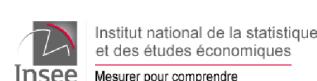


Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 médecins libéraux, SAMU Centre 15, médecins hospitaliers, Laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville Agences régionales de santé (ARS) Les Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de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



COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 29 mai 2020

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données de surveillance de 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 26 mai 2020.

Points clés

- ▶ Depuis plus de 7 semaines, les indicateurs épidémiologiques de circulation du SARS-CoV-2 sont en baisse ou se maintiennent à des niveaux bas en France métropolitaine
 - diminution des recours pour COVID-19 aux urgences hospitalières, maintien à un niveau bas des nombres d'actes SOS médecins
 - diminution du nombre des nouvelles hospitalisations, des nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19, des nombres de patients hospitalisés et des patients en réanimation
- ▶ Première parution d'indicateurs basés sur les remontées d'un très grand nombre de laboratoires via SI-DEP, permettant dorénavant un recensement quasi exhaustif des cas confirmés de COVID-19 en France.
- ▶ Augmentation du nombre de clusters : 109 clusters signalés au 27 mai 2020 sans diffusion communautaire avérée
- ▶ Pas de signaux en faveur d'une reprise de l'épidémie
- ▶ A Mayotte, maintien de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé
- ▶ En Guyane, augmentation de l'activité hospitalière, des taux de positivité pour le SARS-CoV-2 dans le contexte de clusters actifs avec risque de diffusion communautaire
- ▶ Adoption moins systématique des mesures de protection au cours du temps et depuis le début du confinement, seul le port du masque en public est en augmentation

Chiffres clés en France

Indicateurs hebdomadaires, semaine 21 (du 18 au 24 mai 2020)

S21

Evolution par rapport S20

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	4 119	
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 209	(2 203)*
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau Oscour®)	4 953	(5 950)*
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	2 201	(3 218)
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	268	(429)
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	693	(1 324)

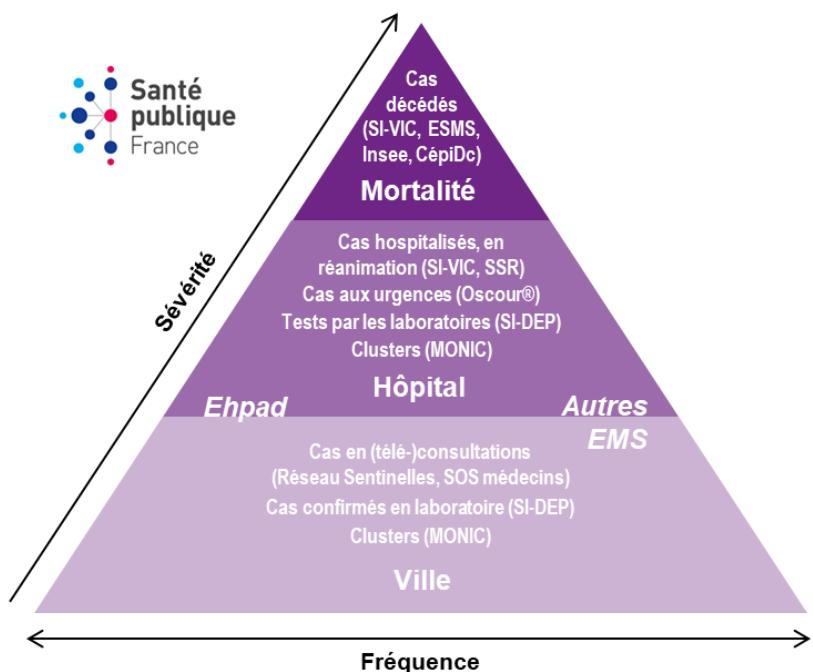
Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 26 mai 2020

* données consolidées

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	100 841
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	28 530

Sommaire	Page
Chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire	3
Surveillance à partir des laboratoires de virologie	4
Cas confirmés de COVID-19	5
Signalement des clusters à visée d'alerte	6-7
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	8-9
Surveillance en milieu hospitalier	10-15
Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS)	16-17
Surveillance des professionnels dans les établissements de santé	18-19
Surveillance de la mortalité	20-22
Enquête sur la vie quotidienne et prévention	23-25
Discussion	26-28
Méthodes	29

Schéma de la surveillance du COVID-19 coordonnée par Santé publique France



CépiDc-Inserm : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ; Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; EMS : Etablissement médico-social ; ESMS : Etablissement social et médico-social ; Insee : Institut national de la statistique et des études économiques ; MONIC : Système d'information de monitorage des clusters ; Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences ; SI-DEP : Système d'informations de dépistage ; SI-VIC : Système d'information des victimes ; SSR : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs

Surveillance en médecine ambulatoire

Réseau Sentinelles

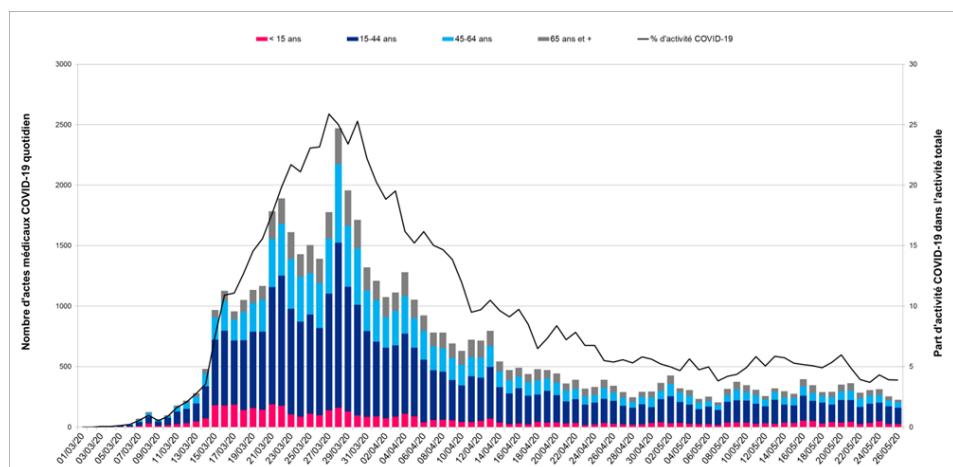
La surveillance spécifique du COVID-19 du Réseau Sentinelles (Inserm, Sorbonne Université) a été mise en place le 16 mars 2020 et a évolué dernièrement. Depuis le déconfinement, la surveillance virologique des IRA (infection respiratoire aiguë) effectuée par les médecins du réseau a été suspendue et tous les tests des patients sont réalisés par les laboratoires de ville selon le protocole national en vigueur.

- **En semaine 21 (du 18 au 24 mai), le taux de consultations** (ou téléconsultations) estimé pour une IRA était de **29/100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95%: 22 ; 36] en France métropolitaine. Il était en diminution par rapport à celui de la semaine 20 (du 11 au 17 mai 2020) : 44/100 000 habitants [IC à 95%: 37;51].
- A noter qu'entre **S18 et S20**, aucun des 91 prélevements ne s'est avéré positif pour le **SARS-CoV-2** (S20 0/19 prélevements ; S19: 0/40 et S18: 0/32). Les taux de positivité les plus élevés ont été observés lors de la deuxième quinzaine de mars en semaine 12 (15% = 22/148 prélevements) et semaine 13 (19% = 25/129).

Associations SOS Médecins

- **En semaine 21**, 2 209 actes médicaux pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. Ce nombre d'actes était stable par rapport à la semaine 20 (2 203 actes), tous âges et par classe d'âge. Après une hausse de 26% en S20, le nombre d'actes chez les enfants s'est stabilisé en S21 (262 en S21 vs 263 en S20).
- La majorité des actes concernait les 15-44 ans (52%) et les 45-64 ans (21%).
- La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale tous âges confondus était stable : 4,6% en S21 vs 5,4% en S20 (Figure 1).
- En semaine 21, sur l'ensemble des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 enregistrés au niveau national, 17% étaient enregistrés en Île-de-France, 14% en l'Auvergne-Rhône-Alpes, 11% en Nouvelle-Aquitaine, 10% en Grand Est, 10% en PACA.
- Au niveau national comme au niveau régional, depuis 4 semaines, le nombre d'actes pour suspicion de COVID-19 est stable à un niveau bas.
- Depuis le 3 mars 2020, 53 009 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 25 mai 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur la période).

Figure 1. Nombre d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et par classe d'âge depuis le 24 février 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 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 permettent, associés aux autres indicateurs, de suivre la dynamique de l'épidémie.

Jusqu'à ces dernières semaines, la surveillance virologique s'appuyait sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et par les laboratoires hospitaliers. Désormais, 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. Prochainement, les données des sérologies seront également transmises.

Au 27 mai 2020 11h, la quasi-totalité des laboratoires (4 700 sites de prélèvements) a transmis des données. Des contrôles sont effectués afin d'améliorer la qualité et la complétude de ces données et de nouveaux laboratoires continuent à être intégrés dans le système.

Au cours de la semaine 21 (18 au 24 mai 2020) 216 891 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et pour 4 119 patients, les tests se sont avérés positifs. **Le taux de positivité national hebdomadaire était de 1,9%** (calculé sur les tests valides). Ce taux est comparable aux taux de positivité des semaines 19 et 20 (3% et 2%) issus des données du réseau 3 labo.

En France métropolitaine, le taux de positivité était inférieur à 5% dans l'ensemble des départements (Figure 3). Le taux d'incidence (nombres de nouveaux cas rapportés à la population pour 100 000 habitants) était **au niveau national de 6,1/100 000 habitants**. Il était inférieur à 10/100 000 pour la très grande majorité des départements. Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans la Vienne (24,7/100 000 habitants), les Côtes d'Armor (21,0/100 000 habitants) et la Meuse (22,6/ 100 000 habitants), départements où des clusters sont en cours d'investigation (Figure 4).

En outre-mer, le taux de positivité en Guyane était de 14%, département où des clusters sont également en cours d'investigation. Les données de Mayotte ne sont pas encore interprétables du fait d'une transmission de données encore trop partielle (données du 27 mai 2020 11h).

Figure 3. Taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2 par département, France, semaine 21 (18 au 24 mai 2020) (source SI-DEP)

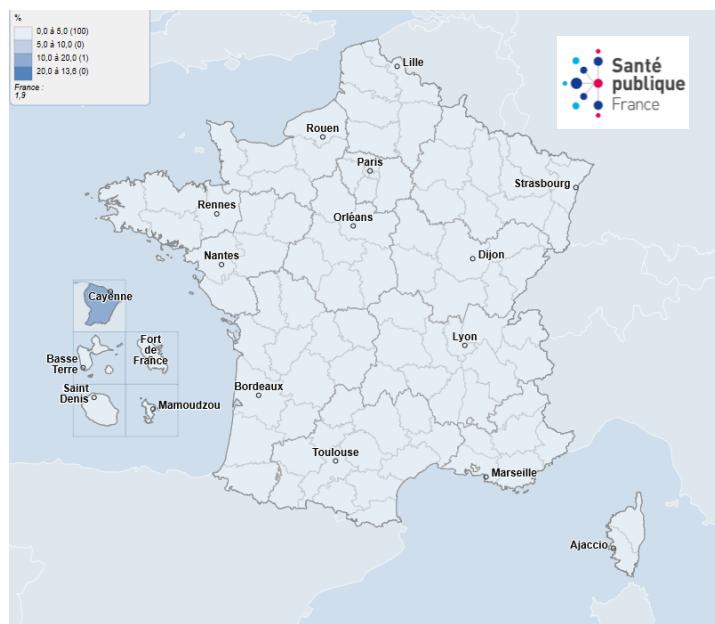
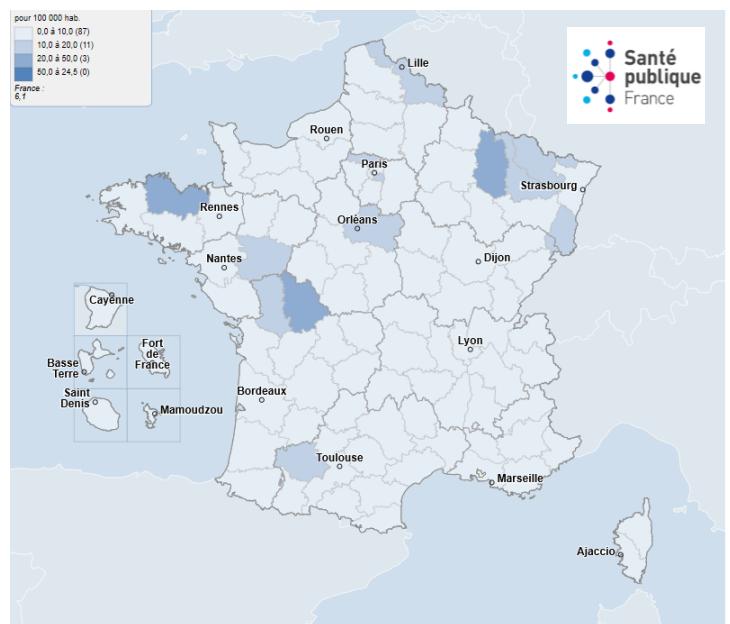


Figure 4. Taux d'incidence de SARS-CoV-2 pour 100 000 habitant par département, France, semaine 21 (18 au 24 mai 2020) (source SI-DEP)

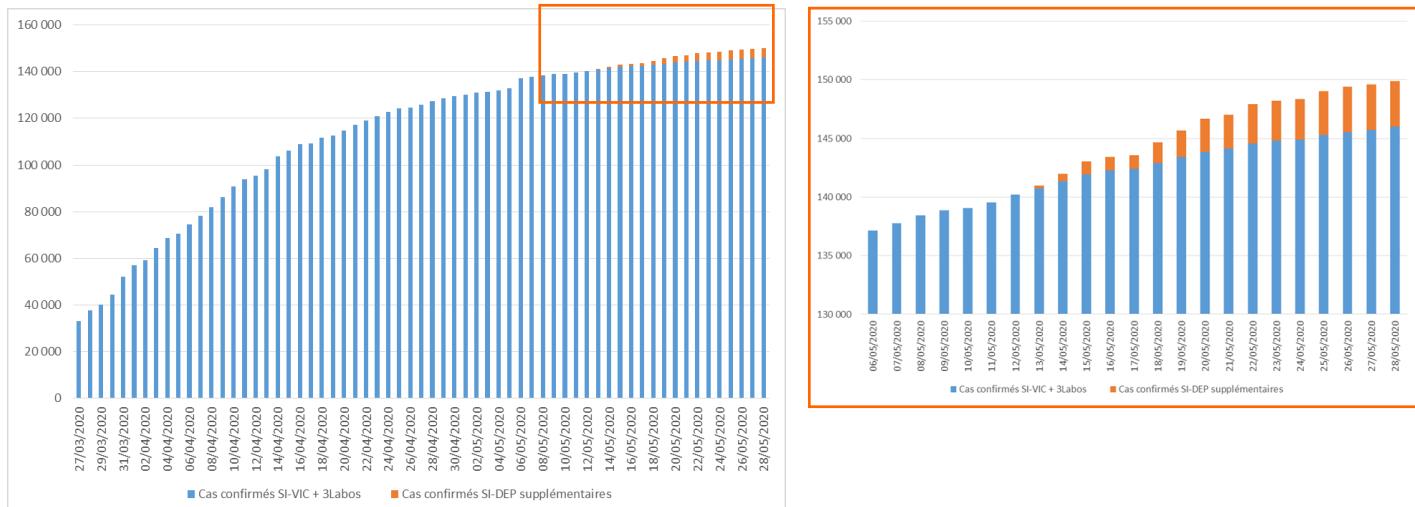


Cas confirmés de COVID-19

Les données permettant d'estimer le nombre de cas confirmés en France sont issues de plusieurs sources.

- Entre le 21 janvier et le 25 mars 2020, 25 233 cas de COVID-19 ont été signalés à Santé publique France via l'application GoData ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France.
- A compté du 26 mars 2020, le nombre de cas confirmés de COVID-19 a été estimé au niveau national en tenant compte 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, le système SI-DEP (système d'information de dépistage) permet une estimation des nombres de cas confirmés en France à visée exhaustive grâce à la transmission des données des patients testés dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers (cf. paragraphe surveillance virologique).
- Les cas confirmés grâce au système SI-DEP sont pris en compte pour la première fois dans ce bilan.
- **Il est ainsi estimé qu'entre le 21 janvier et le 28 mai 2020, 149 071 cas de COVID-19 ont été confirmés en France.**
- La Figure 2 montre l'évolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 en France. L'augmentation observée au 6 mai est liée à l'intégration des données des laboratoires Inovie.
- En bleu apparaissent les nombres de cas confirmés grâce aux surveillances Go-Data, SI-VIC et 3 Labo. Le nombre cumulé de cas issus de ces surveillances est ainsi de 146 036 cas au 28 mai 2020.
- En orange sont représentés les cas supplémentaires identifiés grâce au système SI-DEP. Entre le 13 et le 28 mai 2020, ce sont ainsi 3035 cas supplémentaires qui ont été identifiés grâce à cette nouvelle surveillance.
- **Ce nombre supérieur de cas est à lier à une meilleure exhaustivité de la surveillance et non pas à une évolution de la situation épidémiologique du COVID-19 en France.**

Figure 2 : Nombre cumulé de cas confirmés de COVID-19 (SI-VIC + 3Labos) et cas confirmés supplémentaires SI-DEP, par date de signalement à Santé publique France du 27 mars au 28 mai 2020 ; données arrêtées le 28 mai 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 ministrielles du 13 mars 2020). Le nombre réel de cas de COVID-19 en France était donc supérieur au nombre estimé de cas confirmés.

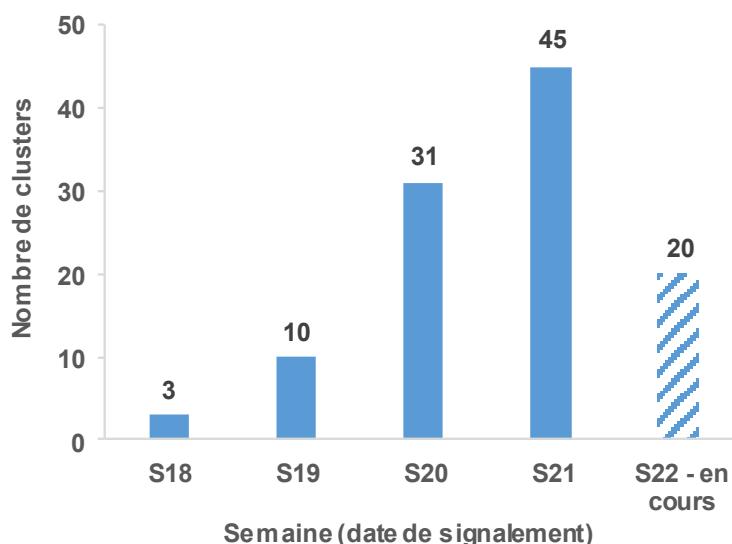
Depuis le déconfinement, il est demandé que les patients présentant des symptômes évocateurs du COVID-19 ainsi que les sujets contact d'un cas confirmé soient dépistés pour le SARS-CoV-2 [1]. A compter de cette date et grâce au système SI-DEP, le nombre de cas confirmés permet désormais d'estimer le nombre réel de cas de COVID-19 en France. Cette estimation peut cependant être sous-estimée 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 sous : <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/detailsMessageBuilder.do;jsessionid=2505DDB4BD6A44768B7E393635309639.du-dgsurgentc2?id=30805&cmd=visualiserMessage>

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

- Depuis la levée du confinement, le 11 mai 2020, les agences régionales de santé (ARS) en lien avec les cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters (foyers de transmission ou épisodes de cas groupés) qui sont détectés. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler ces foyers. Un cluster est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours et qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non. Le système d'information MONIC (MONitorage des Clusters) permet de présenter ce bilan.
- Au 27 mai 2020, avec le développement de la capacité diagnostique, un total de **109 clusters** (hors Ehpad et milieu familial restreint) ont été rapportés à Santé publique France : 104 clusters en France métropolitaine et 5 dans les départements régions d'outre-mer.
- On note une nette augmentation du nombre de clusters détectés et investigués (Figure 5). Parmi ces clusters, 64% ont plus de 5 cas. Ils concernent notamment des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité (19% en établissements d'hébergement social et d'insertion, et 6% en communautés vulnérables), des établissements de santé (22%) et plus largement des entreprises (20% entreprises privées et publiques) (Tableau 1).
- En termes de criticité (potentiel de transmission ou critères de gravité), 75% des clusters ont été évalués de criticité modérée (37%) à élevée (38%). La majorité des clusters est en cours d'investigation (80%, N=87) (clusters actifs en termes de nouveaux cas avec mise en place de premières mesures de contrôle) (Figure 6), 13% ont été maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas), 7% sont clôturés (absence de nouveaux cas 14 jours après la date de début des signes du dernier cas et la fin de la quatorzaine de tous les contacts). **Aucune diffusion communautaire (survenue de nouveaux cas hors de la collectivité et en lien avec le cluster) non contrôlée n'est rapportée.**

Figure 5. Distribution des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par semaine de signalement, rapportés à Santé publique France entre le 9 et le 27 mai 2020 (N=109) (Source MONIC)

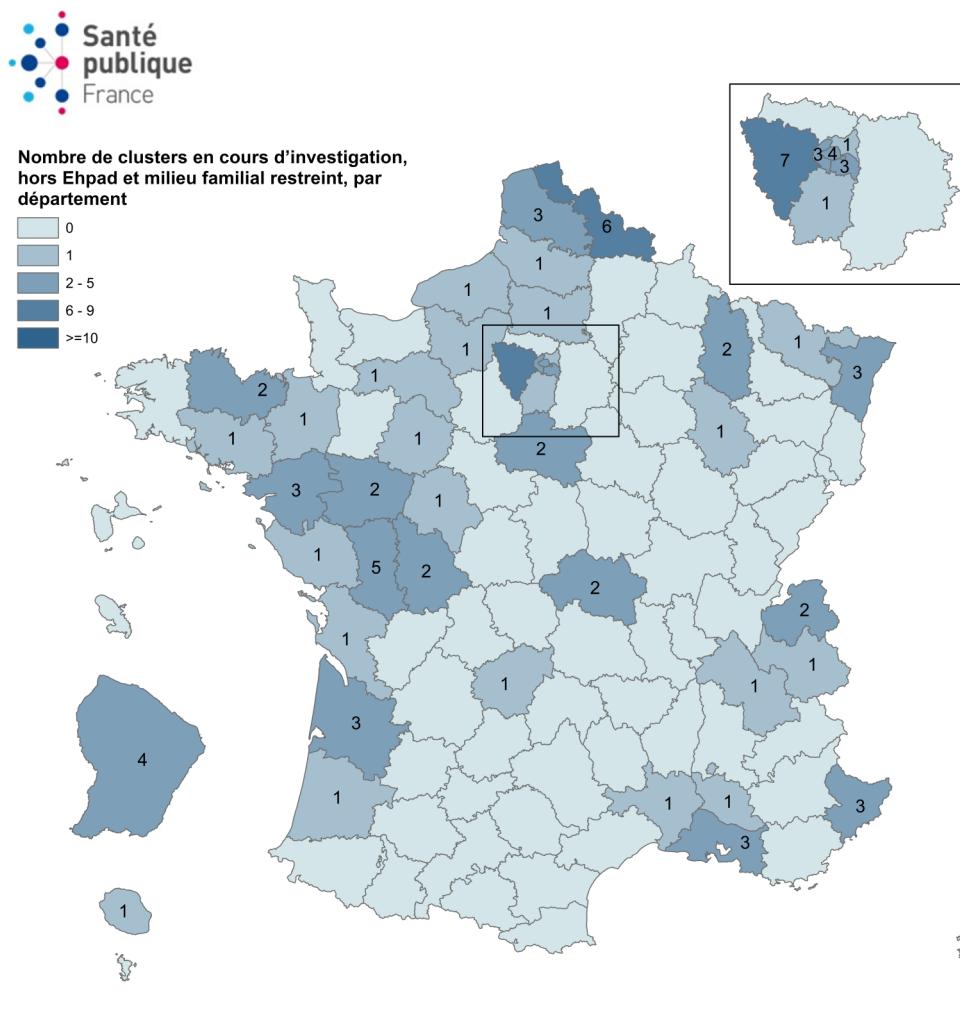


Pour en savoir plus : [Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19](#)

Tableau 1 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par type de collectivités, rapportés à Santé publique France entre le 9 et le 27 mai 2020 (N=109) (données au 27 mai 2020) (Source MONIC)

Type de collectivités	n	%
Etablissements de santé (ES)	24	22
Entreprises privées et publiques (hors ES)	22	20
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	21	19
EMS de personnes handicapées	11	10
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	7	6
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	6	6
Milieu scolaire et universitaire	3	3
Etablissement pénitentiaires	3	3
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	2	2
Crèches	1	1
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	1	1
Structure de l'aide sociale à l'enfance	0	-
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-
Transport (avion, bateau, train)	0	-
Autres	8	7

Figure 6 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) en cours d'investigation par département , rapportés à Santé publique France, entre le 9 et le 27 mai 2020 (N=87) (données au 27 mai 2020) (Source MONIC)



Source : Santé publique France

Surveillance dans les établissements sociaux et médico sociaux (ESMS)

- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 25 mai, **7 923 signalements** rapportaient un ou plusieurs cas de COVID-19 déclarés dans le portail national des signalements de Santé publique France et le portail de l'ARS Ile-de-France.
- Il s'agissait de **4 995 (63 %) signalements** provenant d'**établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPAD, EHPA et autres établissements) et **2 928 (37 %) d'autres établissements médico-sociaux** (EMS).
- Parmi les 7 923 signalements (Tableau 2) :
 - 74 402 cas de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents dont 37 235 (50 %) cas confirmés.
 - 10 335 cas sont décédés dans l'établissement d'accueil**, dont 10 248 (99 %) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
 - 3 778 cas sont décédés à l'hôpital.**
 - 41 238 cas** ont été rapportés parmi les membres du **personnel des ESMS**, dont 20 017 (49 %) cas ont été confirmés.

Tableau 2 : Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'établissement, chez les résidents et le personnel dans les ESMS, rapportés du 1^{er} mars au 25 mai 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements⁵	4 995	2 266	351	311	7 923
Nombre total de cas^{6,7}	64 989	8 088	482	843	74 402
Chez les résidents					
<i>dont cas confirmés⁶</i>	33 646	3 190	127	272	37 235
<i>dont cas hospitalisés</i>	8 327	959	7	129	9 422
Décès hôpitaux ⁸	3 558	203	0	17	3 778
Décès établissements ⁸	10 248	76	0	11	10 335
Chez le personnel					
Nombre total de cas^{6,7}	30 610	9 100	971	557	41 238
<i>dont cas confirmés⁶</i>	16 215	3 347	275	180	20 017

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 EMS/EHPA.

⁷Cas possible COVID-19 : fièvre (ou sensation de fièvre) avec des signes respiratoires (comme la toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression thoracique) OU autre tableau clinique compatible avec le COVID-19 selon l'avis du médecin, parmi les personnes résidentes ou les membres du personnel d'un EMS/EHPA.

⁸Cas possibles et confirmés décédés

Après la décroissance observée depuis début avril, **le nombre de signalements reste très bas depuis début mai (Figure 7).**

- La proportion de nouveaux cas, possibles ou confirmés, chez les résidents en EHPA a diminué sur les 14 derniers jours (semaines 20 et 21 : du 11 au 24 mai 2020) comparée aux 14 jours précédents (semaines 18 et 19 : du 27 avril au 10 mai 2020), en particulier dans les régions les plus touchées (Figure 8). Cette proportion a été calculée en rapportant le nombre de cas des EHPA sur les effectifs totaux de résidents en EHPA en 2020 recensés par la DREES (base FINESS).
- Le nombre de décès chez les résidents a atteint un pic début avril et décroît depuis (Figure 9).
- La létalité chez les résidents des EHPAD est plus élevée dans les régions Corse, Grand Est, Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté et Centre-Val de Loire (Figure 10). La létalité correspond aux nombres de décès à l'hôpital ou dans l'établissement rapportés aux nombres de cas possibles et confirmés résidant dans les EHPAD.

Figure 7. Nombre d'établissements ayant signalé un 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 25 mai 2020, France (hors Ile-de-France) (N= 6 114)

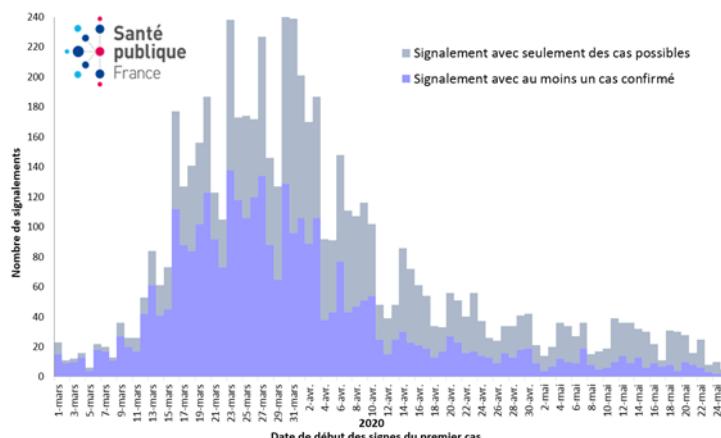


Figure 8 : Proportion (%) de nouveaux cas possibles ou confirmés de COVID-19 chez les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) par date de signalement, en semaines 20 et 21 comparée à celle des 2 semaines précédentes (semaines 18 et 19), par région, en France*

**Semaines 20 et 21
(du 11 au 24 mai 2020)**

**Semaines 18 et 19
(du 27 avril au 10 mai 2020)**

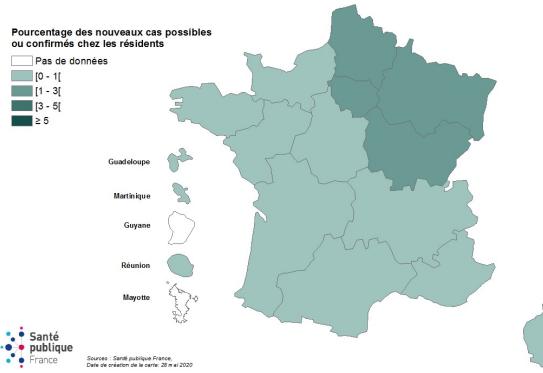


Figure 9. Nombre moyen* de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès, rapportés du 1^{er} mars au 24 mai 2020, en France hors Ile-de-France (*moyenne glissante sur 7 jours).

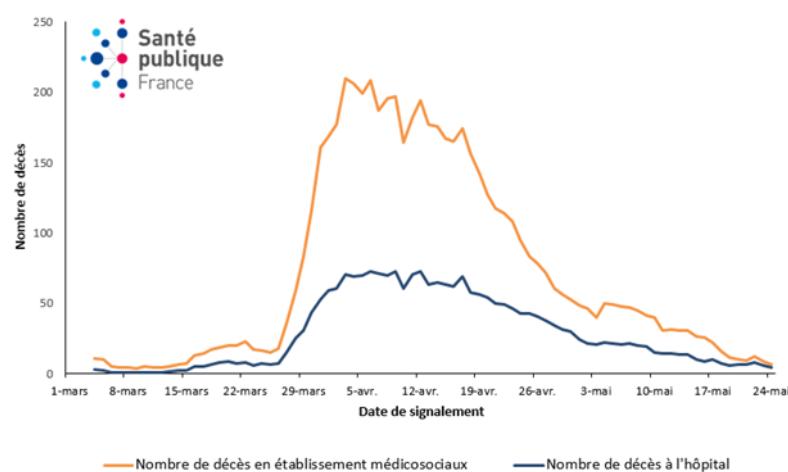
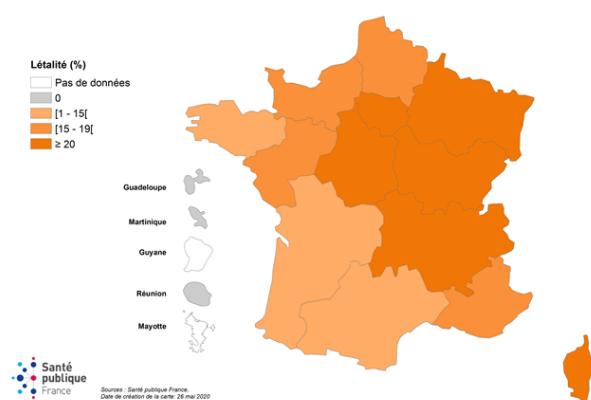


Figure 10. Létalité (%) liée au COVID-19 chez les résidents des EHPAD par région, rapportés du 1^{er} mars au 24 mai 2020, France*



*La létalité correspond aux nombres de décès à l'hôpital ou dans l'établissement rapportés aux nombres de cas possibles et confirmés résidant dans les EHPAD. La létalité n'a été estimée que si un minimum de 2 établissements ou 20 cas chez les résidents ont été signalés dans la région.

Surveillance en milieu hospitalier

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

- Depuis le 24 février 2020, 159 937 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 26 mai, intégrant l'ensemble des services ayant transmis au moins une fois sur la période).
- En semaine 21 (du 18 au 24 mai), 4 953 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période, représentant 2% de l'activité totale.
- Ces passages étaient en diminution de 17% par rapport à la semaine 20, tandis que leur part dans l'activité totale des urgences restait stable (respectivement 5 950 passages et 3% de l'activité totale en semaine 20 données consolidées au 26 mai 2020) (Figure 11).
- En semaine 21, sur l'ensemble des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 enregistrés au niveau national, 40% étaient enregistrés en Île-de-France, 14% en Grand Est, 12% en l'Auvergne-Rhône-Alpes, 10% en Hauts-de-France
- En semaine 21, les passages aux urgences étaient en baisse pour la 8^{ème} semaine consécutive au niveau national et en région.
- La proportion d'hospitalisation après passage pour suspicion de COVID-19 tous âges, indicateur de gravité à l'arrivée aux urgences était en très légère baisse à 36% (38% en semaine 20 - données consolidées au 26 mai 2020).

Figure 11. Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et classe d'âge, depuis le 24 février 2020 (source: OSCOUR®)

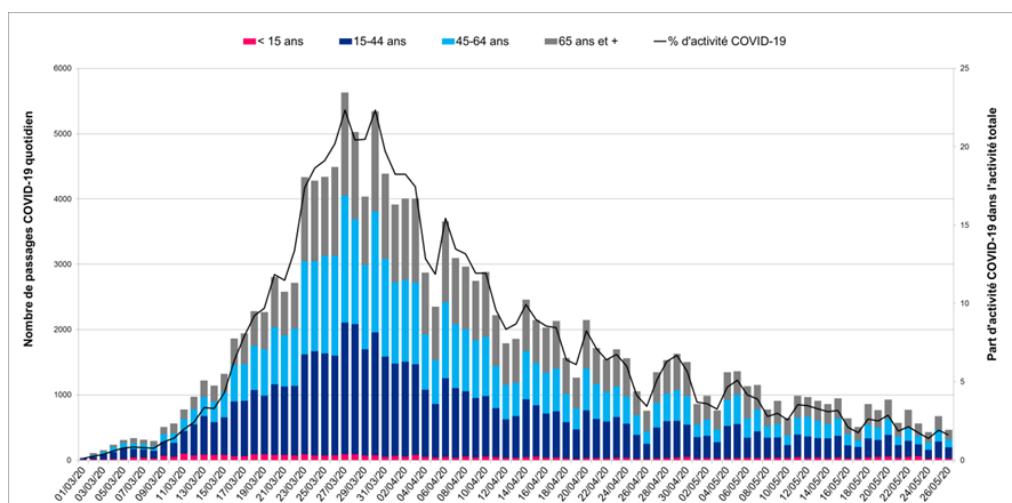
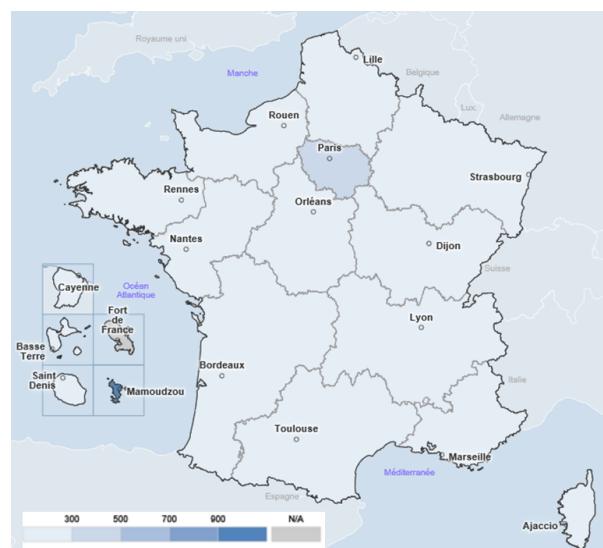


Figure 12. Taux de passage pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, semaine 21 (source : OSCOUR®)



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

- Depuis le 1^{er} mars 2020, 1 470 établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Parmi les **100 841 patients** ayant été hospitalisés **depuis le 1^{er} mars** (Tableau 3).
 - L'âge médian des patients était de 72 ans et 54% étaient des hommes.
 - 18 195 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 65 879 patients sont rentrés à domicile.
- Le 26 mai 2020, 16 264 cas** de COVID-19 étaient **hospitalisés** en France dont 1 555 cas en réanimation.

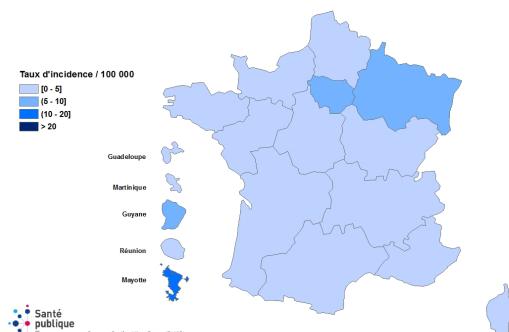
Tableau 3. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 26 mai 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars par classe d'âge et par région (source : SI-VIC), France

	Le 26 mai 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
Total	N	%	N	%	N	%	N	%
Classes d'âge *	16 264		1 555		65 879		18 195	
Total	16 150		1 543		65 414		18 087	
0-14 ans	58	<1	12	<1	773	1	3	<1
15-44 ans	724	4	110	7	9 374	14	181	1
45-64 ans	3 047	19	571	37	20 180	31	1 857	10
65-74 ans	3 364	21	549	36	12 490	19	3 204	18
75 et +	8 957	55	301	20	22 597	35	12 842	71
Régions *	16 209		1 519		65 870		18 175	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	1 404	9	139		6 738	10	1 645	9
Bourgogne-Franche-Comté	514	3	54		3 343	5	997	5
Bretagne	216	1	22		1 110	2	246	1
Centre-Val de Loire	668	4	45		1 691	3	501	3
Corse	35	<1	5		218	<1	58	<1
Grand Est	2 389	15	182		10 430	16	3 379	19
Hauts-de-France	1 541	10	144		5 515	8	1 697	9
Ile-de-France	6 907	43	659		23 918	36	6 988	38
Normandie	419	3	25		1 399	2	417	2
Nouvelle-Aquitaine	348	2	48		1 867	3	388	2
Occitanie	274	2	55		2 636	4	488	3
Pays de la Loire	431	3	29		1 663	3	430	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	952	6	92		4 790	7	889	5
Outre-Mer								
La Réunion	16	<1	1		116	<1	1	<1
Martinique	17	<1	2		81	<1	14	<1
Mayotte	47	<1	13		218	<1	19	<1
Guadeloupe	13	<1	2		73	<1	17	<1
Guyane	18	<1	2		64	<1	1	<1

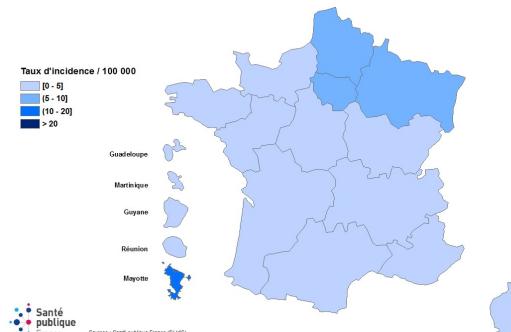
* L'information sur l'âge n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Figure 13. Taux d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, sur les 7 derniers jours (du 20 au 26 mai 2020) comparé aux 7 jours précédents (du 13 au 19 mai), par région en France (source : SI-VIC)

du 20 au 26 mai 2020



du 13 au 19 mai 2020



- Les plus forts taux d'hospitalisations hebdomadaires (du 20 au 26 mai) de patients COVID-19 ont été observés à Mayotte (12/100 000 h), en Guyane (7/100 000 habitants), dans les régions Grand Est (6/100 000 habitants), Ile-de-France (5/100 000 h). Une tendance à la diminution ou une stabilité à des niveaux bas ont été observées dans toutes les régions de France métropolitaine. Pour **Mayotte**, les taux d'hospitalisations hebdomadaires ont diminué par rapport à la semaine précédente mais restent à un **niveau élevé** (Figure 13). En **Guyane**, une augmentation de l'incidence des hospitalisations est observée, mais le nombre de cas impliqués reste faible.

- Le nombre de **nouvelles hospitalisations** pour COVID-19 **continue de décroître** en semaine 21 (du 18 au 24 mai) : 2 201 versus 3 218 cas en S20 (Figure 14).
- La diminution du nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés observée depuis le 14 avril se poursuit (Figure 15).

Figure 14. Nombre journalier de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés et nombre d'établissements déclarants, données au 26 mai 2020, France (source : SI-VIC)

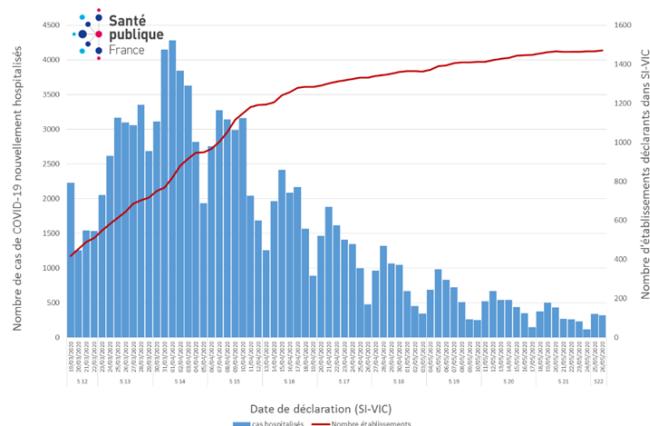
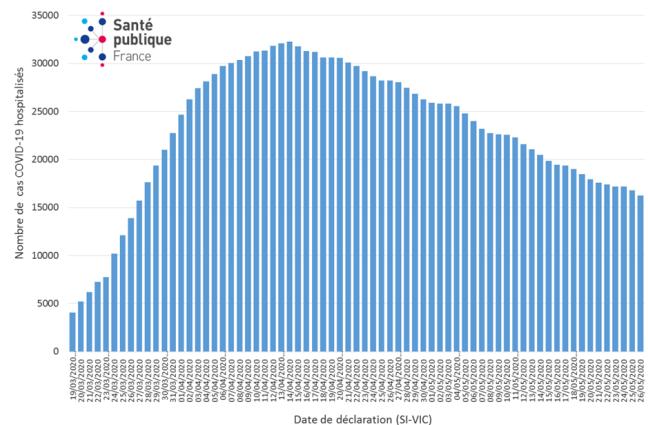


Figure 15. Nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés en France, données au 26 mai 2020 (source : SI-VIC)



Au total, 1 555 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en réanimation en France le 26 mai 2020.

- Le 26 mai 2020, 37 nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 ont été rapportées (Figure 16).
- Le nombre de nouvelles admissions en réanimation continue de diminuer en semaine 21 (268 cas en S21 versus 429 en S20) (Figure 16).
- Le nombre journalier de cas hospitalisés en réanimation est **toujours en diminution** depuis le 8 avril (Figure 17).
- Les plus forts taux d'admission hebdomadaire en réanimation (du 20 au 26 mai) de patients COVID-19 ont été observés à Mayotte (2,9/100 000 habitants), dans les régions Grand Est (0,8/100 000 h), Ile-de-France (0,7/100 000 h) et en Guyane (0,7/100 000 h). Une stabilisation ou tendance à la diminution a été observée dans toutes les régions de France métropolitaine et dans la plupart les départements d'Outre-mer. Le taux est stable à Mayotte mais a augmenté en Guyane (Figure 18).
- Le nombre de décès survenus au cours d'une hospitalisation continue de diminuer en semaine 21 (581 en S21 versus 861 en S20) (Figure 16).

Figure 16. Nombre journalier de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 et nombre de nouveaux décès survenus au cours de l'hospitalisation, France, données au 26 mai 2020 (source : SI-VIC)

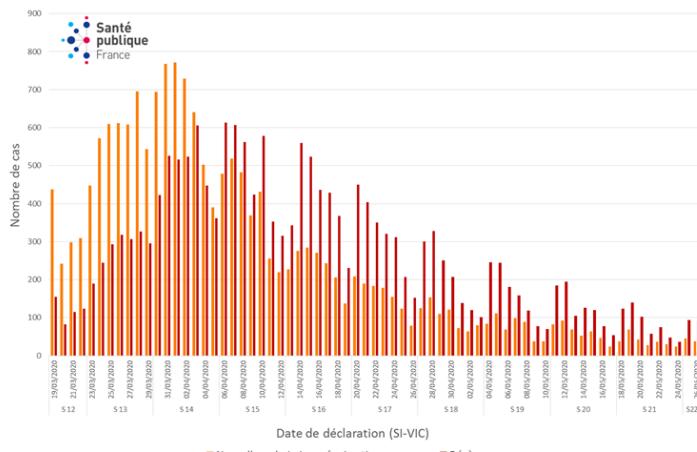


Figure 17. Nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés en réanimation, données au 26 mai 2020, France (source : SI-VIC)

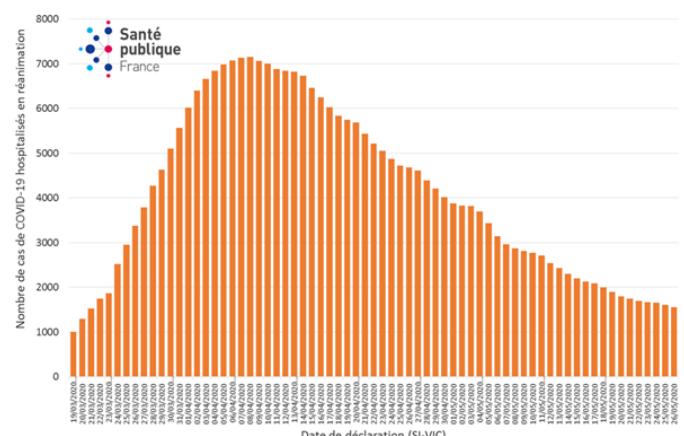
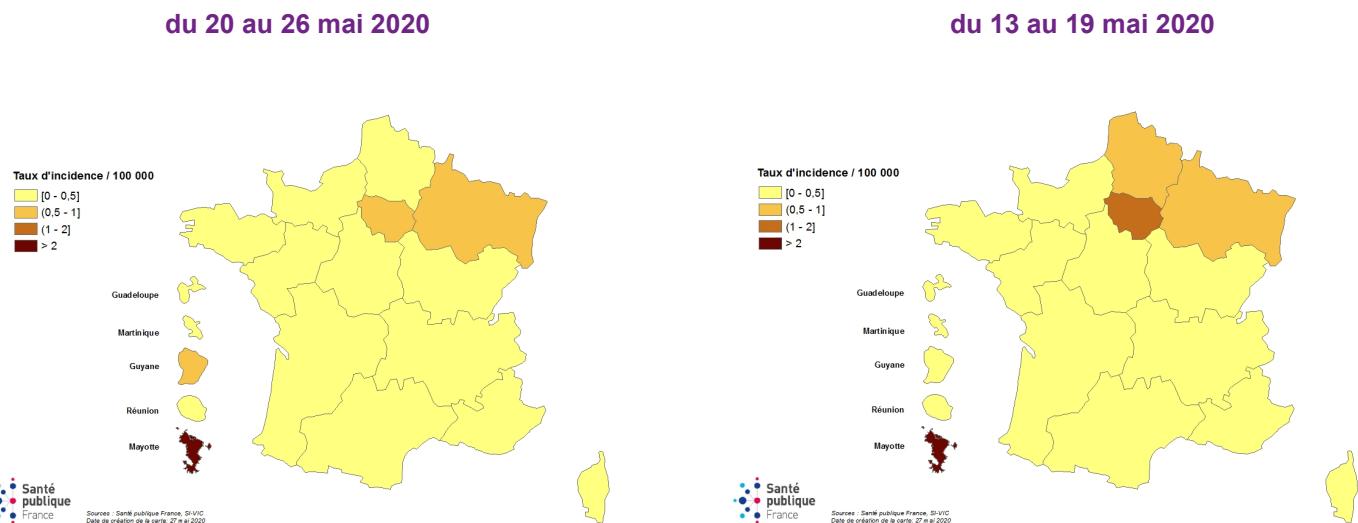
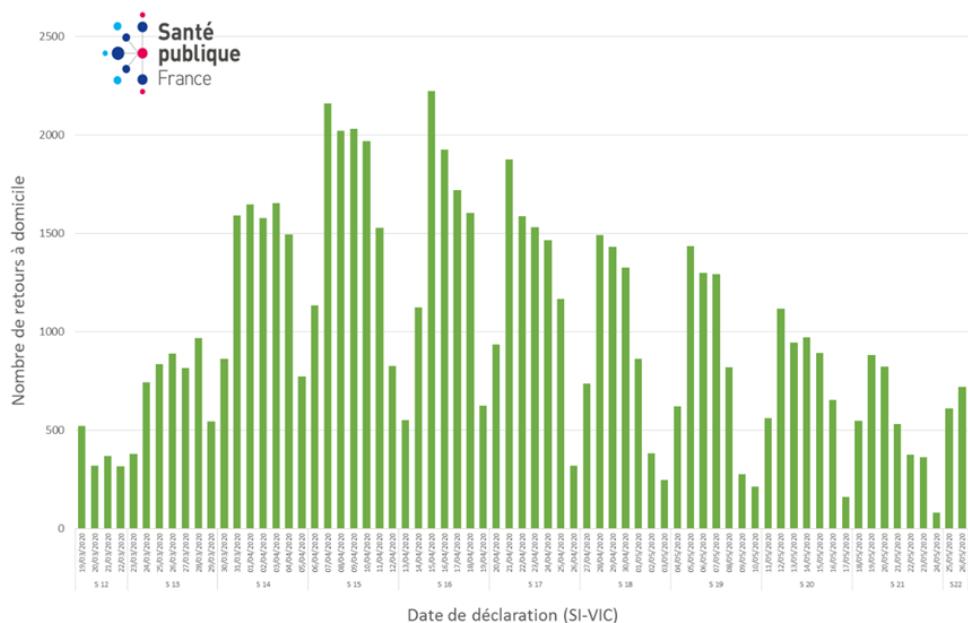


Figure 18. Taux d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants sur les 7 derniers jours (du 20 au 26 mai 2020) comparé aux 7 jours précédents (du 13 au 19 mai), par région, en France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation continue de diminuer en semaine 21 (3 597 en S21 versus 5 294 en S20) (Figure 19)

Figure 19. Nombre journalier de retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation, France, données du au 26 mai 2020 (source : SI-VIC)



Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation

Cette surveillance débutée mi-mars est basée sur un réseau sentinelle de services de réanimation volontaires et a pour objectif de documenter les caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation (cas confirmés et cas probables). Elle n'a pas vocation à dénombrer tous les cas graves de COVID-19 admis en réanimation.

- Depuis le 16 mars 2020 : **3 960 cas** ont été rapportés par **155 services de réanimation**, dont 13 cas admis en semaine 21 (versus 25 cas en S20 et 49 cas en S19).
- Une **confirmation virologique** était renseignée pour **3 622 patients** (92%) ; **1 139** d'entre eux (29%) présentaient également des lésions pulmonaires évocatrices de COVID-19 visibles au **scanner** (donnée recueillie depuis le 27 mars). Deux cents quatorze patients (5%) présentaient des lésions pulmonaires évocatrices de COVID-19 visibles au scanner sans qu'une confirmation virologique soit disponible. L'information sur le diagnostic n'était pas renseignée pour 119 (3%) cas.
- 73%** étaient des **hommes** ; l'âge médian des patients était de 66 ans (58% étaient âgés de 65 ans et plus) (Tableau 4a).
- 78%** des cas présentaient **au moins une comorbidité** (Tableau 4a). Cette proportion est probablement sous-estimée du fait de l'inclusion tardive de l'hypertension artérielle (HTA) et des pathologies hépatiques dans le recueil systématique des comorbidités (Tableau 4b). Si l'on considère uniquement les cas signalés à partir de l'ajout de ces 2 comorbidités, la proportion de cas présentant au moins une comorbidité s'élève à **85%**.
- Le **délai médian d'admission en réanimation** suite à l'apparition des premiers signes était de **8 jours** (intervalle interquartile (IIQ) : 6-11 jours, donnée disponible pour 3 768 patients).
- La **durée médiane de séjour en réanimation** était de **11 jours** (IIQ : 5-21 jours) parmi les 1 920 patients sortis de réanimation pour qui l'information était disponible. Cette durée était de 10 jours (IIQ : 4-19 jours, données disponibles pour 598 patients) pour les patients décédés.
- Parmi l'ensemble des cas signalés, **615 décès** et **2 033 sorties de réanimation** (transferts dans un service hors réanimation ou retours à domicile) ont été rapportés à ce jour. La **mortalité**, calculée pour ces 2 648 cas dont l'évolution est connue, était de **23%**.
- Parmi les 615 décès (Tableaux 4a et 4b) :
 - L'âge médian était de 72 ans ; 76% étaient âgés de 65 ans et plus.
 - 86% présentaient au moins une comorbidité : les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (40%), un surpoids ou une obésité (31%), une pathologie cardiaque (30%), le diabète (30%) et une pathologie pulmonaire (22%).
 - A ce jour, 3 décès survenus chez des enfants (âge <18 ans) ont été rapportés dans le cadre de la surveillance sentinelle des cas graves. Parmi les enfants décédés : 2 présentaient des comorbidités sous-jacentes ; le 3^{ème} enfant présentait un tableau clinique complexe avec de multiples surinfections bactériennes.
- 103 cas étaient des professionnels de santé parmi lesquels 6 sont décédés.

NB : Les proportions présentées dans le texte sont calculées à partir des données renseignées (sauf précision).

Tableau 4a : Nombre de cas graves de COVID-19 admis en réanimation et nombre de décès survenus en réanimation rapportés du 16 mars au 26 mai 2020 en France (données arrêtées le 26 mai 2020, N=3 960), selon la classe d'âge et la présence de comorbidité*

Classe d'âge Cas	Sans comorbidité ¹		Avec comorbidité ¹	
	Effectif	%	Effectif	%
0-14 ans	18	51	17	49
15-44 ans	89	29	223	71
45-64 ans	364	25	1 096	75
65-74 ans	247	18	1 112	82
75 et +	135	19	590	81
Non renseigné	3	-	7	-
Total	856	22	3 045	78
Décès				
0-14 ans	1	-	1	-
15-44 ans	3	-	11	-
45-64 ans	20	16	107	84
65-74 ans	28	12	199	88
75 et +	33	14	202	86
Non renseigné	-	-	1	-
Total	85	14	521	86

¹ % présentés en ligne

*A noter qu'il existe des valeurs manquantes pour l'ensemble des variables recueillies

Tableau 4b : Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation rapportés du 16 mars au 26 mai en France (données arrêtées le 26 mai 2020, N=3 960) par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle*

Sexe	Ensemble des cas (n=3 960)		Décès en réanimation (n=615)	
	Effectif	%	Effectif	%
Ratio homme/femme et % d'hommes	2,7	73	3,0	75
Classes d'âge				
0-14 ans	35	1	2	1
15-44 ans	316	8	14	2
45-64 ans	1 486	38	129	21
65-74 ans	1 379	35	232	38
75 et +	734	19	237	39
Non renseigné	10	<1	1	<1
Total	3 960		615	
Facteurs de risque, comorbidités et grossesse¹				
Aucun	856	22	85	14
Surpoids ou obésité (IMC>=25kg.m ⁻²) ²	1 395	35	189	31
Surpoids (IMC [25;30[)	456	12	67	11
Obésité modérée (IMC [30;35[)	426	11	53	9
Obésité sévère (IMC [35;40[)	194	5	26	4
Obésité morbide (IMC>=40)	290	7	41	7
Surpoids ou obésité avec IMC non renseigné	29	1	2	<1
Diabète	996	25	185	30
Pathologie cardiaque	760	19	184	30
Pathologie pulmonaire	654	17	137	22
Immunodéficience	260	7	58	9
Pathologie rénale	240	6	59	10
Pathologie neuromusculaire	144	4	41	7
Grossesse	18	<1	0	-
Autre	395	10	74	12
Non renseigné	59	1	9	1
Comorbidités sur recueil réalisé à partir du 06/04/2020 (2 031 cas dont 288 décès)³				
Hypertension artérielle (HTA)	744	37	115	40
Pathologie hépatique	26	1	10	3
SDRA⁴				
Pas de SDRA	811	20	39	6
Mineur	316	8	22	4
Modéré	1 119	28	95	15
Sévère	1 559	39	426	69
Non renseigné	155	4	33	5
Ventilation⁵				
Oxygénothérapie (lunettes ou masque)	311	8	8	1
Oxygénothérapie à haut débit (Optiflow™)	711	18	69	11
Ventilation non invasive	83	2	10	2
Ventilation invasive	2 322	59	463	75
ECMO/ECCO2R	145	4	41	7
Non renseigné	388	10	24	4

¹ Un patient peut présenter plusieurs facteur(s) de risque et comorbidité(s) parmi ceux listés dans le tableau.

² Bien que l'IMC ne soit recueilli systématiquement qu'à partir du 21/04/2020, il était fréquemment renseigné avant cette date, permettant ainsi de reconstituer l'information sur le surpoids et les différents stades de l'obésité pour les cas signalés avant cette date. La prévalence de la comorbidité surpoids ou obésité reste tout de même sous-estimée à ce jour.

³ Ces deux comorbidités ont été incluses dans le recueil systématique après la mise en place de la surveillance. Les prévalences sont calculées à partir des données recueillies à compter du 06/04/2020 (semaine 15) afin de prendre en compte la montée en charge du recueil de ces deux items.

⁴ Le mode de recueil de cette donnée permet de documenter le niveau de sévérité maximal de SDRA atteint au cours du séjour en réanimation

⁵ La modalité de ventilation (et oxygénation) présentée est celle correspondant à la modalité la plus invasive mise en place au cours du séjour en réanimation.

*A noter qu'il existe des valeurs manquantes pour l'ensemble des variables recueillies

Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS)

Santé publique France a été informée le 27 avril 2020 par un groupe de pédiatres de l'identification de cas de myocardite avec état de choc cardiogénique survenus en Ile-de-France chez des enfants avec une infection COVID-19 récente. Les symptômes présentés faisaient penser à ceux de la maladie de Kawasaki, mais avec une note inflammatoire et myocardique beaucoup plus marquée.

Afin de recenser au mieux ces tableaux cliniques atypiques paraissant correspondre à un syndrome post-infectieux COVID-19, les pédiatres hospitaliers ont été invités, depuis le 30 avril, à signaler chaque nouveau cas de syndrome inflammatoire systémique atypique pédiatrique possiblement en lien avec le COVID-19, ainsi que de manière rétrospective **depuis le 1^{er} mars 2020**.

Cette surveillance est réalisée par Santé publique France en collaboration avec le Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques, la Filière de santé des maladies auto-immunes et auto-inflammatoires rares, la Société Française de Pédiatrie, la Société Française de Cardiologie, filiale de Cardiologie pédiatrique et congénitale, le Groupe de pathologies infectieuses pédiatriques et la Société francophone dédiée à l'étude des maladies inflammatoires pédiatriques.

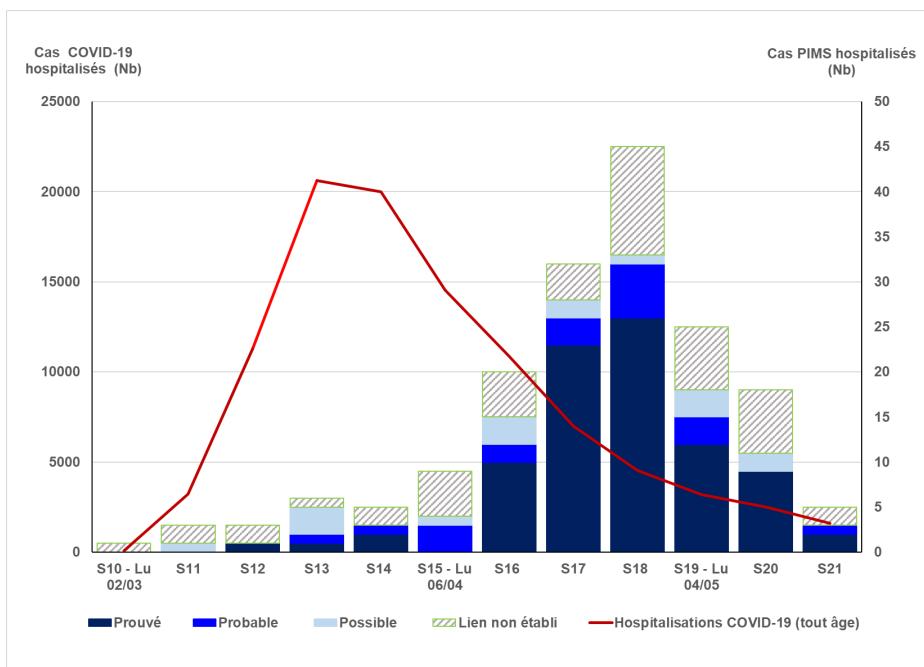
- Au 26 mai 2020, **172 signalements** de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) confirmés ou suspectés d'être en lien avec le COVID-19 et survenus **depuis le 1^{er} mars 2020**, ont été rapportés.
- Quatre-vingt-dix cas (52%) ont concerné des filles. La répartition des cas par groupe d'âge est présentée dans le Tableau 5.

Tableau 5 : Répartition des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS) par groupe d'âge, depuis le 1er mars 2020 en France (données au 26 mai 2020).

Groupe d'âge	<1 an	1-4 ans	5-9 ans	10-14 ans	≥15 ans
Nombre de cas	11	53	52	46	10
%	6	31	30	27	6

- Une PCR et/ou sérologie pour SARS-CoV-2 étaient positives dans la moitié des cas (n=86, 50%) et le lien au virus était probable chez 20 (12%) autres patients (contage avec un sujet positif ou scanner évocateur). Pour 16 patients (9%), le lien avec le COVID-19 était considéré comme possible avec des résultats encore en attente. Pour les 50 autres (29%) ce lien n'a pas pu être établi. Ces résultats sont en faveur d'un lien entre l'infection par le SARS-CoV-2 et cette pathologie.
- Pour les 122 cas pour lesquels le lien avec le COVID-19 était possible, probable ou prouvé, les syndromes d'inflammation multi-systémique étaient associés à une myocardite pour 83 patients (68%). Pour les 50 cas sans lien établi avec le COVID-19, la présence d'une myocardite n'a été retrouvée que pour 6 d'entre eux.
- Un séjour en réanimation a été nécessaire pour 80 enfants et en unité de soins critiques pour 26. Les autres enfants ont été hospitalisés en service de pédiatrie. A ce jour, un seul décès a été rapporté : un enfant âgé de 9 ans, décédé dans un tableau d'inflammation systémique avec myocardite.
- La distribution hebdomadaire des hospitalisations pour PIMS est présentée dans la Figure 20 ainsi que celle des hospitalisations pour COVID-19 tous âges confondus depuis début mars (semaine 10) 2020. La comparaison des courbes d'hospitalisation pour COVID-19 et pour cette pathologie est en faveur d'un délai moyen de survenue de ces syndromes inflammatoires multi-systémiques de 4 à 5 semaines après l'infection par le SARS-CoV-2.

Figure 20. Distribution des cas de syndrome inflammatoire multi-systémiques pédiatriques (PIMS), par semaine d'hospitalisation, en fonction du diagnostic de COVID-19 et distribution des hospitalisations COVID-19, tous âges, depuis le 1er mars 2020 en France (données au 26 mai 2020).



* Graphique selon la date d'hospitalisation contrairement au graphique présenté dans le PE du 14 mai qui prenait en compte la date de début des signes

- Plus de la moitié des cas (87 cas) ont été rapportés dans la région **Île-de-France**. Entre 10 et 20 cas ont été rapportés dans les régions Auvergne-Rhône-Alpes, Grand Est et Provence Alpes Côte d'Azur (Tableau 6).

Tableau 6. Nombre de cas de syndrome inflammatoire multi-systémiques pédiatriques (PIMS) par région, depuis le 1er mars 2020 en France (données au 26 mai 2020)

Régions métropolitaines	Nombre de cas
Auvergne-Rhône-Alpes	20
Bourgogne-Franche-Comté	5
Bretagne	1
Centre-Val de Loire	2
Corse	0
Grand Est	16
Hauts-de-France	3
Île-de-France	87
Normandie	5
Nouvelle-Aquitaine	5
Occitanie	1
Pays de la Loire	9
Provence-Alpes-Côte d'Azur	14
Régions ultramarines	
Guadeloupe	3
Guyane	0
Martinique	0
La Réunion	0
Mayotte	1
TOTAL	172

- Au total, les données recueillies confirment l'existence d'un syndrome inflammatoire pluri-systémique rare chez l'enfant avec fréquente atteinte cardiaque, lié à l'épidémie de COVID-19, également observé dans d'autres pays.
- Après un pic observé selon la date d'hospitalisation en semaine 18, le nombre de nouveaux cas signalés diminue de manière importante.

Surveillance des professionnels des établissements de santé

Cette surveillance a été mise en place le 22 avril 2020 et a pour objectif de recenser les professionnels salariés d'un établissement de santé (ES) d'hospitalisation, public ou privé, ayant été infectés par le SARS-CoV-2 depuis le 1^{er} mars 2020. Ces professionnels font partie d'une population particulièrement exposée au SARS-CoV-2.

Les cas sont définis comme tout professionnel travaillant en établissement de santé dont l'infection par SARS-CoV-2 est confirmée par PCR, mais également les cas probables (clinique, historique de contact ou imageries évocatrices), reconnus comme infectés par la cellule « COVID-19 » ou l'infectiologue référent de l'ES

- Depuis le 1^{er} mars, **30 230** cas ont été rapportés par **1 156** établissements répartis dans les 18 régions françaises (Tableaux 7 et 8). Parmi les 29 CHR-CHU français, 26 ont participé à l'enquête. Le taux de participation par région parmi l'ensemble des établissements était en moyenne de 35% (minimum : 19% maximum 63%).
- Parmi les **30 230 cas**, **25 327 (84%)** étaient des professionnels de santé et **3 083 (10%)** des professionnels non soignants. Pour 6% des cas, la catégorie professionnelle n'était pas renseignée. La dynamique de déclaration des cas est présentée dans la figure 21.
- Une grande partie des cas était des infirmiers (**28%**) ou des aides-soignants (**24%**) (Tableau 9).
- Parmi ces **30 230** cas, 16 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2 ont été rapportés depuis le 1^{er} mars 2020, dont 5 médecins, 4 aides-soignants, 1 professionnel de santé «autre» et 6 professionnels non soignants.
- Ces premiers résultats ne concernent pas les professionnels de santé libéraux qui peuvent, s'ils ont été atteints, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#).

NB : chaque semaine, un référent par établissement fournit ces données qui sont susceptibles d'évoluer au cours de la période de surveillance.

Tableau 7 : Répartition du nombre d'établissements de santé déclarants par type, depuis le 1^{er} mars 2020 (données au 24 mai 2020), France.

Type d'établissement	Nombre d'ES ayant participé à la surveillance
CHR/CHU/HIA	33
CH/Hopital local	306
ES privés de soins de courte durée	218
CLCC	14
ES Psychiatrie	111
SLD	25
SSR	184
regroupement de plusieurs types d'ES	126
soins ambulatoires ou à domicile	100
<i>donnée en cours de vérification</i>	39
Total	1 156

CHR : centre hospitalier régional
CHU : centre hospitalier universitaire
HIA : hôpital d'instruction des armées
CH : centre hospitalier
ES : établissement de santé
CLCC : centre de lutte contre le cancer
SLD : soins de longue durée
SSR : soins de suite et réadaptation

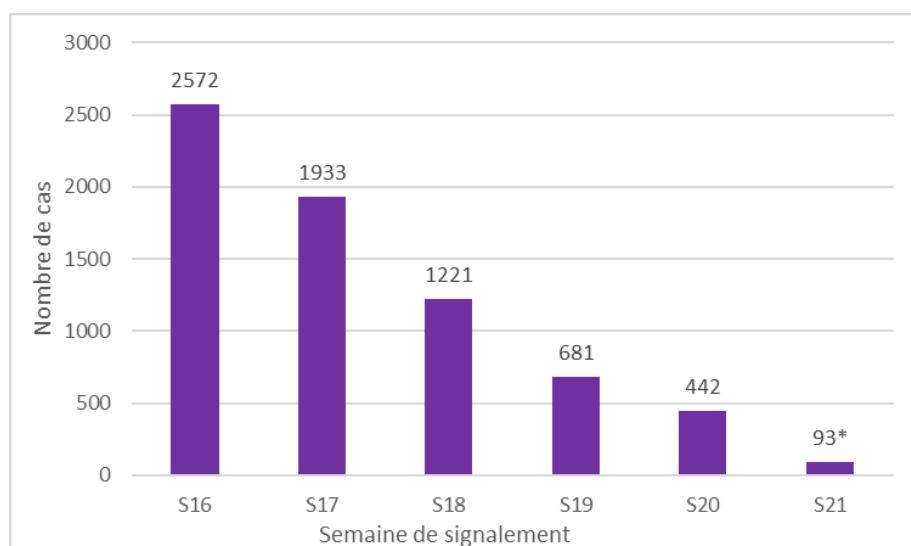
Tableau 8 : Répartition du nombre d'établissements de santé déclarant, par région, depuis le 1^{er} mars 2020 (données au 24 mai), France.

Région	Nombre d'ES ayant participé à la surveillance	Nombre de cas
Auvergne-Rhône-Alpes	159	3381
Bourgogne-Franche-Comté	57	2475
Bretagne	61	539
Centre-Val-de-Loire	48	787
Corse	7	83
Grand Est	90	4070
Guadeloupe	7	38
Guyane	6	12
Hauts-de-France	143	4270
Ile-de-France	131	9201
La Réunion	14	2
Martinique	9	26
Mayotte	1	102
Normandie	72	1027
Nouvelle-Aquitaine	77	756
Occitanie	97	1385
Pays-de-la-Loire	59	801
Provence-Alpes-Côte d'Azur	118	1275
Total	1 156	30 230

Tableau 9 : Répartition du nombre de professionnels COVID-19 déclarés, par catégorie professionnelle, depuis le 1^{er} mars 2020 (données au 24 mai), France

Catégorie professionnelle	Nombre de cas	%
Infirmier	8637	28
Aide-soignant	7272	24
Médecin	2910	10
Interne	1059	3
Élève	821	3
Kinésithérapeute	304	1
Sage-femme	187	1
Autre professionnel soignant	4137	14
Autre professionnel non soignant	3083	10
<i>Inconnu</i>	1820	6
Total	30230	100

Figure 21 : Nombre de professionnels COVID-19 déclarés (N = 6 942), par semaine de signalement, depuis le 13 avril 2020 (données au 24 mai), France.



* Les données pour la semaine 21 sont en cours de consolidation

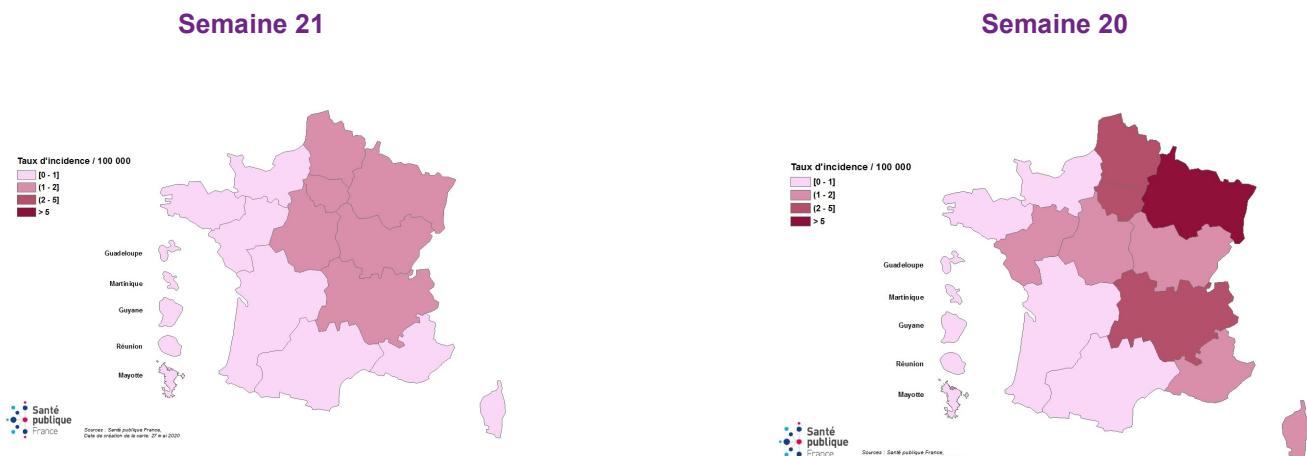
Note : Les cas antérieurs au 13 avril 2020 (N = 23 288 cas) ont été signalés à Santé publique France de manière rétrospective et agrégée sans précision sur leur semaine de signalement.

Surveillance de la mortalité

Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

- Les estimations de la mortalité due au 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 26 mai 2020, **28 530 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France ; 17 589 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 335 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.
- En semaine 21, les plus forts taux de décès de patients COVID-19 rapportés à la population (pour 100 000 habitants) étaient observés dans les régions Grand Est (1,8), Ile-de-France (1,6), Hauts-de-France (1,6) et Bourgogne-Franche-Comté (1,6) (Figure 22).
- Les taux de décès hebdomadaires** (pour 100 000 habitants) **ont diminué** dans la majorité des régions entre les semaines 20 et 21 excepté une légère hausse pour la Réunion (0,0 en S20 vs 0,1 en S21) (Figure 22).
- A l'échelle nationale, le nombre hebdomadaire de décès en France a diminué entre les semaines 20 et 21 passant de 1 324 en S20 à 581 en S21.

Figure 22 : Taux de décès COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en Ehpa et autres EMS) semaine 21 (du 18 au 24 mai) et semaine 20 (du 11 au 17 mai), 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, 10 609 certificats de décès contiennent une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 10).
 - L'âge médian au décès est de 84 ans et 91% avaient 65 ans et plus.
 - Les hommes représentent 54% de ces décès.
 - Les régions Ile-de-France, Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes regroupent le plus grand nombre de décès.
- Des comorbidités sont renseignées pour 6 965 décès, soit 66% des certificats de décès. Une mention d'hypertension artérielle est indiquée pour 25% de ces décès et une mention de pathologies cardiaques pour 33% de ces décès.
- Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 3% des personnes décédées ne présentent pas de comorbidité et sont âgées de moins de 65 ans.

Tableau 10 : 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 25 mai 2020 (données au 26 mai 2020), (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%				
Hommes	5779	54				
Cas selon la classe d'âges	n	%	Avec comorbidités¹		Total²	
0-14 ans	0	0	1	100	1	0
15-44 ans	30	31	67	69	97	1
45-64 ans	267	29	654	71	921	9
65-74 ans	539	33	1094	67	1633	15
75 ans ou plus	2806	35	5149	65	7955	75
Tous âges	3642	34	6965	66	10607	100
Comorbidités	n	%				
Au moins une comorbidité	6965	66				
Aucune ou non renseigné	3644	34				
Description des comorbidités	n	%				
Obésité	424	6				
Diabète	1137	16				
Pathologie respiratoire	1012	15				
Pathologie cardiaque	2320	33				
Hypertension artérielle	1734	25				
Pathologies neurologiques	958	14				
Pathologie rénale	871	13				
Immunodéficience	157	2				

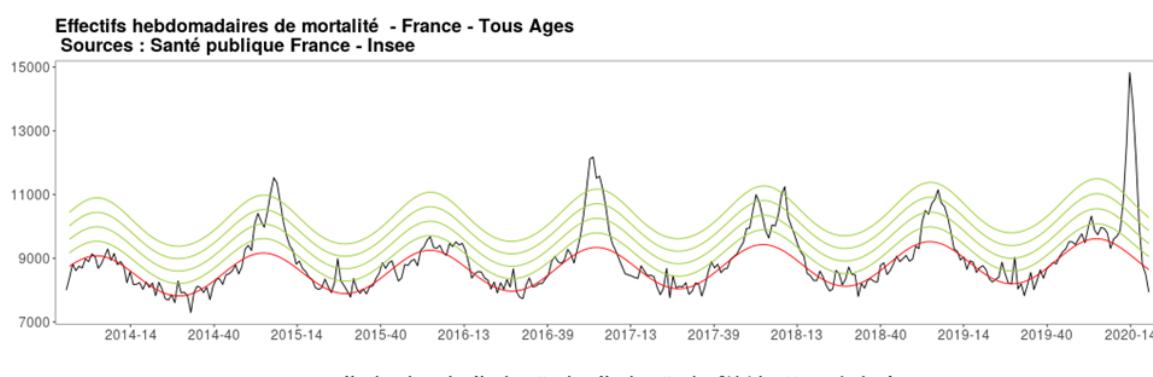
* ce groupe inclut les pathologies neuro-vasculaires et neuromusculaires

¹% présentés en ligne ; ²% présentés en colonne

Mortalité toutes causes

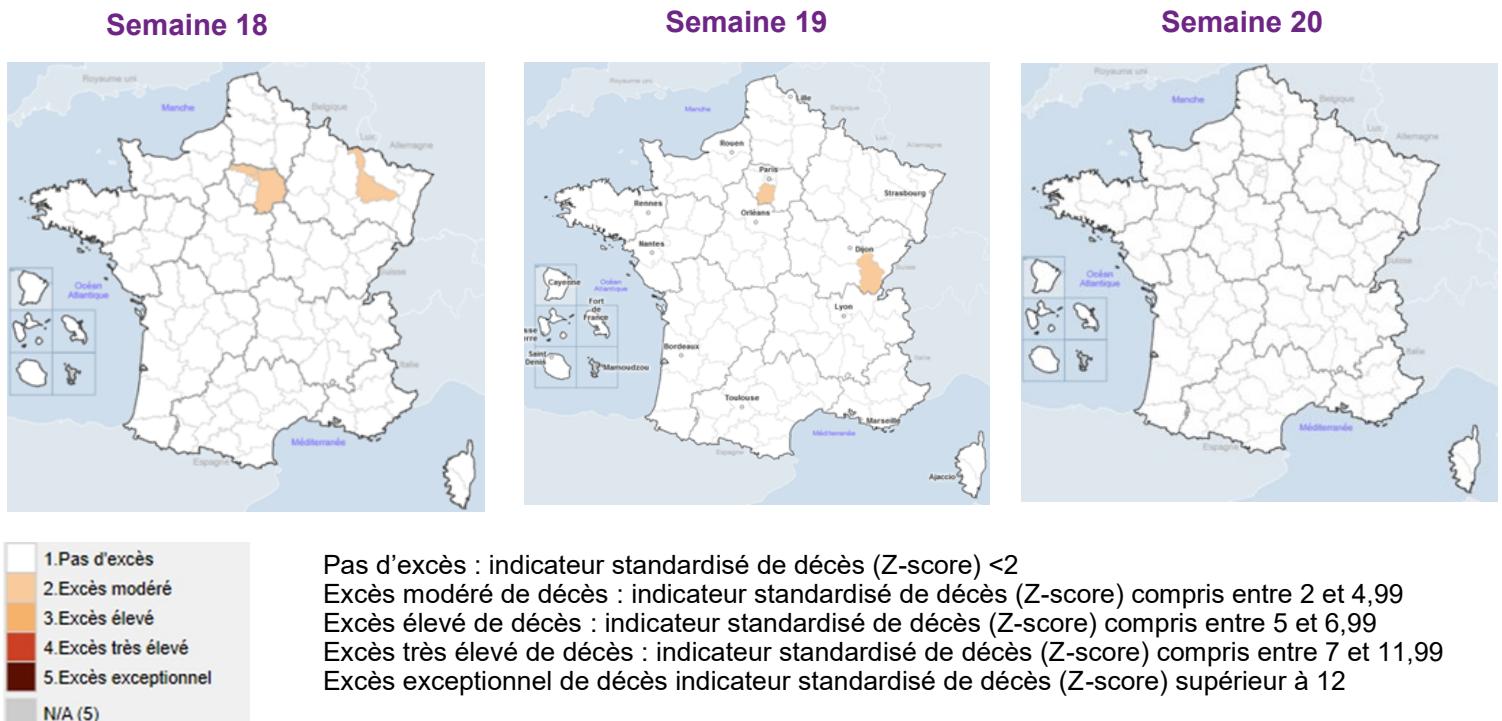
- L'analyse de la mortalité toutes causes confondues s'appuie sur les données d'état civil d'environ 3 000 communes françaises, enregistrant 77% de la mortalité nationale. Ces données ne permettent pas de disposer des causes médicales de décès.
- Au niveau national, de la semaine 12 à 17 (du 16 mars au 26 avril), la mortalité toutes causes confondues était significativement supérieure à la mortalité attendue sur cette période. **Un pic du nombre observé de décès** a été atteint en **semaine 14**, avec une diminution de la mortalité observée à partir de la semaine 15 (Figure 23). En semaines 18 (du 27 avril au 3 mai) et 19 (du 4 au 10 mai), la mortalité est revenue dans les marges de fluctuation habituelle, aussi bien tous âges que chez les personnes de 65 ans ou plus.
- Chez les personnes de 15-64 ans, la mortalité observée est légèrement inférieure à celle attendue sur les semaines 18 et 19.
- La hausse de la mortalité toutes causes confondues a été particulièrement marquée dans les régions **Ile-de-France et Grand Est**. Alors qu'un excès était encore observé en Ile-de-France en semaine 18, plus aucune région n'est en excès à partir de la semaine 19. Une sous-mortalité est par ailleurs notée dans les régions Bretagne (S17 et S18), Nouvelle-Aquitaine (S17 et S18) et Normandie (S18), ainsi qu'en Occitanie et Pays-de-la-Loire (S19).

Figure 23 : Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 46/2013 à la semaine 20/2020 (Source Santé publique France - Insee)



- Au niveau départemental, 5 départements étaient encore en excès en semaine 18 et 2 départements en semaine 19 (Figure 24). Plus aucun département n'est en excès en semaine 20.
- Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. Les nombres de décès permettant l'estimation d'excès ou de sous-mortalité sont donc des valeurs minimales ayant vocation à augmenter dans les semaines à venir. Les estimations jusqu'à la semaine 17 sont consolidées et celles de la semaine 18 quasi consolidées. La hausse ou baisse de la mortalité observée dans les régions est liée à l'épidémie de COVID-19 et son confinement, sans qu'il ne soit possible à ce jour d'en estimer la part attribuable précise

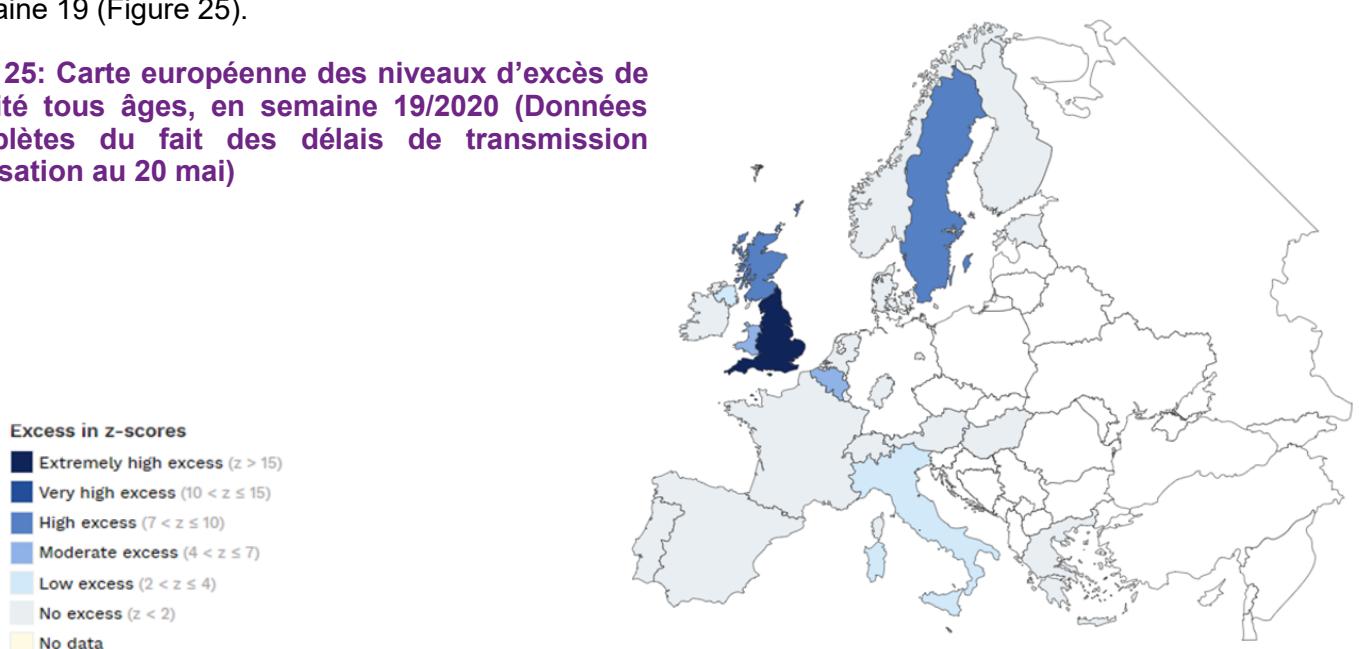
Figure 24 : Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 18 à 20, données au 26 mai 2020, par département (Sources : Santé publique France, Insee)



Mortalité à l'échelle européenne

A l'échelle européenne, parmi les 24 pays ou régions qui participent au consortium EuroMOMO (<https://www.euromomo.eu/>) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, un excès de mortalité est observé en Italie depuis la semaine 11 (du 9 au 15 mars), dans 9 pays/régions en semaine 12, dans 13 pays/régions en semaine 13, dans 15 pays/régions en semaine 14, 17 pays/régions en semaine 15, 12 pays/régions en semaine 16, 13 pays/régions en semaine 17, 9 pays/régions en semaine 18 et 7 pays/régions en semaine 19 (Figure 25).

Figure 25: Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 19/2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission actualisation au 20 mai)



Prévention

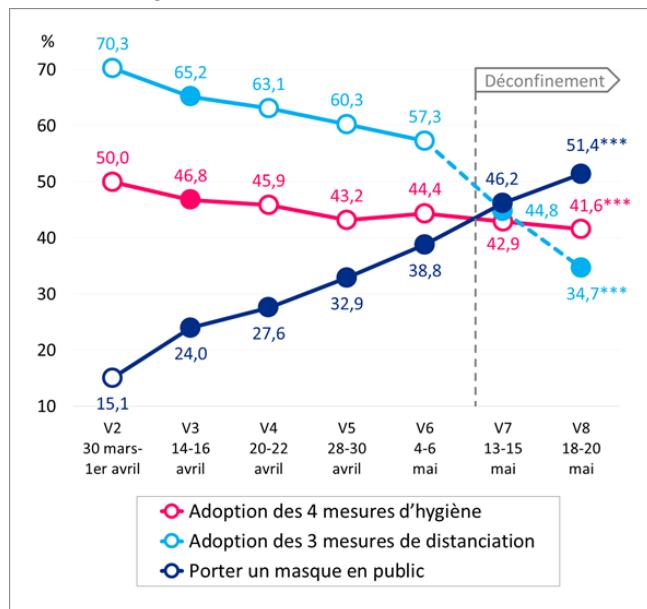
Mesures et suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale

Enquête Santé publique France CoviPrev : enquêtes Internet répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes (*Access panel*) de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine. Résultats **Vague 1** (23-25 mars), **Vague 2** (30 mars- 1^{er} avril), **Vague 3** (14-16 avril), **Vague 4** (20-22 avril), **Vague 5** (28-30 avril), **Vague 6** (4-6 mai), **Vague 7** (13-15 mai) et **Vague 8** (18-20 mai). Données redressées sur le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, la catégorie d'agglomération et la région d'habitation.

1) Adoption des mesures de protection

- Le nombre de mesures de protection systématiquement adoptées sur les 7 recommandées par les pouvoirs publics pendant la période de confinement a diminué entre les vagues 2 et 8 (4 mesures d'hygiène : *se laver régulièrement les mains ; saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique* ; et 3 mesures de distanciation physique : *rester confiné le plus possible, arrêter les regroupements et réunions en face-à-face avec des proches qui n'habitent pas avec moi ; garder une distance d'au moins un mètre avec les autres personnes dans les magasins, les marchés, les lieux publics ou dehors*).
- Le nombre moyen de mesures systématiquement adoptées sur les 7 recommandées est passé de 5,7 mesures systématiquement adoptées en vague 2 à 4,7 en vague 8.
- Cette diminution est logiquement portée par la baisse de l'adoption systématique des mesures de distanciation physique (e.g. rester confiné le plus possible) en cohérence avec la levée du confinement.
- L'adoption systématique des mesures d'hygiène est quant à elle restée stable entre la vague 6 et 7 ainsi qu'entre la vague 7 et 8.

Figure 26. Prévalences et évolutions de l'adoption systématique des mesures de protection (% pondérés), Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020



Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et régions d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente ; lorsque la dernière marque de la série (vague 8) 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.

En vague 8 (deuxième semaine de déconfinement), les facteurs associés à une moindre adoption des mesures de protection (nombre moyen de mesures systématiquement adoptées, après contrôle des autres facteurs¹) étaient :

- Facteurs sociodémographiques** : être un homme, être âgé de 18 à 34 ans, avoir un faible niveau de littératie en santé², être fumeur de tabac.
- Facteurs liés au COVID-19** : ne pas ressentir plus de peur que d'habitude, ne pas percevoir le COVID-19 comme une maladie grave.
- Facteurs liés à la perception des mesures de protection** : percevoir les mesures comme contraignantes ou peu efficaces, se sentir peu capable de les mettre en œuvre, avoir des proches qui n'adoptent pas ou n'approuvent pas les mesures de protection.

¹Plusieurs blocs de variables ont été intégrés dans un même modèle de régression (variables sociodémographiques, variables liées à la situation de confinement, à la proximité au COVID-19, à la perception des mesures de protection et de la maladie, et à la santé mentale pour l'adoption des mesures de protection).

²La littératie en santé désigne la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information pour prendre des décisions concernant leur santé. La mesure de la littératie en santé a été faite à partir de la dimension « Evaluer l'information en santé » de l'échelle Health Literacy Questionnaire (HLQ).

2) Santé mentale

La santé mentale des personnes interrogées en vague 8 s'améliore avec des évolutions significatives suite à la levée du confinement.

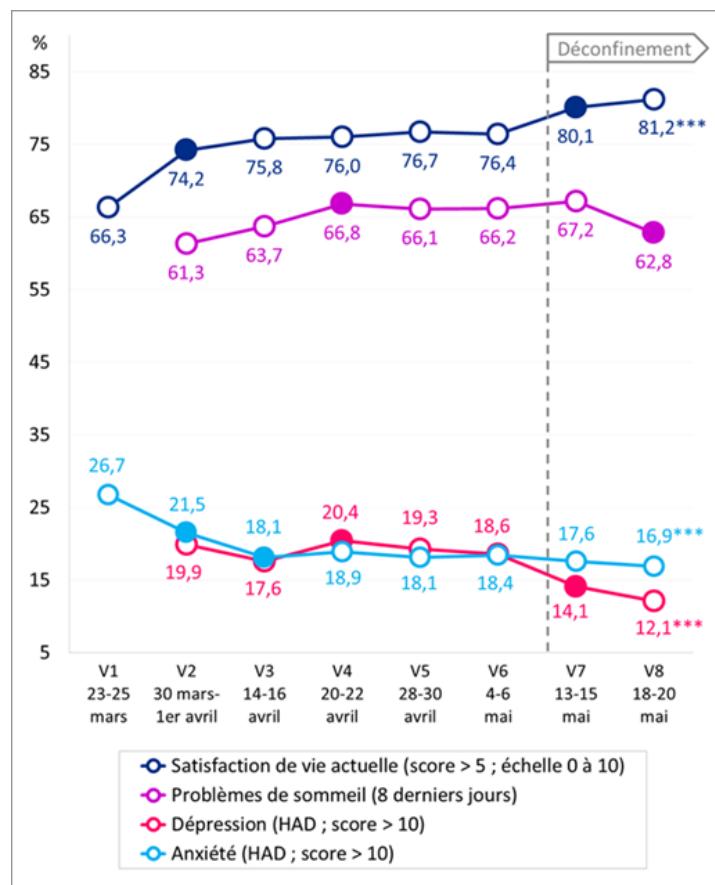
Évolution des indicateurs de santé mentale :

- La **satisfaction de vie actuelle** s'est progressivement améliorée, entre la vague 1 et 8, avec une amélioration significative observée depuis le déconfinement.
- Les **états anxieux** ont connu une diminution significative entre la vague 1 et la vague 8 avec une tendance à la baisse (non significative) qui se poursuit après le déconfinement.
- Les **états dépressifs**, après une augmentation entre les vagues 3 et 4, suivent une évolution à la baisse avec une diminution significative observée suite au déconfinement.
- Les **problèmes de sommeil** qui avaient augmenté significativement jusqu'à la vague 4 ont retrouvé une prévalence similaire à celle observée en vague 2 du fait d'une diminution significative observée suite au déconfinement.

En vague 8, (deuxième semaine de déconfinement) les facteurs associés à une plus forte anxiété (après contrôle des autres facteurs¹) étaient les suivants :

- **Facteurs sociodémographiques** : être une femme, avoir entre 18 et 49 ans, se déclarer dans une situation financière juste ou très difficile, déclarer des antécédents de troubles psychologiques.
- **Facteurs liés au COVID-19** : avoir eu des difficultés respiratoires, rechercher activement des informations sur le COVID-19, avoir une mauvaise connaissance des modes de transmission de la maladie, se sentir vulnérable face au COVID-19 et le percevoir comme une maladie grave.
- **Facteurs liés à la perception des mesures de protection** : percevoir les mesures comme peu efficaces.

Figure 27. 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 régions d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente ; lorsque la dernière marque de la série 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 ; HAD : *Hospitality Anxiety and Depression scale*.

¹ Plusieurs blocs de variables ont été intégrés dans un même modèle de régression (variables sociodémographiques, variables liées à la situation de confinement, à la proximité au COVID-19, à la perception des mesures de protection et de la maladie, et à la santé mentale pour l'adoption des mesures de protection).

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

Les participants (60 foyers choisis pour leurs diversités sociodémographiques) se connectent une à deux fois par semaine à une plateforme en ligne pour répondre à deux ou trois questions ouvertes. Dix-huit sollicitations ont été programmées sur trois mois (1^{ère} sollicitation le 30 mars 2020).

Conditions d'adhésion des participants à la mesure d'isolement des personnes-contacts (les personnes ayant été en contact avec un malade du COVID-19 confirmé devront s'isoler chez eux ou à l'hôtel pendant plusieurs jours) – questions posées en 6^{ème} semaine de confinement.

La majorité des participants comprend et dit accepter le principe de l'isolement, y compris à l'hôtel si nécessaire, afin de briser la chaîne de transmission. Cependant, lorsque les répondants se projettent comme étant parmi les personnes devant s'isoler, ils expriment des réticences, principalement liées aux conséquences psychologiques et économiques d'un nouvel isolement, alors que beaucoup d'efforts ont déjà été consentis pendant le confinement.

Ils questionnent beaucoup la faisabilité de la recherche des contacts. À de rares occasions, ils expriment des craintes par rapport aux risques liberticides que pourrait impliquer la démarche de la recherche des contacts. Enfin, pour rendre cette mesure d'isolement plus acceptable il faudrait selon les répondants que :

- toutes les autres mesures pour lutter contre l'épidémie soient renforcées (port du masque, dépistage...),
- la chambre soit confortable, les liens avec les proches soient possibles et les frais d'hébergement soient pris en charge si l'isolement se passe à l'hôtel.
- ils ne soient pas isolés « pour rien » c'est-à-dire selon eux qu'on puisse s'assurer au plus vite par un dépistage qu'eux ou leurs proches ne sont pas positifs.

Avis des membres de la communauté concernant la forme et le contenu de deux fiches d'information sur les conduites à tenir pendant l'isolement, destinées aux personnes diagnostiquées comme malades du COVID-19 (fiche 1³) ou aux personnes-contacts (fiche 2⁴)

La majorité des participants trouve que ces fiches sont denses et longues. Ils disent connaître la plupart des informations qu'elles contiennent. Malgré cela, leurs retours sont globalement positifs.

En effet, ces fiches, par leur densité les rassurent. Elles sont pour eux un document ressource, « de référence », qu'ils pourront consulter s'ils deviennent une personne-contact ou s'ils sont malades. Ils apprécient d'avoir avec cette fiche un document unique, relativement exhaustif et émanant d'un acteur public. Cela leur permet de faire face à l'abondance d'informations, parfois contradictoires et provenant de différentes sources plus ou moins fiables. En cette période de crise, d'incertitudes, voire parfois de défiance, les participants sont globalement demandeurs de communications officielles qui les rassurent et leur permettent de se sentir correctement informés et préparés face à une situation source d'inquiétude.

Des pistes d'améliorations ou des questions émergent cependant : certaines consignes paraissent difficilement applicables, notamment s'isoler quand on habite à plusieurs sous un même toit, ne pas partager des toilettes ou une salle de bain... D'autres ne sont pas assez précises et suscitent des questions : « Comment diluer l'eau de Javel pour désinfecter les surfaces ? », « Pourquoi attendre 24h avant de jeter son sac poubelle ? » etc.

Les participants ne maîtrisent pas mieux que lors des sollicitations précédentes la notion du « délai d'incubation » et les conditions de validité des résultats des dépistages, ce qui rend plus difficile la compréhension des délais d'isolement qui peuvent varier de 8 à 14 jours, ou la nécessité de refaire un test de dépistage. La poursuite des efforts d'information sur ces sujets par les pouvoirs publics semble nécessaire.

Ces enquêtes permettent d'adapter les outils de prévention produits par l'agence et disponibles sur son site.

³<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/683641/document/>

fiche jai les signes de la maladie du covid-19 - sante publique france.pdf

⁴<https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/683653/document/>

fiche jai ete en contact avec une personne malade du covid-19 - sante publique france.pdf

Discussion

En France métropolitaine, après la détection de plusieurs cas de COVID-19 fin janvier et en février 2020 en France, suivi de l'identification de chaînes de transmissions autochtones du SARS-CoV-2 dans plusieurs régions, la circulation communautaire du virus s'est intensifiée pour atteindre un pic épidémique en semaine 13 (23-29 mars), soit une semaine après la mise en œuvre des mesures de confinement de la population générale, le 17 mars 2020. Le nombre le plus élevé des nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a été observé au cours de la semaine suivante (semaine 14 : 30 mars - 5 avril). Les indicateurs épidémiologiques ont suivi des évolutions à la baisse sur les semaines suivantes.

En semaine 21, le nombre de recours aux urgences (réseau OSCOUR) des patients suspects de COVID-19 a poursuivi sa diminution. Le nombre d'actes SOS médecins de patients suspects COVID-19 et le taux de consultations (ou téléconsultations) pour une infection respiratoire aiguë (IRA) (Réseau Sentinelles) se sont maintenus à des niveaux bas.

La surveillance virologique était basée, jusqu'à ces dernières semaines, sur les données transmises à Santé publique France par le réseau 3 labo (Cerba-Eurofins, Biomnis, Inovis) et les laboratoires hospitaliers. Depuis le déconfinement, cette surveillance s'appuie sur le système d'information et de dépistage (SI-DEP) avec un objectif d'exhaustivité. Les premières données présentées dans ce point épidémiologique indiquent qu'en semaine 21, le taux de positivité des patients testés pour le SARS-CoV-2 était de 1,9% au niveau national. Il était comparable au taux de positivité estimé les semaines précédentes par les données du réseau 3 labo. Ce faible taux est ainsi le reflet d'une circulation limitée du SARS-CoV-2 en France métropolitaine.

La quasi exhaustivité des données SI-DEP associée à la recommandation de dépistage de tout patient présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 ainsi que des sujets contact de cas confirmés [1] permet, en principe, de disposer grâce au nombre de cas confirmés d'une estimation satisfaisante du nombre de cas réels de COVID-19 en France. Au cours de la semaine 21, 4 119 cas confirmés de COVID-19 ont ainsi été identifiés en France. Cette estimation peut cependant être sous-estimée du fait de l'absence de dépistage systématique de personnes infectées symptomatiques ou asymptomatiques.

Le nombre de tests positifs remontant via SIDEF et le taux d'incidence calculé à partir de celui-ci sont influencés par l'activité de dépistage. Les départements ayant mis en place des actions de dépistage notamment lors de cluster où dans des collectivités (EHPAD, entreprises...) auront donc tendance à avoir un taux d'incidence estimé dans SIDEF plus élevé transitoirement du fait de l'action de dépistage. Les indicateurs épidémiologiques issus de SIDEF dans un territoire donné doivent donc être interprétés en prenant en compte le contexte local, en particulier les clusters et l'activité de dépistage comme cela peut être le cas pour des départements comme par exemple, le Gers cette semaine.

Le nombre de cluster (hors Ehpad et épisodes familiaux en milieux restreints) conduisant à des investigations par les agences régionales de santé (ARS) en lien avec les cellules régionales de Santé publique France est, en revanche, en augmentation. Au 27 mai, **en France métropolitaine**, 104 clusters ont ainsi été signalés à Santé publique France. Le signalement de ces clusters en phase de déconfinement n'est pas une situation inattendue du fait de la poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 en France, de l'augmentation importante des capacités diagnostique et de la recherche active de cas autour de chaque patient infecté [1]. Leur identification résulte à la fois de signalements au niveau régional (point focal ARS), de l'identification et du suivi des contacts instauré sur le territoire, et des campagnes de dépistage. Pour l'ensemble de ces clusters, les mesures de contrôle sont en place et une forte vigilance est maintenue quant au risque de diffusion. Les nombres de clusters survenus dans les établissements médico-sociaux sont, en revanche, en nette diminution depuis plusieurs semaines.

Au niveau hospitalier, l'ensemble des indicateurs était en diminution pour la septième semaine consécutive dans la quasi-totalité des régions de France métropolitaine ou se maintenait à des niveaux bas. Les taux d'hospitalisation des patients COVID-19 les plus élevés étaient observés dans les régions Grand Est et Ile-de-France (7 et 6/100 000 habitants).

En termes de mortalité, les nombres hebdomadaires de décès liés au COVID-19 sont en diminution depuis la semaine 15. L'excès de la mortalité toutes causes confondues était significativement supérieure à la mortalité attendue de la semaine 12 à 17 (du 16 mars au 26 avril). Cet excès de mortalité a été particulièrement marqué dans les régions Grand Est et Ile-de-France où la circulation du SARS-CoV-2 a été intense. Ces excès de mortalité sont à lier à l'épidémie de COVID-19, sans qu'il ne soit possible, à ce jour, d'en estimer la part attribuable précise.

Dans les départements régions d'outre-mer, l'activité liée au SARS-CoV-2 était en diminution ou se maintenait à des niveaux bas en Guadeloupe, Martinique et à la Réunion. En revanche, à Mayotte et en Guyane, les situations épidémiologiques invitent à la plus grande vigilance.

A Mayotte, en semaine 21, la circulation du virus restait importante et le taux d'hospitalisation (11/100 000 habitants) et le taux d'admission en réanimation (2,9/100 000 habitants) restaient élevés.

En Guyane, le taux d'hospitalisation (7/100 000 habitants) et le taux de patients positifs (14%) étaient en augmentation. Quatre clusters ont été signalés dans ce département. Un de ces clusters situé sur la frontière brésilienne mérite un suivi plus particulier du fait du risque de diffusion communautaire.

Les données de surveillance montrent que **les enfants restent peu touchés** par le COVID-19 (moins de 1% des patients hospitalisés et des décès). Au 26 mai, 172 signalements de syndromes inflammatoires multi-systématisques pédiatriques (PIMS) confirmés ou suspectés d'être en lien avec le COVID-19 et survenus depuis le 1^{er} mars ont été signalés. Le nombre de cas de PIMS signalé est désormais en très nette régression. Les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie restent les **patients âgés de plus de 65 ans ainsi que les patients présentant des comorbidités**.

Les professionnels de santé sont particulièrement exposés au SARS-CoV-2 du fait des interactions avec les patients. Au 26 mai, 30 230 cas ont été rapportés chez les professionnels des établissements de santé (ES). Parmi eux, 25 327 (84%) sont des professionnels de santé. Les infirmiers (28%), aides-soignants (24%) et médecins (10%) sont les professions les plus touchées. En tenant compte des professionnels des ES et des établissements médico-sociaux (EMS), ce sont 71 468 cas chez les professionnels qui ont été signalés à Santé publique France (30 230 cas survenus dans les ES et 41 238 cas dans les ESMS) comme ayant été infectés par le SARS-CoV-2. Au total, 16 décès survenus chez des professionnels travaillant dans les ES ont été rapportés. Les nombres de décès chez les professionnels des ESMS ne sont en revanche pas disponibles. L'ensemble de ces données peuvent être sous-estimées du fait que l'enquête en ES a débuté le 22 avril et que l'exhaustivité de ces surveillances ne peut être déterminée. Ces données ne tiennent pas compte des cas et des décès survenus chez des professionnels de santé libéraux qui peuvent, s'ils ont été atteints, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#).

La part de la population adoptant systématiquement les **mesures de protection** (mesures d'hygiène et de distance physique) diminue significativement entre la vague 1 (23-25 mars) et la vague 8 (18-20 mai) pour toutes les mesures de protection excepté le port du masque en public dont le niveau d'adoption a augmenté à chaque vague d'enquête passant de 15% en vague 2 (30 mars – 1^{er} avril) à 51% d'adoption systématique en vague 8. En particulier l'adoption systématique des mesures de distanciation physique a subi une diminution passant de 57% (début mai) à 35% une semaine après le déconfinement. L'évolution de cet indicateur (intégrant notamment le fait de rester confiné le plus possible à la maison), très marquée en vagues 7 (13-15 mai) et 8 (18-20 mai), est cohérente avec la levée du confinement et la reprise de l'activité économique. L'adoption des mesures d'hygiène est quant à elle restée stable après la levée du confinement.

La santé mentale des Français, qui était dégradée en vagues 1 et 2, a significativement évolué avec une amélioration marquée suite à la levée du confinement (augmentation significative de la satisfaction de vie et diminutions significatives des troubles dépressifs et des problèmes de sommeil). Des niveaux d'anxiété élevés restent observés chez les personnes déclarant des antécédents de troubles psychologiques et chez celles déclarant des difficultés financières.

Afin de maintenir l'adoption des mesures permettant de réduire la circulation du virus, sans contribuer à l'augmentation des états anxieux au sein de la population, il sera nécessaire d'installer de nouvelles normes sociales et comportementales de protection. Des actions de marketing social seront utiles pour avancer en ce sens. Pour accompagner ces évolutions, il est nécessaire de communiquer avec clarté et simplicité sur les modes de transmission du virus, sur les mesures à adopter et de créer un environnement favorable à la mise en œuvre de ces mesures (gel hydroalcoolique en libre accès à l'entrée des lieux publics, port du masque et organisation de la distanciation physique dans les lieux publics très fréquentés).

En conclusion, la plus grande vigilance est nécessaire à Mayotte et en Guyane où l'épidémie liée au SARS-CoV-2 est évolutive.

Sur le reste du territoire français, les résultats indiquent une poursuite de la baisse des indicateurs communautaires et hospitaliers. Dans certaines régions, les indicateurs se maintiennent à des niveaux bas. Il n'est ainsi pas observé, à cette date, de signaux en faveur d'une reprise de l'épidémie. Le virus continue cependant encore à circuler comme en témoigne les données issues de SI-DEP ainsi que le signalement de clusters et foyers depuis la levée du confinement. Ces clusters font l'objet d'investigations systématiques pour en limiter l'extension. Aucune diffusion communautaire (survenue de nouveaux cas hors de la collectivité et en lien avec le cluster) non contrôlée n'est rapportée.

La levée récente et progressive du confinement invite à la plus grande vigilance. Une reprise de l'épidémie pourrait être observée si les mesures d'hygiène et de distanciation sociale préconisées n'étaient pas suffisamment respectées par tous. Enfin, compte tenu de l'offre de tests RT-PCR, les personnes symptomatiques ou contact d'un cas confirmé doivent être fortement incitées à se faire tester sans délai afin d'interrompre au plus tôt de nouvelles chaînes de transmission.

1] DGS-Urgent. Prise en charge par les médecins de ville des patients de covid-19 en phase de déconfinement. Disponible sous : <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/dgsurgent/inter/detailsMessageBuilder.do;jsessionid=2505DDB4BD6A44768B7E393635309639.du-dqsurgentc2?id=30805&cmd=visualiserMessage>

Production d'outils de prévention



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

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) : les 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).

Services de réanimation sentinelles: données non exhaustives à visée de caractérisation en termes d'âge, sévérité, évolution clinique, des cas de COVID-19 admis en réanimation (depuis le 16 mars).

IRA dans les établissements sociaux et médico sociaux (ESMS) : nombres 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.

Surveillance psycho comportementale : 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).

Surveillance des cas de syndromes inflammatoires multi-systémiques pédiatriques (PIMS): signalement par les pédiatres hospitaliers des cas de syndrome inflammatoire systémique atypique pédiatrique possiblement en lien avec le COVID-19 à Santé publique France (depuis le 30 avril).

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

Pour en savoir plus sur :

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

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

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

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

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directeur adjoint de publication

Jean-Claude Desenclos

Equipe de rédaction

Sophie Vaux, Christine Campese, Fatima Ait El Belghiti, Céline Caserio-Schonemann, Yann Le Strat, Anne Fouillet, Yu Jin Jung, Julien Durand, Laure Fonteneau, Fanny Chéreau, Costas Danis, Cécile Forgeot, Scarlett Georges, Côme Daniau, Marie-Michèle Thiam, Pierre Arwidson, Mireille Allemand, Guillaume Spaccaferri, Julie Figoni, Patrick Rolland, Linda Lasbœur, Enguerrand Du-Roscoat, Mélanie Collomb-Cotinat, Isabelle Poujol de Molliens, Denise Antonia, Daniel Levy-Bruhl, Anne Laporte, Claire Sauvage, Lucie Duchenes, Jean-Michel Lericque, Christophe Léon.

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 :
29 mai 2020