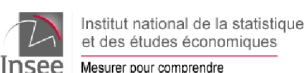


Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19
médecins libéraux, SAMU
Centre 15, médecins hospitaliers,
Laboratoires de biologie
médicale hospitaliers et de ville
Agences régionales de santé (ARS)
Les Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de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



COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 23 juillet 2020

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données concernant 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 21 juillet 2020.

Points clés

► En France métropolitaine

- Augmentation de l'incidence des cas (+27% entre semaines 28 et 29) plus rapide que l'augmentation des dépistages (+3% entre S28 et S29)
- Augmentation de l'incidence chez les personnes âgées de 75 ans et plus
- Augmentation des signalements en établissements médico-sociaux
- Arrêt de la diminution des admissions en réanimation
- Augmentation en semaines 28 et 29, du nombre de patients testés tardivement (symptômes apparus 5 à 7 jours avant le prélèvement)
- Sept départements avec un taux d'incidence > 10/100 000 habitants en S29
 - **Mayenne** : classée en niveau de vulnérabilité élevé (incidence des cas en augmentation, très forte activité de dépistage, taux de positivité en diminution, 2 clusters avec diffusion communautaire)
 - **Finistère, Gironde et Vosges** : classés en niveau de vulnérabilité modéré

► En Guyane et à Mayotte : pics épidémiques franchis, poursuite de la circulation du virus à un niveau élevé

► Diminution de l'adoption systématique des mesures de prévention (garder une distance d'au moins 1 m, saluer sans serrer la main, arrêter les embrassades), stabilisation des mesures d'hygiène et port du masque.

Chiffres clés en France

Indicateurs hebdomadaires, semaine 29 (13 au 19 juillet 2020)

	S29	S28
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	4 397	(3 910)*
Taux de positivité (%) pour SARS-COV-2 (SI-DEP)	1,2	(1,1)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	3 163	(2 339)*
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	1 914	(1 515)*
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	604	(606)*
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	83	(78)*
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	94	(182)*

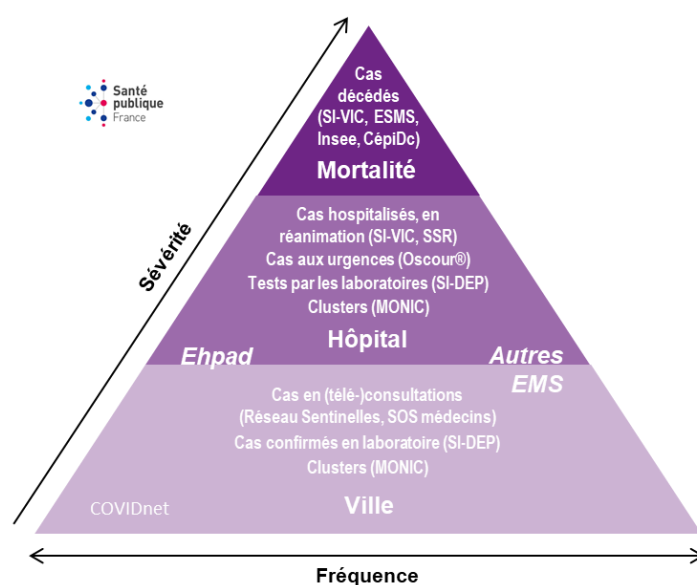
Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 21 juillet 2020

* données consolidées

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	106 296
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	30 165

Sommaire	Page
Chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire	3
Surveillance à partir des associations SOS Médecins	4
Surveillance à partir des laboratoires de virologie	5-8
Cas confirmés de COVID-19	9
Signalement des clusters à visée d'alerte	10-12
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	13-14
Surveillance aux urgences	15
Nombre de reproduction effectif «R effectif»	16
Surveillance en milieu hospitalier	17-19
Contexte de contamination des soignants	20
Surveillance de la mortalité	21-24
Analyse de risque contextualisée	25
Situation internationale	26
Prévention	27-28
Discussion	29-32
Méthodes	33

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

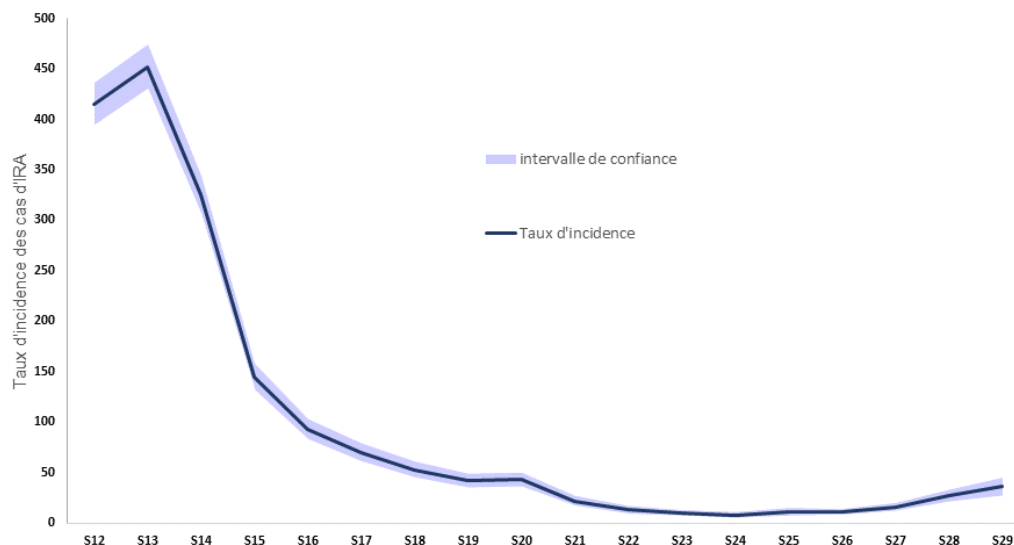
Surveillance en médecine ambulatoire

Réseau Sentinelles

La surveillance spécifique du COVID-19 du Réseau Sentinelles (Inserm, Sorbonne Université) a été mise en place le 16 mars 2020. Après le déconfinement, la surveillance virologique en vigueur des IRA (infection respiratoire aiguë) effectuée par les médecins du réseau a été suspendue durant les semaines 20 et 21 et relayée par une surveillance basée sur les recommandations de la DGS¹ qui préconise la réalisation d'un test pour tout patient suspect de COVID-19. Les prélèvements et analyses sont donc réalisés par les laboratoires de ville depuis la semaine 22.

- **En semaine 29** (du 13 au 19 juillet 2020), le **taux de consultations (ou téléconsultations) pour une IRA estimé était de 36/100 000 habitants [intervalle de confiance à 95% : 27-45]** en France métropolitaine. **Il était en tendance à la hausse par rapport à celui de la semaine 28** (du 6 au 12 juillet 2020) : 27/100 000 habitants (IC95% : 21-33] (Figure 1). **Ce taux suit une tendance à la hausse pour la 3^{ème} semaine consécutive.**
- **En semaine 29**, sur les 236 cas suspects de COVID-19 identifiés, un **prélèvement a été prescrit pour 93% d'entre eux**. Les résultats des analyses étaient connus pour 99 patients et 9 patients avaient été testés positifs (9,1%).
- Depuis le 25 mai 2020, un prélèvement a été prescrit pour 94% des 1 624 cas suspects de COVID-19 identifiés. Les résultats des analyses étaient connus pour 1 159 patients et étaient positifs pour 24 (3,2%) patients. Ces données seront consolidées au cours des prochaines semaines.

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)



[1] DGS-Urgent. Prise en charge par les médecins de ville des patients de COVID-19 en phase de déconfinement.

Associations SOS Médecins

- Depuis le 3 mars 2020, **66 116 actes** médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 19 juillet 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- En semaine 29** (13 au 19 juillet 2020), **3 163 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 (16%), Nouvelle-Aquitaine (14%) et Auvergne-Rhône-Alpes (13%).
- Ce nombre d'actes, tous âges confondus, était **en hausse pour la quatrième semaine consécutive** (+35%, soit +824 actes, par rapport aux 2 339 actes enregistrés en semaine 28). La **hausse du nombre d'actes** par rapport à la semaine 28 était observée chez les **adultes uniquement**. Elle était de +44% chez les 15-44 ans (soit +574 actes), de +64% chez les 45-64 ans (soit +189 actes) et de +49% chez les 65 ans et plus (soit +90 actes).
- La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale chez les adultes était en hausse : 5,4% en S29 vs 4,2% en S28 (Figure 2).
- Les quatre régions qui augmentent le plus rapidement sont la **Bretagne** (+88%), le **Centre-Val de Loire** (+74%), la **Nouvelle Aquitaine** (+69%) et le **Grand-Est** (+64%) (Figure 3).

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)

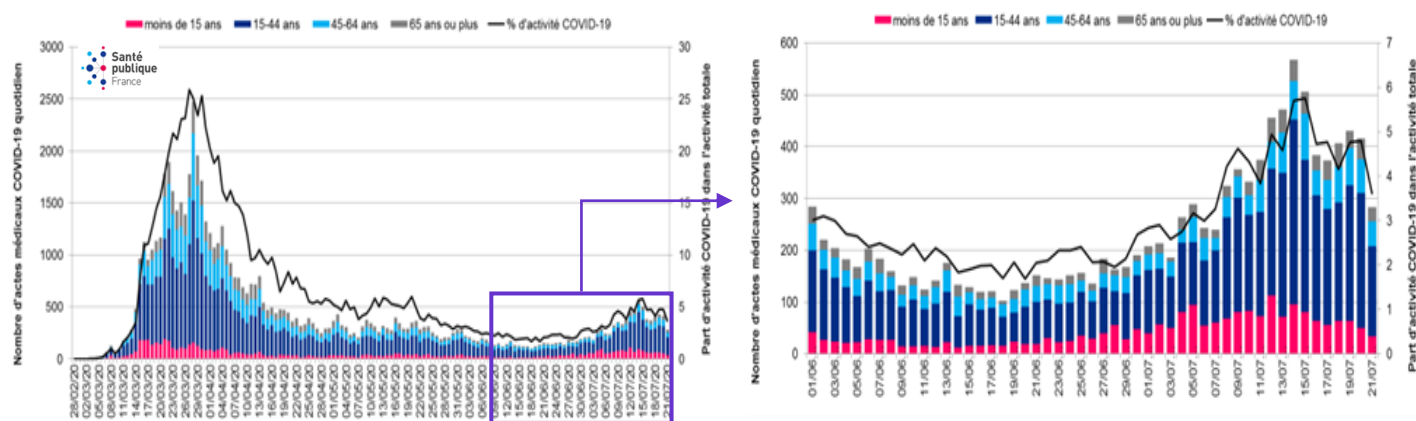
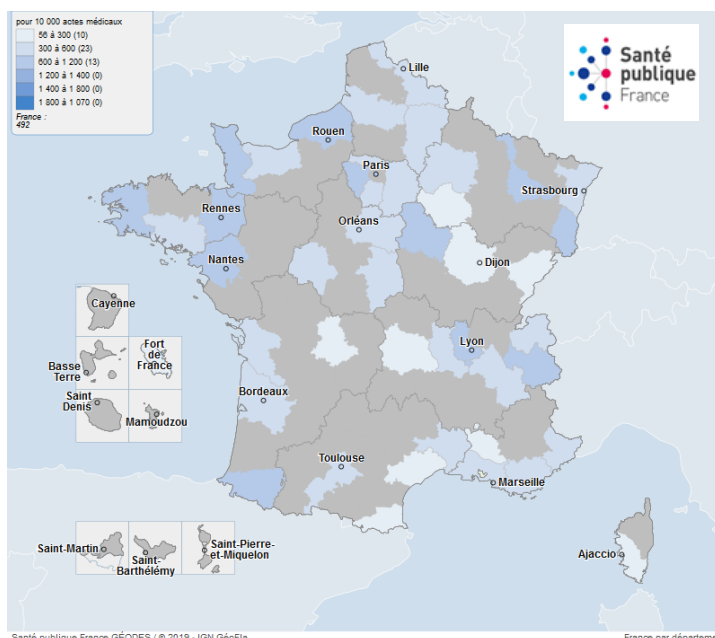


Figure 3. Taux d'actes médicaux hebdomadaires pour suspicion de COVID-19 (/10 000 actes), semaine 29, France (source : SOS Médecins)



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 nouveau 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.

- Au 22 juillet, la quasi-totalité des laboratoires (5 532 sites de prélèvements) a transmis des données.

En France

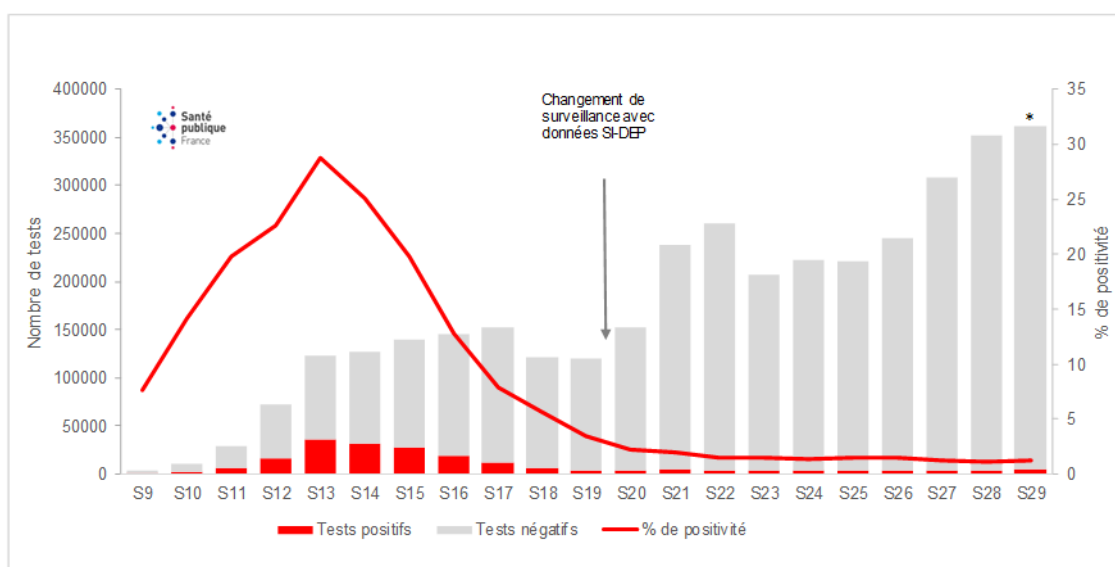
Au niveau national, en semaine 29, 360 956 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2 en RT-PCR, et le test était **positif pour 4 397 cas**. Le nombre de patients positifs est en augmentation par rapport à la semaine précédente (3 910 patients en S28, +12,5%).

Le taux national d'incidence (nombre de nouveaux cas rapportés à la population) était de 6,6 cas / 100 000 habitants (vs 5,8 cas / 100 000 habitants en S27).

Le taux de positivité national hebdomadaire était de 1,2% (calculé sur les tests valides) **et en légère augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (1,1% en S28) (Figure 4).

Le taux de dépistage (nombre de patients testés pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **538/100 000 habitants** (vs 523 en S28). En S29, 360 956 personnes avaient été testées par RT-PCR en France.

Figure 4. Nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité dans les laboratoires, par semaine, France, 2020 (source S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20 : SI-DEP)



En France métropolitaine

- En semaine 29, 344 357 patients ont été testés et 3 589 patients sont positifs pour le SRAS-CoV-2.
- Le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 était en augmentation pour la troisième semaine consécutive : S27 : 2 348 (+13%), S28 : 2 832 (+21%), S29 : 3 589 (+27%) et l'augmentation s'intensifie (Figure 4).
- Le taux d'incidence en France métropolitaine était 5,5 cas / 100 000 habitants (vs 4,4 en S28).
- Le taux de positivité était également en augmentation (1,0 en S29 vs 0,8 en S28, +23%).
- Le taux de dépistage hebdomadaire était de 531/100 000 habitants (vs 508/100 000 h en S28). En S29, 344 357 personnes avaient été testées par RT-PCR en France métropolitaine.

L'augmentation des dépistages observés depuis plusieurs semaines est moins forte en S29 (S27 : 451/100 000 h, +27%, S28 : 516 /100 000 h, +14%, S29 : 531, +3%) (Figure 5a).

L'augmentation des nouveaux cas positifs est ainsi depuis deux semaines supérieure à l'augmentation des nombres de patients testés (S28 : respectivement +21% et +14%, S29 : +27% et +3%).

Figure 5a. Evolutions des taux d'incidence et taux de dépistage (/100 000 habitants) (4a.), par semaine, France métropolitaine (source SI-DEP).

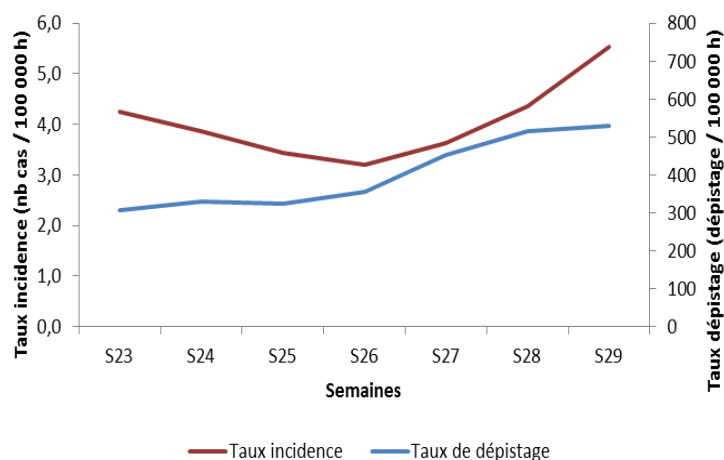
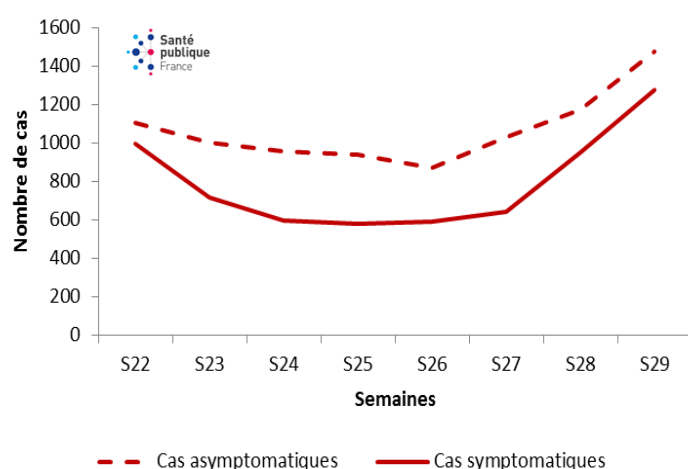


Figure 5b. Evolutions des nombres de cas confirmés de SARS-CoV-2 en fonction de la présence ou non de symptômes (14 902 cas décrits), par semaine, France métropolitaine (source SI-DEP).



• **Les personnes asymptomatiques représentaient 54% des cas positifs en S29.** La proportion des personnes asymptomatiques parmi les cas est en diminution ces dernières semaines (S27 : 62%, S28 : 55%, S29 : 54%). L'augmentation des cas SARS-CoV-2 présentant des symptômes est plus importante (S28 : +48%, S29 : +34%) que l'augmentation des cas de personnes asymptomatiques (S28 : +14%, S29 : 26%) (Figure 5b).

• **Les personnes asymptomatiques représentaient 63% des personnes testées en S29.** La proportion des personnes asymptomatiques parmi les personnes testées est en diminution ces dernières semaines (S27 : 72%, S28 : 64%, S29 : 63%). L'augmentation des personnes symptomatiques testées est plus importante (S28 : +49%, S29 : +5%) que l'augmentation des personnes asymptomatiques testées (S28 : +6%, S29 : 1%).

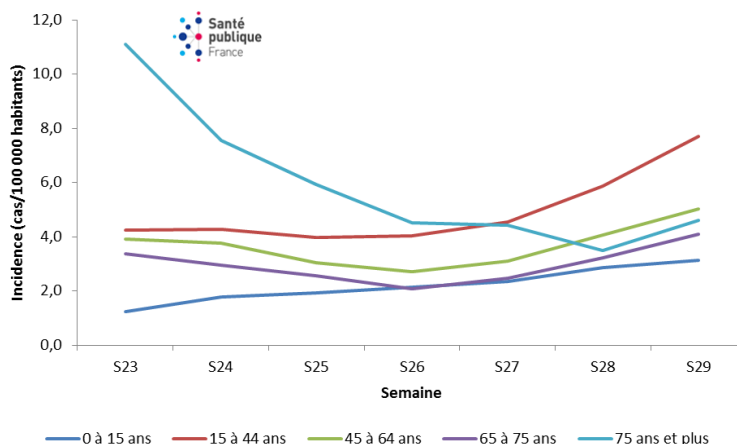
Ces résultats montrent que l'augmentation des cas observée depuis la semaine 27 n'est pas uniquement liée à l'intensification des actions de dépistage de personnes asymptomatiques telles que mises en place dans le cadre d'investigations, mais reflète une augmentation réelle du nombre de cas symptomatiques.

• Analyse par tranche d'âge

L'analyse de l'incidence des cas de SARS-CoV-2 par tranches d'âge (Figure 6) montre une augmentation de l'incidence chez les enfants dès la S24, une augmentation de l'incidence chez les adultes à partir de la S27 que ce soit chez les adultes les plus jeunes (15-44 ans) ou plus âgés (45-64 ans et 65 à 75 ans). Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, l'incidence a diminué jusqu'en S 28 et est en augmentation depuis la S29.

En semaine 29, l'augmentation des cas concerne l'ensemble des tranches d'âge.

Figure 6. Evolutions des incidences des cas de SARS-CoV-2 en fonction des tranches d'âge, depuis la semaine 23, France métropolitaine (source SI-DEP).



• Délais entre l'apparition des symptômes et le dépistage

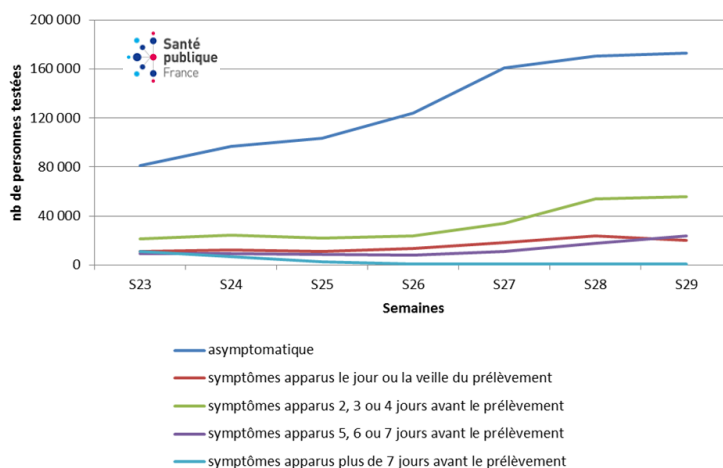
Les délais entre le prélèvement et l'apparition des symptômes est renseigné dans SI-DEP. En semaine 29, cette information était disponible pour 273 819 personnes testées (79% des personnes testées). La figure 7 représente l'évolution du nombre de personnes testées en tenant compte du délai entre la survenue des symptômes et la réalisation du prélèvement. Les nombres de personnes asymptomatiques testées sont également rapportés.

Pour les personnes asymptomatiques, il est observée une forte augmentation des nombres de personnes testées jusqu'en semaine 27, puis une stabilisation à compter de cette semaine.

Pour les personnes symptomatiques, il est observé une augmentation des personnes testées à partir de la semaine 27. **Depuis la semaine 28, il est observé une stabilisation voir une diminution des nombres de personnes testées dont les symptômes étaient les plus récents** (symptômes apparus le jour ou la veille du prélèvement ainsi que 2, 3, 4 jours avant le prélèvement). **En revanche, il est observé en semaines 28 et 29, une augmentation des nombres de patients testés pour lesquels les symptômes sont plus tardifs** (symptômes apparus 5, 6 et 7 jours avant le prélèvement) (Figure 7).

Ces tendances pourraient s'expliquer soit par un retard pris lors de la mise en place des investigations ou du signalement tardif des symptômes ces dernières semaines, soit par une augmentation des délais d'attente pour la réalisation des prélèvements.

Figure 7. Evolutions des nombres de patients testés par RT-PCR en fonction des délais entre la date d'apparition des symptômes et le prélèvement, depuis la semaine 23, France métropolitaine (source SI-DEP).



Au niveau régional

Sept départements métropolitains ont des taux d'incidence supérieurs à 10/100 000 habitants : Mayenne (72,4 /100 000 habitants), Vosges (20,0 /100 000 h), Finistère (15,6/100 000 h), Val d'Oise (13,3/100 000 h), Haut-Rhin (13,1/100 000 h), Paris (12,5/100 000 h) et Seine-Saint-Denis (11,1/100 000 h) (Figure 8a).

Le taux de positivité était inférieur à 5% dans l'ensemble des départements de France métropolitaine (Figure 8b). Les départements métropolitains présentant les plus forts taux de dépistage en S29 étaient la Mayenne (2 226/100 000 h), les Bouches-du-Rhône (856 / 100 000 h), le Calvados (854/100 000 h) et Paris (779 / 100 000 h) (Figure 8c).

En Mayenne, le nombre de cas confirmés a continué à augmenter (135 en S27, 171 en S28 et 221 en S29). Des campagnes de dépistage en cours induisent une augmentation des tests réalisés (1 657 en S27, 2 984 en S28 et 6 800 en S29). Le taux de positivité des patients testés est en diminution et est de 3,3% en S29 (5,7% en S28, 8,1% en S27, 3,1% en S26).

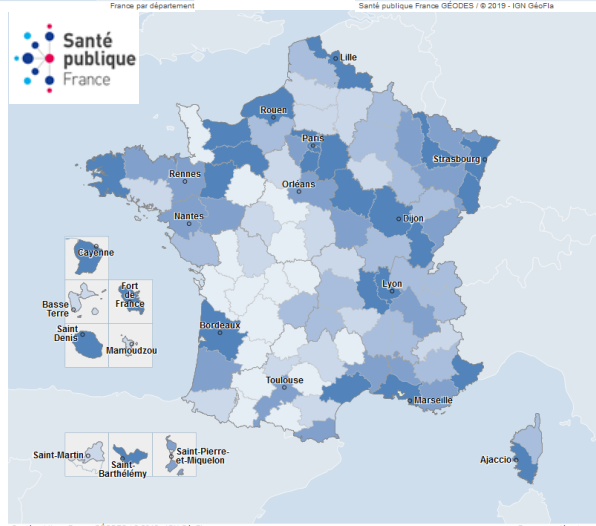
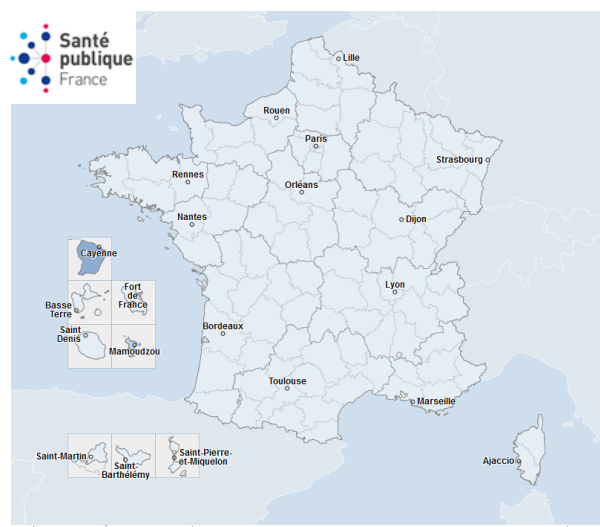
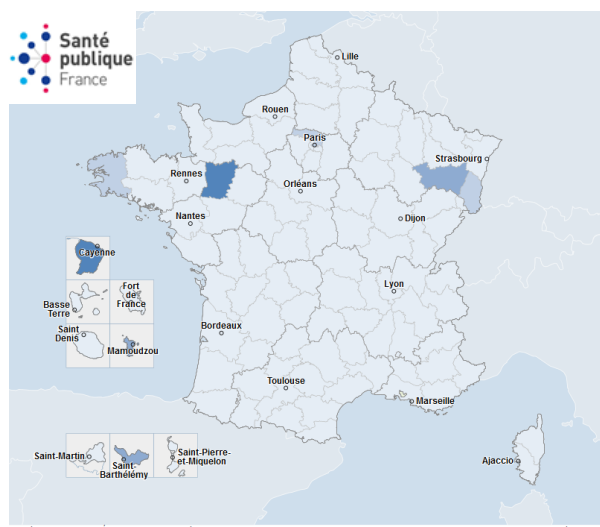
En outre-mer :

Le nombre de patients testés était en augmentation par rapport à la semaine précédente, avec un taux de dépistage de 657/100 000 h vs. un taux de 633/100 000 habitants en semaine 28. En Guyane, le taux de dépistage était en baisse 1 272 / 100 000 h en semaine 29 (vs. 1 521/100 000 h en S28).

En Guyane, en semaine 29, les indicateurs étaient en baisse. Le taux de positivité était de 17,5% (vs. 21,3% en S28) et le taux d'incidence de 222,9/100 000 habitants (vs. 323,7/100 000h en S28).

A Mayotte, en semaine 29, les indicateurs étaient en augmentation et rejoignent les niveaux de la semaine 27. Le taux de positivité était de 9,4% (vs 5,9% en S28 et 10,2 en S27) et le taux d'incidence de 31,5/100 000 habitants (vs 18,2/100 000 h en S28, 33,3 en S27). Ces résultats, issus de SI-DEP, divergent légèrement de ceux analysés grâce aux données envoyées directement par les laboratoires à la cellule régionale (S29 : incidence : 29,3/100 000 hab., taux de positivité : 9,4%).

Figures 8. Taux d'incidence (7a), de positivité (7b) et de dépistage (7c) pour le SARS-CoV-2 par département (/100 000 habitants), France, du 13 au 19 juillet 2020 (source SI-DEP)

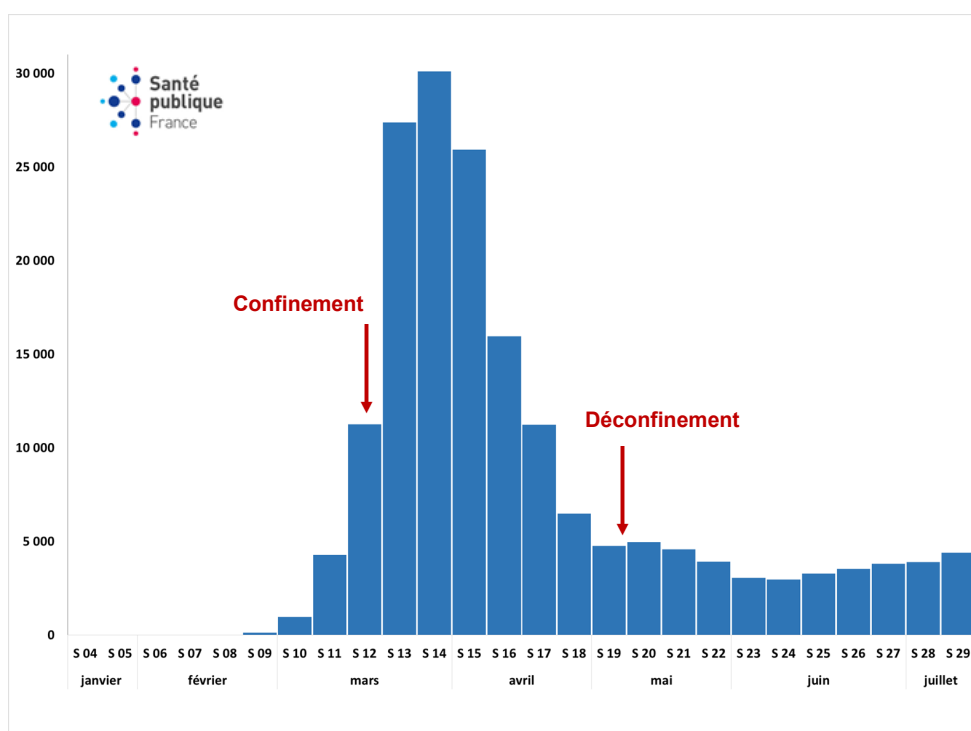


Cas confirmés de COVID-19

- Les données permettant d'estimer le nombre de cas confirmés en France sont issues de plusieurs sources.
- Entre le 21 janvier et le 25 mars 2020, 25 233 cas de COVID-19 ont été signalés à Santé publique France via l'application GoData ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France.
- 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 22 juillet 2020, 38 093 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Il est ainsi estimé un total de **178 336 cas confirmés de COVID-19** en France au 22 juillet 2020.
- De la semaine 15 à la semaine 24, le **nombre hebdomadaire de cas confirmés a été en diminution**, passant de 30 111 cas confirmés en S14 à 2 975 cas en S24. Néanmoins, depuis la semaine 24, le **nombre hebdomadaire de cas confirmés est à nouveau en augmentation**, passant de 2 975 cas confirmés en S24 à 4 397 cas en S29 (Figure 9).

En France métropolitaine, le nombre de cas confirmés est en augmentation modérée (S27 : 2 348, S28 : 2 832 (+21%), S29 : 3589 (+27%)).

Figure 9. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 23 janvier au 19 juillet 2020 (données arrêtées le 22 juillet 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 le déconfinement, il est demandé que les patients présentant des symptômes évocateurs du COVID-19 ainsi que les sujets contacts d'un cas confirmé soient dépistés pour le SARS-CoV-2 [1]. A compter de cette date et grâce au système SI-DEP, le nombre de cas confirmés permet désormais, théoriquement, d'estimer le nombre réel de cas de COVID-19 en France. Ce nombre peut cependant être sous-estimé du fait de l'absence de dépistage systématique de personnes infectées symptomatiques ou asymptomatiques.

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

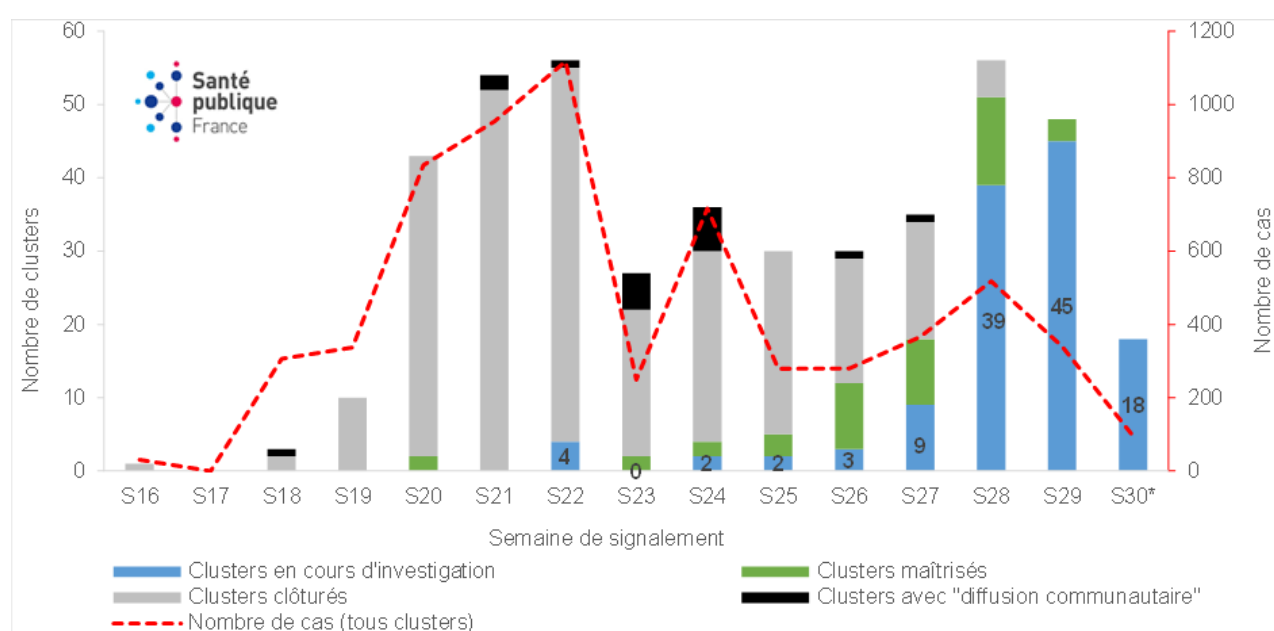
Signalement à visée d'alerte des clusters (ou foyers de transmission)

Depuis la levée du confinement, le 11 mai 2020, les ARS en lien avec les cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters (ou foyers de contamination), selon le guide en vigueur [1]. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler ces foyers. Un **cluster** est défini par au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, appartenant à une même communauté ou ayant participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non. Le 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 9 mai 2020 est présenté ici, en distinguant les foyers hors Ehpad et milieu familial restreint, et les foyers spécifiquement survenus en Ehpad.

Cluster hors Ehpad et milieu familial restreint

- **Au 22 juillet 2020**, le bilan s'élève à 447 clusters dont 424 en métropole et 23 dans les départements-régions d'outre-mer (Figures 10, 11). **La tendance depuis deux semaines (S28-S29) est soutenue, du même ordre de grandeur qu'à la levée du confinement.**
- **Un quart reste en cours d'investigation** (27%, n=122) dont un tiers en criticité élevée (potentiel de transmission, critères de gravité) ; 9% sont maîtrisés (suivi des contacts en cours, absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas), 60% sont clôturés (absence de nouveaux cas 14 jours après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine des contacts), et **4% ont diffusé dans la communauté** dont 15 en Guyane et 2 en métropole en Mayenne (1 nouveau signalé le 22 juillet 2020), celui en Seine-Maritime ayant été clôturé.
- **Ils surviennent de façon inchangée pour 82% dans 4 collectivités** : établissements de santé (23%), entreprises hors santé (23%), établissements/communautés associés à des situations de précarité et de vulnérabilité (19%), milieu familial élargi (17%) (Tableau 1).
- **La majorité (69%) comporte toujours plus de 5 cas** ; Le nombre moyen de cas par cluster reste de 14 cas, et au total, les 447 clusters sont à l'origine à présent de 6 423 cas.

Figure 10. Distribution du nombre de clusters selon leur statut (hors Ehpad et milieu familial restreint) et du nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement inclus entre le 9 mai et le 22 juillet 2020 (N=447), au 22 juillet 2020 (Source : MONIC)



* données provisoires

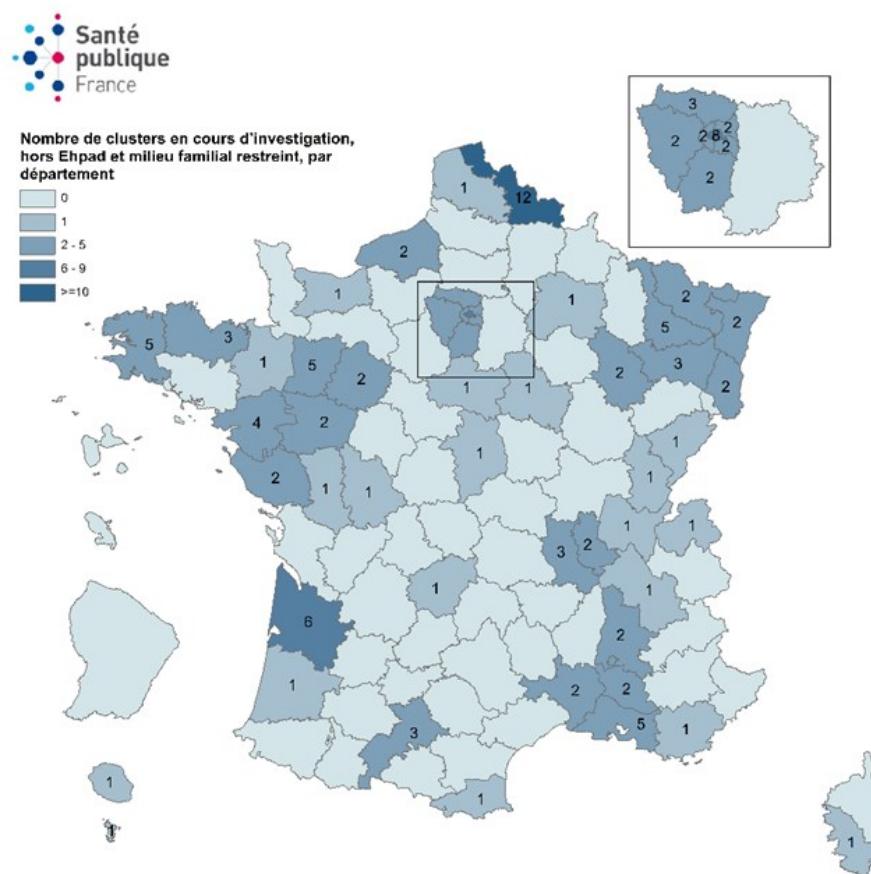
[1] Pour en savoir plus : [Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19](#)

Tableau 1 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par type de collectivité, inclus entre le 9 mai et le 22 juillet 2020 (N=447) (Source : MONIC)

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=447	%	N=122	%
Entreprises privées et publiques (hors ES)	88	23	35	36
Etablissements de santé	87	23	13	13
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	67	17	18	19
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	53	14	8	8
EMS de personnes handicapées	22	6	7	7
Milieu scolaire et universitaire	20	5	4	4
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	19	5	3	3
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	21	5	15	15
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	14	4	2	2
Crèches	8	2	4	4
Etablissement pénitentiaires	5	1	0	-
Transport (avion, bateau, train)	5	1	1	-
Structure de l'aide sociale à l'enfance	3	1	1	-
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-	0	-
Autre	35	9	11	11

ES : établissement de santé

Figure 11. Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) en cours d'investigation par département, inclus entre le 9 mai et le 22 juillet 2020 (N=122) (Source : MONIC)



Source : MONIC - Santé publique France

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

Clusters en Ehpad

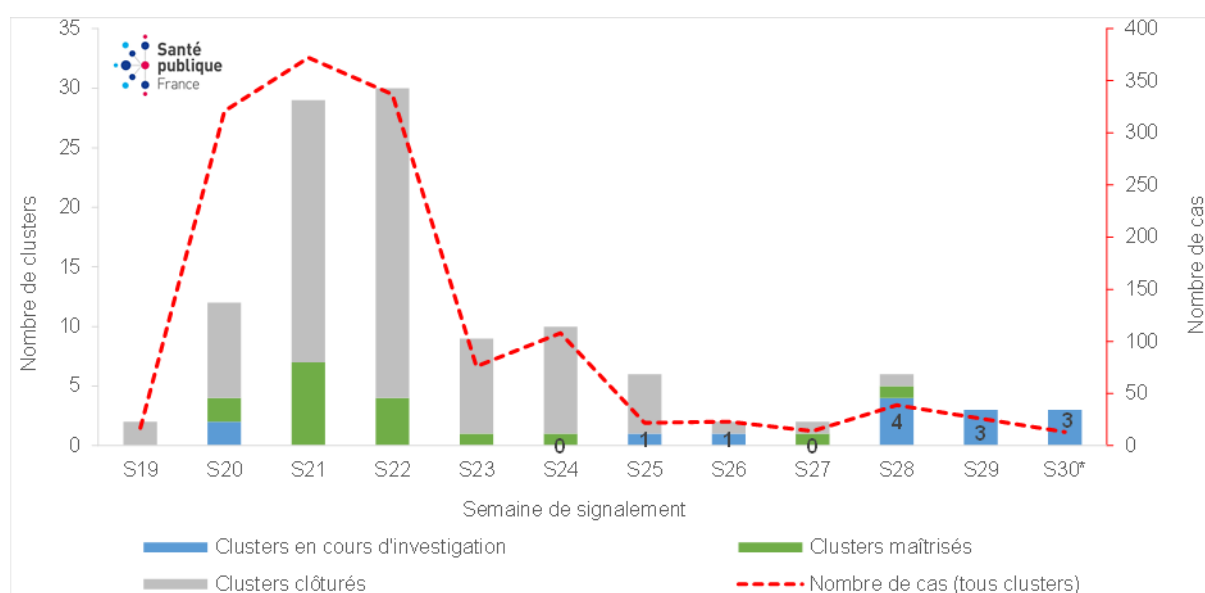
Parallèlement aux dispositifs de surveillance mis en place dans les ESMS (cf page 12), les épisodes répondant à la définition de cas d'un cluster (survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours) sont intégrés dans le système d'information MONIC, développé par Santé publique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

- **Au 22 juillet 2020**, le bilan est de 114 clusters (criticité élevée), **le nombre hebdomadaire de nouveaux foyers restant très faible depuis près de 2 mois** (Figure 12).

12% (n=14) restent en cours d'investigation, 15% sont maîtrisés, 73% sont clôturés et **aucun cluster n'a diffusé dans la communauté**.

La majorité (66%) comporte plus de 5 cas ; Le nombre moyen de cas par cluster est de 12 cas, et au total, les 114 clusters sont à l'origine de 1 368 cas.

Figure 12 : Distribution du nombre de clusters en Ehpad selon leur statut et du nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement inclus entre le 9 mai et le 22 juillet 2020 (N=114), au 22 juillet 2020 (Source : MONIC)



* données provisoires

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

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 ont commencé à déclarer leurs épisodes via l'application de Santé publique France. Les données d'Ile-de-France sont à interpréter avec prudence en attendant que le transfert de données soit stabilisé.

- Depuis le 1er mars 2020 et jusqu'au 20 juillet, 8 216 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 et le portail de l'ARS Ile-de-France.
- Il s'agissait de 5 173 (63 %) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 3 043 (37 %) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 2).
- Parmi les 8 216 signalements (Tableau 2) :
 - **39 554 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents.
 - **10 516 cas sont décédés dans l'établissement d'accueil**, dont 10 430 dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
 - **3 921 cas sont décédés à l'hôpital.**
 - **20 516 cas confirmés** ont été rapportés parmi les membres du **personnel des ESMS.**
- Depuis le 1er mars et jusqu'au 20 juillet 2020, parmi les 5 173 signalements en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 3 448 (67%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Au cours des semaines S28 et S29 (du 6 au 19 juillet), parmi l'ensemble des EHPA en France, 59 (**0,6%**) **établissements ont déclaré au moins un nouveau cas confirmé de COVID-19** parmi les résidents ou le personnel. Sur la même période, parmi les EHPA en France (Ile-de-France exclue), 58 (0,6%) établissements ont signalé un nouvel épisode (date de début des signes du premier cas ou à défaut date de signalement comprise entre le 6 et le 19 juillet) avec au moins un cas confirmé.

Tableau 2 : 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 20 juillet 2020, France

		EHPA ¹	HPH ²	Aide en-fance ³	Autres ⁴	Total
	Signalements ⁵	5 173	2 339	370	334	8 216
Chez les résidents	Cas confirmés ⁶	34 904	4 028	160	462	39 554
	Décès hôpitaux ⁷	3 696	204	0	21	3 921
	Décès établissements ⁷	10 430	75	0	11	10 516*
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	16 590	3 465	274	187	20 516

* Le nombre de nouveaux décès en établissement totaux chez les résidents a diminué entre le 15 et le 20 juillet en raison de corrections d'erreurs de saisie sur les jours précédents.

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

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

³Aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS) ⁴Autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement) ;

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

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

⁷Cas possibles et confirmés décédés.

- Le nombre hebdomadaire de signalements provenant d'ESMS en France (Ile-de-France exclue) est en augmentation depuis la semaine 28 (S27 : 62, S28 : 98 et S29 : 105 signalements) (Figure 13).

En semaine 29, le nombre de signalements est au même niveau que ce qui était rapporté en semaine 22 (entre le 25 et le 31 mai), 65% de ces signalements concernent des établissements d'accueil pour personnes âgées. Ces signalements concernent des épisodes confirmés ou non.

Le nombre d'épisodes confirmés sur la même période a également augmenté depuis la semaine 28 (S27 : 28, S28 : 46, S29 : 37). **Le nombre d'épisodes confirmés de la semaine 28 est au même niveau que ceux rapportés en semaine 21 (S21 : 44),** soit une semaine après la levée du confinement. Les pourcentages de confirmation des épisodes restent réduits ces dernières semaines (S28 : 47%, S29 : 35%).

- Le nombre de décès chez les résidents, en établissement et à l'hôpital, a atteint un pic début avril et décroît continuellement depuis : ce nombre était inférieur à 10 décès par jour les cinq dernières semaines en France hors Ile-de-France (Figure 14).

Figure 13. Nombre 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 20 juillet 2020, France (hors Ile-de-France).

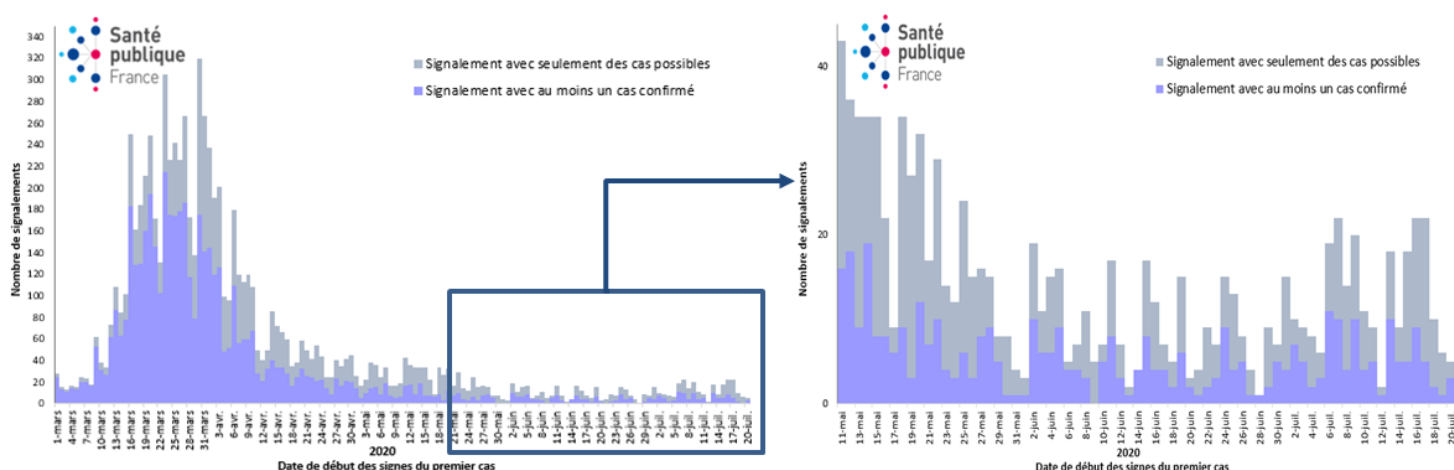
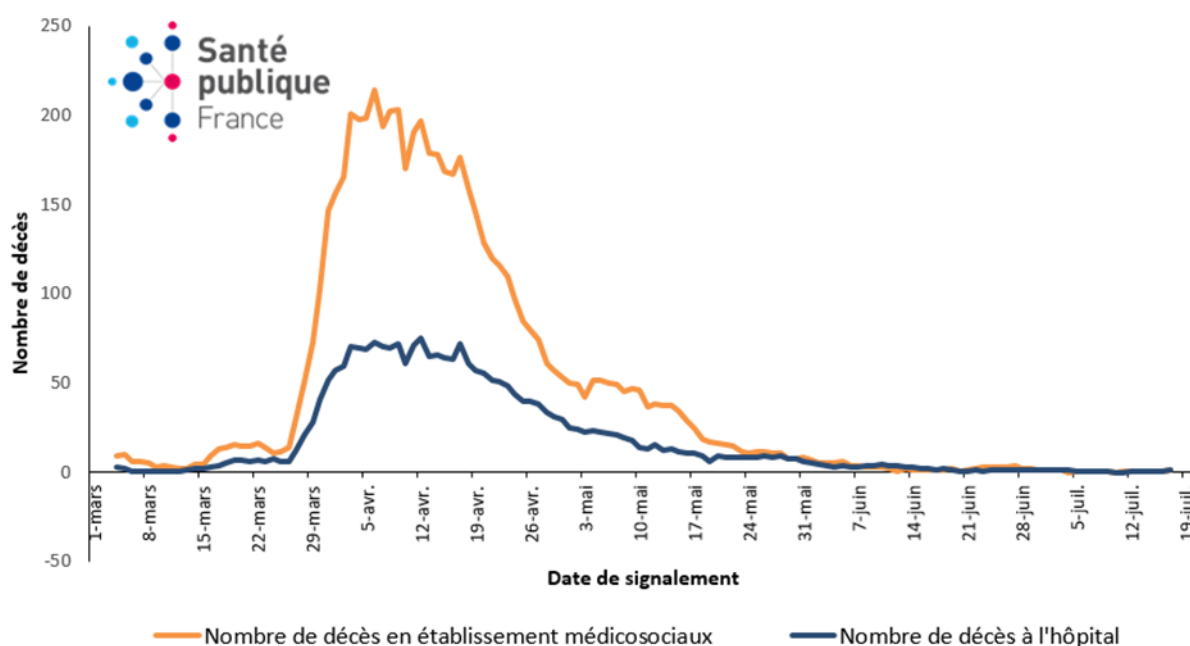


Figure 14. Nombre moyen (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès, rapportés du 1^{er} mars au 20 juillet 2020, en France hors Ile-de-France.



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

- En semaine 29 (du 13 au 19 juillet 2020), 1 914 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période, représentant 0,6% de l'activité totale des services d'urgence du réseau OSCOUR®.
- Ces passages étaient en **hausse** de 26% en semaine 29 par rapport à la semaine 28 avec une part d'activité en légère hausse (1 515 passages et 0,5% de l'activité totale en S28 – données consolidées au 21 juillet 2020) (Figure 15). En région, les plus fortes hausses sont observées en **Bourgogne-Franche-Comté** (+75%), **Pays de la Loire**, **Auvergne-Rhône-Alpes**, **Occitanie**, **Nouvelle-Aquitaine** et **Île-de-France** (+43%).
- Chez les enfants de **moins de 15 ans**, le nombre de passage **repart à la hausse** après une semaine de baisse (+37% soit +38 passages). Chez les **adultes** c'est la **deuxième semaine consécutive de hausse** (après une baisse ininterrompue entamée en semaine 13) pour les **15-74 ans** (+26% soit +361 passages).
- La **proportion d'hospitalisations après passages** diminue à 26% (vs 32% en S28 – données consolidées du 21/07/2020).
- En semaine 29, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 enregistrés au niveau national 25% ont été enregistrés en **Île-de-France**, 11% en **Auvergne Rhône-Alpes** et 9% en **Pays de la Loire** (Figure 16).
- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **175 008** passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 21 juillet 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

Figure 15. 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 1er juin 2020, France (source: OSCOUR®)

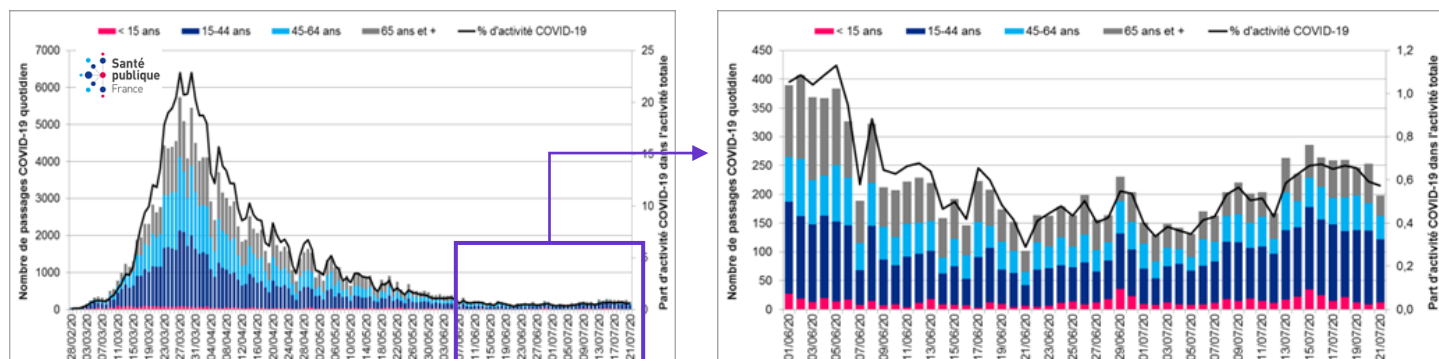
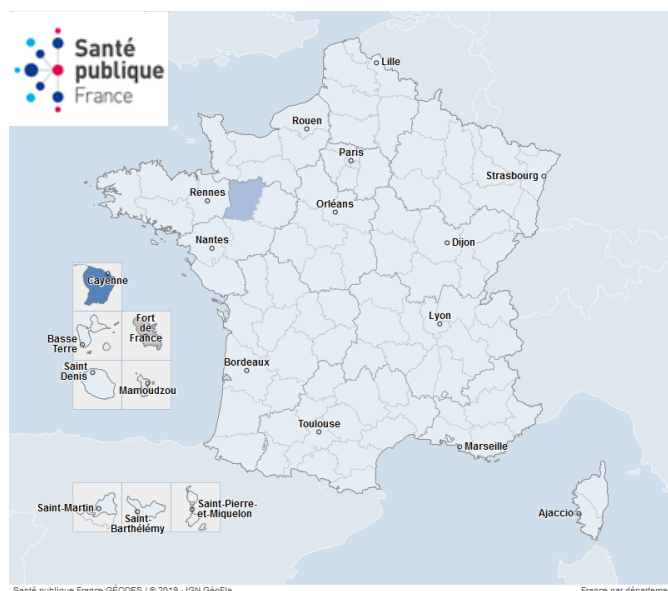


Figure 16. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, semaine 29, France (source : OSCOUR®)

pour 10 000 passages	
0 à 300	(101)
300 à 500	(0)
500 à 700	(1)
700 à 900	(0)
900 à 1 193	(1)



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

Nombre de reproduction effectif «R effectif»

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

Les estimations du nombre de reproduction entre le **12 juillet et le 18 juillet 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 grâce aux données virologiques (SI-DEP) est de 1,29 (intervalle de confiance (IC95%) : 1,25-1,33). Celui calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) est de 1,26 (IC95% : 1,20-1,32) (Tableau 3). **Ces deux estimations sont significativement supérieures à 1, ce qui indique que l'épidémie est en progression.** Les deux R effectifs régionaux sont significatifs dans 5 régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Pays de la Loire. Le R effectif SI-DEP est significatif dans 3 régions supplémentaires mais sans que le R effectif OSCOUR ne soit significativement supérieur à 1 : Bretagne, Grand-Est et Hauts-de-France (Tableau 3). Inversement, en Bourgogne-Franche-Comté, le R -effectif calculé avec les données OSCOUR® est significativement supérieur à 1 mais sans que celui calculé avec les données SI-DEP ne le soit.
- **En outre-mer**, aucune région ne présente un R effectif significativement supérieur à 1. Les effectifs n'étaient pas suffisant pour pouvoir estimer un R effectif OSCOUR® à Mayotte ni pour estimer des R effectif SI-DEP ou OSCOUR® en Guadeloupe, à la Réunion et à la Martinique.

Tableau 3 : 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 12 au 18 juillet 2020 (Sources : SI-DEP et OSCOUR®)

Territoire	Régions	R effectif (Intervalle de confiance à 95%)	
		SI-DEP	OSCOUR®
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1,15 (1,02-1,28)	1,33 (1,15-1,51)
	Bourgogne-Franche-Comté	0,99 (0,78-1,22)	1,74 (1,47-2,02)
	Bretagne	1,87 (1,64-2,12)	0,91 (0,75-1,09)
	Centre-Val de Loire	0,74 (0,53-0,99)	1,01 (0,73-1,34)
	Corse	NC*	1,91 (1,12-2,91)
	Grand Est	1,72 (1,54-1,91)	1,14 (0,90-1,40)
	Hauts-de-France	1,21 (1,09-1,34)	1,16 (0,96-1,38)
	Ile-de-France	1,26 (1,19-1,33)	1,27 (1,15-1,39)
	Normandie	0,86 (0,69-1,04)	0,80 (0,59-1,05)
	Nouvelle-Aquitaine	1,51 (1,28-1,76)	1,33 (1,10-1,59)
	Occitanie	1,29 (1,09-1,49)	1,34 (1,08-1,63)
	Pays de la Loire	1,49 (1,35-1,64)	1,36 (1,16-1,57)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,08 (0,95-1,22)	1,35 (1,13-1,60)
	France métropolitaine	1,29 (1,25-1,33)	1,26 (1,20-1,32)
France ultra-marine	Guadeloupe	NC	NC
	Guyane	0,66 (0,61-0,72)	0,92 (0,79-1,07)
	La Réunion	NC	NC
	Martinique	NC	NA
	Mayotte	1,22 (0,98-1,50)	NC

NC : le taux 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

* Le Reff SI-DEP ne peut être calculé en Corse car les cas déclarés comme résidents en Corse ne s'y étaient pas rendus ces dernières semaines.

[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

Surveillance en milieu hospitalier

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

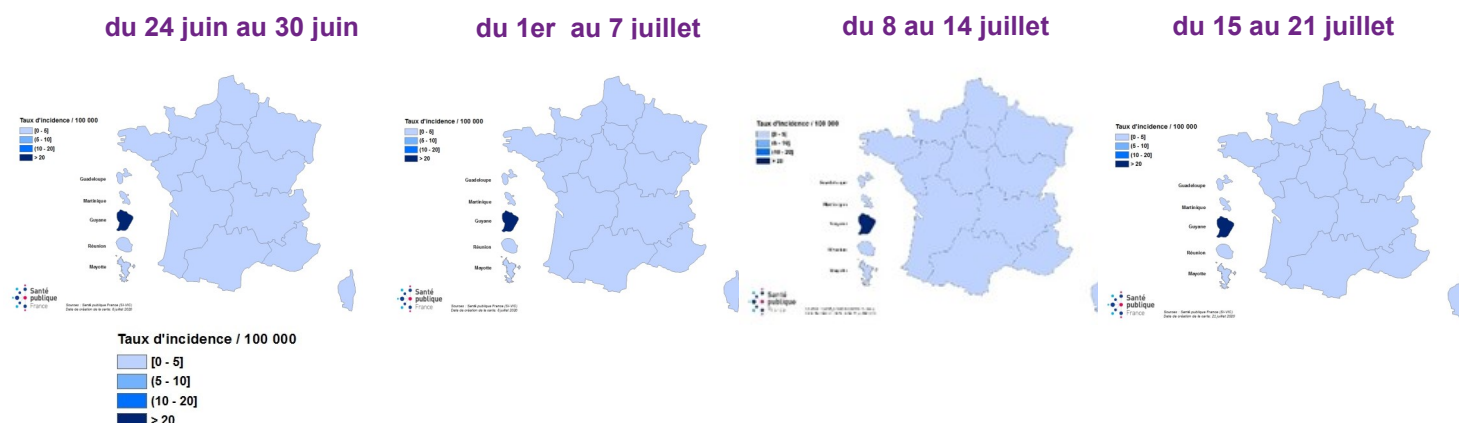
- Depuis le 1^{er} mars 2020, **1 518** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Parmi les **106 296** patients ayant été hospitalisés depuis le 1^{er} mars (Tableau 4) :
 - L'âge médian des patients est de 72 ans et 53% sont des hommes.
 - 19 649 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 79 734 patients sont retournés à domicile.
- Le 21 juillet 2020, **6 482** cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont **455** cas en réanimation.

Tableau 4. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 15 juillet 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 21 juillet 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	6 482		455		79 734		19 649	
Classes d'âge *								
Total	6 422		450		79 202		19 537	
0-14 ans	30	<1	3	<1	928	1	3	<1
15-44 ans	391	6	43	10	10 782	14	200	1
45-64 ans	1 289	20	176	39	22 910	29	2 029	10
65-74 ans	1 372	21	134	30	15 092	19	3 485	18
75 et +	3 340	52	94	21	29 490	37	13 820	71
Régions *								
Total	6 440		430		79 723		19 629	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	420	7	18	4	7 879	10	1 752	9
Bourgogne-Franche-Comté	59	<1	6	1	3 994	5	1 061	5
Bretagne	75	1	3	<1	1 307	2	262	1
Centre-Val de Loire	307	5	11	3	2 057	3	555	3
Corse	11	<1	1	<1	248	<1	59	<1
Grand Est	817	13	34	8	12 524	16	3 601	18
Hauts-de-France	582	9	34	8	6 804	9	1 896	10
Ile-de-France	3 096	48	233	54	28 735	36	7 533	38
Normandie	186	3	7	2	1 727	2	440	2
Nouvelle-Aquitaine	63	<1	12	3	2 224	3	424	2
Occitanie	42	<1	6	1	2 933	4	513	3
Pays de la Loire	126	2	8	2	2 158	3	474	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	454	7	23	5	5 592	7	959	5
Outre-Mer								
La Réunion	29	<1	5	1	152	<1	3	<1
Martinique	12	<1	5	1	92	<1	15	<1
Mayotte	7	<1	2	<1	403	<1	28	<1
Guadeloupe	8	<1	1	<1	83	<1	17	<1
Guyane	146	2	21	5	811	1	37	<1

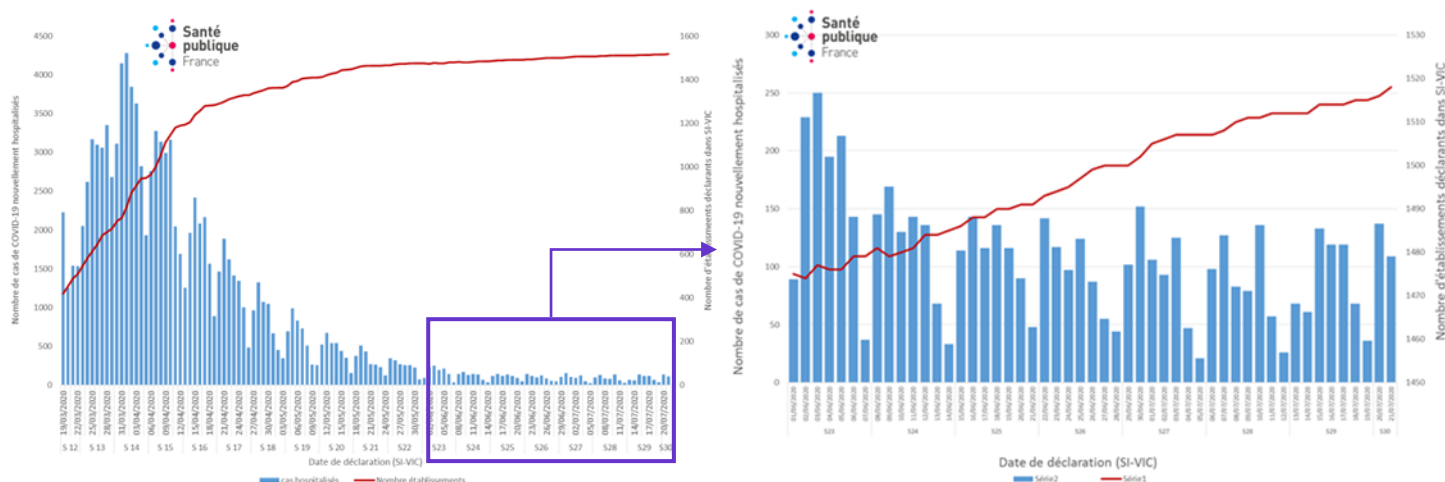
* L'information sur l'âge n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Figure 17. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 17 juin et le 21 juillet, France (source : SI-VIC)



- Le **plus fort taux hebdomadaire d'hospitalisations** (du 15 au 21 juillet) de patients COVID-19 a été observé en **Guyane** avec une augmentation par rapport à la semaine précédente (55,4 vs 50,2/100 000 habitants la semaine précédente). Les taux d'hospitalisations hebdomadaires étaient inférieurs à 3,0/100 000 habitants dans toutes les autres régions (Figure 17).
- En **France métropolitaine**, les taux sont faibles mais suivent une **tendance à l'augmentation des 8 régions de France métropolitaine** : Ile-de-France (1,7/100 000 habitants en S29, + 117% par rapport à la S28), PACA (1,4, +155%), Hauts-de-France (1,2, + 59%), Pays-de-la-Loire (0,8, +87%) et Grand-Est (0,8, +60%). Une augmentation est aussi observée dans 3 autres régions (Nouvelle-Aquitaine, Bretagne et Occitanie) mais avec de faibles taux inférieurs à 0,5/100 000 habitants.
- Après une tendance à la diminution la semaine précédente, le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 se stabilise en **semaine 29** (du 13 au 19 juillet) : 604 en S29 versus 606 en S28 (Figure 18).

Figure 18. Nombre journalier de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés et nombre d'établissements déclarant, depuis le 19 mars et depuis le 1er juin 2020, données au 21 juillet 2020, France (source : SI-VIC)



- Au **21 juillet 2020**, 455 cas de COVID-19 sont toujours hospitalisés en réanimation en France et 12 nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation ont été rapportées (Figure 18).
- Le **nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation reste stable en semaine 29** (83 versus 78 en S28) (Figure 19). **Il a arrêté de diminuer pour la seconde semaine consécutive.**
- Le **nombre journalier de cas hospitalisés en réanimation** est toujours en diminution depuis le 8 avril (Figure 18) et se maintient depuis le 9 juin en dessous de 1 000 patients.
- Sur la **semaine du 15 au 21 juillet**, le plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 a été observé en Guyane, bien qu'en baisse (3,4/100 000 habitants contre 4,5 la semaine précédente) (Figure 20). Dans toutes les autres régions, le taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 est inférieur à 0,5/100 000 habitant.

Figure 19. Nombre journalier de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, depuis le 19 mars et depuis le 1er juillet 2020, données au 21 juillet 2020, France (source : SI-VIC)

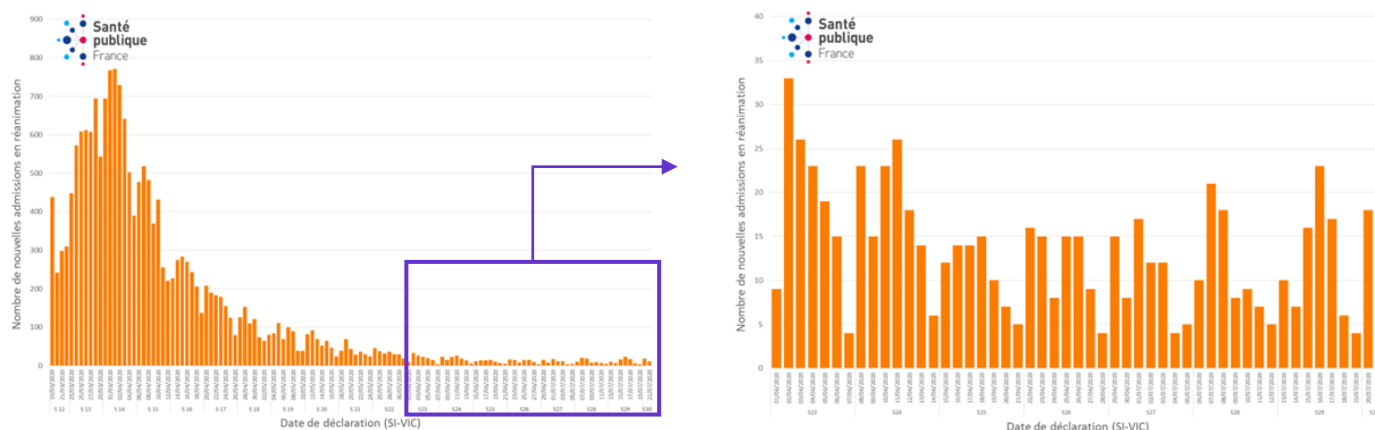
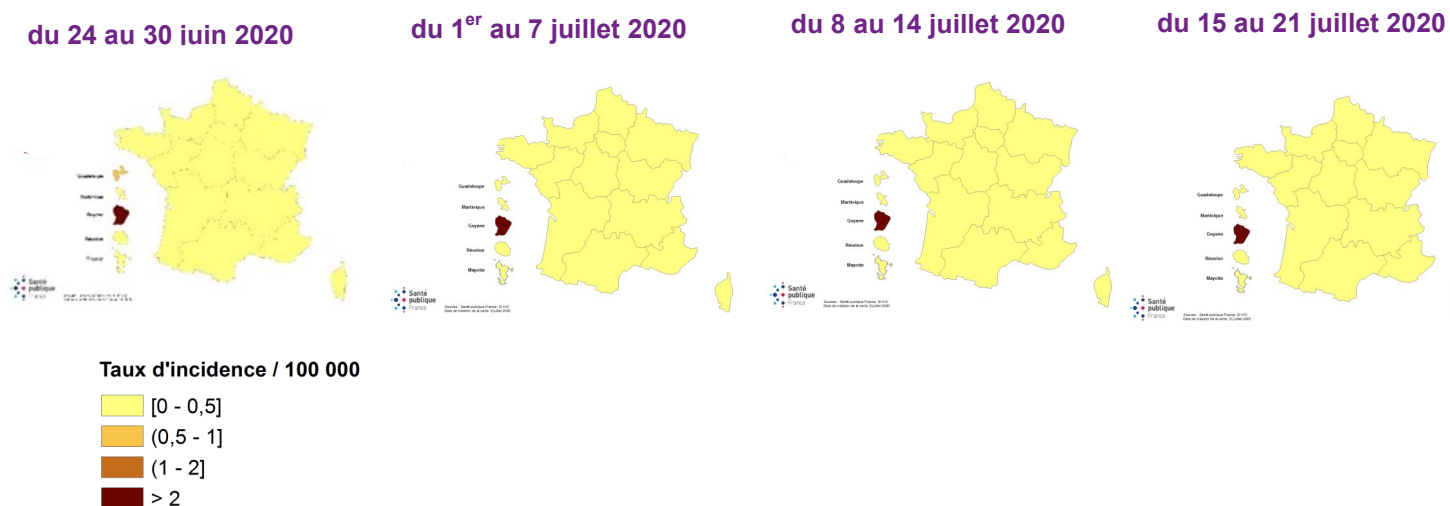


Figure 20. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 17 juin et le 21 juillet, France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire de décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 diminue en S29 (85 versus 129 en S28) (Figure 21).
- Le nombre hebdomadaire des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation était de 910 en semaine 29 (versus 1 328 en S28) (Figure 22).

Figure 21. Nombre journalier de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19, depuis le 19 mars et depuis le 1er juin 2020, France, données au 15 juillet 2020 (source : SI-VIC)

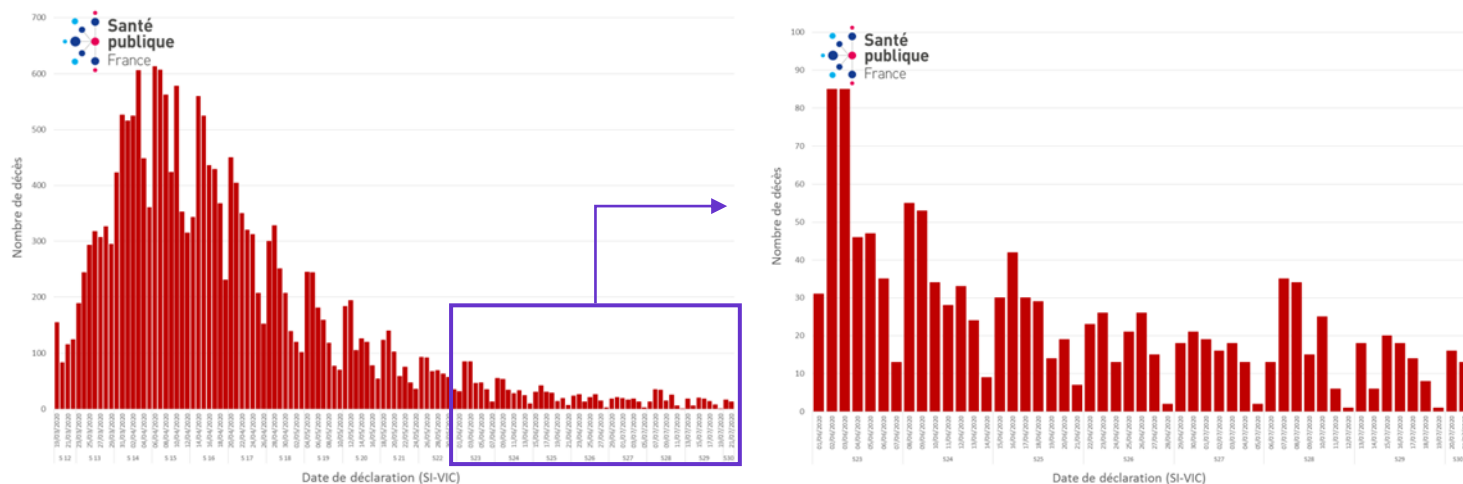
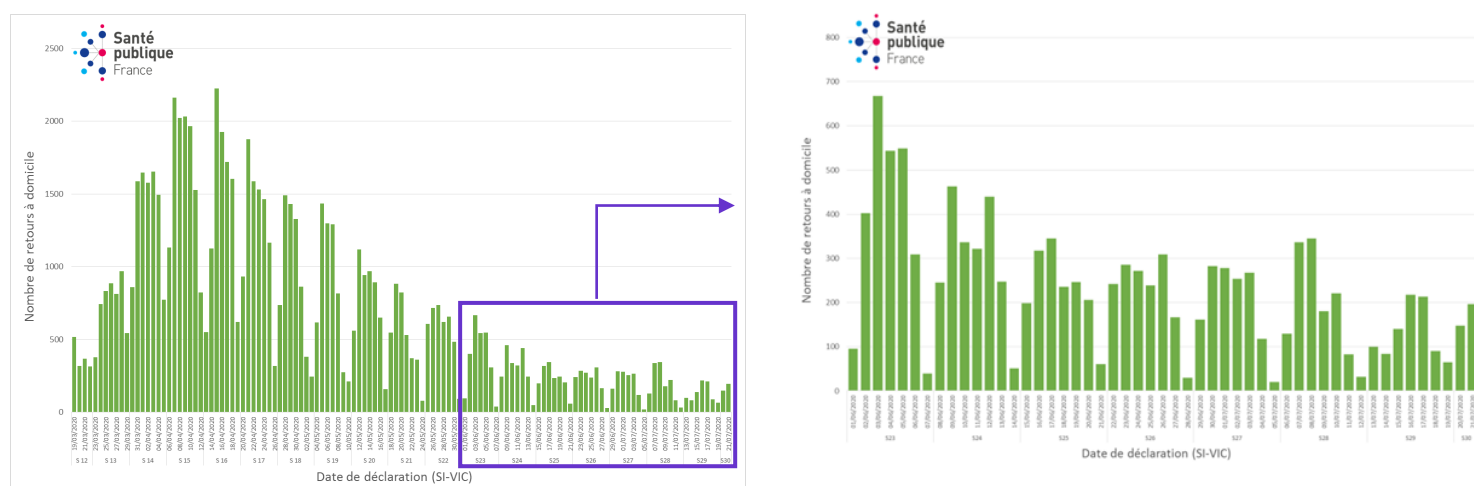


Figure 22. Nombre journalier de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19, depuis le 19 mars et depuis le 1er juin 2020, France, données au 21 juillet 2020 (source : SI-VIC)



Contexte de contamination des soignants par le SARS-CoV-2 : Résultats préliminaires au 09/06/2020

Le Groupe d'étude sur le risque d'exposition des soignants aux agents infectieux (Geres), a initié une étude, soutenue par SpFrance et la Haute autorité de Santé, visant à décrire les circonstances de contamination des professionnels de santé par le SARS-CoV-2.

Cette enquête s'adresse aux professionnels de santé des 3 secteurs de soins (établissements de santé (ES), ville ou établissements médico-social) quelle que soit leur profession. Tout professionnel de santé, pour lequel un diagnostic de COVID-19 a été posé suite à un test positif (PCR, sérologie), ou suspecté sur des signes cliniques, peut participer. L'enquête a démarré le 17 avril 2020 et est toujours en cours.

Entre le 17 avril et le 09 juin 2020, **2 129 questionnaires ont été complétés**. Les infirmiers, médecins et aides-soignants représentaient respectivement 32%, 22% et 14% des répondants ; 68% exerçaient en établissement de santé, 18% en secteur de ville et les autres répondants exerçaient dans le secteur médico-social.

Plus d'un répondant sur 2 (55%) exerçait en région Ile de France, Grand-Est ou Bourgogne-Franche-Comté. La région Ile de France comptabilisait à elle seule 28% des répondants. Le pic de début des symptômes se situe durant la semaine du 16 au 23 mars. Aucun début de symptôme n'est décrit après le 1er juin.

Dans les deux semaines précédant leurs symptômes, 287/2 129 (13,5%) des déclarants avaient exercé dans le cadre d'un intérim ou d'un renfort en établissement de santé. **Lors des entretiens avec les patients (en face à face, à moins d'un mètre), 416/1 446 (29%) des soignants en ES, et 217/403 (53%), en ville ne portaient jamais de masque.**

En ville, 169/403 (42%) des soignants contaminés réalisaient des visites à domicile. Parmi les 870/1 146 (76%) soignants qui ont déclaré avoir participé à des réunions de travail, 558/870 (64%) ne portaient jamais de masque ou n'en portaient que parfois à cette occasion.

En salle de repos, lors des pauses, 1 235/1 446 (85%) soignants ne portaient pas de masque ou le portaient occasionnellement.

Six cent trois (28%) répondants ont déclaré avoir été en contact, sans masque, avec un collègue ayant une infection confirmée à SARS-CoV-2, pendant ses symptômes ou durant les précédentes 72h.

En dehors de leur activité professionnelle, 278/2 129 (13%) professionnels contaminés ont été en contact avec au moins un cas suspecté ou confirmé d'infection à COVID-19

Ces premiers résultats seront complétés ultérieurement mais soulignent d'ores et déjà un **défaut d'utilisation des mesures de protection lors des tâches de soins exercées par certains professionnels, notamment en ville**, sans qu'il soit possible à ce stade d'en identifier les raisons.

Par ailleurs, le rôle d'une contamination entre soignants sur leur lieu d'exercice, en salle de réunion ou en salle de pause, semble déterminant.

Cette enquête est toujours en cours, et les professionnels de santé ayant été infectés sont invités à répondre, quelle que soit leur profession et leur mode d'exercice : <https://geres-covid.voozanoo.net/geres#!>

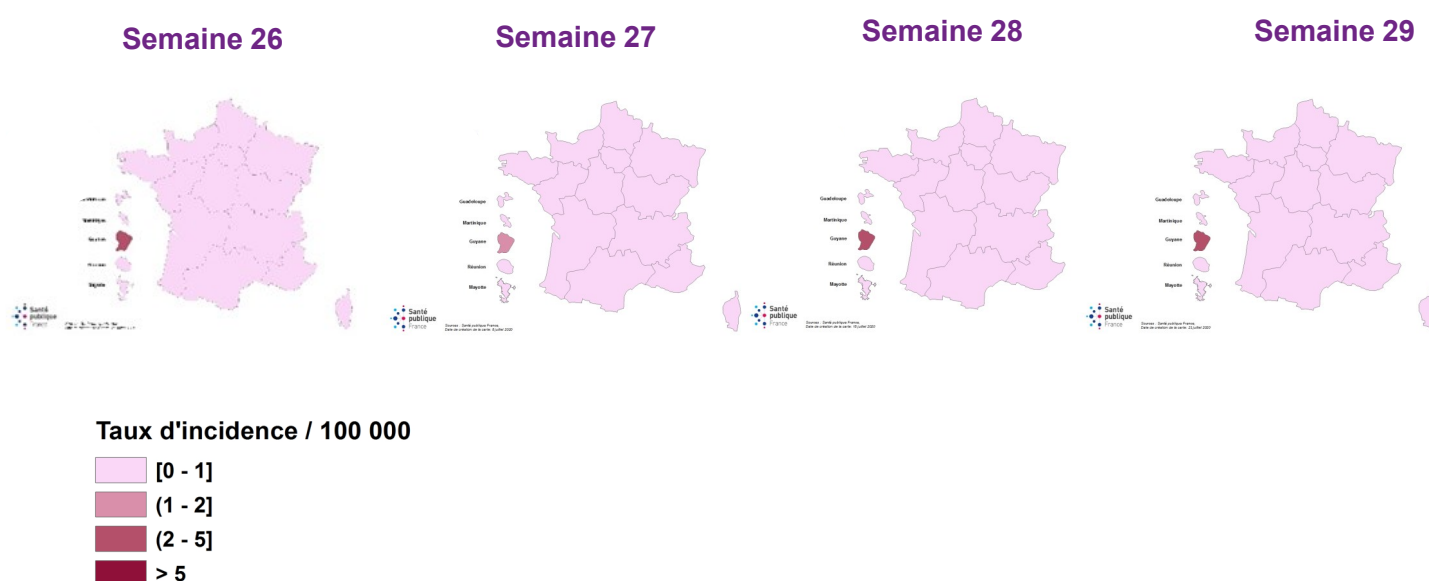
Surveillance de la mortalité

Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

Les estimations de la mortalité due à la COVID-19 sont basées sur le nombre de patients décédés au cours d'une hospitalisation (données SI-VIC) et le nombre de résidents décédés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (hors hospitalisation).

- Entre le 1^{er} mars et le 21 juillet 2020, **30 165 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : 19 649 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 516 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 a diminué entre les semaines 28 et 29 (94 en S29 vs. 182 en S28). Le taux de décès hebdomadaire (pour 100 000 habitants) à l'échelle nationale est également en diminution : il était de 0,14 en S29 vs. 0,27 en S28.
- **En semaine 29**, le plus fort taux de décès de patients COVID-19 rapporté à la population (pour 100 000 habitants) était observé en Guyane (3,58/100 000 habitants). Pour toutes les autres régions, ce taux était inférieur à 0,5/100 000 habitants.
- Les taux hebdomadaires de décès (pour 100 000 habitants) continuent de diminuer ou restent stables entre les semaines 28 et 29 dans la plupart des régions. Les taux **ont une tendance à augmenter** principalement dans les régions : Guyane (3,58/100 000 h en S29 vs 2,86 en S28), Guadeloupe (0,28/100 000 h en S29 vs 0,00 en S28), Grand-Est (0,25/100 000 h en S29 vs 0,16 en S28), Pays-de-Loire (0,21/100 000 h en S29 vs 0,03 en S28), Normandie (0,15/100 000 h en S29 vs 0,06 en S28), PACA (0,08/100 000 h en S29 vs 0,02 en S28) et Bretagne (0,06/100 000 h en S29 vs 0,00 en S28) (Figure 23).

Figure 23. Taux hebdomadaires de décès dû à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS), S26 (du 22 au 28 juin), S27 (29 au 5 juillet), S28 (du 6 au 12 juillet), S29 (du 13 au 19 juillet) par région en France (source : SI-VIC et ESMS)



Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, **11 203 certificats de décès** contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 5).
- 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 7 385 décès, soit **66%** des certificats de décès. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 25% de ces décès et une mention de pathologie cardiaque pour 34% de ces décès.
- Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 3% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.

Tableau 5. 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 20 juillet 2020 (données au 21 juillet 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%
Hommes	6 087	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	34	68	66	103	1
45-64 ans	281	29	702	71	983	9
65-74 ans	571	33	1 176	67	1 747	16
75 ans ou plus	2 931	35	5 438	65	8 369	75
Tous âges	3 818	34	7 385	66	11 203	100

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	7 385	66
Aucune ou non renseigné	3 818	34

Description des comorbidités	n	%
Obésité	440	6
Diabète	1 200	16
Pathologie respiratoire	961	13
Pathologie cardiaque	2 504	34
Hypertension artérielle	1 829	25
Pathologie neurologiques	679	9
Pathologie rénale	922	12
Immunodéficience	169	2

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

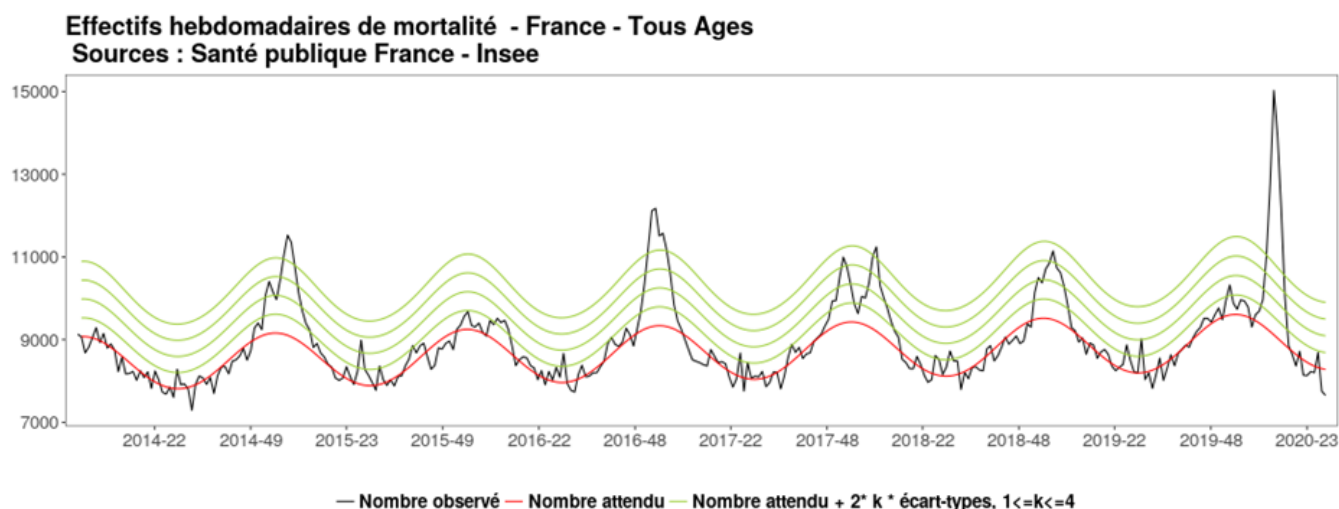
¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

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**, depuis la semaine 18 (du 27 avril au 3 mai), la mortalité est revenue dans les marges de fluctuation habituelle, tous âges confondus (Figure 24).
- **Au niveau régional**, après une hausse du nombre de décès en semaine 25 (du 15 au 21 juin) en Guyane, une diminution a été observée sur les semaines 26 à 28 (du 22 juin au 12 juillet). Tous âges confondus, il n'y a pas eu d'excès de mortalité dans les autres régions sur les semaines 24 à 27.

Figure 24. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 51-2013 à la semaine 28-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

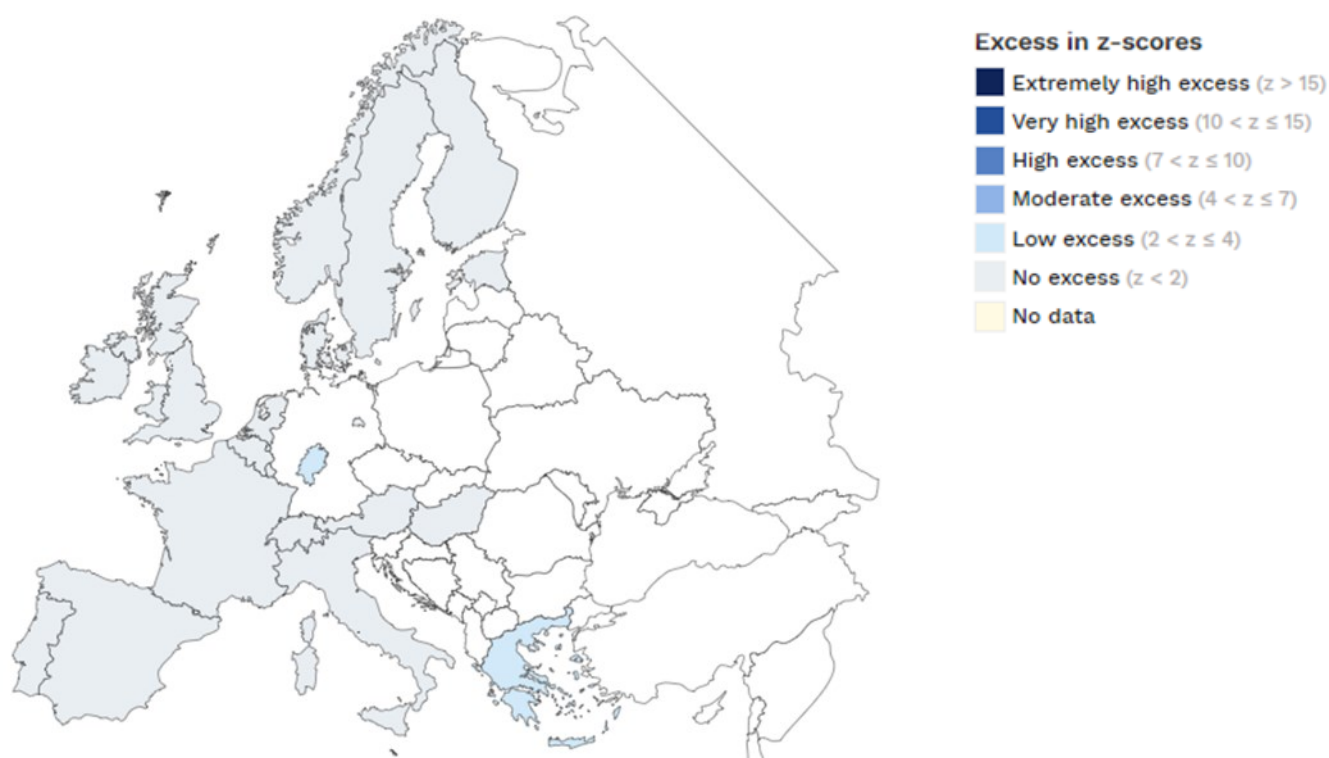


Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. La hausse de la mortalité observée en Guyane peut être en lien à l'épidémie de COVID-19, sans qu'il ne soit possible à ce jour d'en estimer la part attribuable précise.

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, la mortalité est en recul dans la plupart des pays ou régions ayant observé un excès de mortalité.
- Un excès de mortalité était encore observé en Suède en semaine 24, dans 3 pays/régions en semaine 25, dans 6 pays/régions en semaine 26 et dans 2 pays/régions en semaine 27 (Allemagne (Hesse) et Grèce) (Figure 25).

Figure 25. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 27-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 1er juillet) (Source : Euromomo)



Analyse de risque contextualisée - Niveaux de vulnérabilité

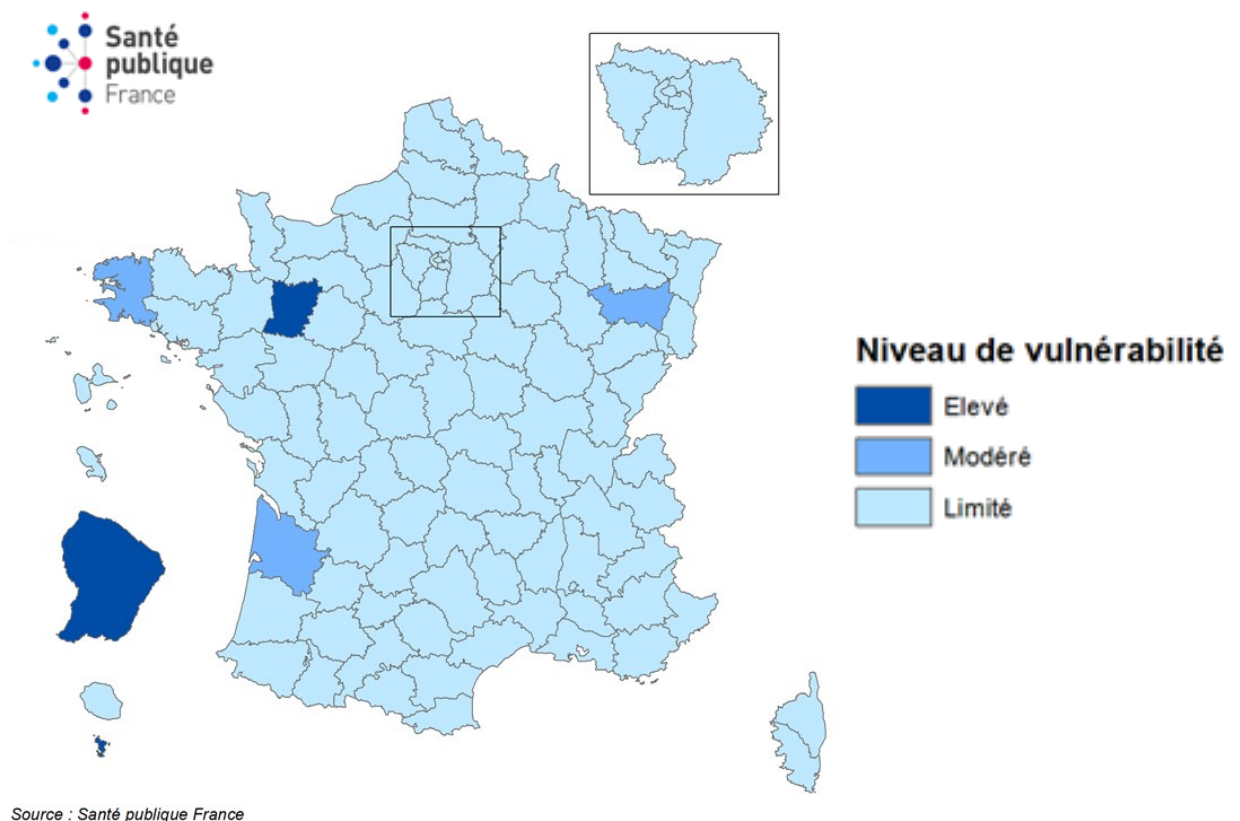
Les équipes régionales de Santé publique France réalisent, en lien avec les ARS, **une analyse de risque contextualisée quotidienne au niveau départemental** depuis le 2 mai 2020, une semaine avant la levée du confinement, le 11 mai. Cette expertise effectue la synthèse des indicateurs des surveillances 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. La vulnérabilité, retranscrite chaque jour sur une carte, est mise en perspective avec les mesures utiles au plus près des territoires.

Au 22 juillet 2020, parmi les 101 départements, **95 sont en niveau de vulnérabilité limité, 3 en modéré et 3 en élevé** (Figure 25).

- Les départements en **élevé** sont **Mayotte** (depuis le 2 mai), la **Guyane** (depuis le 6 juin ; en modéré au préalable depuis le 25 mai), et la **Mayenne** (depuis le 15 juillet ; en modéré au préalable depuis le 8 juillet).
- Les départements en **modéré** sont la **Gironde** (depuis le 10 juillet), le **Finistère** (depuis le 18 juillet) et les **Vosges** (depuis le 21 juillet).

Figure 26. Niveaux de vulnérabilité départementaux, France (Santé publique France)



Situation internationale

Au niveau international, l'épidémie reste intense dans de nombreux pays des Amériques (Etats-Unis, Brésil, Mexique, Bolivie, Colombie, Argentine, Pérou, Chili), en Asie du Sud-Est (Inde, Bangladesh, Indonésie), Asie Centrale (Kazakhstan, Kirghizstan), au Moyen-Orient (Arabie Saoudite, Iran, Pakistan, Irak, Bahreïn, Qatar, Oman, Koweït) et dans certains pays d'Afrique (Afrique du Sud, Algérie, Nigeria, Ghana). Selon les données au 20 juillet rapportées par l'[Organisation mondiale de la santé](#), parmi les cas rapportés au cours des dernières 24 heures, la part relative des différentes zones géographiques était la suivante : Amériques (52,9%), Europe (21,5%), Asie du Sud-Est (10,0%), Méditerranée orientale (9,7%), Afrique (4,2%), Pacifique Occidental (1,8%).

En Europe, une recrudescence des cas a été rapportée dans plusieurs pays d'Europe centrale et d'Europe de l'Est depuis la mi-juin, ainsi que dans les Balkans où l'épidémie reste active. Dans la zone UE/EEA et Royaume-Uni, au 15 juillet, le taux d'incidence moyen au cours des 14 derniers jours était de 11,6 / 100 000 habitants. Les taux les plus élevés étaient observés au Luxembourg (107 / 100 000 habitants), en Suède (74 / 100 000 habitants) et au Portugal (48 / 100 000 habitants). **En France, au 15/07, le taux d'incidence sur 14 jours était de 11,3 / 100 000 habitants.**

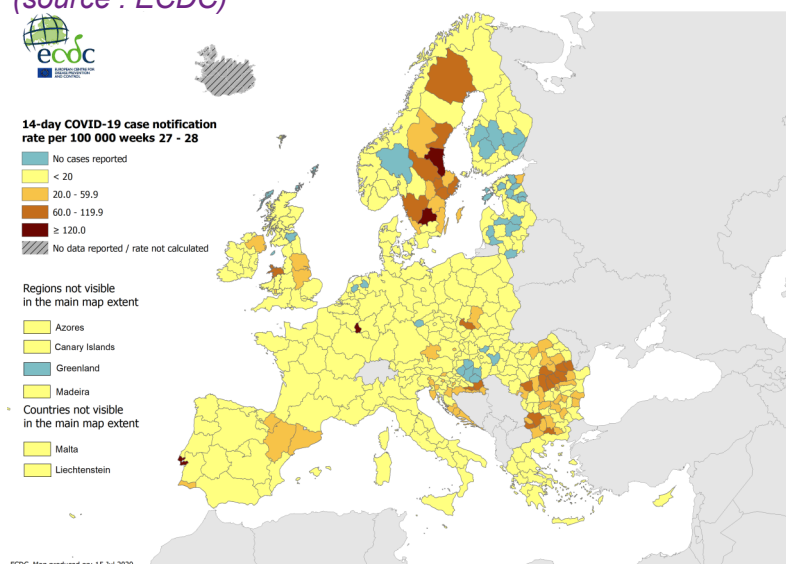
Des foyers de cas et des augmentations localisées d'incidence continuent à être rapportés dans de nombreux pays. Au Royaume-Uni (Leicester) et en Allemagne (Gütersloh), les confinements mis en place début juillet ont été assouplis suite à la baisse de l'incidence dans les territoires concernés. La situation reste préoccupante dans certaines régions de l'Espagne (Catalogne, région de Barcelone) et du Portugal (nord de Lisbonne) dans lesquelles des mesures de prévention (restriction des déplacements, fermeture des lieux publics, port du masque) ont été remises en place.

Dans de nombreux pays du monde, confrontés à des augmentations localisées d'incidence, des confinements ont été instaurés pour endiguer l'épidémie avec un renforcement des mesures de prévention et de contrôle.

Il est également rapporté une recrudescence de cas dans certains pays ayant réussi initialement à contenir l'épidémie : Japon (Tokyo), Hong-Kong, Corée du Sud. En Australie et aux Etats-Unis, l'épidémie s'est déplacée vers des états qui n'avaient pas été affectés lors de la première vague épidémique (USA : Floride, Californie, Texas et Australie : Melbourne). Par ailleurs une deuxième vague épidémique d'ampleur importante a été observée en Israël, Iran, et en Arabie Saoudite.

La situation internationale témoigne du risque de reprise de l'épidémie dans les premiers pays affectés en Asie et en Europe, alors que de nombreux pays dans les autres continents sont aujourd'hui confrontés à des épidémies majeures et difficiles à contrôler.

Figure 27. Taux d'incidence de COVID-19 rapporté pour les semaines 27 et 28 dans les pays de l'UE/EEA
(source : ECDC)



Pour plus d'informations sur la situation En Europe :

European Centre for Disease Prevention and Control.

[Weekly surveillance summary](#) (week 28), mis à jour le 19 juillet 2020.

WHO Regional Office for Europe. [COVID-19 weekly surveillance report \(Epi week 28\)](#).

Dans le monde :

Organisation mondiale de la santé : [tableau de bord COVID-19](#) et [Situation report du 20 juillet 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*). Résultats **Vague 1** (23-25 mars), **Vague 2** (30 mars-1^{er} avril), **Vague 3** (14-16 avril), **Vague 4** (20-22 avril), **Vague 5** (28-30 avril), **Vague 6** (4-6 mai), **Vague 7** (13-15 mai), **Vague 8** (18-20 mai), **Vague 9** (27-29 mai), **Vague 10** (8-10 juin), **Vague 11** (22-24 juin) et **Vague 12** (6-8 juillet). Données redressées sur le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, la catégorie d'agglomération et la région d'habitation.

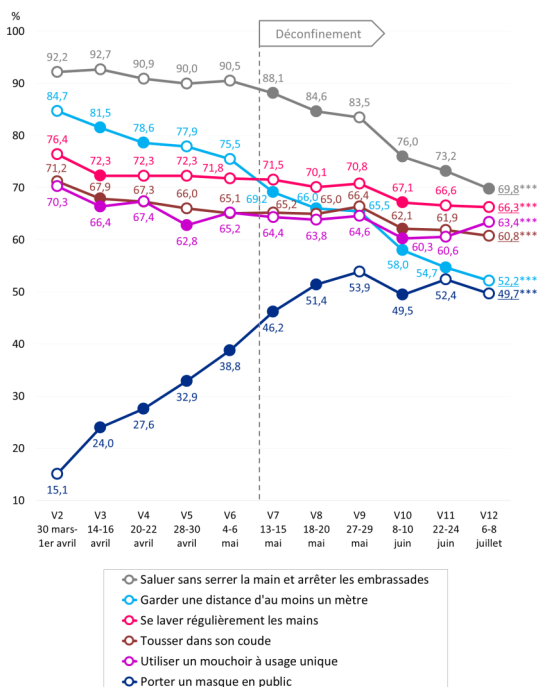
- En termes de mesures de prévention, les derniers résultats montraient que **l'adoption systématique des mesures de prévention « Saluer sans se serrer la main et arrêter les embrassades » et « Garder une distance d'au moins 1 mètre » sont ceux qui avaient le plus diminué** (-18 et -17 points depuis la levée du confinement).

L'adoption systématique des mesures d'hygiène (se laver régulièrement les mains ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique), étaient globalement restés stables depuis la levée du confinement. Le port systématique du masque en public avait progressé jusqu'en vague 8 (deux semaines après la fin du confinement) puis avait diminué entre les vagues 9 et 10 et s'était stabilisé en vagues 11 et 12 en ne concernant qu'une personne sur deux (Figure 28).

- Les indicateurs de santé mentale des répondants continuent de s'améliorer en vague 12, avec une diminution significative des états dépressifs et des états anxieux depuis la levée du confinement. Les problèmes de sommeil ont augmenté entre les vagues 11 et 12 avec une prévalence supérieure à celle observée en début de confinement (Figure 29).

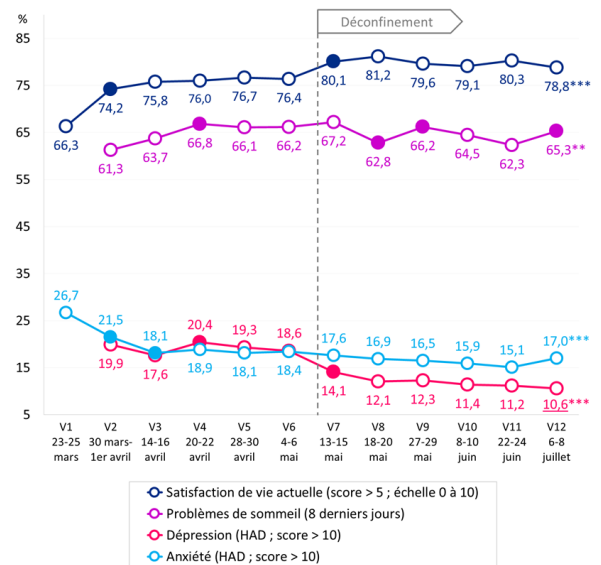
- Pas de nouveaux résultats cette semaine mais vous pouvez retrouver tous les résultats disponibles sur le [site de Santé publique France](#)

Figure 28. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p < 0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 12) 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, $p < 0,05$.

Figure 29. 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 12) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 1 ou 2 selon l'indicateur), test de Wald ajusté, * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$; *** : $p < 0,001$; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période postconfinement (vague 7), test de Wald ajusté, $p < 0,05$. HAD : Hospital Anxiety and Depression scale.

Etude qualitative ViQuoP, Santé publique France - Kantar.

« Vie quotidienne et prévention au sein d'une communauté en ligne à l'heure du coronavirus »

Suivi de cohorte de mars à juin 2020

Les résultats principaux de l'étude ViQuoP sont progressivement partagés sur le site de Santé publique France, pour les 6 thématiques suivantes :

- Evolution des perceptions et pratiques des gestes barrières
- Adhésion et compréhension des mesures d'isolement et de dépistage
- Evolution des perceptions d'état de santé et de bien-être
- Evolution des consommations de tabac, alcool, cannabis et autres substances psycho-actives
- Evolution des pratiques alimentaires, de l'activité physique et de la sédentarité
- Evolution des relations sociales, affectives et sexuelles

Production d'outils de prévention

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



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

Synthèse — conclusion

En France métropolitaine,

En semaine 29 (du 13 au 19 juillet), l'augmentation des cas observée depuis la semaine 27 (du 29 juin au 5 juillet) se confirme.

Le nombre de nouveaux cas confirmés et le taux d'incidence sont en augmentation par rapport à la semaine précédente (3 589 cas, +27%) ainsi que le nombre d'actes SOS médecins et le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19. Le taux de positivité des patients testés est en légère augmentation.

Des augmentations de cas sont rapportées dans 9 des 13 régions de France métropolitaine.

En France métropolitaine, les nombres de reproduction effectifs (R effectif) calculés sur la base des données virologiques (SI-DEP) et à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR) sont, pour la seconde semaine consécutive, tous les deux significativement supérieurs à 1.

Pour mémoire, le R effectif représente le nombre moyen de personnes infectées (cas secondaires) par une personne contagieuse (cas index). Lorsque le R effectif est significativement supérieur à 1, ceci signifie que l'épidémie est en progression.

L'augmentation de l'incidence concerne désormais l'ensemble des tranches d'âge. Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, l'incidence qui avait diminué jusqu'en semaine 28 (du 6 au 12 juillet), est en augmentation en semaine 29 pour la première fois depuis le franchissement du pic épidémique (cf. page 7). Le nombre de personnes de 75 ans et plus concernées reste limité (S28 : 218 personnes, S29 : 287 personnes, +24%). Cependant, la surveillance des signalements des cas de COVID-19 dans les établissements médico-sociaux (incluant les maisons de retraite, Ehpad) **montre une augmentation depuis la S28** (cf. page 13). **En S29, le nombre de signalements confirmés pour le SARS-CoV-2 revient au niveau de ce qui était rapporté en S21 (18 au 24 mai), soit une semaine après la levée du confinement.**

Cette tendance à l'augmentation du nombre de cas chez les personnes de 75 ans et plus et l'augmentation des signalements dans les établissements médico-sociaux incluant les collectivités de personnes âgées est un signal préoccupant qui doit être suivi avec la plus grande attention. C'est effectivement dans cette population que surviennent les plus grands nombres de décès dus au SARS-CoV-2.

L'augmentation du nombre de cas de COVID-19 survient dans le contexte d'une accentuation des efforts de dépistage avec une augmentation du nombre de patients testés. Cette augmentation qui était importante ces dernières semaines (+27% en semaine 27, +14% en semaine 28) se stabilise en semaine 29 (+3%) (cf. page 8). Depuis deux semaines, l'augmentation de l'incidence de l'infection à SARS-COV-2 est désormais supérieure à l'augmentation des patients testés. La proportion de patients asymptomatiques est en semaine 29 de 54% des personnes positives pour le SARS-CoV-2. Cette proportion est en diminution depuis la semaine 27.

Ces résultats montrent que l'augmentation des cas observée depuis la semaine 27 n'est qu'en partie liée à l'intensification des actions de dépistage (telles que celles mises en place dans le cadre d'investigation de clusters et du contact tracing autour de cas confirmés), mais reflète une augmentation réelle de l'incidence en particulier des formes symptomatiques en France métropolitaine.

En termes de délais de dépistage, il est observé une diminution des nombres de personnes testées dont les symptômes sont les plus récents (symptômes apparus le jour ou la veille du prélèvement) et une augmentation des nombres de patients testés pour lesquels les symptômes sont plus tardifs (symptômes apparus entre 5 à 7 jours avant le prélèvements) entre les semaines 28 et 29. Ces tendances pourraient s'expliquer par un retard pris, ces dernières semaines soit par un signalement tardif des symptômes par les personnes, soit pourrait être la conséquence, d'une augmentation des délais d'attente pour la réalisation du test de RT-PCR.

On note une augmentation des départements avec un niveau d'incidence supérieur au niveau d'attention (10 pour 100 000 par semaine). Les nombres de nouvelles admissions en hospitalisation conventionnelle et en réanimation pour COVID-19 ne diminuent plus et se maintiennent à des niveaux bas. En cas de reprise d'activité épidémique, ces indicateurs sont cependant plus tardifs du fait des délais entre la survenue des symptômes et l'hospitalisation. Le nombre de patients actuellement hospitalisés en réanimation pour COVID-19 est inférieur à 500 patients.

Le taux d'incidence hebdomadaire des cas de COVID-19 en semaine 29 (données du 22 juillet 2020) est supérieur à 50 / 100 000 habitants en Mayenne (72,4 / 100 000 h), et supérieur à 10 dans les Vosges (20 / 100 000 h), le Finistère (15,6 / 100 000 h), le Val d'Oise (13,3/100 000 h), le Haut-Rhin (13,1/100 000 h), à Paris (12,5/100 000 h) et en Seine-Saint-Denis (11,1 / 100 000 h).

Au niveau régional, les deux estimations des nombres de reproduction effectifs (R effectif) sont significativement supérieures à 1 dans 5 régions de France métropolitaine : Auvergne-Rhône-Alpes, l'Île-de-France, la Nouvelle Aquitaine, l'Occitanie et les Pays-de-la-Loire. Ces indicateurs ne doivent cependant pas être analysés de façon isolée, mais doivent être confrontés aux indicateurs produits par les différentes surveillances (incidences, passages aux urgences, hospitalisations ...). Ils restent cohérents avec les dynamiques observées dans les départements.

La mise en perspective de l'ensemble des indicateurs en y intégrant des éléments de contexte territorial et social est réalisée au niveau départemental par les équipes régionales de Santé publique France en lien avec les Agences régionales de santé (cf. page 25). L'indicateur produit, le niveau de vulnérabilité, traduit à la fois la circulation virale et l'impact sur la santé de la population du département. Il est défini en trois niveaux : limité, modéré et élevé. Au 22 juillet 2020, en France métropolitaine, **la Mayenne est classée en niveau de vulnérabilité élevé ; la Gironde, le Finistère et les Vosges sont classés en niveau de vulnérabilité modéré.**

En Mayenne, le taux d'incidence a poursuivi son augmentation en S29 et atteint 72,4 cas / 100 000 habitants (vs 56,0 en S28). Cette évolution survient dans le contexte d'une activité de dépistage qui est en nette augmentation (2 226 patients testés / 100 000 hab en S29 vs 977 en S28). Le taux de positivité des patients testés est en diminution depuis la mise en place du dépistage de la population et est de 3,3% en S29 (5,7% en S28 vs 8,1% en S27 et 3,1% en S26). Il avait atteint un pic à 9% entre le 24 et le 30 juin, lorsque les dépistages étaient centrés sur les clusters. Le recours aux urgences pour suspicion de COVID-19 est en augmentation, mais dont une partie seulement est liée aux actions de dépistage. Au 22 juillet, 6 clusters restaient en cours d'investigation dans ce département, dont 3 en criticité élevée. Deux clusters présentent une diffusion communautaire avérée (diffusion de cas dans la population), dont 1 signalé le 22 juillet 2020.

Après une nette augmentation en semaine 28, les nombres de clusters (hors épisodes familiaux en milieux restreints) **signalés se maintiennent en semaine 29 à un niveau proche de celui observé à la levée du confinement.** Deux clusters situés en Mayenne présentent une diffusion communautaire.

Une attention particulière mérite d'être portée sur les clusters survenant dans les milieux familiaux élargis (plusieurs foyers familiaux concernés) ainsi que les événements et rassemblements temporaires de personnes. Ces clusters qui représentent respectivement 19% et 15% des clusters investigués sont en effet susceptibles d'augmenter au cours de la période estivale.

Le nombre hebdomadaire de **décès et le taux de décès** liés au COVID-19 pour 100 000 habitants sont **en diminution** depuis la semaine 15 (6 au 12 avril). **L'excès de mortalité toutes causes observé entre les semaines 12 et 17** (du 16 mars au 26 avril) **a été particulièrement marqué dans les régions Grand Est et Île-de-France où la circulation du SARS-CoV-2 a été intense. La mortalité est désormais revenue dans les marges de fluctuation habituelle en France métropolitaine, aussi bien dans les analyses tous âges confondus que chez les personnes de 65 ans ou plus.** Un recul de la mortalité est également observé dans la plupart des pays européens ayant rapporté un excès.

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

En Guyane, en semaine 29, les indicateurs sont en baisse. Le taux d'incidence poursuit sa diminution en S29 avec 222 cas / 100 000 habitants (vs 324 en S28, 446 en S27). Les taux de positivité sont également en diminution (17,5% en S29, 21,3% en S28, 26,8% en S27). **L'épidémie se poursuit, mais le pic épidémique paraît désormais franchi en Guyane. La Guyane reste classée en niveau de vulnérabilité élevé.**

A Mayotte, selon les données SI-DEP, le taux d'incidence est de 31,5 cas / 100 000 habitants (vs 18,2 en S28 et 33,3 en S27). Le taux de positivité est de 9,4% en S29 (vs 6,0% en S28 et 10,2% en S27). Ces résultats divergent légèrement de ceux obtenus grâce aux données envoyées directement par les laboratoires à la cellule régionale (S29 : taux d'incidence : 29,3 / 100 000 hab, taux de positivité : 9,4%). L'épidémie se poursuit. Les indicateurs sont en légère hausse en S29 par rapport à la semaine précédente. **Mayotte reste classée en niveau de vulnérabilité élevé.**

Dans les Antilles et sur l'île de la Réunion, l'activité liée au SARS-CoV-2 reste faible.

En France métropolitaine et dans les DROM, les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie sont les patients âgés de plus de 65 ans ainsi que les patients présentant des comorbidités. Les données de surveillance montrent que les enfants sont moins touchés par le COVID-19 (moins de 1% des patients hospitalisés et des décès).

Chez les professionnels de santé, qui sont particulièrement à risque de contamination du SARS-CoV-2 du fait de contacts rapprochés avec les patients, une enquête menée par le Geres en lien avec Santé publique France et la Haute Autorité de Santé a pour objectif de déterminer les circonstances de la transmission. Les résultats préliminaires de cette enquête sont présentés dans ce Point épidémiologique hebdomadaire (cf. page 20).

Les premiers résultats mettent en exergue un **défaut d'utilisation des mesures de protection lors des soins par certains professionnels, notamment en ville**, sans qu'il soit possible à ce stade d'en identifier les raisons. De plus, le rôle d'une **contamination entre soignants**, sur le lieu d'exercice, en salle de réunion ou en salle de pause semble déterminant.

Des messages de prévention spécifiques méritent d'être adressés aux professionnels de santé pour les inciter à respecter d'avantage les mesures barrière et de distanciation physique.

Cette enquête se poursuit. Les professionnels de santé peuvent, s'ils ont été atteints par le SARS-CoV-2, y participer sur le site du Geres.

La surveillance des professionnels de santé fait l'objet d'une surveillance spécifique. Du fait des faibles nombres de cas rapportés ces dernières semaines, ces données ne paraissent plus dans le Point épidémiologique hebdomadaire. L'ensemble des résultats sont disponibles sur le site de Santé publique France.

La santé mentale des Français qui était dégradée en début de confinement, s'est depuis significativement améliorée pour tous les indicateurs (états anxieux, dépressifs et satisfaction de vie) à l'exception des problèmes de sommeil qui ont marqué une nouvelle évolution à la hausse en vague 12 (6-8 juillet).

L'adoption systématique des mesures de prévention a globalement diminué depuis le début du déconfinement. 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 » qui ont diminué de près de 20 points de pourcentage pour ce qui concerne leur adoption systématique depuis le déconfinement. L'adoption systématique du port du masque en public qui avait augmenté jusque fin mai pour concerner une personne sur deux, s'est depuis stabilisée et n'a donc pas augmenté lors des dernières semaines.

Dans un contexte de congés d'été qui peuvent favoriser les situations à risque de contamination, notamment dans le cadre d'événements et de regroupements familiaux ou amicaux, voire festifs, les messages de prévention doivent être rappelés. Les clusters observés récemment dans certaines situations de rassemblement ou lors de cérémonies obligent à la prudence. **En l'absence de traitement ou de vaccin, les seules mesures de prévention restent comportementales (hygiène, distance, port du masque...).** Il est important de rappeler la responsabilité individuelle de chacun et de s'inscrire collectivement dans une logique de réduction des risques et de protection des personnes les plus vulnérables, en particulier lors des regroupements.

En conclusion

En France métropolitaine, la transmission de l'infection à SARS-COV-2 est en augmentation pour la troisième semaine consécutive. Cette augmentation concerne désormais toutes les tranches d'âge. Depuis la semaine 29, l'augmentation concerne également les personnes âgées de 75 ans et plus, et coïncide avec une augmentation des signalements par les établissements médico-sociaux incluant les collectivités de personnes âgées. Ces résultats invitent à la plus grande vigilance puisque que c'est dans cette population que surviennent les plus grands nombres de décès dus au SARS-CoV-2.

La diminution des tests chez les personnes ayant des symptômes récents couplés à une augmentation chez celles ayant des symptômes plus tardifs fait craindre **une augmentation des délais de dépistage** qui pourrait être la conséquence d'une augmentation des délais d'attente pour la réalisation du test de RT-PCR.

En France métropolitaine, le nombre de départements classés en niveau de vulnérabilité modéré ou élevé pour le SARS-CoV-2 est en augmentation. Quatre départements sont désormais concernés : Mayenne (élevé) et les Vosges, le Finistère et la Gironde (modéré).

En Guyane et à Mayotte, les épidémies liées au SARS-CoV-2 se poursuivent, mais les pics épidémiques semblent dépassés. Ces deux départements restent classés en niveau de vulnérabilité élevé.

La poursuite de la circulation virale et la confirmation à la hausse des indicateurs épidémiologiques pour ces 3 dernières semaines invitent fortement à maintenir la plus grande vigilance.

Les congés d'été, sont susceptibles de favoriser les comportements à risque, notamment dans le cadre d'évènements et de regroupement familiaux ou amicaux ainsi que lors d'évènements et rassemblements temporaires et de la diminution de l'adoption systématique des mesures de prévention par la population (défaut de respect de la distance physique, de lavage des mains du port du masque, embrassades, saluer en se serrant les mains...). Ces évolutions favorisent la reprise de l'épidémie et son moindre contrôle. S'y ajoutent la mobilité et la dispersion des populations pendant la période estivale ce qui rend les activités de contact tracing plus complexes à mettre en œuvre.

La progression de la transmission du virus se confirme mais reste cependant modérée et donc maîtrisable par l'application stricte des mesures par chacun de nous, et l'intensification de la stratégie « tester-tracer-isoler ». Chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 doit consulter un médecin, réaliser un test diagnostique et respecter les mesures d'isolement.

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).

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directeur adjoint de publication

Dr Jean-Claude Desenclos

Equipe de rédaction

Sophie Vaux,
Delphine Viriot,
Fanny Chereau,
Anne Fouillet, Céline Caserio-Schonemann,
Yann Le Strat, Patrick Rolland, Anne-Sophie Barret, Julien Durand, Scarlett Georges,
Marie-Michèle Thiam, Laurian Lassara, Athinna Nisavanh, Pierre Arwidson, Guillaume Spaccaveri, Linda Lasbeur, Enguerrand Du-Roscoat, Daniel Levy-Bruhl, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon, Camille Pelat, Edouard Chatignoux, Cécile Brouard, Claire Sauvage, Christophe Bonaldi, Laetitia Gouffé-Benadiba, Yann Savitch, Myriam Fayad

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 :
23 juillet 2020

Pour en savoir plus sur :

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

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

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

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