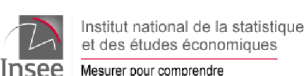


Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19
médecins libéraux, SAMU
Centre 15, médecins hospitaliers,
Laboratoires de biologie
médicale hospitaliers et de
ville
Agences régionales de santé
(ARS)
Les Sociétés savantes
d'inféctiologie, de réanimation,
de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



GERES
GROUPE D'ETUDE SUR LE RISQUE
D'EXPOSITION DES OFFICIANTS



COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 13 août 2020

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données concernant le 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 11 août 2020.

Points clés

► En France métropolitaine

- Forte progression de l'incidence (+42%) et du taux de positivité (+41%)
- Augmentation de l'incidence dans toutes les classes d'âge, particulièrement marquée chez les 25-35 ans
- Nombre de personnes hospitalisées en augmentation depuis 3 semaines notamment chez les moins de 40 ans
- 33 départements avec un taux d'incidence > 10/100 000 habitants en S32
- 19 départements classés en niveau de vulnérabilité modéré
- Forte progression des indicateurs en Ile-de-France et Provence-Alpes Côte d'Azur
- Progression du nombre de nouveaux clusters
- Large circulation du virus en dehors des clusters identifiés

► En Guyane et à Mayotte : épidémie en régression mais toujours à un niveau de vulnérabilité élevé

► Importance du respect des gestes barrières et de la triade Tester—Tracer—Isoler permettant de limiter la propagation du virus

Chiffres clés en France

Indicateurs hebdomadaires, semaine 32 (du 03 au 09 août 2020)

S32

S31

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	11 633	(8 384)*
Taux de positivité (%) pour SARS-COV-2 (SI-DEP)	2,2	(1,6)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	1 858	(2 015)*
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	2 019	(1 860)*
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	782	(778)*
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	122	(105)*
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	66	(79)*

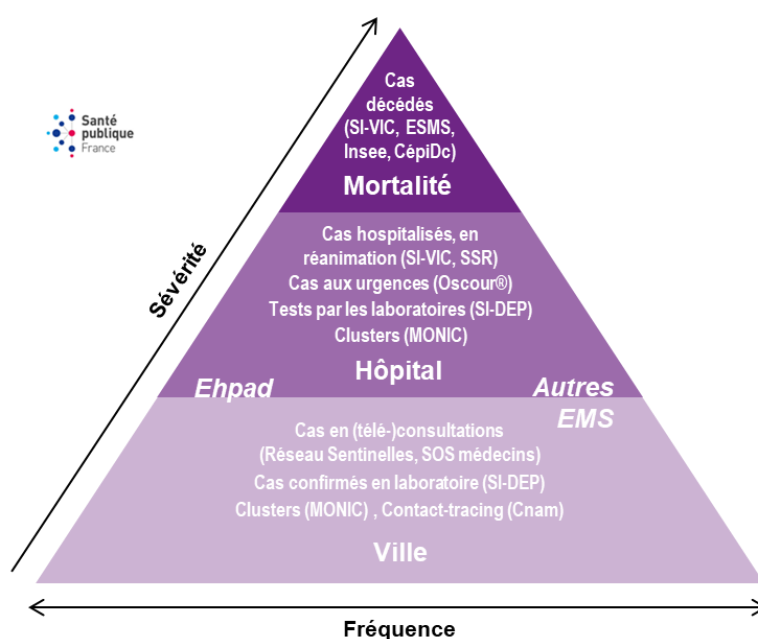
Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 11 août 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	108 485
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	30 354

* données consolidées

Sommaire	Page
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	10-11
Cas confirmés de COVID-19	12
Signalement à visée d'alerte des foyers de transmission (clusters)	13-15
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	16-17
Surveillance aux urgences	18
Nombre de reproduction effectif «R effectif»	19
Surveillance en milieu hospitalier	20-22
Surveillance de la mortalité	23-26
Analyse de risque contextualisée	27
Situation internationale	28
Prévention	29
Discussion - Conclusion	30-33
Méthodes	34

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. Depuis la semaine 21, l'indicateur « Suspicion COVID-19 (hors IRA) » permet de compléter la surveillance clinique des IRA en incluant ces cas suspects observés en médecine générale. Les résultats des 2 dernières semaines sont consolidés dans les semaines suivantes

- **En semaine 32** (du 03 au 09 août 2020), le **taux d'incidence de consultations (ou téléconsultations) pour une IRA a été estimé à 18/100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 11-25] en France métropolitaine. **Il était stable par rapport à celui de la semaine 31** (du 27 juillet au 02 août 2020) : 20/100 000 habitants (IC95% : 14-26] (Figure 1).
- En semaine 32, le **taux d'incidence des cas suspects de COVID-19 (hors IRA) vus en consultations (ou téléconsultations)** a été estimé à **75 cas pour 100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 61-89]. Ce taux était stable ces dernières semaines, il était de 82/100 000 habitants (IC95% : 70-94] en S31 (Figure 2).
- **En semaine 32**, sur les 146 cas suspects de COVID-19 identifiés, un **prélèvement a été prescrit pour 93% d'entre eux**. Les résultats des analyses étaient connus pour 69 patients et 11 avaient été testés positifs (15,9%). La part des patients testés positifs est en augmentation ces dernières semaines : S28 : 2,8% versus S31 : 9,3%. Ces données seront consolidées au cours des prochaines semaines.
- Depuis le 25 mai 2020, un prélèvement a été prescrit pour 93% des 2 574 cas suspects de COVID-19 identifiés. Les résultats des analyses étaient connus pour 1 860 patients et étaient positifs pour 91 (4,9%) 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)

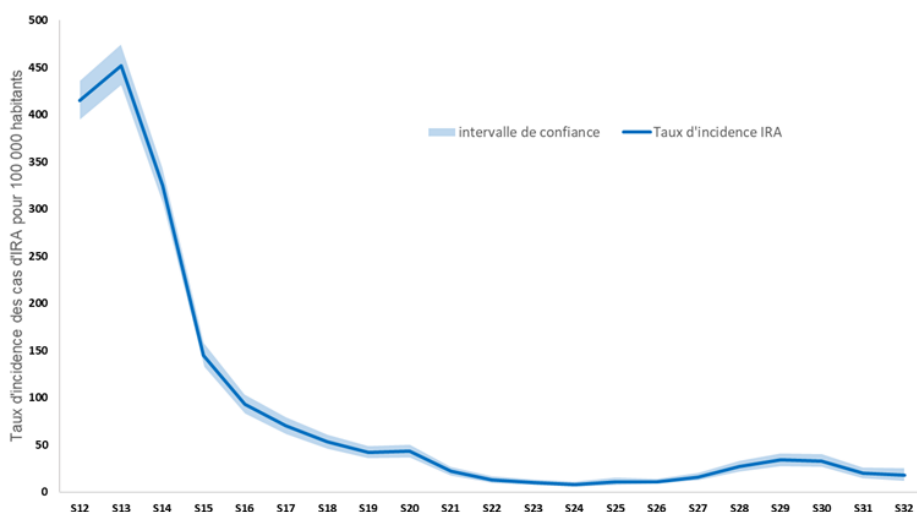
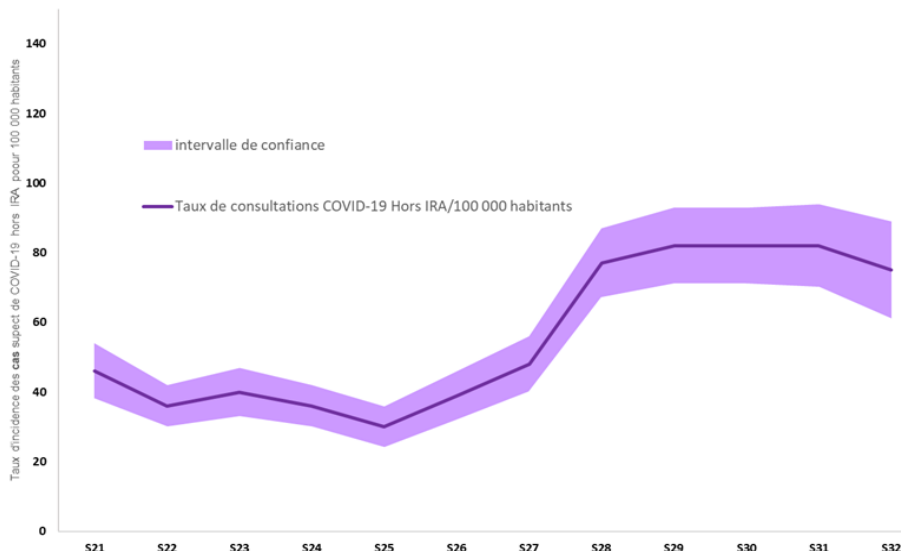


Figure 2. Taux d'incidence pour 100 000 habitants des cas suspects de COVID-19 (hors IRA) vus en médecine générale par semaine, depuis la semaine 21 (18 au 24 mai 2020), France métropolitaine (Source réseau Sentinelles)



[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, **72 395 actes** médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 09 août 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- **En semaine 32** (du 03 au 09 août 2020), **1 858 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 Nouvelle-Aquitaine (19%), Ile-de-France (18%), et Auvergne-Rhône-Alpes (12%).
- Pour la 3^{ème} semaine consécutive, ce nombre d'actes, tous âges confondus, était en **baisse de -8% en semaine 32** (soit -157 actes, par rapport aux 2 015 actes enregistrés en semaine 31). Cette baisse concerne toutes les classes d'âges sauf les 75 ans et plus (-12% chez les moins de 15 ans, -8% chez les 15-74 ans et +4% chez les 75 ans et plus).
- La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale tous âges était stable : 3% en S32 et S31 (Figure 3).
- **La baisse est observée dans toutes les régions à l'exception** de la Corse (23 vs 9 actes en S31), la Normandie (103 vs 76 actes en S31), les Pays de la Loire (118 vs 102 actes en S31) et l'Occitanie (75 vs 68 actes en S31). Elle varie entre -83% en Bourgogne-Franche-Comté et -1% en Bretagne.

Figure 3. 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)

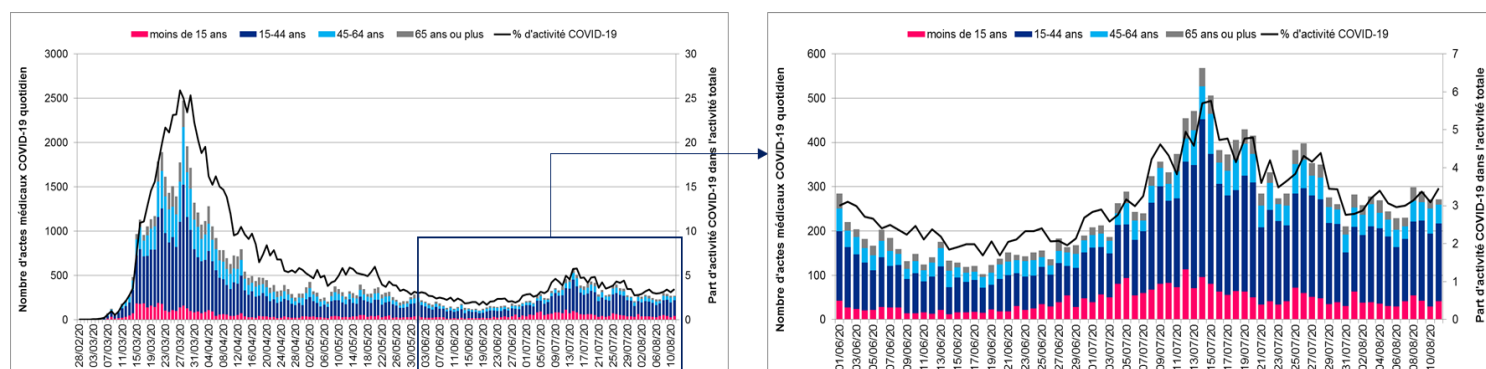
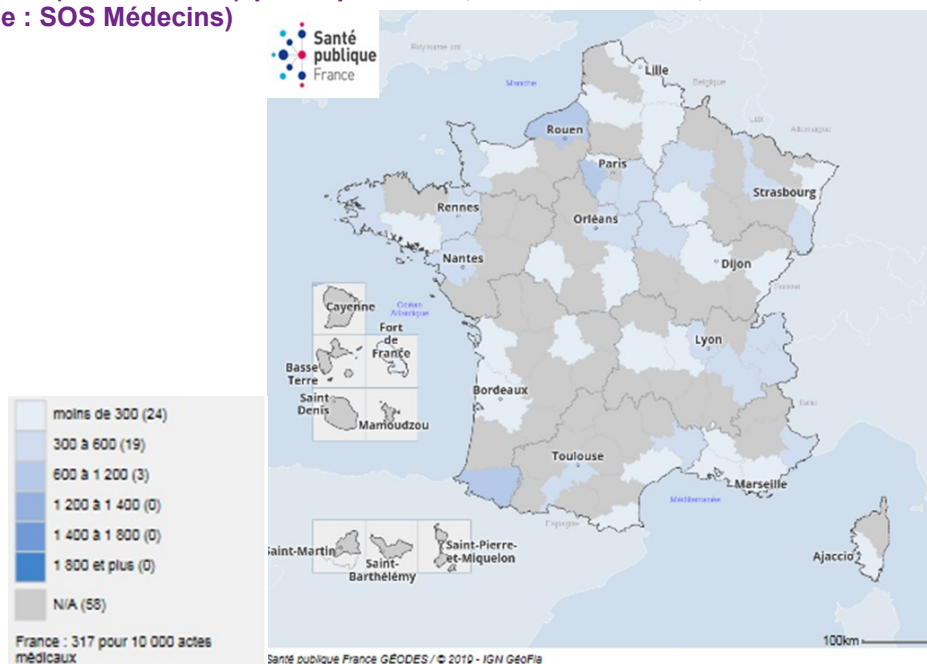


Figure 4. Taux d'actes médicaux hebdomadaires pour suspicion de COVID-19 (/10 000 actes) par département, semaine 32/2020, France (source : SOS Médecins)



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

Surveillance virologique

Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou par département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées dans le temps. Ces indicateurs, associés aux autres, permettent de suivre la dynamique de l'épidémie.

Jusqu'à la semaine 19, la surveillance virologique s'est appuyée sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 Labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et par les laboratoires hospitaliers. Depuis la semaine 20, elle s'appuie sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), opérationnel depuis le 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce système de surveillance vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR réalisés.

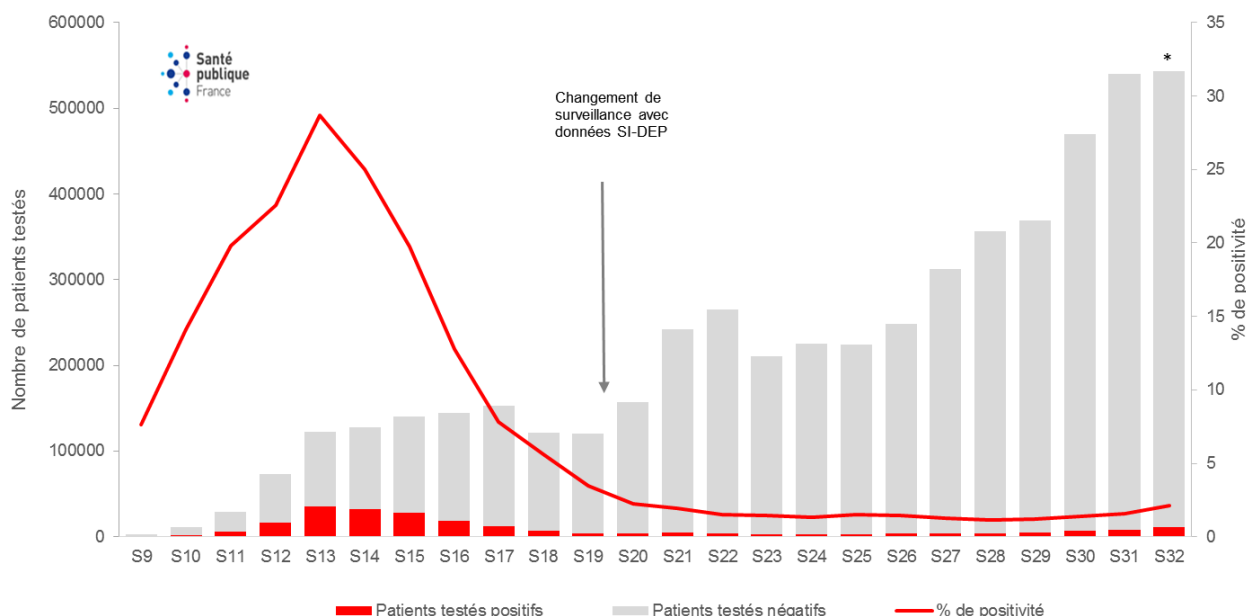
Dans ce bilan, ne sont pas pris en compte les correctifs apportés aux indicateurs pour prendre en compte les dépistages aux frontières pour des personnes non domiciliées en France, excepté pour le taux d'incidence national et Paris. Au niveau départemental ce correctif est précisé pour Paris, seul département pour lequel un impact sur les indicateurs est notable.

- Au 11 août, la quasi-totalité des laboratoires (5 576 sites de prélèvements) a transmis des données.

En France

- **Au niveau national**, en semaine 32, 540 391 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2 par RT-PCR dont 9 164 tests correspondant à des dépistages aux aéroports principalement réalisés en Ile-de-France. Parmi ces patients testés, **11 633 étaient positifs dont 406 dépistés aux aéroports**. Le nombre de patients positifs était en augmentation par rapport à la semaine précédente (8 384 patients en S31, +39%).
- **Le taux national d'incidence (nombre de nouveaux cas rapportés à la population) était de 17,3 cas/100 000 habitants** (16,7 hors dépistages aux aéroports) et a fortement augmenté par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (12,5 cas / 100 000 habitants en S31).
- **Le taux de positivité national hebdomadaire était de 2,2%** (calculé sur les tests valides), **en forte augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (1,6% en S31; +38%) (Figure 5).
- **Le taux de dépistage** (nombre de patients testés pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **805/100 000 habitants** et quasi-stable par rapport à la semaine 31 (792/100 000 habitants) (+1,7%).
- A noter qu'en S32, 606 487 tests ont été effectués, parmi lesquels un premier test a été réalisé pour 540 391 patients.

Figure 5. Nombre de patients testés, nombre de patients testés 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)



* Données provisoires

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

En France métropolitaine

- En semaine 32, 516 322 patients ont été testés et pour 10 915 patients le test était positif pour le SARS-CoV-2.
- Le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 est toujours en augmentation en S32 par rapport à la semaine précédente : S31 : 7 690 (+35%) ; S32 : 10 915 (+42%) (Figure 6a).
- Le taux d'incidence en France métropolitaine était en augmentation avec 16,8 cas / 100 000 habitants (vs 11,9 cas/100 000 habitants en S31).
- La taux de positivité était de 2,1% en S32 et a fortement augmenté par rapport à la S31 (1,5% en S31 (+41%).
- Le taux de dépistage hebdomadaire était de 796/100 000 habitants (vs 787/100 000 h en S31).

En S32, le nombre de patients testés a augmenté très légèrement (1%) par rapport à la semaine 31 (Figure 6a). L'augmentation des nouveaux cas positifs était fortement supérieure à l'augmentation du nombre de patients testés (+42% pour les cas positifs et +1% pour les patients testés par rapport à S31).

Figure 6a. Evolution des taux d'incidence et taux de dépistage (/100 000 habitants), par semaine (France métropolitaine (source SI-DEP)).

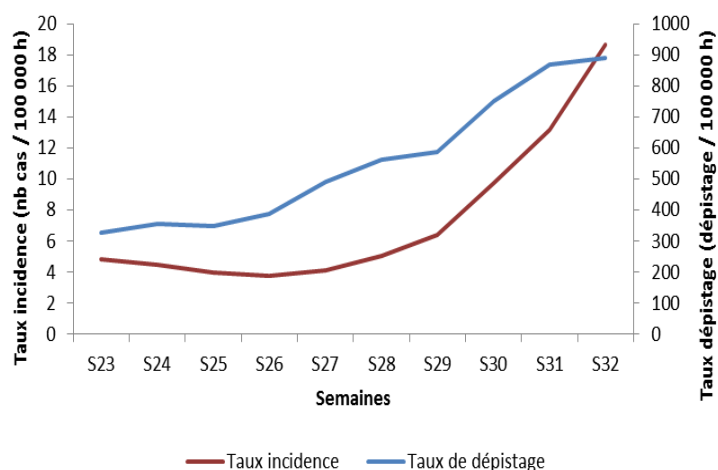
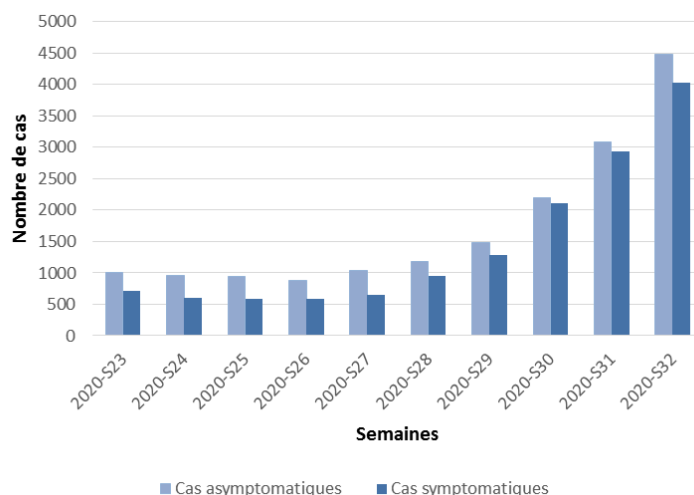


Figure 6b. Evolution du nombre de cas confirmés de SARS-CoV-2 selon la présence ou non de symptômes (31 672 cas décrits), par semaine, France métropolitaine (source SI-DEP).



- Les personnes asymptomatiques représentaient 77% des personnes testées en S32 et étaient en légère augmentation par rapport à S31 (+6%). Le nombre de personnes asymptomatiques testées a largement augmenté depuis mi-juillet. Cette augmentation était de 31% entre les S31 et S30 et de 33% entre la S29 et S30.
- Parmi les 8 516 cas positifs en S32, pour lesquels l'information était disponible, 53% était asymptomatiques, proportion stable par rapport à la S31 (51%) (Figure 6b).
 - Parmi les cas asymptomatiques, pour lesquels l'information sur l'âge était disponible, plus de la moitié (58%) étaient âgés entre 15 et 44 ans. Cette proportion était en légère augmentation comparé avec la S31 (54%).
 - Parmi les cas asymptomatiques âgés entre 15-44 ans, les classes d'âge des 20-24 ans et 25-29 ans étaient les plus représentées (respectivement 24% et 21%), proportions stables entre la semaine 31 et 32.
- Le nombre de personnes symptomatiques testées a diminué en S32 (-12%) mais le nombre de cas symptomatiques a augmenté de 37% (4 031 cas en S32 vs. 2 932 en S31).

Analyse par tranche d'âge

- En semaine 32, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) était de 6,8 chez les 0-14 ans, 28,9 chez les 15-44 ans, 13,0 chez les 45-64 ans, 8,6 chez les 65-74 ans et 9,6 chez les 75 ans et plus (Figure 7a).
- En semaine 32, par rapport à la S31, le nombre de cas a augmenté dans l'ensemble des classes d'âge mais l'augmentation est plus importante chez les 15-44 ans :** +27% chez les 0-14 ans, +46% chez les 15-44 ans, +35% chez les 45-64 ans, +41% chez les 65-74 ans et +43% chez les 75 ans et plus (Figure 7a).
- Parmi les 15-44 ans, l'augmentation du taux d'incidence observée en S32 était la plus importante chez les 25-29 ans (+55%) et les 30-34 ans (+52%) puis chez les 20-24 ans (+44%), 35-39 ans (+42%), 40-44 ans (+41%) et enfin les 15-19 ans (+38%) (Figure 7c).
- Le taux de dépistage était stable ou en baisse en S32 dans toutes les classes d'âge (Figure 7b). : -6% chez les 0-14 ans, +4% chez les 15-44 ans, +1% chez les 45-64 ans, -1% chez les 65-74 ans et -4% chez les 75 ans et plus (Figure 7d).

Figure 7a. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-COV-2 en fonction des classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP)

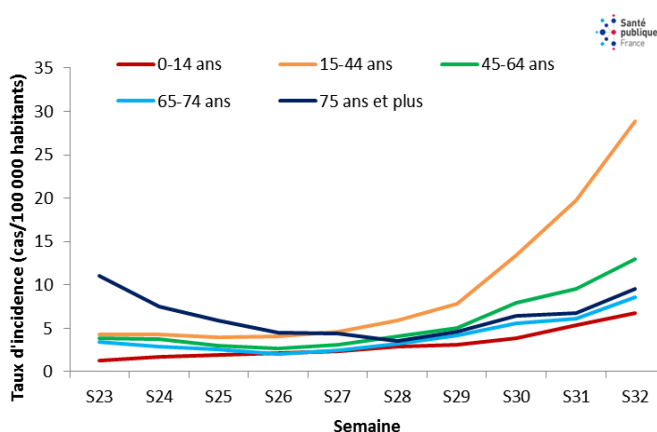


Figure 7b. Evolution du taux de dépistage de SARS-COV-2 en fonction des classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP)

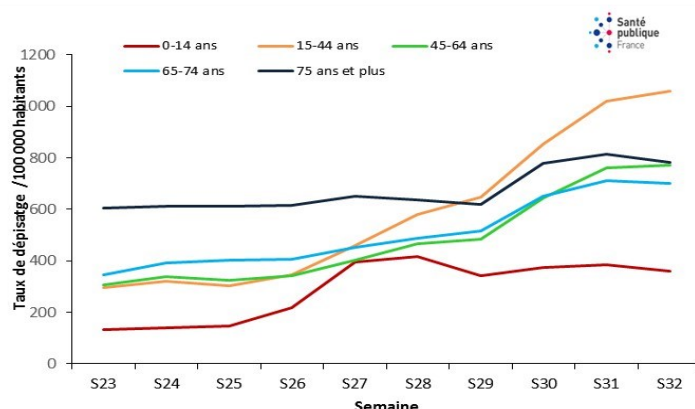


Figure 7c. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-COV-2 chez les 15-44 ans depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP)

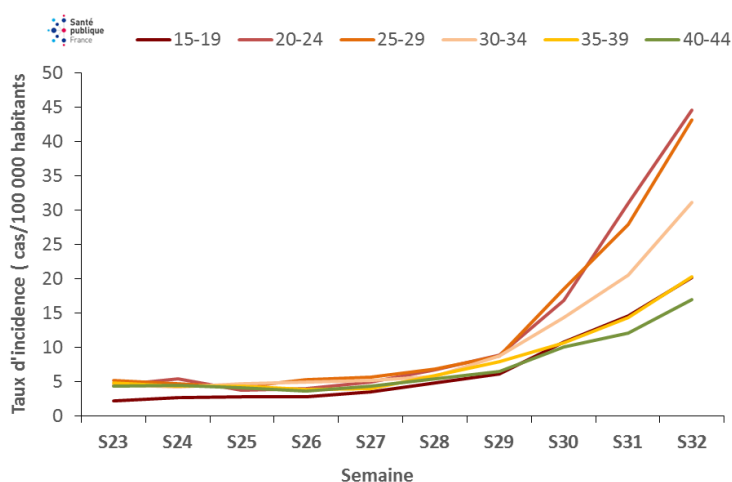
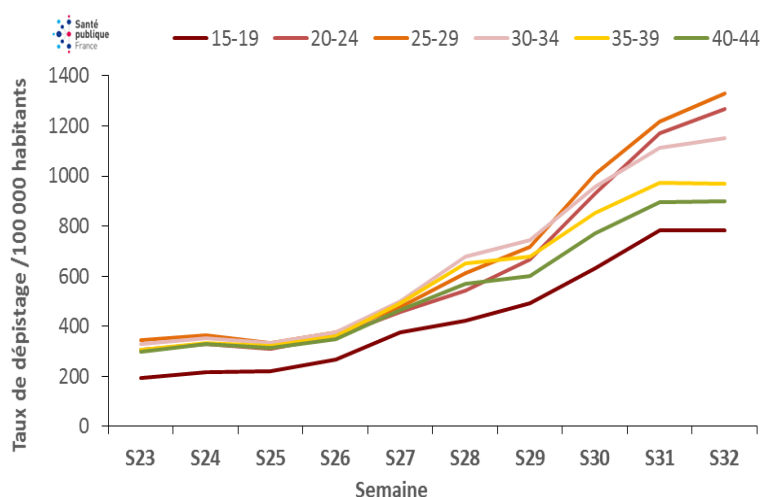


Figure 7d. Evolution du taux de dépistage des cas de SARS-COV-2 chez les 15-44 ans depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP)



Délais entre l'apparition des symptômes et le dépistage

Le délai entre l'apparition des symptômes et le prélèvement est renseigné dans SI-DEP.

- En semaine 32, cette information était disponible pour 419 634 personnes testées (80% des personnes testées). En S32, en comparaison avec S31, **le nombre de personnes asymptomatiques testées était en légère augmentation (+6%) et le nombre de personnes symptomatiques quel que soit le délai entre l'apparition des symptômes et le prélèvement était stable voire en diminution.**
- Parmi les personnes symptomatiques, 24% avaient présenté des symptômes le jour ou la veille du prélèvement ; 55% à 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement, 21% à 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement et 0,3% plus de 7 jours avant le prélèvement.

Au niveau régional

En métropole:

Trente-trois départements métropolitains avaient des taux d'incidence supérieurs à 10/100 000 habitants en S32 dont 16 supérieurs à 20/100 000 habitants.

Le taux d'incidence le plus élevé était observé à Paris (62/100 000 h). Ce taux inclut toutefois les dépistages aux aéroports de Roissy et Orly dont les voyageurs dépistés à l'arrivée sont actuellement imputés au département 75 en l'absence d'adresse connue de ces personnes. **L'incidence à Paris, hors tests aux aéroports, est estimée à 46,2 pour 100 000 hab.**

Les taux des autres départements étaient les suivants (taux pour 100 000 h) : Bouches-du-Rhône (47), Seine-Saint-Denis (34), Hauts-de-Seine (33), Val-de-Marne (33), Sarthe (32), Alpes-Maritimes(31), Haute-Garonne (30), Yvelines(28), Essonne (28), Val-d'Oise (28), Mayenne (27), Nord (24), Haute-Savoie (23), Var (22), Meurthe-et-Moselle (21), Loiret (20), Seine-et-Marne (19), Ile-et-Vilaine (17), Vaucluse (16), Gard(16), Hérault (15), Rhône (13), Loire-Atlantique (13), Moselle (12), Alpes-de-Haute-Provence (12), Haute-Saône (12), Oise (11), Eure-et-Loir(11), Savoie (11), Hautes-Alpes (11), Morbihan (10), Ain (10)(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 S32 étaient la Mayenne (2368/100 000 h), Paris (1 711/100 000 h), les Bouches-du-Rhône (1 390/100 000 h) et les Alpes-Maritimes (1 322/100 000 h) (Figure 8c).

En Mayenne, le nombre de cas confirmés a fortement diminué en S32 (83 vs 146 en S31) équivalent à un taux d'incidence pour la S32 de 27,2 cas pour 100 000 habitants, en nette diminution comparé à la S31 (47,8). Le taux de positivité suit également les mêmes tendances avec une diminution de celui-ci à 1,1% vs 1,4% en S31. Le nombre de personnes testées en S32 a légèrement diminué avec un taux de dépistage pour 100 000 habitants de 2 368 en S32 vs 3 498 en S31.

Dans la Sarthe, département limitrophe de la Mayenne, une forte augmentation du taux d'incidence a été observée en S32 avec 32 cas pour 100 000 habitants (vs 18 en S31) (figure 8a). Le taux de positivité suit également les mêmes tendances avec un taux de positivité de 3,8% en S32 vs 3% en S31.

En Ile-de-France, le taux d'incidence a continué d'augmenter en S32 avec un taux d'incidence estimé à 34,9 cas /100 000h (vs. 24,3 cas/100 000 hab en S31). Cette augmentation d'incidence est particulièrement due à Paris dont l'incidence est passée de 31,2 à 62,1 cas/100 000 hab (incluant les dépistages aux aéroports); hors dépistages aéroports la tendance reste à l'augmentation avec une incidence pour 100 000 habitants estimée à 46,1. **L'augmentation du nombre de cas positifs au niveau régional reste, cette semaine encore, plus importante que le nombre de nouvelles personnes dépistées.** Dorénavant, l'ensemble des départements franciliens ont franchi le seuil de 20 cas /100 000 habitants, excepté pour la Seine-et-Marne (19,1 /100 000 habitants). Les taux de positivité sont également en augmentation dans tous les départements et dépassent tous 2,5 %. Il est à noter que cette augmentation d'incidence en Ile-De-France inclut des personnes dépistées et exposées hors de la région en cette période de vacances. **Les taux d'incidence dans cette région étaient toujours particulièrement élevés chez les 20-29 ans** avec des taux d'incidence compris entre 50 et 115 cas/100 000h.

En région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, le taux d'incidence a fortement augmenté en S32 avec 32,8 cas pour 100 000 hab vs 16,9 en S31. Cette augmentation d'incidence est accompagnée d'une augmentation du taux de positivité (2,8% en S32 vs. 1,7% en S31) mais un taux de dépistage relativement stable (1 161/100 000 hab. en S32 vs 1 001,1/100 000 hab. en S31) reflétant ainsi une accélération de la circulation virale dans la région. A l'échelle départementale, le seuil de 10/100 000 habitants pour le taux d'incidence a été dépassé en S32 dans l'ensemble des départements. La situation la plus défavorable est observée dans les Bouches-du-Rhône où le taux d'incidence atteint 47/100 000 habitants en semaine 32, taux ayant presque doublé comparé à la S31 (25 cas/100 000 hab). Le taux de positivité a également nettement augmenté (3,4% en semaine 32 vs 2,1% en semaine 31). Les incidences ont également augmenté en semaine 32 dans les Alpes-Maritimes (30,9/ 100 000 hab. vs. 17,4 en S31), le Var (21,8/100 000 hab. vs 8,8/100 000hab. en S31) et le Vaucluse (16,4/100 000 hab. vs 8,9/100 000 hab. en S31) accompagné par des augmentations des taux de positivité dans ces trois départements. L'augmentation de l'incidence constatée est plus particulièrement marquée dans les populations de jeunes adultes (20-30 et 30-40 ans). En semaine 32, les taux dans ces classes d'âge dépassent ou approchent le seuil de 50 pour 100 000 dans les Alpes-Maritimes (79 pour les 20-30 ans et 46 pour les 30-40 ans), les Bouches-du-Rhône (136 pour les 20-30 ans et 70 pour les 30-40 ans), le Var (77 pour les 20-30 ans et 38 pour les 30-40 ans) et le Vaucluse (48 pour les 20-30 ans).

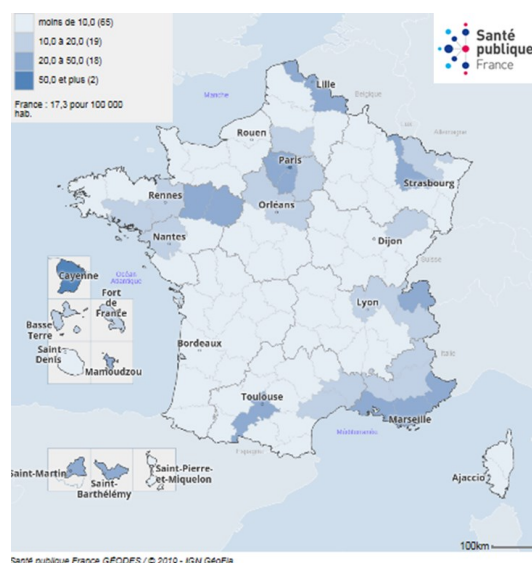
En outre-mer :

Le nombre de patients testés était en augmentation par rapport à la semaine précédente, avec un taux de dépistage de 880/100 000 h vs. 761/100 000 habitants en semaine 31. En Guyane, le taux de dépistage était de 1 027 / 100 000 h en semaine 32 (vs. 1 271/100 000 h en S31).

En Guyane, en semaine 32, le taux d'incidence était en baisse par rapport à S31 (122/100 000h en S32 vs. 155/100 000h en S31). Le taux de positivité a légèrement diminué en S32 à 11,9% (vs. 12,2 en S31).

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 03 au 09 août 2020 (source SI-DEP)

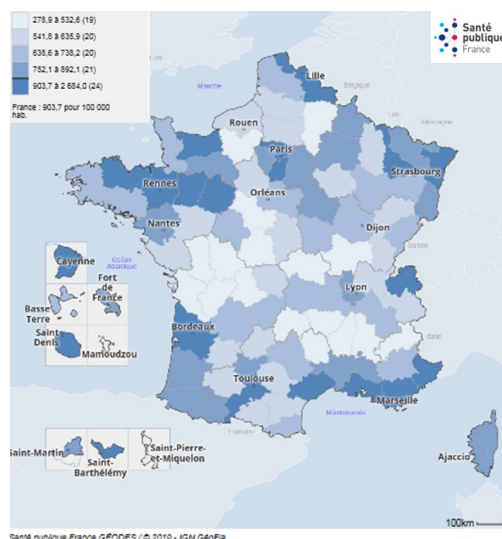
8a.



8b.



8c.



Les correctifs sur les taux d'incidence, de positivité et de dépistage due au dépistage aux frontières ne sont pas apportés dans Geodes.

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

Activité de suivi 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 si nécessaire, et de détecter d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle ^{1,2}.

Cette stratégie repose sur une organisation en 3 niveaux mobilisant :

- Les professionnels de santé de médecine de ville et des établissements de santé, pour la prise en charge des cas, et l'identification des personnes contacts à risque, a minima du foyer ;
- L'Assurance maladie, pour l'identification et la prise en charge de l'ensemble des contacts à risque des cas confirmés de COVID-19 en complément de l'intervention des médecins de ville et établissements de santé;
- Les Agences régionales de santé en lien avec les cellules régionales de Santé publique France, pour l'identification et l'investigation des chaînes de transmission et des cas groupés et la gestion des situations complexes, dans certaines collectivités notamment.

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 des mesures en place et donnent des indications complémentaires aux données de surveillance quant à la situation épidémiologique.

Proportion des cas et des personnes-contacts à risque investigués

- En semaine 32, **94% de cas renseignés dans la base ContactCovid sur l'ensemble du territoire ont pu être joints pour être investigués** et pour identifier leurs personnes-contacts à risque.
- En semaine 32, **96% de personnes-contacts à risque identifiées sur l'ensemble du territoire ont pu être jointes pour être investiguées**.
- **Des disparités régionales sont observées** (Tableau 1) qui peuvent être expliquées par de faibles effectifs dans certains territoires et/ou des difficultés à recueillir les coordonnées pour contacter les personnes, ou des mobilités des personnes durant les périodes de vacances. Des cas et des contacts peuvent être identifiés et investigués dans des régions différentes, en particulier durant la période des vacances.

Tableau 1. Nombre et proportion de cas et de personnes-contacts à risque investigués par région, France métropolitaine et ultra-marine, depuis le début de l'activité de suivi de contacts post-confinement (S20/2020), et pendant la dernière semaine (S32/2020) (source : ContactCovid – Cnam)

Territoires/régions	Depuis post-confinement du 13/05 au 09/08				Semaine 32 du 03/08 au 09/08			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%**	N	%**
France entière	56 166	96	197 036	98	10 115	94	30 495	96
France métropolitaine	50 024	97	185 920	98	9 408	94	29 137	96
Auvergne/Rhône/Alpes	4 812	100	21 572	100	903	100	3 303	101
Bourgogne/Franche-Comté	1 429	99	5 265	99	167	99	489	95
Bretagne	1 719	99	9 600	99	374	98	1 458	105
Centre/Val de Loire	1 518	97	5 588	99	211	92	811	97
Corse	147	100	381	100	34	100	148	100
Grand Est	5 428	99	19 866	99	598	95	1 971	101
Haut de France	6 271	97	23 848	98	894	95	3 378	100
Île de France	14 642	94	45 751	99	3 227	94	8 015	101
Normandie	1 460	99	7 172	99	166	97	797	95
Nouvelle Aquitaine	1 696	99	8 904	98	259	96	1 393	93
Occitanie	2 953	96	10 204	91	673	93	2 080	79
Pays de la Loire	3 745	99	15 823	99	579	96	2 027	91
Provence/Alpes/Côte d'Azur	4 204	95	11 946	94	1 323	90	3 267	87
France ultra-marine								
La Réunion	151	70	1 377	95	18	51	142	87
Martinique	153	97	649	95	60	97	258	92
Mayotte	805	78	1 385	59	169	79	259	61
Guadeloupe	191	92	662	99	58	89	169	113
Guyane	4 788	92	6 956	100	390	99	502	101
Région indéterminée	54		87		12		28	

* 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.

** Pour une semaine donnée, le nombre de personnes investiguées peut-être supérieur au nombre de personnes identifiées la même semaine, en raison de l'investigation de personnes identifiées la semaine précédente.

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

- La tendance à l'augmentation du nombre de cas ainsi que du nombre de personnes-contacts à risque identifiés depuis mi-juin se confirme (Figure 9).

Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- En semaine 32, la moyenne était de 3,0 contacts par cas avec une **accélération de la diminution** par rapport aux semaines précédentes (4,5 en semaine 29 ; 4,1 en semaine 30 et 3,7 en semaine 31). Des investigations sont en cours pour en explorer les causes possibles.
- En moyenne, depuis la mise en place du suivi des contacts, on dénombrait 3,5 personnes contacts à risque par cas.

Proportion de cas précédemment connus comme personne-contact à risque

- Depuis la mise en place du dispositif, parmi les personnes identifiées comme personne contact à risque d'un cas positif, 11 388 personnes soit 6% sont devenus des cas confirmés de Covid-19. Cela représente 19% du total des cas identifiés.
- En semaine 32, **parmi l'ensemble des cas identifiés, 2 336 (21,6%) étaient précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas. Cette proportion restait faible et marquait une légère diminution par rapport aux deux semaines précédentes** (Figure 10).

Figure 9. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque identifiés par jour depuis le début de l'activité de suivi de contact post-confinement du 20 mai 2020 au 09 août 2020 (source : ContactCovid – Cnam)

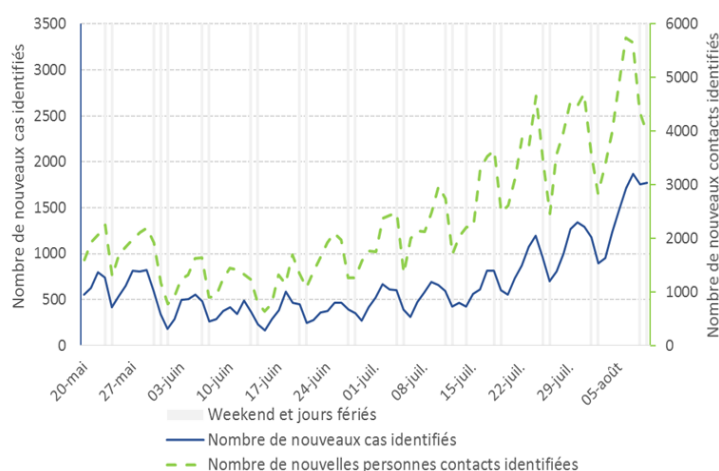
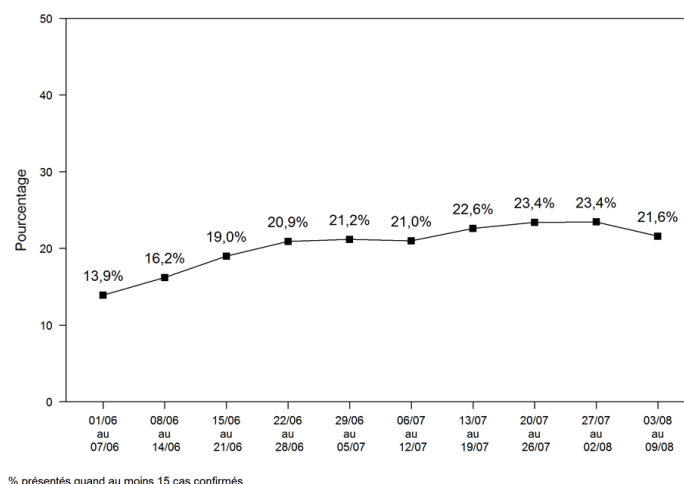


Figure 10. Proportion de nouveaux cas connus précédemment comme personnes-contacts à risque, par semaine du 1^{er} juin 2020 au 09 août 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



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.

Délai de dépistage des cas symptomatiques

- Le 9 août, le délai moyen entre la date de début des symptômes et la date de prélèvement était de **3,5 jours chez les nouveaux cas confirmés** pour lesquels la date de début des symptômes était disponible et dont la date de prélèvement de la RT-PCR était inférieure à 8 jours (n=4 020).
- Après un plateau depuis début juillet à 4,5 jours de délai, une forte diminution a été observée entre la semaine 30 et 31 suivi d'une stabilisation en semaine 32.

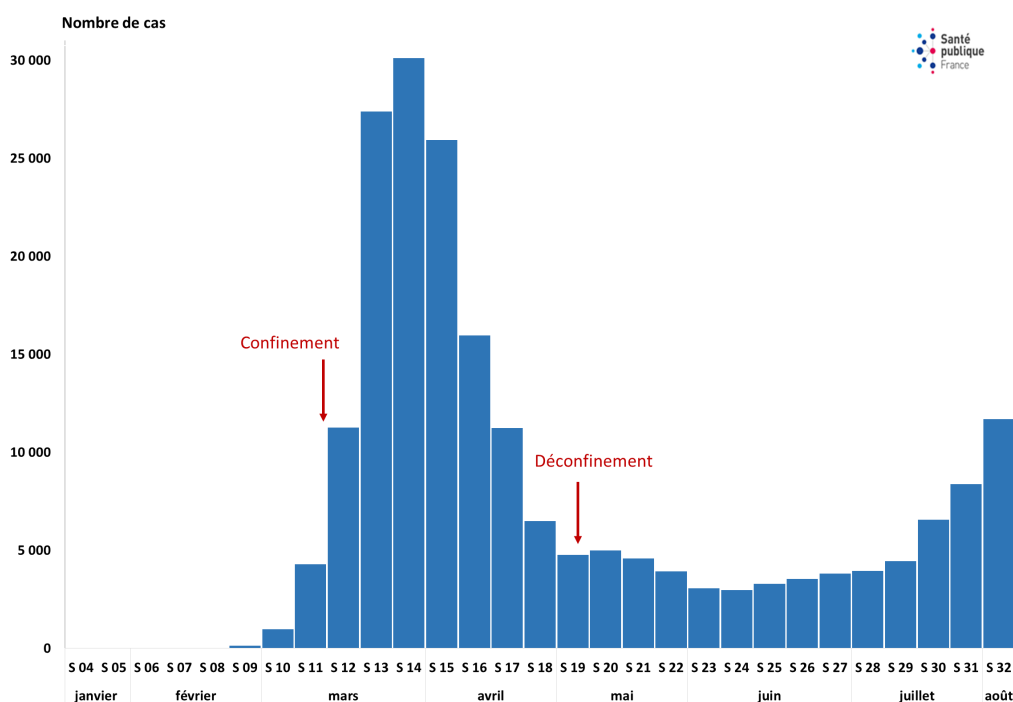
¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/01-maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/guide-methodologique-d-investigation-des-cas-et-des-personnes-contacts-07-05-20>

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 12 août 2020, 66 453 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Il est ainsi estimé un total de **206 696 cas confirmés de COVID-19** en France au 12 août 2020.
- Après une diminution de la semaine 15 à la semaine 24, **on constate une augmentation particulièrement marquée ces dernières semaines**, le nombre de cas confirmés passant de 2 981 en S24 à 11 633 en S32. **Cette augmentation était de +39% entre la semaine 31 et semaine 32.**
- **En France métropolitaine**, depuis la semaine 24, le nombre de cas confirmés était en augmentation modérée, mais l'augmentation s'est intensifiée depuis la S30. Cette augmentation était de **+42% entre la semaine 31 et 32 (+35% entre la semaine S30 et S31).**

Figure 11. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 23 janvier au 12 août 2020 (données arrêtées le 12 août 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](#)

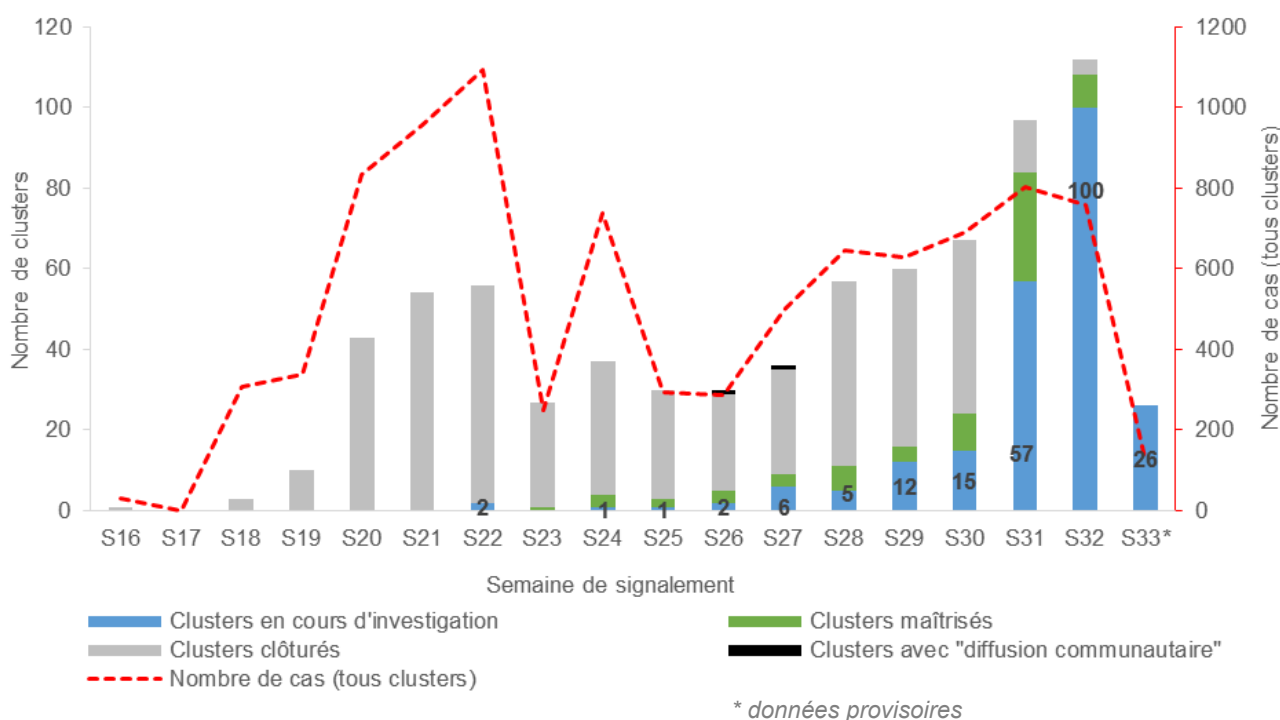
Signalement à visée d'alerte des foyers de transmission (clusters)

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 9 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

- Au 11 août 2020, la tendance hebdomadaire à la hausse des clusters depuis juillet s'est accentuée, avec **112 clusters signalés en S32** (Figure 12), mais le fardeau moyen de cas par cluster semble moindre en juillet (10 cas par cluster contre 19 en mai-juin).
- Au total **746 clusters (94% en métropole) ont été signalés** (Figure 13): **227 (30%) en cours d'investigation** dont **64 (28%) en criticité élevée** (potentiel de transmission, critères de gravité), 9% sont maîtrisés, 61% sont clôturés et 0,3% ont impliqué une diffusion communautaire.
- Parmi les 746 clusters, **le milieu familial élargi (plusieurs foyers) et les évènements publics/privés** rassemblant de manière temporaire des personnes **restent parmi les types de collectivités les plus représentés (23%), avec les établissements de santé (ES) (16%) et les entreprises hors ES (24%)** (Tableau 2).

Figure 12. 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 09 mai et le 11 août 2020 (N=746) (Source : MONIC)

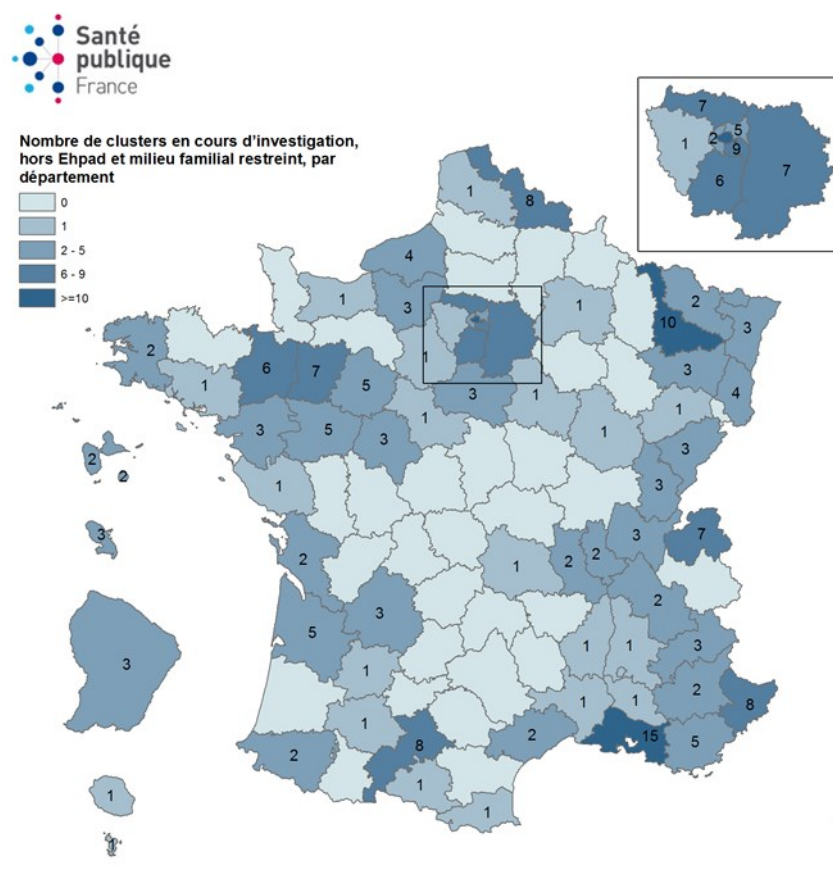


^[1] Pour en savoir plus : [Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19](#)

Tableau 2 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par type de collectivité, inclus entre le 9 mai et le 11 août 2020 (N=746) (Source : MONIC)

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=746	%	N=227	%
Entreprises privées et publiques (hors ES)	182	24	65	29
Etablissements de santé	116	16	26	11
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	108	14	31	14
Evènements publics ou privés : rassemblements temporaires de personnes	67	9	38	17
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	60	8	9	4
EMS de personnes handicapées	29	4	7	3
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	27	4	8	4
Milieu scolaire et universitaire	25	3	3	1
Crèches	19	3	5	2
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	19	3	4	2
Etablissements pénitentiaires	9	1	4	2
Transports (avion, bateau, train)	7	1	1	0
Structures de l'aide sociale à l'enfance	4	1	1	0
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-	0	-
Autre	74	10	25	11

Figure 13. Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) en cours d'investigation par département, inclus entre le 09 mai et le 11 août 2020 (N=227) (Source : MONIC)



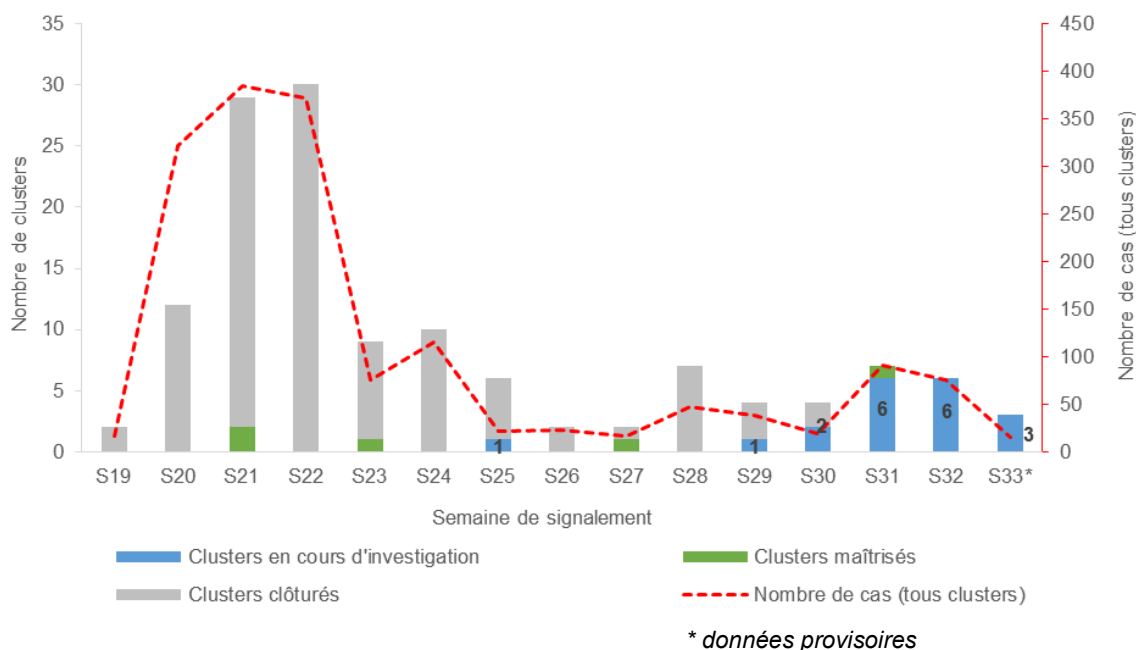
Pour en savoir plus sur les données régionales, consulter : [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr/)

Foyers de transmission (clusters) en Ehpad

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

- Au 11 août 2020, le nombre hebdomadaire de nouveaux clusters reste faible (moins de 10 par semaine), avec un total de 133 clusters (Figure 14). Le nombre de nouveaux signalements était stable en semaine 32 par rapport la semaine précédente.
- Au total, 14% (n=19) des 136 clusters sont en cours d'investigation, 4% maîtrisés, 82% clôturés et aucun cluster n'a diffusé. La majorité (69%) d'entre eux comportait plus de 5 cas (12 en moyenne par cluster).

Figure 14 : Distribution du nombre de clusters en Ehpad selon leur statut et du nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement entre le 09 mai et le 11 août 2020 (N=133) (Source : MONIC)



Focus : évaluation de la part des clusters dans l'incidence

- Depuis fin juin, la circulation virale augmente, avec une hausse de l'incidence et des taux de positivité dans de nombreux départements. Ce constat, dans un contexte d'intensification du dépistage, est conjugué à une hausse du nombre de clusters. Ce focus a consisté à évaluer la part des clusters dans l'incidence et documenter la circulation du virus en dehors des clusters.
- Cette part rapporte le nombre de cas (tous clusters) aux cas incidents connus via SI-DEP, du 09 mai pour les clusters dont ceux en Ehpad (source: MONIC) et du 13 mai pour les cas incidents (SI-DEP) au 04 août. Cette part est présentée en 4 classes : moins de 10%, 10 à 20%, 20 à 50%, plus de 50%.
- Les résultats sont présentés pour la métropole. **La part des clusters dans l'incidence est de 18% en métropole**, avec une hétérogénéité territoriale. Parmi les 96 départements, 32 (33%) ont une part inférieure à 10%, 24 (25%) de 10 à 20%, 27 (28%) de 20 à 50%, et 13 (13,5%) supérieure à 50%. **Ces résultats indiquent que le virus circule largement en dehors des clusters identifiés.** Les actions de contact-tracing doivent donc se poursuivre, et le niveau 2 doit renforcer les remontées de clusters vers le niveau 3. Dans les départements avec une faible part (moins de 10 %) et une incidence croissante en dehors du dépistage, les investigations doivent être renforcées pour que des actions complémentaires soient entreprises.
- **Limites** de cette analyse : cette part peut être sous-estimée du fait de la non prise en compte des clusters en milieu familial restreint, la sous-notification actuelle des clusters par le niveau 2 du contact-tracing et la non exhaustivité des cas recensés par cluster (10 à 30%), notamment pour les clusters actifs. Dans une moindre mesure, cette part peut être sur-estimée car les cas incidents sont reliés au département de résidence et ceux des clusters en partie à celui des déplacements (vacances par exemple) ; enfin il n'est pas possible d'appairer les cas incidents avec ceux survenus avant mai issus des premiers clusters (moins de 5% des cas).

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 1^{er} mars 2020 et jusqu'au 10 août, 8 540 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 5 377 (63%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 3 163 (37%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 3).
- Parmi les 8 540 signalements **39 744 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents. Parmi les **10 505 décès dans l'établissement d'accueil**, 10 420 étaient survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées. (Tableau 3)
- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 10 août 2020, parmi les 5 377 signalements en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 3 581 (67%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Au cours des semaines S31 et S32 (du 27 juillet au 09 août), parmi l'ensemble des EHPA en France, 86 (**1% 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, 75 (0,8%) établissements ont signalé un nouvel épisode (date de début des signes du premier cas ou à défaut date de signalement comprise entre le 27 juillet au 09 août) avec au moins un cas confirmé.

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 10 août 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements	5 377	2 418	384	361	8 540
Cas confirmés	35 001	4 082	188	473	39 744
Chez les résidents Décès hôpitaux	3 703	207	0	21	3 931
Décès établissements	10 420	74	0	11	10 505
Chez le personnel Cas confirmés	16 712	3 532	291	192	20 727

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) ;

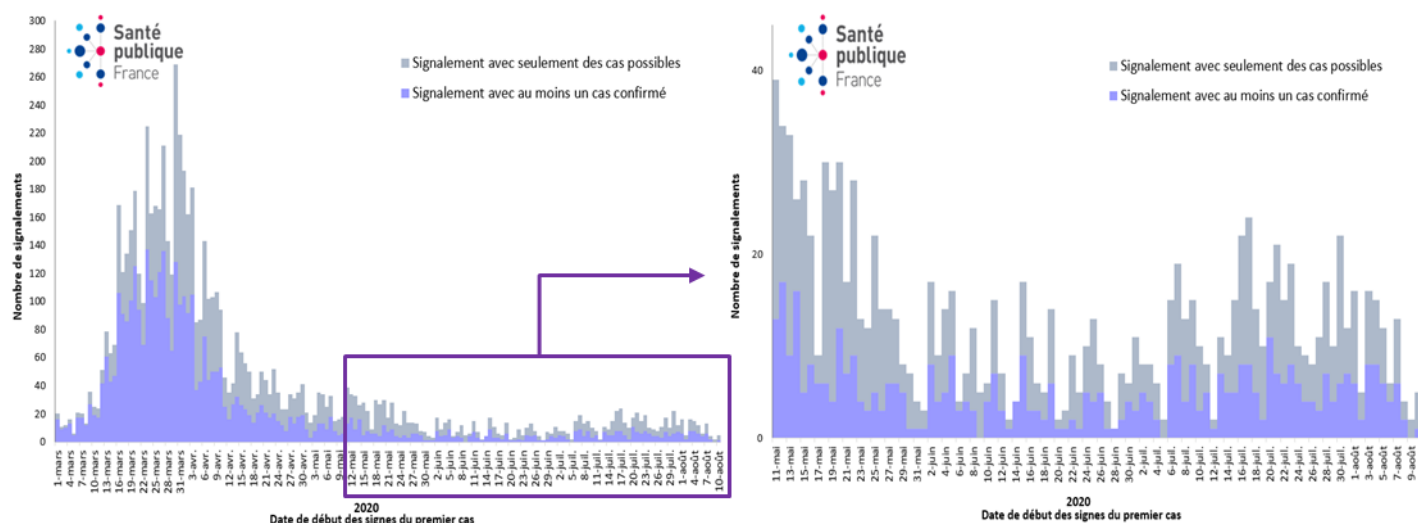
⁵Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible ;

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 de signalements en ESMS en France (Ile-de-France exclue) était **en augmentation depuis début juillet mais semble se stabiliser durant ces deux dernières semaines** (Figure 15).
- Le **nombre d'épisodes avec au moins un cas confirmé sur la même période a également augmenté** depuis la semaine 27 (S27: 25; S28: 48; S29: 52; S30: 54; S31: 60) (données consolidées). Il semble se stabiliser en semaine 32 (46 épisodes), mais ces résultats sont à prendre avec précaution car ces données doivent être consolidées. On observe en particulier une **augmentation du nombre d'épisodes en Ile-de-France depuis début juillet** (S28: 13, S29: 17 ; S30: 17 ; S31: 31). Les données de la semaine 32 ne sont pas encore consolidées (S32 : 14).
- Le **nombre de décès chez les résidents**, en établissement et à l'hôpital reste très faible depuis le 15 juillet (inférieur à 5 décès par jour).

Figure 15. 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 10 août 2020, France (hors Ile-de-France).



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

- En semaine 32 (du 03 au 09 août 2020), 2 019 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période, représentant 0,7% de l'activité totale des services d'urgence du réseau OSCOUR®.
- Après une baisse observée la semaine précédente, ces passages étaient en légère hausse de 9% en semaine 32 (1 860 passages et 0,7% d'activité totale en S31 - données consolidées du 11/08/2020) (Figure 16).
- Cette hausse concerne les **15-74 ans** (1 632 en S32 vs 1 500 en S31 soit +9%) et les **adultes de 75 ans et plus** (314 en S32 vs 268 en S31 soit +17%), tandis que le nombre de passage est en baisse chez les enfants de **moins de 15 ans** (-21%).
- La hausse est observée dans plusieurs régions telles que l'Île-de-France (702 vs 574 passages en S31), Provence-Alpes-Côte d'Azur (152 passages vs 97 en S31), l'Occitanie (107 passages vs 75 en S31) et le Centre-Val de Loire (68 passages vs 50 en S31).
- En semaine 32, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, 35% ont été enregistrés en Île-de-France, 8% en Pays de la Loire, 8% en Provence-Alpes-Côte d'Azur et 7% en Bourgogne-Franche-Comté.
- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, 180 923 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 09 août 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgence ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

Figure 16. 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®)

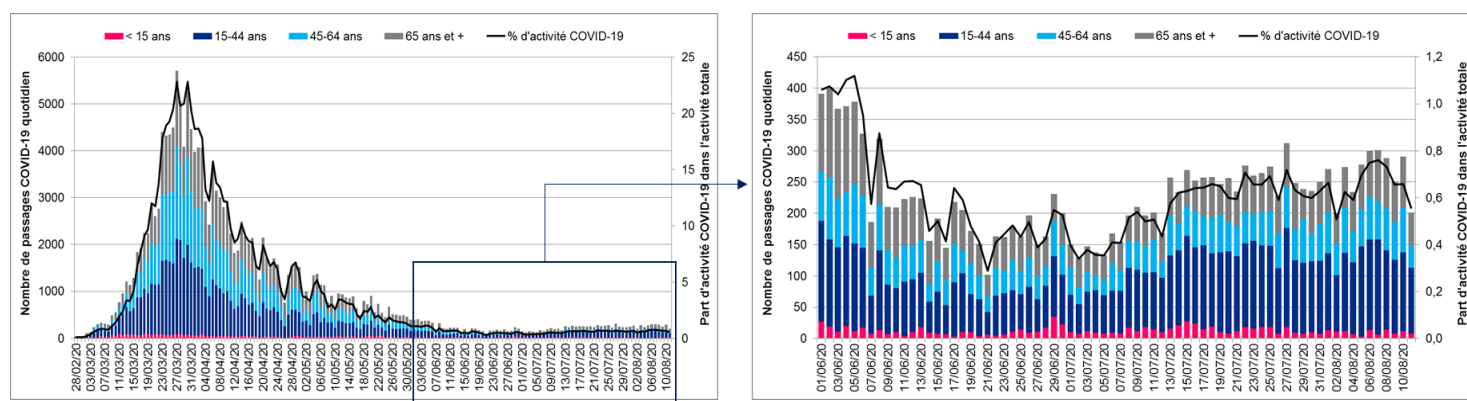
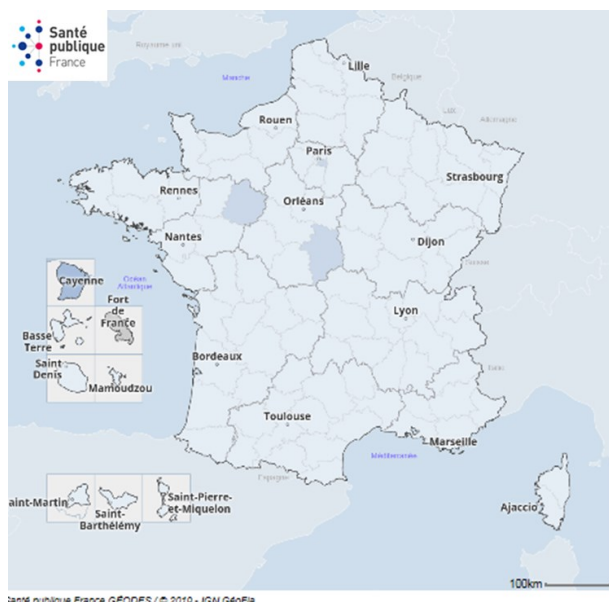


Figure 17. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 32, France (source : OSCOUR®)



Pour en savoir plus sur les données OSCOUR consulter : [GEODES](https://www.observatoire-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 **02 et le 08 août 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 : 1,33 (intervalle de confiance (IC95% : 1,30-1,35), estimation stable par rapport à celle produite la semaine précédente.** Le R calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) **est significativement supérieur à 1 : 1,07 (IC95% : 1,02-1,11) (Tableau 4), en hausse par rapport à l'estimation produite la semaine précédente.**
- **En région, les nombres de reproduction estimés à partir de SI-DEP et OSCOUR® sont significativement supérieurs à 1 en Ile-de-France, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.** Le nombre de reproduction SI-DEP est significativement supérieur à 1 dans 8 régions supplémentaires, sans que celui calculé à partir des passages aux urgences ne soit significativement supérieur 1 : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand-Est, Hauts-de-France, Normandie, Nouvelle-Aquitaine (Tableau 4).
- **En outre-mer**, la Martinique présente un nombre de reproduction estimé à partir de SI-DEP significativement supérieur à 1.

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 02 au 08 août 2020 (Sources : SI-DEP et OSCOUR®)

Territoire	Régions	R effectif (Intervalle de confiance à 95%)	
		SI-DEP	OSCOUR®
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1,17 (1,09-1,25)	0,91 (0,79-1,05)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,36 (1,17-1,58)	1,09 (0,91-1,28)
	Bretagne	1,20 (1,09-1,33)	0,85 (0,67-1,05)
	Centre-Val de Loire	1,41 (1,24-1,58)	1,09 (0,84-1,38)
	Corse	1,63 (0,95-2,49)	NC
	Grand Est	1,22 (1,12-1,32)	0,93 (0,75-1,13)
	Hauts-de-France	1,16 (1,09-1,24)	1,00 (0,83-1,19)
	Ile-de-France	1,36 (1,32-1,41)	1,19 (1,10-1,28)
	Normandie	1,44 (1,25-1,65)	0,79 (0,57-1,04)
	Nouvelle-Aquitaine	1,43 (1,27-1,60)	1,03 (0,82-1,25)
	Occitanie	1,47 (1,37-1,57)	1,26 (1,03-1,51)
	Pays de la Loire	1,06 (0,97-1,15)	0,94 (0,80-1,10)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,62 (1,54-1,70)	1,30 (1,10-1,51)
	France métropolitaine	1,33 (1,30-1,35)	1,07 (1,02-1,11)
France ultra-marine	Guadeloupe	1,09 (0,79-1,45)	NC
	Guyane	0,73 (0,66-0,81)	0,75 (0,58-0,94)
	La Réunion	NC	NC
	Martinique	1,84 (1,41-2,33)	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

[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, **1 536** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

- Parmi les **108 485** patients ayant été hospitalisés depuis le 1^{er} mars (Tableau 5) :
 - L'âge médian des patients est de 72 ans et 53% sont des hommes.
 - 19 849 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 83 237 patients sont retournés à domicile.
- Le **11 août 2020**, **5 012** cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont **391** cas en réanimation.

Tableau 5. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 11 août 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 11 août 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	5 012		391		83 237		19 849	
Classes d'âge *								
Total	4 962		389		82 687		19 738	
0-14 ans	40	1	7	2	1 002	1	3	<1
15-44 ans	336	7	30	8	11 389	14	209	1
45-64 ans	1 035	21	130	33	23 669	29	2 055	10
65-74 ans	1 113	22	137	35	15 680	19	3 529	18
75 et +	2 438	49	85	22	30 947	37	13 942	71
Régions *								
Total	4 971		367		83 226		19 830	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	285	6	17	5	8 168	10	1 763	9
Bourgogne-Franche-Comté	25	1	3	1	4 072	5	1 062	5
Bretagne	61	1	4	1	1 355	2	268	1
Centre-Val de Loire	122	2	8	2	2 278	3	562	3
Corse	4	<1	0	<1	256	<1	59	<1
Grand Est	539	11	17	5	12 901	16	3 631	18
Hauts-de-France	491	10	47	13	7 077	9	1 925	10
Ile-de-France	2 555	51	186	51	29 910	36	7 611	38
Normandie	130	3	5	1	1 813	2	442	2
Nouvelle-Aquitaine	59	1	11	3	2 266	3	428	2
Occitanie	55	1	13	4	2 989	4	516	3
Pays de la Loire	107	2	15	4	2 297	3	481	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	396	8	15	4	5 827	7	970	5
Outre-Mer								
La Réunion	20	<1	2	1	168	<1	5	<1
Martinique	6	<1	2	1	97	<1	16	<1
Mayotte	8	<1	1	<1	430	1	28	<1
Guadeloupe	3	<1	2	1	88	<1	17	<1
Guyane	105	2	19	5	1 234	1	46	<1

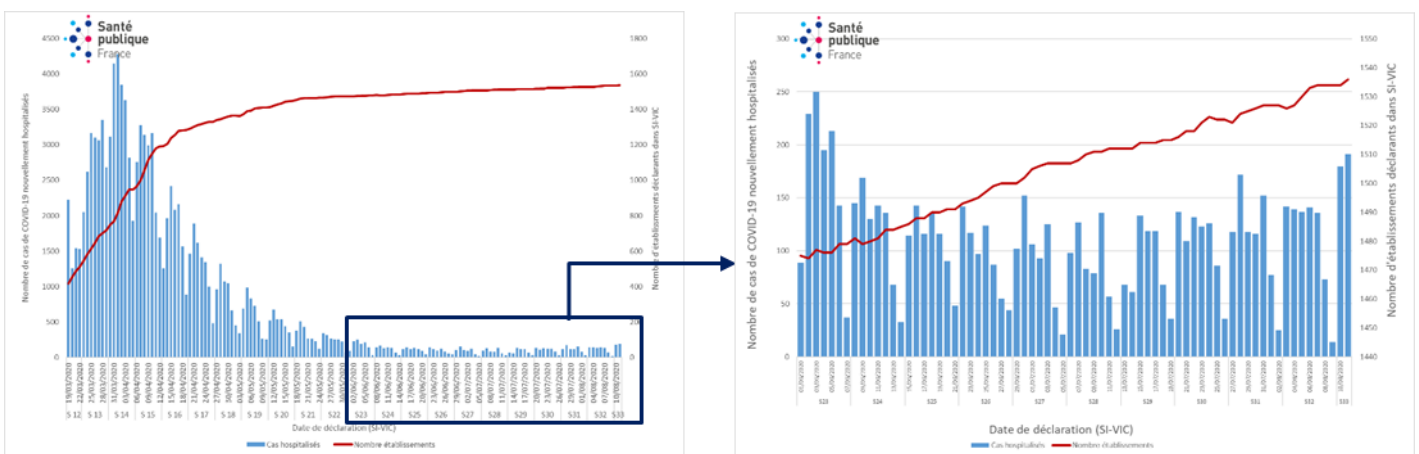
* L'information sur l'âge n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Figure 18. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 22 juillet et le 11 août 2020, France (source : SI-VIC)



- Le **plus fort taux hebdomadaire d'hospitalisations** (du 05 au 11 août) de patients COVID-19 a été observé en **Guyane** mais était en diminution par rapport à la semaine précédente (36,8 vs 39,6/100 000 habitants). Le taux d'hospitalisations hebdomadaire a également diminué à Mayotte et est maintenant comparable aux taux observés dans les autres régions (0,7 vs 3,2/100 000 habitants la semaine précédente).
- Dans toutes les autres régions les taux d'hospitalisations hebdomadaires restaient stables et étaient inférieurs à 3,0/100 000 habitants (Figure 18).
- Le **nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a augmenté** pour la troisième semaine consécutive **en semaine 32** (du 03 au 09 août) : 782 en S32 versus 604 en S29 (Figure 19).
- Depuis début juillet (S28) et jusqu'en semaine 32, **les personnes hospitalisées âgées de moins de 40 ans représentaient 18% (1 311/7 396) des admissions** alors que cette proportion était de 8% (8 324/100 198) sur la période mars-juin 2020. Pour les **personnes âgées de plus de 70 ans une diminution des admissions en hospitalisation conventionnelle a été observée** depuis début juillet représentant 47% (3 495/ 7 396) des admissions sur la période S28-S32 vs 55% (55 019/100 198) sur la période S9-S27.

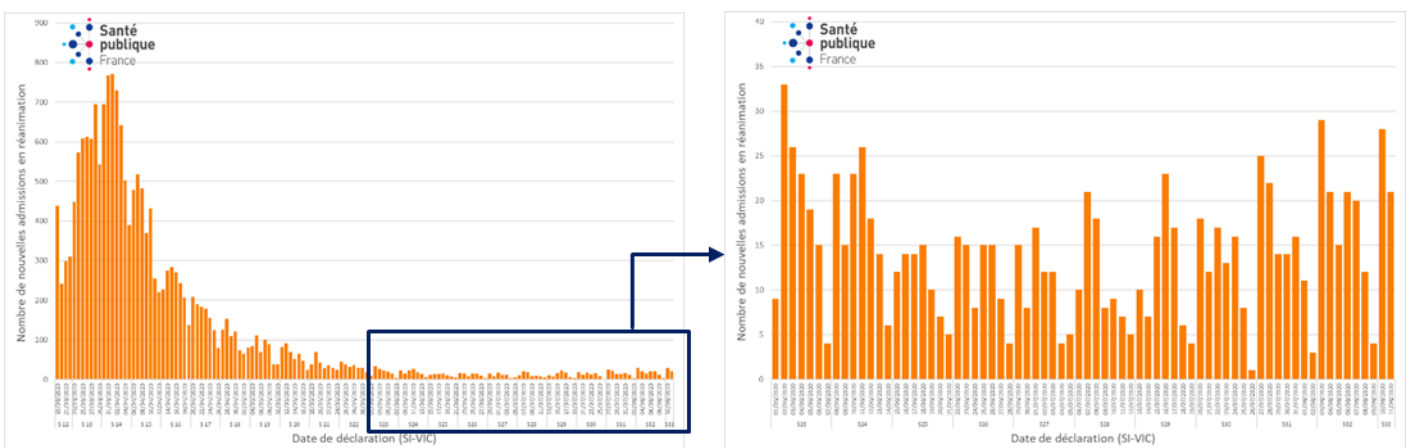
Figure 19. Nombre journalier de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés et nombre d'établissements déclarant, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, données au 11 août 2020, France (source : SI-VIC)



Au 11 août 2020, 391 cas de COVID-19 étaient toujours hospitalisés en réanimation en France et 21 nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation ont été rapportées (Figure 20).

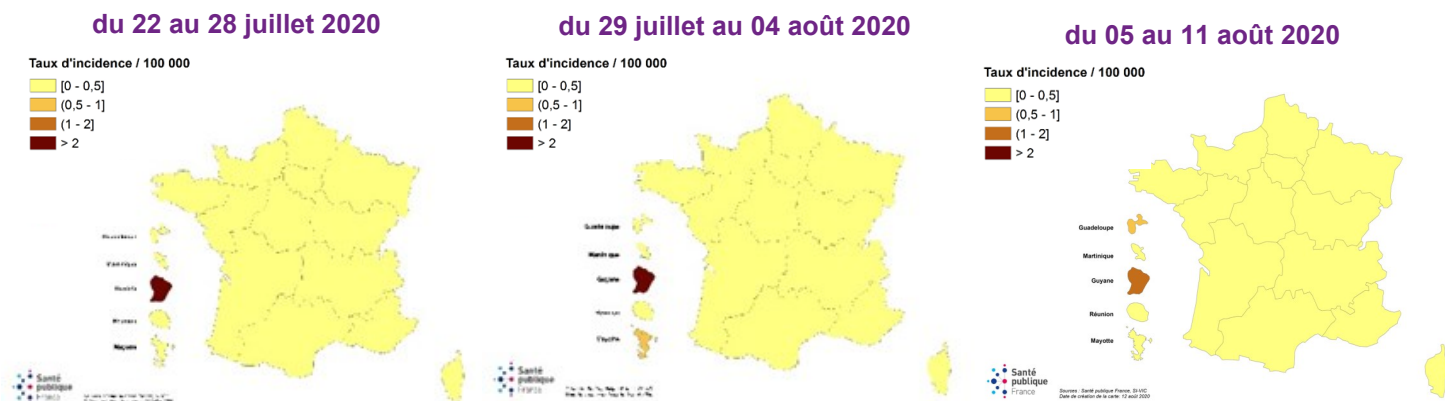
- Le **nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation a augmenté en semaine 32** (122 versus 105 en S31) (Figure 20). **Ce nombre est en augmentation depuis 5 semaines, passant de 73 nouvelles admissions en S27 à 122 en S32.**
- Le **nombre journalier de cas en cours d'hospitalisation en réanimation** se maintient en dessous de 500 patients depuis le 10 juillet.
- Depuis début juillet (S28) et jusqu'en semaine 32, **les personnes hospitalisées en réanimation âgées de moins de 40 ans représentaient 14% (55/406) des admissions** alors que cette proportion était de 7% (1 200/ 17 373) sur la période mars-juin 2020.

Figure 20. Nombre journalier de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, données au 11 août 2020, France (source : SI-VIC)



- Sur la **semaine du 05 au 11 août**, le plus fort **taux hebdomadaire d'admissions en réanimation** de patients COVID-19 a été observé en **Guyane**. Ce **taux est en diminution depuis le 1^{er} juillet**, avec néanmoins une augmentation ponctuelle dans la semaine du 22 au 28 juillet. Sur la semaine du 05 au 11 août, il était de 1,0/100 000 habitants (contre 2,4 la semaine précédente) (Figure 21).
À Mayotte, aucun nouveau patient n'a été admis en réanimation en S32 (contre un taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de 0,72/100 000 habitants en S31).
- Dans toutes les autres régions, le **taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 est inférieur à 0,5/100 000 habitants**.

Figure 21. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 22 juillet et le 11 août 2020, France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire de décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 était comparable à la semaine précédente avec 63 décès en S32 versus 73 en S31 (Figure 22).
- Le nombre hebdomadaire des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation a diminué en semaine 31 (885 vs 1 106 en S29) (Figure 23).

Figure 22. Nombre journalier de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 11 août 2020 (source : SI-VIC)

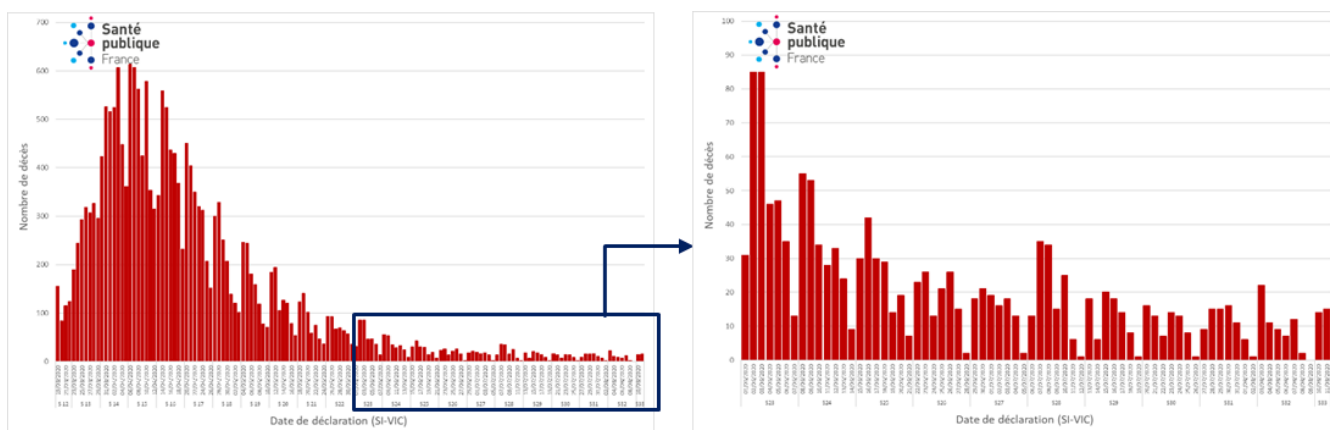
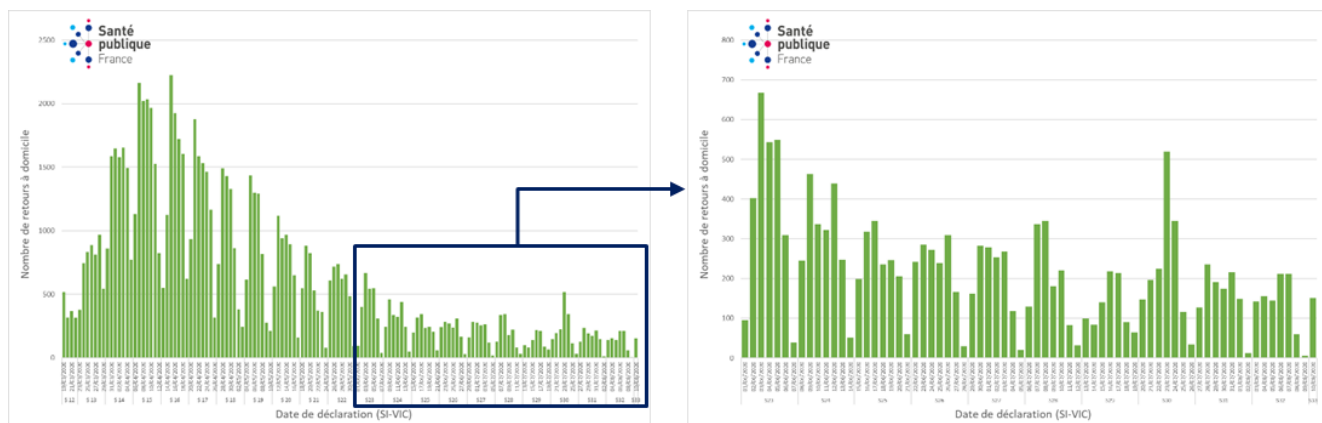


Figure 23. Nombre journalier de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 11 août 2020 (source : SI-VIC)



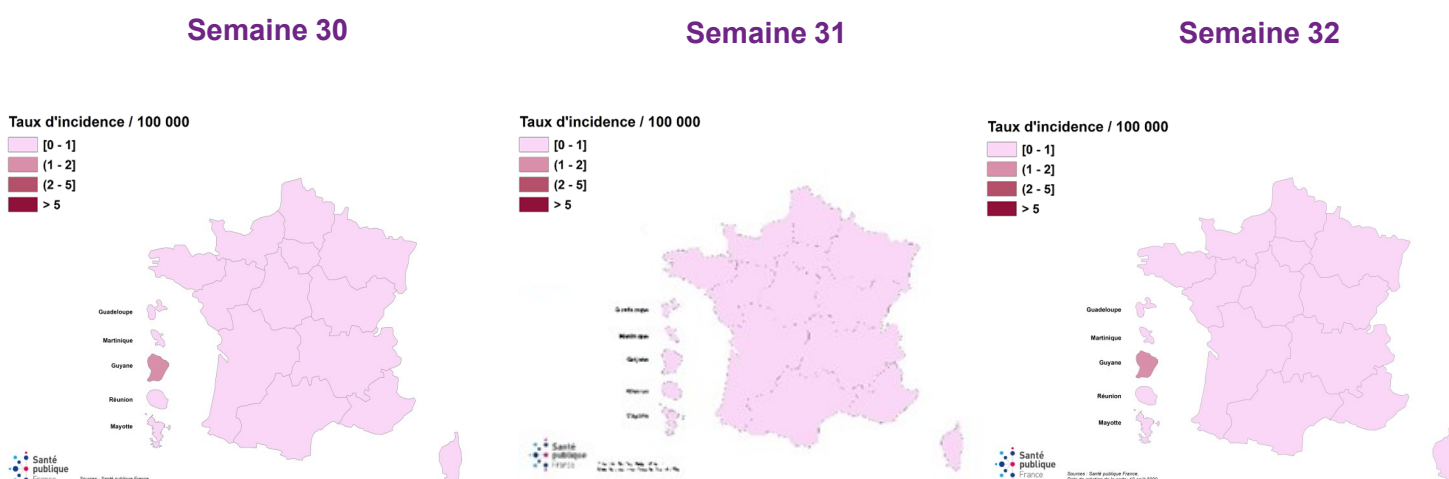
Surveillance de la mortalité

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 11 août 2020, **30 354 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : 19 849 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 505 décès parmi des résidents en EHPA et autres EMS.
- **Au moins 92% des cas de COVID-19 décédés sont âgés de 65 ans ou plus.**
- **Au niveau national**, le nombre hebdomadaire de décès en France est stable entre les semaines 31 et 32 (66 en S32 vs. 79 en S31). Le taux de décès hebdomadaire (pour 100 000 habitants) à l'échelle nationale est stable: il était de 0,10 en S32 vs. 0,12 en S31.
- **En semaine 32**, le plus fort taux de décès de patients COVID-19 rapporté à la population (pour 100 000 habitants) était observé en Guyane (1,43/100 000 habitants). Pour toutes les autres régions, ce taux était inférieur à 0,3/100 000 habitants.
- Les taux hebdomadaires de décès (pour 100 000 habitants) restent stables entre les semaines 31 et 32 dans toutes les régions. En Guyane, ce taux est passé de 0,36/100 000h en semaine 31 (correspondant à 1 décès) à 1,43/100 000 h en S32 (correspondant à 4 décès) (Figure 24).

Figure 24. Taux hebdomadaires de décès dû à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS), S30 (du 20 au 26 juillet) , S31 (du 27 juillet au 02 août) et 32 (du 03 au 09 août) 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, **11 299 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 7 455 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, 2,8% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.

Tableau 6. Description des décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 10 août 2020 (données au 11 août 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%				
Hommes	6 144	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	69	66	104	1
45-64 ans	283	29	709	71	992	9
65-74 ans	579	33	1 187	67	1 766	16
75 ans ou plus	2 947	35	5 489	65	8 436	75
Tous âges	3 844	34	7 455	66	11 299	100

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	7 455	66
Aucune ou non renseigné	3 844	34

Description des comorbidités	n	%
Obésité	444	6
Diabète	1 206	16
Pathologie respiratoire	970	13
Pathologie cardiaque	2 525	34
Hypertension artérielle	1 839	25
Pathologies neurologiques *	688	9
Pathologie rénale	929	12
Immunodéficience	170	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 03 mai 2020), la mortalité est revenue dans les marges de fluctuation habituelle, tous âges confondus (Figure 25).
- **Au niveau régional :**
 - **une hausse de la mortalité a été observée en Guyane** en semaine 29 (du 13 au 19 juillet) (Figure 26). Les effectifs sur les semaines 30 et 31 (du 20 juillet au 2 août) sont en diminution et ne présentent pas d'excès de décès, tous âges confondus. Une première hausse significative de la mortalité avait été observée en S25 (du 15 au 21 juin), suivie d'une légère diminution des effectifs de décès sur les semaines 26 à 28.
 - **une hausse ponctuelle et modérée de la mortalité a été observée en S29 (du 13 au 19 juillet) en région Centre-Val de Loire**. Les effectifs semblent revenir dans les marges de fluctuation habituelle en semaines 30 et 31 (du 20 juillet au 2 août), à un niveau comparable à celui attendu, tous âges confondus.

Figure 25. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 52-2013 à la semaine 31-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

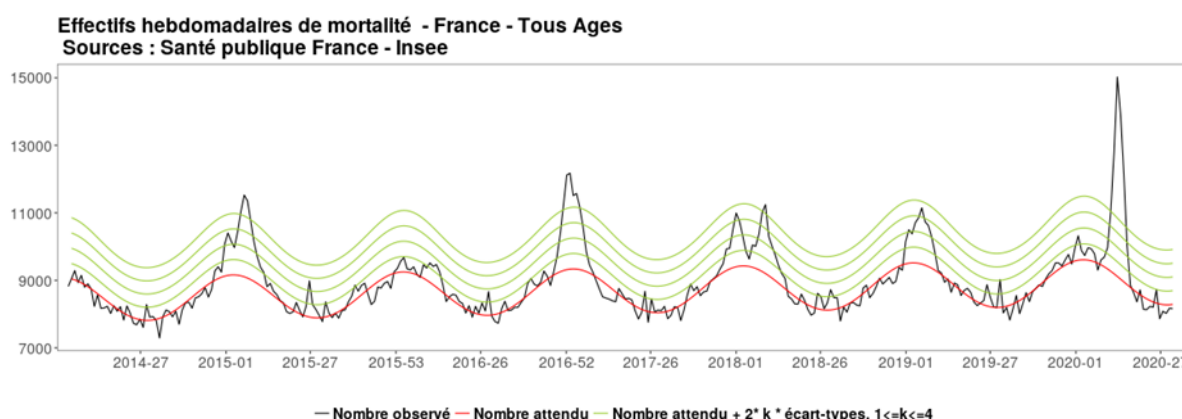
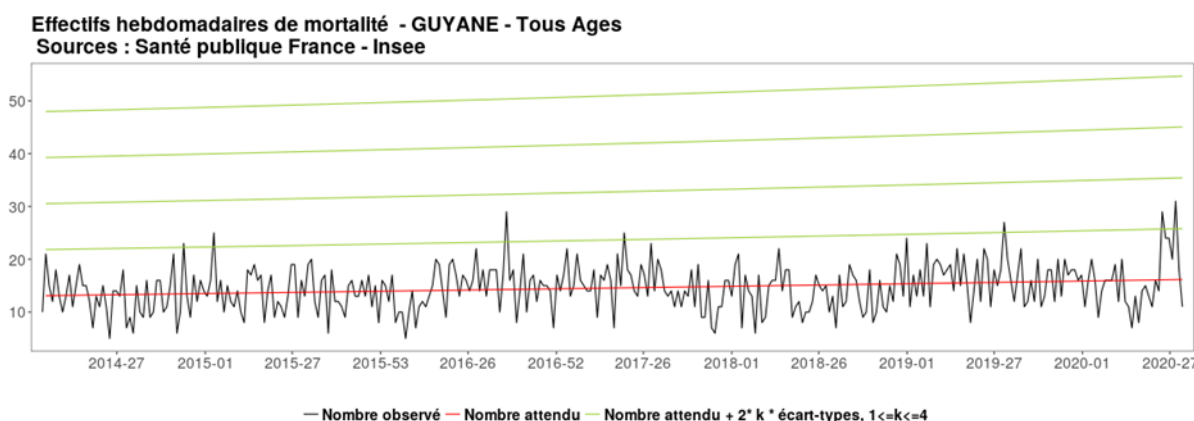


Figure 26. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en Guyane, de la semaine 52-2013 à la semaine 31-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

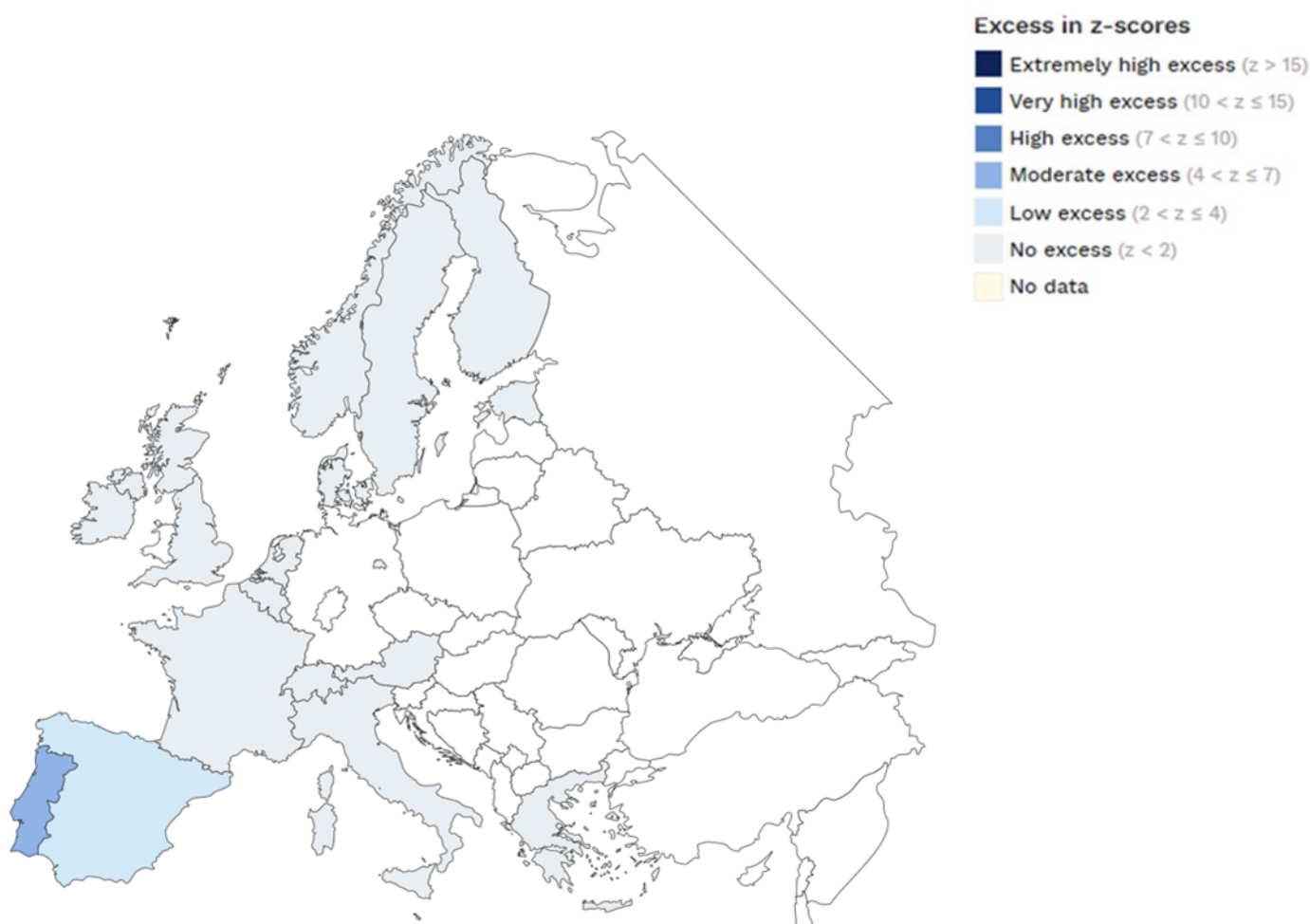


Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. Il n'est pas possible d'estimer la part attribuable de ces hausses de mortalité avec l'épidémie de COVID-19, les données ne disposant pas d'information sur les causes médicales de décès.

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 un pays en semaine 27, dans deux pays/région en semaine 28, dans deux pays/région en semaine 29 et dans deux pays/régions en semaine 30 (Espagne et Portugal) (Figure 27).

Figure 27. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 30-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 05 août) (Source : Euromomo)



Analyse de risque contextualisée - Niveaux de vulnérabilité

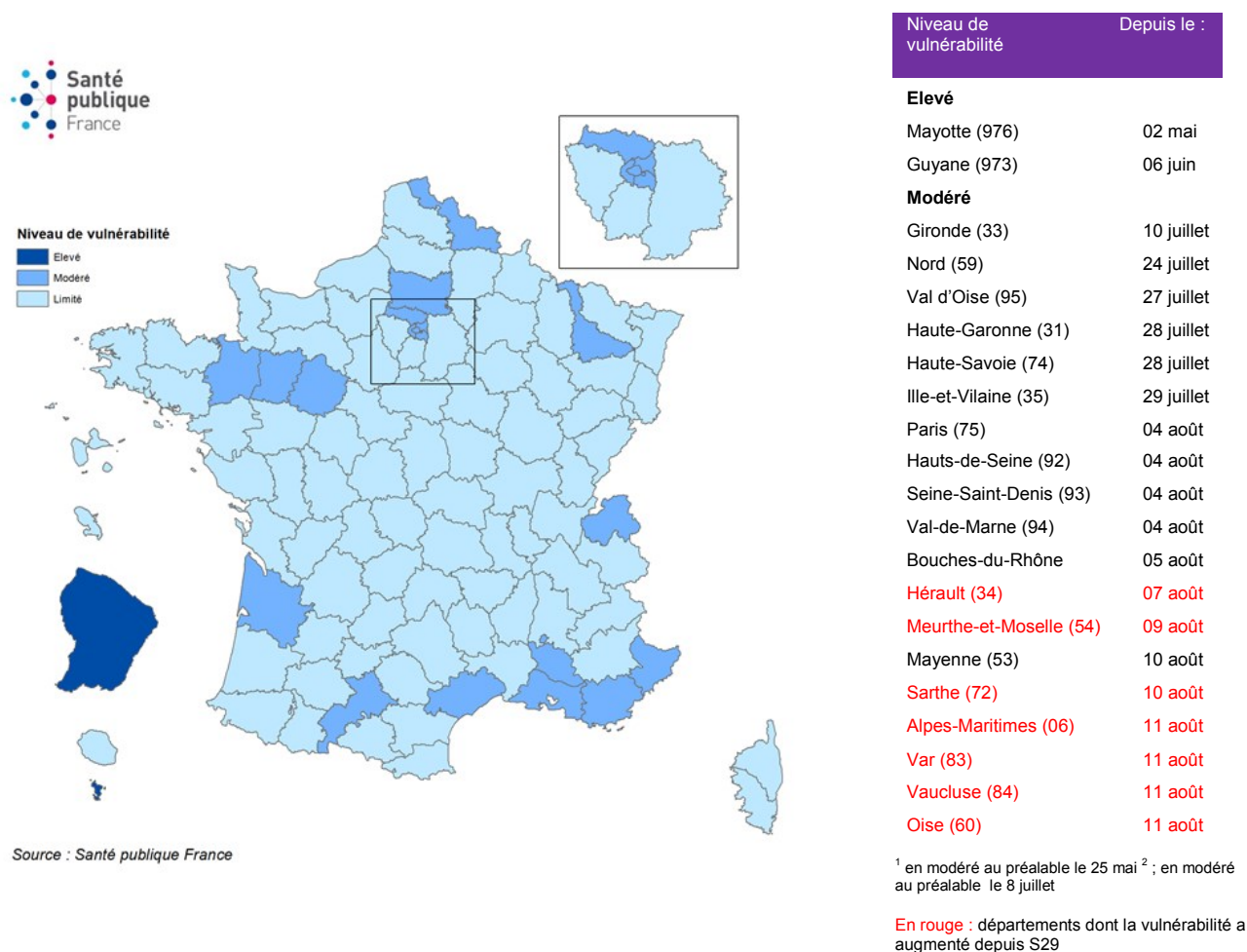
Les équipes régionales de Santé publique France réalisent, en lien avec les ARS, **une analyse de risque contextualisée quotidienne au niveau départemental** depuis le 02 mai 2020, une semaine avant la levée du confinement. Cette expertise effectue la synthèse des indicateurs des systèmes de surveillance 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 11 août 2020, par rapport au point épidémiologique du 06 août 2020 :

- **7 nouveaux départements ont été classés en niveau de vulnérabilité modéré** : Hérault (34), Meurthe-et-Moselle (54), Sarthe (72), Alpes-Maritimes (06), Var (83), Vaucluse (84), Oise (60) (Figure 28). Le département de la Mayenne (53) est repassé en niveau de vulnérabilité modéré suite à une évolution épidémiologique favorable.
- Au total, **19 départements** étaient **en niveau de vulnérabilité modéré** et **2 en élevé**, soit 9 régions métropolitaines sur 13 avec au moins un département en modéré ou élevé.

Figure 28. Niveau de vulnérabilité par département et évolution, France, au 11 août 2020
(Source : Santé publique France)



Situation internationale

Au niveau international, les pays des Amériques restent les plus durement touchés (Etats-Unis, Brésil, Mexique, Colombie, Pérou, Argentine), en Asie du Sud-Est l'épidémie s'accélère (Inde, Bangladesh, Philippines). L'épidémie reste intense en Asie Centrale (Kirghizistan), Méditerranée orientale (Iran, Qatar, Oman, Koweït) et en Afrique du Sud. Une augmentation des cas a été rapportée au Maroc et en Algérie et le Japon fait face à une forte recrudescence de cas.

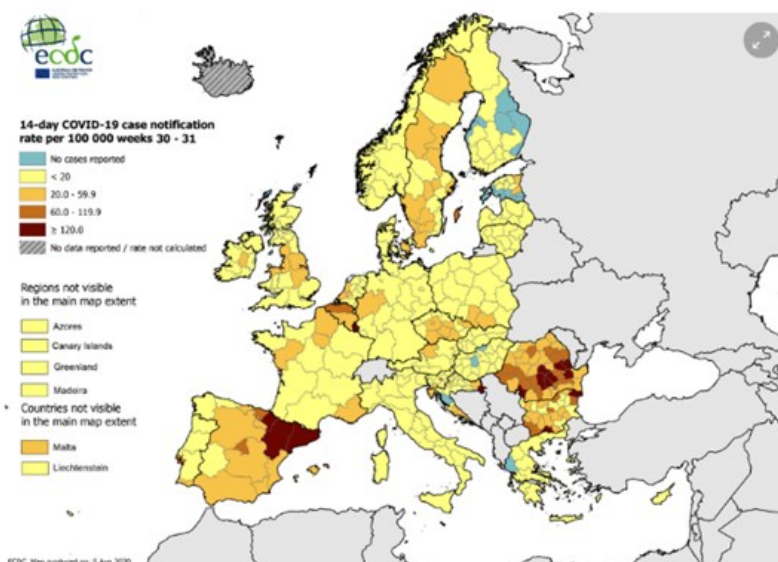
En Europe, l'épidémie reste active dans certains pays d'Europe de l'Est (Roumanie, Bulgarie) et des Balkans. Dans les pays de l'UE/EEA, une tendance à la hausse de l'épidémie de COVID-19 est observée depuis le mois de juin ce qui a conduit l'ECDC à publier une analyse de risque pour évaluer cette recrudescence dans les pays concernés et a décliné différentes stratégies afin d'adapter ou de renforcer les mesures de contrôle déjà mises en place

Depuis le mois de juin, des foyers de cas sont rapportés dans plusieurs pays européens. En plus des foyers de cas rapportés dans des contextes spécifiques (secteurs industriels ou agricoles) on observe une **recrudescence de cas dans certains pays parmi les jeunes adultes.**

- **En Espagne, une augmentation de l'incidence a été rapportée dans tous les groupes d'âge** et elle est plus importante parmi les 15-29 ans.
- **En Belgique, une augmentation des nouvelles infections est rapportée depuis début juillet** ; le taux d'incidence le plus élevé est rapporté parmi les 20-29 ans.
- **En Allemagne, une augmentation des cas a également été rapportée**, et des rassemblements familiaux sont à l'origine de plusieurs augmentations localisées.
- **En Italie les infections à coronavirus augmentent** avec une majorité de cas dans le Nord du pays et une moyenne d'âge de 38 ans.

Les pays qui observent une augmentation de cas rétablissent progressivement et localement les mesures restrictives (distanciation physique, contact tracing). Des contrôles aux frontières ont de nouveau été mis en place dans de nombreux pays (Belgique, Espagne, Italie, Allemagne, Autriche), ces mesures diffèrent d'un pays à l'autre en fonction des critères épidémiologiques utilisés.

Figure 29. Taux d'incidence de COVID-19 rapporté pour les semaines 30 et 31 dans les pays de l'UE/EEA (source : ECDC)



Pour plus d'informations sur la situation

En Europe :

- [ECDC - Weekly surveillance report, 07/08/2020](#)
- [RRA ECDC, 05/08/2020](#)
- Espagne : Bulletins de surveillance du 10/08/2020
- Belgique : Bulletin de surveillance du 10/08/2020
- Allemagne : Bulletin de surveillance du 10/08/2020
- Italie : Bulletin de surveillance du 10/08/2020

Dans le monde :

Organisation mondiale de la santé:
[tableau de bord COVID-19](#)

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

Enquête Santé publique France CoviPrev : [enquêtes Internet](#) auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (*Access panel*), de mars à juillet 2020.

Lors de la dernière enquête (**vague 13** - 20-22 juillet 2020), la seule mesure de prévention dont l'adoption avait **significativement progressé** depuis la vague précédente était « **Le port systématique du masque en public** ». Les deux mesures de prévention dont l'adoption **systématique** avait **le plus diminué** étaient « **Saluer sans se serrer la main et arrêter les embrassades** » et « **Garder une distance d'au moins un mètre** ».

Cette enquête est momentanément arrêtée. Une nouvelle vague d'enquête est **programmée fin septembre** (semaine 39) avec de nouveaux résultats sur l'adoption des comportements de prévention et sur la santé mentale des français (diffusion semaine 40).

Les principaux résultats de ces enquêtes sont disponibles sur [le site de Santé publique France](#).

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 principaux résultats sont disponibles 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



Synthèse — conclusion

En France métropolitaine.

En semaine 32 (du 03 au 09 août 2020), la progression du **nombre de cas confirmés, du taux d'incidence hebdomadaire et du nombre de clusters se poursuit.**

Depuis mi-juin, l'augmentation du **nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 s'accélère** avec 10 915 cas enregistrés en semaine 32 soit une augmentation de +42% par rapport à la semaine précédente, plus importante que celle constatée de la semaine 30 à la semaine 31 (+33%). **Le taux de positivité était aussi en forte progression (+41%) alors que le nombre de personnes testées restait stable (+1%).** La progression actuelle de l'épidémie correspond à un temps de doublement des cas de 18 jours pour la période S28-S32.

Le taux d'incidence était en augmentation (16,8 cas /100 000 habitants en semaine 32 versus 11,9 cas en S31). **L'augmentation de l'incidence** concernait toutes les classes d'âge mais restait **plus marquée chez les 15-44 ans**, plus particulièrement les **jeunes adultes de 25-35 ans**. **Néanmoins, une augmentation est également observée chez les personnes âgées de plus de 65 ans.**

Parmi les personnes testées, la proportion des personnes asymptomatiques était en légère augmentation alors qu'elle est restée stable parmi les cas testés positifs pour le SARS-COV-2. **Le nombre de patients testés positifs parmi les personnes symptomatiques continue de progresser (+37%) alors que le nombre de personnes symptomatiques testées a diminué (-12%).**

Ces résultats témoignent d'une progression de la circulation virale, notamment chez des personnes symptomatiques.

En médecine générale, aucune tendance à l'augmentation n'était observée à partir des données du réseau Sentinelles, avec un taux d'incidence des cas d'IRA et un taux de consultation des cas suspects de COVID-19 (hors IRA) stables en semaine 32 et une baisse du nombre d'actes SOS Médecins, en diminution pour la 3^{ème} semaine consécutive.

A l'hôpital, il est observé une légère augmentation du nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19. Par ailleurs, **le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 augmente depuis 3 semaines.** En particulier et depuis début juillet, **la part des personnes de moins de 40 ans admises en hospitalisation a plus que doublé par rapport à la période de mars à juin (18% vs 8%). La même tendance est observée pour la part des moins de 40 ans parmi les nouvelles admissions en réanimation** qui ont également doublé durant la même période (14% vs 7%). **Le nombre d'hospitalisation en réanimation continue de progresser** : il est passé de 78 en semaine 28 (du 6 au 12 juillet) à 122 en semaine 32. Le nombre de patients en réanimation reste toutefois en dessous de 500 patients.

L'incidence continue également aussi de progresser chez les personnes âgées de 75 ans. Pour la 2^{ème} semaine consécutive, le nombre de signalements des cas de COVID-19 dans les établissements médico-sociaux (incluant les Ehpad) semble se stabiliser au niveau national, même si une tendance à l'augmentation est observée récemment en Ile de France. Une grande vigilance doit être maintenue dans ces établissements **compte tenu de la fragilité de cette population dans laquelle survient le plus grand nombre de décès dus au SARS-COV-2.**

Les données sur l'activité de suivi des contacts collectées par la Cnam montraient une augmentation des nombres de cas et de personnes contacts à risque depuis le mois de juin. La quasi-totalité des personnes contacts a été jointe pour investigation. **Le nombre moyen de contacts par cas identifiés diminuait notablement entre les semaines 31 et 32 pour s'établir à 3,0 contacts par cas.** On observe aussi une diminution de la proportion de cas précédemment connus comme personnes contact en comparaison des deux semaines précédentes (de 23,4% en S30 et S31 vs 21,6% en S32). **La diminution de ces indicateurs pourrait être le reflet d'une moins bonne compliance de la population au dispositif de contact-tracing** et ces constats sont préoccupants, le contact tracing associé à l'isolement des cas et la quarantaine des personnes-contacts à risque étant un des principaux piliers du contrôle de l'épidémie. Des investigations sont en cours pour explorer les causes possibles liées au dispositif et notamment la compliance des cas et personnes-contacts à son égard.

Le délai entre l'apparition des symptômes et le prélèvement parmi les cas symptomatiques en semaine 32 était de 3,5 jours, stable par rapport à précédente.

Pour la 6^{ème} semaine consécutive, le nombre de reproduction effectif (R effectif) calculé sur la base des données virologiques (SI-DEP) est resté supérieur à 1 en France métropolitaine (Reff= 1,33); celui calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR) était cette semaine significativement supérieur à 1 avec un Reff estimé à 1,07 (IC95% : 1,02-1,11). Lorsque le R effectif est significativement supérieur à 1, ceci signifie que l'épidémie est en progression. Un Reff de 1,4 (actuellement estimé à 1,32 pour la métropole à partir des données de SI-DEP) correspond à un temps de doublement des cas d'environ 2 semaines (pour un intervalle sériel de 7 jours). **Au niveau régional, les deux estimations de R effectif (simultanément SI-DEP et OSCOUR) étaient significativement supérieures à 1 en Ile-de-France, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.** Ces indicateurs ne doivent pas être analysés de façon isolée, mais doivent être confrontés aux indicateurs produits par les différentes surveillances (incidences, passages aux urgences, hospitalisations, clusters ...).

En semaine 32, près d'un tiers des départements avaient un taux d'incidence supérieur au seuil d'attention de 10 cas pour 100 000 habitants par semaine (33 départements en S32 vs 21 départements en S31). **Les taux d'incidence hebdomadaires les plus élevés en semaine 32 étaient observés dans les Bouches du Rhône** (47/100 000 habitants) **et à Paris** (46,2/100 000 habitants, en excluant les voyageurs dépistés positifs aux aéroports d'Ile de France). Le taux dans ces 2 départements était proche du seuil d'alerte (50/100 000 h). Quatorze autres départements avaient un taux d'incidence supérieur à 20/100 000 habitants, dont 6 en Ile de France et 2 en Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Selon la dernière analyse de risque contextualisée, qui permet de classer chaque département selon le niveau de vulnérabilité (limité, modéré et élevé) et traduit à la fois la circulation virale et l'impact sur la santé de la population, 8 départements sont passés **en niveau de vulnérabilité modéré** dont la Mayenne (qui était jusque-là classée en vulnérabilité élevé) portant à 19, **le nombre départements ainsi classés**. Ces départements étaient répartis sur 9 des 13 régions métropolitaines et 5 d'entre eux étaient en **Ile-de-France**.

Le taux d'incidence en Ile-de-France continue de progresser en semaine 32 avec une importante augmentation à Paris et dans tous les autres départements de la région avec un taux proche de 30/100 000 habitants (exceptée en Seine et Marne : 19/100 000 habitants). **Dans ces départements, cette augmentation était très fortement marquée chez les 20-29 ans** chez lesquels les taux d'incidence étaient compris entre 50/100 000 h et 115/100 000 habitants. Cinq des 8 départements en Ile de France sont classés en niveau de vulnérabilité modéré marquant un potentiel risque de diffusion plus large SARS-COV-2. De nombreux clusters sont également en cours d'investigation.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, les indicateurs sont en forte augmentation et plus particulièrement dans les Bouches-du-Rhône où le taux d'incidence a pratiquement doublé par rapport à la semaine dernière (47/100 000 habitants en semaine 32 vs. 25 en semaine 31 soit +89%) et est **proche du seuil d'alerte**. **Les taux d'incidence ont également nettement augmenté** dans trois autres des 5 départements de cette région : **Alpes-Maritimes (+78%), Var (+149%) et Vaucluse (+84%)**. Ces augmentations sont plus particulièrement marquées dans les populations de jeunes adultes (20-30 et 30-40 ans). Par ailleurs, 29 nouveaux clusters sont en cours d'investigation dans ces 4 départements. Une vigilance demeure dans les 2 départements alpins.

Dans ce contexte il est important de **renforcer les mesures de prévention et d'information particulièrement auprès des populations d'adultes jeunes afin de les sensibiliser à l'application des gestes barrières**.

En Mayenne, l'ensemble des indicateurs ont continué de diminuer en semaine 32 avec un taux d'incidence de 27/100 habitants (vs 48 en semaine 31) et un taux de positivité des patients testés de 1,2% (versus 1,4% en S31). Au 11 août, **5 clusters étaient en cours d'investigation**, dont 3 en criticité élevée. **Deux autres clusters présentaient une diffusion communautaire avérée** (diffusion de cas dans la population). Ces résultats témoignent de l'impact positif des efforts consentis mais la vigilance doit être maintenue. En effet, le risque d'extension dans les départements voisins demeure. **La Sarthe est ainsi passée en niveau de vulnérabilité modéré avec une nette augmentation du taux d'incidence** : 32,1/100000 habitants en semaine 32 vs 17,9 en semaine 31.

La zone de résidence habituelle des patients est prise en compte dans l'analyse des données SI-DEP pour le calcul des indicateurs par département et région. Une première analyse comparant les périodes de juin et de la 2^{ème} quinzaine de juillet a montré qu'au niveau national, 84% des personnes se sont faites tester dans leur département de résidence en juin versus 79% en juillet ; ces proportions passent de 91% à 82% pour les patients testés positifs. **Les mobilités estivales entraînent donc une augmentation, modérée, du recours à des laboratoires hors du département de résidence habituels des patients (+5% pour les patients testés ; +9% pour les patients positifs).** L'impact de la contribution de ces mobilités estivales sur les indicateurs actuellement observé semble donc réel mais néanmoins limité.

Le nombre de nouveaux clusters détectés continue d'augmenter avec 112 clusters signalés en semaine 32. Parmi les clusters en cours d'investigation, le milieu familial élargi (plusieurs foyers) et les événements publics/privés (rassemblements temporaires de personnes) restaient les types de collectivités parmi les plus concernés. En métropole, **la part des clusters dans l'incidence ne représente que 18% avec une hétérogénéité territoriale.** Ces résultats indiquent que **le virus circule largement en dehors des clusters.** Il est donc primordial de sensibiliser l'ensemble de la population dans l'application des gestes barrière et de distanciation sociale pour limiter la propagation du virus d'autant plus pendant cette période estivale propice à d'important mouvements de population.

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

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

En Guyane, en semaine 32, l'épidémie est en lente régression : le taux d'incidence était de 123 cas /100 000 hab. (156/100 000 hab en 31) et le taux de positivité était de 12,2% (11,9% en S31). Deux clusters en criticité élevée sont en cours d'investigation. La Guyane **reste classée en niveau de vulnérabilité élevé.** Une hausse de la mortalité a été observée en semaines 25 et 29.

A Mayotte, selon les données des laboratoires collectées directement par la cellule régionale, le taux d'incidence en semaine 32 a diminué par rapport à la semaine précédente, **il était de 22 cas/100 000 habitants versus 31 en S32.** Le taux de positivité était également en baisse (5,7% en S32 versus 8,6% en S31). Un seul cluster restait en cours d'investigation. L'épidémie semble en régression mais Mayotte **reste classée en niveau de vulnérabilité élevé.**

Aux Antilles, les données de surveillance indiquent une circulation à bas bruit du virus avec une tendance à l'augmentation couplée à l'identification de quelques clusters.

A l'Ile 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).

Les professionnels de santé font l'objet d'une surveillance spécifique et l'ensemble des résultats disponibles sont sur le site de Santé publique France.

Les données disponibles fin juillet ont montré que **l'adoption systématique des mesures de prévention a globalement diminué** depuis le début du confinement mais cette baisse concernait plus particulièrement les mesures « **saluer sans se serrer la main** » et « **garder une distance d'au moins un mètre** ». **L'adoption systématique du port du masque en public** a augmenté durant le mois de juillet mais ne concerne qu'un peu plus de 3 personnes sur 5.

Les récentes mesures sur l'obligation du port du masque dans les espaces publics mise en place localement peuvent permettre de réduire les risques de propagation du virus et de contribuer à la protection des personnes vulnérables. Les gestes barrières et la distanciation sociale doivent être adoptés systématiquement lors de tous les rassemblements publics et privés.

En conclusion

En France métropolitaine la situation est préoccupante: l'ensemble des indicateurs continuent leur progression et la transmission du virus SARS-COV-2 s'accroît. Elle concerne toutes les tranches d'âge et plus particulièrement les jeunes adultes ; la part de la transmission en dehors des clusters répertoriée est prédominante.

En France métropolitaine, près d'un tiers des départements dépassent le seuil de 10 pour 100 000 habitants, particulièrement en Ile-de-France et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Plusieurs départements de ces deux régions ont des taux d'incidence en forte progression et s'approchent du seuil d'alerte (50/100 000) qui pourrait être franchi en S33. Ces résultats indiquent qu'il est **primordial de poursuivre les efforts de sensibilisation de l'ensemble de la population dans l'application des gestes barrière notamment l'utilisation du masque et de distanciation physique pour ralentir la propagation du virus** d'autant plus pendant cette période estivale propice à d'important mouvements de population.

En Guyane et à Mayotte, l'épidémie liée au SARS-COV-2 est en régression mais ces deux territoires restent classés en niveau de vulnérabilité élevé.

Afin de limiter la progression du virus SARS-COV-2 dans la population, il est primordial de renforcer l'application de la stratégie « Tester-Tracer-Isoler » : chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 ou ayant le moindre doute doit réaliser un test de recherche du virus dans les plus brefs délais. Les délais de dépistage et de mise en isolement des cas et de leur contact doivent être réduits pour une meilleure efficacité de cette stratégie. Dans l'attente des résultats, les personnes doivent s'isoler et les contacts doivent être réduits au strict minimum. Cette conduite à tenir doit être couplée à une adhésion à l'ensemble des gestes barrières, notamment le port du masque, à la participation aux mesures d'identification des contacts, au respect des mesures d'isolement des personnes infectées, susceptibles d'être infectées ou des contacts classés à risque.

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

Christine Campese, Alexandra Septfons, Anne Fouillet, Céline Caserio-Schönemann, Yann Le Strat, Patrick Rolland, Anne Laporte, Guillaume Spaccatelli, Marie-Michèle Thiam, Sébastien Monluc, Laurian Lassara, Camille Pelat, Edouard Chatignoux, Fanny Chereaux, Mathias Bruyand, Christophe Bonaldi, Mireille Allemand, Myriam Fayad, Camille Le-Gal, Didier Che, Annabelle Lapostolle, Alexandra Mailles, Bruno Coignard, Sabira Smaili, Gaëlle Pedrono, Isabelle Pontais, Catherine Galley.

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 :
13 août 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](https://www.santepubliquefrance.fr) et [Ministère des Solidarités et de la Santé](https://www.ministere-solidaire.gouv.fr)

► **A l'international** : [OMS](https://www.who.int) et [ECDC](https://www.ecdc.europa.eu)

► 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