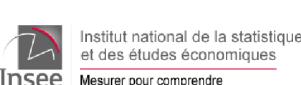


Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 médecins libéraux, SAMU Centre 15, médecins hospitaliers, Laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville Agences régionales de santé (ARS) Les Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de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



COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 30 juillet 2020

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

Ce bilan est basé sur les données épidémiologiques de surveillance du COVID-19 (SARS-CoV-2) rapportées à Santé publique France jusqu'au 28 juillet 2020.

Points clés

► En France métropolitaine

- Augmentation marquée de l'incidence (+54%) plus importante que l'augmentation du nombre de personnes dépistées
- Augmentation de l'incidence dans l'ensemble des classes d'âge, particulièrement chez les 20-30 ans
- Augmentation du nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 mais stabilité du recours aux soins d'urgences
- 19 départements avec un taux d'incidence > 10/100 000 habitants en S30
 - La Mayenne : 143/100 000 habitants, niveau de vulnérabilité élevé (incidence en augmentation, très forte activité de dépistage, taux de positivité stable, 2 clusters avec diffusion communautaire)
 - 17 autres départements avec taux d'incidence compris entre 10 et 20 / 100 000 habitants, et Val d'Oise : 20,5 / 100 000 habitants
- 7 départements en vulnérabilité modérée et 3 départements en vulnérabilité élevée
- Augmentation du nombre de nouveaux clusters depuis début juillet

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

- Diminution de l'adoption systématique des mesures de prévention (garder une distance d'au moins 1 m, saluer sans serrer la main, arrêter les embrassades), mais port du masque en public plus systématique

Chiffres clés en France

Indicateurs hebdomadaires, semaine 30 (20 au 26 juillet 2020)

S30 S29

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	6 407	(4 446)*
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	1,4	(1,2)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 384	(3 165)*
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	1 791	(1 834)*
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	749	(604)*
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	85	(83)*
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	78	(94)*

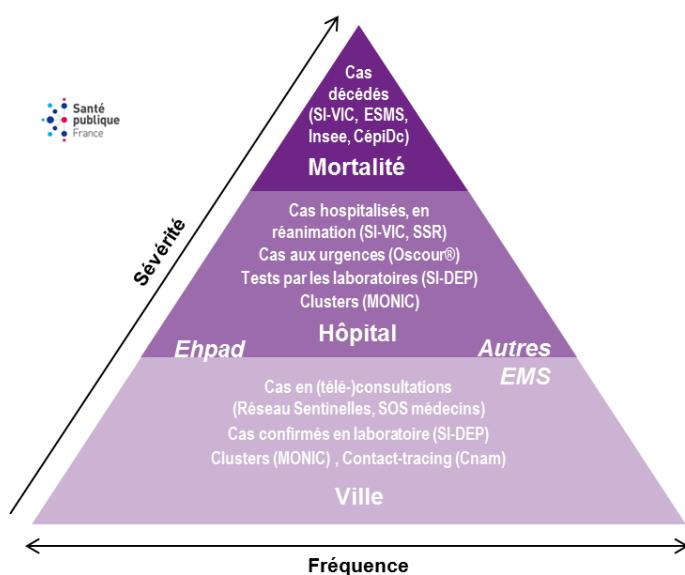
Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 28 juillet 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	107 010
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	30 223

* données consolidées

Sommaire	Page
Chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire	3
Surveillance à partir des associations SOS Médecins	4
Surveillance virologique	5-9
Activité de suivi des contacts	10-11
Cas confirmés de COVID-19	12
Signalement à visée d'alerte des foyers de transmission (clusters)	13-15
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	16-17
Surveillance aux urgences	18
Nombre de reproduction effectif «R effectif»	19
Surveillance en milieu hospitalier	20-22
Surveillance de la mortalité	23-26
Analyse de risque contextualisée	27
Situation internationale	28
Prévention	29-30
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 monitoring des clusters ; Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences ; SI-DEP : Système d'informations de dépistage ; SI-VIC : Système d'information des victimes ; SSR : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs. Cnam: Caisse 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 le déconfinement, la surveillance virologique en vigueur des IRA (infection respiratoire aiguë) effectuée par les médecins du réseau a été suspendue durant les semaines 20 et 21 et relayée par une surveillance basée sur les recommandations de la DGS¹ qui préconise la réalisation d'un test pour tout patient suspect de COVID-19. Les prélèvements et analyses sont donc réalisés par les laboratoires de ville depuis la semaine 22.

- En semaine 30 (du 20 au 26 juillet 2020), le **taux estimé de consultations (ou téléconsultations) pour une IRA était de 37/100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 28-46] en France métropolitaine. Il était relativement stable par rapport à celui de la semaine 29 (du 13 au 19 juillet 2020) : 31/100 000 habitants (IC95% : 24-38) (Figure 1).
- En semaine 30, le **taux d'incidence des cas suspects de COVID-19 (hors IRA)** vus en **consultations (ou téléconsultations)** a été estimé à **88 cas pour 100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 75 ;101]. Ce taux est en augmentation ces dernières semaines (Figure 2).
- En semaine 30, sur les 254 cas suspects de COVID-19 identifiés, un **prélèvement a été prescrit pour 93% d'entre eux**. Les résultats des analyses étaient connus pour 118 patients et 10 avaient été testés positifs (8,5%). La part des patients testés positifs est en augmentation ces 2 dernières semaines : S28 : 3,0% ; S29 : 7,6% ; S30 : 8,5%.
- Depuis le 25 mai 2020, un prélèvement a été prescrit pour 93% des 2 048 cas suspects de COVID-19 identifiés. Les résultats des analyses étaient connus pour 1 437 patients et étaient positifs pour 55 (3,8%) patients. Ces données seront consolidées au cours des prochaines semaines.

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

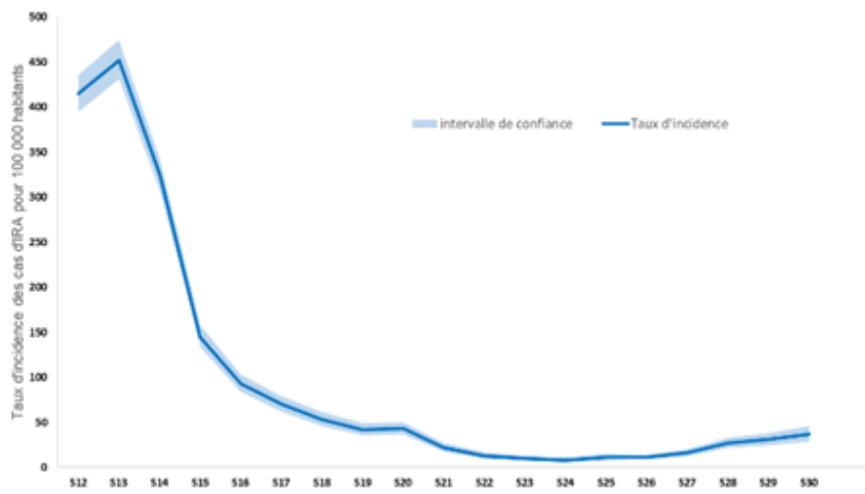
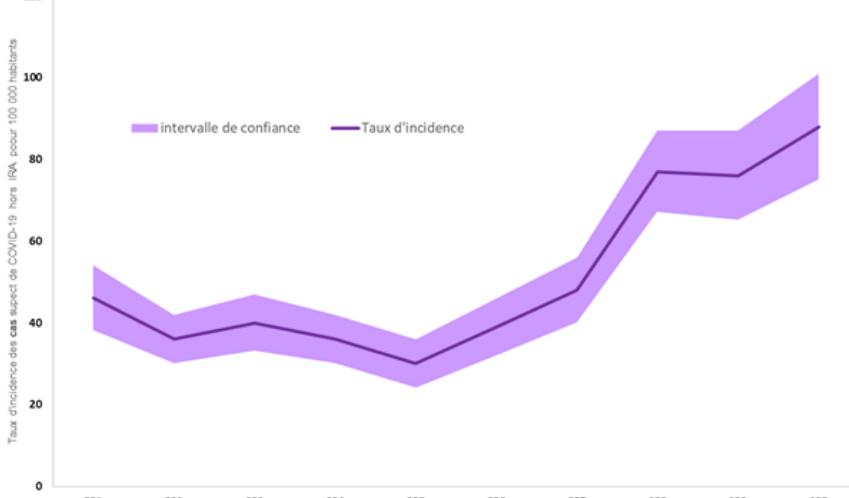


Figure 2. Taux d'incidence pour 100 000 habitants des cas suspects de COVID-19 (hors IRA) vus en médecine générale par semaine, depuis la semaine 21 (18 au 24 mai 2020), France métropolitaine (Source réseau Sentinelles)



[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, **68 506 actes** médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 26 juillet 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- En semaine 30 (du 20 au 26 juillet 2020), **2 384 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. La majorité des actes étaient enregistrés en Ile-de-France (16%), Nouvelle-Aquitaine (16%) et Auvergne-Rhône-Alpes (13%).
- Après avoir augmenté pendant 4 semaines consécutives, ce nombre d'actes, tous âges confondus, était en **baisse de -25% en semaine 30** (soit -781 actes, par rapport aux 3 165 actes enregistrés en semaine 29). Cette baisse concerne toutes les classes d'âges dans des proportions comparables (-33% chez les moins de 15 ans, -22% chez les 15-64 ans et -26% chez les 65 ans et plus).
- La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale chez les adultes était en légère baisse : 4% en S30 vs 5% en S29 (Figure 3).
- **La baisse est observée dans toutes les régions à l'exception de la Corse** (13 passages en S30 vs 10 en S29) et varie entre -40% en Centre-Val-de-Loire et -6% en Bourgogne-Franche-Comté. On retient également une baisse de -37% en Occitanie et Pays de la Loire, -33% en Normandie et -29% en Bretagne.

Figure 3. Nombre d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et par classe d'âge, depuis le 26 février 2020 et depuis le 1^{er} juin 2020, France (source : SOS Médecins)

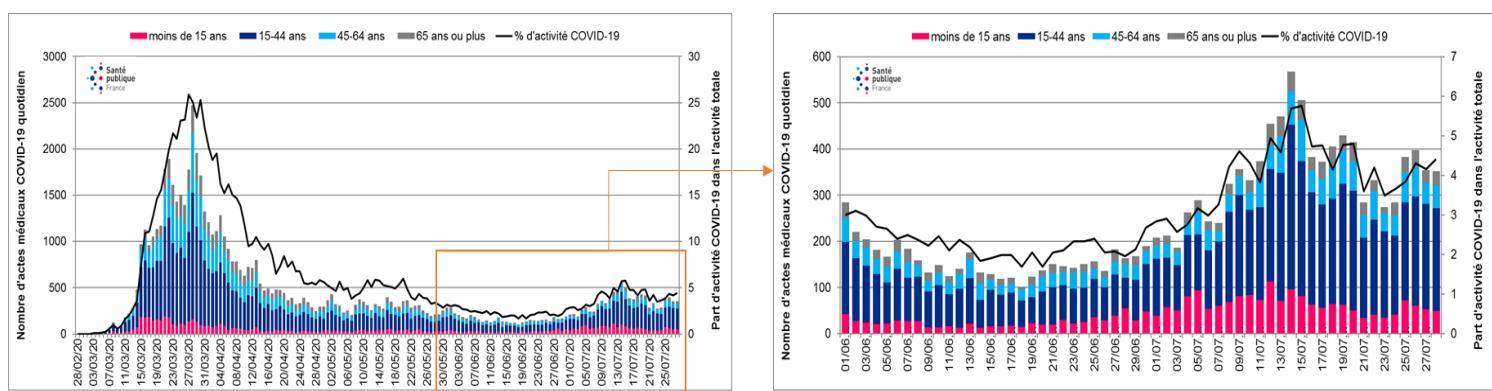
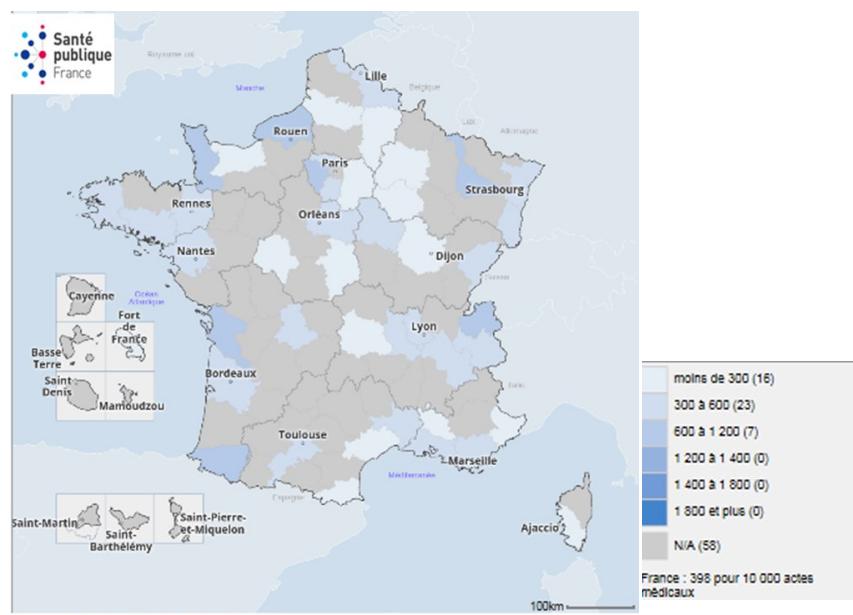


Figure 4. Taux d'actes médicaux hebdomadaires pour suspicion de COVID-19 (/10 000 actes) par département, semaine 30/2020, France (source : SOS Médecins)



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

Surveillance virologique

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

Jusqu'à la semaine 19, la surveillance virologique s'est appuyée sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 Labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et par les laboratoires hospitaliers. Depuis la semaine 20, elle s'appuie sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), opérationnel depuis le 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce 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.

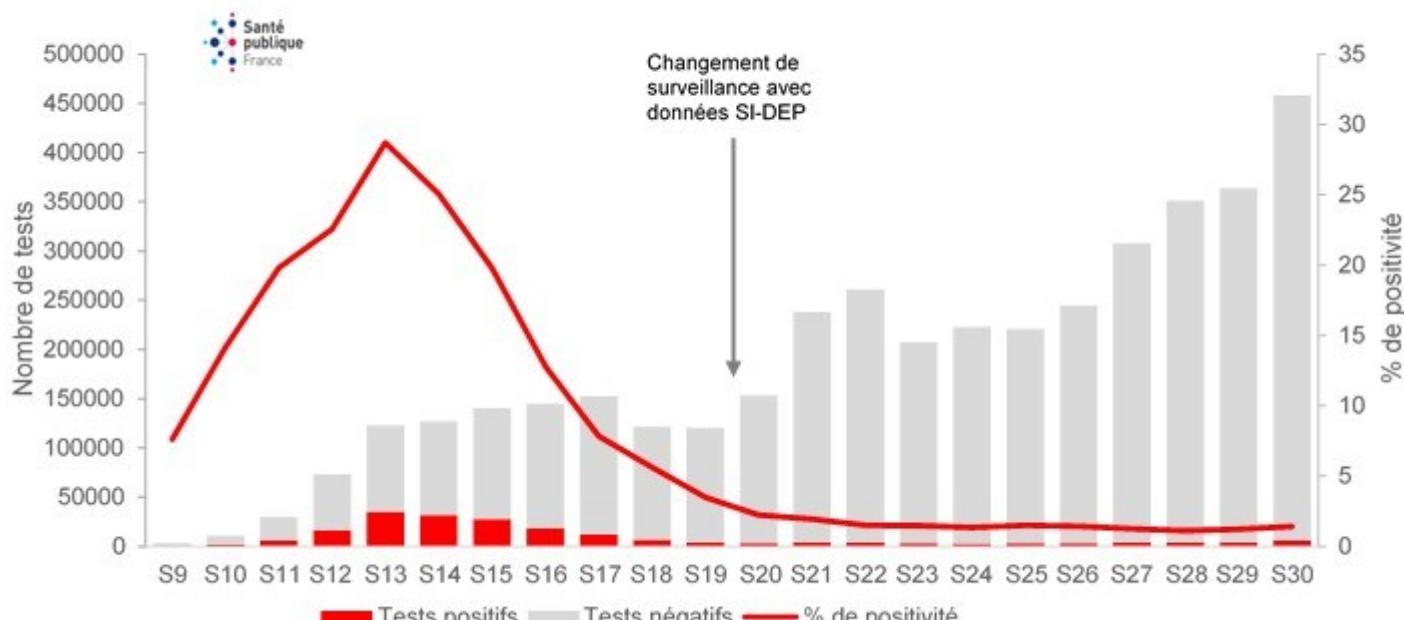
- Au 28 juillet, la quasi-totalité des laboratoires (5 545 sites de prélèvements) a transmis des données.

En France

Au niveau national, en semaine 30, 457 971 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2 par RT-PCR, et le test était **positif pour 6 407 cas**. Le nombre de patients positifs était en nette augmentation par rapport à la semaine précédente (4 446 patients en S29, +44%).

- **Le taux national d'incidence (nombre de nouveaux cas rapportés à la population) était de 9,5 cas / 100 000 habitants** et a fortement augmenté par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (6,6 cas / 100 000 habitants en S29).
- **Le taux de positivité national hebdomadaire était de 1,4%** (calculé sur les tests valides), **en augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (1,2% en S29) (Figure 5).
- **Le taux de dépistage** (nombre de patients testés pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **682/100 000 habitants** (vs 541/100 000 habitants en S29).

Figure 5. Nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité dans les laboratoires, par semaine, France, 2020 (source S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20 : SI-DEP)



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

En France métropolitaine

- En semaine 30, 439 706 patients ont été testés et pour 5 592 patients le test était positif pour le SARS-CoV-2.
- Le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 était en augmentation pour la troisième semaine consécutive et l'augmentation s'est intensifiée en S30 (S28 : 2 833 (+21%), S29 : 3 621 (+28%), S30 : 5 592 (+ 54%)) (Figure 6a).
- Le taux d'incidence en France métropolitaine était de 8,6 cas / 100 000 habitants (vs 5,5 cas/100 000 habitants en S29).
- Le taux de positivité était également en augmentation (1,3 en S30 vs 1,0 en S29, +22%).
- Le taux de dépistage hebdomadaire était de 677/100 000 habitants (vs 534/100 000 h en S29).

En S30, le nombre de patients testés a augmenté de 27% par rapport à la semaine 29 (Figure 6a). En S30, l'**augmentation des nouveaux cas positifs reste très supérieure à l'augmentation du nombre de patients testés** (+54% pour les cas positifs et +27% pour les patients testés par rapport à S29).

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

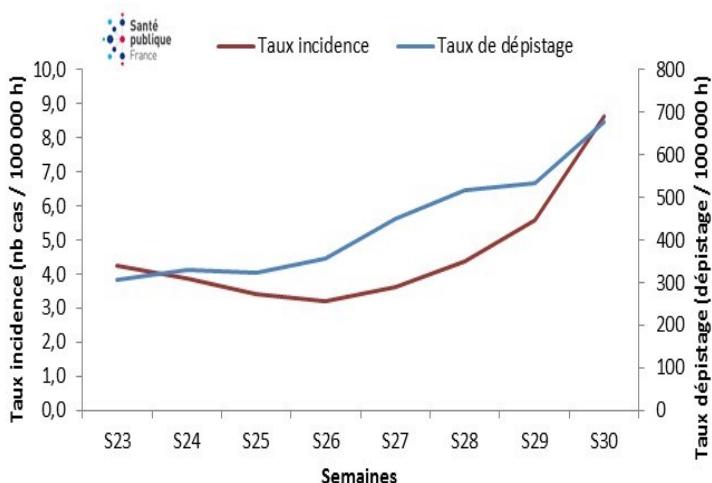
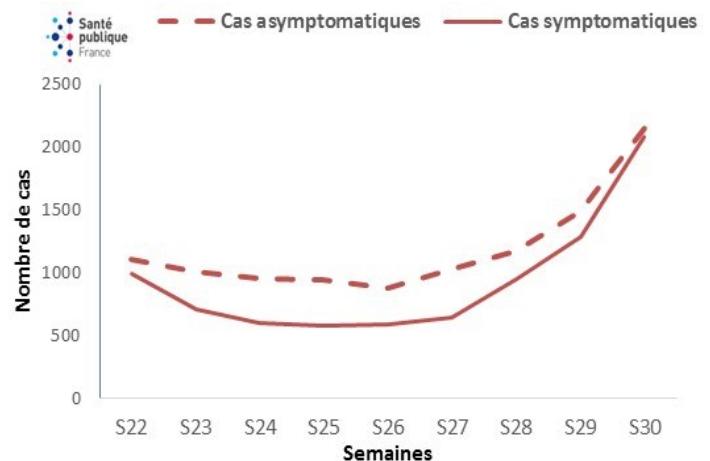


Figure 6b. Evolution des nombres de cas confirmés de SARS-CoV-2 en fonction de la présence ou non de symptômes (19 155 cas décrits), par semaine, France métropolitaine (source SI-DEP).



- Les personnes asymptomatiques représentaient 51% des cas positifs en S30. La proportion des personnes asymptomatiques parmi les cas était en diminution ces dernières semaines (S28 : 55%, S29 : 54%, S30 : 51%). L'augmentation des cas de SARS-COV-2 présentant des symptômes était plus importante (S29 : +35%, S30 : +62%) que l'augmentation des cas asymptomatiques (S29 : +26%, S30 : +45%) (Figure 6b).
- Les personnes asymptomatiques représentaient 65% des personnes testées en S30. La proportion des personnes asymptomatiques parmi les personnes testées était similaire aux semaines précédentes (S28 :64%, S29 : 63%, S30 :65%).

- Pour les personnes asymptomatiques, il est observé une forte augmentation des nombres de personnes testées jusqu'en semaine 27, une stabilisation entre la semaine 27 et 29 et une forte augmentation en semaine 30 (Figure 7). En S30, par rapport à la S29, le nombre de personnes asymptomatiques testées a augmenté de 31% et le nombre de personnes symptomatiques testées a augmenté de 19%. Le dépistage s'est intensifié auprès des personnes asymptomatiques contrairement à ce qui était observé en S29 (+2% pour les asymptomatiques et +5% pour les symptomatiques)

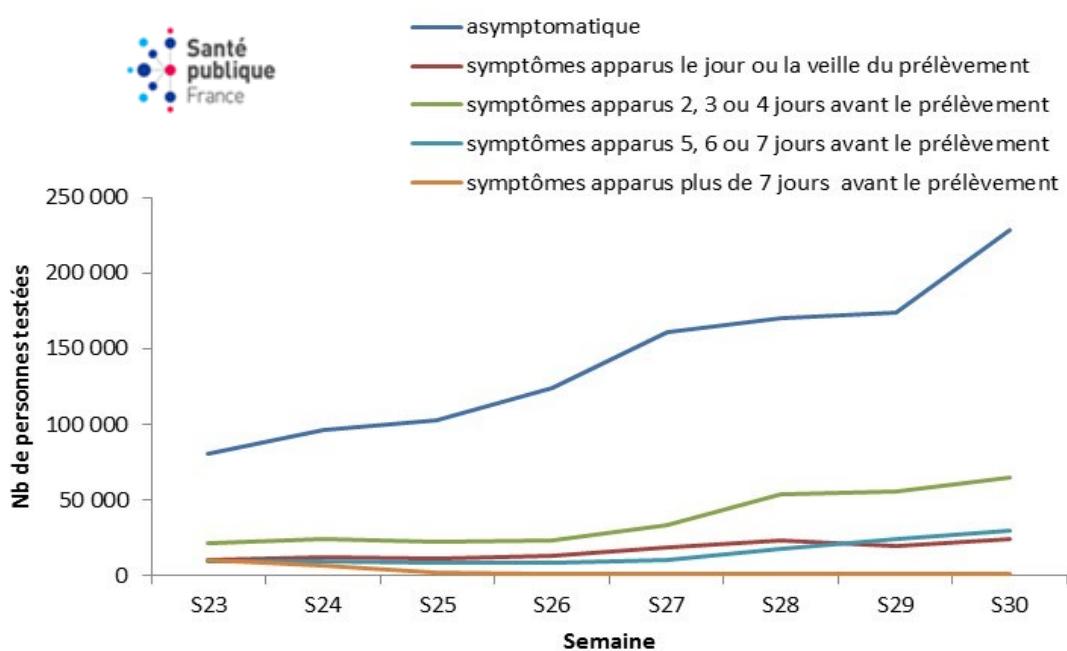
Parmi les personnes symptomatiques, l'augmentation du nombre de cas en S30 par rapport à S29 (+62%) est trois fois plus importante que l'augmentation du nombre de personnes testées (+19%).

- 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 30, cette information était disponible pour 349 206 personnes testées (79% des personnes testées). La figure 7 représente l'évolution du nombre de personnes testées en tenant compte du délai entre la survenue des symptômes et la réalisation du prélèvement. Les nombres de personnes asymptomatiques testées sont également rapportés.

En S30, en comparaison avec S29, le **nombre de personnes testées était en augmentation quel que soit le délai depuis l'apparition des symptômes** (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, 25% 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 30, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) était de 3,9 chez les 0-14 ans, 13,1 chez les 15-44 ans, 7,8 chez les 45-64 ans, 5,5 chez les 65-74 ans et 6,2 chez les 75 ans et plus.

En semaine 30, par rapport à la S29, le nombre de cas a augmenté dans l'ensemble des classes d'âge mais l'augmentation est plus importante chez les 15-44 ans (Figure 8a). L'augmentation du nombre de cas en S30 par rapport à S29 était de 24% chez les 0-14 ans, 69% chez les 15-44 ans, 54% chez les 45-64 ans, 32% chez les 65-74 ans et 35% chez les 75 ans et plus.

Le taux de dépistage a augmenté en S30 dans toutes les classes d'âge sauf chez les 0-14 ans (Figure 8b). L'augmentation du taux de dépistage en S30 par rapport à S29 était de 8% chez les 0-14 ans, 30% chez les 15-44 ans, 31% chez les 45-64 ans, 25% chez les 65-74 ans et 24% chez les 75 ans et plus.

Parmi les 15-44 ans, l'augmentation du taux d'incidence observée en S30 était la plus importante chez les 20-25 ans et les 25-30 ans puis chez les 30-35 ans, 40-45 ans et les 15-20 ans (Figure 8c). On observe une augmentation du taux de dépistage dans l'ensemble des classes d'âge entre 15 et 44 ans (Figure 8d).

Ainsi l'augmentation du nombre de cas en S30 dans l'ensemble des classes d'âge ne s'explique pas que du fait de l'augmentation des dépistages.

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)

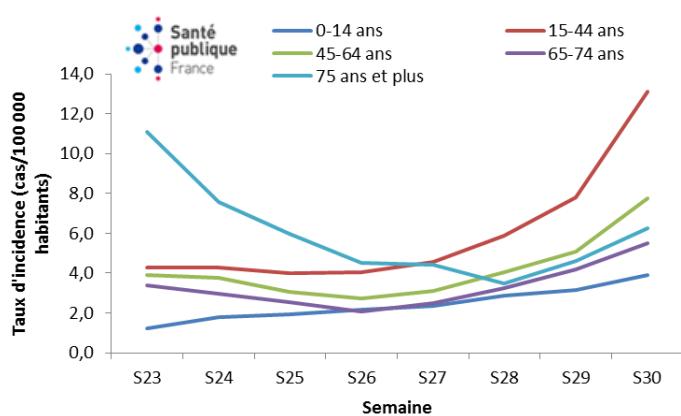


Figure 8b. Evolution du taux de dépistage de SARS-COV-2 en fonction des classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP)

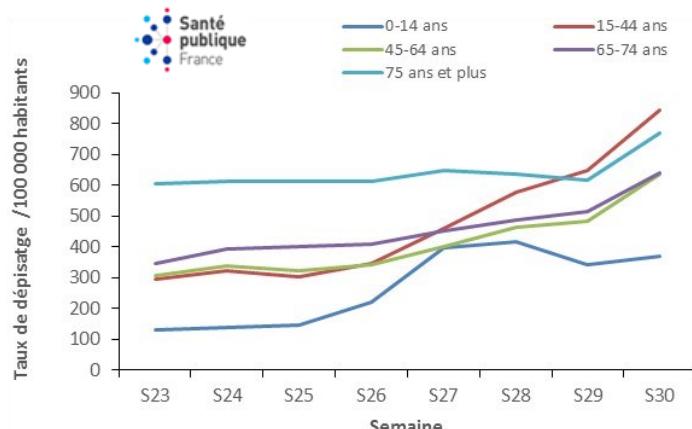


Figure 8c. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-COV-2 chez les 15-44 ans depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP)

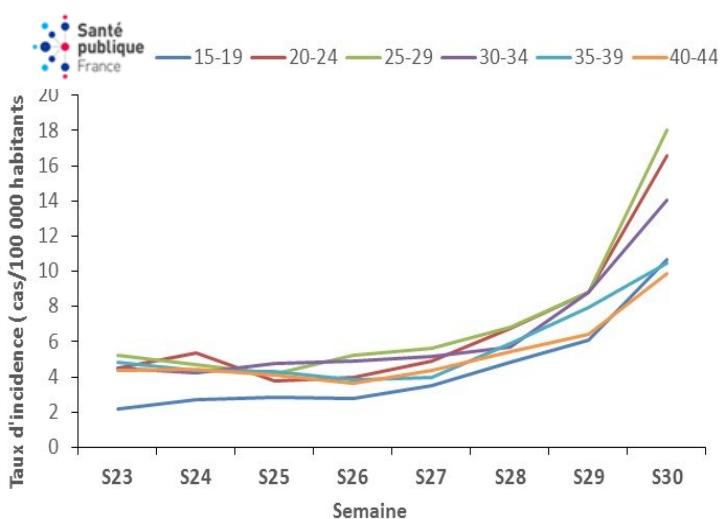
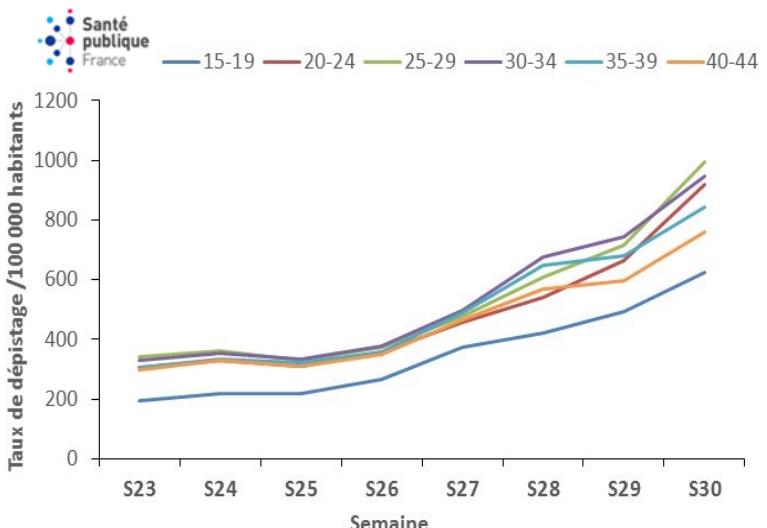


Figure 8d. Evolution du taux de dépistage des cas de SARS-COV-2 chez les 15-44 ans depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP)



Au niveau régional

En métropole:

Dix-neuf départements métropolitains avaient des taux d'incidence supérieurs à 10/100 000 habitants. Le taux d'incidence le plus élevé était observé en Mayenne (143/100 000 h). Les autres départements étaient les suivants (taux pour 100 000 h) : Val-d'Oise (20,5), Nord (17,5), Paris (16,5), Seine-Saint-Denis (16,2), Hauts-de-Seine (15,8), Haute-Savoie (15,3), Val-de-Marne (14,9), Ille-et-Vilaine (14,3), Essonne (14,3), Vosges (12,2), Yvelines (11,8), Haute-Garonne (11,4), Meurthe-et-Moselle (11,2), Bouches-du-Rhône (10,8), Gard (10,5), Rhône (10,4), Alpes-Maritimes (10,2) et Sarthe (10,1) (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 S30 étaient la Mayenne (4 155/100 000 h), les Bouches-du-Rhône (1 047 / 100 000 h), Paris (1 032/ 100 000 h) et Hauts-de-Seine (1 022/100 000 h) (Figure 9c).

En Mayenne, le nombre de cas confirmés a continué d'augmenter (171 en S28 et 222 en S29 et 438 en S30). Des campagnes de dépistage en cours induisent une augmentation des tests réalisés (2 981 en S28, 6 817 en S29 et 12 689 en S30). Le taux de positivité des patients testés était comparable à la semaine 29 (5,7% en S28, 3,3% en S29, 3,5% en S30). Parmi les personnes testées en S30 (11 028 personnes avec informations disponibles), 88% étaient asymptomatiques (vs. 83% en S29). Parmi les cas positifs, 61% étaient asymptomatiques (vs. 47% en S29).

En outre-mer :

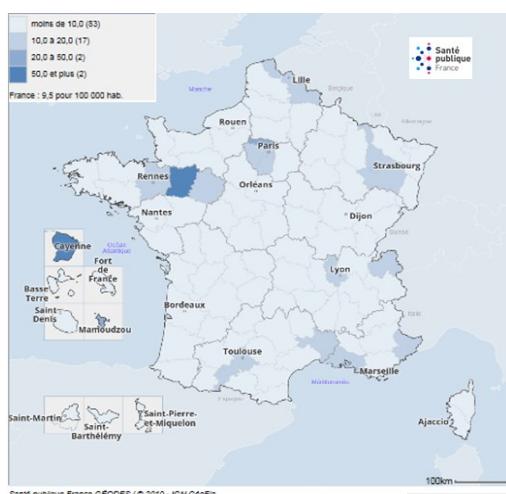
Le nombre de patients testés était en augmentation par rapport à la semaine précédente, avec un taux de dépistage de 698/100 000 h vs. un taux de 662/100 000 habitants en semaine 29. En Guyane, le taux de dépistage était de 1 356 / 100 000 h en semaine 30 (vs. 1 283/100 000 h en S29).

En Guyane, en semaine 30, le taux d'incidence était stable à 228 /100 000h (vs. 227/100 000h en S29). Le taux de positivité était en diminution à 16,8% (vs. 17,6 en S29).

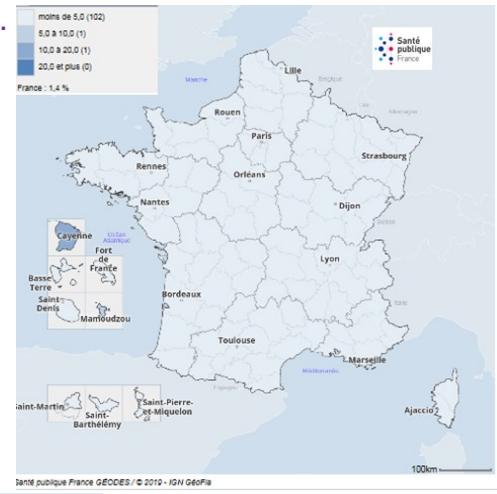
A Mayotte, les données de surveillance virologique via SI-DEP n'étaient pas exploitable pour la S30.

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 20 au 26 juillet 2020 (source SI-DEP)

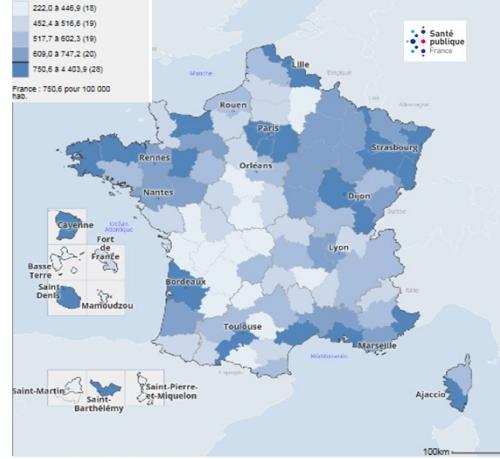
9a.



9b.



9c.



Pour en savoir plus sur les données SI-DEP consulter :

[GEODES](#)

Activité de suivi des contacts (données ContactCovid – Cnam)

Le contact-tracing (CT) a pour objectifs de limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas, de détecter et briser prospectivement les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes contacts à risque et leur isolement si nécessaire, et de détecter d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle^{1,2}.

Cette stratégie repose sur une organisation en 3 niveaux mobilisant :

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

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

Proportion des cas et des personnes-contacts à risque investigués

- En semaine 30, **95% 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 30, **99% de personnes-contacts à risque identifiées sur l'ensemble du territoire ont pu être joints 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 (S30/2020) (source : ContactCovid – Cnam)

Territoires/régions	Depuis post-confinement du 13/05 au 26/07				Semaine 30 du 20/07 au 26/07			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%**	N	%**
France entière	38 567	96	139 133	98	5 814	95	23 598	99
France métropolitaine	33 926	97	130 800	98	4 956	95	21 945	100
Auvergne/Rhône-Alpes	3 159	100	14 829	99	487	98	2 533	99
Bourgogne/Franche-Comté	1 151	99	4 355	100	118	95	363	101
Bretagne	1 050	99	5 985	96	204	100	1 907	132
Centre/Val de Loire	1 109	98	3 934	98	131	100	662	89
Corse	105	100	198	99	5	100	24	100
Grand Est	4 375	99	16 171	99	449	100	1 722	109
Haut de France	4 694	98	17 893	98	534	95	2 286	93
Île de France	9 197	94	30 859	98	1 530	95	6 061	102
Normandie	1 179	99	5 677	100	109	97	610	108
Nouvelle Aquitaine	1 255	100	6 612	99	218	97	1 011	101
Occitanie	1 853	96	6 304	91	311	85	1 142	75
Pays de la Loire	2 503	99	11 026	98	514	100	2 273	94
Provence/Alpes/Côte d'Azur	2 296	98	6 957	99	346	99	1 351	102
France ultra-marine								
La Réunion	124	75	1 158	96	20	83	282	102
Martinique	77	95	265	99	5	71	14	88
Mayotte	511	77	831	51	163	77	341	61
Guadeloupe	68	94	221	95	14	93	86	89
Guyane	3 843	91	5 817	100	647	100	895	100
Région indéterminé	18		41		9		35	

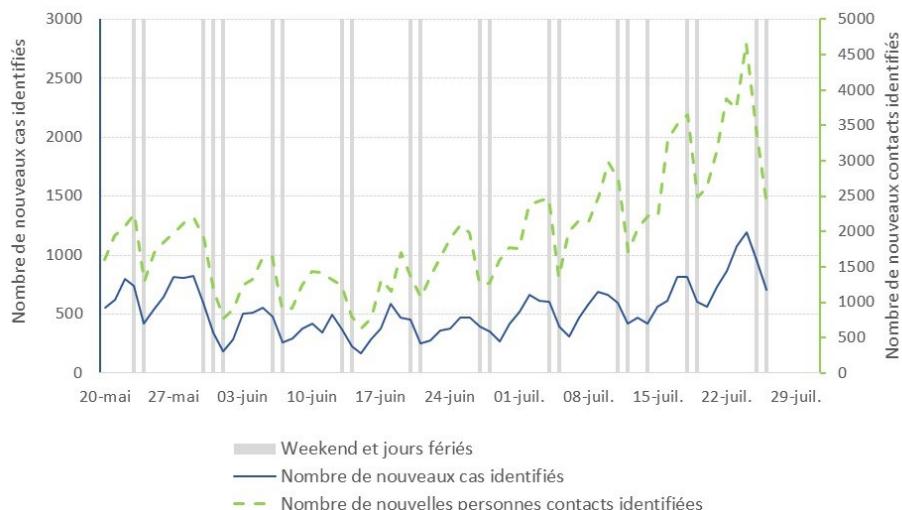
* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ou sérologie ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 07/05/2020.

** 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 investigués

- 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).

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 26 juillet 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.

Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- En semaine 30, la moyenne était de 4,1 contacts par cas avec une légère tendance à la diminution par rapport aux semaines précédentes (4,5 en semaine 29 et 4,3 en semaine 28).
- En moyenne, depuis la mise en place du suivi des contacts, on dénombrait 3,6 personnes contacts à risque par cas.
- L'augmentation globale observée depuis la mise en place du dispositif peut refléter une moins bonne adhésion aux mesures barrières et de distanciation sociale

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, seules 7 218 personnes soit 5% ont eu un test SARS-COV-2 positif. Cela représente 18% du total des cas identifiés.
- En semaine 30, parmi l'ensemble des cas identifiés, 1 426 (23%) étaient précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas. Cette proportion montrait une légère tendance à l'augmentation sur les 3 dernières semaines (21% en semaine 28, 23% en semaine 29).

Délai de dépistage des cas symptomatiques

- Le 26 juillet, la durée moyenne entre la date de début des symptômes et la date de prélèvement était de **4,6 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=2 281).
- Après une forte diminution durant les premières semaines du suivi, **cette durée était stable depuis début juillet autour de 4,5 jours**. La réduction des délais de prise en charge était l'un des enjeux du suivi du dépistage. Seuls des délais courts permettent de briser les chaînes de transmission par l'isolement rapide des personnes contagieuses et l'investigation de leurs contacts.

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>

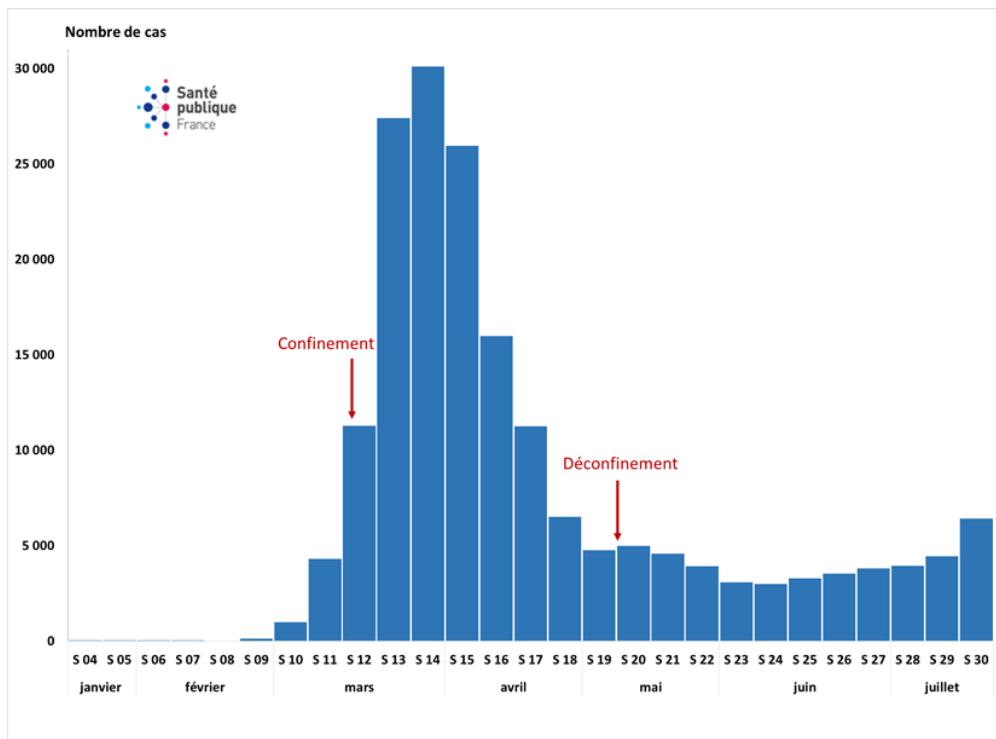
² <https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/01-maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/conduite-a-tenir-07-05-20>

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 29 juillet 2020, 44 953 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Il est ainsi estimé un total de **185 196 cas confirmés de COVID-19** en France au 29 juillet 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 2 979 cas confirmés en S24 à 6 407 cas en S30 (Figure 11).

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

Figure 11. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 23 janvier au 26 juillet 2020 (données arrêtées le 29 juillet 2020).



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

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

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

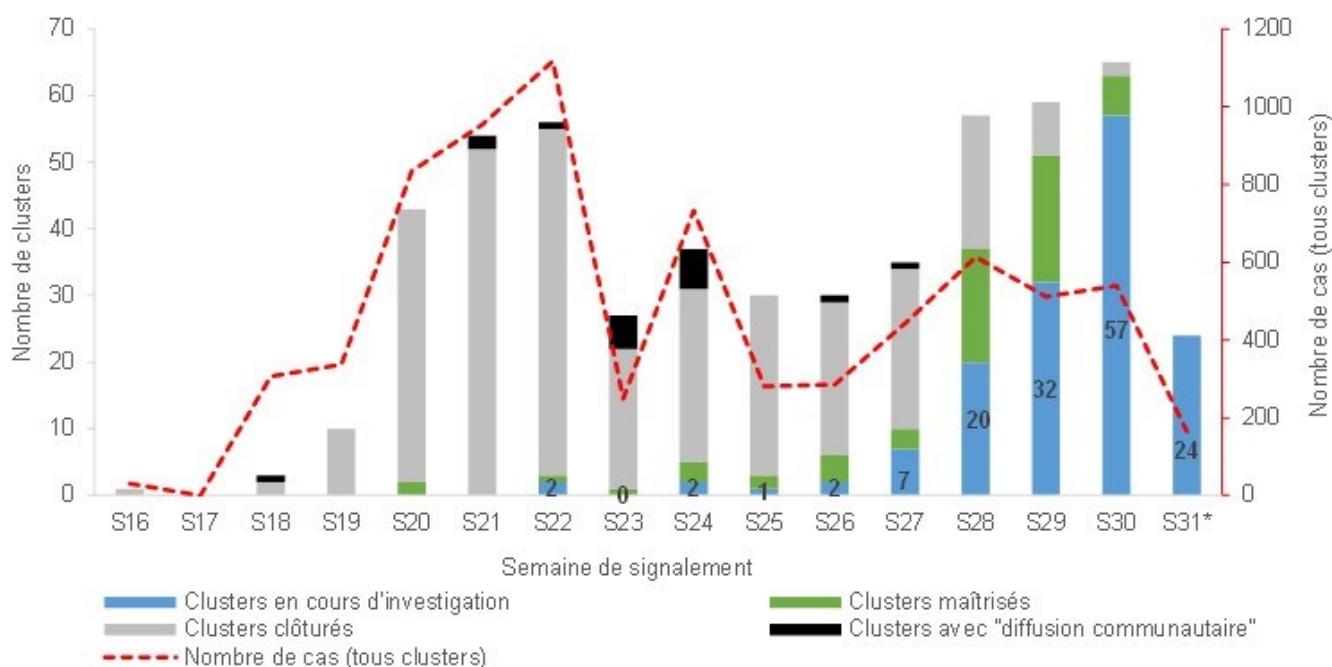
Signalement à visée d'alerte des foyers de transmission (clusters)

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 29 juillet 2020, la tendance hebdomadaire du nombre de nouveaux clusters depuis début juillet se confirme à la hausse, dans un ordre de grandeur qui dépasse à présent la situation à la levée du confinement (S20), avec 65 clusters en S30 (Figure 12).
- Le bilan est de 531 clusters (499 en métropole, 32 en Outre-Mer). Près d'un tiers est désormais en cours d'investigation (28%) dont un tiers en criticité élevée (potentiel de transmission, critères de gravité) ; 11% étaient maîtrisés (suivi des contacts en cours, absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas), 58% clôturés (absence de nouveaux cas 14 jours après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine des contacts), 3% ont impliqué une diffusion communautaire (pas de changement, 15 en Guyane et 2 en Mayenne).
- Parmi l'ensemble des clusters, le milieu familial élargi (plusieurs foyers) et les évènements publics et privés (rassemblements temporaires) sont le type de collectivité le plus représenté (21%), avec une nette hausse au mois de juillet (14,5% au 02/07) (Tableau 2).
- La majorité (68%) restait à plus de 5 cas, avec un nombre moyen de cas de 14 cas. Les 531 clusters comptabilisent un total de 7 401 cas. A interpréter avec prudence, en raison des nombreux clusters en cours mais le nombre de cas (tous clusters) par semaine semble inférieur ces dernières semaines par rapport à la période de la levée du confinement.

Figure 12. Distribution du nombre de clusters selon leur statut (hors Ehpad et milieu familial restreint) et du nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement inclus entre le 9 mai et le 29 juillet 2020 (N=531) (Source : MONIC)



* données provisoires

[1]

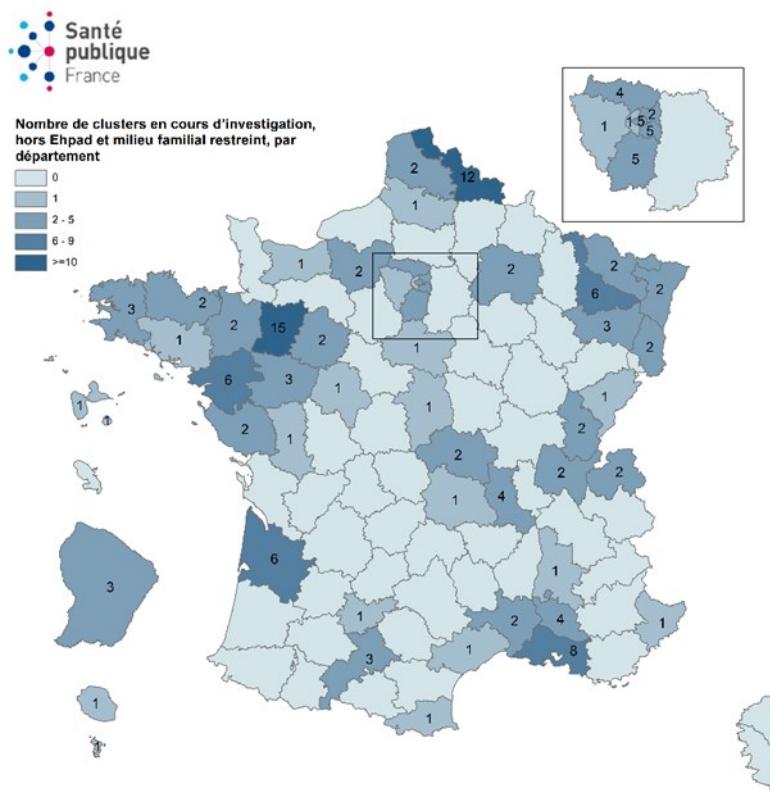
pour en savoir plus : [Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19](#)

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 29 juillet 2020 (N=531) (Source : MONIC)

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=531	%	N=147	%
Entreprises privées et publiques (hors ES)	108	20	38	26
Etablissements de santé	92	17	13	9
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	80	15	18	12
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	59	11	13	9
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	33	6	19	13
EMS de personnes handicapées	24	5	3	2
Milieu scolaire et universitaire	22	4	5	3
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	20	4	4	3
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	14	3	1	1
Crèches	11	2	5	3
Etablissement pénitentiaires	5	1	0	-
Transport (avion, bateau, train)	5	1	1	1
Structure de l'aide sociale à l'enfance	3	1	1	1
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-	0	-
Autre	55	10	26	18

Figure 13. Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) en cours d'investigation par département, inclus entre le 9 mai et le 29 juillet 2020 (N=147) (Source : MONIC)



Source : MONIC - Santé publique France

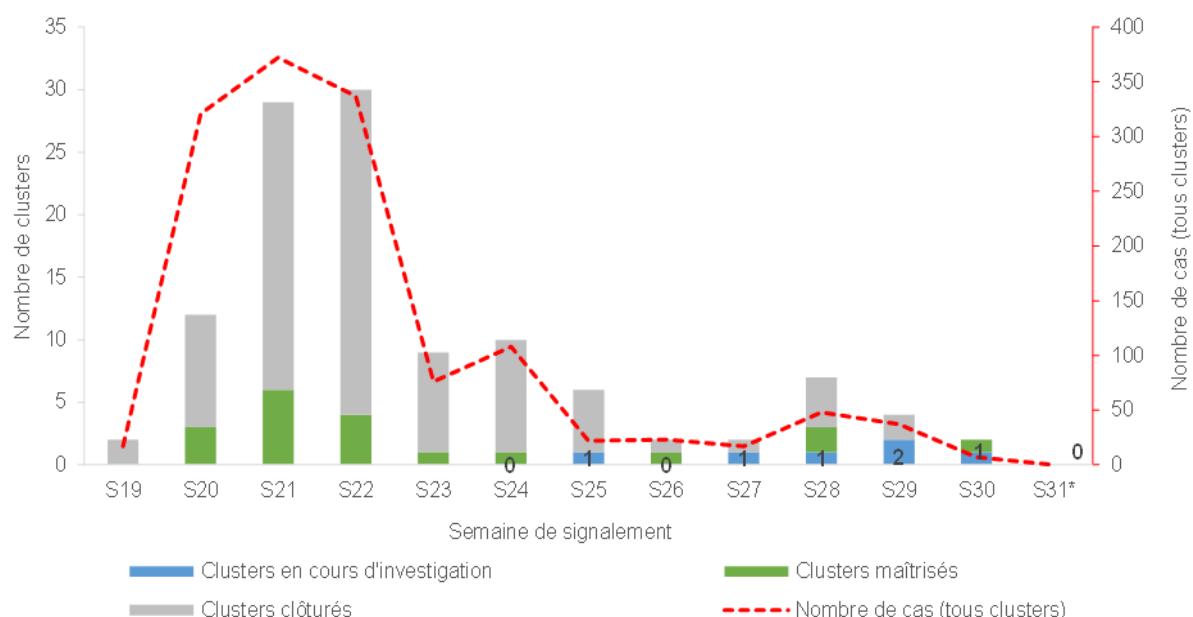
Pour en savoir plus sur les données régionales, consulter : [Santé publique France](#)

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 29 juillet 2020, le nombre hebdomadaire de nouveaux clusters reste faible (moins de 5 depuis deux semaines), pour un total de 115 clusters (Figure 14)
- En termes de statut, 5% ($n=6$) restent en cours d'investigation, 17% étaient maîtrisés, 78% étaient clôturés et aucun cluster n'avait diffusé en communauté. La majorité (66%) comporte plus de 5 cas. Le nombre moyen de cas par cluster était de 12 cas, et les 115 clusters totalisent 1 385 cas.

Figure 14 : Distribution du nombre de clusters en Ehpad selon leur statut et du nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement entre le 9 mai et le 29 juillet 2020 (N=115) (Source : MONIC)



* données provisoires

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

Du fait du délai court entre le signalement par les établissements et la production du point épidémiologique, les données les plus récentes ne sont pas consolidées. Les processus d'assurance qualité mis en place au niveau régional peuvent conduire à des corrections ultérieures de données.

A noter que depuis le 01 juillet 2020, les ESMS d'Ile-de-France ont commencé à déclarer leurs épisodes via l'application de Santé publique France. Les données d'Ile-de-France sont à interpréter avec prudence en attendant que le transfert de données soit stabilisé.

- Depuis le 1^{er} mars 2020 et jusqu'au 27 juillet, 8 314 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 5 233 (63%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 3 081 (37%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 3).
- Parmi les 8 314 signalements (Tableau 3) :
 - **39 638 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents.
 - **10 515 cas sont décédés dans l'établissement d'accueil**, dont 10 430 dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
 - **3 925 cas sont décédés à l'hôpital**.
 - **20 614 cas confirmés** ont été rapportés parmi les membres du **personnel des ESMS**.
- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 27 juillet 2020, parmi les 5 233 signalements en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 3 491 (67%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Au cours des semaines S29 et S30 (du 13 au 26 juillet), parmi l'ensemble des EHPA en France, **70 (0,7%) 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), 59 (0,6%) établissements ont signalé un nouvel épisode (date de début des signes du premier cas ou à défaut date de signalement comprise entre le 13 et le 26 juillet) 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 27 juillet 2020, France

		EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
	Signalements	5 233	2 365	371	345	8 314
	Cas confirmés	34 950	4 039	186	463	39 638
Chez les résidents	Décès hôpitaux	3 698	206	0	21	3 925
	Décès établissements	10 430	74	0	11	10 515
Chez le personnel	Cas confirmés	16 657	3 488	280	189	20 614

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

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

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

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

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

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

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

⁷Cas possibles et confirmés décédés.

- Le nombre de signalements provenant d'ESMS en France (Ile-de-France exclue) était **en augmentation depuis début juillet mais semble se stabiliser durant cette dernière semaine** (Figure 15). Le nombre hebdomadaire de signalements était passé de 51 signalements en S27 à 84 en S28 puis 108 en S29 ; **80 en semaine 30**, comparable avec celui de la semaine 28.
- Le nombre d'épisodes confirmés sur la même période avait également augmenté depuis la semaine 28 (S27 : 28, S28 : 46, S29: 37). **Le nombre d'épisodes confirmés de la semaine 30 (S30: 31) semble stable par rapport à la semaine 29**. Les pourcentages de confirmation des épisodes restent réduits ces dernières semaines (S28 : 47%, S29 : 35%, S30 : 39%).
- Le **nombre de décès chez les résidents**, en établissement et à l'hôpital, a atteint un pic début avril et décroît continuellement depuis : ce nombre est inférieur à 5 décès par jour depuis le 1^{er} juillet en France, hors Ile-de-France (Figure 16).

Figure 15. Nombre de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19, par date de début des signes du premier cas, du 1^{er} mars au 27 juillet 2020, France (hors Ile-de-France).

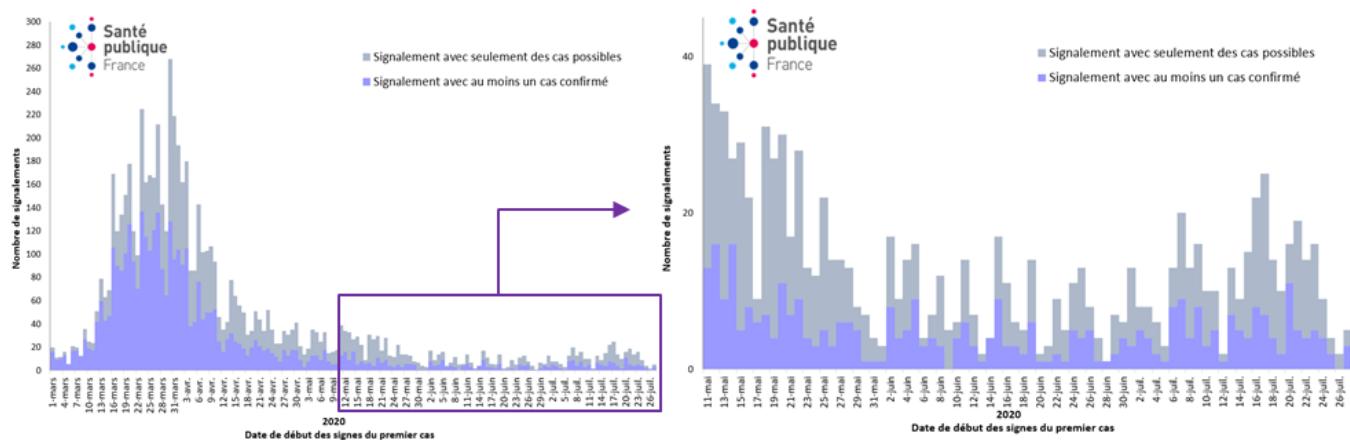
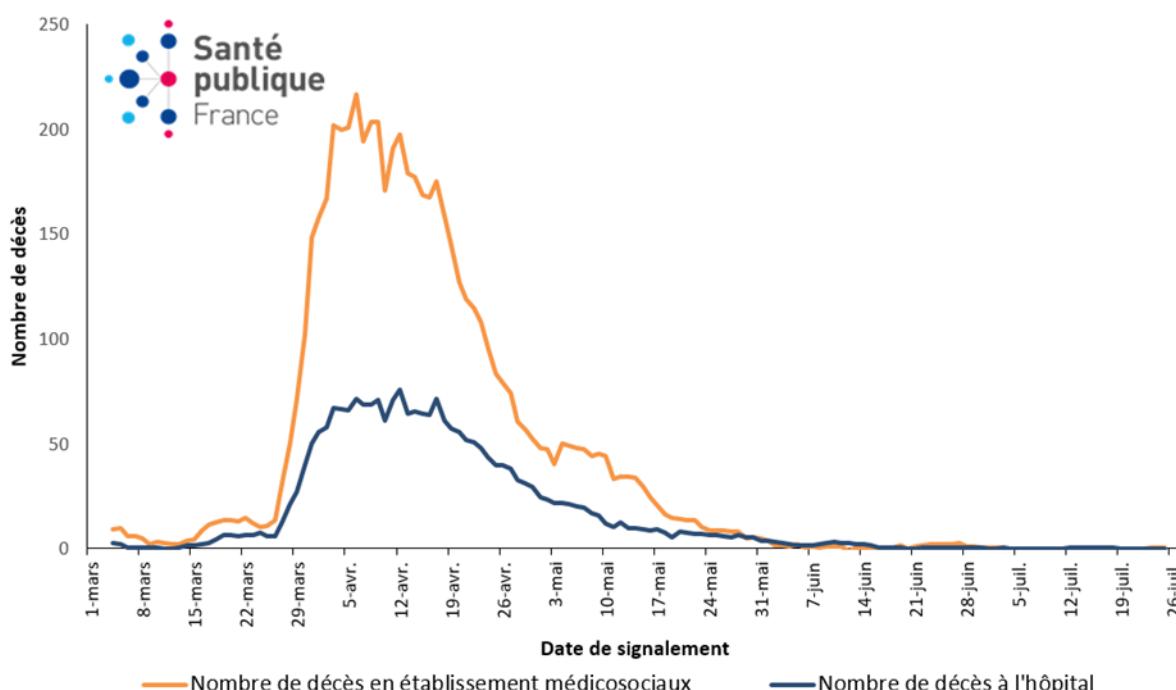


Figure 16. Nombre moyen (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès, rapportés du 1^{er} mars au 27 juillet 2020, en France hors Ile-de-France.



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

En semaine 30 (du 20 au 26 juillet 2020), 1 791 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 4 semaines de hausse, ces passages se sont stabilisés en semaine 30 (1 834 et 0,6% en S29 – données consolidées au 28 juillet 2020) (Figure 17).
- Chez les enfants après une hausse en semaine 29, le nombre de passages est revenu dans les niveaux des semaines précédentes.
- Chez les adultes, ce nombre est stable ou en baisse sauf chez les 75 ans et plus chez lesquels il augmente pour la 3^{ème} semaine consécutive de +23% (soit +50 passages).
- La proportion d'hospitalisations après passage augmente à 30% (vs 24% en S29 – données consolidées du 28/07/2020). Cette hausse concerne uniquement les adultes.
- En semaine 30, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 enregistrés au niveau national, 29% ont été enregistrés en Île-de-France, 12% en Auvergne Rhône-Alpes et 7% en Pays de la Loire.
- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, 177 241 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 28 juillet 2020, intégrant l'ensemble des associations 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®)

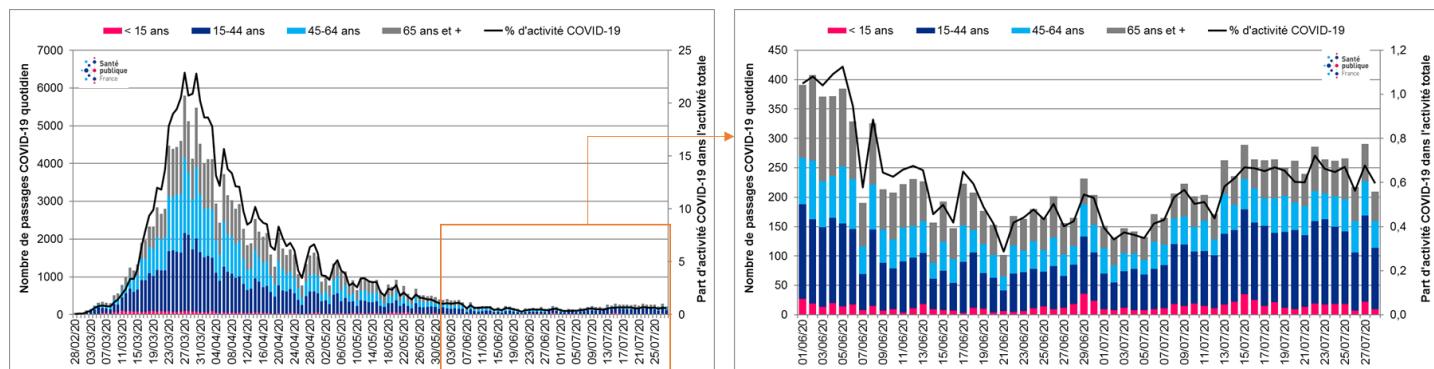


Figure 18. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 30, France (source : OSCOUR®)



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 **19 et le 25 juillet 2020** sont basées sur les nombres de tests PCR positifs au SARS-COV-2 remontés par le système SI-DEP ainsi que sur les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (données OSCOUR®).

- **En France métropolitaine**, le nombre de reproduction calculé à partir des données virologiques (SI-DEP) est de 1,38 (intervalle de confiance (IC95%): 1,35-1,42). Celui calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) est de 1,10 (IC95% : 1,05-1,15) (Tableau 4). Ces deux estimations sont significativement supérieures à 1, ce qui indique que l'épidémie est en progression.
- **En région**, les nombres de reproduction estimés à partir de SI-DEP et OSCOUR® sont significativement supérieurs à 1 dans 3 régions : **Auvergne-Rhône-Alpes, Grand-Est et Ile-de-France**. Le nombre de reproduction SI-DEP est significativement supérieur à 1 dans 7 régions supplémentaires mais sans que celui calculé à partir des passages aux urgences ne soit significativement supérieur à 1 : Bretagne, Centre-Val de Loire, Hauts-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Tableau 4). En Corse, les effectifs n'étaient pas suffisants pour estimer les nombres de reproduction.
- **En outre-mer**, aucune région ne présente un nombre de reproduction significativement supérieur à 1. Les effectifs n'étaient pas suffisant pour pouvoir estimer le nombre de reproduction à partir de SI-DEP en Guadeloupe, en Martinique et à la Réunion.

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 19 au 25 juillet 2020 (Sources : SI-DEP et OSCOUR®)

Territoire	Régions	R effectif (Intervalle de confiance à 95%)	
		SI-DEP	OSCOUR®
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1,54 (1,41-1,67)	1,14 (1,00-1,30)
	Bourgogne-Franche-Comté	1,18 (0,95-1,42)	1,01 (0,84-1,20)
	Bretagne	1,15 (1,00-1,30)	0,91 (0,75-1,08)
	Centre-Val de Loire	2,27 (1,92-2,65)	1,22 (0,94-1,53)
	Corse	NC	NC
	Grand Est	1,23 (1,11-1,36)	1,29 (1,06-1,54)
	Hauts-de-France	1,41 (1,30-1,53)	0,97 (0,79-1,17)
	Ile-de-France	1,34 (1,28-1,40)	1,25 (1,15-1,36)
	Normandie	0,98 (0,80-1,19)	0,98 (0,75-1,24)
	Nouvelle-Aquitaine	1,36 (1,18-1,56)	0,92 (0,75-1,11)
France ultra-marine	Occitanie	1,86 (1,67-2,05)	1,17 (0,96-1,41)
	Pays de la Loire	1,35 (1,24-1,46)	0,91 (0,76-1,07)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,44 (1,30-1,59)	1,02 (0,84-1,21)
	France métropolitaine	1,38 (1,35-1,42)	1,10 (1,05-1,15)
	Guadeloupe	1,67 (0,95-2,59)	NC
France ultra-marine	Guyane	0,88 (0,81-0,95)	0,70 (0,58-0,84)
	La Réunion	NC	NC
	Martinique	NC	NA
	Mayotte	0,66 (0,49-0,85)	1,17 (0,61-1,90)

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

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

[1] Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A new framework and software to estimate time-varying reproduction numbers during epidemics. Am. J. Epidemiol. 2013; 178, pp. 1505-1512

Surveillance en milieu hospitalier

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

- Depuis le 1^{er} mars 2020, 1 524 établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Parmi les 107 010 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.
 - 19 708 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 81 311 patients sont retournés à domicile.
- Le 28 juillet 2020, 5 551 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 385 cas en réanimation.

Tableau 5. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 28 juillet 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars, par classe d'âge et par région, France (source : SI-VIC)

	Le 28 juillet 2020				Depuis le 01 mars 2020					
	Hospitalisations	N	Dont Réanimations	%	Retours à domicile	N	%	Décès	N	%
Total	5 551		385		81 311			19 708		
Classes d'âge *										
Total	5 497		381		80 769			19 597		
0-14 ans	36	<1	3	<1	954	1	3	<1		
15-44 ans	353	6	39	10	11 003	14	202	1		
45-64 ans	1 122	20	140	37	23 241	29	2 037	10		
65-74 ans	1 190	22	116	30	15 370	19	3 504	18		
75 et +	2 796	51	83	22	30 201	37	13 851	71		
Régions *										
Total	5 510		361		81 300			19 688		
Métropole										
Auvergne-Rhône-Alpes	360	7	15	4	7 989	10	1 759	9		
Bourgogne-Franche-Comté	28	<1	4	1	4 039	5	1 061	5		
Bretagne	61	1	4	1	1 329	2	265	1		
Centre-Val de Loire	254	5	12	3	2 114	3	557	3		
Corse	9	<1	1	<1	251	<1	59	<1		
Grand Est	668	12	19	5	12 697	16	3 607	18		
Hauts-de-France	504	9	35	10	6 938	9	1 905	10		
Île-de-France	2 701	49	187	52	29 318	36	7 556	38		
Normandie	147	3	7	2	1 775	2	439	2		
Nouvelle-Aquitaine	55	1	9	2	2 244	3	424	2		
Occitanie	45	<1	9	2	2 950	4	513	3		
Pays de la Loire	99	2	4	1	2 207	3	475	2		
Provence-Alpes-Côte d'Azur	389	7	19	5	5 710	7	963	5		
Outre-Mer										
La Réunion	22	<1	2	<1	159	<1	4	<1		
Martinique	9	<1	4	1	95	<1	15	<1		
Mayotte	11	<1	1	<1	416	<1	28	<1		
Guadeloupe	6	<1	1	<1	84	<1	17	<1		
Guyane	142	3	28	8	985	1	41	<1		

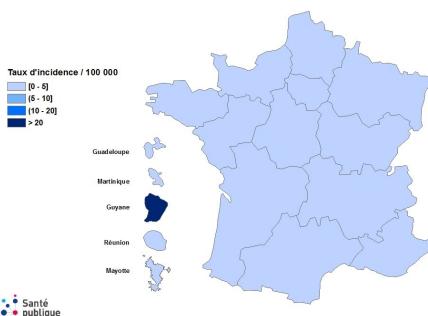
* L'information sur l'âge n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Figure 19. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 8 et le 28 juillet 2020, France (source : SI-VIC)

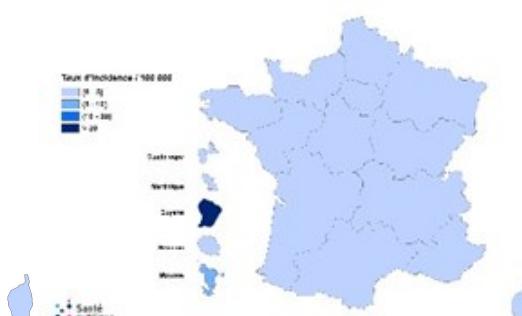
du 8 au 14 juillet 2020



du 15 au 21 juillet 2020

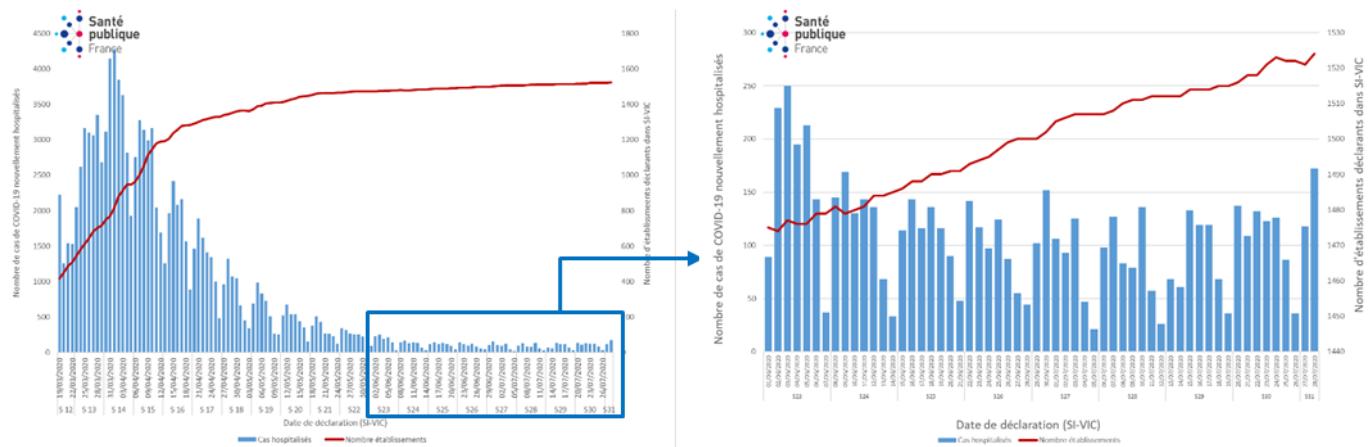


du 22 au 28 juillet 2020



- Le plus fort taux hebdomadaire d'hospitalisations (du 22 au 28 juillet) de patients COVID-19 a été observé en Guyane avec une augmentation par rapport à la semaine précédente (62,3 vs 55,4/100 000 habitants la semaine précédente). Le taux d'hospitalisations hebdomadaire a augmenté également à Mayotte (6,1 vs 2,5/100 000 h 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 en semaine 30 (du 20 au 26 juillet) : 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 1er juin 2020, données au 28 juillet 2020, France (source : SI-VIC)



- Au 28 juillet 2020, 385 cas de COVID-19 étaient toujours hospitalisés en réanimation en France et 22 nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation ont été rapportées (Figure 21).
 - Le nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation reste stable en semaine 30 (85 versus 83 en S29) (Figure 21). Ce nombre a arrêté de diminuer pour la troisième semaine consécutive.
 - Le nombre journalier de cas hospitalisés en réanimation, en diminution depuis le 8 avril, se maintient en dessous de 500 patients depuis le 10 juillet.
 - Sur la semaine du 22 au 28 juillet, le plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 a été observé en Guyane. Bien qu'en baisse depuis la semaine du 1^{er} au 7 juillet, ce taux est de nouveau en augmentation par rapport à la semaine précédente (4,5/100 000 habitants contre 3,4 la semaine précédente) (Figure 22).
- 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 28 juillet 2020, France (source : SI-VIC)

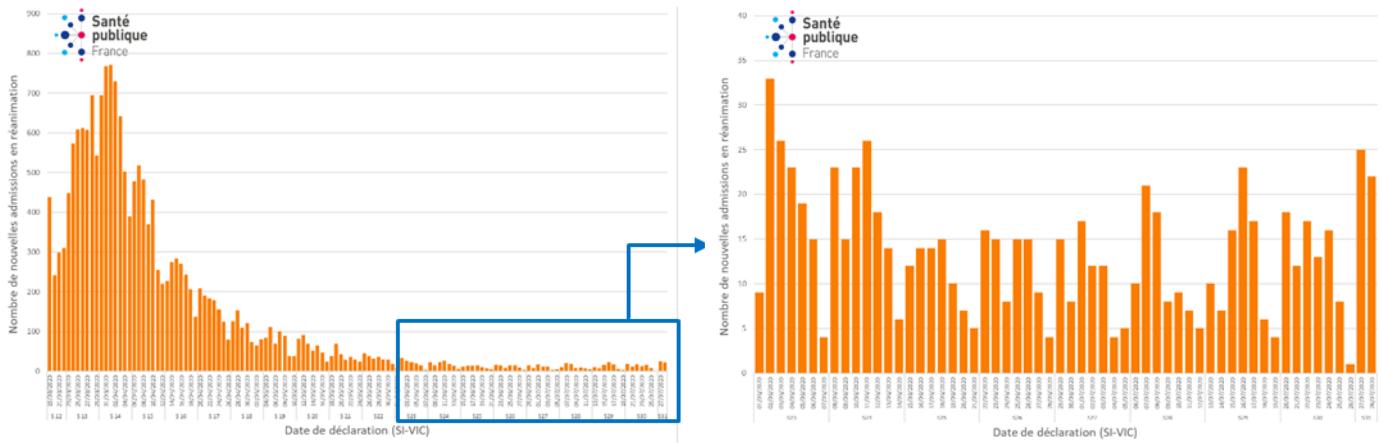


Figure 22. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 8 et le 28 juillet 2020, France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire de décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 a continué de diminuer en S30 (72 versus 85 en S29) (Figure 23).
- Le nombre hebdomadaire des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation a augmenté en semaine 30 (1 583 vs 910 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 28 juillet 2020 (source : SI-VIC)

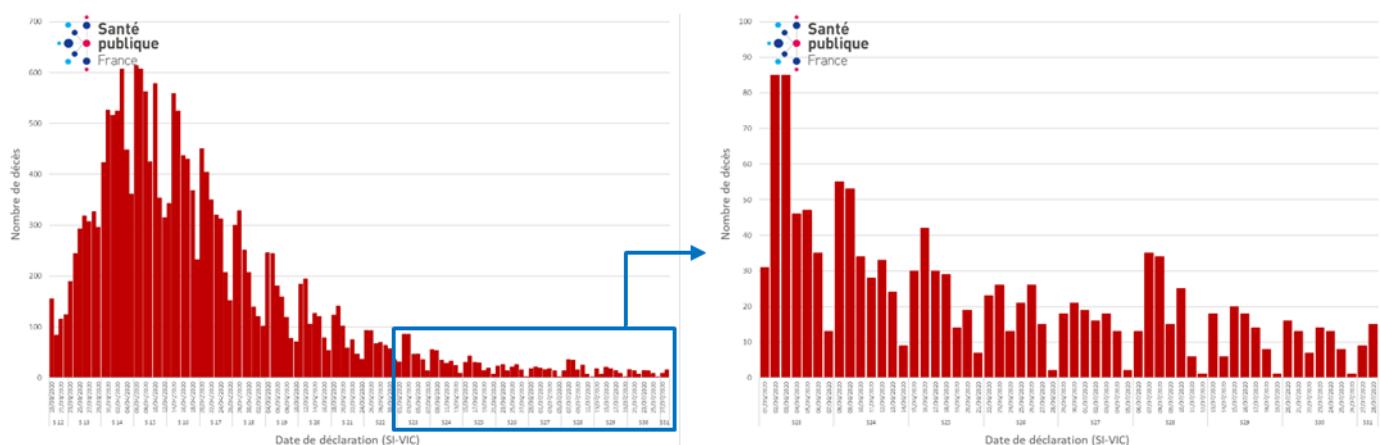
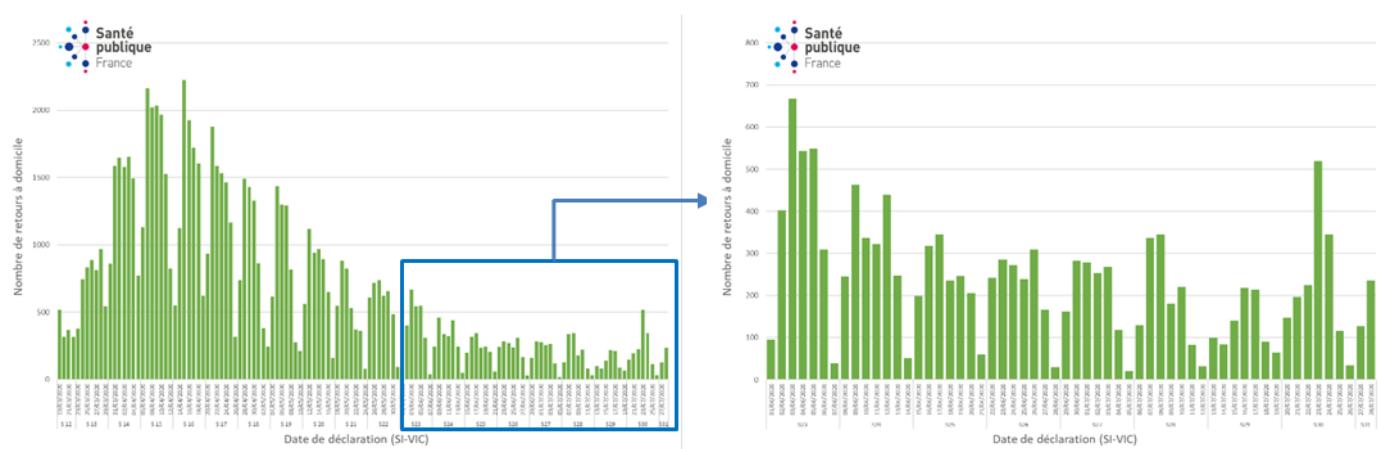


Figure 24. Nombre journalier de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19 , depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 28 juillet 2020 (source : SI-VIC)



Surveillance de la mortalité

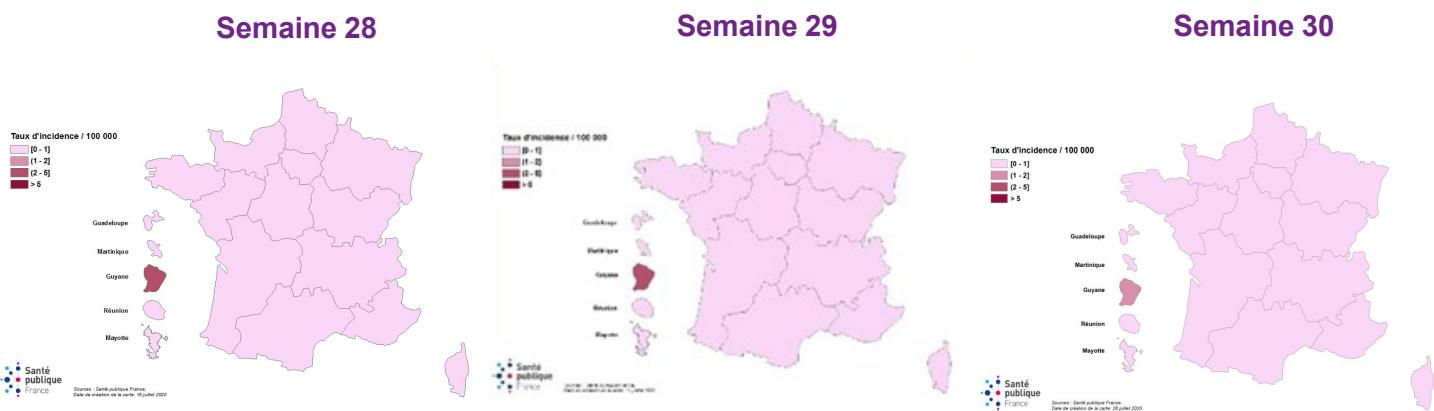
Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

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 28 juillet 2020, **30 223 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : 19 708 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 515 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 continue de diminuer entre les semaines 29 et 30 (78 en S30 vs. 94 en S29). Le taux de décès hebdomadaire (pour 100 000 habitants) à l'échelle nationale est stable: il était de 0,12 en S30 vs. 0,14 en S29.
- **En semaine 30**, le plus fort taux de décès de patients COVID-19 rapporté à la population (pour 100 000 habitants) était observé en Guyane (1,79/100 000 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 29 et 30 dans toutes les régions à l'exception de la Guyane et des Pays-de-la-Loire où ils diminuent : 1,79/100 000 h en S30 vs 3,58/100 000 h en S29 en Guyane et 0,11/100 000 h en S30 vs 0,21/100 000 h en S29 en Pays-de-la-Loire (Figure 25).

Figure 25. Taux hebdomadaires de décès dû à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS), S28 (du 6 au 12 juillet 2020), S29 (du 13 au 19 juillet 2020), S30 (du 20 au 26 juillet 2020) 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, **11 239 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 7 415 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 27 juillet 2020 (données au 28 juillet 2020)
(Source : Sante publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%				
Hommes	6 105	54				
Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	1	100	1	0
15-44 ans	35	34	68	66	103	1
45-64 ans	281	28	705	72	986	9
65-74 ans	573	33	1 182	67	1 755	16
75 ans ou plus	2 935	35	5 459	65	8 394	74
Tous âges	3 824	34	7 415	66	11 239	100
Comorbidités	n	%				
Au moins une comorbidité	7 415	66				
Aucune ou non renseigné	3 824	34				
Description des comorbidités	n	%				
Obésité	443	6				
Diabète	1 202	16				
Pathologie respiratoire	963	13				
Pathologie cardiaque	2 517	34				
Hypertension artérielle	1 833	25				
Pathologies neurologiques*	682	9				
Pathologie rénale	925	12				
Immunodéficience	169	2				

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

¹% présentés en ligne ; ²% présentés en colonne

Mortalité toutes causes

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

- **Au niveau national**, depuis la semaine 18 (du 27 avril au 3 mai 2020), la mortalité est revenue dans les marges de fluctuation habituelle, tous âges confondus (Figure 26).
- **Au niveau régional, une hausse de la mortalité est observée en Guyane en semaine 29** (du 13 au 19 juillet) (Figure 27). Une première hausse significative de la mortalité avait été observée en semaine 25 (du 15 au 21 juin), suivie d'une légère diminution des effectifs de décès sur les semaines 26 à 28.

Figure 26. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 52-2013 à la semaine 29-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

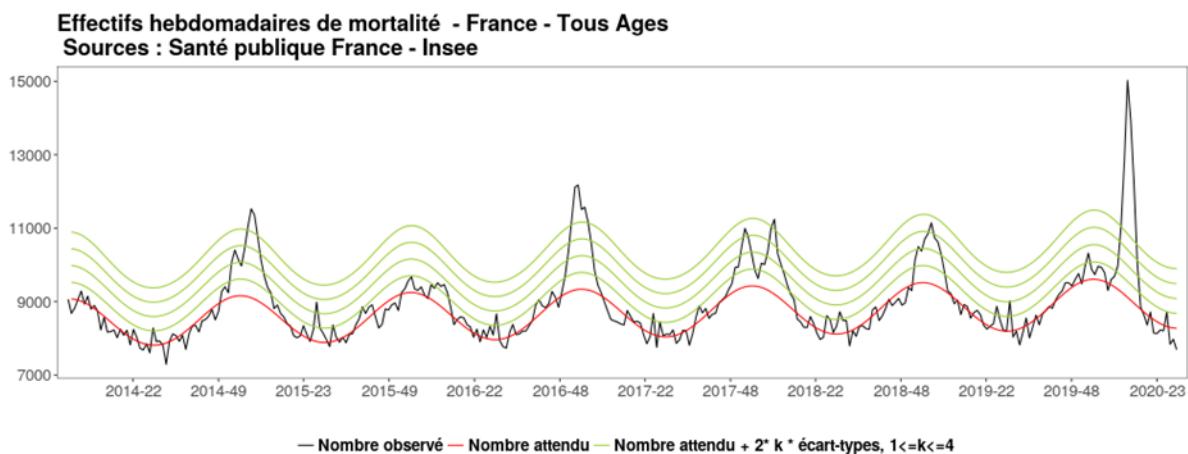
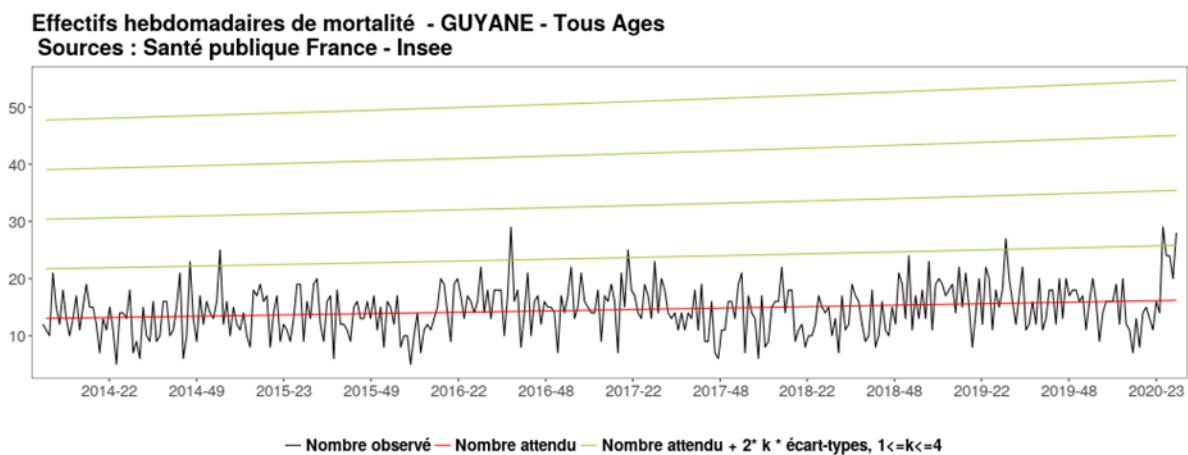


Figure 27. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en Guyane, de la semaine 52-2013 à la semaine 29-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

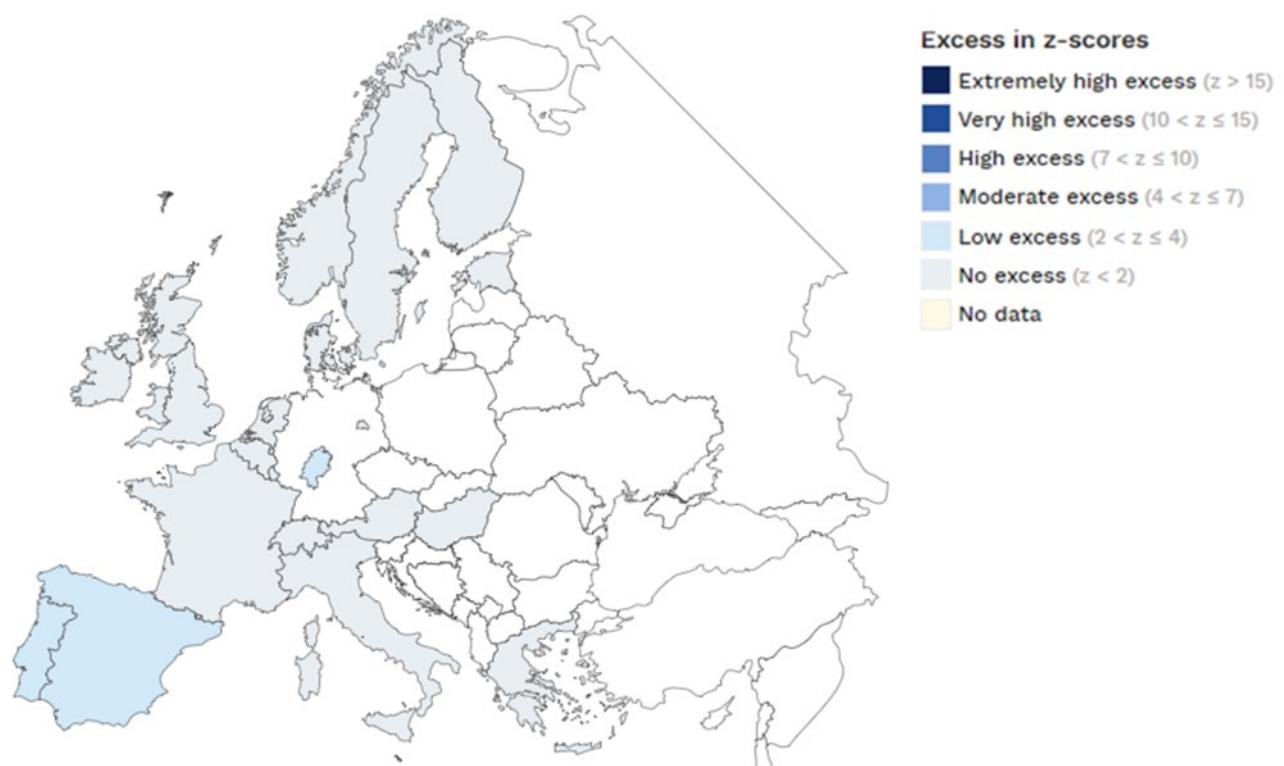


Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. Il n'est pas possible d'estimer la part attribuable de ces hausses de mortalité avec l'épidémie 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 léger excès de mortalité était observé dans 2 pays en semaine 25, dans 4 pays/régions en semaine 26, dans 2 pays/régions en semaine 27 et dans 3 pays/régions en semaine 28 (Allemagne (Hesse), Espagne et Portugal) (Figure 28).

Figure 28. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 27-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 22 juillet) (Source : Euromomo)



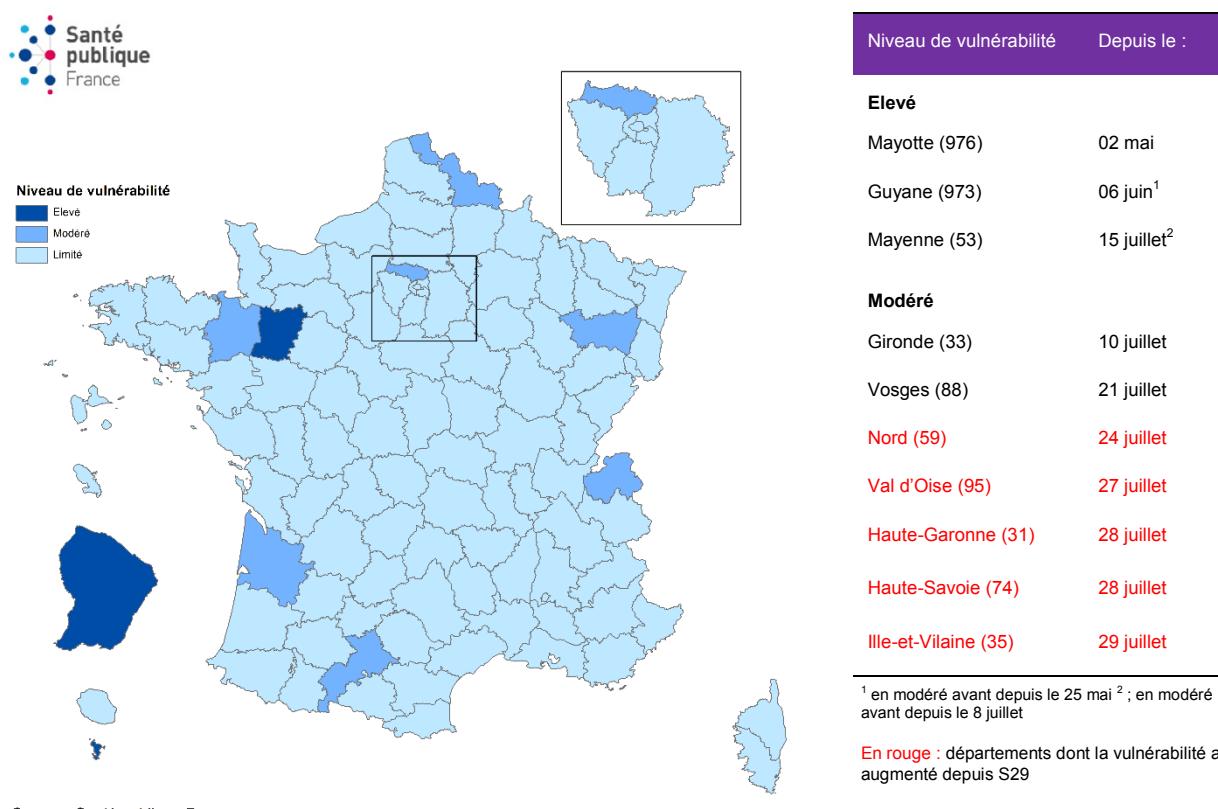
Analyse de risque contextualisée - Niveaux de vulnérabilité

Les équipes régionales de Santé publique France réalisent, en lien avec les ARS, une analyse de risque contextualisée quotidienne au niveau départemental depuis le 2 mai 2020, une semaine avant la levée du confinement, le 11 mai. Cette expertise effectue la synthèse des indicateurs des 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 29 juillet 2020, par rapport au point épidémiologique du 23 juillet 2020, **5 nouveaux départements ont été classés en niveau de vulnérabilité modéré**, le Nord (59), le Val d'Oise (95), la Haute-Garonne (31), la Haute-Savoie (74) et l'Ille-et-Vilaine (35) (Figure 29).
- Au total, **7 départements sont désormais en niveau de vulnérabilité modéré** (dont la Gironde (33) et les Vosges (88) déjà rapportés), et **3 restent en élevé** (la Mayenne (53) et 2 départements-régions d'Outre-Mer, Mayotte (976) et la Guyane (973)).
- Le Finistère (29), en niveau de vulnérabilité modéré la semaine précédente, est repassé en limité suite à l'évaluation de patients dits faux-positifs.
- Ce sont **8 régions métropolitaines sur 13** qui ont au moins un département en modéré ou élevé.

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



Source : Santé publique France

Situation internationale

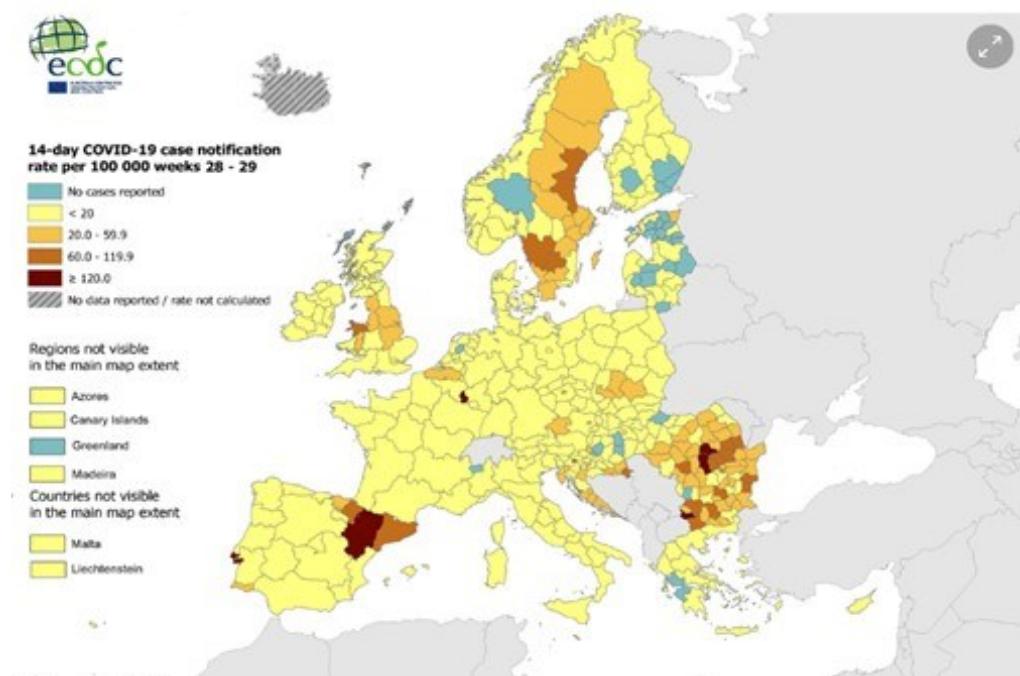
Au niveau international, l'épidémie est intense dans de nombreux pays des Amériques (Etats-Unis, Brésil, Mexique, Colombie, Pérou, Argentine), en Asie du Sud-Est (Inde, Bangladesh), Asie Centrale (Kazakhstan, Kirghizistan), Méditerranée orientale (Arabie Saoudite, Iran, Qatar, Oman, Koweït). Une augmentation des cas a été rapportée au Maroc et en Algérie, et l'épidémie s'accélère en Afrique du Sud.

En Europe, l'épidémie reste active dans certains pays d'Europe de l'Est et des Balkans. Israël rapporte également une transmission importante depuis la fin du mois de juin. Dans les pays de l'UE/EEA, une tendance à la hausse du taux d'incidence des cas confirmés de COVID-19 a été observée en semaine 29 en Belgique, République Tchèque, Allemagne, Espagne et Luxembourg.

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

- **En Espagne**, une augmentation de l'incidence a été rapportée dans toutes les classes d'âge mais elle est plus importante parmi les 15-29 ans.
- **En Belgique**, une augmentation des nouvelles infections a été rapportée, le taux d'incidence le plus élevé est rapporté parmi les 20-29 ans.
- **En Allemagne**, une augmentation du nombre de cas a également été rapportée, et des rassemblements familiaux sont à l'origine de certaines augmentations localisées. Ces situations ont entraîné le renforcement des mesures, voire un confinement localisé, dans certaines régions.
- **En Italie**, le nombre de cas reste faible globalement, les régions du nord du pays sont les plus touchées.

Figure 30. Taux d'incidence de COVID-19 rapporté pour les semaines 28 et 29 dans les pays de l'UE/EAA
(source : ECDC)



Pour plus d'informations sur la situation

En Europe :

- [ECDC - Weekly surveillance report, 25/07/2020](#)
- Espagne : Bulletins de surveillance du 23/07/2020 et du 28/07/2020 ([lien](#))
- Belgique : Bulletin de surveillance du 28/07/2020 ([lien](#))
- Allemagne : Bulletin de surveillance du 28/07/2020 ([lien](#))
- Italie : Bulletin de surveillance du 21/07/2020 ([lien](#))

Dans le monde :

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

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.

Adoption des mesures de prévention

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 déconfinement (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 31).

Les autres mesures d'hygiènes « **tousser dans son coude** » ou « **utiliser un mouchoir à usage unique** » sont quant à elles restées stables depuis le déconfinement et mises en place **systématiquement** pour plus de 60% des personnes interrogées (Figure 31).

Santé mentale

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 32.

Les **problèmes de sommeil et les états dépressifs** ont cependant diminué depuis le déconfinement (vague 7) (Figure 32). La **santé mentale et la satisfaction de vie** se sont améliorées depuis le début du confinement (Figure 32).

Figure 31. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

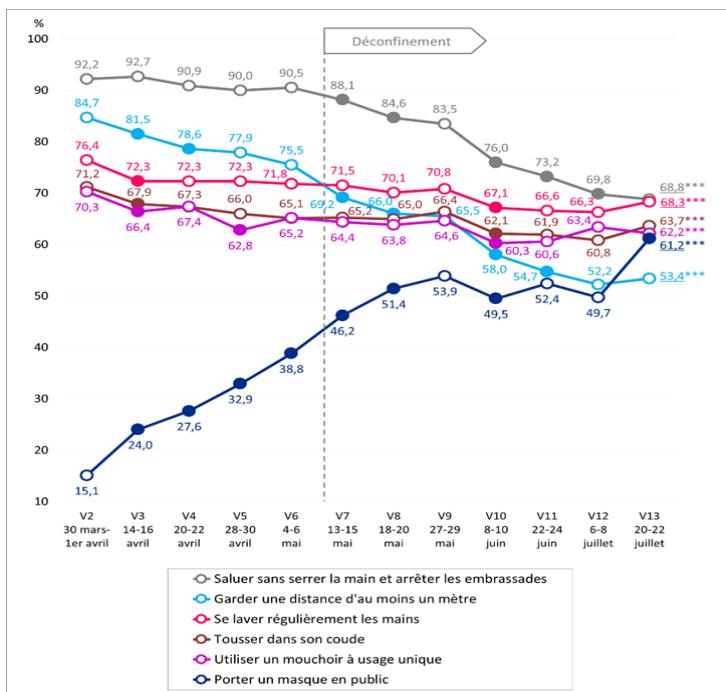
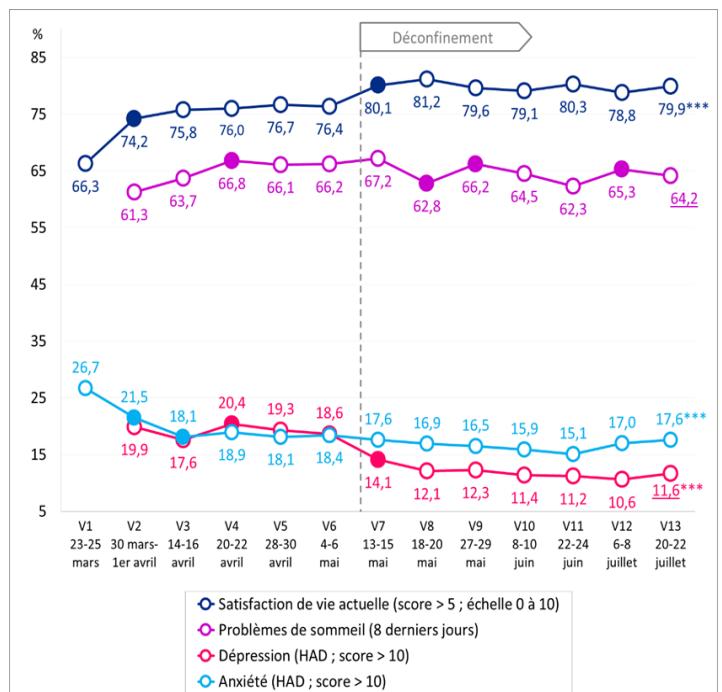


Figure 32. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.



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.

Intention de vaccination

Pour approcher les intentions de vaccination de la population contre le Coronavirus, deux questions ont été posées en vague 12 et en vague 13 :

- **Si un vaccin était disponible maintenant contre le Coronavirus (COVID-19),** 28,9% des personnes interrogées ont déclaré qu'elles se feraient certainement vacciner, 33,3% probablement, 22,1% ont déclaré qu'elles ne se feraient probablement pas vacciner et 15,6% certainement pas. Ces déclarations sont restées stables entre les vagues 12 et 13.
- 34,2% ont déclaré qu'elles **recommanderaient certainement ce vaccin à leurs amis ou à leur famille considérés comme vulnérables (en raison de leur âge ou d'un problème de santé)**, 36,0% qu'elles le recommanderaient probablement, 18,8% ont déclaré qu'elles ne recommanderaient probablement pas à leurs proches de se faire vacciner et 11,0% certainement pas. Ces déclarations sont également restées stables entre les vagues 12 et 13.

Etude qualitative ViQuoP, Santé publique France - Kantar.

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

Suivi de cohorte de mars à juin 2020

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

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

Production d'outils de prévention

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



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

Synthèse — conclusion

En France métropolitaine,

En semaine 30 (du 20 au 26 juillet), **le nombre de cas confirmés et le taux d'incidence hebdomadaire ont augmenté de manière importante**, alors que le nombre d'actes SOS Médecins et le nombre de passages aux urgences sont restés stables.

Après 5 semaines d'augmentation consécutive, il est observé une **accentuation de l'augmentation du nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19**, avec 5 592 cas enregistrés en semaine 30 soit une augmentation de 54% par rapport à la semaine précédente. **Le taux d'incidence était en nette augmentation** (8,6 cas /100 000 habitants versus 5,5 cas en S29). Cette tendance était également observée en médecine générale par les données du réseau Sentinelles avec un taux d'incidence des cas d'IRA stable et un taux de consultation des cas suspects de COVID-19 (hors IRA) en augmentation depuis 5 semaines.

Après une augmentation pendant 4 semaines consécutives, le nombre d'actes SOS Médecins était en diminution. Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était stable par rapport à la semaine précédente et cette tendance concernait toutes les classes d'âge excepté les 75 ans et plus pour lesquels on observait une augmentation pour la troisième semaine consécutive (+50 passages, soit +23%). Après passage aux urgences, la proportion d'hospitalisation était en augmentation et concernait uniquement les adultes. **Le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a augmenté en semaine 30 par rapport à la semaine 29**. Le nombre de nouvelles admissions en réanimation ne diminue plus depuis 3 semaines et était stable en semaine 30 par rapport à la semaine 29 ; le nombre de patients en réanimation reste inférieur à 500 patients.

Le taux de positivité des patients testés était également en augmentation : il était de 1,3% en semaine 30 contre 1,0% en semaine 29.

L'augmentation du nombre de cas de COVID-19 est à placer dans le contexte d'incitation de dépistage avec une augmentation du nombre de patients testés. **Par rapport à la semaine précédente, on observe une forte augmentation du nombre de nouveaux cas (+54%) et du nombre de patients testés (+27%)**. Le nombre de personnes testées était en augmentation quel que ce soit le délai depuis l'apparition des symptômes. La proportion des personnes asymptomatiques parmi les personnes testées est restée stable alors que parmi les cas testés positifs pour le SARS-COV-2, la proportion de patients asymptomatiques (51%) a continué de diminuer. **Parmi les personnes symptomatiques, l'augmentation du nombre de cas (+62%) en S30 par rapport à S29 est trois fois plus importante que l'augmentation du nombre de personnes testées (+19%)**.

Ces données reflètent une augmentation réelle de l'incidence notamment des cas symptomatiques et 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.

L'augmentation de l'incidence était observée dans l'ensemble des classes d'âge et concernait plus particulièrement les jeunes adultes, en particulier les 20-30 ans. L'augmentation chez les jeunes adultes a été également observée en juillet dans d'autres pays européens, en particulier en Espagne et en Belgique.

Chez les personnes âgées de 75 ans et plus, l'incidence continuait de progresser en semaine 30 par rapport à la semaine précédente mais le nombre de personnes de 75 ans et plus concernées restait limité (S30 : 390 cas positifs, S29 : 288 cas positifs, +35%). Cette semaine, la surveillance des signalements des cas de COVID-19 dans les établissements médico-sociaux (incluant les Ehpad) semble se stabiliser mais la tendance à l'augmentation du nombre de cas chez les personnes de 75 ans et plus, 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 montrent une tendance à l'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 4,1 contacts par cas en semaine 30. **On observe également une légère augmentation de la proportion de cas précédemment connus comme personnes contact sur les trois dernières semaines** (23% en S30 versus 21% en S28). Après une forte diminution du délai de dépistage des cas symptomatiques, il est observé depuis début juillet une stabilité de ce délai. 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, les nombres de reproduction effectifs (R effectif) calculés sur la base des données virologiques (SI-DEP) et à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR) sont, pour la troisième semaine consécutive, tous deux significativement supérieurs à 1. Pour mémoire, le R effectif représente le nombre moyen de personnes infectées (cas secondaires) par une personne contagieuse (cas index). Lorsque le R effectif est significativement supérieur à 1, ceci signifie que l'épidémie est en progression. Un Reff de 1,4 (actuellement estimé à 1,39 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 sont significativement supérieures à 1 dans 3 régions de France métropolitaine : Auvergne-Rhône-Alpes, Grand-Est et 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 ...).

Le nombre de départements avec un niveau d'incidence supérieur au niveau d'attention (10 cas pour 100 000 habitants par semaine) était également en augmentation (19 départements en S30 versus 7 départements en S29). **Le taux d'incidence hebdomadaire des cas de COVID-19 en semaine 30 le plus élevé était observé en Mayenne** (143/100 000 h). Dans les 18 autres départements le taux d'incidence était inférieur à 20/100 000 habitants excepté dans le Val d'Oise où il était de 20,5 /100 000 habitants.

Le 29 juillet 2020, suite à l'analyse de risque contextualisée qui permet de classer chaque département selon le niveau de vulnérabilité (limité, modéré et élevé) traduisant à la fois la circulation virale et l'impact sur la santé de la population, **la Mayenne est restée au niveau de vulnérabilité élevé, la Gironde et les Vosges sont restées en niveau de vulnérabilité modéré.** Le Val-d'Oise, la Haute-Garonne, la Haute-Savoie, l'Ille-et-Vilaine et le Nord ont été classés en niveau de vulnérabilité modéré. Ces départements sont répartis sur 8 des 13 régions métropolitaines.

En Mayenne, le taux d'incidence a doublé par rapport à la semaine précédente (143/100 hab. en S30 versus 73 cas/100 000 hab.). **Cette augmentation du taux d'incidence est en lien avec la forte progression du nombre de patients testés qui a également doublé** (4 155 patients testés/100 000 hab. en S30 vs 2 232 en S30). Le taux de positivité des patients testés était relativement stable par rapport à la semaine précédente (3,5% en S30 versus 3,3% en S29) et avait diminué de près de 50% en comparaison de la semaine 28 où il était de 5,7%. **Au 29 juillet, 15 clusters étaient en cours d'investigation dans ce département, dont 9 en criticité élevée.** Deux autres clusters présentaient une diffusion communautaire avérée (diffusion de cas dans la population).

On observe une nette augmentation du nombre de nouveaux clusters détectés depuis début juillet. En semaine 30, 25% des clusters en cours d'investigation concernaient le milieu familial élargi (plusieurs foyers) et les événements publics/privés (rassemblements temporaires de personnes). **Sans augmentation dans l'application des gestes barrière et de distanciation, il est attendu que le nombre de ce type de clusters augmente au cours de la période estivale, rappelant la nécessaire implication de toute la population aux mesures de prévention.**

Ces rassemblements peuvent concerner toute la population et plus particulièrement les 20-30 ans chez lesquels une augmentation du nombre de cas testés positifs pour SARS-COV-2 a été récemment identifiée.

Le nombre hebdomadaire de décès et le taux de décès liés au COVID-19 pour 100 000 habitants sont en diminution depuis la semaine 15 (6 au 12 avril). L'excès de mortalité toutes causes observé entre les semaines 12 et 17 (du 16 mars au 26 avril) a été particulièrement marqué dans les régions Grand Est et 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, aussi bien dans les analyses tous âges confondus que chez les personnes de 65 ans ou plus.

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

En Guyane, en semaine 30, les indicateurs étaient stables en comparaison de la semaine 29. Le taux d'incidence était de 228 cas /100 000 hab. (227/100 000 hab en S29) et le taux de positivité était de 17% (18% en S29). **L'analyse de l'ensemble des données est en faveur d'un passage du pic épidémique début juillet** suivi de deux semaines de ralentissement brutal des nouvelles transmissions et d'une stabilisation ces deux dernières semaines. La Guyane reste classée en niveau de vulnérabilité élevé. En Guyane, une hausse de la mortalité est observée en semaine 29.

A Mayotte, selon les données des laboratoires collectées directement par la cellule régionale, le taux d'incidence en semaine 30 était de 32 cas/100 000 habitants, stable par rapport à la semaine précédente. Le taux de positivité était plus élevé (11,9% en S30 versus 9,4% en S29). Le nombre total de tests restait élevé en lien avec une forte activité de dépistage. 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).

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

La santé mentale des Français, 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 d'avant la crise sanitaire.

L'adoption systématique des mesures de prévention a globalement diminué depuis le début du confinement mais cette diminution concerne plus particulièrement les mesures « saluer sans se serrer la main » et « garder une distance d'au moins un mètre » qui ont perdu entre 16 et 19 points de pourcentage d'adoption systématique depuis la levée du confinement. **L'adoption systématique du port du masque en public qui s'était stabilisée depuis mi-juin (vague 10), a augmenté entre les vagues 12 et 13 et concernait mi-juillet plus de 3 personnes sur 5.**

Interrogées sur les intentions de vaccination contre le COVID-19, plus de 3 personnes sur 5 ont déclaré qu'elles se feraient (certainement ou probablement) vacciner. Ces personnes sont 70% à avoir déclaré qu'elles recommanderaient (certainement ou probablement) ce vaccin à leurs proches considérés comme vulnérables en raison de leur âge ou de leurs problèmes de santé.

La diminution de l'adoption systématique des mesures de prévention pourrait être liée à la reprise des interactions sociales après le confinement et une diminution des précautions prises avec l'entourage proche (famille, amis), à une lassitude envers les messages de prévention ou au sentiment que l'épidémie est terminée. Cependant, l'amélioration du port systématique du masque reflète peut-être une reprise de conscience que le risque demeure, même en période estivale ; elle peut toutefois n'être attribuée qu'aux mesures rendant le port du masque obligatoire dans les lieux publics clos. Les données détaillées de l'enquête montrent cependant que la diminution de l'adoption systématique des mesures ne traduit pas un abandon des comportements de prévention (plus de 80% les adoptent *systématiquement ou souvent*), mais davantage une modulation ou une adaptation de ces comportements (diminution de leur fréquence de *systématique à souvent*).

Dans un contexte de congés d'été qui peut favoriser les situations à risque de contamination, notamment dans le cadre d'événements festifs et de regroupements familiaux ou amicaux, les messages de prévention doivent être rappelés avec insistance. Les clusters observés récemment à la suite de rassemblements ou de cérémonies obligent à la prudence. En l'absence de vaccin, les seules mesures de prévention restent liées aux comportements individuels (hygiène, distance, port du masque...) et à leur adoption par le plus grand nombre. **Il est important de rappeler la responsabilité individuelle de chacun et de s'inscrire collectivement dans une logique de réduction des risques et de protection des personnes les plus vulnérables, en particulier lors des regroupements.** Il est donc crucial pour le contrôle de l'épidémie de maintenir et valoriser une norme positive de protection pour soi et pour autrui et d'anticiper les situations de regroupements afin de faciliter l'adoption des comportements préventifs (organiser les distances, privilégier les sorties en plein air, prévoir des ustensiles ou contenants à usage individuels lors des repas et mettre à disposition les matériels de protection : masques, gel hydroalcoolique...).

En conclusion

En France métropolitaine, l'ensemble des indicateurs montre que la transmission de l'infection à SARS-COV-2 s'est intensifiée de manière marquée en semaine 30. Si cette progression concerne toutes les tranches d'âge, elle s'accélère plus fortement chez les jeunes adultes. L'augmentation de l'incidence demeure plus importante que l'augmentation du nombre de personnes dépistées, reflétant une augmentation réelle de l'incidence notamment des cas symptomatiques.

En France métropolitaine, le nombre de départements dépassant le seuil de 10 pour 100 000 habitants a augmenté en S30. Le nombre de départements classés en niveau de vulnérabilité modéré ou élevé pour le SARS-COV-2 était également en augmentation, avec 7 départements en vulnérabilité modérée et 3 en vulnérabilité élevée. En Mayenne, dans le contexte de l'augmentation de l'incidence depuis plusieurs semaines, la question de nouvelles mesures complémentaires devrait être soulevée afin de contrôler la diffusion du SARS-COV-2 localement.

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 s'accélère ce qu'attestent très objectivement l'augmentation du taux d'incidence, du taux de positivité et du nombre de nouveaux clusters. Il est important de maintenir la plus grande vigilance et de maintenir les gestes barrières et de distanciation pour prévenir la transmission du SARS-COV-2. 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'événements festifs et de regroupements familiaux ou amicaux, les messages de prévention doivent être rappelés avec insistance, dans une perspective de protection individuelle et collective.

Chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 doit réaliser un test diagnostique dans les plus brefs délais et consulter le plus rapidement possible un médecin. Le délai de prise en charge et de confirmation biologique, la mise en place des mesures de contact-tracing dans le cadre de la stratégie tester-tracer-isoler, et le respect des mesures d'isolement par les personnes infectées ou présentant des signes évocateurs d'une infection à SARS-COV-2 sont des éléments clés pour limiter la transmission du virus.

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, Anne-Sophie Barret, Alexandra Septfons, Anne Fouillet, Céline Caserio-Schonemann, Yann Le Strat, Patrick Rolland, Anne Laporte, Scarlett Georges, Cécile Forgedt, Sébastien Monluc, Linda Lasbeur, Enguerrand Du-Roscoat, Camille Pelat, Edouard Chatignoux, Claire Sauvage, Julie Figoni, Christophe Bonaldi, Laetitia Gouffé-Benadiba, Edith Laurent, Myriam Fayad, Camille Le-Gal, Didier Che, Jeanne Lucas, Annabelle Lapostolle, Frédéric Moisan.

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

Contact presse

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

Diffusion
Santé publique France

12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
Tél : +33 (0)1 41 79 67 00
www.santepubliquefrance.fr

Date de publication :
23 juillet 2020

Pour en savoir plus sur :

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

[SurSaUD®](#)
[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