

COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 6 août 2020

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



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 4 août 2020.

Points clés

► En France métropolitaine

- Poursuite de l'augmentation de l'incidence (+33%)
- Augmentation de l'incidence dans l'ensemble des classes d'âge, particulièrement marquée chez les 20-30 ans
- 21 départements avec un taux d'incidence > 10/100 000 habitants en S31
 - En Mayenne : Taux d'incidence le plus élevé (48 pour 100 000 habitants) mais en diminution ; niveau de vulnérabilité élevée
 - 10 départements avec une incidence entre 10 et 20 cas / 100 000 habitants
 - 10 départements avec une incidence entre 20 et 50 cas pour 100 000 habitants
- 11 départements en vulnérabilité modérée et 1 département en vulnérabilité élevée
- Part importante des clusters en milieu familial élargi et lors de rassemblements
- Ile de France: Progression du taux d'incidence avec 5 départements en niveau de vulnérabilité modérée

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

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

Chiffres clés en France

Indicateurs hebdomadaires, semaine 31 (27 juillet - 2 août 2020)

S31 S30

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	8 203	(6 547)*
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	1,6	(1,4)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 015	(2 387)*
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	1 832	(1 932)*
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	778	(749)*
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	105	(85)*
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	79	(78)*

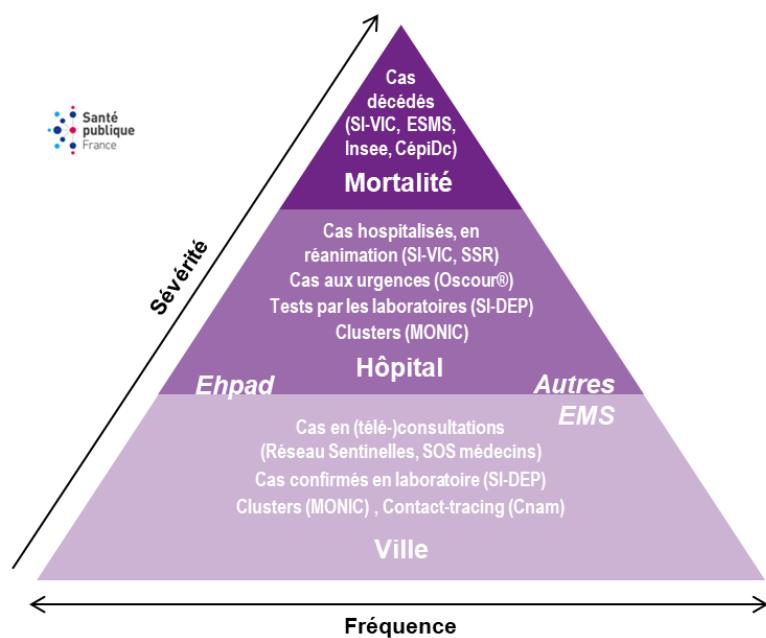
Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 4 août 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	107 696
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	30 296

* données consolidées

Sommaire	Page
Chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire	3
Surveillance à partir des associations SOS Médecins	4
Surveillance virologique	5-10
Activité de suivi des contacts	11-12
Cas confirmés de COVID-19	13
Signalement à visée d'alerte des foyers de transmission (clusters)	14-16
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	17-18
Surveillance aux urgences	19
Nombre de reproduction effectif «R effectif»	20
Surveillance en milieu hospitalier	21-23
Surveillance de la mortalité	24-27
Analyse de risque contextualisée	28
Prévention	29-30
Discussion - Conclusion	31-34
Méthodes	35

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 monitorage 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. Après la levée du confinement, la surveillance virologique en vigueur des IRA (infection respiratoire aiguë) effectuée par les médecins du réseau a été suspendue durant les semaines 20 et 21 et relayée par une surveillance basée sur les recommandations de la DGS¹ qui préconise la réalisation d'un test pour tout patient suspect de COVID-19. Les prélèvements et analyses sont donc réalisés par les laboratoires de ville depuis la semaine 22. Depuis la semaine 21, le nouvel indicateur « Suspicion COVID-19 (hors IRA) » permet de compléter la surveillance clinique des IRA en incluant ces cas suspects observés en médecine générale.

- En semaine 31 (du 27 juillet au 2 août 2020), le **taux d'incidence de consultations (ou téléconsultations) pour une IRA a été estimé à 24/100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 16-32] en France métropolitaine. Il était relativement stable par rapport à celui de la semaine 30 (du 20 au 26 juillet 2020) : 33/100 000 habitants (IC95% : 26-40) (Figure 1).
- En semaine 31, le **taux d'incidence des cas suspects de COVID-19 (hors IRA)** vus en **consultations (ou téléconsultations)** a été estimé à **107 cas pour 100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 91-123]. Ce taux est en augmentation ces dernières semaines, il était de 84/100 000 habitants (IC95% : 73-95) en S30 (Figure 2).
- En semaine 31, sur les 219 cas suspects de COVID-19 identifiés, un **prélèvement a été prescrit pour 93% d'entre eux**. Les résultats des analyses étaient connus pour 120 patients et 13 avaient été testés positifs (10,8%). La part des patients testés positifs est en augmentation ces dernières semaines : S28 : 2,9% ; S29: 7,1% ; S30 : 7,7%.
- Depuis le 25 mai 2020, un prélèvement a été prescrit pour 93% des 2 376 cas suspects de COVID-19 identifiés. Les résultats des analyses étaient connus pour 1 713 patients et étaient positifs pour 77 (4,5%) d'entre eux. Ces données seront consolidées au cours des prochaines semaines.

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

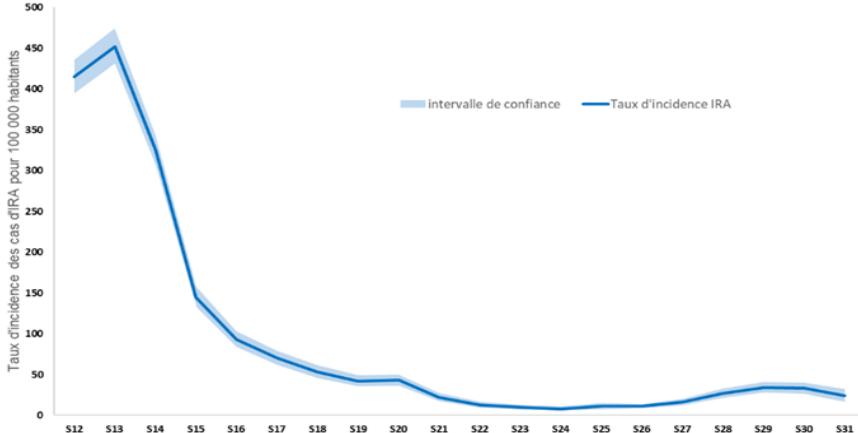
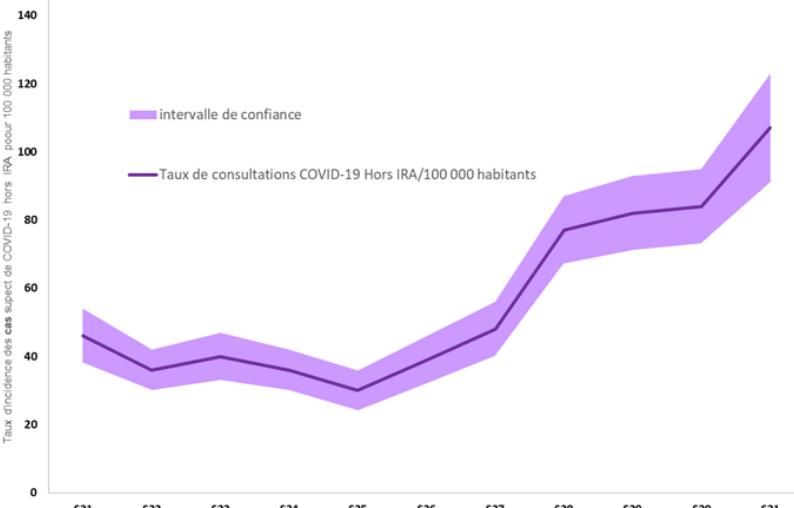


Figure 2. Taux d'incidence pour 100 000 habitants des cas suspects de COVID-19 (hors IRA) vus en médecine générale par semaine, depuis la semaine 21 (18 au 24 mai 2020), France métropolitaine
(Source réseau Sentinelles)



[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, **70 531 actes** médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 02 août 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- En semaine 31 (du 27 juillet au 02 août 2020), **2 015 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. La majorité des actes étaient enregistrés en Ile-de-France (18%), Nouvelle-Aquitaine (18%) et Auvergne-Rhône-Alpes (13%).
- Pour la 2^{ème} semaine consécutive, ce nombre d'actes, tous âges confondus, était en **baisse de -16% en semaine 31** (soit -372 actes, par rapport aux 2 387 actes enregistrés en semaine 30). Cette baisse concerne toutes les classes d'âges (-8% chez les moins de 15 ans, -20% chez les 15-64 ans et -20% chez les 65 ans et plus).
- La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale tous âges était en légère baisse : 3% en S31 vs 4% en S30 (Figure 3).
- **La baisse est observée dans toutes les régions à l'exception** du Centre-Val-de-Loire (72 vs 53 actes en S30) et des Hauts-de-France (191 vs 183 actes en S30). Elle varie entre -49% en Normandie et -5% en Nouvelle-Aquitaine.

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)

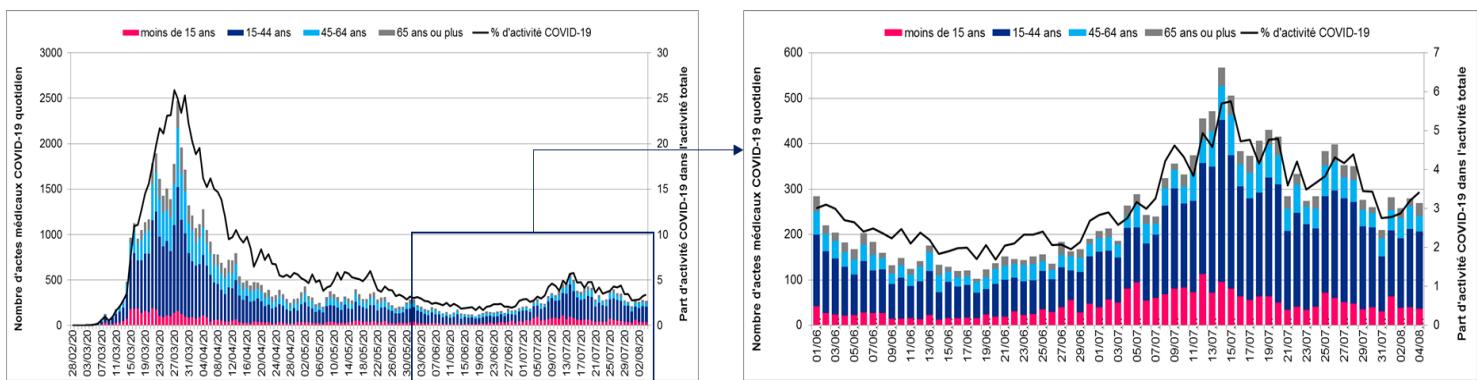
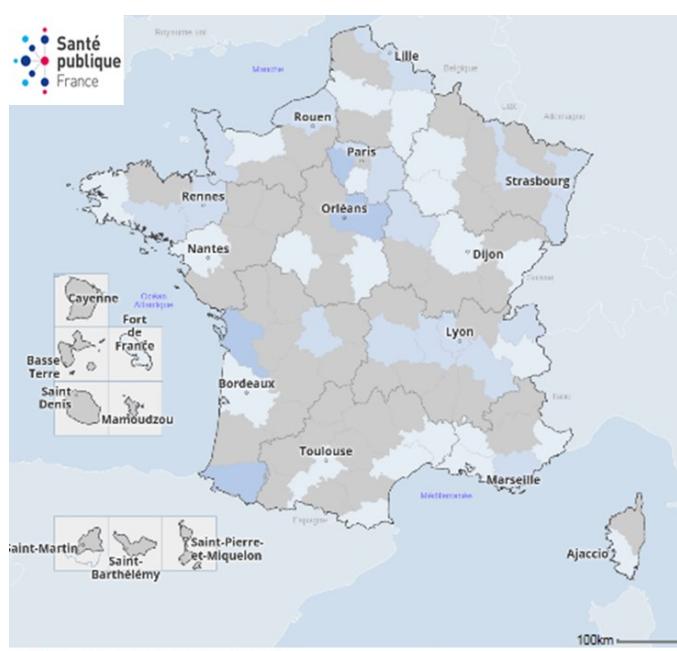


Figure 4. Taux d'actes médicaux hebdomadaires pour suspicion de COVID-19 (/10 000 actes) par département, semaine 31/2020,



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

Surveillance virologique

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

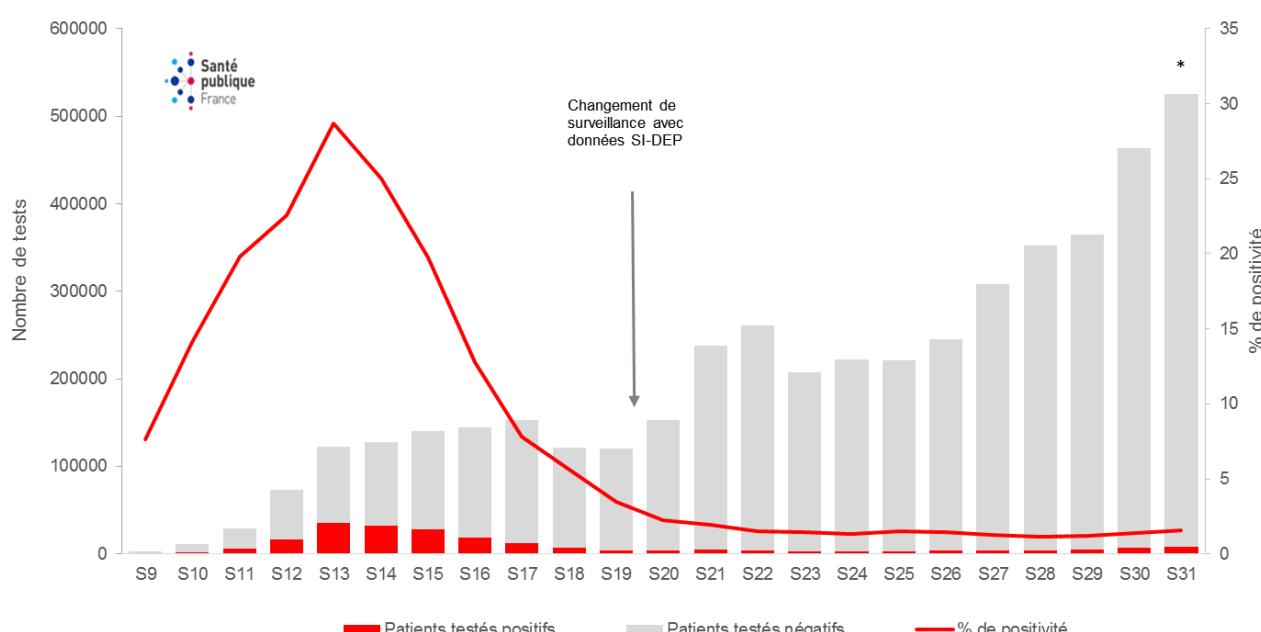
Jusqu'à la semaine 19, la surveillance virologique s'est appuyée sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 Labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et par les laboratoires hospitaliers. Depuis la semaine 20, elle s'appuie sur le système SI-DEP (système d'information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

- Au 4 août, la quasi-totalité des laboratoires (5 565 sites de prélèvements) a transmis des données.

En France

- **Au niveau national**, en semaine 31, 525 887 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2 par RT-PCR, et le test était **positif pour 8 203 cas**. Le nombre de patients positifs était en augmentation par rapport à la semaine précédente (6 547 patients en S30, +25%).
- **Le taux national d'incidence (nombre de nouveaux cas rapportés à la population) était de 12 cas/100 000 habitants** et a fortement augmenté par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (9,7 cas / 100 000 habitants en S30).
- **Le taux de positivité national hebdomadaire était de 1,6%** (calculé sur les tests valides), en augmentation par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (1,4% en S30) (Figure 5).
- **Le taux de dépistage** (nombre de patients testés pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **783/100 000 habitants** en augmentation par rapport à la semaine 30 (690/100 000 habitants) (+14%).
- A noter qu'en S31, 581 779 tests ont été effectués, parmi lesquels un premier test a été réalisé pour 525 887 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)



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

En France métropolitaine

- En semaine 31, 505 945 patients ont été testés et pour 7 565 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 S31 mais dans une moindre mesure par rapport à la semaine précédente : S29 : 3 625 (+28%) ; S30 : 5 695 (+ 57%) ; S31 : 7 565 (+33%) (Figure 6a).
- Le taux d'incidence en France métropolitaine était en augmentation avec 11,6 cas / 100 000 habitants (vs 8,7 cas/100 000 habitants en S30).
- La même tendance est observée pour le taux de positivité : 1,5% en S31 vs 1,3% en S30, +15%.
- Le taux de dépistage hebdomadaire était de 779/100 000 habitants (vs 685/100 000 h en S30).

En S31, le nombre de patients testés a augmenté de 14% par rapport à la semaine 30 (Figure 6a). En S31, l'**augmentation des nouveaux cas positifs reste supérieure à l'augmentation du nombre de patients testés** (+33% pour les cas positifs et +14% pour les patients testés par rapport à S30).

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

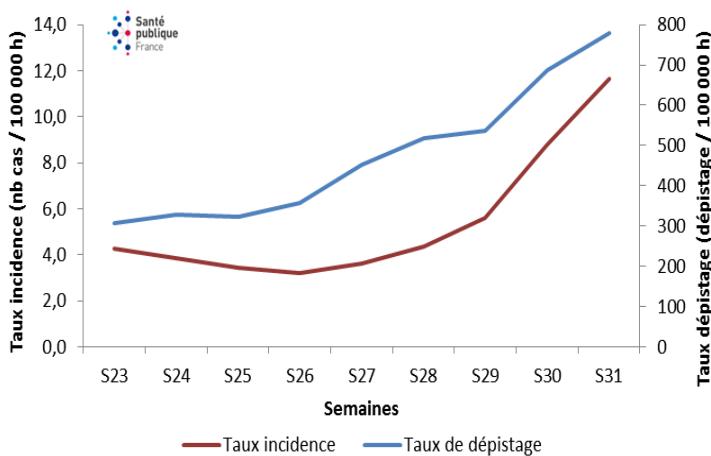
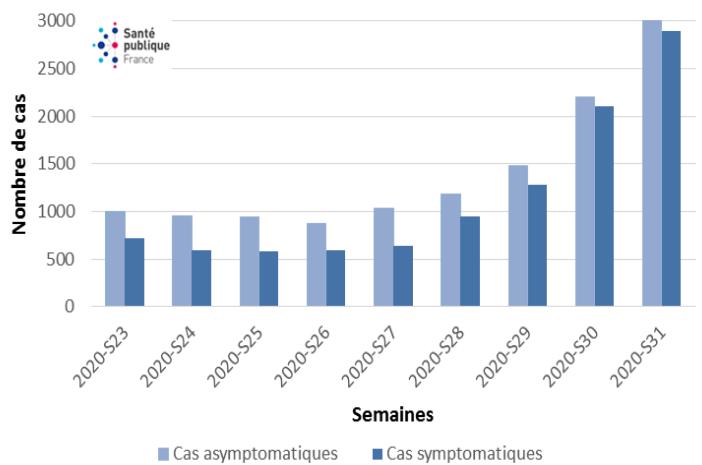


Figure 6b. Evolution du nombre de cas confirmés de SARS-CoV-2 selon la présence ou non de symptômes (25 148 cas décrits), par semaine, France métropolitaine (source SI-DEP).



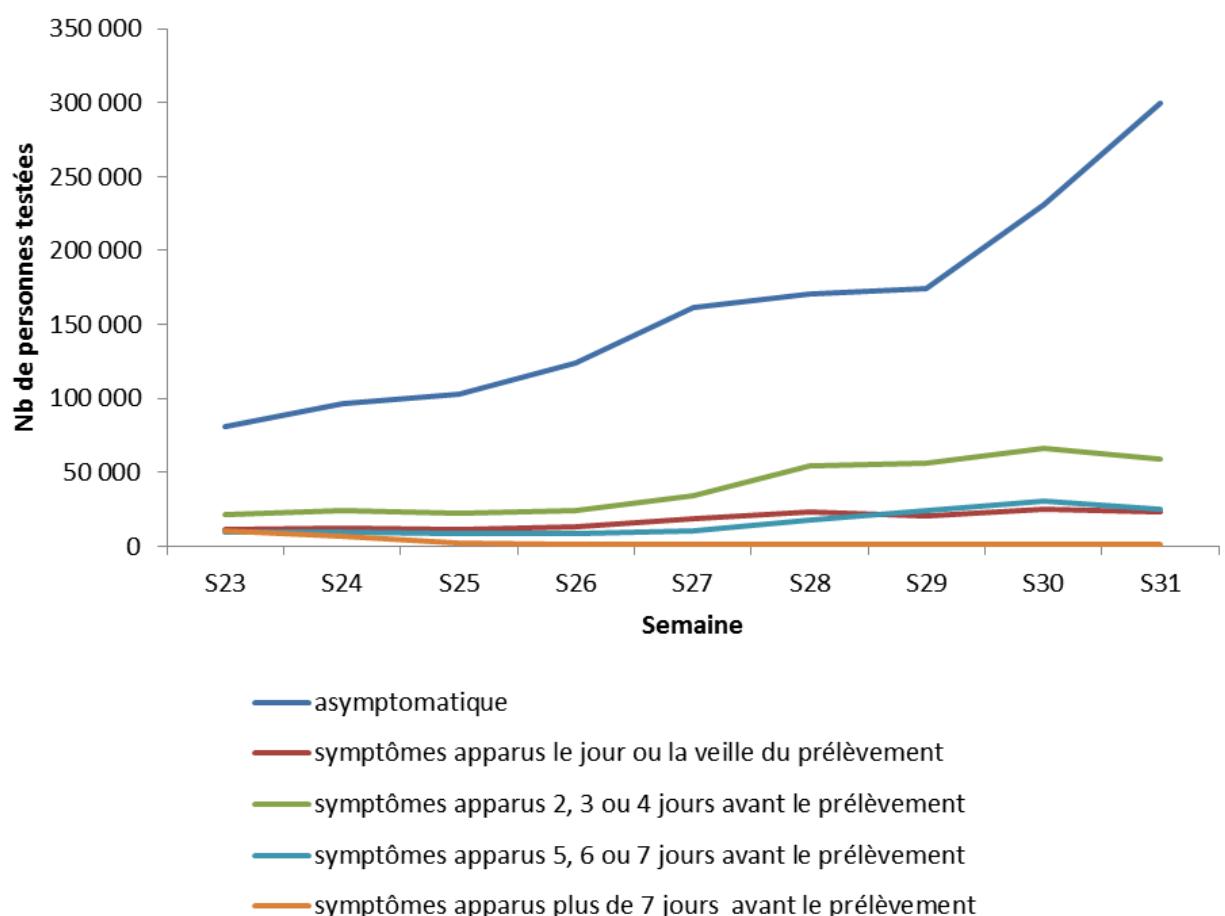
- Les personnes asymptomatiques représentaient 73% des personnes testées en S31 et étaient en augmentation par rapport à S30 (65%).
- Parmi les 5 915 cas positifs en S31, pour lesquels l'information était disponible, 51% étaient asymptomatiques, proportion stable par rapport à la S30 (vs. S30 : 51%) (Figure 6b).
 - Parmi les cas asymptomatiques, pour lesquels l'information sur l'âge était disponible, plus de la moitié (54%) étaient âgés entre 15 et 44 ans. Cette proportion était en légère augmentation comparé avec la S30 (50%).
 - Parmi les cas asymptomatiques âgés entre 15-44 ans, les classes d'âge des 20-24 et 25-29 ans étaient les plus représentées (respectivement 24% et 20%) avec une augmentation plus importante en comparaison à la S30 chez les 20-24 ans (S31: 24% vs S30 : 18%).
- Le nombre de personnes symptomatiques testées a diminué en S31 (-11%) mais le nombre de cas symptomatiques a augmenté de 38% par rapport à S30 (2 901 cas en S31 vs. 2 102 en S30).

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 31, cette information était disponible pour 408 706 personnes testées (81% des personnes testées). En S31, en comparaison avec S30, **le nombre de personnes asymptomatiques testées était en augmentation et le nombre de personnes symptomatiques quel que soit le délai d'apparition des symptômes était stable voir en diminution** (Figure 7).
- Parmi les personnes symptomatiques, 20% avaient présenté des symptômes le jour ou la veille du prélèvement ; 54% à 2, 3 ou 4 jours avant le prélèvement, 23% à 5, 6 ou 7 jours avant le prélèvement et 1% plus de 7 jours avant le prélèvement.

Figure 7. Evolution des nombres de patients testés par RT-PCR en fonction des délais entre la date d'apparition des symptômes et le prélèvement, depuis la semaine 23 (du 1^{er} au 7 juin 2020), France métropolitaine (source SI-DEP).



• Analyse par tranche d'âge

- En semaine 31, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) était de 5,3 chez les 0-14 ans, 19,4 chez les 15-44 ans, 9,5 chez les 45-64 ans, 5,9 chez les 65-74 ans et 6,6 chez les 75 ans et plus (Figure 8a).
- Parmi les 15-44 ans, l'augmentation du taux d'incidence observée en S31 était la plus importante chez les 20-24 ans et les 25-29 ans puis chez les 30-34 ans, 15-19 ans et les 35-39 ans (Figure 8c).
- En semaine 31, par rapport à la S30, le nombre de cas a augmenté dans l'ensemble des classes d'âge mais l'augmentation est plus importante chez les 15-44 ans:** +36% chez les 0-14 ans, +45% chez les 15-44 ans, +20% chez les 45-64 ans, +5% chez les 65-74 ans et +4% chez les 75 ans et plus (Figure 8a).
- Le taux de dépistage a augmenté en S31 dans toutes les classes d'âge (Figure 8b). :+2% chez les 0-14 ans, +18% chez les 15-44 ans, +17% chez les 45-64 ans, +8% chez les 65-74 ans et +4% chez les 75 ans et plus. On observe une augmentation du taux de dépistage dans l'ensemble des classes d'âge entre 15 et 44 ans mais plus importante pour les 15-19 ans et 20-29 ans. (Figure 8d).

Figure 8a. 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)

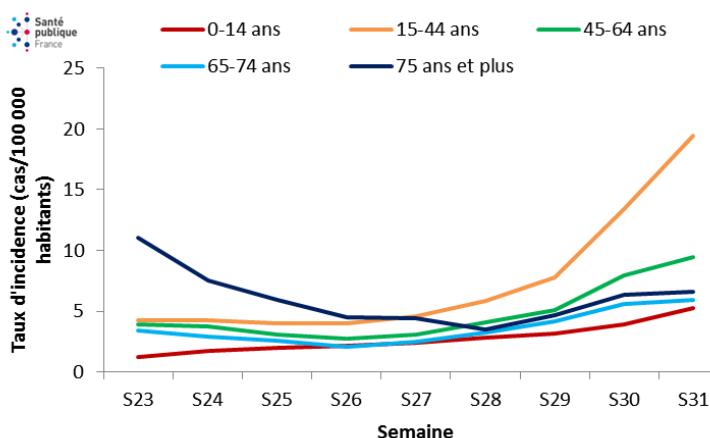


Figure 8b. Evolution du taux de dépistage de SARS-COV-2 en fonction des classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP)

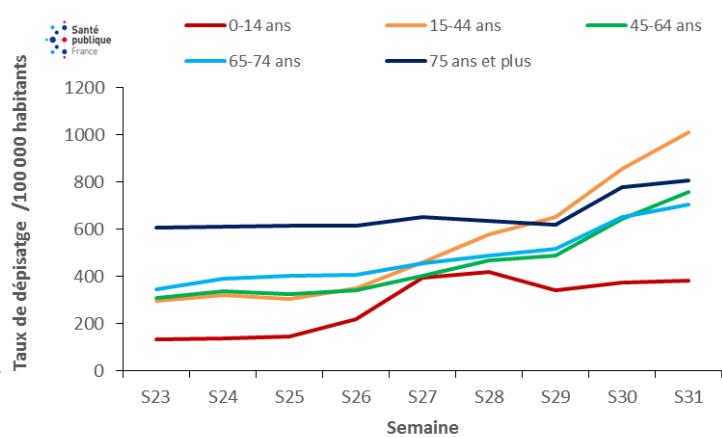


Figure 8c. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-COV-2 chez les 15-44 ans depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP)

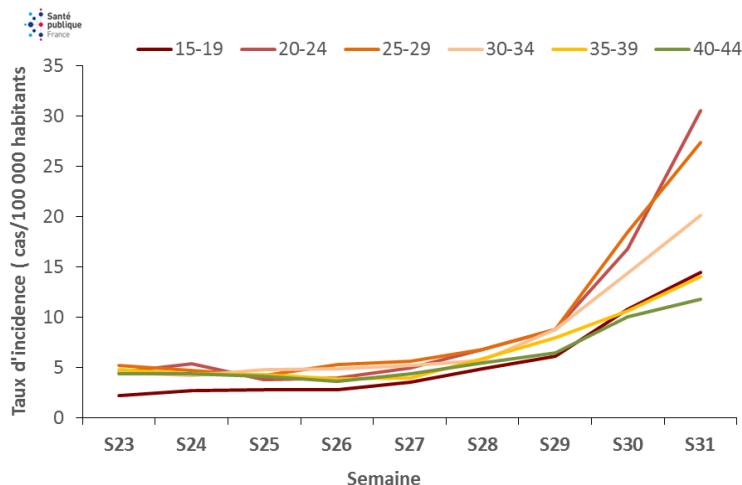
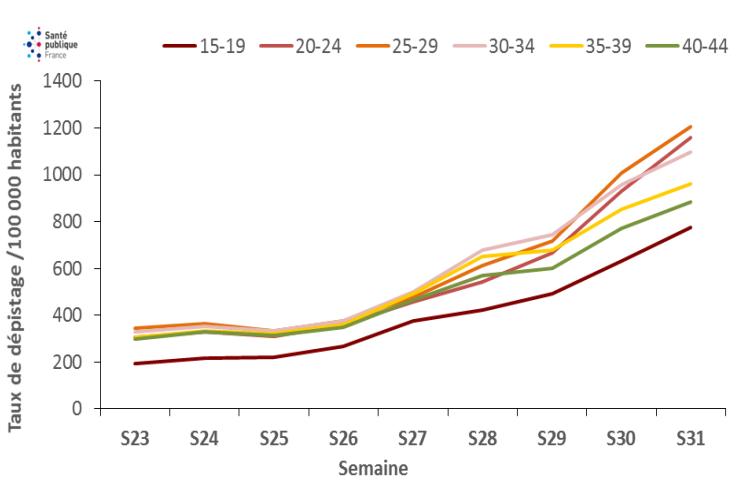


Figure 8d. Evolution du taux de dépistage des cas de SARS-COV-2 chez les 15-44 ans depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP)



Au niveau régional

En métropole:

Vingt-et-un départements métropolitains avaient des taux d'incidence supérieurs à 10/100 000 habitants en S31 dont 10 supérieurs à 20/10 000 habitants (2 départements en S30, le Val-d'Oise et la Mayenne).

Le taux d'incidence le plus élevé était observé en Mayenne (48/100 000 h). Les autres départements étaient les suivants (taux pour 100 000 h) : Paris (31), Seine-Saint-Denis (28) Val-de-Marne (28) Haute-Savoie (27), Bouches-du-Rhône (24), Nord (23), Hauts-de-Seine (23), Essonne (21), Val-d'Oise (20), Sarthe (18), Seine-et-Marne (18), Ille-et-Vilaine (18), Yvelines (17), Alpes-Maritimes (17), Meurthe-et-Moselle (17), Haute-Garonne (16), Loire (12), Loiret (12), Gard (11), Ain (11) (Figure 9a).

Le taux de positivité était inférieur à 5% dans l'ensemble des départements de France métropolitaine (Figure 9b). Les départements métropolitains présentant les plus forts taux de dépistage en S31 étaient la Mayenne (3 490 /100 000 h), Paris (1 447 / 100 000 h), Hauts-de-Seine (1 265/100 000 h) et les Bouches-du-Rhône (1 176 / 100 000 h) (Figure 9c).

En Mayenne, le nombre de cas confirmés a fortement diminué en S31 (149 vs 454 en S30) équivalent à un taux d'incidence pour la S31 de 47,8 cas pour 100 000 habitants, en nette diminution comparé à la S30 (148,7). Le taux de positivité suit également les mêmes tendances avec une diminution de celui-ci à 1,4% vs 3,5% en S30. Le nombre de personnes testées sur la S31 reste relativement stable à la S30 avec un taux de dépistage pour 100 000 habitants de 3 490 en S31 vs 4 253 en S30.

Dans la Sarthe, département limitrophe de la Mayenne, une **forte augmentation du taux d'incidence a été observée en S31** avec 17,9 cas pour 100 000 habitants (vs 10,4 en S30) (figure 9a) avec une **forte hausse du taux d'incidence chez les 30-39 ans** (27,6 en S31 vs 8,1/100 000h en S30). Le taux de positivité suit également les mêmes tendances avec un taux de positivité de 3% en S31 vs 2% en S30.

En Ile-de-France : Le taux d'incidence a fortement augmenté en S31 (23,8/100 000h vs 15,3/100 000 h en S30) et était en forte hausse **dans 4 départements**.

A Paris, où le taux d'incidence dans la région est le plus élevé, celui-ci a augmenté passant de 17,5 cas pour 100 000 habitants en S30 à 30,5/100 000h en S31 (figure 9a).

Les taux d'incidence ont également fortement augmenté en Seine-Saint-Denis (16,7/100 000h en S30 vs 28,3/100 000h en S31), Hauts-de-Seine (15,9/100 000h en S30 vs 22,9/100 000h en S31) et Val-de-Marne (15,2/100 000h en S30 vs 28,1/100 000h en S31) (Figure 9a).

Pour ces quatre départements, les taux de dépistage ont augmenté pendant la semaine 31 (Figure 9c) expliquant seulement en partie la hausse du taux d'incidence car le taux de positivité augmente également. De plus, **les taux d'incidence étaient particulièrement élevés chez les 20-29 ans** avec des taux d'incidence pour 100 000h compris entre 50 et 70 cas/100 000h.

Par ailleurs le taux d'incidence dans le Val-D'Oise est resté élevé en semaine 31 avec 20,2/100 000h (vs 20,7 en S30).

Dans les Bouches-du-Rhône, le taux d'incidence a dépassé les 20 cas pour 100 000 h en S31 avec un taux de 24,3/100 000h (10,9/100 000h en S30) et **particulièrement élevé chez les 20-29 ans** (71,5 / 100 000 habitants). Parallèlement et pour la première fois depuis plusieurs semaines, le taux de positivité dans les Bouches-du-Rhône est en nette augmentation : 1,0% en S30 à 2,1% en S31.

En outre-mer :

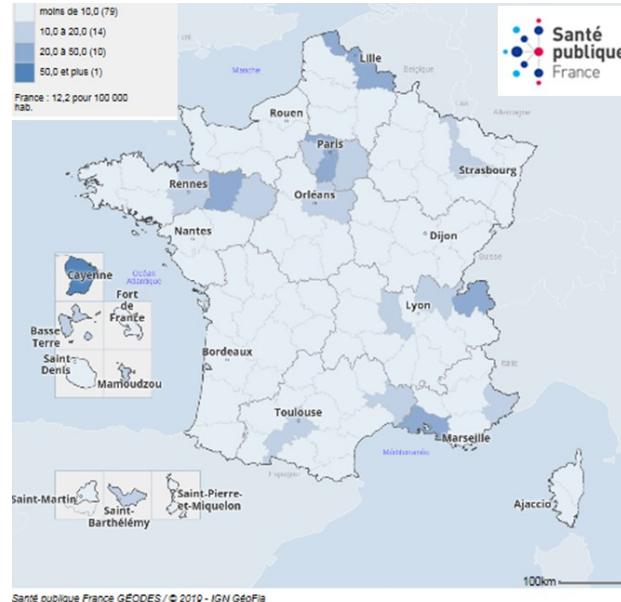
Le nombre de patients testés était en augmentation par rapport à la semaine précédente, avec un taux de dépistage de 636/100 000 h vs. 592/100 000 habitants en semaine 30. En Guyane, le taux de dépistage était de 1 268 / 100 000 h en semaine 31 (vs. 1 358/100 000 h en S30).

En Guyane, en semaine 31, le taux d'incidence était en baisse par rapport à S30 (154/100 000h en S31 vs. 228/100 000h en S30). Le taux de positivité était en diminution à 12,2% (vs. 16,7 en S30).

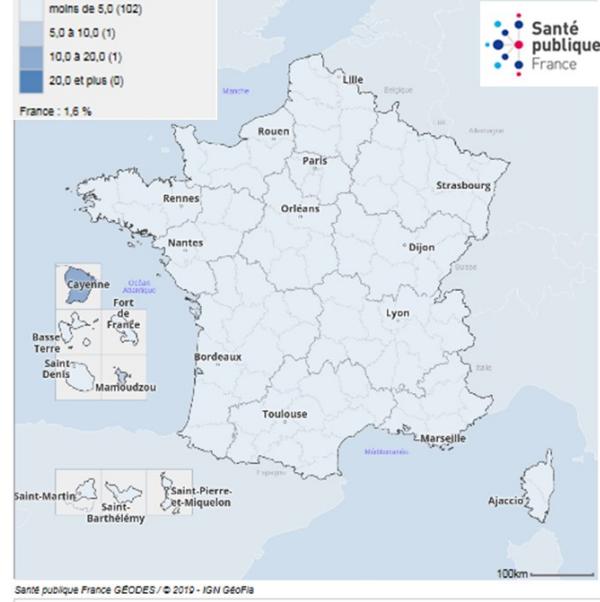
A Mayotte, les données de surveillance virologique via SI-DEP n'étaient pas exploitable pour la S31.

Figures 9. Taux d'incidence (9a), de positivité (9b) et de dépistage (9c) pour le SARS-COV-2 par département (/100 000 habitants), France, du 27 juillet au 02 août 2020 (source SI-DEP)

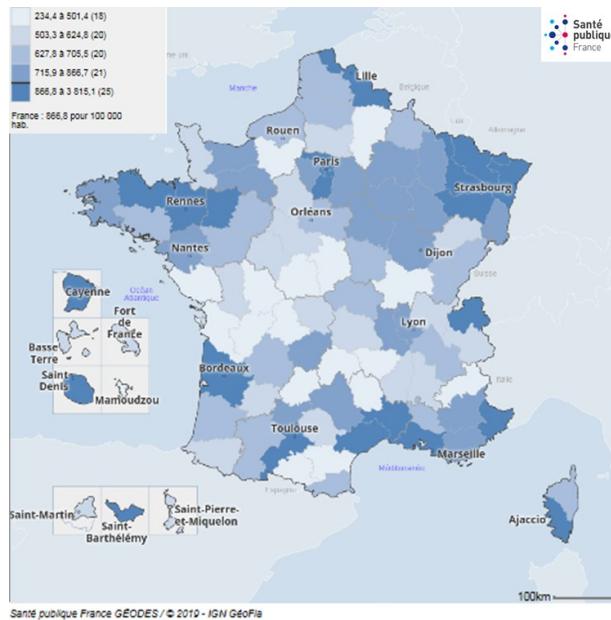
9a.



9b.



9c.



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

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 31, **96% 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 31, **99% 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. Pour ces territoires, un suivi de l'évolution est nécessaire dans les semaines à venir afin de pouvoir détecter d'éventuelles tendances à la baisse.

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 (S31/2020) (source : ContactCovid – Cnam)

Territoires/régions	Depuis post-confinement du 13/05 au 02/08					Sémaine 31 du 27/07 au 02/08				
	Cas*		Contacts à risque		N	Cas*		Contacts à risque		N
	N	%	N	%		N	%**	N	%**	
France entière	46 051	96	166 541	98	7 484	96	27 408	99	27 408	99
France métropolitaine	40 616	97	156 783	98	6 690	97	25 983	99	25 983	99
Auvergne/Rhône/Alpes	3 909	99	18 269	99	750	97	3 440	100	3 440	100
Bourgogne/Franche-Comté	1 262	99	4 776	99	111	94	421	94	421	94
Bretagne	1 345	99	8 142	98	295	100	2 157	104	2 157	104
Centre/Val de Loire	1 307	98	4 777	100	198	99	843	109	843	109
Corse	113	100	233	100	8	100	35	100	35	100
Grand Est	4 830	99	17 895	99	455	100	1 724	97	1 724	97
Haut de France	5 377	98	20 470	98	683	97	2 577	94	2 577	94
Ile de France	11 415	95	37 736	98	2 218	95	6 877	98	6 877	98
Normandie	1 294	99	6 375	99	115	99	698	91	698	91
Nouvelle Aquitaine	1 437	99	7 511	99	182	96	899	100	899	100
Occitanie	2 280	97	8 124	95	427	104	1 820	111	1 820	111
Pays de la Loire	3 166	99	13 796	100	663	99	2 770	106	2 770	106
Provence/Alpes/Côte d'Azur	2 881	97	8 679	97	585	92	1 722	88	1 722	88
France ultra-marine										
La Réunion	133	73	1 235	96	9	56	77	96	77	96
Martinique	93	97	391	97	16	107	126	93	126	93
Mayotte	636	78	1 126	59	125	80	295	105	295	105
Guadeloupe	133	94	493	95	65	93	272	95	272	95
Guyane	4 398	92	6 454	100	555	98	637	100	637	100
Région indéterminé	42		59		24		18		18	

Des cas et des contacts peuvent être identifiés et investigués dans des régions différentes, en particulier durant la période des vacances

* 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

- On note une tendance à l'augmentation du nombre de cas ainsi que du nombre de personnes-contacts à risque identifiées depuis mi-juin (Figure 10).

Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- En semaine 31, la moyenne était de 3,7 contacts par cas avec une tendance à la diminution par rapport aux semaines précédentes (4,1 en semaine 30 et 4,5 en semaine 29).
- En moyenne, depuis la mise en place du suivi des contacts, on dénombrait 3,6 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, 9 052 personnes soit 5% sont devenues des cas confirmés de Covid-19. Cela représente 19% du total des cas identifiés.
- En semaine 31, **parmi l'ensemble des cas identifiés, 1 834 (23%) étaient précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas. Cette proportion était faible mais on note une augmentation continue depuis le début du mois de juin** (Figure 11).

Figure 10. 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 2 août 2020 (source : ContactCovid – Cnam)

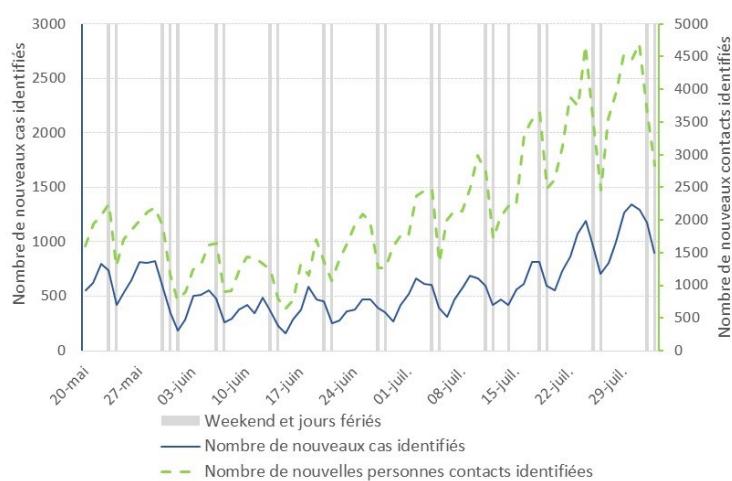
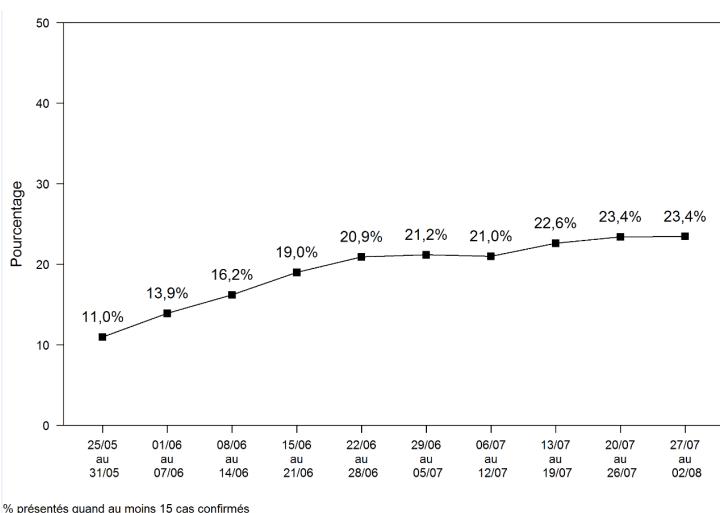


Figure 11. Proportion de nouveaux cas connus précédemment comme personnes-contacts à risque, par semaine du 1^{er} juin 2020 au 2 août 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



* 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 2 août, la délai moyen entre la date de début des symptômes et la date de prélèvement était de **3,6 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 ($n=3\ 015$).
- Ce délai, stable depuis début juillet autour de 4,5 jours, marque une nette diminution entre les semaines 30 et 31, avec une réduction du délai de près d'un jour.

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>

² <https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/01-maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/conduite-a-tenir-07-05-20>

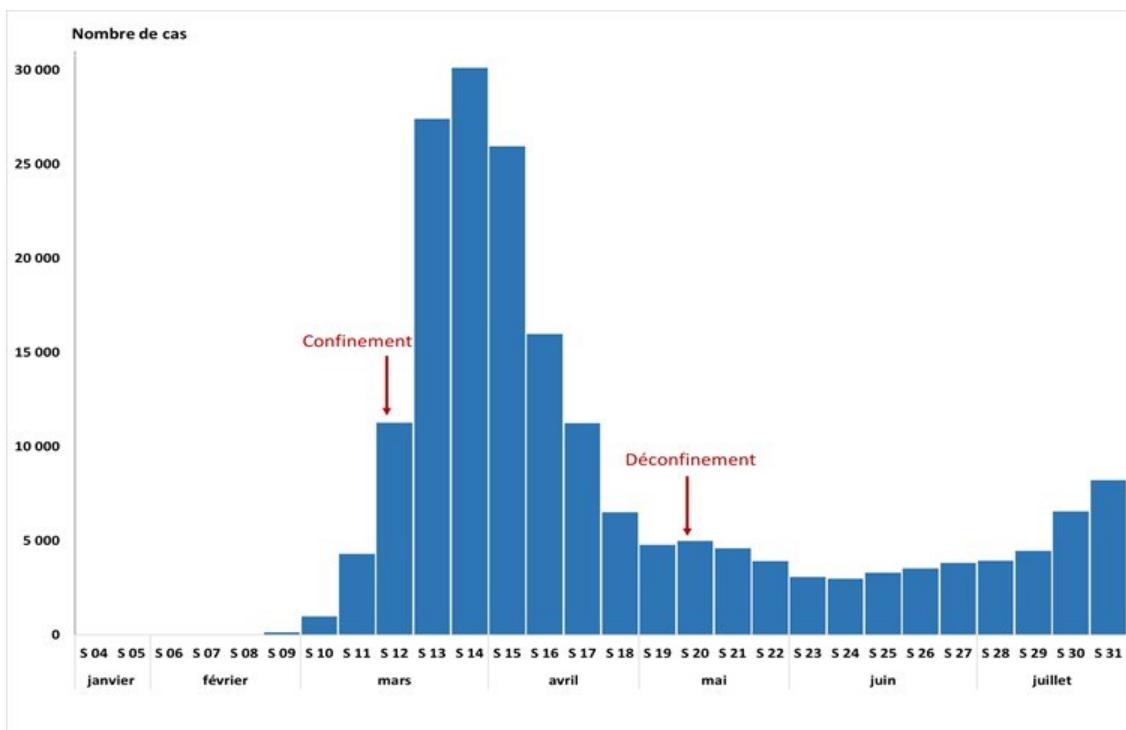
Cas confirmés de COVID-19

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 5 août 2020, 53 786 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Il est ainsi estimé un total de **194 029 cas confirmés de COVID-19** en France au 5 août 2020.
- De la semaine 15 à la semaine 24, le **nombre hebdomadaire de cas confirmés a diminué**, passant de 30 111 cas confirmés en S14 à 2 979 cas en S24. Néanmoins, depuis la semaine 24, le **nombre hebdomadaire de cas confirmés est marqué par une importante augmentation**, passant de 2 980 cas confirmés en S24 à 8 203 cas en S31 (Figure 12).

En France métropolitaine, depuis la semaine 24, le nombre de cas confirmés était en augmentation modérée, mais l'augmentation s'est intensifiée en S30 puis en S31.

Figure 12. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 23 janvier au 02 août 2020 (données arrêtées le 05 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](#)

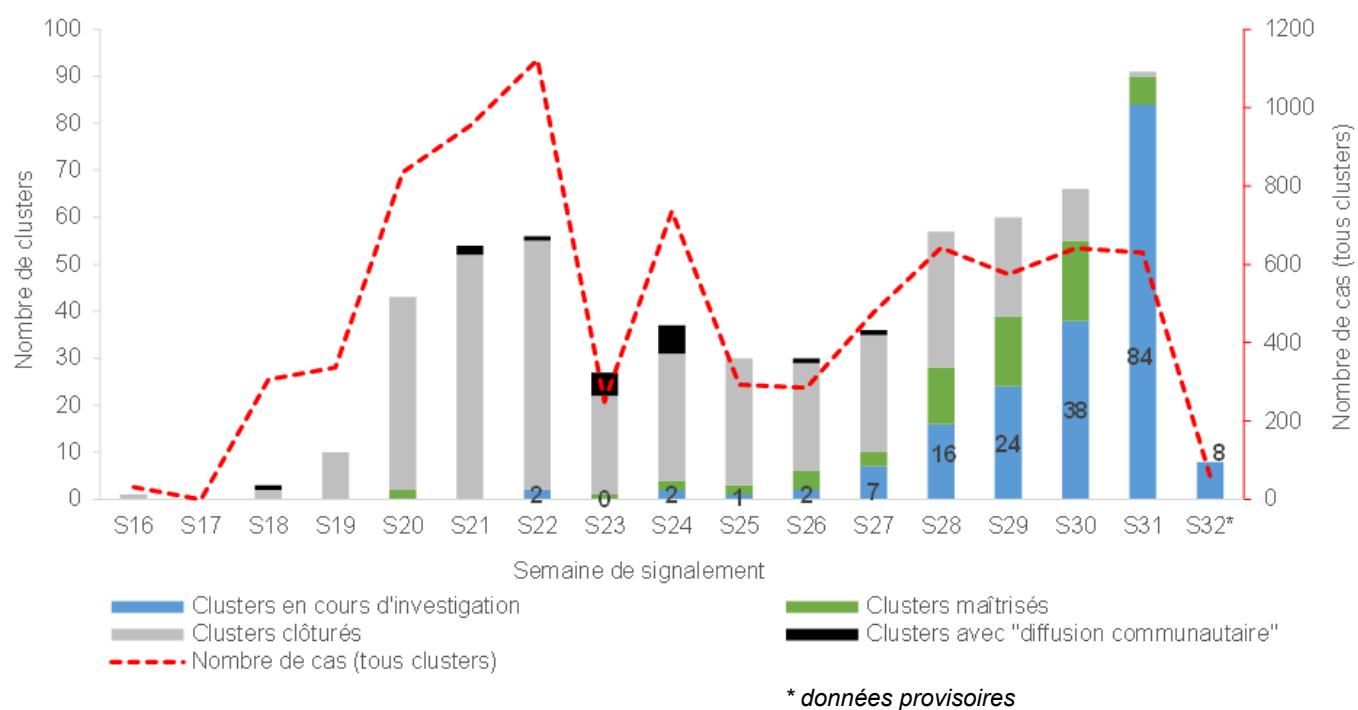
Signalement à visée d'alerte des foyers de transmission (clusters)

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 4 août 2020, la tendance hebdomadaire à la hausse des clusters depuis juillet s'accentue, avec 91 clusters signalés en S31 (Figure 13). Cependant le nombre moyen de cas par cluster semble moins important en juillet (8 cas par cluster contre 17 en mai-juin) mais est à confirmer en raison des nombreux clusters de juillet encore en cours d'investigation.
- Au total 609 clusters (94% en métropole) ont été signalés: 184 (30%) en cours d'investigation dont 56 (30%) en criticité élevée (potentiel de transmission, critères de gravité), 11% sont maîtrisés, 56% sont clôturés, et 3% ont impliqué une diffusion communautaire. A noter le premier cluster rapporté en Martinique en lien avec un cluster de Guadeloupe (Figure 14).
- Parmi les 609 clusters, le milieu familial élargi (plusieurs foyers) et les évènements publics/privés rassemblant de manière temporaire des personnes restent les types de collectivités les plus représentés (21%), avec les établissements de santé (ES) (17%) et les entreprises hors ES (22%) (Tableau 2).

Figure 13. Distribution du nombre de clusters selon leur statut (hors Ehpad et milieu familial restreint) et du nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement inclus entre le 9 mai et le 04 août 2020 (N=609) (Source : MONIC)

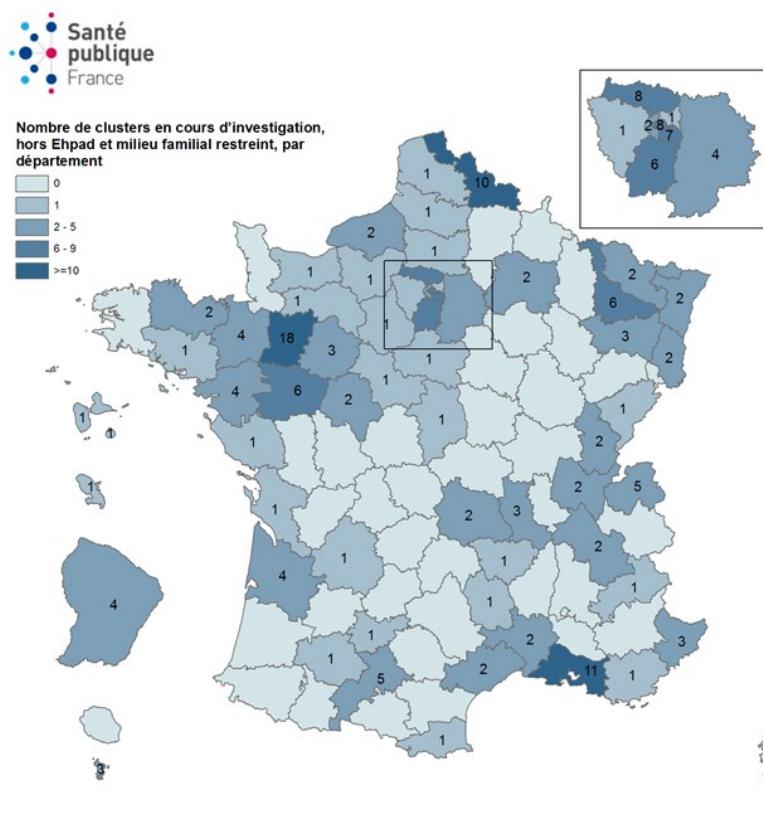


^[1] Pour en savoir plus : [Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19](#)

Tableau 2 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par type de collectivité, inclus entre le 9 mai et le 04 août 2020 (N=609) (Source : MONIC)

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=609	%	N=184	%
Entreprises privées et publiques (hors ES)	134	22	53	29
Etablissements de santé	99	16	16	9
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	85	14	12	7
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	60	10	15	8
Evènements publics ou privés : rassemblements temporaires de personnes	46	8	28	15
EMS de personnes handicapées	27	4	5	3
Milieu scolaire et universitaire	24	4	4	2
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	21	3	3	2
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	17	3	4	2
Crèches	15	2	7	4
Transports (avion, bateau, train)	6	1	1	1
Etablissements pénitentiaires	6	1	1	1
Structures de l'aide sociale à l'enfance	3	0	0	-
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-	0	-
Autres	66	11	35	19

Figure 14. Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) en cours d'investigation par département, inclus entre le 9 mai et le 04 août 2020 (N=184) (Source : MONIC)



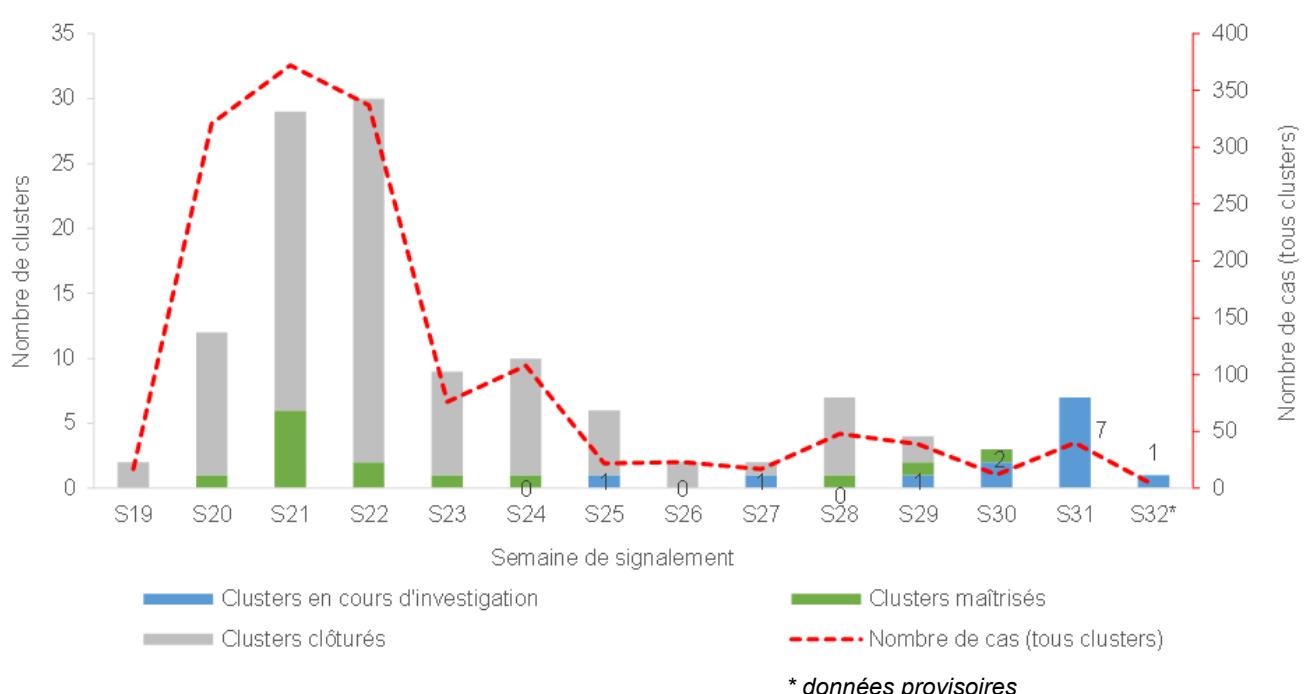
Pour en savoir plus sur les données régionales, consulter : [Santé publique France](#)

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 4 août 2020, le nombre hebdomadaire de nouveaux clusters reste faible (moins de 10 par semaine), avec un total de 124 clusters (Figure 15). Parmi les 8 nouveaux clusters identifiés depuis la S31 (S32 étant basée sur des données provisoires), 6 d'entre eux sont survenus dans des départements en niveau de vulnérabilité modéré voire élevé, les 2 autres sont survenus dans des départements avec une incidence hebdomadaire proche voire supérieure à 10 cas pour 100 000 habitants.
- Au total, 11% (n=13) des 124 clusters sont en cours d'investigation, 11% maîtrisés, 78% clôturés et aucun cluster n'a diffusé. La majorité (64%) d'entre eux comportait plus de 5 cas (12 en moyenne par cluster).

Figure 15 : Distribution du nombre de clusters en Ehpad selon leur statut et du nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement entre le 9 mai et le 04 août 2020 (N=124) (Source : MONIC)



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 03 août, 8 434 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 5 301 (63%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 3 133 (37%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 3).
- Parmi les 8 434 signalements (Tableau 3) :
 - 39 645 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents.
 - 10 506 cas sont décédés dans l'établissement d'accueil**, dont 10 420 dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
 - 3 924 cas sont décédés à l'hôpital**.
 - 20 659 cas confirmés** ont été rapportés parmi les membres du **personnel des ESMS**.
- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 03 août 2020, parmi les 5 301 signalements en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 4 369 (82%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Au cours des semaines S30 et S31 (du 20 juillet au 02 août), parmi l'ensemble des EHPA en France, 90 (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 (Ile-de-France exclue), 67 (0,7%) établissements ont signalé un nouvel épisode (date de début des signes du premier cas ou à défaut date de signalement comprise entre le 20 juillet au 02 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 03 août 2020, France

		EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
	Signalements	5 301	2 396	379	358	8 434
	Cas confirmés	34 925	4 063	183	474	39 645
Chez les résidents	Décès hôpitaux	3 696	207	0	21	3 924
	Décès établissements	10 420	75	0	11	10 506
Chez le personnel	Cas confirmés	16 662	3 519	287	191	20 659

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) ;

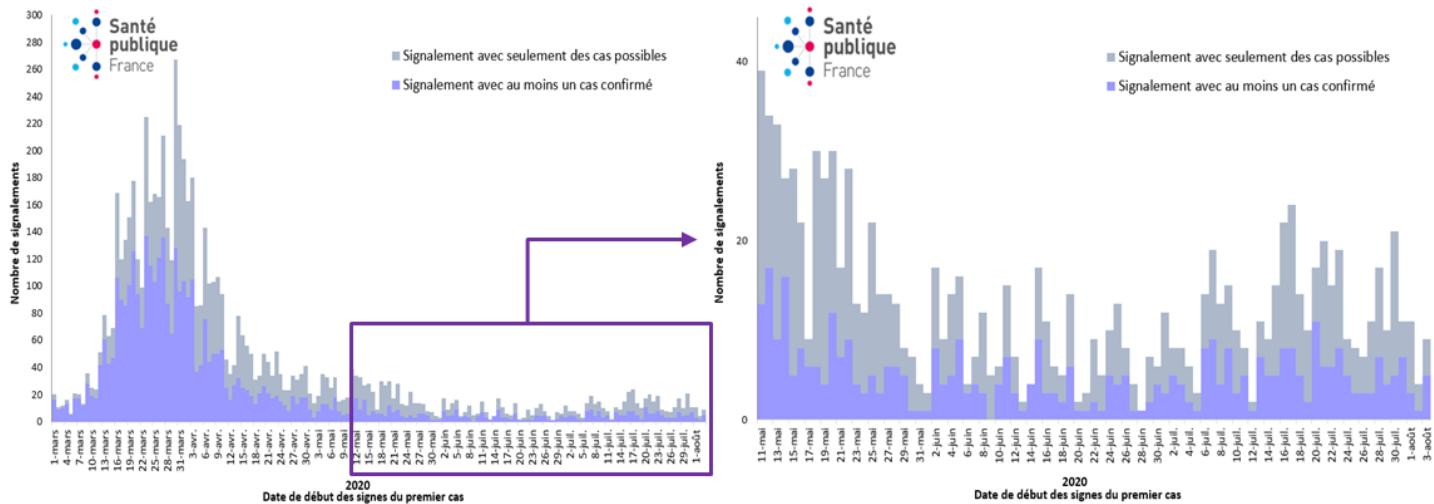
⁵Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible ;

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 provenant d'ESMS en France (Ile-de-France exclue) était **en augmentation depuis début juillet mais semble se stabiliser durant ces deux dernières semaines** (Figure 16).
- Après une augmentation entre les semaines 28 et 29, le **nombre d'épisodes confirmés est resté stable en semaines 30 et 31 par rapport à la semaine 29** (S31 : 47, S30: 49, S29 : 52). Les pourcentages de confirmation des épisodes restent réduits ces dernières semaines (S28 : 51%, S29 : 43%, S30 : 44%, S31 :44%).
- Le **nombre de décès chez les résidents**, en établissement et à l'hôpital reste très faible depuis le 1^{er} juillet (inférieur à 5 décès par jour, hors Ile de France).

Figure 16. 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 03 août 2020, France (hors Ile-de-France).



Passages aux urgences pour suspicion de COVID-19

(Réseau OSCOUR®)

- En semaine 31 (du 27 juillet au 02 août 2020), 1 832 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période, représentant 0,6% de l'activité totale des services d'urgence du réseau OSCOUR®.
- Après la stabilisation observée la semaine précédente, ces passages étaient en baisse de 5% en semaine 31 (1 932 passages et 0,6% d'activité totale en S30 - données consolidées du 04/08/2020) (Figure 17).
- Cette baisse concerne toutes les classes d'âges (-5% chez les moins de 15 ans, -4% chez les 15-64 ans et -3% chez les 65 ans et plus).
- La baisse est observée dans plusieurs régions à l'exception de la Bourgogne-Franche-Comté (123 vs 109 passages en S30), des Hauts-de-France (108 vs 94 passages en S30), et des Pays de la Loire (177 vs 136 passages en S30, avec une hausse particulièrement importante dans la Sarthe avec 116 vs 44 passages en S30). Elle varie entre -29% en Occitanie et -1% en Nouvelle-Aquitaine.
- En semaine 30, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 enregistrés au niveau national, 31% ont été enregistrés en Île-de-France, 11% en Auvergne-Rhône-Alpes et 10% en Pays de la Loire.
- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, 178 889 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 02 août 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgence ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

Figure 17. 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®)

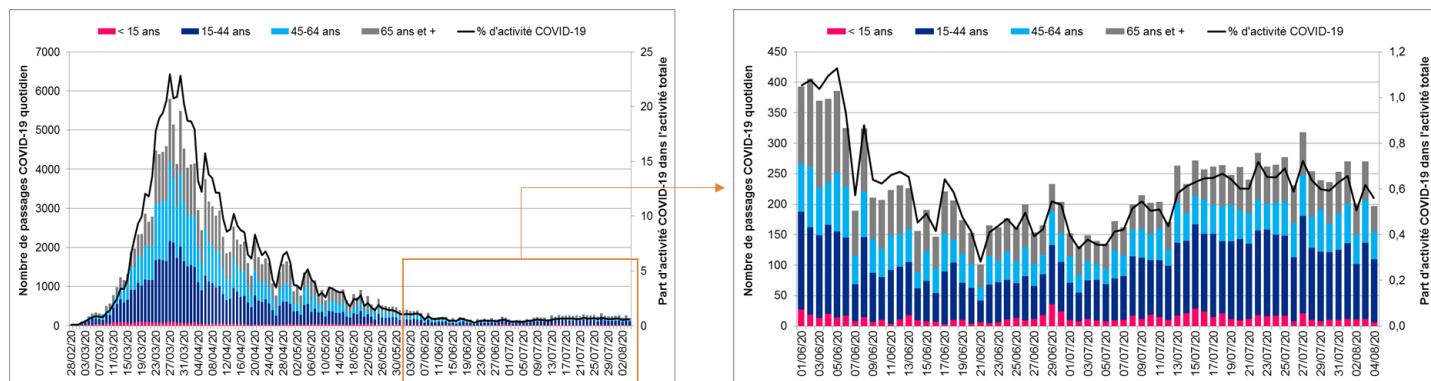


Figure 18. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 31, France (source : OSCOUR®)



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



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 **26 juillet et le 1^{er} 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 : 1,32 (intervalle de confiance (IC95% : 1,29-1,35). Celui calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) est de 1,00 (IC95% : 0,95-1,04) (Tableau 4). Ces estimations sont en baisse par rapport à celles produites 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. Le nombre de reproduction SI-DEP est significativement supérieur à 1 dans 7 régions supplémentaires, sans que celui calculé à partir des passages aux urgences ne soit significatif : Auvergne-Rhône-Alpes, Bretagne, Centre-Val de Loire, Grand-Est, Hauts-de-France, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Tableau 4). Le nombre de reproduction estimé à partir des données OSCOUR® est significativement supérieur à 1 en Pays de la Loire mais inférieur à 1 à partir des données SI-DEP.
- **En outre-mer**, la Guadeloupe et la Martinique présentent 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 26 juillet au 1^{er} août 2020 (Sources : SI-DEP et OSCOUR®)

Territoire	Régions	R effectif (Intervalle de confiance à 95%)	
		SI-DEP	OSCOUR®
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1,31 (1,22-1,41)	0,96 (0,83-1,09)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,16 (0,96-1,38)	0,96 (0,79-1,14)
	Bretagne	1,14 (1,01-1,28)	0,78 (0,63-0,95)
	Centre-Val de Loire	1,42 (1,23-1,62)	0,95 (0,72-1,20)
	Corse	NC	NC
	Grand Est	1,19 (1,09-1,31)	0,98 (0,80-1,18)
	Hauts-de-France	1,38 (1,28-1,47)	0,95 (0,78-1,14)
	Ile-de-France	1,40 (1,35-1,46)	1,11 (1,02-1,20)
	Normandie	1,19 (0,99-1,41)	0,94 (0,72-1,20)
	Nouvelle-Aquitaine	1,01 (0,86-1,16)	0,85 (0,67-1,04)
France ultra-marine	Occitanie	1,45 (1,32-1,57)	0,81 (0,64-1,00)
	Pays de la Loire	0,86 (0,78-0,94)	1,17 (1,01-1,35)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,71 (1,59-1,83)	0,99 (0,81-1,18)
	France métropolitaine	1,32 (1,29-1,35)	1,00 (0,95-1,04)
	Guadeloupe	1,45 (1,06-1,90)	NC
France ultra-marine	Guyane	0,81 (0,74-0,88)	0,71 (0,57-0,87)
	La Réunion	NC	NC
	Martinique	1,94 (1,14-2,96)	NA
	Mayotte	NE	1,20 (0,66-1,88)

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, 1 527 établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Parmi les 107 696 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.
 - 19 790 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 82 318 patients sont retournés à domicile.
- Le 4 août 2020, 5 162 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 388 cas en réanimation.

Tableau 5. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 04 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 28 juillet 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations	N	Dont Réanimations	%	Retours à domicile	N	%	Décès
Total	5 162		388		82 318		19 790	
Classes d'âge *								
Total	5 110		385		81 771		19 679	
0-14 ans	34	1	4	1	983	1	3	<1
15-44 ans	343	7	28	7	11 182	14	204	1
45-64 ans	1 055	21	138	36	23 466	29	2 047	10
65-74 ans	1 118	22	133	35	15 541	19	3 518	18
75 et +	2 560	50	82	21	30 599	37	13 907	71
Régions *								
Total	5 121		364		82 307		19 770	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	306	6	16	4	8 078	10	1 761	9
Bourgogne-Franche-Comté	21	<1	4	1	4 063	5	1 061	5
Bretagne	64	1	10	3	1 341	2	267	1
Centre-Val de Loire	185	4	11	3	2 204	3	559	3
Corse	7	<1	0	<1	252	<1	59	<1
Grand Est	597	12	14	4	12 788	16	3 622	18
Hauts-de-France	495	10	43	12	7 008	9	1 919	10
Île-de-France	2 563	50	181	50	29 651	36	7 587	38
Normandie	128	2	4	1	1 801	2	442	2
Nouvelle-Aquitaine	53	1	8	2	2 254	3	426	2
Occitanie	55	1	11	3	2 960	4	515	3
Pays de la Loire	101	2	9	2	2 248	3	477	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	382	7	19	5	5 776	7	967	5
Outre-Mer								
La Réunion	17	<1	3	1	164	<1	5	<1
Martinique	8	<1	3	1	95	<1	16	<1
Mayotte	12	<1	2	1	424	1	28	<1
Guadeloupe	4	<1	0	<1	85	<1	17	<1
Guyane	123	2	26	7	1 115	1	42	<1

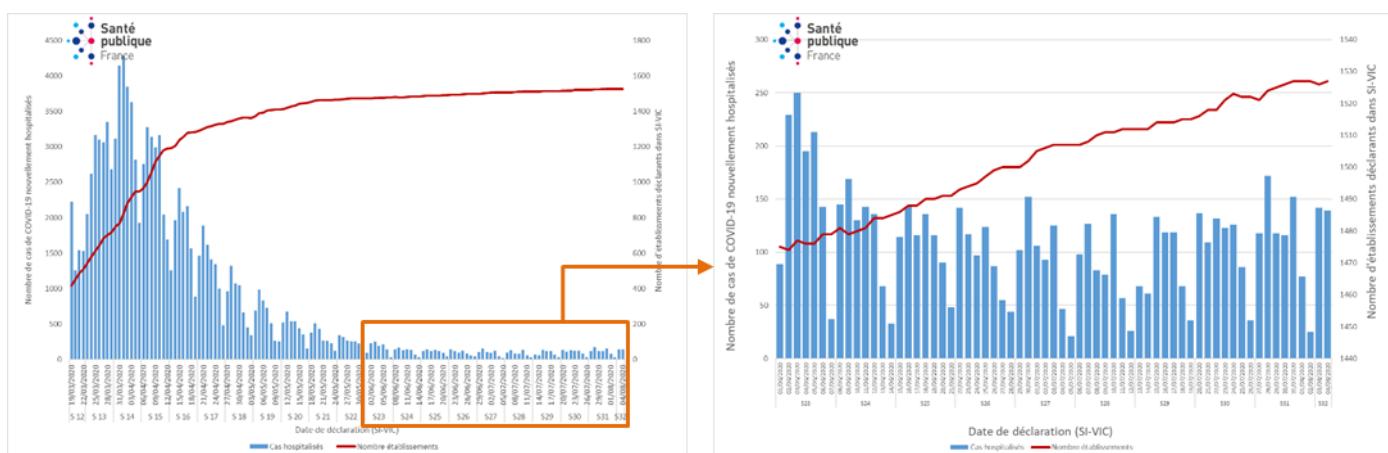
* L'information sur l'âge n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Figure 19. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 15 juillet et le 04 août 2020, France (source : SI-VIC)



- Le plus fort taux hebdomadaire d'hospitalisations (du 29 juillet au 04 août) de patients COVID-19 a été observé en Guyane mais était en diminution par rapport à la semaine précédente (39,6 vs 62,3/100 000 habitants). Le taux d'hospitalisations hebdomadaire a également diminué à Mayotte (3,2 vs 6,1/100 000h 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 19).
- Après une tendance à la diminution les semaines précédentes, le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a augmenté deux semaines consécutives en **semaine 30** (du 20 au 26 juillet) et **31** (du 27 juillet au 02 août) : 778 en S31 et 749 en S30 versus 604 en S29 (Figure 20).

Figure 20. 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 04 août 2020, France (source : SI-VIC)



Au 04 août 2020, 388 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 21).

- Le nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation a augmenté en **semaine 31** (105 versus 85 en S30) (Figure 21). Ce nombre est en légère augmentation depuis 1 mois passant de **78 nouvelles admissions en S28 à 105 en S31**.
- Le nombre journalier de cas hospitalisés en réanimation, en diminution depuis le 08 avril, se maintient en dessous de 500 patients depuis le 10 juillet.
- Sur la **semaine du 29 juillet au 04 août**, le plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 a été observé en Guyane. Ce taux était en diminution depuis le 1^{er} juillet, avec néanmoins une augmentation la semaine du 22 au 28 juillet, mais qui ne s'est pas poursuivie sur la semaine du 29 juillet au 04 août (2,4/100 000 habitants contre 4,5 la semaine précédente) (Figure 22).

À Mayotte, le taux hebdomadaire d'admissions en réanimation est passé à 0,72/100 000 habitants (contre 0,36/100 000 habitants la semaine précédente). 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. Nombre journalier de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, données au 04 août 2020, France (source : SI-VIC)

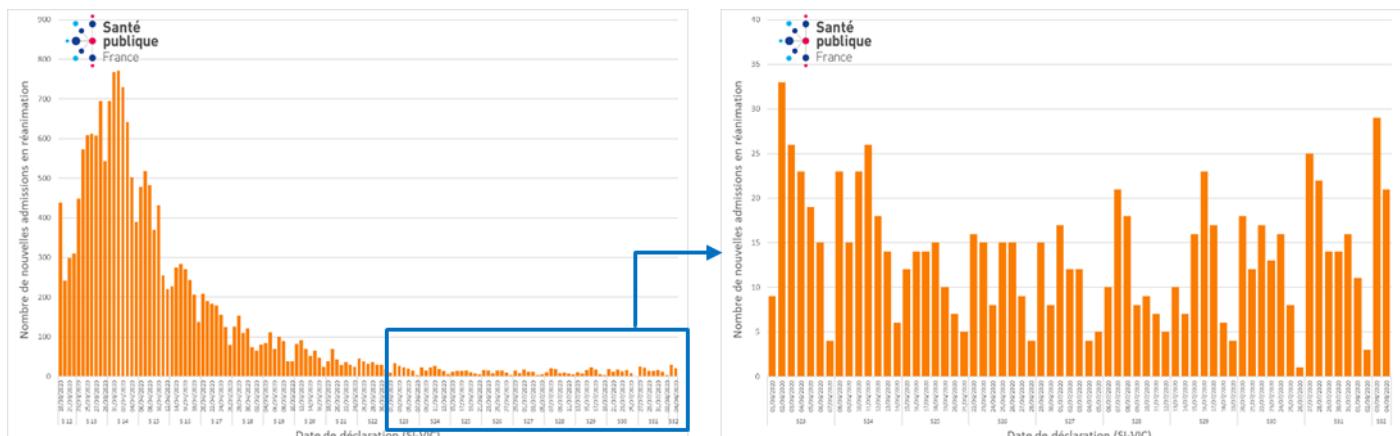


Figure 22. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 15 juillet et le 04 août 2020, France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire de décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 était comparable à la semaine précédente avec 73 décès versus 72 en S30 (Figure 23).
- Le nombre hebdomadaire des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation a diminué en semaine 31 (1106 vs 1 583 en S29) (Figure 24).

Figure 23. 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 04 août 2020 (source : SI-VIC)

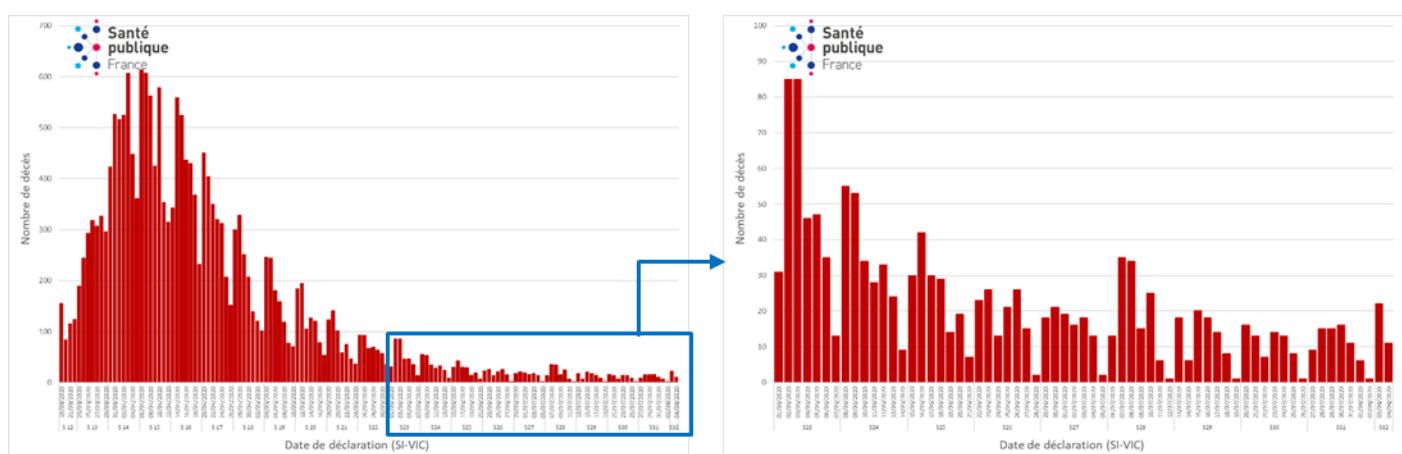
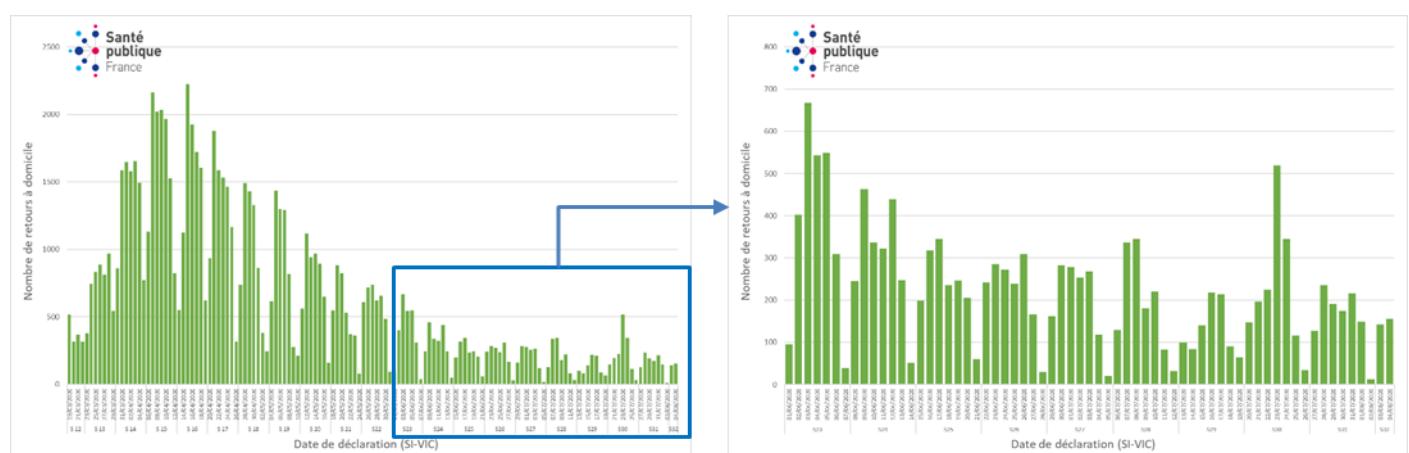


Figure 24. Nombre journalier de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19 , depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 04 août 2020 (source : SI-VIC)



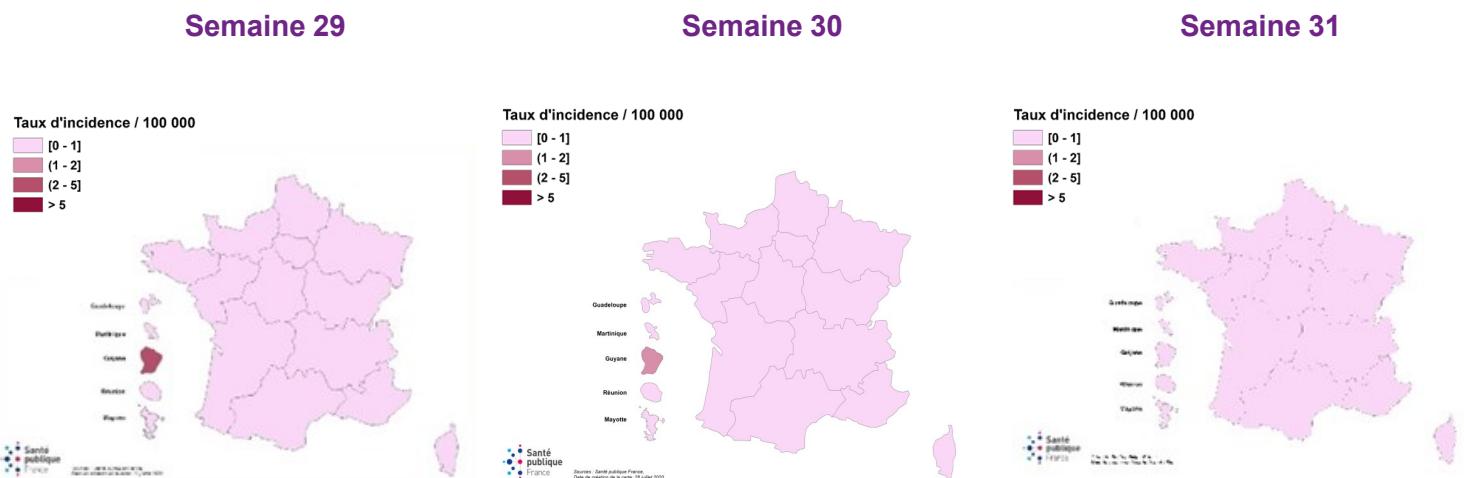
Surveillance de la mortalité

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 04 août 2020, **30 296 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : 19 790 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 506 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 30 et 31 (79 en S31 vs. 78 en S30). Le taux de décès hebdomadaire (pour 100 000 habitants) à l'échelle nationale est stable: il était de 0,12 en S31 vs. 0,12 en S30.
- En semaine 31**, le plus fort taux de décès de patients COVID-19 rapporté à la population (pour 100 000 habitants) était observé en Guyane (0,36/100 000 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 30 et 31 dans toutes les régions à l'exception de la Guyane où ils diminuent : 0,36/100 000 h en S31 vs 1,79/100 000 h en semaine 30 (Figure 25).

Figure 25. Taux hebdomadaires de décès dû à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS), S29 (du 13 au 19 juillet), S30 (du 20 au 26 juillet) et S31 (du 27 juillet au 02 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, **11 269 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 7 436 décès, soit **66%** des certificats de décès. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 25% de ces décès et une mention de pathologie cardiaque pour 34% de ces décès.
- Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 3% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.

Tableau 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 03 août 2020 (données au 04 août 2020)
 (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%				
Hommes	6 123	54				
Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	1	100	1	0
15-44 ans	35	34	68	66	103	1
45-64 ans	283	29	706	71	989	9
65-74 ans	575	33	1 184	67	1 759	16
75 ans ou plus	2 940	35	5 477	65	8 417	75
Tous âges	3 833	34	7 436	66	11 269	100
Comorbidités	n	%				
Au moins une comorbidité	7 436	66				
Aucune ou non renseigné	3 833	34				
Description des comorbidités	n	%				
Obésité	443	6				
Diabète	1 204	16				
Pathologie respiratoire	966	13				
Pathologie cardiaque	2 521	34				
Hypertension artérielle	1 835	25				
Pathologies neurologiques*	686	9				
Pathologie rénale	928	12				
Immunodéficience	169	2				

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

¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

Mortalité toutes causes

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

- **Au niveau national**, depuis la semaine 18 (du 27 avril au 03 mai 2020), la mortalité est revenue dans les marges de fluctuation habituelle, tous âges confondus (Figure 26).

- **Au niveau régional :**

- une hausse de la mortalité a été observée en **Guyane** en semaine 29 (du 13 au 19 juillet) (Figure 27). Les effectifs sur la semaine 30 (du 20 au 26 juillet) semblent en diminution et revenir dans les marges de fluctuation habituelle, 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 dès la S30 (du 20 au 26 juillet), à un niveau comparable à celui attendu, tous âges confondus.

Figure 26. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 52-2013 à la semaine 30-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

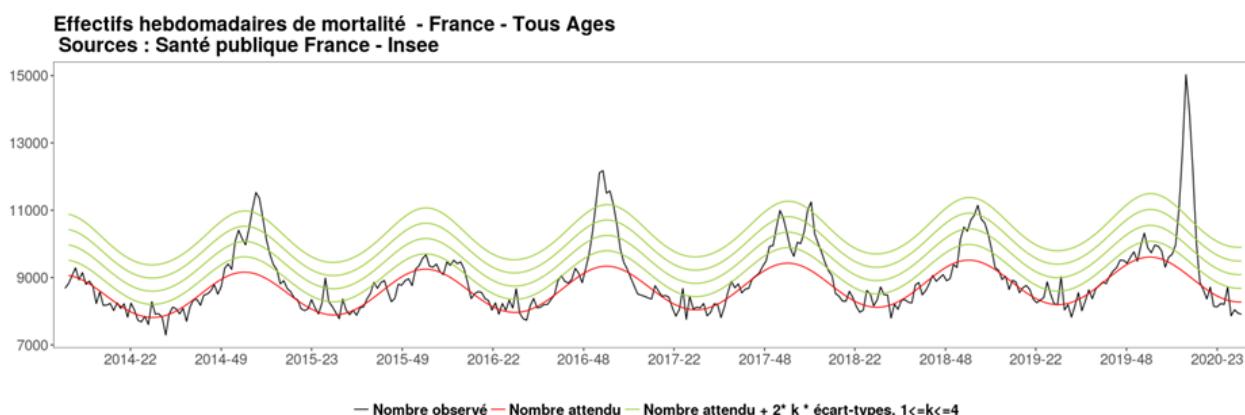
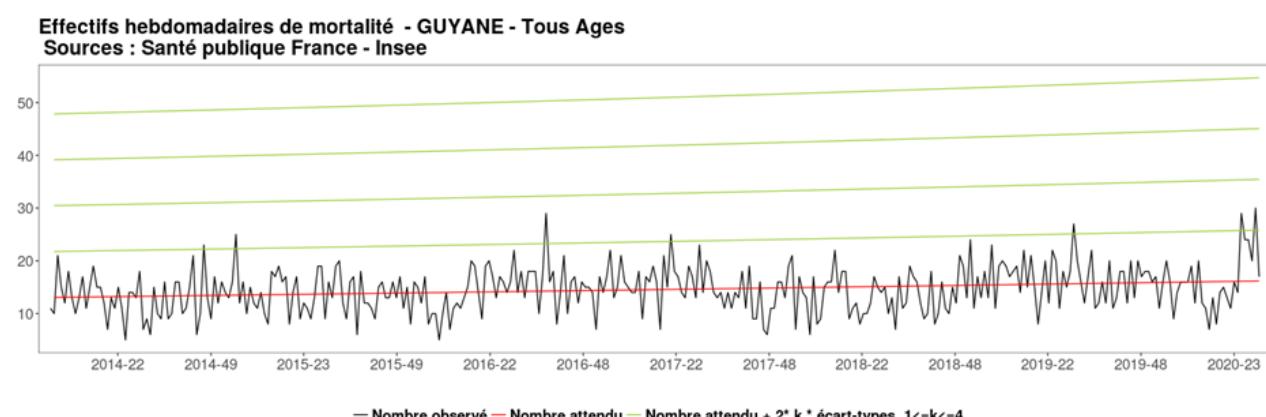


Figure 27. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en Guyane, de la semaine 52-2013 à la semaine 30-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

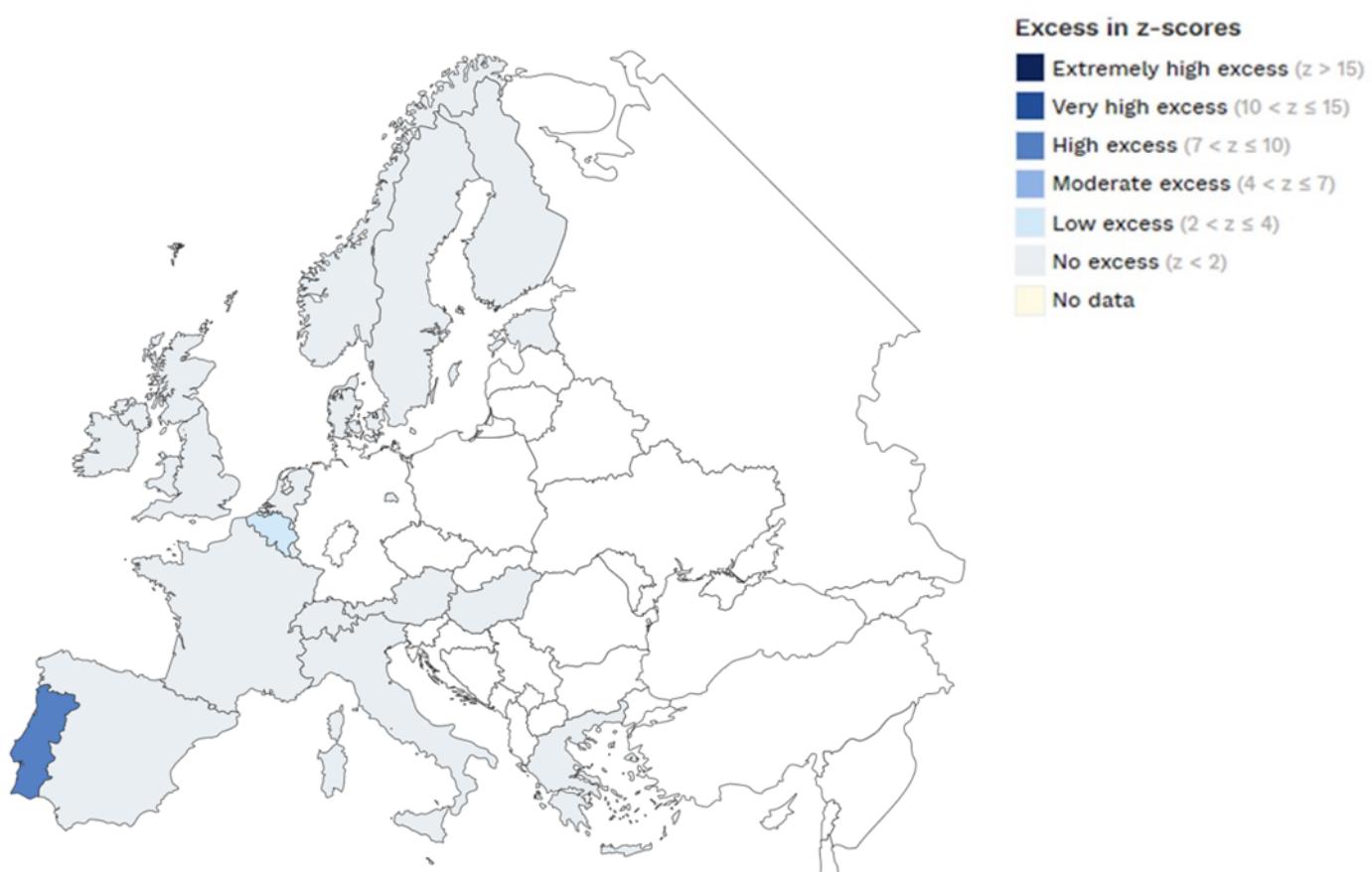


Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. Il n'est pas possible d'estimer la part attribuable de ces hausses de mortalité avec l'épidémie 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 trois pays en semaine 26, dans un pays/région en semaine 27, dans un pays/région en semaine 28 et dans deux pays/régions en semaine 29 (Belgique et Portugal) (Figure 28).

Figure 28. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 29-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 29 juillet) (Source : Euromomo)



Analyse de risque contextualisée - Niveaux de vulnérabilité

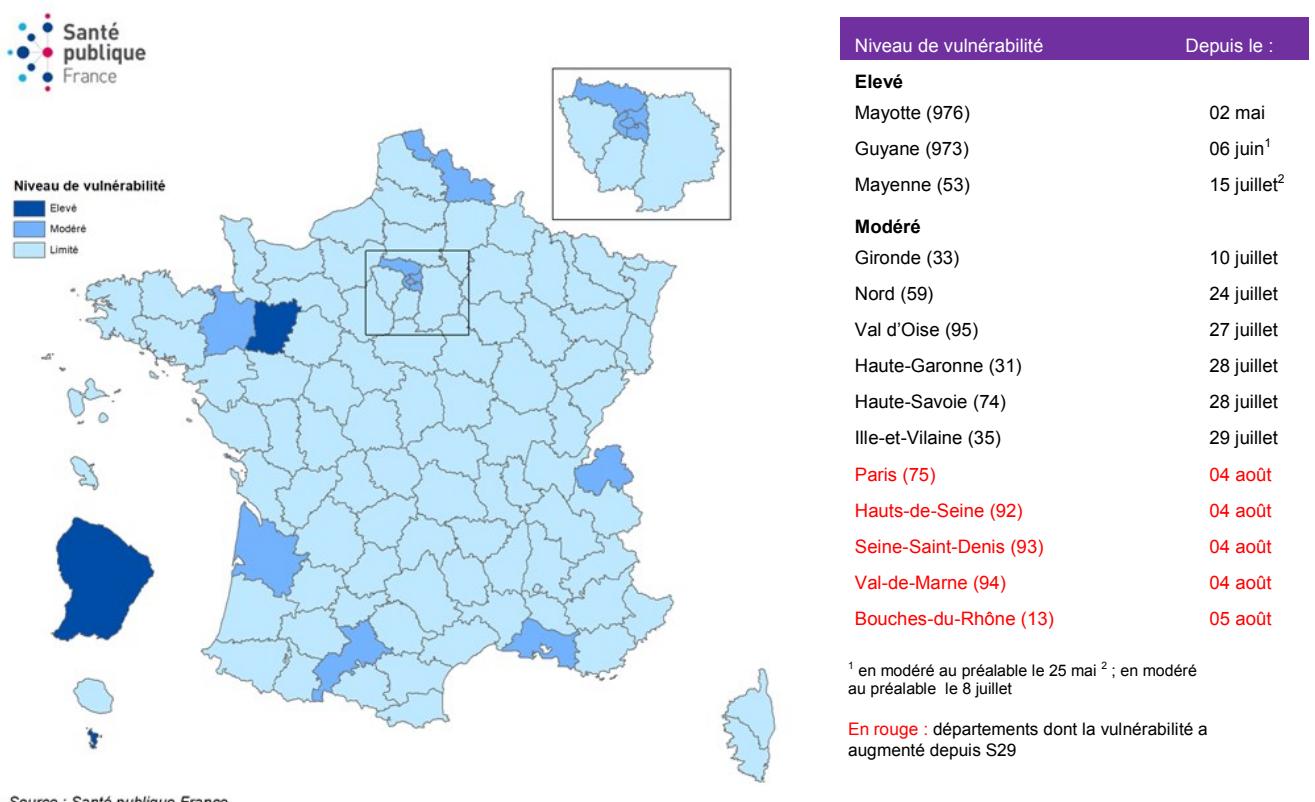
Les équipes régionales de Santé publique France réalisent, en lien avec les ARS, une analyse de risque contextualisée quotidienne au niveau départemental depuis le 2 mai 2020, une semaine avant la levée du confinement. Cette expertise effectue la synthèse des indicateurs des systèmes de surveillances et des informations qualitatives rapportées (ARS, collectivités, acteurs du soin, etc.).

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

Au 05 août 2020, par rapport au point épidémiologique du 30 juillet 2020 :

- **5 nouveaux départements ont été classés en niveau de vulnérabilité modéré** : Paris (75) et les départements de la petite couronne : Hauts-de-Seine (92), Seine-Saint-Denis (93), Val-de-Marne (94), et les Bouches-du-Rhône (13) (Figure 29). Le département des Vosges (88) est repassé en niveau de vulnérabilité limité suite à une évolution épidémiologique favorable.
- Au total, 11 départements étaient en niveau de vulnérabilité modéré, et 3 en élevé, soit 8 régions métropolitaines sur 13 avec au moins un département en modéré ou élevé.

Figure 29. Niveau de vulnérabilité par département et évolution, France, au 05 août 2020
(Source : Santé publique France)



Prévention

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*), répétées chaque semaine de la vague 1 (23-25 mars 2020) à la vague 10 (8-10 juin), puis tous les 15 jours. Données redressées sur le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, la catégorie d'agglomération et la région d'habitation.

L'enquête CoviPrev est momentanément arrêtée. Une nouvelle vague d'enquête aura lieu 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).

Adoption des mesures de prévention et Santé mentale

En vague 13 (20-22 juillet 2020), la seule mesure de prévention dont l'adoption a significativement progressé depuis la vague précédente (vague 12 : 6-8 juillet) est le port systématique du masque en public. Il était resté stable entre les vagues 10 et 12 (Figure 31). Sur la période de levée du confinement (vagues 7 à 13), les deux mesures de prévention dont l'adoption systématique a le plus diminué sont « Saluer sans se serrer la main et arrêter les embrassades » et « garder une distance d'au moins un mètre » (-19 et -16 points, Figure 30). En vague 13 (20-22 juillet 2020), nous n'avons pas observé d'évolution pour les indicateurs de santé mentale (anxiété et dépression), les problèmes de sommeil ou la satisfaction de vie par rapport à la vague précédente (vague 12). Figure 31.

Figure 30. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

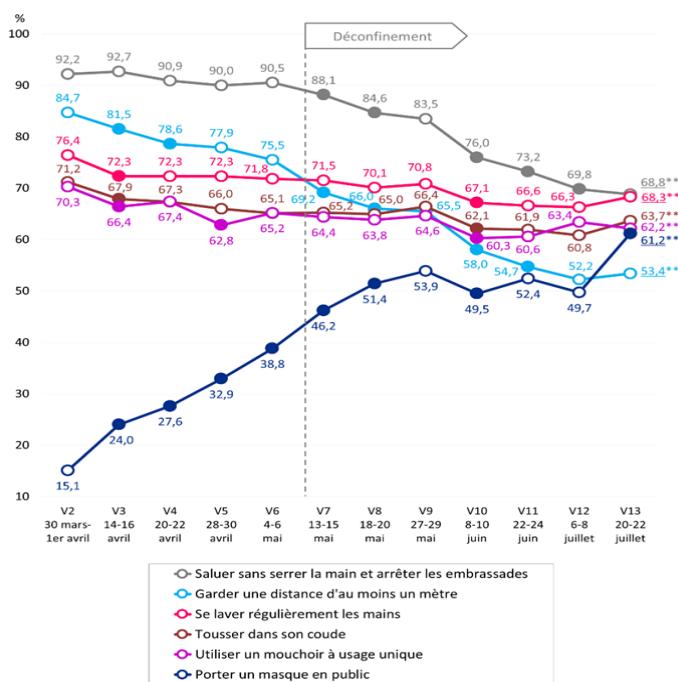
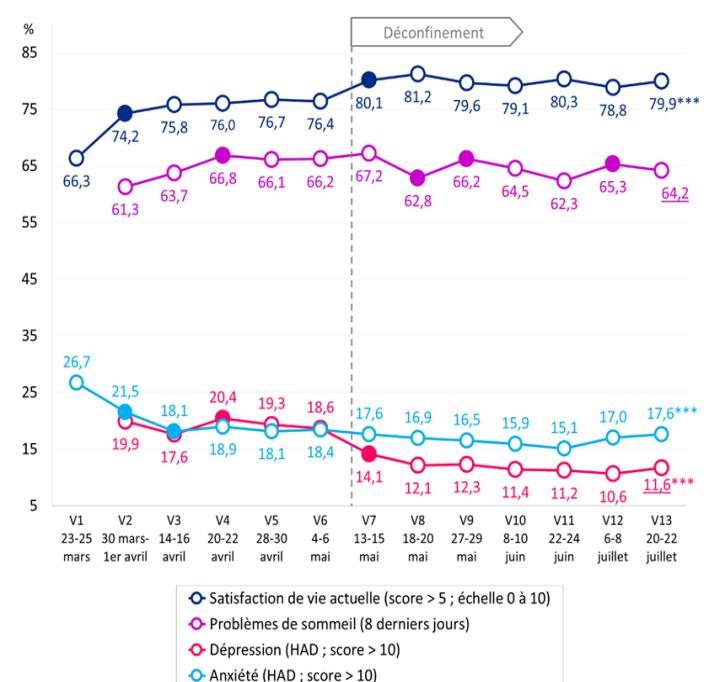


Figure 31. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p<0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 13) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 2), test de Wald ajusté, * : $p<0,05$; ** : $p<0,01$; *** : $p<0,001$; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période post-confinement (vague 7), test de Wald ajusté, $p<0,05$.

Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté, $p<0,05$. Lorsque la dernière proportion de la série (vague 13) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 1 ou 2 selon l'indicateur), test de Wald ajusté, * : $p<0,05$; ** : $p<0,01$; *** : $p<0,001$; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période postconfinement (vague 7), test de Wald ajusté, $p<0,05$. HAD : Hospital Anxiety and Depression scale.

Etude qualitative ViQuoP, Santé publique France - Kantar.

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

Suivi de cohorte de mars à juin 2020

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

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

<https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/covid-19-etude-viquop-vie-quotidienne-et-prevention-dans-60-foyers-francais-a-l-heure-du-coronavirus>

Production d'outils de prévention

Retrouvez tous les outils de prévention destinés aux professionnels de santé et au grand public



Retrouvez tous les outils de prévention destinés aux professionnels de santé et au grand public

Synthèse — conclusion

En France métropolitaine,

En semaine 31 (du 27 juillet au 02 août 2020), le **nombre de cas confirmés et le taux d'incidence hebdomadaire ont continué d'augmenter** alors que les nombres d'actes SOS Médecins et de passages aux urgences ont diminué.

Depuis mi-juin, le **nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 continue d'augmenter**, avec 7 565 cas enregistrés en semaine 31 soit une augmentation de +33% par rapport à la semaine précédente. Le **taux d'incidence était en augmentation** (11,6 cas /100 000 habitants versus 8,7 cas en S30). Cette tendance était également observée en médecine générale sur les données du réseau Sentinelles avec un taux d'incidence des cas d'IRA relativement stable et un taux de consultation des cas suspects de COVID-19 (hors IRA) en augmentation depuis six semaines.

Suite à l'augmentation observée durant le mois de juillet, le nombre d'actes SOS Médecins en semaine 31 était en revanche en diminution pour la 2^{ème} semaine consécutive. Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était également en légère diminution par rapport à la semaine précédente et cette tendance concerne toutes les classes d'âge. Cependant, le **nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 était en augmentation ces deux dernières semaines**. Une légère tendance à l'augmentation a été également constatée pour les nouvelles admissions en réanimation depuis début juillet : leur nombre est passé de 78 en S28 (du 6 au 12 juillet) à 105 en S31. Le nombre de patients en réanimation reste toutefois inférieur à 500 patients.

L'augmentation du nombre de cas de COVID-19 est à placer dans le contexte actuel d'incitation forte au dépistage, qui conduit à une augmentation du nombre de patients testés (+14%). Cependant, l'**augmentation du nombre de nouveaux cas était plus importante (+33%) et le taux de positivité des patients testés a lui aussi augmenté de 15%**.

Par ailleurs, la proportion des personnes asymptomatiques parmi les personnes testées était en augmentation alors qu'elle est restée stable parmi les cas testés positifs pour le SARS-COV-2. Bien que la proportion des personnes symptomatiques parmi les personnes testées ait diminué en S31, le **nombre de cas chez ces personnes symptomatiques a fortement augmenté (+38%)**.

Ces résultats reflètent une réelle augmentation de la circulation virale, notamment **chez des personnes symptomatiques**, qui ne peut s'expliquer par la seule augmentation des actions de dépistage conduites dans le cadre d'investigation de clusters et du suivi des personnes contacts des cas confirmés.

En semaine 31, l'**augmentation de l'incidence** concernait toutes les classes d'âge mais était **plus marquée chez les 15-44 ans**, plus particulièrement les **jeunes adultes de 20-30 ans**.

L'incidence continue de progresser chez les personnes âgées de 75 ans et plus mais le nombre de nouveaux cas demeurait faible (S31 : 414 cas, S30 : 399 cas, +4%). Cette semaine, le nombre de signalements des cas de COVID-19 dans les établissements médico-sociaux (incluant les Ehpad) est resté stable mais la tendance à l'augmentation du nombre de cas **chez les personnes âgées implique une grande vigilance 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 des 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 était de 3,7 contacts par cas en semaine 31, en diminution par rapport à la semaine 30. On observait une stabilisation de la proportion de cas précédemment connus comme personnes contact depuis les trois dernières semaines (23%). Cette proportion, bien que faible, suggère que l'ensemble des chaînes de transmission ne sont pas identifiées.

Le délai de diagnostic parmi les cas symptomatiques en semaine 31 était de 3,6 jours, soit une diminution de près de 1 jour par rapport à la semaine 30 (4,6 jours). A noter que selon les données SI-DEP, 25% des cas confirmés avaient présenté des symptômes 5 à 7 jours avant le prélèvement. L'enjeu principal du suivi des contacts est de réduire au maximum les délais de prise en charge permettant ainsi de briser les chaînes de transmission par l'isolement des cas, l'investigation de leurs contacts et la mise en quarantaine de leurs contacts à risque.

En France métropolitaine, le nombre de reproduction effectif (R effectif) calculé sur la base des données virologiques (SI-DEP) était supérieur à 1 pour la 5^{ème} semaine consécutive et celui calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR) était de 1,00 (IC95% : 0,95-1,04). 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 SIDEF) 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 étaient significativement supérieures à 1 pour une seule région: l'Ile-de-France. Ces indicateurs ne doivent cependant pas être analysés de façon isolée, mais doivent être confrontés aux indicateurs produits par les différentes surveillances (incidences, passages aux urgences, hospitalisations, clusters ...).

Le nombre de départements avec un taux d'incidence supérieur au seuil d'attention (10 cas pour 100 000 habitants par semaine) était également en augmentation (21 départements en S31 versus 19 départements en S30). Le taux d'incidence hebdomadaire des cas de COVID-19 en semaine 31 le plus élevé était observé en Mayenne (48/100 000 h) et 10 autres avaient un taux d'incidence supérieur à 20/100 000 habitants dont 6 en Ile de France. Aucun département de métropole n'était au-dessus du seuil d'alerte (50/100 000 h).

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, la Mayenne est restée au niveau de vulnérabilité élevé et 11 départements étaient en niveau de vulnérabilité modéré. Ces départements étaient répartis sur 8 des 13 régions métropolitaines mais 5 en Ile de France.

En Mayenne, le taux d'incidence a nettement diminué en comparaison de la semaine précédente (48/100 hab. en S31 versus 149 cas/100 000 hab.) et la même tendance était observée pour le taux de positivité des patients testés qui est passé à 1,4% en S31 (versus 3,5% en S30). Le nombre de personnes testées a diminué dans une moindre mesure (3 490 patients testés/100 000 hab. en S31 vs 4 252 en S30). Au 04 août, 18 clusters étaient en cours d'investigation, dont 9 en criticité élevée. Deux autres clusters présentaient une diffusion communautaire avérée (diffusion de cas dans la population). Les indicateurs sont donc sensiblement en recul dans ce département ce qui atteste d'un impact positif des efforts intenses consentis. Cependant, le nombre de clusters non maîtrisés est toujours important et le risque d'extension dans les départements voisins s'est concrétisé. Une importante augmentation du taux d'incidence était en effet observée dans la Sarthe : 17,9/100000 hab. en S31 vs 10,4/100 000 hab. en S30.

Le taux d'incidence en Ile-de-France est en progression depuis début juillet et était de 23,8/ 100 000 h en semaine 31 avec une importante augmentation à Paris ainsi qu'en Seine-Saint-Denis, Hauts-de-Seine et Val-de-Marne. Dans ces départements, cette augmentation était fortement marquée chez les 20-29 ans chez lesquels les taux d'incidences étaient compris entre 50/100 000 h et 70/100 000 h. Cinq des 8 départements en Ile de France ont été classés en niveau de vulnérabilité modéré marquant un potentiel impact de transmission du SARS-COV-2 dans la région et de diffusion plus large dans le contexte des vacances estivales. Dans les Bouches-du-Rhône, les indicateurs sont également en forte augmentation et plus particulièrement l'incidence chez les 20-29 ans. La transmission du virus dans ces départements semble plus rapide que les autres départements métropolitains, avec une incidence ayant pratiquement doublée en une semaine et particulièrement marquée par une dynamique très forte chez les 20-30 ans. Dans ce contexte et avec 37 clusters en cours d'investigation dans ces départements, il est important de maintenir la plus grande vigilance.

En cette période de vacances les taux d'incidence par département et région de résidence ne reflètent pas que la transmission dans le département ou la région de résidence. En effet les personnes en vacances hors de leur département et qui acquièrent l'infection dans leur lieu de vacances sont comptabilisés dans la base SIDEF selon leur commune de résidence habituelle. Ainsi, pour les régions avec de fortes progressions, comme l'Ile-de-France, une part de cette progression est certainement imputable à une transmission en zone de vacances. Une analyse selon le laboratoire de réalisation du test permettra d'appréhender plus finement le lieu de contamination en cette période estivale.

En semaine 31 le nombre de nouveaux clusters détectés a augmenté avec 91 clusters signalés. 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. Ces rassemblements peuvent concerter toute la population mais plus particulièrement les 20-30 ans chez lesquels une augmentation du nombre de cas testés positifs pour SARS-CoV-2 a été identifiée dans plusieurs départements et régions ces dernières semaines. **Pendant cette période estivale propice à d'importants mouvements de population, il est primordial de sensibiliser l'ensemble de la population et notamment les jeunes adultes dans l'application des gestes barrière et de distanciation sociale pour limiter la propagation du virus.**

L'excès de mortalité toutes causes observé entre les semaines 12 et 17 (du 16 mars au 26 avril) a été particulièrement marqué dans les régions Grand Est et Ile-de-France où la circulation du SARS-CoV-2 a été intense. La mortalité est désormais revenue dans les marges de fluctuation habituelle en France métropolitaine, tous âges confondus.

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

En Guyane, en semaine 31, les indicateurs étaient en diminution en comparaison de la semaine 30. Le taux d'incidence était de 154 cas /100 000 hab. (228/100 000 hab en 30) et le taux de positivité était de 12% (17% en S30). L'analyse de l'ensemble des données est en faveur d'un passage du pic épidémique début juillet. La Guyane reste classée en niveau de vulnérabilité élevé. Une hausse de la mortalité est 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 31 était de 31 cas/100 000 habitants, stable par rapport à la semaine précédente. Le taux de positivité était en légère baisse (8,6% en S31 versus 11,1% en S30). Le nombre total de tests restait élevé en lien avec une forte activité de dépistage (voyageurs en partance et investigation des clusters). L'épidémie se poursuit et Mayotte reste classée en niveau de vulnérabilité élevé.

Aux Antilles et à 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 fait l'objet d'une surveillance spécifique. Du fait des faibles nombres de cas rapportés ces dernières semaines, ces données ne paraissent plus dans le point épidémiologique hebdomadaire. L'ensemble des résultats sont disponibles sur [le site de Santé publique France](#).

Les données disponibles fin juillet ont montré que la santé mentale des Français, dégradée en début de confinement, s'est depuis significativement améliorée pour tous les indicateurs (états anxieux, dépressifs et satisfaction de vie). Les problèmes de sommeil sont restés stables depuis le début du confinement, mais restent élevés par rapport aux observations effectuées avant la crise sanitaire. Ces données ont montré que l'**adoption systématique des mesures de prévention a globalement diminué** depuis le début du confinement mais cette baisse concerne 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** qui s'était stabilisée depuis la vague 10 (8-10 juin), a augmenté entre la vague 12 (6-8 juillet) et la vague 13 (20-22 juillet) et concernait un peu plus de 3 personnes sur 5. Les données détaillées de l'enquête montrent cependant que la **diminution de l'adoption systématique des mesures de prévention** (plus de 80% les adoptent systématiquement ou souvent), mais davantage une modulation ou une adaptation de ces comportements.

En l'absence de vaccin, les seules mesures de prévention restent liées au comportement individuel (hygiène des mains, distanciation physique, port du masque) et à leur adoption par le plus grand nombre. **Il est important de maintenir et valoriser une norme positive de protection pour soi et pour autrui et d'anticiper les situations de regroupement afin de faciliter l'adoption des comportements préventifs et donc de rappeler la responsabilité individuelle de chacun et de s'inscrire collectivement dans une logique de réduction des risques et de protection des personnes les plus vulnérables, en particulier dans le cadre de regroupements familiaux ou amicaux et d'évènements festifs.**

En conclusion

En France métropolitaine, l'ensemble des indicateurs montre que la transmission de l'infection à SARS-COV-2 progresse et s'intensifie en semaine 31. Elle concerne toutes les tranches d'âge et plus particulièrement les jeunes adultes. **L'augmentation de l'incidence était plus importante que l'augmentation du nombre de personnes dépistées** reflétant une augmentation réelle de la circulation virale, que ce soit chez les cas symptomatiques ou chez les cas asymptomatiques.

En France métropolitaine, le nombre de départements dépassant le seuil de 10 pour 100 000 habitants continue d'augmenter. Le nombre de départements classés en niveau de vulnérabilité modéré ou élevé pour le SARS-COV-2 était toujours en augmentation, avec 11 départements classés en niveau de vulnérabilité modérée et un en vulnérabilité élevée. Il est nécessaire de maintenir et de renforcer le cas échéant les différentes mesures qui ont été prises pour endiguer la propagation du virus dans la communauté

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

Bien que les indicateurs de recours aux soins d'urgences et d'hospitalisation n'aient pas augmenté de manière importante, la circulation en milieu communautaire traduite par l'augmentation du taux d'incidence, du taux de positivité et du nombre de nouveaux clusters se poursuit. Près de la moitié des nouveaux cas étant asymptomatiques, il est donc primordial de maintenir la plus grande vigilance et appliquer les gestes barrières et les mesures de distanciation pour prévenir la transmission du SARS-COV-2. **Chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 ou ayant le moindre doute doit réaliser un test diagnostique dans les plus brefs délais et consulter le plus rapidement possible un médecin.** De nombreux dispositifs de dépistage et de diagnostic sont disponibles permettant à chacun de contribuer à casser les chaînes de transmission.

Dans un contexte de congés d'été qui peuvent favoriser les situations à risque de contamination du fait, en particulier d'une moindre application des gestes barrières et des mesures de distanciation, notamment dans le cadre d'évènements festifs et de regroupements familiaux ou amicaux, les messages de prévention doivent être rappelés avec insistance, dans une perspective de protection individuelle et collective.

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 systématique des résultats des laboratoires de tests pour SARS-COV-2 (depuis le 13 mai).

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

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

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directeur adjoint de publication

Dr Jean-Claude Desenclos

Equipe de rédaction

Christine Campèse, Alexandra Septfons, Anne Fouillet, Céline Caserio-Schonemann, Yann Le Strat, Patrick Rolland, Anne Laporte, Marie-Michèle Thiam, Sébastien Monluc, Linda Lasbeur, Enguerrand Du-Roscoat, Camille Pelat, Edouard Chatignoux, Gilles Delmas, Julie Figoni, Christophe Bonaldi, Mireille Allemand, Myriam Fayad, Camille Le-Gal, Didier Che, Annabelle Lapostolle, Alexandra Mailles, Bruno Coignard, Sabira Smaili, Gaëlle Pedrono, Isabelle Pontais.

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 :
6 août 2020

Pour en savoir plus sur :

- ▶ **Les méthodes du système de surveillance** : consulter la page [Santé publique France](#)
- ▶ **Nos partenaires et les sources de données** :

[SurSaUD®](#)
[SI-VIC](#)

[OSCOUR®](#)
[CépiDC](#)

[SOS Médecins Assurance Maladie](#)

[Réseau Sentinelles](#)

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

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

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