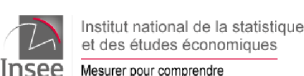


Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19
médecins libéraux, SAMU
Centre 15, médecins hospitaliers,
Laboratoires de biologie
médicale hospitaliers et de ville
Agences régionales de santé (ARS)
Les Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de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



GERES

GRUPE D'ETUDE SUR LE RISQUE D'EXPOSITION DES OFFICIANTS



COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 17 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 15 septembre 2020.

Points clés

► France métropolitaine

- Augmentation de l'ensemble des indicateurs de suivi de l'épidémie à SARS-CoV-2
- Augmentations des passages aux urgences, nouvelles hospitalisations, admissions en réanimation
- **Augmentation des décès liés au SARS-CoV-2** en milieu hospitalier et en établissements d'accueil pour personnes âgées
- **Sous-estimation probable de l'augmentation** des nombres de cas confirmés du fait de la saturation des capacités diagnostiques dans certaines régions
- Forte circulation du virus chez les jeunes adultes, hausse chez les 75 ans et plus
- 48 départements avec une incidence de cas au-dessus du seuil d'alerte de 50/100 000 habitants dont 12 départements avec un taux supérieur à 100/100 000 habitants
- Séroprévalence : 4,9% de la population infectée à la levée du confinement (semaine 20)

► **Outre-mer** : Guadeloupe et Saint Martin : augmentation de la circulation ; Martinique, Saint-Barthélemy, la Réunion : stabilisation ; Guyane et Mayotte : en régression

► Prévention

- Masque porté plus fréquemment
- Recommandation : améliorer le maintien systématique d'une distance d'au moins un mètre entre les personnes, sans se serrer les mains ni s'embrasser, notamment chez les jeunes adultes et en milieu privé.

Chiffres clés en France

S37 S36* Evolution

Indicateurs hebdomadaires semaine 37 (du 07 au 13 septembre 2020)

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	56 227	(51 893)	+8%
Taux de positivité (%) pour SARS-COV-2 (SI-DEP)	5,4	(5,4)	-
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	7 262	(4 185)	+74%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	5 421	(3 606)	+50%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	2 464	(1704)	+45%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	427	(288)	+48%
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	265	(129)	+105%

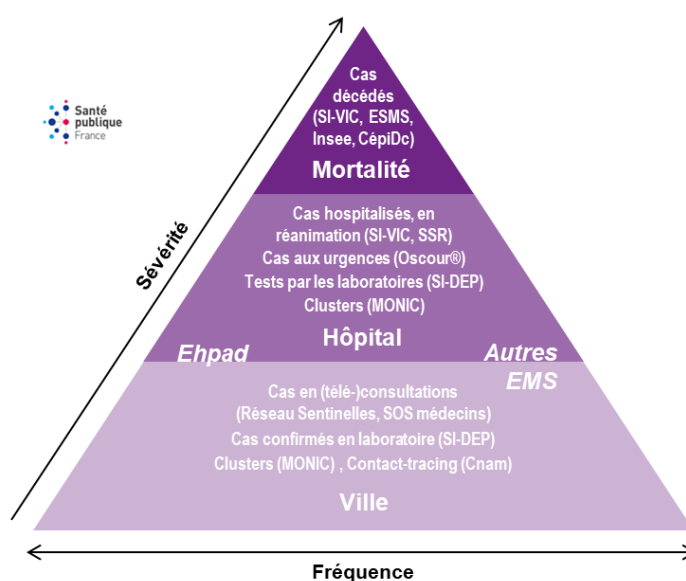
Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 15 septembre 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	116 420
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	30 999

* 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
Séroprévalence des infections par SARS-CoV-2 en France métropolitaine	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

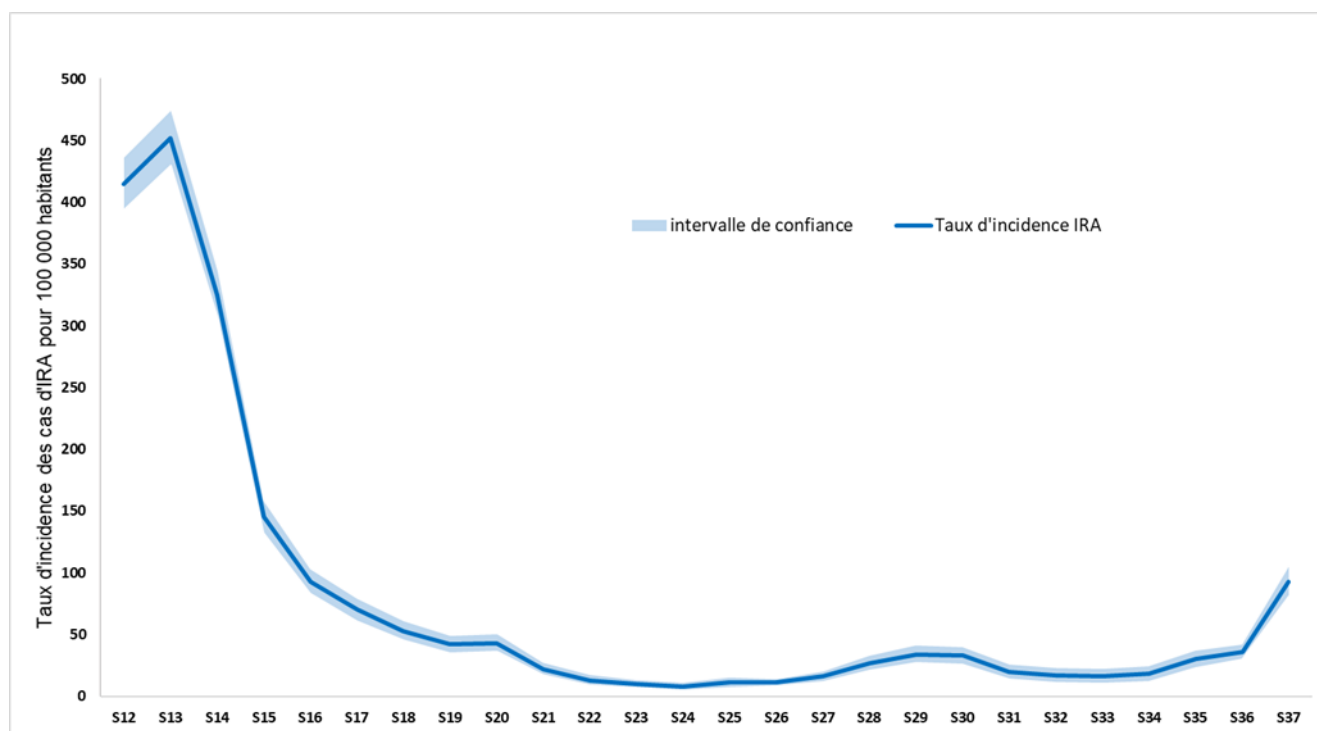
Surveillance en médecine ambulatoire

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 37** (du 07 au 13 septembre 2020), **le taux d'incidence de consultations (ou téléconsultations) pour une IRA a été estimé à 93/100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 81-105] en France métropolitaine, **en augmentation** par rapport à celui de la semaine 36 : 36/100 000 habitants (IC95% : 30-42] (Figure 1).
- **En semaine 37**, sur les 534 cas suspects de COVID-19 identifiés, un **prélèvement a été prescrit pour 90% d'entre eux**. Les résultats des analyses étaient connus pour 220 patients et 65 avaient été testés positifs (30% versus 31% en S36). Ces données seront consolidées au cours des prochaines semaines.
- Depuis le 25 mai 2020, un prélèvement a été prescrit pour 93% des 4 552 cas suspects de COVID-19 identifiés. Les résultats des analyses étaient connus pour 3151 patients et étaient positifs pour 402 (12,8%) 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, **91 688 actes** médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 13 septembre 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- **En semaine 37** (du 07 au 13 septembre 2020), **7 262 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%), Auvergne-Rhône-Alpes (14%), Nouvelle-Aquitaine (13%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (10%) et Hauts-de-France (10%).
- **Pour la 5^{ème} semaine consécutive, ces actes étaient en hausse de 74%** comparé à la semaine précédente (soit +3 077 actes, par rapport aux 4 185 actes enregistrés en semaine 36). Cette hausse concernait toutes les classes d'âge : majoritairement les moins de 15 ans (+132% soit +1 177 actes dont 1 146 chez les 2-14 ans), mais également les adultes de 15-74 ans (+58% soit +1 816 actes) et les 75 ans et plus (+71% soit +72 actes).
- La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale tous âges est en hausse à 9,5% (vs 6,6% en S36) (Figure 2).
- Cette hausse s'observe **dans toutes les régions** sans exception. Les hausses les plus marquées sont observées en **Centre-Val de Loire** (+138%), **Pays de la Loire** (+118%), **Bretagne** (+99%), **Hauts-de-France** (+96%) et **Ile-de-France** (+93%).

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^{er} juin 2020, France (source : SOS Médecins)

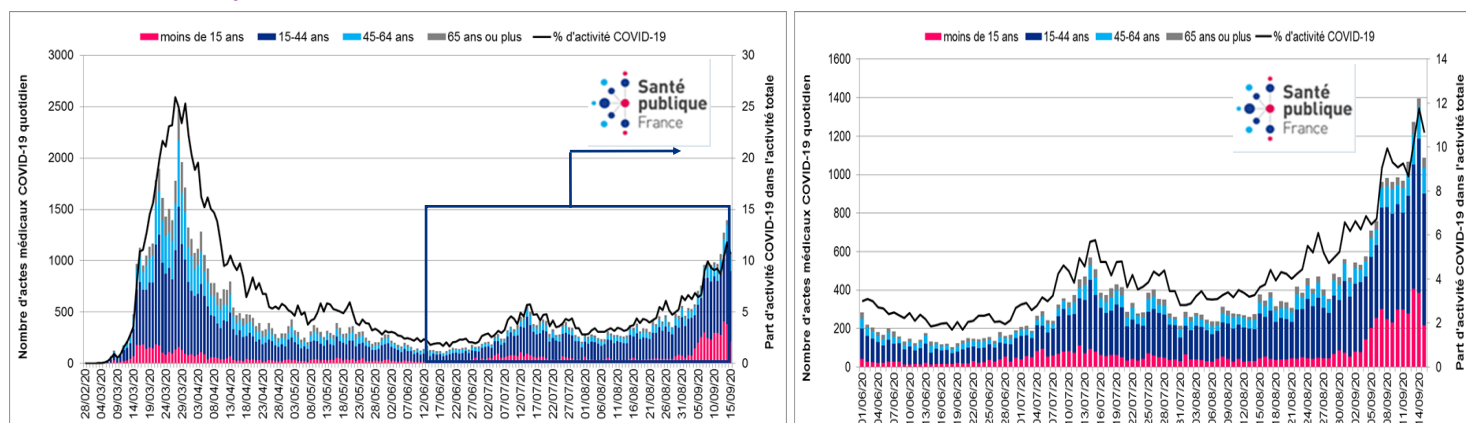
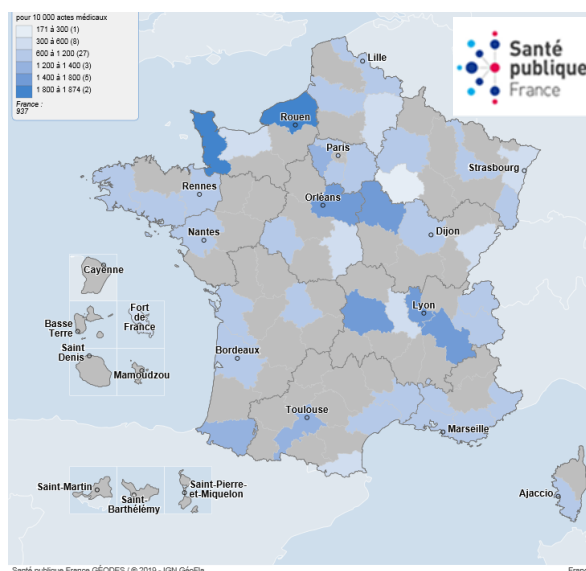


Figure 3. Taux d'actes médicaux hebdomadaires pour suspicion de COVID-19 (/10 000 actes) par département, semaine 37/2020, France (source : SOS Médecins)



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

Surveillance virologique

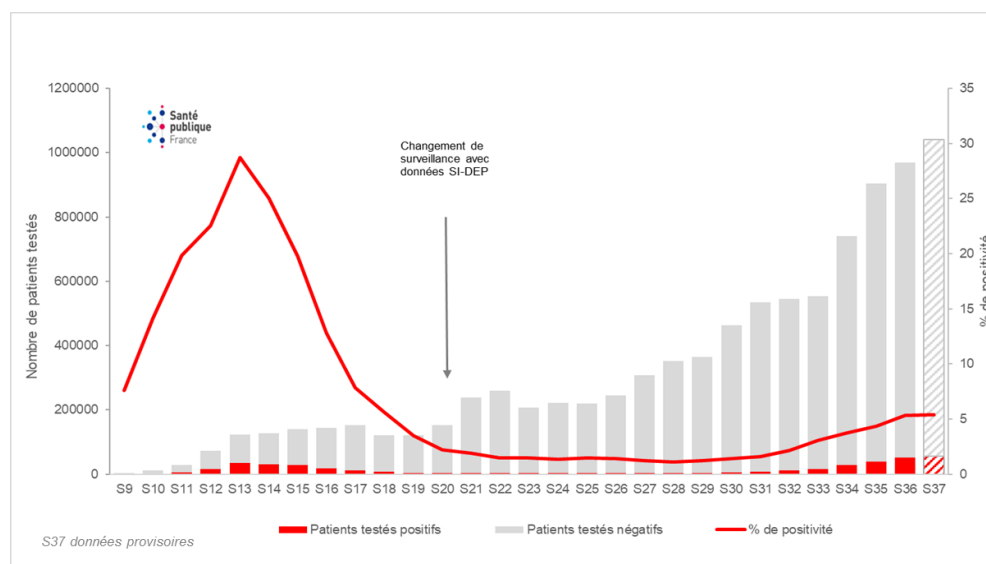
Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou par département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées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

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

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

- **Au niveau national**, en semaine 37, **1 041 279 personnes ont été testées** pour le SARS-CoV-2 par RT-PCR (pour 1 244 714 tests réalisés. Parmi ces personnes, **56 227 étaient positives**. Le nombre de personnes testées positives était en légère augmentation par rapport à la semaine précédente (51 893 en S36, +8%).
- **En semaine 37**, 95% des personnes testées étaient en ville, 3% étaient hospitalisées et 2% en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Parmi les cas positifs, 96% des cas étaient en ville, 2% étaient hospitalisés et 2% en Ehpad.
- **En prenant en considération le nombre de cas entre la semaine 29 et la semaine 37**, le temps de doublement du nombre de cas hebdomadaire est estimé à **15,3 jours** (vs 13,8 jours en S36).
- **Le taux national d'incidence** (nombre de nouveaux cas rapportés à la population) **était de 83,8 cas/100 000 habitants** en S37 et a augmenté par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (77,3 cas /100 000 hab. en S36, +8%). Cette augmentation était cependant moins forte que celles observées les semaines précédentes (+32% entre S35 et S36, +41% entre S34 et S35).
- **Le taux de positivité national hebdomadaire était de 5,4%** (calculé sur les tests valides), **stable** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (Figure 4).
- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **1 551/100 000 habitants** et **était en augmentation** par rapport à la semaine 36 (1 443/100 000 hab. +7%).

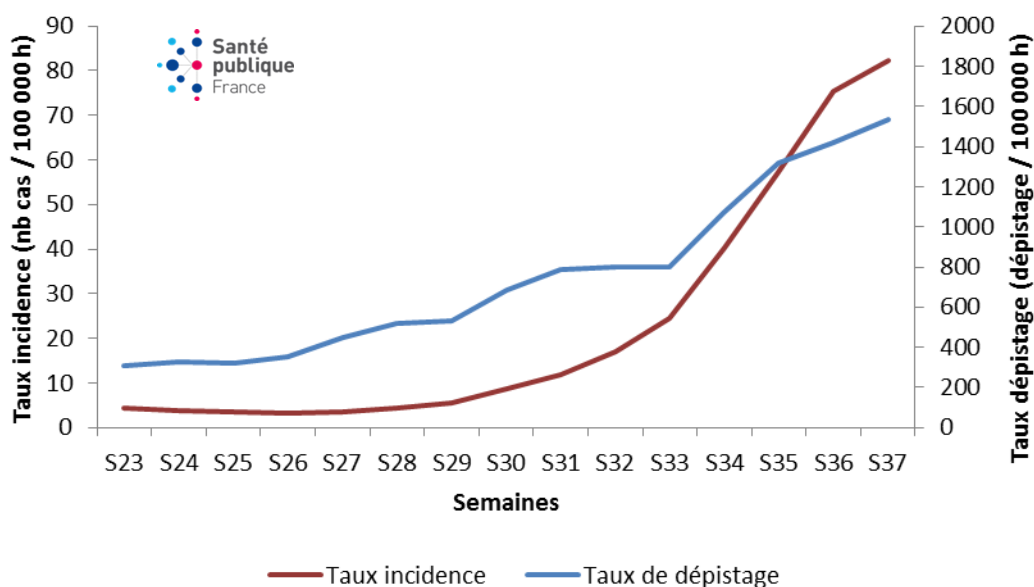
Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité dans les laboratoires, par semaine, France, (source S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers; depuis S20 : SI-DEP, données au 16 septembre 2020)



En France métropolitaine

- En semaine 37, 997 488 personnes ont été testées et le test s'est avéré positif pour le SARS-CoV-2 pour 53 384 personnes. Le nombre de personnes positives pour le SARS-CoV-2 a augmenté en S37 par rapport à la semaine précédente (48 901 en S36, +9%) (Figure 4). Cette augmentation est cependant moins forte que celles observées les semaines précédentes (+32% entre S35 et S36 et +42% entre S34 et S35).
- Le taux d'incidence en France métropolitaine était en augmentation avec 82,3 cas/100 000 habitants (vs 75,4 cas/100 000 habitants en S36) (Figure 5).
- Le taux de positivité était de 5,4% en S37, en légère augmentation par rapport à la S36 (5,3% en S36).
- Le taux de dépistage hebdomadaire était de 1 537/100 000 habitants, en augmentation par rapport à la semaine précédente (1 421/100 000 en S36).

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 16 septembre 2020).



Analyse par classes d'âge

- En semaine 37, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) était de 40 chez les 0-14 ans, 137 chez les 15-44 ans, 69 chez les 45-64 ans, 35 chez les 65-74 ans et 45 chez les 75 ans et plus (Figure 6a).
- En semaine 37, par rapport à la S36, le taux d'incidence a augmenté dans l'ensemble des classes d'âge mais l'augmentation était plus importante chez les 75 ans et plus (+45%) et les 0-14 ans (+40%), que chez les 65-74 ans (+17%), chez les 45-64 ans (+16%) et chez les 15-44 ans (+1%) (Figure 6a).
- Parmi les 15-44 ans, l'augmentation du taux d'incidence observée en S37 était la plus importante chez les 40-44 ans (+15%) puis les 15-19 ans (+13%). Le taux d'incidence a diminué en S36 chez les 30-34 ans (-7%) et les 25-29 ans (-11%) (Figure 6c). Dans le contexte de la rentrée scolaire, parmi les 0-14 ans, l'augmentation du taux d'incidence observée en S37 était la plus importante chez les 5-9 ans (+52%) et les 10-14 ans (+39%) (Figure 6d).
- Le taux de dépistage était stable ou en légère diminution dans toutes les classes d'âge excepté chez les 0-14 ans où le taux était en très forte augmentation : 1 393/100 000 hab. en S37 vs. 606/100 000 hab. en S36 (+130%) (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 16 septembre 2020)

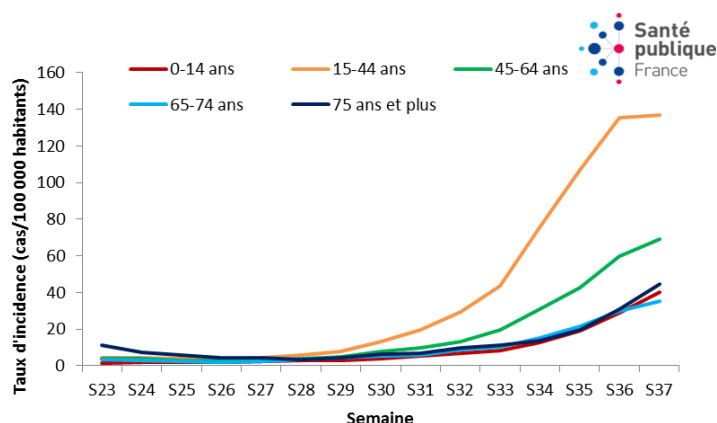


Figure 6b. Evolution du taux de dépistage de SARS-COV-2 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données 16 septembre 2020)

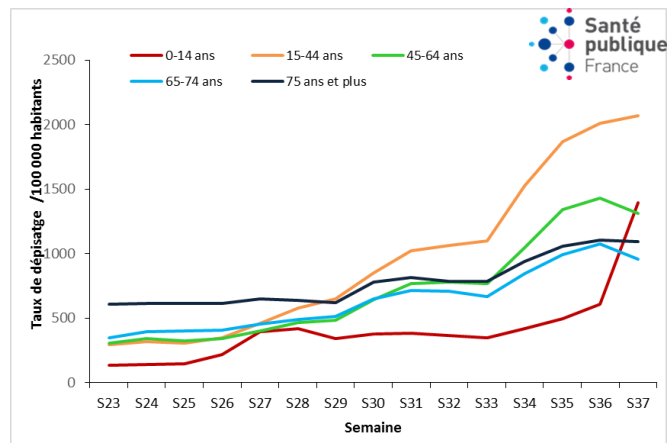


Figure 6c. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-COV-2 chez les 15-44 ans depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 16 septembre 2020)

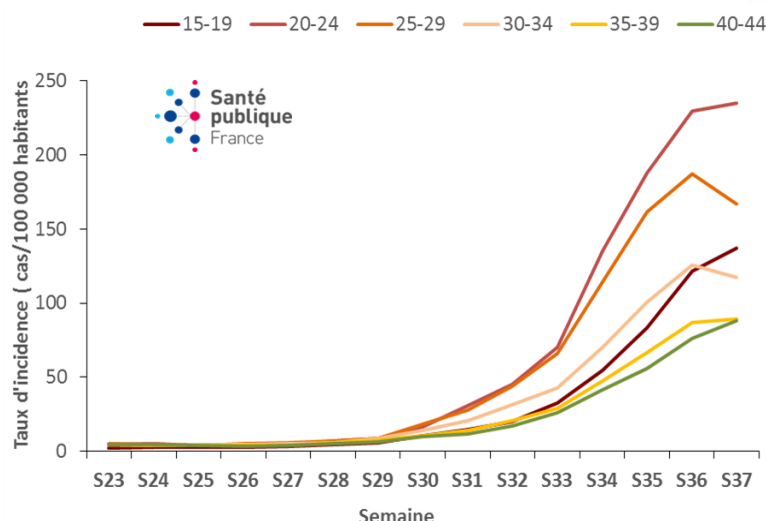
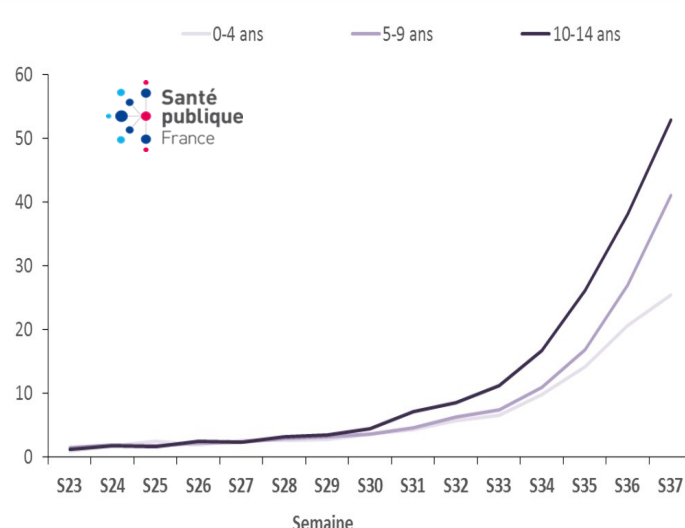


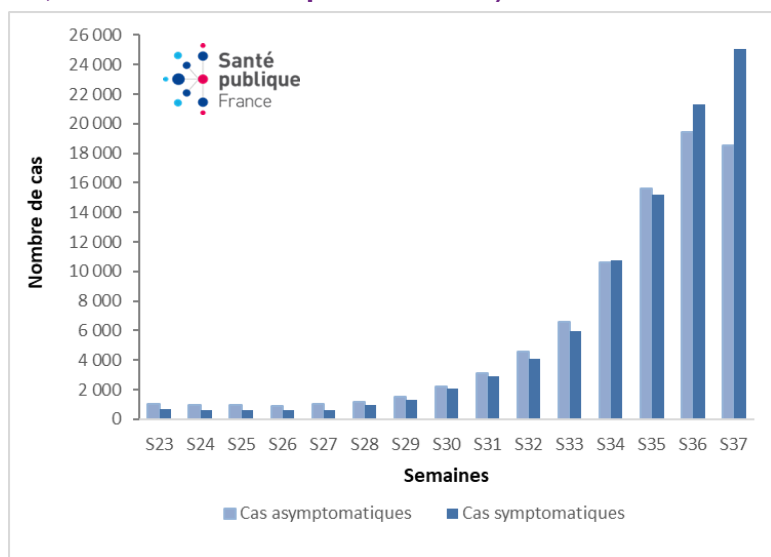
Figure 6d. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-COV-2 chez les 0-14 ans depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 16 septembre 2020)



Dépistage selon la présentation de symptômes

- Parmi l'ensemble des personnes testées en S37 (quel que soit le résultat du test), **65% se déclaraient sans symptôme**. Le nombre de personnes testées a augmenté en S37 par rapport à S36 chez les personnes présentant des symptômes : 292 095 personnes symptomatiques en S37 (vs. 180 153 en S36, soit +62%) et 535 023 personnes asymptomatiques en S37 (VS 586 128 en S36, soit -8,7%).
- Plus de la moitié des cas positifs (**58%**) présentaient des symptômes (données disponibles pour 43 583 cas). Cette proportion était en augmentation par rapport à la S36 (52% en S36) (Figure 8).
- En S37, le taux de positivité était de **3,5%** chez les asymptomatiques et de **8,6%** chez les symptomatiques.
- L'augmentation du nombre de cas était plus importante chez les cas symptomatiques (+17,6% par rapport à S36) que chez les asymptomatiques avec un nombre de cas en diminution par rapport à S36 (-4,7% par rapport à S36) (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 16 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

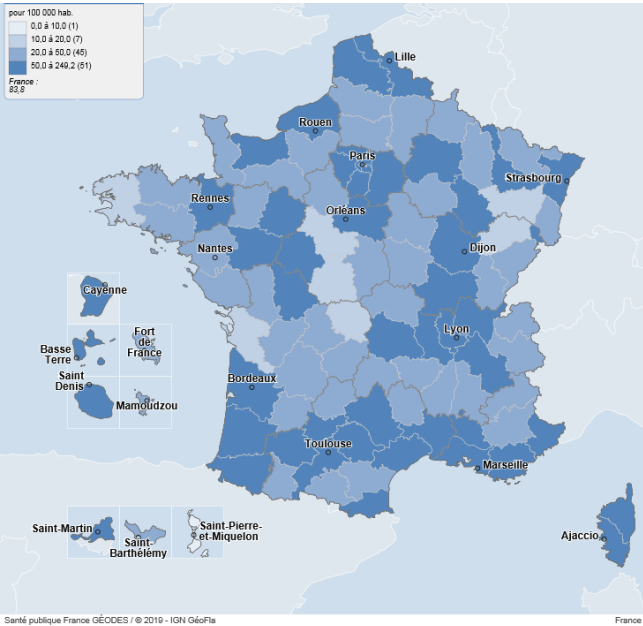
- En semaine 37, l'ensemble des départements dépassaient le seuil des 10/100 000 hab., **48 d'entre eux étaient au-dessus de 50/100 000 hab.**, et **12 au-dessus de 100/100 000 hab.** Les taux les plus élevés étaient retrouvés dans les Bouches-Du-Rhône (217/100 000 hab.), le Rhône (174), Paris (160), les Alpes-Maritimes (153), et le Nord (148) et en augmentation par rapport à la semaine précédente (Figure 8a).
- **Le taux de positivité était supérieur à 5% dans 26 départements** de France métropolitaine (contre 23 la semaine précédente) (Figure 8b). Les plus élevés étaient rapportés dans le Rhône (9,0%), en Seine-Saint-Denis (8,9%), les Bouches-du-Rhône (8,6%), à Paris (8,1%), le Val-de-Marne (8,1%), et les Alpes-Maritimes (8,1%) **et étaient en augmentation par rapport à la semaine précédente.**
- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** en S37 étaient les Bouches-du Rhône (2 516/100 000 hab.), la Haute-Corse (2 512/100 000 hab.), le Bas-Rhin (2 420/100 000 hab.) et le Nord (2 405/100 000 hab.) (Figure 8c).

En outre-mer

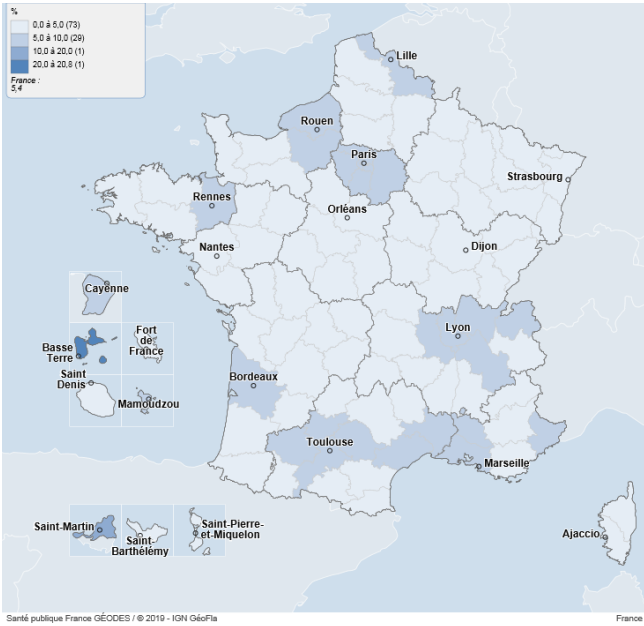
- **En Guadeloupe**, les indicateurs de la surveillance étaient en augmentation en semaine 37 où le taux d'incidence était de 249/100 000 hab. (233 en S36) et le taux de positivité de 28% (18,7% en S36).
- **A Saint-Martin**, les indicateurs étaient en hausse en semaine 37, le taux d'incidence était de 159/100 000 hab. (101 en S36), et le taux de positivité de 19,6% (12,6% en S36).
- **En Guyane**, les indicateurs sont en baisse en semaine 37, le taux d'incidence était de 65/100 000 hab. (83/100 000 hab. en S36), et le taux de positivité de 6% (7% en S36).
- **En Martinique**, les indicateurs SI-DEP étaient en légère baisse en S37 avec un taux d'incidence de 49/100 000 hab. (59 en S36) et un taux de positivité de 4,6% (5,2% en S36).
- **A la Réunion**, les indicateurs SI-DEP étaient stables en semaine 37, le taux d'incidence était de 68/100 000 hab. (76/100 000 hab. en S36), et le taux de positivité de 4,1% (4,1% en S36).
- **A Mayotte**, les indicateurs SI-DEP étaient en baisse en semaine 37, le taux d'incidence était de 39/100 000 hab. (41/100 000 hab. en S36), et le taux de positivité de 6,9% (7,7% en S36).

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 07 au 13 septembre 2020 (source : SI-DEP, données au 16 septembre 2020)

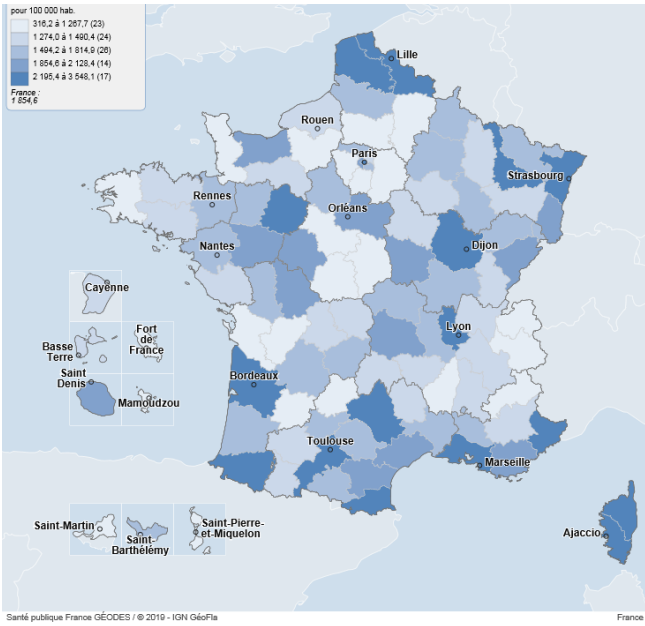
8a.



8b.



8c.



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

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

Le contact-tracing (CT) a pour objectifs 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.

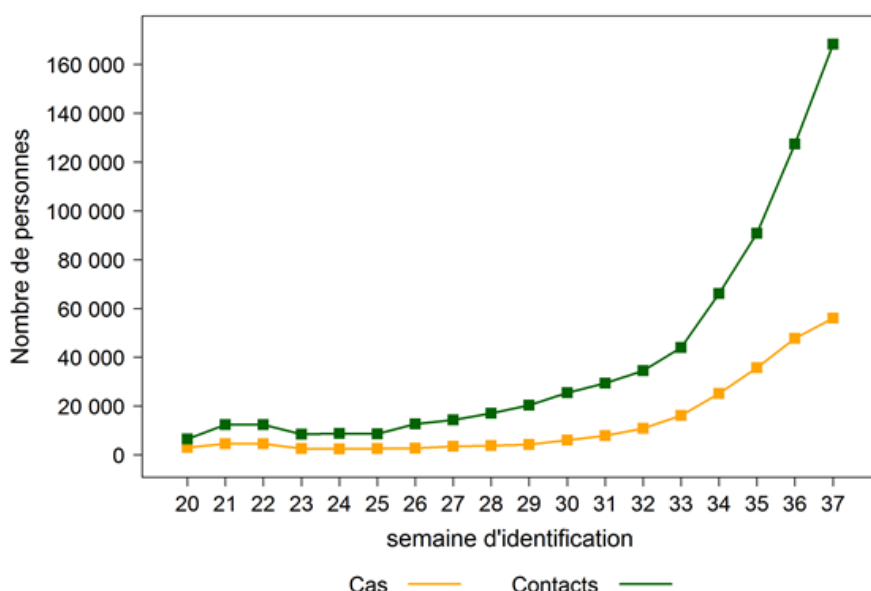
Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) dans le cadre des actions de contact tracing (base de données ContactCovid) permettent de juger de l'efficacité du dispositif et donnent des indications complémentaires aux données de surveillance quant à la situation épidémiologique.

Les indicateurs ont été produits à partir de la base de données individuelles anonymisées avec la même méthodologie que celle présentée dans le point épidémiologique du 10 septembre.

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

- L'augmentation rapide du nombre de cas ainsi que du nombre de personnes-contacts à risque identifiés sur les dernières semaines se poursuit (Figure 9).

Figure 9. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque identifiés par semaine du 13 mai 2020 au 13 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 37, **89% des cas et 86% des personnes retenues comme personnes-contacts à risque dans la base ContactCovid, sur l'ensemble du territoire, ont pu être joints par l'Assurance Maladie.** Ces proportions montrent une légère progression à la hausse par rapport à celles observées en semaines 35 et 36. Des **disparités régionales** sont observées (Tableau 1).
- Si les proportions de personnes-contacts à risque investiguées sont plus faibles dans certaines régions cette semaine (S37), ces proportions sur les données cumulées depuis la levée du confinement restent élevées (93% pour les cas et 96% 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.

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 (S37/2020) (source : ContactCovid – Cnam)

Territoires/régions	Depuis la levée du confinement du 13/05 au 13/09				Semaine 37 du 07/09 au 13/09			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%	N	%
France entière	239 337**	93	707 561**	96	56 087	89	168 325	86
France métropolitaine	224 035	94	675 477	96	53 961	90	163 376	87
Auvergne-Rhône-Alpes	24 445	99	86 721	97	6 777	98	22 539	90
Bourgogne-Franche-Comté	5 401	97	20 515	96	1 302	95	5 597	90
Bretagne	5 923	99	30 301	94	1 448	95	8 419	79
Centre-Val de Loire	5 593	99	18 621	99	1 147	98	3 937	96
Corse	1 058	95	3 150	98	339	93	892	95
Grand-Est	12 514	99	44 780	98	2 072	94	8 667	90
Haut-de-France	19 087	93	64 486	93	5 437	85	15 690	80
Île-de-France	66 373	89	146 267	97	13 836	83	29 408	86
Normandie	6 280	96	26 525	92	1 840	93	8 437	80
Nouvelle-Aquitaine	16 584	94	65 299	94	4 940	92	19 195	84
Occitanie	18 896	97	55 087	95	5 178	91	15 142	84
Pays de la Loire	9 918	99	43 746	97	1 782	97	9 606	90
Provence-Alpes-Côte d'Azur	31 963	92	69 979	99	7 863	89	15 847	95
France ultra-marine								
La Réunion	2 386	84	7 859	91	631	82	1 705	89
Martinique	915	98	3 474	96	200	93	487	82
Mayotte	1 826	76	4 186	58	127	78	328	60
Guadeloupe	3 283	87	5 235	94	926	89	1 653	84
Guyane	6 353	92	9 316	100	167	90	230	93
Région indéterminée	539		2 014		75		546	

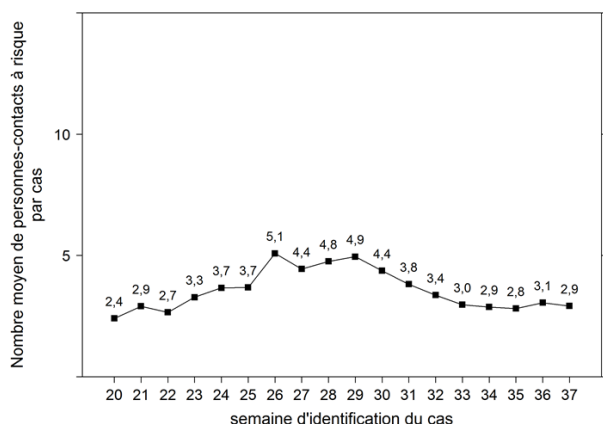
* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ou sérologie ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 07/05/2020.

** 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, de la semaine en cours ne peut se déduire en additionnant le nombre total de la semaine précédente et le nombre de personnes identifiées durant la semaine en cours.

Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- 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 37, **en moyenne 2,9 personnes-contacts à risque par cas ont été enregistrées.**

Figure 10. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine du 13 mai au 13 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). Ici encore, la base peut être évolutive d'une semaine à l'autre en raison des rattrapages sur les cas et personnes-contacts des fins de semaine calendaire.

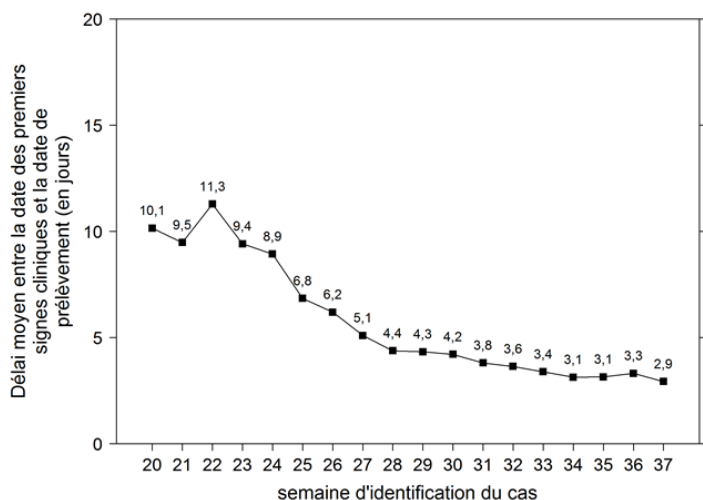
Délai de dépistage des cas symptomatiques

- En semaine 37, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et une date de prélèvement pour dépistage par RT-PCR renseignés (n=25 917), **le délai moyen de dépistage était de 2,9 jours** (Figure 11). Ce délai marque une diminution importante de près d'une demi-journée par rapport à la semaine précédente : 3,3 en S36. Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient.

Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque

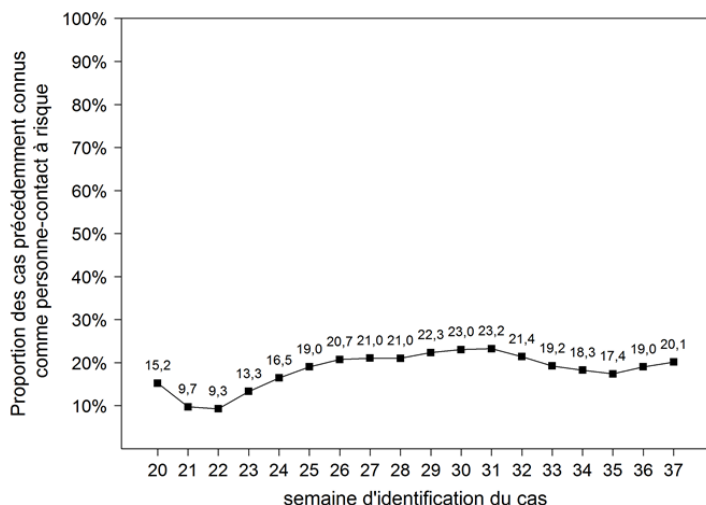
- En semaine 37, **20% des nouveaux cas identifiés étaient précédemment connus comme personne-contact à risque** d'un autre cas (n=11 290). Après une baisse de cette proportion entre fin juillet (semaine 31) et fin août (semaine 35), la proportion en semaine 36 et 37 a augmenté de plus d'un point, mais est restée à un niveau faible (Figure 12).

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 13 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 13 septembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



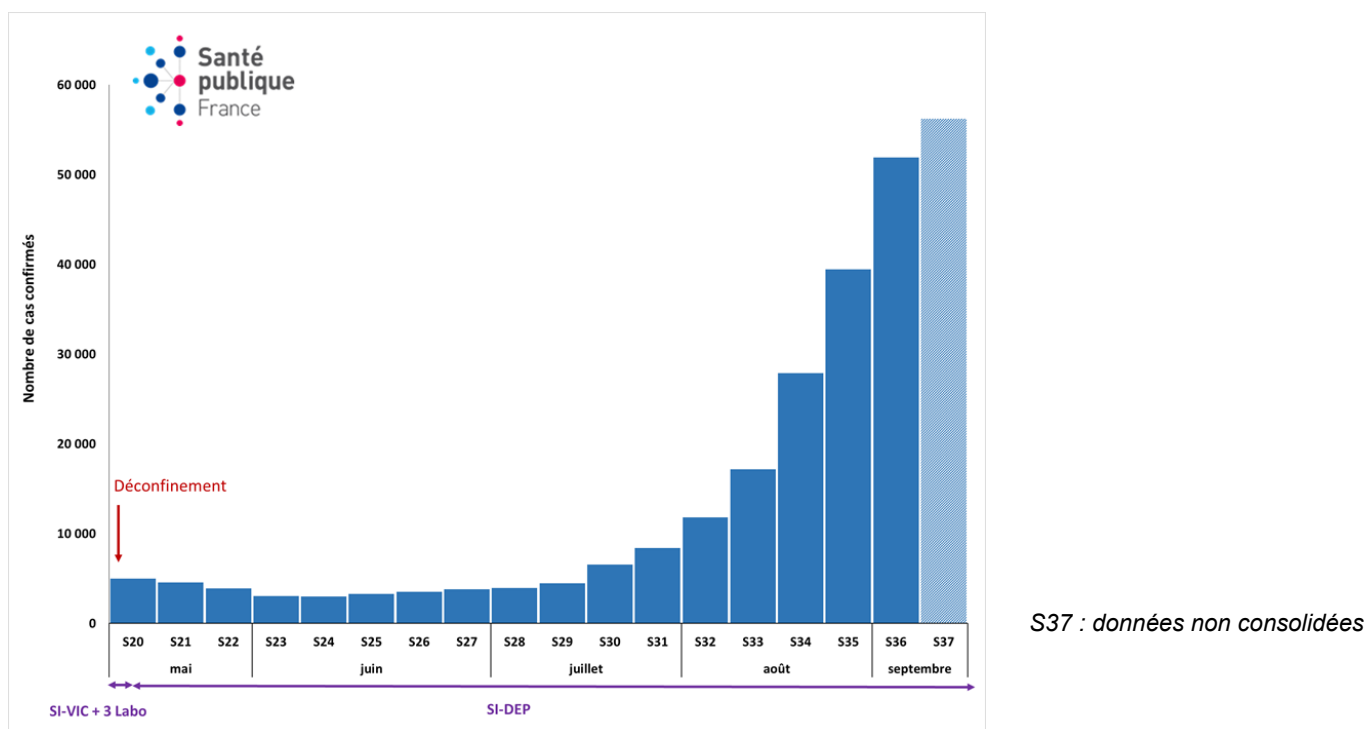
Note : Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un point épidémiologique à l'autre.

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 16 septembre 2020, 264 645 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Au 16 septembre 2020, un total de **404 888 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 56 227 en S37, soit une **augmentation de +8%** (51 893 en S36, données consolidées) (Figure 13).
- En France métropolitaine, l'augmentation du nombre de cas confirmés qui était modérée depuis la semaine 24, s'est intensifiée depuis la semaine 30.

Figure 13. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 10 mai au 13 septembre 2020 (données au 16 septembre 2020)



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

Depuis la levée du confinement, 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](#)

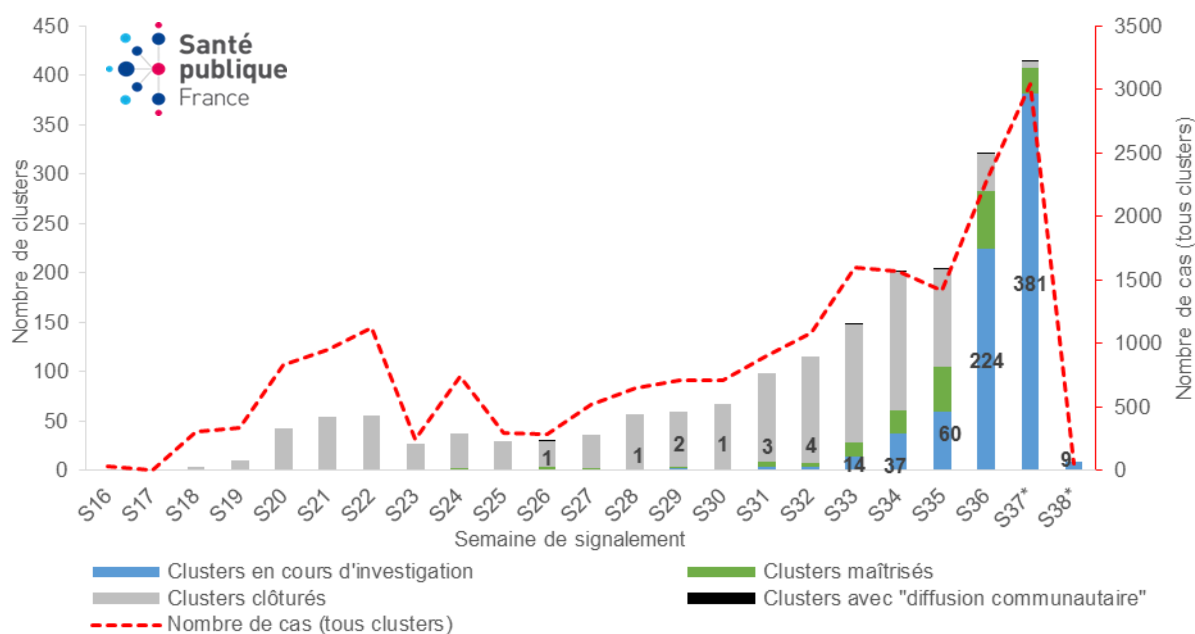
Signalement à visée d'alerte des foyers de transmission (clusters)

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 S37, une **forte augmentation du nombre de clusters a été observée** avec **414 clusters signalés** (vs 321 en S36) (Figure 14). Le nombre moyen de cas par cluster était moindre depuis juillet avec 9 cas par cluster contre 17 en mai-juin. Au total, 2 026 clusters ont été signalés (94% en métropole) incluant 19 693 cas.
- Au 14 septembre, **737 (36%) clusters étaient en cours d'investigation** dont **167 (23%) en criticité élevée** (potentiel de transmission, critères de gravité), 9% étaient maîtrisés, 54% étaient clôturés et **6 clusters (0,3%) ont impliqué une diffusion communautaire** (Figure 14).
- Parmi les 2 026 clusters, les **entreprises hors établissements de santé (ES)** restaient parmi les types de **collectivités les plus représentées** pour la survenue de clusters (27%), puis le **milieu familial élargi (plusieurs foyers)** et les **événements publics/privés** rassemblant de manière temporaire des personnes (22%) et les établissements de santé (ES) (11%) (Tableau 2). Les clusters en milieu scolaire et universitaire représentaient 22% des clusters en cours d'investigation.

Figure 14. Nombre de clusters selon leur statut et nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement, entre le 09 mai et le 14 septembre 2020, (N=2 026) (Source : MONIC)



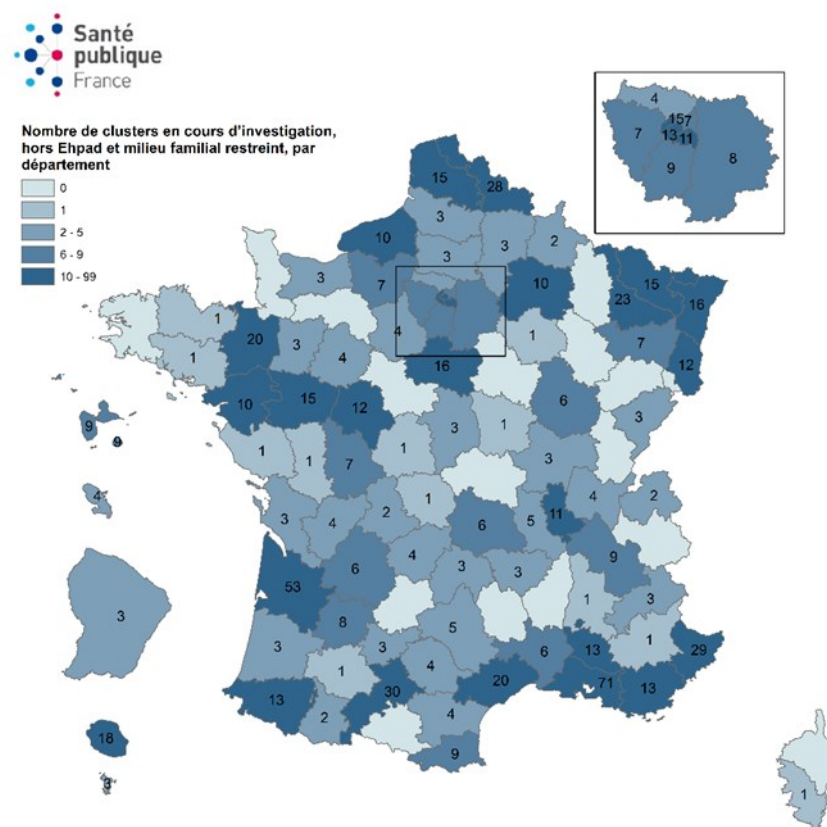
* données provisoires

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

Tableau 2. : Clusters par type de collectivités (hors Ehpad et milieu familial restreint), entre le 09 mai et le 14 septembre 2020, (N=2 026) (Source : MONIC)

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=2 026	%	N=737	%
Entreprises privées et publiques (hors ES)	554	27	181	25
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	271	13	92	12
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	229	11	76	10
Etablissements de santé	198	10	160	22
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	188	9	22	3
Milieu scolaire et universitaire	100	5	25	3
EMS de personnes handicapées	68	3	32	4
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	42	2	11	1
Crèches	35	2	13	2
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	29	1	16	2
Transport (avion, bateau, train)	25	1	3	0
Etablissements pénitentiaires	22	1	7	1
Structures de l'aide sociale à l'enfance	17	1	11	1
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-	0	-
Autre	248	12	88	12

Figure 15. Clusters en cours d'investigation (hors Ehpad et milieu familial restreint) par département au 14 septembre 2020 (N=737) (Source : MONIC)



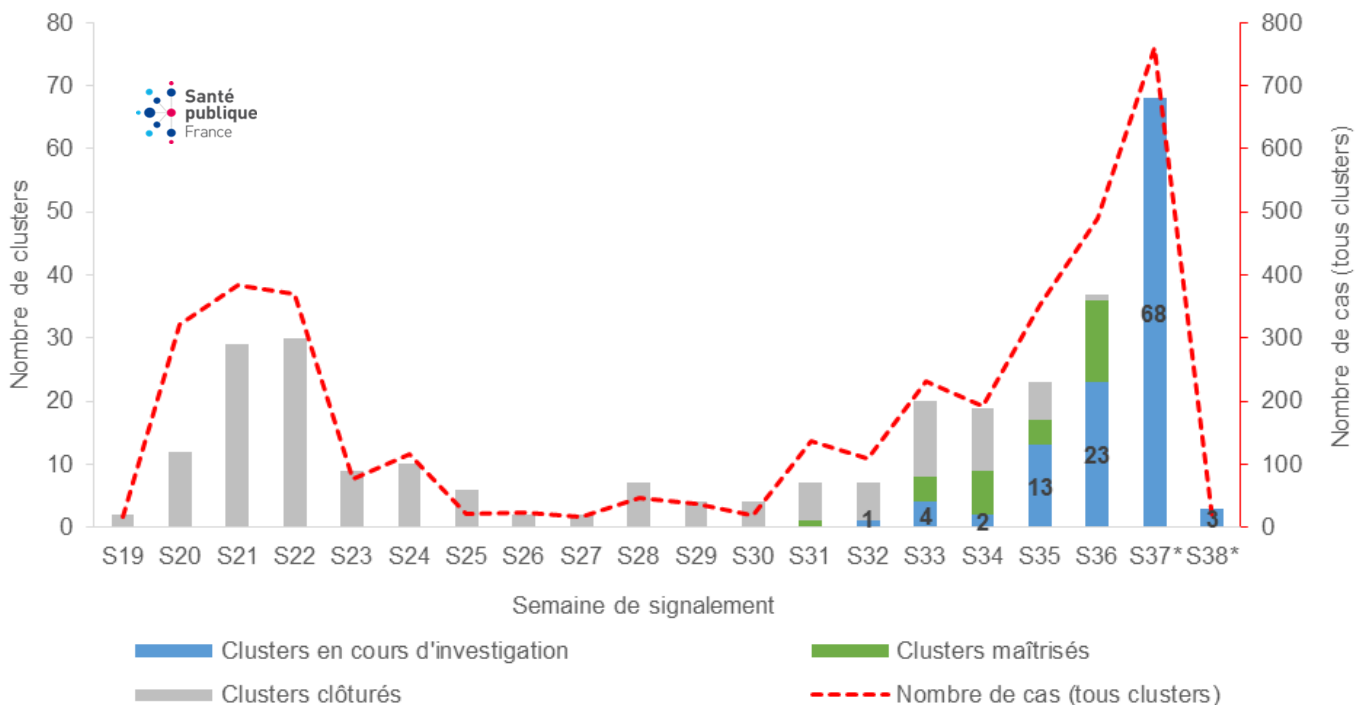
Pour en savoir plus sur les données régionales, consulter : [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr/)

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.

- En S37, une forte augmentation du nombre de clusters a été observée avec 68 clusters signalés (vs 37 en S36) (Figure 16). Au total, 302 clusters ont été signalés (94% en métropole) incluant 3 735 cas (Figure 15).
- Sur les 302 clusters, 38% (n=115) étaient en cours d'investigation, 10% étaient maîtrisés, 52% clôturés et aucun cluster n'avait diffusé. La majorité (69%) comportait plus de 5 cas (12 en moyenne par cluster).
- Les 115 clusters en cours d'investigation étaient localisés dans toutes les régions métropolitaines à l'exception d'un foyer en Guadeloupe. Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie comptabilisaient respectivement 26% et 25 % des clusters en cours d'investigation en Ehpad.

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 14 septembre 2020, (N=302) (Source : MONIC)



Focus sur les clusters en milieu sportif

Depuis fin juillet, 88 clusters en lien avec un club de sport ont été signalés.

- Parmi ces clusters, un quart (26%) sont survenus dans des structures professionnelles et trois quarts (74%) dans des associations amateurs.
- Le nombre de clusters rapportés est en forte hausse : 5 clusters en juillet (6%), 31 en août (35%) et 52 (59%) pendant les 15 premiers jours de septembre.
- Cette augmentation est en lien avec la reprise progressive des entraînements et des compétitions, dans un contexte d'augmentation de la circulation virale.
- La grande majorité est survenue dans les clubs de football et de rugby. Les contaminations peuvent s'effectuer lors de la pratique sportive mais aussi autour des événements festifs connexes sans qu'il ne soit possible de caractériser les circonstances exactes de la transmission. De manière générale, les sports de contact sont par nature des activités pendant lesquelles le risque de transmission est important.

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

- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 13 septembre 2020, 10 038 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 6 267 (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 3 771 (38%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 3).
- Parmi les 10 038 signalements, **42 047 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents. Parmi les **10 528 décès dans l'établissement d'accueil**, 10 443 étaient survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Tableau 3).
- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 13 septembre 2020, parmi les 6 267 signalements en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 4 319 (69%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.

Tableau 3. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'établissement, chez les résidents et le personnel dans les ESMS, rapportés du 1^{er} mars au 13 septembre 2020, France.

	EHPA ¹	HPH ²	Aide en-fance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	6 267	2 840	477	454	10 038
Chez les résidents					
Cas confirmés ⁶	36 857	4 390	269	531	42 047
Décès ⁷ hôpitaux	3 771	207	0	22	4 000
Décès ⁷ établissements*	10 443	74	0	11	10 528
Chez le personnel					
Cas confirmés ⁶	17 975	3 948	341	234	22 498

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

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

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

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

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

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

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

⁷ Cas possibles et confirmés décédés.

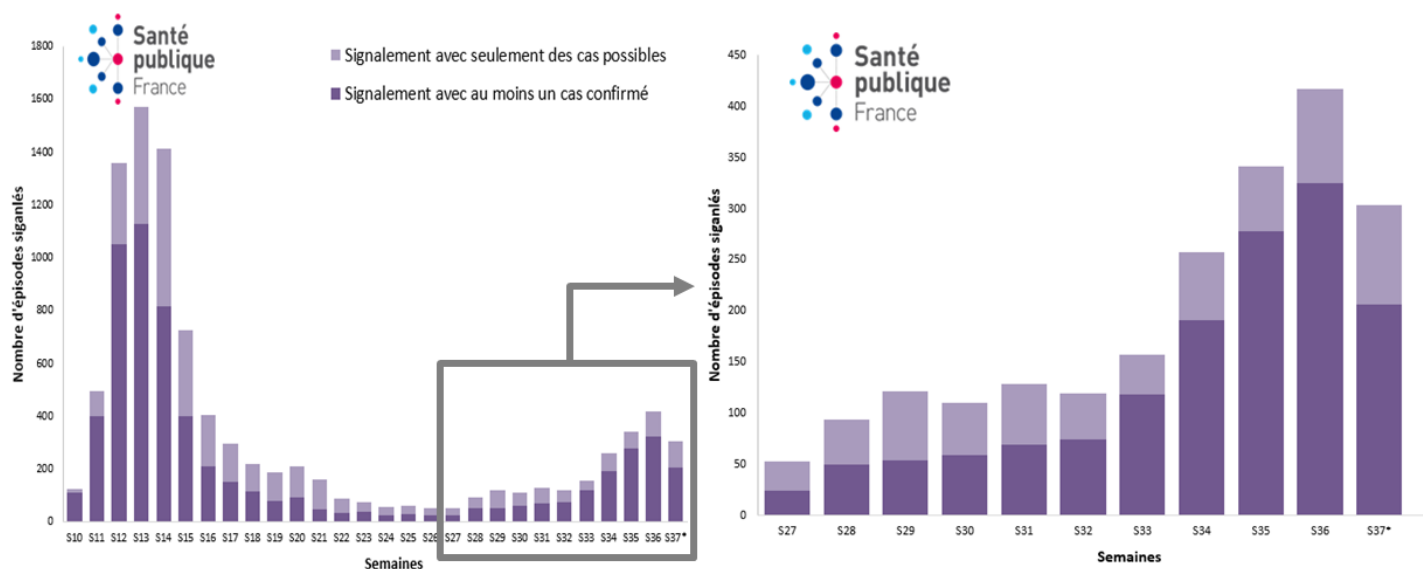
- On observe une **augmentation du nombre de signalements avec au moins un cas confirmé de COVID-19 dans les ESMS depuis début juillet** (Figure 17). La tendance observée en semaine 37 nécessite d'être confirmée lorsque ces données auront été consolidées. Cette **augmentation est plus particulièrement marquée dans trois régions** :

	S32	S33	S34	S35	S36	S37*
Ile-de-France	21	28	44	68	66	41
Provence Alpes Côte d'Azur	15	25	40	56	47	41
Auvergne Rhône-Alpes	6	12	21	37	59	28

*Les données de la semaine 37 sont en cours de consolidation.

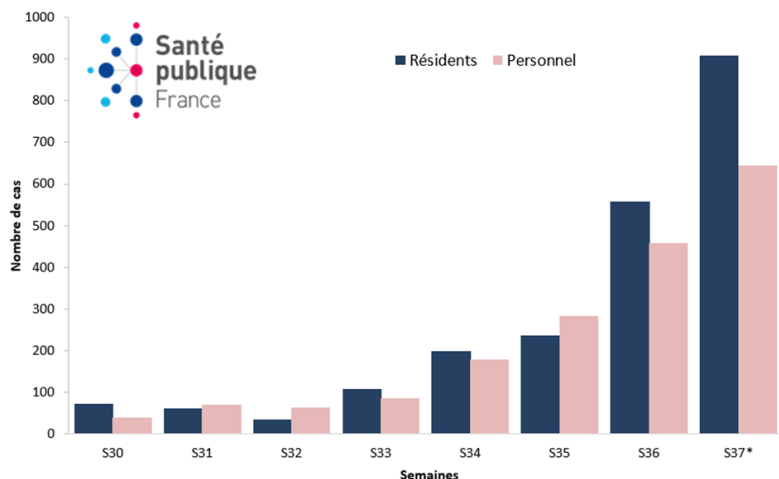
- Depuis les semaines S36 et 37, on constate une **augmentation plus rapide du nombre de cas confirmés chez les résidents par rapport au nombre de cas confirmés chez le personnel** (Figure 18).
- On observe une **augmentation du nombre de décès en EHPA en semaine 37** (89 en S37, 0 en S36 et 9 en S35). Ces données seront consolidées par la mise à jour des données et des corrections réalisées actuellement dans certaines régions. Par ailleurs, des clusters ont été identifiés notamment en région Occitanie où 6 décès ont été rapportés pour un même établissement.

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^{er} mars au 13 septembre 2020,



*Les données de la semaine 37 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 13 septembre 2020, en France



*Les données de la semaine 37 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 37** (du 07 au 13 septembre 2020), 5 421 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période, représentant 1,8% de l'activité totale des services d'urgence du réseau OSCOUR®.
- **Pour la 6^{ème} semaine consécutive, ces passages étaient en hausse** de 50% tous âges comparé à la semaine 36 (3 606 passages et 1,3% d'activité totale - données consolidées du 15 septembre 2020) et plus précisément de +124% chez les enfants (+243 passages) et +46% chez les adultes (+1 572 passages) (Figure 19).
- **La hausse est observée dans toutes les régions** sans exception. Les hausses les plus importantes sont observées dans les Hauts-de-France (+134%), en Bourgogne-Franche-Comté (+134%), en Centre-Val de Loire (+106%), en Occitanie (+102%), dans le Grand Est (+90%) en Ile-de-France (+87%) et en Normandie (+71%).
- En semaine 37, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, 31% ont été enregistrés en Ile-de-France, 13% en Auvergne-Rhône-Alpes 12% en Provence-Alpes-Côte d'Azur et 8% en Occitanie.
- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, 197 670 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 15 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^{er} juin 2020, France (source: OSCOUR®)

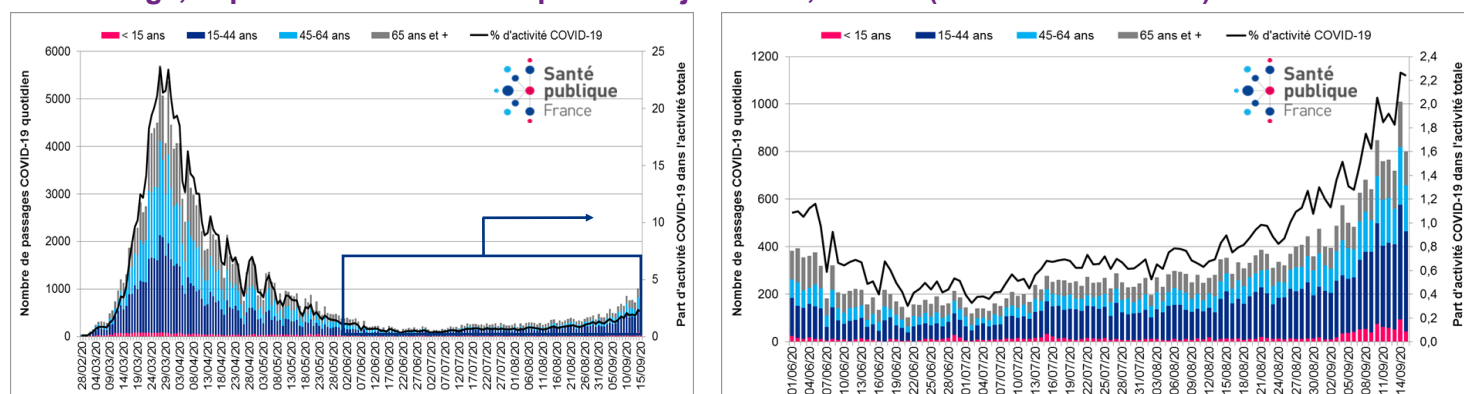
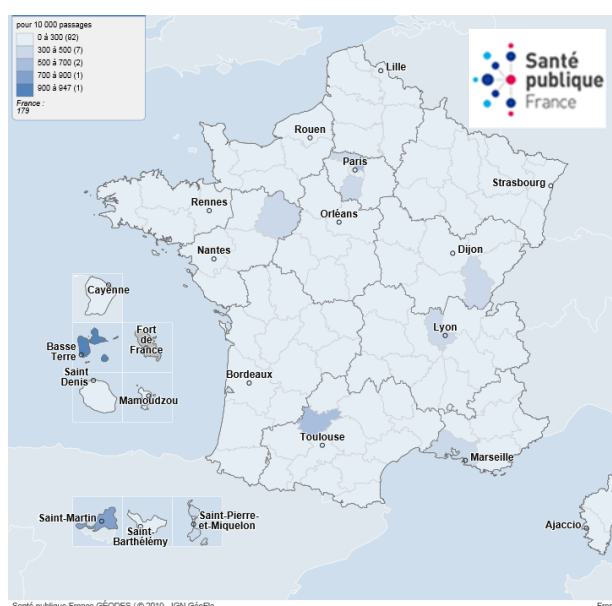


Figure 20. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 37/2020, France (source : OSCOUR®)



Pour en savoir plus sur les données OSCOUR consulter : [GEODES](https://www.géodes.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 des 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 6 et le 12 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®).

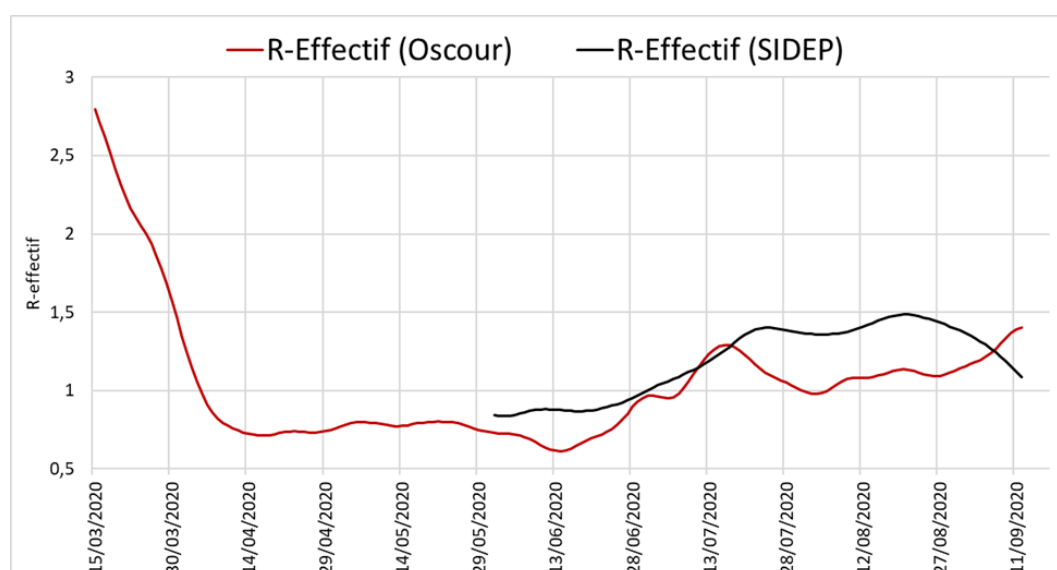
- **En France métropolitaine, le nombre de reproduction calculé à partir des données virologiques (SI-DEP) est significativement supérieur à 1 : 1,09 (intervalle de confiance, IC95% : 1,08-1,10), estimation en baisse par rapport à celle produite la semaine précédente (1,19) (Tableau 4, Figure 21). Le R calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) est significativement supérieur à 1 : 1,40 (IC95% : 1,36-1,44), en hausse par rapport à l'estimation produite la semaine précédente (1,20).**

En région, les nombres de reproduction estimés à partir de SI-DEP et OSCOUR® sont significativement supérieurs à 1 dans 10 régions : en Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Pays-de-la-Loire. Ils sont supérieurs à 1, mais de façon non significative, en Corse (Tableau 4).

En Ile-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur, le nombre de reproduction calculé à partir des données OSCOUR® est significativement supérieur à 1, sans qu'il soit significativement supérieur à 1 à partir de SI-DEP.

- **En outre-mer, le R -effectif estimé à partir des passages aux urgences est significativement supérieur à 1 en Guadeloupe, alors qu'il est supérieur à 1 mais de façon non significative à partir de SI-DEP.**

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 12 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 06 au 12 septembre 2020 (Sources : SI-DEP et OSCOUR®)

Territoire	Régions	R effectif (Intervalle de confiance à 95%)	
		SI-DEP	OSCOUR®
France métropoli- taine	Auvergne-Rhône-Alpes	1,19 (1,16-1,21)	1,40 (1,29-1,50)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,18 (1,12-1,25)	1,65 (1,46-1,85)
	Bretagne	1,20 (1,14-1,26)	1,34 (1,12-1,59)
	Centre-Val de Loire	1,09 (1,03-1,15)	1,45 (1,20-1,73)
	Corse	1,04 (0,93-1,16)	1,26 (0,84-1,76)
	Grand Est	1,23 (1,17-1,28)	1,44 (1,24-1,65)
	Hauts-de-France	1,33 (1,30-1,37)	1,68 (1,49-1,88)
	Ile-de-France	0,93 (0,91-0,94)	1,42 (1,35-1,49)
	Normandie	1,15 (1,10-1,21)	1,37 (1,18-1,58)
	Nouvelle-Aquitaine	1,06 (1,03-1,09)	1,25 (1,12-1,39)
	Occitanie	1,14 (1,11-1,17)	1,59 (1,45-1,74)
	Pays de la Loire	1,16 (1,11-1,21)	1,25 (1,08-1,42)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,01 (0,99-1,03)	1,22 (1,13-1,32)
	France métropolitaine	1,09 (1,08-1,10)	1,40 (1,36-1,44)
France ultra-marine	Guadeloupe	1,03 (0,96-1,10)	1,41 (1,20-1,64)
	Guyane	0,88 (0,76-1,00)	1,05 (0,74-1,42)
	La Réunion	1,02 (0,94-1,11)	1,02 (0,65-1,47)
	Martinique	1,02 (0,88-1,17)	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^{er} mars 2020, **1 569** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

- Parmi les **116 420 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 5) :

- L'âge médian des patients est de 71 ans et 53% sont des hommes.
- 20 471 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
- 89 891 patients sont retournés à domicile.

- Le **15 septembre 2020, 5 679 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 759 en réanimation.**

Tableau 5. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 15 septembre 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars, par classe d'âge et par région, France (source : SI-VIC)

	Le 15 septembre 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	5 679		759		89 891		20 471	
Classes d'âge *								
Total	5 639		755		89 305		20 352	
0-14 ans	39	1	5	1	1 190	1	3	<1
15-44 ans	442	8	61	8	12 975	15	221	1
45-64 ans	1 259	22	263	35	25 420	28	2 106	10
65-74 ans	1 272	23	234	31	16 863	19	3 641	18
75 et +	2 627	47	192	25	32 857	37	14 381	71
Régions *								
Total	5 660		752		89 861		20 447	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	651	12	88	12	8 721	10	1 812	9
Bourgogne-Franche-Comté	55	1	8	1	4 149	5	1 068	5
Bretagne	116	2	12	2	1 437	2	271	1
Centre-Val de Loire	83	1	15	2	2 453	3	584	3
Corse	17	<1	4	1	278	<1	61	<1
Grand Est	281	5	21	3	13 460	15	3 709	18
Hauts-de-France	439	8	48	6	7 513	8	1 964	10
Ile-de-France	2 462	43	246	33	31 747	35	7 811	38
Normandie	132	2	14	2	1 951	2	451	2
Nouvelle-Aquitaine	198	3	43	6	2 484	3	449	2
Occitanie	272	5	51	7	3 354	4	550	3
Pays de la Loire	104	2	13	2	2 504	3	502	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	649	11	138	18	7 114	8	1 058	5
Outre-Mer								
La Réunion	64	1	12	2	311	<1	15	<1
Martinique	15	<1	5	1	116	<1	19	<1
Mayotte	4	<1	0	0	451	1	28	<1
Guadeloupe	79	1	26	3	167	<1	35	<1
Guyane	39	1	8	1	1 651	2	60	<1

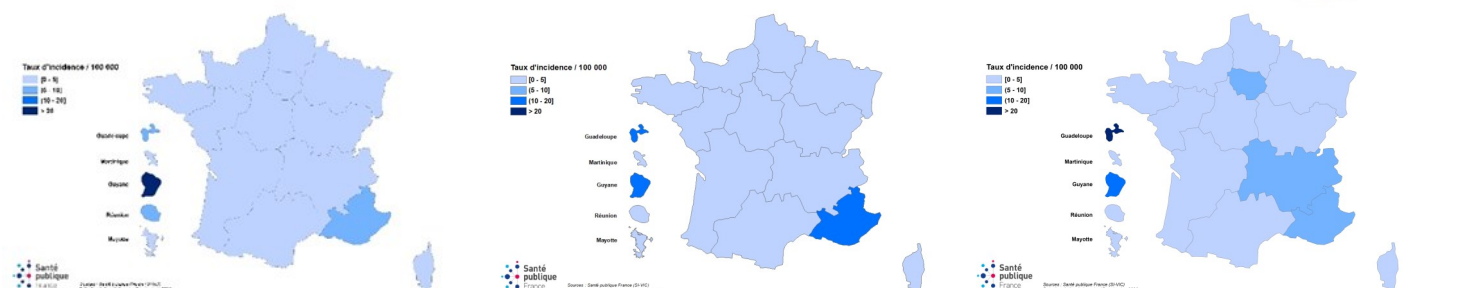
* L'information sur l'âge n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Figure 22. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 26 août et le 15 septembre 2020, France (source : SI-VIC)

du 26 août au 1^{er} septembre

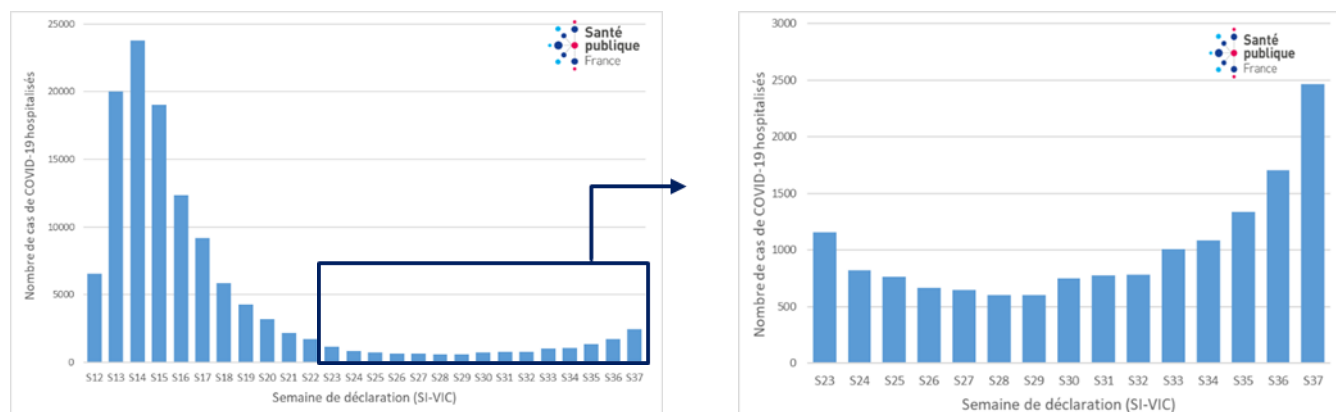
du 02 au 08 septembre

du 09 au 15 septembre



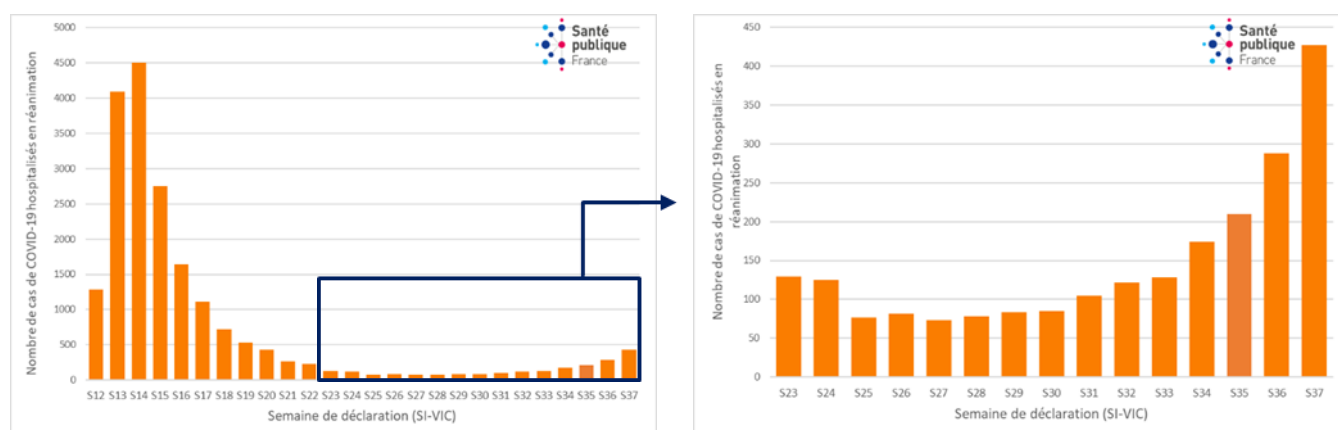
- Dans les régions de **France métropolitaine**, le taux hebdomadaire de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (du 09 au 15 septembre) **a augmenté dans toutes les régions sauf en Centre-Val de Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur** (taux stables). Les régions Bretagne et Normandie ont enregistré les plus fortes augmentations du taux par rapport à la semaine précédente (respectivement 2,5/100 000 hab. et 2,7/100 000 hab. entre le 09 et le 15 septembre versus 0,6/100 000 hab. et 0,8/100 000 hab. entre le 02 et le 08 septembre). En France métropolitaine, les taux d'hospitalisation hebdomadaires les plus élevés entre le 09 et le 15 septembre étaient en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (9,8/100 000 hab.), en Auvergne-Rhône-Alpes (5,5/100 000 hab.) et en Île-de-France (5,2/100 000 hab.). Dans toutes les autres régions, les taux d'hospitalisations hebdomadaires étaient inférieurs à 5,0/100 000 hab. (Figure 22).
- Dans les régions d'outre-mer, la **Guadeloupe** a enregistré le **plus fort taux hebdomadaire de nouvelles hospitalisations**, en augmentation pour la troisième semaine consécutive, avec un taux de 20,4/100 000 habitants versus 3,5/100 000 hab. la semaine du 19 au 25 août. Le taux hebdomadaire de nouvelles hospitalisations diminue pour la troisième semaine consécutive en Guyane (11,4/100 000 hab. entre le 09 et le 15 septembre vs 36,8 entre le 19 et le 25 août) (Figure 22). Ce taux était stable dans les autres régions.
- Les notifications de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19 ont augmenté** pour la huitième semaine consécutive **en semaine 37** (du 07 au 13 septembre) : 2 464 nouvelles hospitalisations déclarées en S37 versus 1704 en S36 (Figure 23).
- Depuis début juillet (S28) et jusqu'en semaine 37, les personnes hospitalisées âgées de moins de 40 ans représentaient 18% (2 881/15 634) des admissions alors que cette proportion était de 8% (8 330/100 785) 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% (6 918/15 634) des admissions sur la période S28-S37 versus 55% (54 950/100 785) sur la période S09-S27.
- En prenant en considération le nombre de d'hospitalisations déclarées entre la semaine 29 et la semaine 37, **le temps de doublement du nombre hebdomadaire d'hospitalisations est de 28 jours**. Il était de 33 jours la semaine dernière.

Figure 23. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, données au 15 septembre 2020, France (source : SI-VIC)



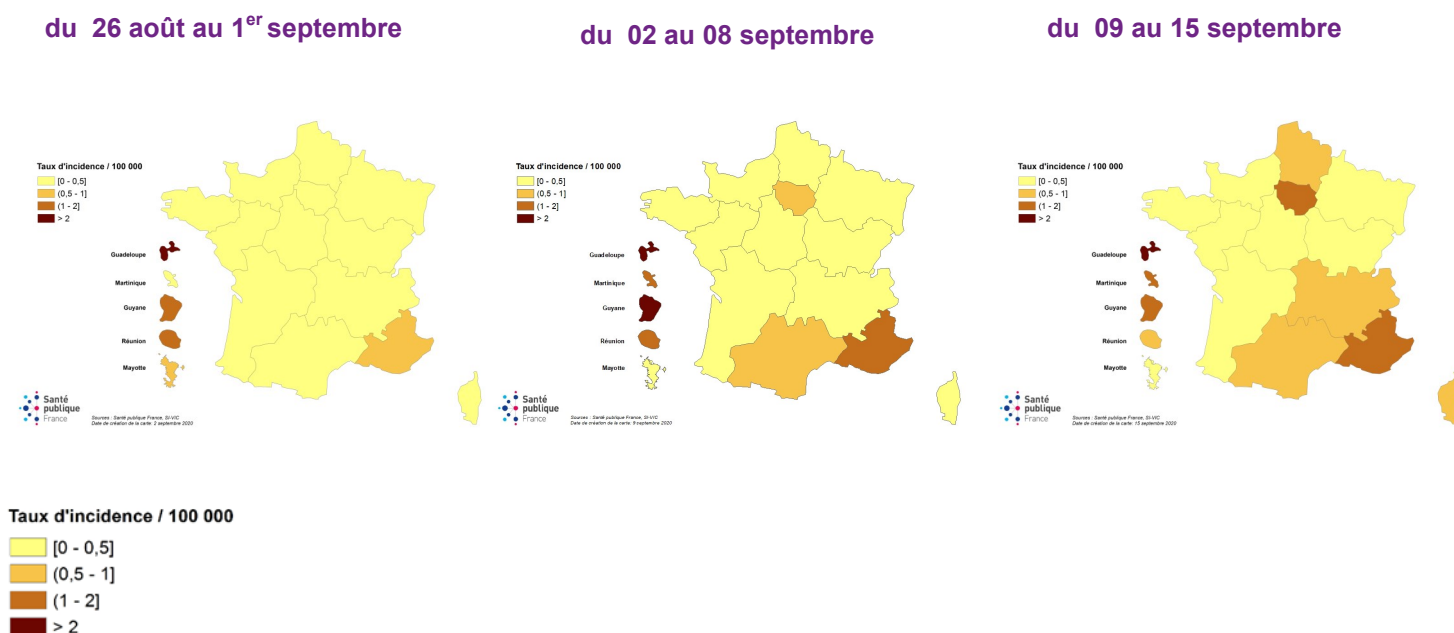
- **Au 15 septembre 2020**, 759 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en réanimation en France.
- Les notifications **de nouvelles admissions en réanimation continuent d'augmenter depuis la semaine 28** (Figure 24), passant de 73 nouvelles admissions déclarées en S27 à 427 en S37 (+48% par rapport à S36, 288 nouvelles admissions en réanimation déclarées).
- Alors que le nombre journalier de cas en cours d'hospitalisation en réanimation se maintenait en dessous de 500 patients depuis le 10 juillet, le nombre d'hospitalisations en réanimation a de nouveau dépassé les 500 cas depuis le 07 septembre, atteignant 759 hospitalisations en réanimation le 15 septembre.
- Depuis début juillet (S28) et jusqu'en semaine 37, les personnes hospitalisées en réanimation âgées de moins de 40 ans représentaient 11% (195/1 835) des admissions alors que cette proportion était de 7% (1 201/17 455) 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 S09-S27 et sur la période S28-S37 (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^{er} juin 2020, données au 15 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 Centre-Val de Loire, Pays de la Loire et en Grand-Est** (taux stables). Le **taux a atteint 1,9/100 000 habitants en Provence-Alpes-Côte d'Azur**. Il est passé au-dessus de 1,0/100 000 habitants en Île-de-France et au-dessus de 0,5/100 000 hab. en Corse, Auvergne-Rhône-Alpes, Occitanie et Hauts-de-France. Les plus fortes augmentations de ce taux ont été observées en Bretagne, en Corse et Normandie.
- Dans les régions d'outre-mer, sur la **semaine du 09 au 15 septembre**, le **plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 a été observé en **Guadeloupe** avec 6,4/100 000 habitants, représentant 24 patients (vs 4,0/100 000 hab. représentant 15 patients). Ce taux est encore en augmentation par rapport à la semaine précédente. Les taux sont stables ou en diminution dans les autres régions (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)



Taux d'incidence / 100 000

- [0 - 0,5]
- (0,5 - 1]
- (1 - 2]
- > 2

- 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 (176 en S37 vs 129 en S36 (Figure 26)).
- Le nombre hebdomadaire de déclaration de retours à domicile des patients COVID-19 après hospitalisation est en augmentation en semaine 37 (1 723 vs 1 338 en S36) (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^{er} juin 2020, France (source : SI-VIC)

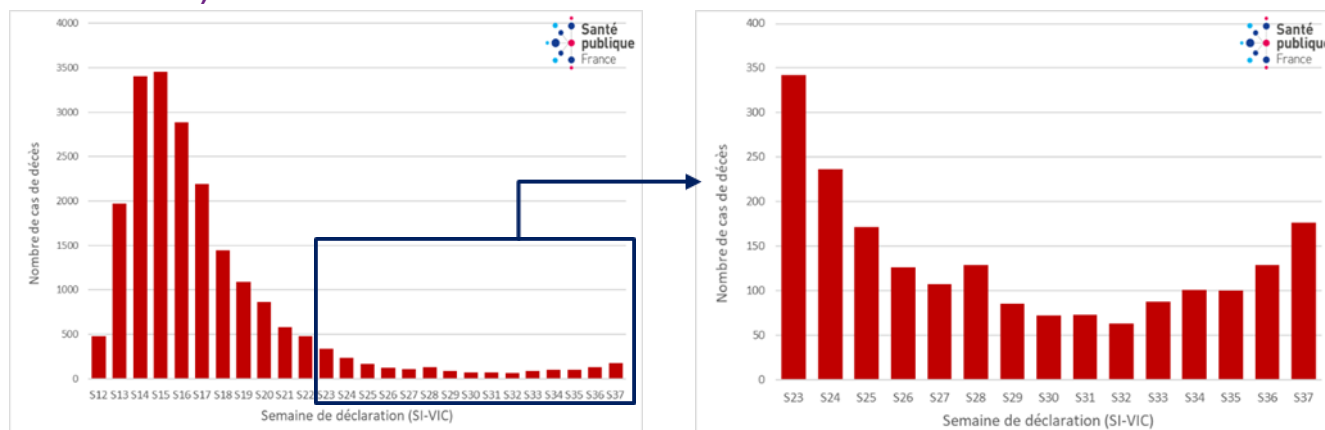
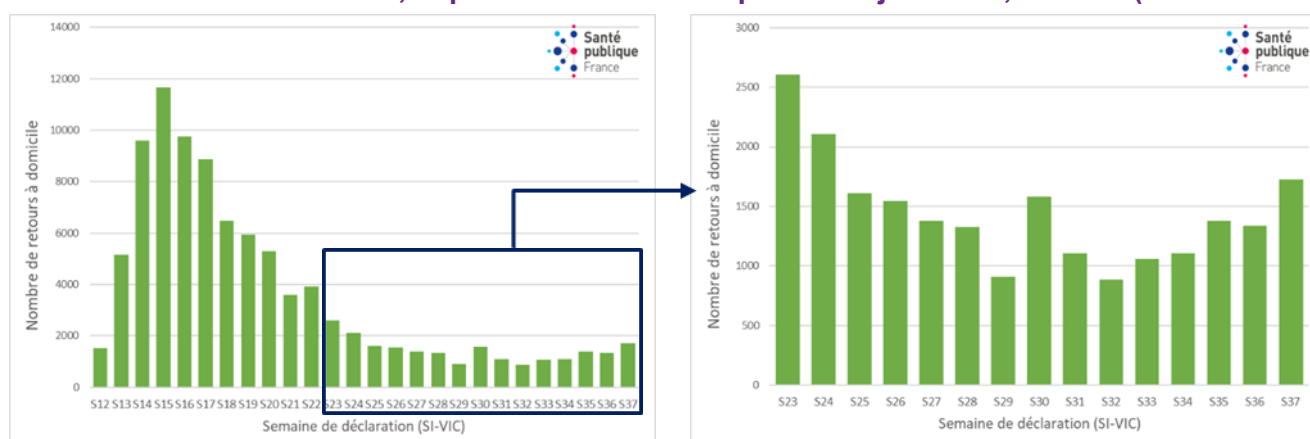
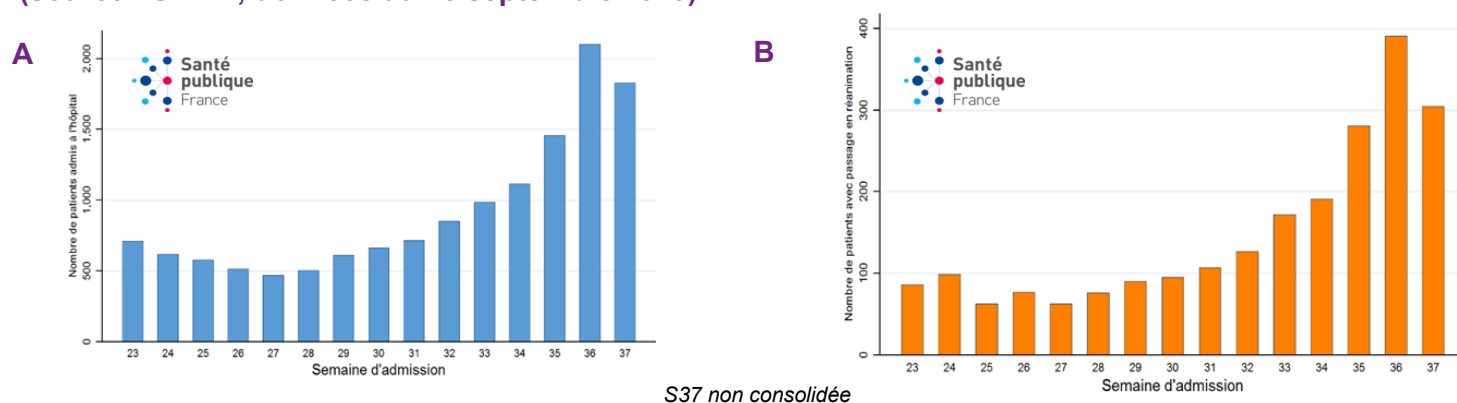


Figure 27. Nombre hebdomadaire de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, France (source : SI-VIC)



- 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 réanimation sont aussi présentées par date d'admission des patients à l'hôpital (Figure 28). Du fait de ces délais, la semaine 37 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^{er} juin 2020, France (source : SI-VIC, données au 15 septembre 2020)



Estimation de la séroprévalence des infections par SARS-CoV-2 en France métropolitaine

Afin de suivre la dynamique de l'épidémie d'infections à SARS-CoV-2 en population, Santé publique France a mis en place une série d'enquêtes de séroprévalence répétées en population générale en collaboration avec le Centre National de Référence (CNR) des virus des infections respiratoires (dont la grippe) de l'Institut Pasteur. Il s'agit, à différents temps de l'épidémie, d'estimer la proportion de la population qui a été infectée par SARS-CoV-2, par sexe, âge et région de résidence à partir d'échantillons aléatoires de sérums anonymisés issus des sérothèques (fonds de tubes) des principaux laboratoires centralisateurs français, Cerba et Eurofins Biomnis (pour la Corse et les départements et régions d'outre-mer l'ensemble des tubes disponibles ont été utilisés). Les estimations ont été extrapolées à la population générale après redressement sur la répartition de la population de France métropolitaine par région de résidence, âge et sexe (données Insee, 1er janvier 2020), permettant ainsi la comparaison entre régions et dans le temps (cf. méthodologie).

Méthodologie pour définir le statut d'infection par le SARS-CoV-2 :

La part de la population ayant été infectée par le SARS-CoV-2 a été estimée sur la base de la combinaison de l'ensemble des sérums positifs pour au moins un des trois tests utilisés dans cette étude : deux tests LuLISA (Luciferase-Linked ImmunoSorbent Assay), méthodes de type ELISA développée par l'Institut Pasteur, qui détectent les anticorps immunoglobulines (Ig) G ciblant la protéine N et S du virus ; et un test de pseudo-neutralisation qui détecte la présence d'anticorps pseudo-neutralisants, représentatifs de la présence d'anticorps neutralisants considérés comme conférant une protection contre l'infection.

Dans un contexte de faibles niveaux de prévalence attendus et parce que nous avons combiné les résultats des tests utilisés, nous avons choisi des seuils de séropositivité correspondant à des valeurs maximales de spécificité. Les seuils de positivité choisis pour les tests correspondent donc à des spécificités de 100 % et des sensibilités de 85 à 96%. Les estimations sont ajustées sur les performances des tests sérologiques¹. Avec cette nouvelle approche, les estimations de prévalence présentées dans le [PE du 09 juillet 2020](#), ont été réajustées et feront l'objet prochainement d'une publication détaillée globale. Le département de Mayotte est exclu des analyses pour nombre de prélèvements insuffisants.

Nous présentons, ici, l'estimation de la proportion de la population infectée à partir de la proportion de personnes séropositives pour le SARS-CoV-2 en France pour la semaine 20 (11 au 17 mai 2020) à la levée du confinement :

- Pour la semaine 20, 3 592 sérums ont été analysés. Le département de Mayotte a été exclu des analyses de par un nombre insuffisant de prélèvements. **La proportion de personnes séropositives pour le SARS-CoV-2 est de 4,93 %** [intervalle d'incertitude à 95 % : 4,02 - 5,89] **en semaine 20, soit 3 292 463 personnes séropositives** [2 684 726 ; 3 933 591].
- **Cette proportion est globalement comparable chez les hommes (5,37% [4,27 - 6,55]) et chez les femmes (4,51 % [3,57-5,54]).**
- **La proportion augmente sensiblement avec l'âge.** Elle est maximale chez les 50-59 ans (5,97% [4,20 - 7,93]) et est la plus faible chez les enfants de moins de 10 ans avec 2,88% [1,17—5,20] de séropositifs (Figure 29).
- Les estimations régionales (tous âges confondus) confirment une diffusion du virus à l'ensemble du territoire lors de la première vague épidémique. **La proportion est maximale en Île-de-France : 8,82 % [6,90 - 11,01] et dans le Grand Est 8,56 % [5,83 - 11,82]** en semaine 20. Cette proportion varie de 2,40 % à 4,44 % pour les autres régions métropolitaines. Dans les départements et régions d'Outre-mer, cette proportion varie de 2,40 % en Martinique à 7,14% en Guyane en semaine 20 (Figure 30).
- Il est possible que la proportion de personnes séropositives en Guyane soit surestimée du fait de la concentration des laboratoires préleveurs inclus dans notre étude sur la côte et à Saint-Laurent du Maroni.

¹ Rogan WJ, Gladen B. *Estimating prevalence from the results of a screening test.* AmnEpidemiol. 1978;107(1):71-6.

- Parmi les personnes avec un antécédent d'infection, la proportion de personnes porteuses d'anticorps pseudo-neutralisants est de 3,33% [2,66 - 4,07] en semaine 20. Cette proportion est comparable pour les deux sexes (3,70 et 2,98 % pour les hommes et femmes respectivement en semaine 20). **La répartition des personnes porteuses d'anticorps pseudo-neutralisants a progressé depuis la semaine 15 dans toutes les classes d'âge et toutes les régions.**
- Il se peut que la proportion réelle de la population qui a été infectée soit un peu supérieure à nos estimations, dans la mesure où la réponse immunitaire après une infection, en particulier en l'absence de symptômes, peut-être trop faible pour être prise en compte dans notre analyse (*cf. méthodologie*).

Figure 29. Proportion de la population infectée par le SARS-CoV-2 détectée par la positivité d'au moins un test parmi LuLISA N, LuLISA S et pseudo-neutralisation et proportion de la population porteuse d'anticorps pseudo-neutralisants, par âge, France entière¹, semaine 20 (11- 17 mai 2020)

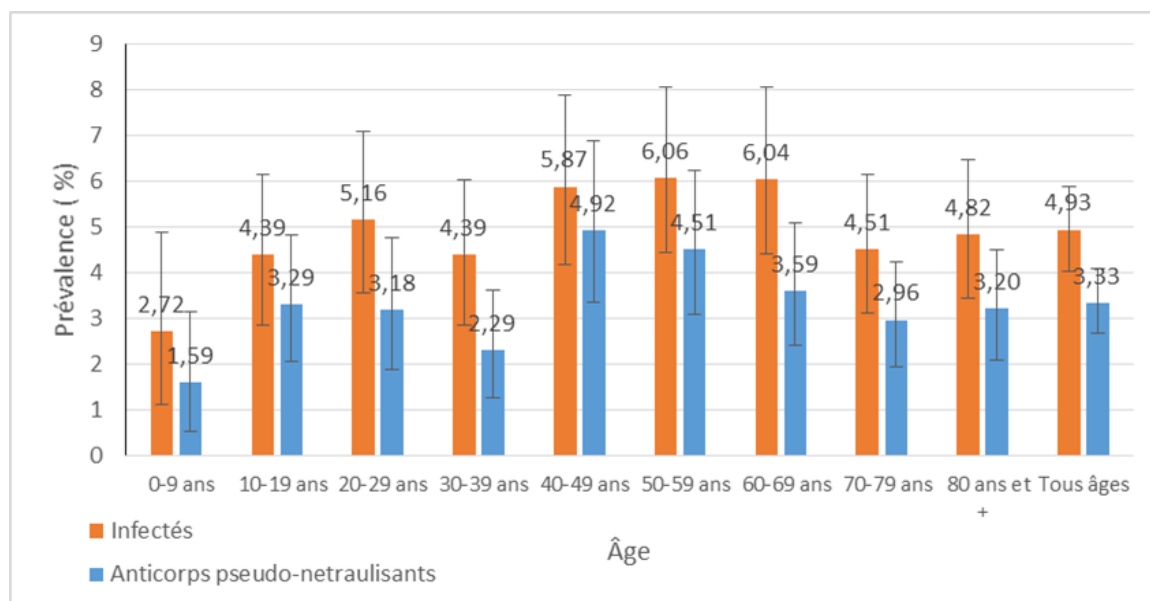
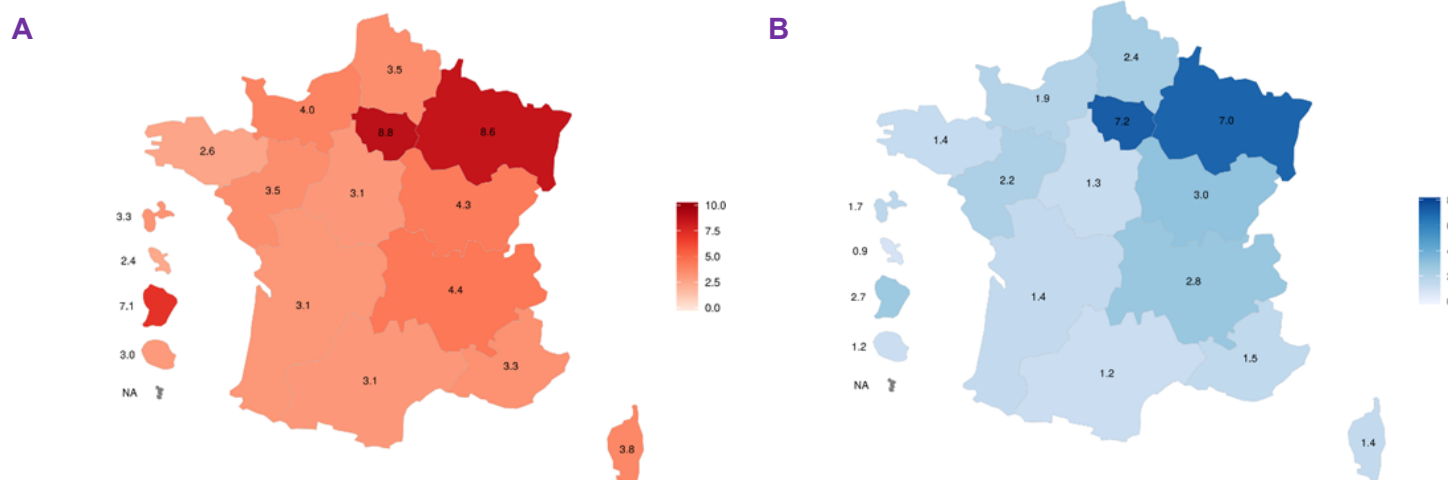


Figure 30. Prévalences régionales des infections par le SARS-CoV-2 par âge détectée par la positivité d'au moins un test parmi LuLISA N, LuLISA S et pseudo-neutralisation (A) et prévalences régionales du portage d'anticorps pseudo-neutralisants (B), France entière¹, semaine 20 (11- 17 mai 2020)



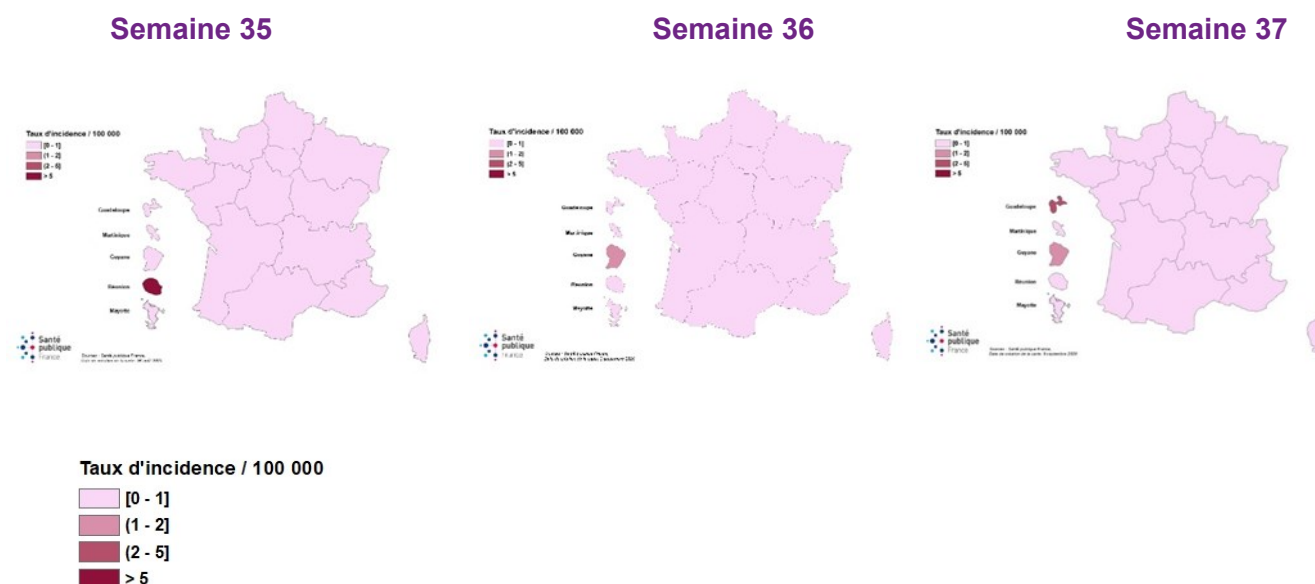
¹ Le département de Mayotte est exclu des analyses pour nombre de prélèvements insuffisants

Surveillance de la mortalité

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

- Entre le 1^{er} mars et le 15 septembre 2020, **30 999 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : 20 471 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 528 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 en forte augmentation entre les semaines 35 et 37 (265 en S37, 129 en S36 et 109 en S35). Cette augmentation est particulièrement marquée parmi les résidents des EHPA (89 en S37, 0 en S36 et 9 en S35). Le taux hebdomadaire de décès à l'échelle nationale était de 0,40 pour 100 000 habitants en semaine 37 (0,19 en S36 et 0,16 en S35).
- En semaine 37**, les plus forts taux de décès de patients COVID-19 rapportés à la population (pour 100 000 habitants) étaient observés en Guadeloupe, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Grand-Est et Auvergne-Rhône-Alpes avec des taux respectivement de 1,39/100 000 habitants (5 décès), 0,87/100 000 habitants (44 décès), 0,83/100 000 habitants (46 décès) et 0,66/100 000 habitants (53 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) étaient en augmentation dans dix régions entre les semaines 37 et 36 : Auvergne-Rhône-Alpes, Grand-Est, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Corse, Bourgogne-France-Comté, Centre-Val-de-Loire, Occitanie, Nouvelle-Aquitaine, Hauts-de-France et Nouvelle-Aquitaine.

Figure 31. Taux hebdomadaires de décès dû à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS) S35 (du 24 au 30 août), S36 (du 31 au 06 septembre) et S37 (du 07 au 13 septembre), par région en France 2020 (source : SI-VIC et ESMS)



Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 11 675 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 7 678 décès, soit 66% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 24% de ces décès et une mention de pathologie cardiaque pour 34% de ces décès.
- Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 2,8% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.
- **Sur la semaine 37 (du 7 au 13 septembre), 135 décès contenaient** une mention de COVID-19 dans le certificat, représentant 4,2% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 32). **Cet effectif est en hausse par rapport à la semaine 36 (N= 67 décès).**

Figure 32 : Nombre quotidien de décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 14 septembre 2020 (données au 15 septembre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc)

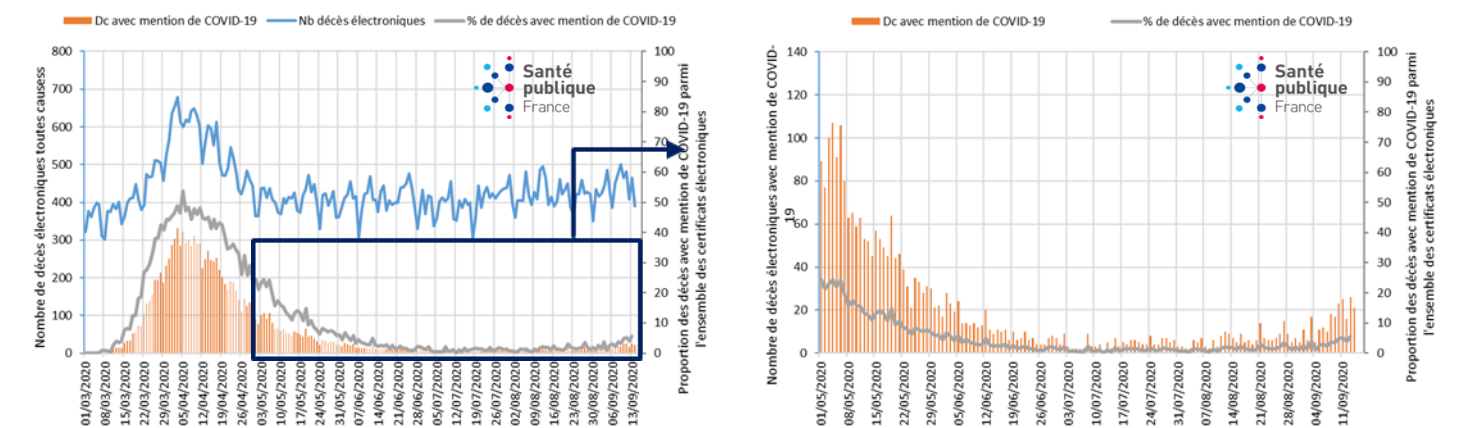


Tableau 6. Description des décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 14 septembre 2020 (données au 15 septembre 2020) (Source : Sante publique France, Inserm-CépiDc)

Sexe	n	%				
Hommes	6 347	54				
Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ¹	Avec comorbidités ¹	Total ²			
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	1	100	1	0
15-44 ans	35	33	71	67	106	1
45-64 ans	298	29	733	71	1 031	9
65-74 ans	593	33	1 223	67	1 816	15
75 ans ou plus	3 071	35	5 650	65	8 721	75
Tous âges	3 997	34	7 678	66	11 675	100
Comorbidités	n	%				
Au moins une comorbidité	7 678	66				
Aucune ou non renseigné	3 997	34				
Description des comorbidités	n	%				
Obésité	456	6				
Diabète	1 236	16				
Pathologie respiratoire	994	13				
Pathologie cardiaque	2 598	34				
Hypertension artérielle	1 875	24				
Pathologies neurologiques *	705	9				
Pathologie rénale	951	12				
Immunodéficience	172	2				

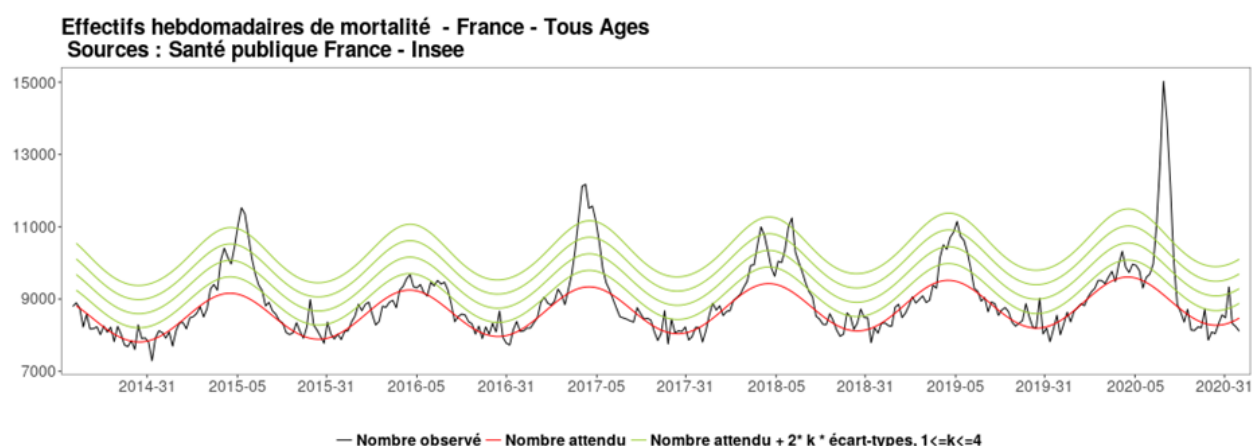
* ce groupe inclut les pathologies neuro-vasculaires et neuro-musculaires
¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

Mortalité toutes causes

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

- **Au niveau national, la mortalité reste dans les marges de fluctuation habituelle sur les semaines 34 (du 17 au 23 août), 35 (du 24 au 30 août) et 36 (du 31 août au 6 septembre) dans toutes les classes d'âges (Figure 33).**
- 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.

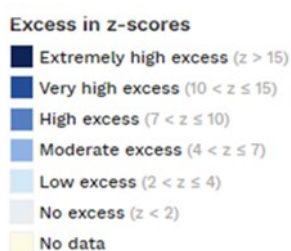
Figure 33. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 09-2014 à la semaine 36-2020 (Source : Santé publique France - Insee)



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 cinq pays/régions en semaine 32, dans sept pays/régions en semaine 33, dans cinq pays/régions en semaine 34 et dans deux pays/régions en semaine 35 (Belgique, et Espagne) (Figure 34).

Figure 34. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 35-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 09 septembre 2020) (Source : Euromomo)



Analyse de risque contextualisée - Niveaux de vulnérabilité

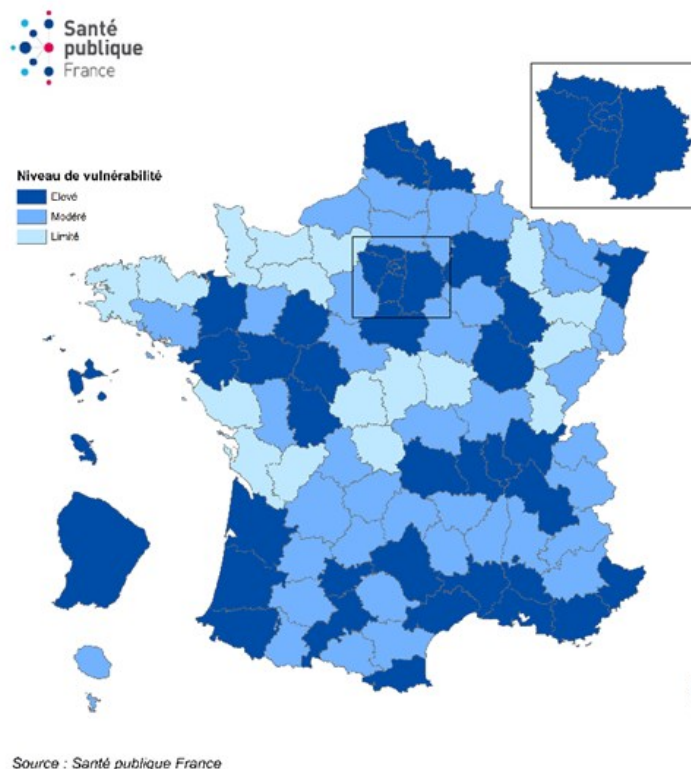
Les équipes régionales de Santé publique France réalisent, en lien avec les ARS, **une analyse de risque contextualisée quotidienne au niveau départemental** depuis le 02 mai 2020, une semaine avant la levée du confinement. Cette expertise effectue la synthèse des indicateurs des systèmes de surveillance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

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

Au 16 septembre 2020, par rapport au point épidémiologique du 09 septembre 2020 :

- **12 nouveaux départements ont été classés en niveau de vulnérabilité élevé** : Loire (42), Puy-de-Dôme (63), Indre-et-Loire (37), Bas-Rhin (67) Marne (51), Haute-Marne (52), Landes (40), Pyrénées Atlantiques (64), Vienne (86), Aveyron (12), Loire-Atlantique (44) et Maine-et-Loire (49).
- **9 nouveaux départements ont été classés en niveau de vulnérabilité modéré** : Allier (03), Cantal (15), Territoire-de-Belfort (90), Loir-et-Cher (41), Ardennes (08), Aisne (02), Corrèze (19), Lot (46) et Hautes-Alpes (05).
- **Au total, le 16 septembre, 40 départements étaient en niveau de vulnérabilité modéré, et 44 en niveau élevé.** Toutes les régions rapportent au moins un département en niveau de vulnérabilité modéré (Figure 35).

Figure 35. Niveau de vulnérabilité par département, France, au 16 septembre 2020
(Source : Santé publique France)



Situation internationale

Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Amérique** (Etats-Unis et Amérique Latine) et **Asie du Sud-Est**, à l'origine de respectivement 38% et 37% des cas rapportés dans le monde entre le 07 et le 13 septembre. Une diminution du nombre de cas a été observée dans plusieurs pays des Amériques, en particulier les Etats-Unis, au cours des dernières semaines. En revanche, l'épidémie continue à progresser en Inde et en Indonésie.

- Dans les pays du **Moyen-Orient**, l'épidémie reste importante en Iraq et au Liban. Une augmentation du nombre de cas a été rapportée aux Emirats Arabes Unis, ainsi qu'en Jordanie où les mesures ont été renforcées.
- L'épidémie est particulièrement soutenue en Israël, qui présente le taux d'incidence des cas confirmés parmi les plus élevés du monde (297/100 000 habitants) et où un nouveau confinement national entrera en vigueur le 18/09 pour une durée prévisionnelle de 3 semaines. Le nombre de nouveaux cas est également élevé en Turquie où des mesures de limitation des rassemblements ont été mises en place.
- En **Afrique**, le nombre de nouveaux cas continue de diminuer en particulier en Afrique du Sud. En revanche, l'incidence au Maroc ne cesse de croître depuis début août avec désormais plus de 2 000 nouveaux cas par jour. La majorité des cas est rapportée dans la région de Casablanca et des mesures de contrôle ont été réinstaurées par les autorités. L'épidémie progresse également en Tunisie ainsi qu'en Libye.
- En **Europe**, parmi les pays de l'UE/EEA, les taux d'incidence les plus élevés sont actuellement observés en Espagne (126,2/100 000 hab.) et en France (87/100 000 hab.) (Figure 36). Par ailleurs, le taux d'incidence a fortement augmenté en République Tchèque (79/100 000 hab.) au cours des deux dernières semaines. Des recrudescences de cas ont également été rapportées dans d'autres pays (Italie, Allemagne, Royaume-Uni, Autriche, Pays-Bas) mais les dynamiques de progression et les taux d'incidence restent, à ce jour, nettement plus faibles que ceux rapportés en Espagne et en France (Figure 37). Ces augmentations récentes concernent plutôt les jeunes adultes. D'autres pays en Europe centrale et en Europe de l'Est continuent de rapporter des taux d'incidence élevés (taux rapporté au 15/09 pour les 14 derniers jours) : Monténégro (309), Moldavie (155), Bosnie-Herzégovine (111), Roumanie (86), Macédoine du Nord (85), Croatie (84), Ukraine (80), Kosovo (72), Arménie (71). Le nombre de cas reste élevé en Russie.

Figure 36. Taux d'incidence de COVID-19 rapporté pour les semaines 35 et 36/2020 dans les pays de l'UE/EEA (source : ECDC)

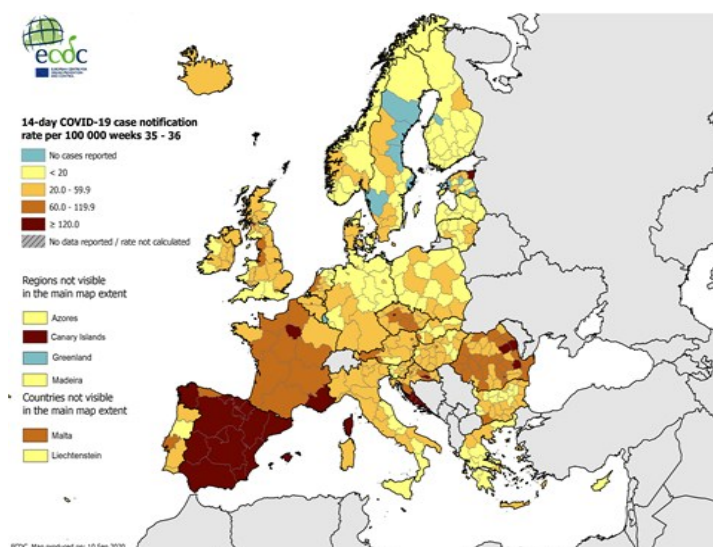
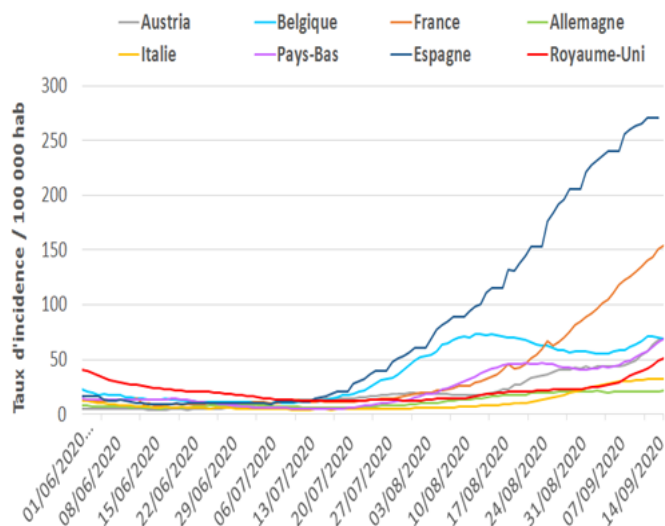


Figure 37. Taux d'incidence hebdomadaire de COVID-19 pour les principaux pays limitrophes à la France, S20-S36/2020 (source : ECDC)



Pour en savoir plus sur la situation internationale :

En Europe :

[ECDC - Weekly surveillance report \(week 36\), 10/09/2020](#)

Dans le monde :

[Organisation mondiale de la santé – Weekly Epidemiological Update, 14 septembre 2020](#)

Prévention

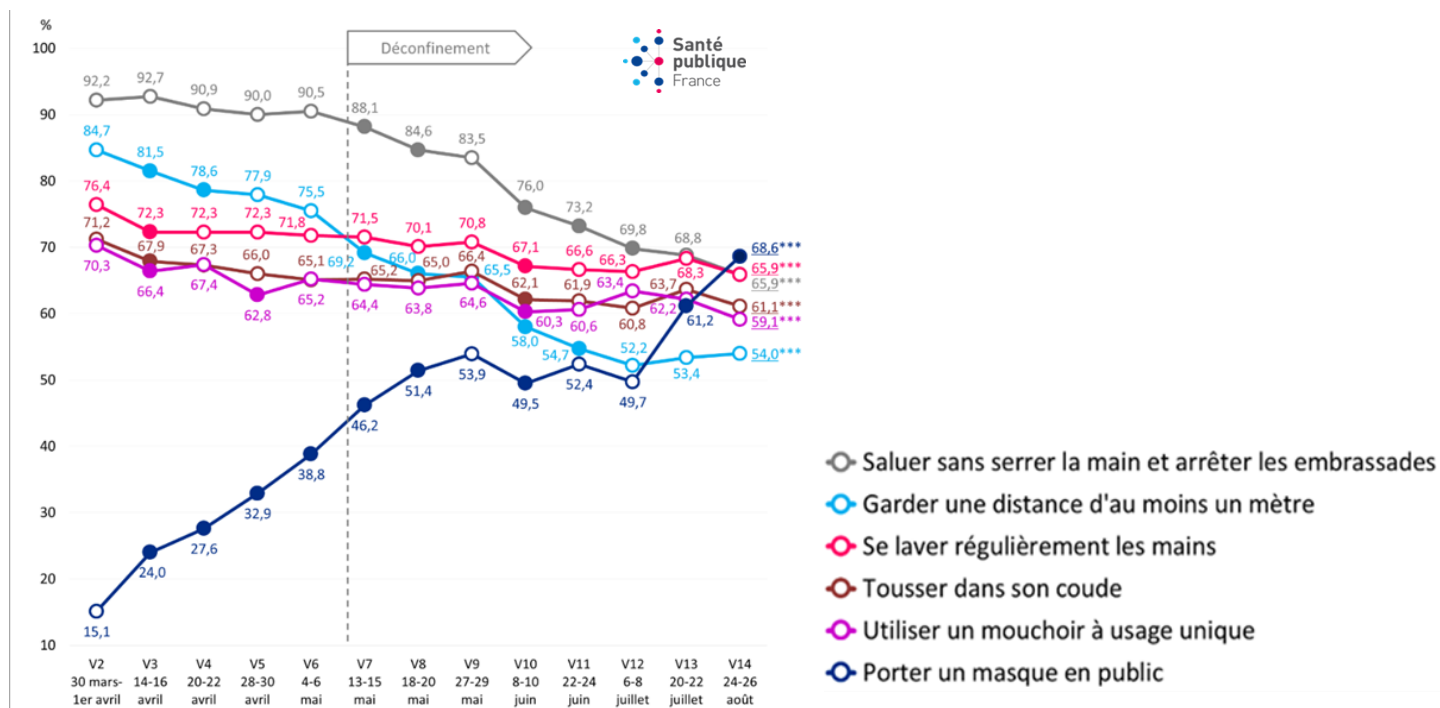
Suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale

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/fr/enquetes).

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 la levée du confinement, l'évolution de l'adoption systématique est variable selon les mesures** (Figure 38).
- L'adoption systématique de certaines mesures varie selon l'âge et les différences sont plus marquées pour les mesures d'interaction sociale. Ainsi, « saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades » et « garder une distance d'au moins un mètre » sont suivies respectivement chez 40% et 39% des 18-24 ans et chez 74% et 62% des 65 ans et plus. **La différence d'adhésion selon l'âge à porter un masque en public est moindre (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 38. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés), Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.



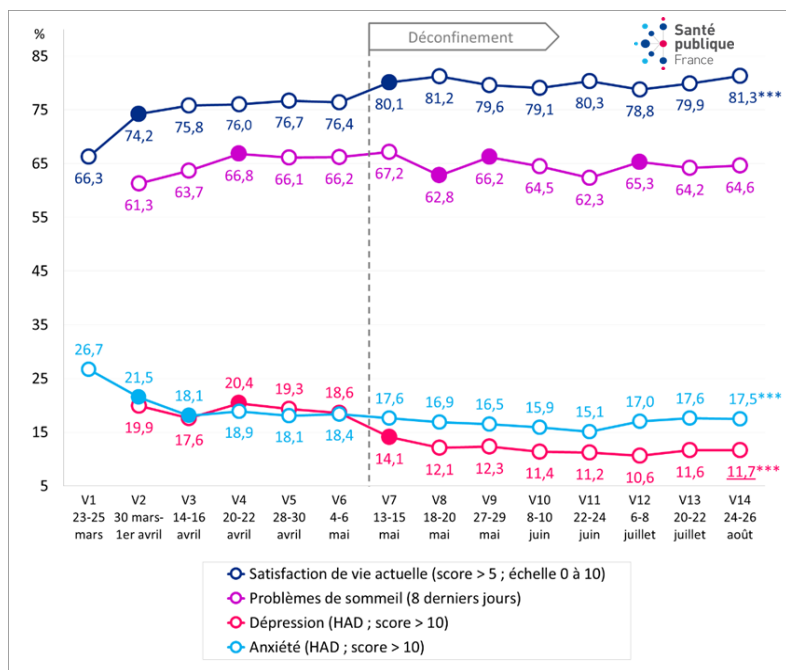
Notes de lecture.

Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (ronde) 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 39).
- 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.
- 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 39. 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.

La prochaine vague d'enquête a lieu la semaine 39 (21-23/09) et les résultats rapportés la semaine suivante.

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

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

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



Synthèse

En France métropolitaine

En semaine 37 (du 7 au 13 septembre 2020), l'ensemble des indicateurs permettant le suivi de l'épidémie due au SARS-CoV-2 est en augmentation. Cette hausse est observée sur les indicateurs de médecine de ville, les données virologiques, les activités hospitalières ainsi que les décès liés au COVID-19.

En médecine générale, le taux d'incidence des cas d'IRA du réseau Sentinelles est en nette progression par rapport à la semaine précédente (S37 : 93/100 000 habitants, S36 : 36/100 000 habitants). Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 est en augmentation (+74% en comparaison à S36) et cette tendance est observée dans toutes les régions.

L'augmentation du **nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 se poursuit** avec 53 384 cas enregistrés en semaine 37 en France métropolitaine (+7% par rapport à la semaine 36). Cette augmentation est moins importante que celles observées les semaines précédentes (+65% en S34, +42% en S35; + 32% en S36).

Le nombre de personnes testées (997 488 personnes testées en S37, 1 099 586 tests réalisés) est également en hausse en S37 (+9% par rapport à S36) mais avec une augmentation également moins forte que celles observées les semaines précédentes.

Cependant, du fait de la saturation des capacités diagnostiques et de l'augmentation des délais de rendus de résultats dans certaines régions, notamment en Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, et Provence-Alpes-Côte d'Azur, la durée de consolidation des données SI-DEP s'allonge et **le nombre de personnes testées et de cas confirmés pour la semaine 37 est actuellement très probablement sous-estimé.** Cette observation avait déjà été faite en S36.

Plus de la moitié des cas confirmés rapportés présentait des symptômes (58%) et cette proportion était en augmentation (52% en S36) ; 96% des cas avaient été diagnostiqués en ville, 2% des cas étaient hospitalisés et 2% résidaient en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). En semaine 37, 65% des personnes testées se déclaraient sans symptôme.

Le taux de positivité a continué de progresser en S37 (5,4%) par rapport à la S36 (5,3%). Chez les personnes symptomatiques, le taux de positivité était de 8,6% (vs. 3,5% chez les asymptomatiques).

Le taux d'incidence en semaine 37 était de **82,3 cas pour 100 000 habitants en France métropolitaine** (vs. 75,3 en S36). Les jeunes adultes (20 à 30 ans) restent les plus touchées par le SARS-CoV-2. Si une augmentation est observée dans toutes les tranches d'âge, celle-ci est **cependant particulièrement importante ces dernières semaines chez les 75 ans et plus (S35 : +44%, S36 : +58%, S37 : +45%)**, qui sont des personnes particulièrement à risque pour la COVID-19.

En semaine 37, l'ensemble des départements dépassait le seuil de 10/100 000 habitants, 48 d'entre eux étaient au-dessus de 50/100 000 hab., et 12 au-dessus de 100/100 000 hab. Les taux les plus élevés étaient retrouvés dans les Bouches-Du-Rhône (217/100 000 hab.), le Rhône (174), Paris (160), les Alpes-Maritimes (153) et le Nord (148).

Le nombre de reproduction effectif (Reff) calculé sur la base des données virologiques (SI-DEP) est significativement supérieur à 1 (Reff : 1,09), estimation en baisse par rapport à celle produite la semaine précédente (Reff : 1,19). Lorsque le Reff est significativement supérieur à 1, ceci signifie que l'épidémie est en progression. Du fait de l'allongement du délai de consolidation des données de SI-DEP, l'estimation du Reff à partir de cette source est **probablement sous-estimée.**

Depuis début juillet (semaine 29), l'épidémie est en progression et le temps nécessaire pour que le nombre de cas hebdomadaire double est estimé à **15,3 jours**. Ce temps de doublement est en augmentation par rapport aux estimations des semaines précédentes (estimé à 13,2 jours en S34, à 13,4 en S35 et 14,4 en S36). Cette estimation est cependant impactée par les saturations des capacités diagnostiques des laboratoires dans plusieurs régions ce qui peut se traduire par un **allongement artificiel du temps de doublement des cas.**

Il est observé **une nette augmentation du nombre de nouveaux clusters détectés en France** (414 clusters (hors Ehpad) signalés en S37 vs. 321 en S36). **Au 14 septembre, 737 clusters restaient en cours d'investigation dont 23% en criticité élevée. Les clusters en entreprises représentent la part la plus élevée de l'ensemble des clusters en cours d'investigation (25%), établissements de santé (22%) et les rassemblements temporaires de personnes (12%).** Depuis septembre, on note une forte hausse des clusters survenus en milieu scolaire (20%). Depuis juillet, la part des clusters survenus en établissements de santé a baissé (18 % en mai-juin vs 7-9 % depuis juillet), et celle en entreprises a augmenté (13% en mai-juin, 29 % en juillet-août, 22 % en septembre).

Il peut être noté, depuis septembre, une augmentation des clusters signalés en lien avec des clubs de sport et notamment dans les clubs de football et de rugby, sports générant de nombreux contacts rapprochés.

Les collectivités dans lesquelles la proportion des clusters à criticité élevée était la plus importante sont les **Ehpad (67%), les communautés vulnérables (55%), les établissements de santé (39%), les établissements médico-sociaux de personnes handicapées (38%) et les établissements sociaux d'hébergement et d'insertion (37%).**

Les clusters survenus en Ehpad étaient en forte augmentation (68 clusters en S37 vs 37 en S36) et les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie comptabilisaient chacune un quart des clusters en cours d'investigation. Le **nombre d'épisodes signalés de COVID-19 par les établissements médico-sociaux** (incluant les Ehpad) était également en augmentation ces dernières semaines et l'augmentation des cas rapportés était plus importante chez les résidents que chez le personnel.

En milieu hospitalier, pour la 6^{ème} semaine consécutive, une **augmentation du nombre de passages aux urgences** pour suspicion de COVID-19 a été observée (+50% en comparaison à S36). Cette augmentation a été observée dans l'ensemble des régions.

Le R effectif calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR[®]) était cette semaine significativement supérieur à 1 (Reff : 1,40) et en hausse par rapport à l'estimation produite la semaine précédente (Reff : 1,20).

Au niveau régional, les deux estimations de Reff (SI-DEP et OSCOUR[®]) étaient simultanément significativement supérieures à 1 dans 10 régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Grand Est, Hauts-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Pays-de-la-Loire. **Ces régions conjuguent une augmentation des nombres de cas ainsi que des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19.**

Les estimations du Reff 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, a continué de progresser pour la huitième semaine consécutive dans toutes les régions, excepté en Centre-Val de Loire et en Provence-Alpes-Côte d'Azur où les taux sont restés stables. Les taux d'hospitalisation les plus élevés étaient observés en Provence-Alpes-Côte d'Azur (9,8/100 000 habitants en S37), en Auvergne-Rhône-Alpes (5,5/100 000 hab.) et en Île-de-France (5,2/100 000 hab.). Dans les autres régions, les taux d'hospitalisations hebdomadaires sont restés inférieurs à 5,0 pour 100 000 habitants.

Les nouvelles admissions en réanimation ont également augmenté (427 en S37, +48% par rapport à S36) dans toutes les régions exceptées en Centre-Val de Loire, Pays de la Loire et en Grand-Est où les taux sont restés stables. C'est en **Provence-Alpes-Côte d'Azur que le taux était le plus élevé (1,9/100 000 habitants), suivi de l'Île-de-France (1,1).**

En semaine 37, selon les données de la Cnam, le nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contact à risque a continué à augmenter, mais avec une tendance à l'infléchissement des nombres de nouveaux cas par rapport aux semaines précédentes. La proportion globale des cas et des personnes-contacts qui ont pu être joints durant la semaine calendaire a progressé mais est restée inférieure à 90%. Le nombre moyen de personnes-contacts par cas est restée faible autour de 3. Cet indicateur est à apprécier au regard de l'existence de nombreux cas pour lesquels aucune personne-contact à risque n'est enregistrée, et du faible nombre de nouveaux cas précédemment identifiés comme personnes-contacts à risque (20%). Ces résultats suggèrent l'existence de nombreuses chaînes de transmission non identifiées et non rattachées à des clusters.

Les données de mortalité liée au COVID-19 sont en augmentation. Le nombre hebdomadaire de décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 est en augmentation (176 décès en S37 vs 129 décès en S36, + 36%). Les nombres de décès rapporté dans les établissements d'accueil pour personnes âgées suivent cette même tendance (89 décès en S37, 0 en S36 et 9 en S35). Même si ces dernières données sont en cours de consolidation, certaines corrections étant actuellement en cours dans certaines régions, l'augmentation des décès rapportée en S37 est significative. Il est également observé une augmentation des décès contenant la mention COVID-19 dans les certificats de décès issus de la certification électronique des décès (135 décès en S37 vs 67 décès en S36, + 265%). La mortalité toutes causes reste cependant actuellement, dans les marges de fluctuation habituelle.

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, en S37, **12 nouveaux départements étaient classés en niveau de vulnérabilité élevé** : Loire (42), Puy-de-Dôme (63), Indre-et-Loire (37), Bas-Rhin (67) Marne (51), Haute-Marne (52), Landes (40), Pyrénées Atlantiques (64), Vienne (86), Aveyron (12), Loire-Atlantique (44), Maine-et-Loire (49) **et 9 nouveaux départements étaient classés en niveau de vulnérabilité modéré** : Allier (03), Cantal (15), Territoire-de-Belfort (90), Loir-et-Cher (41), Ardennes (08), Aisne (02), Corrèze (19), Lot (46), Hautes-Alpes (05).

Le 16 septembre, 38 départements de France métropolitaine étaient en niveau de vulnérabilité modéré, et 41 en niveau élevé. Toutes les régions rapportaient au moins un département en niveau de vulnérabilité modéré.

En France métropolitaine, les régions les plus touchées par la circulation virale en semaine 37 étaient la Provence-Alpes-Côte d'Azur (taux d'incidence de 147/100 000 habitants) et l'Île-de-France (104/100 000 hab.).

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, et plus spécifiquement dans les Bouches-du-Rhône, la circulation virale s'est intensifiée depuis mi-juillet avec un quasi doublement des cas chaque semaine. La circulation virale est particulièrement importante à Marseille (taux d'incidence de 299,5/100 000 hab. en S37). Du fait d'une saturation des plateformes des laboratoires, les données de la semaine 37 sont sous-estimées. Il est observé une augmentation des passages aux urgences et des actes SOS Médecins. La file active des patients hospitalisés en réanimation continue d'augmenter et concerne essentiellement des patients de plus de 60 ans. Les Bouches-du-Rhône, les Alpes-Maritimes, le Var et le Vaucluse sont classés en niveau de vulnérabilité élevé.

En Île-de-France, la progression de la circulation virale s'est poursuivie. Les indicateurs de passages aux urgences, nombres d'actes SOS Médecins et les nombres de clusters ont poursuivi leurs augmentations. Les indicateurs virologiques (taux d'incidence, nombre de cas) ont montré un ralentissement du fait d'une saturation des capacités d'analyse des laboratoires. L'ensemble des départements d'Île-de-France est classé en niveau de vulnérabilité élevé.

En **Nouvelle-Aquitaine**, et plus spécifiquement dans les **communes de Bordeaux Métropole**, les indicateurs étaient en nette hausse. Le taux d'incidence a été multiplié par 9 au cours des quatre dernières semaines et a atteint 234/100 000 hab. en semaine 37. Sur ce territoire, 43 clusters sont en cours d'investigation (dont 23 à Bordeaux). Les nombres de nouvelles hospitalisations et d'admissions en réanimation sont en augmentation ces dernières semaines.

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

Aux Antilles : en Guadeloupe et à Saint-Martin, les indicateurs de surveillance étaient en hausse. La Guadeloupe a enregistré le plus fort taux hebdomadaire de nouvelles hospitalisations (20,4/100 000 habitants). **En Martinique et à Saint Barthélemy**, le taux d'incidence et le taux de positivité se sont stabilisés. Les 4 territoires restent classés en niveau de vulnérabilité élevé.

A La Réunion, la circulation virale s'est maintenue avec une stabilisation du taux d'incidence, des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 et des hospitalisations. La Réunion est toujours classée en niveau de vulnérabilité modéré.

En Guyane, l'épidémie a poursuivi sa régression. Les nouvelles hospitalisations étaient en diminution, ainsi que les admissions en réanimation et les décès. La Guyane reste classée en niveau de vulnérabilité élevé.

A Mayotte, selon les données des laboratoires collectées directement par la cellule régionale, le taux d'incidence était en diminution, le taux de positivité est resté stable. Il n'y a plus de patients COVID-19 en réanimation. 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.

Les estimations des enquêtes de séroprévalence conduites à partir de prélèvements réalisés au cours de la semaine 20 (11 au 17 mai) sont présentées dans ce point épidémiologique. **L'estimation de la proportion de la population ayant rencontré le virus en semaine 20 (i.e au cours de la première vague de l'épidémie) est estimée à 4,9%.** Cette proportion est maximale en Ile-de-France (8,8%) et Grand Est (8,6%), régions où la circulation virale a été la plus intense. Il est estimé que 3,3% de la population a rencontré le virus puis développé des anticorps neutralisants. La proportion de la population ayant été infectée par le SARS-CoV-2 lors de la première vague est très en-deçà de la proportion devant être atteinte afin que l'immunité de groupe permette de contrôler la circulation virale.

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

La santé mentale des Français, dégradée en début de confinement, s'est depuis significativement améliorée pour tous les indicateurs (états anxieux, dépressifs et satisfaction de vie) à l'exception des problèmes de sommeil qui 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 stabilisée début juillet. Une adoption moins systématique des mesures de prévention peut être liée à un relâchement associé à la période estivale. **Seul le port systématique du masque en public continue d'augmenter depuis fin juillet.**

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 conclusion

Dans les départements d'outre-mer, les indicateurs épidémiologiques confirment une circulation toujours active du SARS-COV-2 notamment en Guadeloupe. En Guyane et à Mayotte, même si l'épidémie est en régression, le virus continue de circuler.

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

L'ensemble des indicateurs de suivi de l'épidémie de COVID-19 est en nette augmentation. L'augmentation est observée au niveau de la médecine de ville grâce aux données du réseau Sentinelles et celles du réseau SOS Médecins (+74% entre S36 et S37). Au niveau hospitalier, il est également observé une augmentation des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (+50% entre S36 et S37), des nouvelles hospitalisations (+45%) ainsi que des admissions en réanimation (+48%).

Les nombres de nouveaux cas confirmés ainsi que les taux de positivité sont en hausse. Cependant, du fait des saturations des capacités diagnostiques des laboratoires dans plusieurs régions, ces augmentations sont certainement sous-estimées.

Le nombre de décès liés au COVID-19 est en augmentation dans les établissements de santé (+36% entre S36 et S37) ainsi que dans les établissements d'accueil pour personnes âgées. La surveillance des certificats de décès transmis par la certification électronique des décès rapporte également une nette augmentation des décès contenant la mention COVID-19 entre les semaines 36 et 37.

Les hausses des admissions en hospitalisation conventionnelle, en réanimation, ainsi que des décès étaient attendues du fait de la transmission communautaire non maîtrisée et de l'augmentation exponentielle des cas confirmés de COVID-19 rapportée depuis mi-août 2020. Les formes graves conduisant à des hospitalisations, des admissions en réanimation et des décès surviennent avec un décalage de 2 à 3 semaines après le signalement des cas.

Si le virus continue de circuler largement chez les adultes jeunes, l'augmentation des cas chez les 75 ans et plus, l'augmentation des signalements et des clusters survenus en Ehpad ainsi que les premières augmentations des nombres de décès pour COVID-19 sont des signaux d'alerte majeurs.

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

Au niveau national, les nouvelles hospitalisations, les admissions en réanimation pour COVID-19 restent actuellement modérés en comparaison de la période mars-avril mais **l'intensification de la diffusion du virus chez les personnes les plus âgées, fait craindre la poursuite des hospitalisations et des décès dans les semaines à venir.**

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

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

Ces mesures doivent être respectées par tous, y compris les plus jeunes. Effectivement, si le risque de complication est faible chez l'enfant et le jeune adulte, ils contribuent à la diffusion du virus vers les tranches d'âge et les populations à risque de formes graves ainsi que le montre l'évolution de la situation épidémiologique de ces dernières semaines.

Méthodes

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

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

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

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

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

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

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

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

Recensement des cas probables et confirmés de COVID-19 et décès parmi les professionnels d'un établissement de santé public ou privé : données déclaratives hebdomadaires par établissement sur les données depuis le 1^{er} mars 2020 (depuis le 22 avril 2020).

SI-DEP (système d'information de dépistage) : plateforme sécurisée avec enregistrement systématiquement des résultats des laboratoires de tests pour SARS-COV-2 (depuis le 13 mai).

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

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

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directeur adjoint de publication

Dr Jean-Claude Desenclos

Equipe de rédaction

Sophie Vaux, Leïla Saboni, Christine Campese, Fanny Chéreau, Anne Fouillet, Guillaume Spaccaveri, Patrick Rolland, Valérie Henry, Céline Caserio-Schonemann, Myriam Fayad, Julien Durand, Cécile Forgeot, Edouard Chatignoux, Didier Che, Camille Le Gal, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, 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, Pierre Arwidson, Claire Sauvage, Laurian Lassara, Harold Noël, Stéphane Le-Vu, Gaëlle Pedrono

Avec l'ensemble des équipes de Santé publique France aux niveaux national et régional

Contact presse

Vanessa Lemoine
Tél : +33 (0)1 55 12 53 36
presse@santepubliquefrance.fr

Diffusion Santé publique France

12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex

Tél : +33 (0)1 41 79 67 00
www.santepubliquefrance.fr

Date de publication :
17 septembre 2020

Pour en savoir plus sur :

► **Les méthodes du système de surveillance** : consulter la page [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr)

► **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