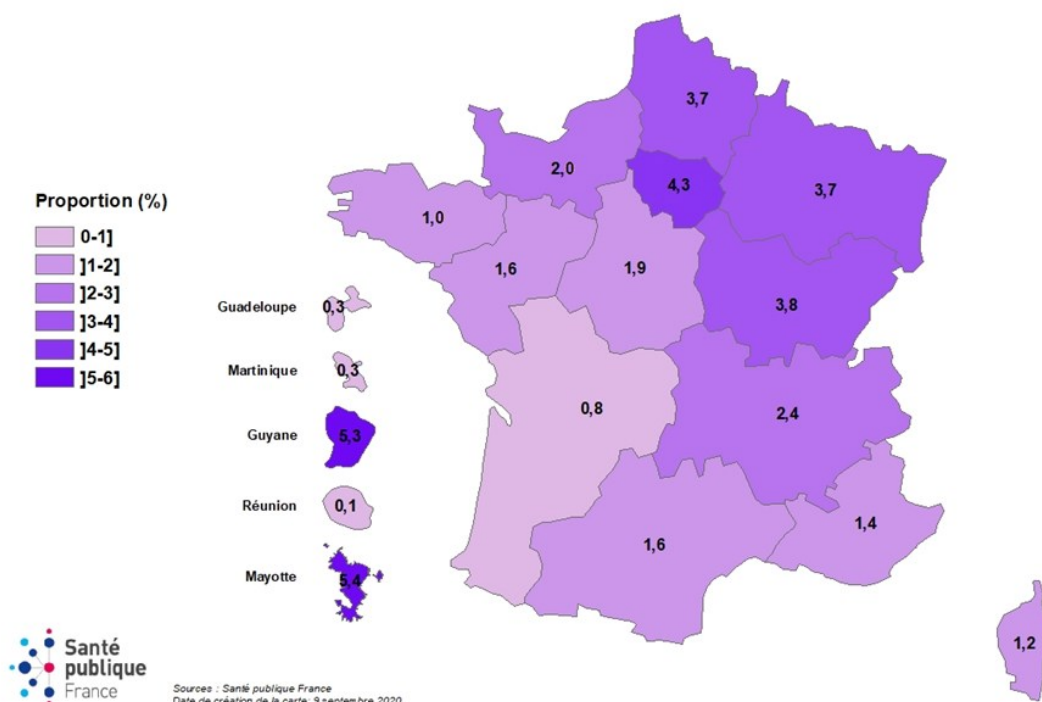


\* Les données pour la semaine 36 sont en cours de consolidation

Note : Les cas antérieurs au 13 avril 2020 (N = 23 814 cas) ont été signalés à Santé publique France de manière rétrospective et agrégée sans précision sur leur semaine de signalement.

A partir des données issues de la base SAE 2018, selon la région, la proportion de professionnels en ES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels en ES de la région varie de 0,1% à 5,4% . Les régions Mayotte, Guyane, Ile-de-France, Bourgogne-Franche-Comté, Haut-de-France, et Grand-Est, fortement impactées par l'épidémie, rapportent les plus fortes proportions de professionnels en ES infectés par le SARS-CoV-2 (Figure 30).

**Figure 30. : Proportion (%) de professionnels déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels dans les établissements de santé (données au 07 septembre 2020, N=32 322), par région, France\***



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

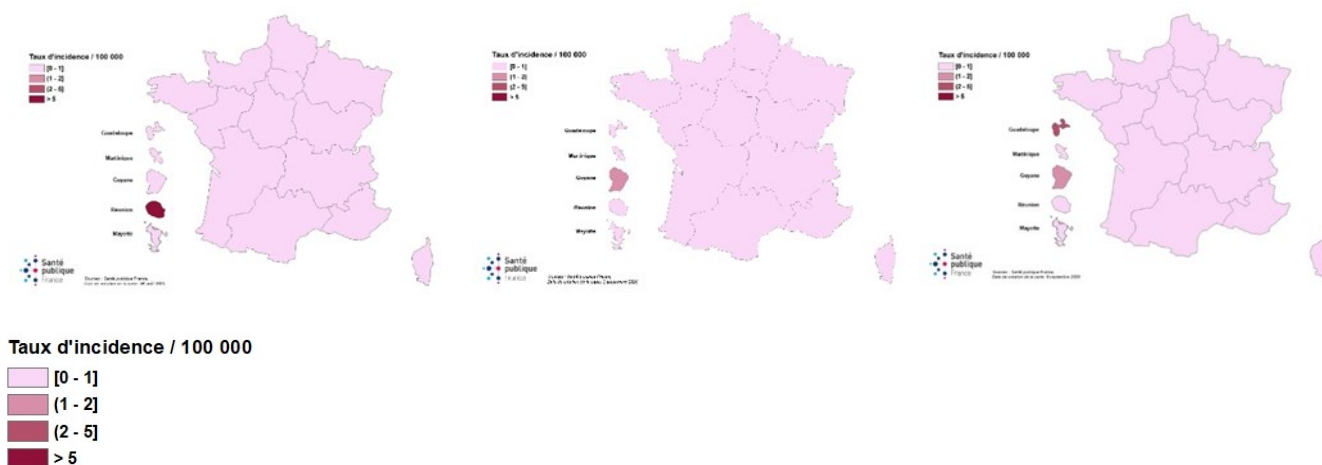
NB : Les cas survenus parmi la catégorie professionnelle « élèves » n'ont pas été pris en compte dans cette analyse, en l'absence de dénominateur connu.

# Surveillance de la mortalité

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

- Entre le 1<sup>er</sup> mars et le 08 septembre 2020, **30 764 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : 20 289 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 475 décès parmi des résidents en EHPA et autres EMS.
- **Au moins 92% des cas de COVID-19 décédés sont âgés de 65 ans ou plus.**
- **Au niveau national**, le **nombre hebdomadaire de décès** en France est stable entre les semaines 34 et 36 (129 en S36, 109 en S35 et 112 en S34). Le taux de décès hebdomadaire à l'échelle nationale était de 0,19 pour 100 000 habitants en semaine 36 (0,16 en S35 et 0,17 en S34).
- **En semaine 36**, les plus forts taux de décès de patients COVID-19 rapportés à la population (pour 100 000 habitants) étaient observés en Guadeloupe et en Guyane avec des taux respectivement de 2,23/100 000 habitants (8 décès) et 1,43 /100 000 habitants (4 décès). Pour toutes les autres régions, ce taux était inférieur à 0,5/100 000 habitants (Figure 31).
- Les taux hebdomadaires de décès déclarés (pour 100 000 habitants) sont stables ou à la baisse entre les semaines 36 et 35 dans presque toutes les régions, excepté dans six régions : Guadeloupe, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Occitanie, Martinique et La Réunion. Ces augmentations se font sur de très petits effectifs (moins de 4 décès), à l'exception de Guadeloupe, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur (respectivement 8, 45 et 18 décès en S36 versus 1, 33 et 7 en S35).

Figure 31. Taux hebdomadaires de décès dû à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS) S34 (du 17 au 23 août), S35 (du 24 au 30 août) et S36 (du 31 au 06 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<sup>er</sup> mars 2020, 11 530 certificats de décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 6).

- L'âge médian au décès était de 84 ans et 90% avaient 65 ans et plus.
- Les hommes représentaient 54% de ces décès.

Des comorbidités étaient renseignées pour 7 593 décès, soit 66% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 25% de ces décès et une mention de pathologie cardiaque pour 34% de ces décès.

Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 2,8% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.

**Tableau 6. Description des décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1<sup>er</sup> mars au 07 septembre 2020 (données au 08 septembre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)**

Sexe	n	%				
Hommes	6 270	54				
Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité <sup>1</sup>		Avec comorbidités <sup>1</sup>		Total <sup>2</sup>	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	1	100	1	0
15-44 ans	35	33	70	67	105	1
45-64 ans	292	29	721	71	1 013	9
65-74 ans	589	33	1 215	67	1 804	16
75 ans ou plus	3 021	35	5 586	65	8 607	75
<b>Tous âges</b>	<b>3 937</b>	<b>34</b>	<b>7 593</b>	<b>66</b>	<b>11 530</b>	<b>100</b>

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	7 593	66
Aucune ou non renseigné	3 937	34

Description des comorbidités	n	%
Obésité	451	6
Diabète	1 230	16
Pathologie respiratoire	985	13
Pathologie cardiaque	2 570	34
Hypertension artérielle	1 863	25
Pathologies neurologiques *	692	9
Pathologie rénale	943	12
Immunodéficience	172	2

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

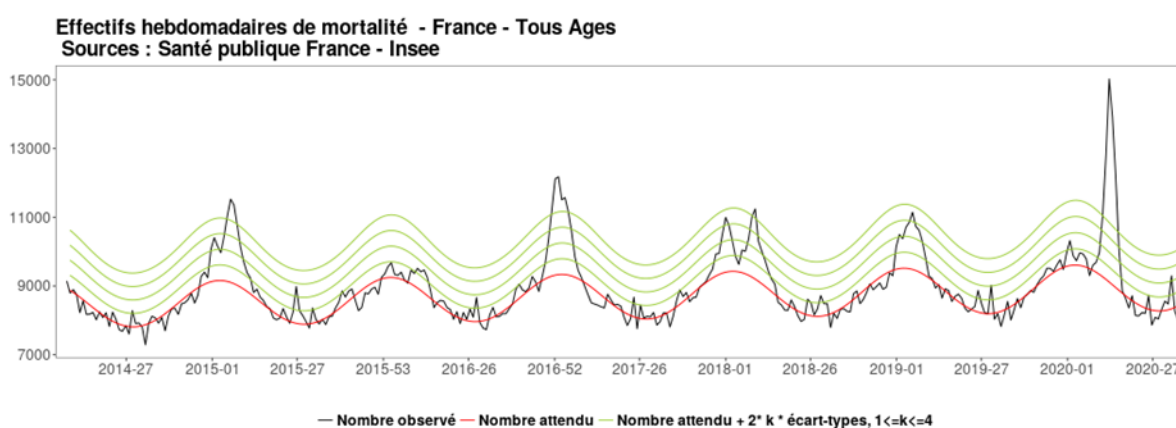
<sup>1</sup> % présentés en ligne ; <sup>2</sup> % présentés en colonne

## 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 et en région, la mortalité reste dans les marges de fluctuation habituelle sur les semaines 34 (du 17 au 23 août) et 35 (du 24 au 30 août) dans toutes les classes d'âges (Figure 32).
- Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines.

Figure 32. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 09-2014 à la semaine 35-2020 (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 sept pays/régions en semaine 31, dans cinq pays/régions en semaine 32, dans huit pays/régions en semaine 33 et dans deux pays/régions en semaine 34 (Belgique, et Espagne) (Figure 33).

Figure 33. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 34-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 02 septembre 2020) (Source : Euromomo)

### Excess in z-scores

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



## Analyse de risque contextualisée - Niveaux de vulnérabilité

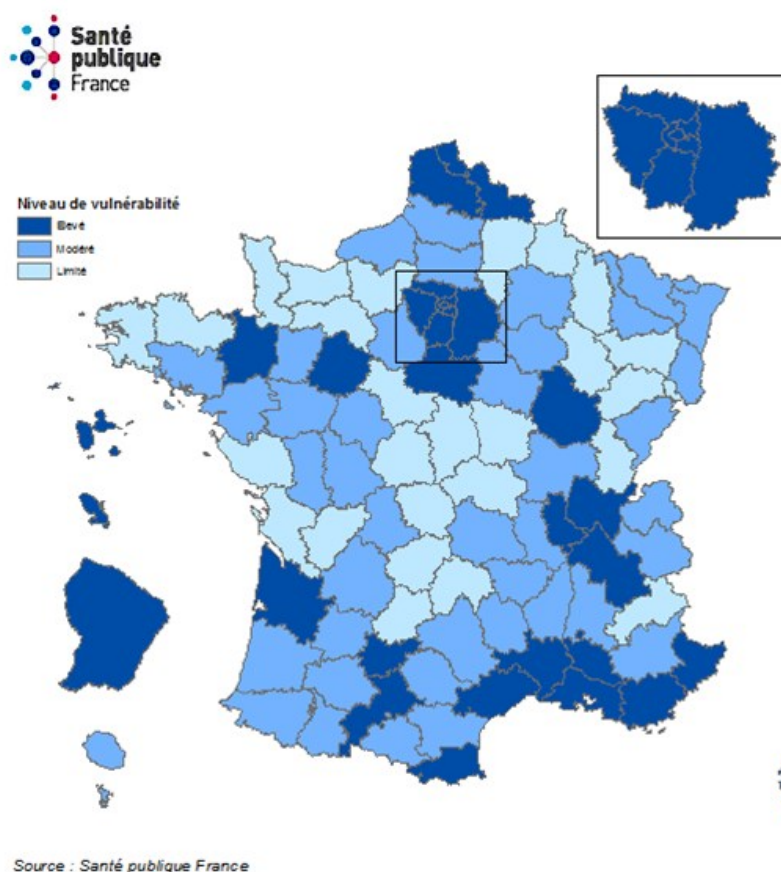
Les équipes régionales de Santé publique France réalisent, en lien avec les ARS, **une analyse de risque contextualisée quotidienne au niveau départemental** depuis le 02 mai 2020, une semaine avant la levée du confinement. Cette expertise effectue la synthèse des indicateurs des systèmes de surveillance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

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

**Au 09 septembre 2020**, par rapport au point épidémiologique du 02 septembre 2020 :

- **9 nouveaux départements étaient classés en niveau de vulnérabilité élevé** : Ain (01), Isère (38), Ille-et-Vilaine (35), Corse du Sud (2A), Haute-Corse (2B), Nord (59), Pas-de-Calais (62), Pyrénées-Orientales (66) et Tarn-Et Garonne (82).
- **13 nouveaux départements étaient classés en niveau de vulnérabilité modéré** : Ardèche (07), Haute-Loire (43), Doubs (25), Saône et Loire (71), Morbihan (45), Haut-Rhin (68), Somme (80), Dordogne (24), Landes (40), Deux-Sèvres (79), Vienne (86), Haute-Vienne (87) et Lozère (48).
- **Au total, le 09 septembre, 42 départements étaient en niveau de vulnérabilité modéré, et 32 en niveau élevé.** Toutes les régions rapportent au moins un département en niveau de vulnérabilité modéré.

Figure 34. Niveau de vulnérabilité par département, France, au 09 septembre 2020 (Source : Santé publique France)



## Situation internationale

- **La zone Amérique** concentre toujours le plus grand nombre de cas et de décès dans le monde. Une diminution du nombre de cas et des hospitalisations est observée aux États-Unis, tandis que l'épidémie reste très soutenue dans plusieurs pays en Amérique Latine (Argentine, Brésil, Costa Rica, Chili, Colombie, Mexique, Paraguay et Pérou).
- Dans les pays du **Moyen-Orient**, l'épidémie reste importante en Iraq et au Liban.
- En **Asie**, l'épidémie reste très importante en Inde, en Indonésie et au Bangladesh. Dans certains pays confrontés à une recrudescence de cas en juillet-août (Japon, Corée du Sud, Hong Kong), une diminution est observée depuis plusieurs semaines.
- Dans le **Pacifique Sud**, le nombre de nouveaux cas continue de diminuer en Australie (incidence de 2,3/100 000) ; les transmissions surviennent principalement dans l'État de Victoria (Melbourne) où des mesures de confinement strict sont prolongées jusqu'au 28/09.
- En **Afrique**, une diminution du nombre de cas est rapportée dans plusieurs pays dont l'Afrique du Sud qui était plus particulièrement touchée. En Ethiopie, une augmentation a été observée récemment.
- **En Europe**, une reprise de l'épidémie a été rapportée dans plusieurs pays. L'augmentation se poursuit en Espagne depuis plusieurs semaines et l'épidémie touche tout le territoire. Parmi les pays de l'UE/EEA, l'Espagne est de loin le pays présentant le taux d'incidence de COVID-19 sur les 14 derniers jours le plus élevé (au 08/09 : 256 / 100 000 hab), qui est deux fois plus élevé que celui rapporté en France (125). L'augmentation rapportée dans les autres pays (Italie, Royaume-Uni) reste beaucoup plus modérée à ce jour. D'autres pays en Europe centrale et en Europe de l'Est rapportent des taux d'incidence élevés (taux rapporté au 08/09 pour les 14 derniers jours) : Monténégro (206), Moldavie (154), Bosnie-Herzégovine (110), Croatie (92), Kosovo (91), Roumanie (85), Macédoine du Nord (72), Ukraine (71), Arménie (68), Albanie (63), République Tchèque (61). L'épidémie reste par ailleurs importante en Israël (351) avec un nombre de cas élevé depuis plusieurs mois. En Russie, le nombre de cas rapporté reste également important.

Figure 35. Taux d'incidence de COVID-19 rapporté pour les semaines 34 et 35/2020 dans les pays de l'UE/EEA (source : ECDC)

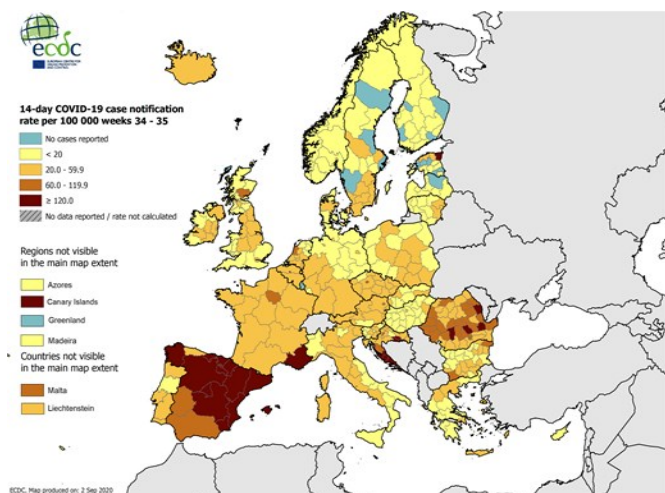
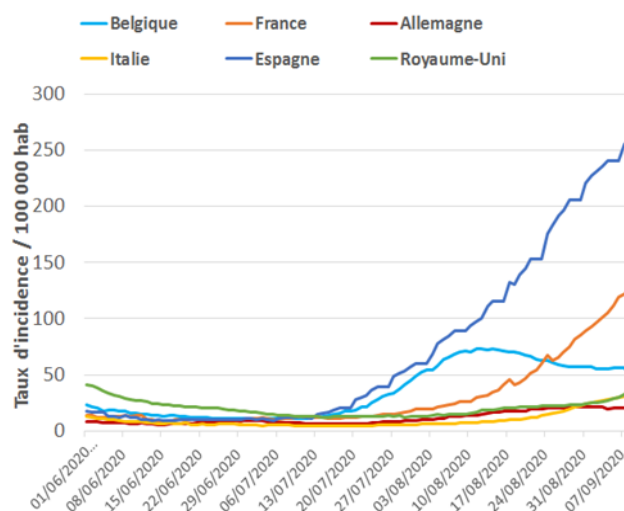


Figure 36. Taux d'incidence hebdomadaire de COVID-19 pour les principaux pays limitrophes à la France, S20-S35/2020 (source : ECDC)



### Pour en savoir plus d'informations sur la situation internationale

#### En Europe :

[ECDC - Weekly surveillance report \(week 35\), 28/08/2020](#)

#### Dans le monde :

[Organisation mondiale de la santé – Weekly Epidemiological Update, 7 septembre 2020](#)



# Prévention

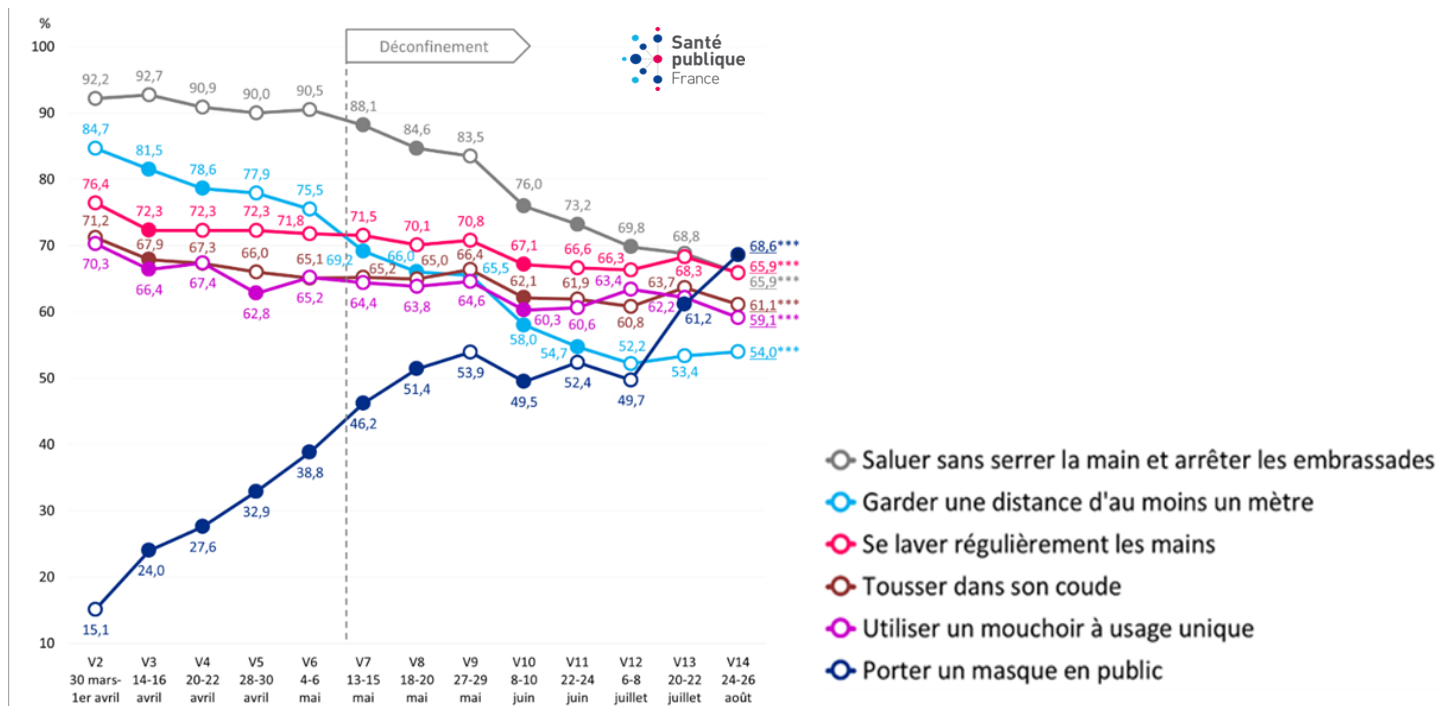
## Suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale

**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 août 2020. Résultats détaillés sur le [site de Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr/).

### 1) Adoption des mesures de prévention

- En vague 14 (24-26 août), entre 54% et 69% des personnes interrogées déclarent adopter systématiquement au moins l'une des mesures de prévention. Depuis le déconfinement, l'évolution de l'adoption systématique est variable selon les mesures (Figure 37).
- L'adoption systématique de certaines mesures varie selon l'âge. Ainsi, « saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades » serait systématiquement appliqué par 40% des 18-24 ans et 74% des 65 ans et plus, « garder une distance d'au moins un mètre » pour 39% des 18-24 ans et 62% des 65 ans et plus et « porter un masque en public » pour 64% des 18-24 ans et 70% des 65 ans et plus.
- L'adoption systématique des mesures de prévention est mesurée par trois indicateurs : le nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées (parmi les 4 : « saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades », « se laver régulièrement les mains », « tousser dans son coude », « utiliser un mouchoir à usage unique »), l'adoption d'une distance d'au moins 1 mètre et le port du masque en public. Les déterminants cognitifs qui influent significativement sur l'adoption de ces trois indicateurs simultanément sont la norme sociale perçue (approbation et adoption des mesures de prévention par les proches), le fait de se sentir capable d'adopter les mesures de prévention et le fait de percevoir les mesures de prévention comme efficaces.

**Figure 37. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés), Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.**



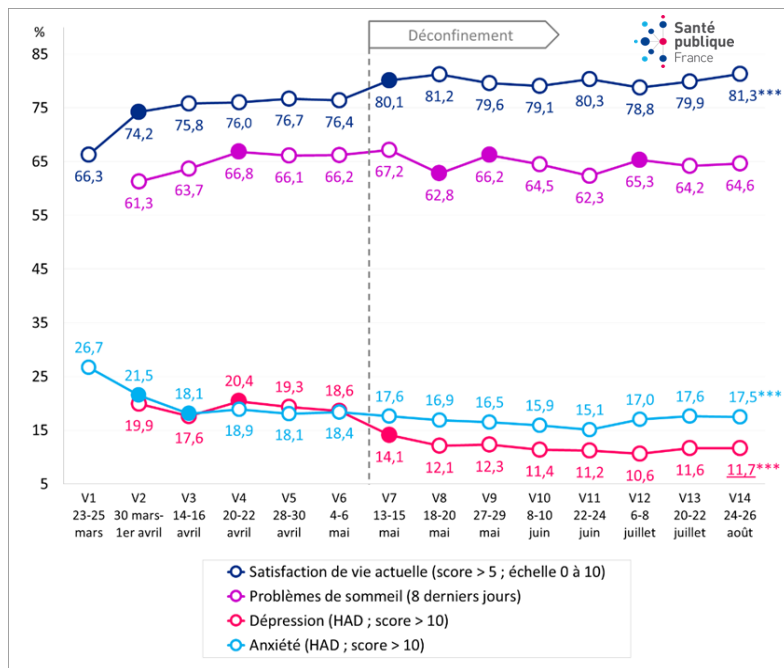
**Notes de lecture.**

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

## 2) Santé mentale

- En vague 14 (24-26 août), aucune évolution significative de la santé mentale n'est observée quel que soit l'indicateur (Figure 38).
- En vague 14, les profils de population ayant une santé mentale plus dégradée (sur les trois indicateurs : anxiété, dépression, problèmes de sommeil) sont les personnes déclarant des antécédents de trouble psychologique et celles déclarant une situation financière très difficile.
- En vague 14, le fait de se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2 ou de percevoir le COVID-19 comme une maladie grave est associé à une santé mentale dégradée pour les trois indicateurs (anxiété, dépression, problèmes de sommeil).

**Figure 38. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés), Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020**



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

### 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](#). – Evolution des relations sociales, affectives et sexuelles

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



# Synthèse — conclusion

## En France métropolitaine

En semaine 36 (du 31 août au 06 septembre 2020), le **nombre de nouveaux cas confirmés et donc le taux d'incidence hebdomadaire, ainsi que le taux de positivité des prélèvements continuent d'augmenter. La même tendance est observée pour les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19, les nouvelles admissions en hospitalisation conventionnelle ainsi que les admissions en réanimation pour COVID-19. En revanche, le taux de dépistage est resté stable.**

L'augmentation du **nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 se poursuit** avec 44 507 cas enregistrés en semaine 36 soit une augmentation de +20% par rapport à la semaine précédente. Cette augmentation est moins importante que celle observée les semaines précédentes (+41% en S35; + 62% en S34).

Plus de la moitié des cas présentait des symptômes, 95% avaient été diagnostiqués en ville, 2% des cas étaient hospitalisés et 1% étaient en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). En semaine 36, 76% des personnes testées étaient asymptomatiques.

**Le taux d'incidence** en semaine 36 était de **68,6 cas pour 100 000 habitants en France métropolitaine** (vs. 57,0 en S35). Les jeunes adultes restent les plus touchées par le SARS-CoV-2. Cependant l'augmentation de l'incidence par tranches d'âge en S36 est plus importante chez les personnes âgées de 75 ans et plus (+44% entre S35 et S36), qui sont des personnes particulièrement fragiles pour la COVID-19.

**En semaine 36, tous les départements excepté la Creuse et la Meuse, avaient un taux d'incidence supérieur au seuil d'attention** de 10 cas pour 100 000 habitants par semaine et 35 départements avaient un **taux d'incidence dépassant le seuil d'alerte** (50/100 000 hab), dont sept avaient un **taux d'incidence supérieur à 100/100 000 hab. Les taux les plus élevés étaient observés dans les Bouches-du-Rhône (196/100 000 hab), la Gironde (159/100 000 hab) et à Paris (150/ 100 000 hab).**

**Le nombre de reproduction (R) effectif (Reff) calculé sur la base des données virologiques (SI-DEP) est significativement supérieur à 1 (Reff: 1,19), estimation en baisse par rapport à celle produite la semaine précédente (Reff : 1,29).** Lorsque le R effectif est significativement supérieur à 1, ceci signifie que l'épidémie est en progression.

**Le taux de positivité (5,2% en S36) continue de progresser (+19% par rapport à S35).** Chez les personnes symptomatiques, le taux de positivité est particulièrement élevé et en augmentation (S36 : 11,6%, +11%).

**Depuis début juillet (semaine 29), l'épidémie est en progression** (données SI-DEP) **et le temps nécessaire pour que le nombre de cas hebdomadaire double est estimé à 14,4 jours. Ce temps de doublement est relativement stable par rapport aux semaines précédentes** (estimé à 13,2 jours en S34 et à 13,4 en S35, données consolidées).

**Le nombre de personnes testées est stable en S36 par rapport à la semaine précédente.** Cependant, depuis début juillet (S28), le nombre de personnes testées et ce jusqu'à la semaine dernière, étaient en constante augmentation.

Il convient également de noter que la **durée de consolidation des données SI-DEP augmente dans certaines régions** (notamment Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, et Provence Alpes Côtes d'Azur) du fait de l'augmentation des délais de rendu des résultats dans SI-DEP.

Ces résultats qui montrent une hausse plus modérée du nombre de cas et une légère diminution du Reff SI-DEP de France métropolitaine observé ces dernières semaines (1,19 en S36 vs 1,29 en S35), peuvent marquer un début de ralentissement de l'augmentation exponentielle observée depuis la semaine 29 (mi-juillet). Il convient cependant **de rester très prudent car le nombre de patients dépistés est resté stable entre les S36 et S35 et il est observé une augmentation des délais de consolidation des données, qui pourrait être le reflet d'une saturation de la capacité d'analyse en France.** A noter notamment qu'en Ile-de-France, qui est la seule région dans laquelle le R effectif SI-DEP n'est plus significativement supérieur à 1, tous les départements excepté le Val d'Oise observent une baisse de l'incidence des cas entre les semaines S35 et S36. Cependant tous les départements observent également une baisse des capacités de dépistage entre S35 et S36, excepté dans le Val d'Oise où les capacités de dépistage restent stables.

L'analyse des données pour la semaine 36 doit être interprétée avec prudence : les tendances devront être confirmées dans les prochains jours avec des données consolidées.

En médecine générale, le taux d'incidence des cas d'IRA du réseau Sentinelles est resté stable par rapport à la semaine précédente. En revanche, la part des patients testés positifs continue d'augmenter.

En milieu hospitalier, pour la 5<sup>ème</sup> semaine consécutive, une **augmentation du nombre de passages aux urgences** pour suspicion de COVID-19 a été observée (+25% en comparaison à S35).

Le R effectif calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR<sup>®</sup>) était cette semaine significativement supérieur à 1 (Reff : 1,20) et en hausse par rapport à l'estimation produite la semaine précédente.

Au niveau régional, les deux estimations de R effectif (SI-DEP et OSCOUR<sup>®</sup>) étaient simultanément significativement supérieures à 1 dans 7 régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Hauts-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur. **Ces régions conjuguent une augmentation des nombres de cas ainsi que des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19.**

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

**Le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19, continue de progresser pour la septième semaine consécutive dans toutes les régions** (excepté dans le Grand-Est, stabilisation). Depuis juillet, on note une hausse de la proportion des moins de 40 ans (19% vs 8% sur la période mai-juin). Le taux d'hospitalisation était le plus élevé en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (10,3/100 000 habitants). Dans les autres régions, les taux d'hospitalisations hebdomadaires sont restés inférieurs à 5,0 pour 100 000 habitants.

La même tendance est observée pour **le taux d'admission en réanimation avec** 288 admissions en S36, soit +37% par rapport à la semaine précédente (210 en S35) et notamment en Provence-Alpes-Côte d'Azur (1,4/100 000 habitants) où l'augmentation se poursuit.

Les taux d'hospitalisation et d'admission en réanimation restent actuellement modérés en comparaison de la période mars-avril mais **le risque de diffusion du virus vers des populations plus âgées** pourrait impliquer **une plus forte augmentation des hospitalisations, dont celles en réanimation, dans les semaines à venir.**

Il est observé **une augmentation du nombre de nouveaux clusters détectés en France avec 291 clusters** (hors Ehpad) **signalés en semaine 36**. Parmi les clusters en cours d'investigation (502 le 07 septembre), les types de collectivités les plus représentées restent **les entreprises publiques et privées** (hors établissements de santé), **les événements publics/privés** (rassemblements temporaires de personnes), les établissements de santé ainsi que **le milieu familial élargi** (plusieurs foyers familiaux).

**Le nombre d'épisodes signalés de COVID-19 par les établissements médico-sociaux** (incluant les Ehpad) est en augmentation ces dernières semaines et plus particulièrement dans trois régions Auvergne-Rhône-Alpes, Ile-de-France et Provence-Alpes-Côte d'Azur. En semaine 36, cette augmentation est plus rapide chez les résidents que chez le personnel. Par ailleurs, le nombre hebdomadaire de clusters en Ehpad signalés est également en augmentation. Sur les 60 clusters en cours d'investigation, 40% sont localisés en Provence-Alpes-Côte d'Azur. **Une grande vigilance doit être maintenue dans ces établissements compte tenu de la fragilité de cette population dans laquelle survient le plus grand nombre de décès dus au SARS-COV-2.**

Les données sur l'activité de suivi des contacts collectées par la Cnam montraient encore cette semaine une augmentation du nombre de cas et de personnes-contacts à risque avec une forte accélération sur les dernières semaines. Malgré cette augmentation, **la majorité des cas et des personnes-contacts reste investiguée durant la semaine où ils sont identifiés**. Le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas identifiées lors des investigations épidémiologiques reste stable à un niveau faible depuis plusieurs semaines. La description de l'évolution depuis la levée du confinement du délai moyen de dépistage des cas symptomatiques, qui est maintenant possible à partir des nouvelles données montre une forte diminution de cet indicateur jusqu'à la mi-août puis une stabilisation autour de 3 jours. Dans le contexte de l'augmentation de l'activité de dépistage, le suivi de cet indicateur dans les prochaines semaines permettra de préciser la tendance des délais.

Si la proportion de cas précédemment connus comme personne-contact à risque reste faible, son augmentation cette semaine par rapport aux 2 semaines précédentes est un indicateur encourageant dans le contrôle de l'épidémie. Néanmoins la majorité des nouveaux cas continuent de survenir en dehors des chaînes de transmission documentées.

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

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, cette semaine, **9 nouveaux départements** ont été classés en **niveau de vulnérabilité élevé**, totalisant **32 départements** ainsi classés, et treize nouveaux départements ont été classés en **niveau de vulnérabilité modéré**, totalisant **42 départements** ainsi classés. Toutes les régions rapportent au moins un département en niveau de vulnérabilité modéré.

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

**En Provence-Alpes-Côte d'Azur, la circulation virale continue de progresser et plus particulièrement dans les Bouches du Rhône** où on observe une augmentation des taux d'hospitalisations et d'admissions en réanimation. Du fait d'une saturation des plateformes des laboratoires, les données de cette semaine sont très certainement sous-estimées. **Les Bouches-du-Rhône, les Alpes-Maritimes, le Var et le Vaucluse sont classés en niveau de vulnérabilité élevé.** Le département des Alpes-de-Haute-Provence est en niveau de vulnérabilité modéré.

**En Ile-de-France, la circulation virale est également en progression dans l'ensemble des départements qui ont tous dépassés le seuil d'incidence de 50/100 000 habitants et classés en niveau de vulnérabilité élevée.** Des retards de remontée d'informations dans SI-DEP rendent difficile l'analyse des indicateurs et donc de la tendance observée pour cette dernière semaine.

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

**Aux Antilles, la circulation virale continue de progresser sur l'ensemble des territoires.** En Guadeloupe, Saint-Martin et Saint Barthélemy, l'ensemble des indicateurs de surveillance sont en hausse et particulièrement en Guadeloupe (taux d'incidence 229/100 hab et taux de positivité de 19%) où une tension hospitalière a été rapportée. En Martinique, la progression est moins marquée. La Guadeloupe rapporte 3 clusters à criticité élevée en cours d'investigation. Les 4 territoires restent classés en niveau de vulnérabilité élevé.

**A La Réunion, la circulation virale progresse et le nombre de nouvelles admissions en réanimation est en augmentation.** Trois clusters ont été classés en diffusion communautaires. Malgré l'évolution de l'ensemble des indicateurs épidémiologique et le classement de La Réunion en zone active de circulation du virus, le territoire est resté en niveau de vulnérabilité modéré et le niveau de vulnérabilité doit prochainement évoluer.

**En Guyane, dans le contexte de la régression de l'épidémie observée ces dernières semaines, les indicateurs restent stables.** Aucun nouveau cluster n'a été rapporté en semaine 36. Un cluster à criticité élevée reste en cours d'investigation. Le niveau de vulnérabilité reste **élevé**.

**A Mayotte, selon les données des laboratoires collectées directement par la cellule régionale, le taux d'incidence a augmenté mais reste inférieur au seuil d'alerte** et peut s'expliquer par la mise en place de dépistage actif autour des clusters et des situations à risque. Le **taux de positivité** est également en augmentation. Un seul cluster à criticité élevée est en cours d'investigation. Mayotte reste classé en **niveau de vulnérabilité modéré**.

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

## **En France métropolitaine et dans les DROM**

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

**La surveillance spécifique des professionnels travaillant dans les établissements de santé** mise en place depuis le 1<sup>er</sup> mars rapportait au 07 septembre 2020, 33 210 cas d'infections au SARS-CoV-2. Parmi eux, 84% étaient des professionnels de santé et 10% des professionnels non soignants. La grande majorité des cas (72%) a été déclarée de manière agrégée pour la période du 1<sup>er</sup> mars au 12 avril 2020, et depuis, le nombre hebdomadaire de cas a fortement diminué. **Il est observé une stabilisation à moins de 100 cas déclarés par semaine depuis mi-juillet.** Cependant, le nombre d'établissements ayant participé à l'enquête en juillet et août est inférieur à celui des mois précédents. Il n'est donc pas exclu que des déclarations « de rattrapage » soient réalisées en septembre. Les recommandations récentes de dépistage par RT-PCR des professionnels de santé présentant des symptômes ou ayant eu une exposition à risque devrait encourager le diagnostic précoce de ces cas et leur prise en charge.

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

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

Bien que les personnes interrogées soient plus de 80% à déclarer adopter systématiquement ou souvent les **mesures de prévention**, leur adoption systématique a globalement diminué depuis la levée du confinement. Une baisse importante a été observée en particulier pour les mesures « saluer sans se serrer la main » et « garder une distance d'au moins un mètre », même si pour cette dernière cette tendance semble s'être arrêtée début juillet. **Seul le port systématique du masque en public continue d'augmenter depuis fin juillet.** Une adoption moins systématique des mesures de prévention peut être liée à un relâchement associé à la période estivale.

**Les jeunes de 18-24 ans adoptent moins systématiquement les mesures de prévention alors que le virus circule particulièrement dans cette tranche d'âge depuis début août.** Les personnes âgées de 65 ans et plus, personnes particulièrement à risque pour la COVID-19 suivent en revanche plus systématiquement les mesures de prévention préconisées.

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

## En conclusion

**En France métropolitaine, la circulation virale continue sa progression entraînant une nette dégradation de la situation.**

**En France métropolitaine, dans 35 départements, le taux d'incidence dépassait le seuil d'alerte de 10 cas pour 100 000 habitants en semaine 36.** Parmi eux, 7 départements avaient un taux d'incidence dépassant 100/100 000 habitants.

Si la dynamique de l'épidémie se maintient, **le nombre de cas confirmés hebdomadaire doublera dans 14 jours.**

Bien que les niveaux d'hospitalisations et des admissions en réanimation restent modérés, la progression de ces indicateurs est préoccupante, particulièrement en région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

**Le risque d'une intensification de la diffusion du virus dans les populations à risque fait craindre une augmentation des hospitalisations dans un futur proche.**

Dans les départements d'outre-mer, à La Réunion et aux Antilles (particulièrement en Guadeloupe) les indicateurs épidémiologiques confirment une augmentation de la circulation du SARS-COV-2. En Guyane et à Mayotte, même si la tendance est à la régression de l'épidémie, le virus continue de circuler.

**La circulation virale est particulièrement active chez les adultes jeunes, tranche d'âge dans laquelle l'adoption systématique des gestes barrière de prévention est moins systématique.**

**Il reste primordial de renforcer individuellement et collectivement l'application de l'ensemble des gestes barrière** (distanciation physique, hygiène des mains, port du masque, salut sans se serrer la main ni embrassades) afin de ralentir la propagation du virus.

De même, afin de freiner la progression du virus SARS-COV-2, il est important de maintenir la stratégie « **Tester-Tracer-Isoler** » : chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 doit réaliser dans les plus brefs délais un test de recherche du virus. Dans l'attente des résultats, les personnes doivent s'isoler et réduire leurs contacts au strict minimum.

## Méthodes

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

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

**SurSaUD® (OSCOUR® et SOS Médecins)** : données de recours aux services d'urgences et aux associations SOS Médecins pour une suspicion d'infection à COVID-19 (utilisation de codes spécifiques) (depuis le 24 février).

**SI-VIC** (Système d'information pour le suivi des victimes) : nombre d'hospitalisations pour COVID-19, patients en réanimation ou soins intensifs ainsi que les décès survenus pendant l'hospitalisation rapportés par les établissements hospitaliers (depuis le 13 mars).

**IRA dans les établissements sociaux et médico sociaux (ESMS)** : nombre d'épisodes de cas d'infection respiratoire basse (IRA) et de cas probables et confirmés de COVID-19 en ESMS ainsi que le nombre de cas et décès par établissement (depuis le 28 mars).

**Données de mortalité (Insee)** : Nombre de décès toutes causes par âge avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu par âge, département et région (2 à 3 semaines de délai pour consolidation).

**Certification électronique des décès (CépiDC)** : décès certifiés de façon dématérialisée et permettant de connaître les causes médicales du décès.

**Mesures et suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale** : évolution de l'adoption des mesures de protection et évolution de la santé mentale (niveau d'anxiété et de dépression (échelle HAD), niveau de satisfaction de vie actuelle).

**Recensement des cas probables et confirmés de COVID-19 et décès parmi les professionnels d'un établissement de santé public ou privé** : données déclaratives hebdomadaires par établissement sur les données depuis le 1<sup>er</sup> 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

Christine Campèse, Delphine Viriot, Fanny Chéreau, Sophie Vaux, Anne Fouillet, Guillaume Spaccaferri, Patrick Rolland, Valérie Henry, Céline Caserio-Schonemann, Myriam Fayad, Julien Durand, Cécile Forgeot, Edouard Chatignoux, Laure Fonteneau, Camille Le Gal, Mélanie Colomb-Cotinat, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Cécile Brouard, Laurence Guldner, Gilles Delmas, Julie Figoni, Anne-Sophie Barret, Laetitia Gouffé-Benadiba, Linda Lasbeur, Enguerrand du Roscoat, Isabelle Bonmarin, Elisabeth Pinto, Anne Laporte, Daniel Levy-Bruhl, Yann Le Strat, Anne Berger-Carbonne, 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](mailto: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](http://www.santepubliquefrance.fr)

**Date de publication :**  
10 septembre 2020

### Pour en savoir plus sur :

► **Les méthodes du système de surveillance** : consulter la page [Santé publique France](#)

► **Nos partenaires et les sources de données** :

[SurSaUD®](#)  
[SI-VIC](#)

[OSCOUR®](#)  
[CépiDC](#)

[SOS Médecins](#)  
[Assurance Maladie](#)

[Réseau Sentinelles](#)

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

► **En France** : [Santé publique France](#) et [Ministère des Solidarités et de la Santé](#)

► **A l'international** : [OMS](#) et [ECDC](#)

► Un numéro vert **0 800 130 000** (appel gratuit) a été mis en place (7j/7 24h/24). Cette plateforme permet d'obtenir des informations sur le COVID-19 et des conseils.

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