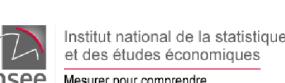


COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 20 août 2020

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



Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données concernant la 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 18 août 2020.

Points clés

► En France métropolitaine

- Forte progression de la circulation du virus du SARS-CoV-2, plus intense chez les jeunes adultes
- Poursuite de l'augmentation de l'incidence (+42%) et du taux de positivité (+42%), avec un taux de dépistage stable depuis 2 semaines
- Tendance à la hausse des nouvelles hospitalisations et admissions en réanimation
- 24 départements classés en niveau vulnérabilité modéré
- 6 départements avec une incidence au dessus du seuil de 50/100 000 habitants : Alpes-Maritimes, Bouches-du-Rhône, Paris, Sarthe, Seine-Saint-Denis, Val-de-Marne
- Nombre de nouveaux clusters toujours en augmentation
- Augmentation du nombre de clusters en Ehpad

► Outre-mer :

- Antilles et Réunion : augmentation de la circulation du SARS-CoV-2
- Guyane et Mayotte : épidémie en régression

► Pour limiter la propagation du virus

- Respect de l'ensemble des gestes barrières et distanciation physique
- Tester—Tracer—Isooler

Chiffres clés en France

Indicateurs hebdomadaires, semaine 33 (du 10 au 16 août 2020)

S33

S32

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	16 747	(11 749)*
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	3,1	(2,2)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 052	(1 857)*
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	2 199	(2 040)*
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 008	(782)*
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	128	(122)*
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	97	(66)*

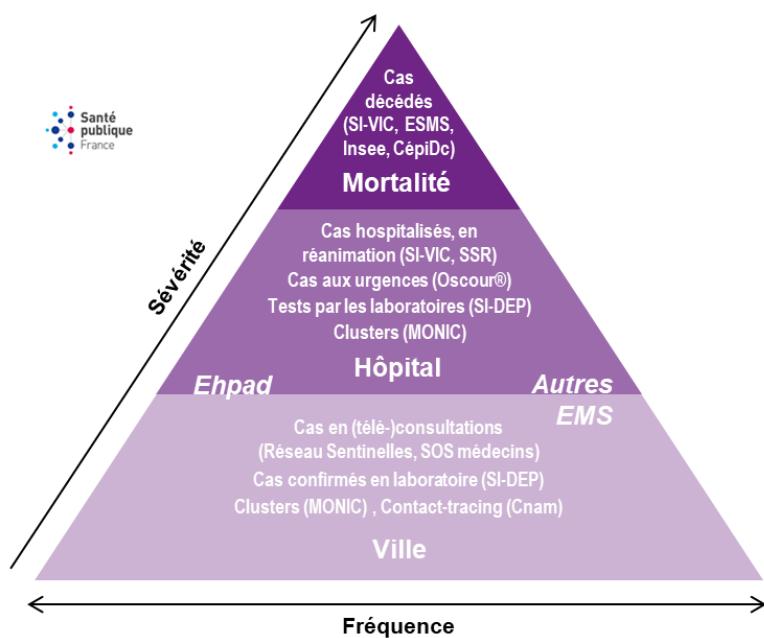
Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 18 août 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	109 462
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	30 451

* 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	20-23
Surveillance de la mortalité	24-27
Analyse de risque contextualisée	28
Prévention	29
Discussion - Conclusion	30-33
Méthodes	34

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



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

Surveillance en médecine ambulatoire

Réseau Sentinelles

La surveillance spécifique du COVID-19 du Réseau Sentinelles (Inserm, Sorbonne Université) a été mise en place le 16 mars 2020. Depuis la semaine 21, l'indicateur « Suspicion COVID-19 (hors IRA) » permet de compléter la surveillance clinique des IRA en incluant ces cas suspects observés en médecine générale. Les résultats des 2 dernières semaines sont consolidés dans les semaines suivantes.

- En semaine 33 (du 10 au 16 août 2020), le **taux d'incidence de consultations (ou téléconsultations) pour une IRA a été estimé à 17/100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 10-24] en France métropolitaine. Il était stable par rapport à celui de la semaine 32 : 17/100 000 habitants (IC95% : 11-23) (Figure 1).
- En semaine 33, le **taux d'incidence des cas suspects de COVID-19 (hors IRA)** vus en **consultations (ou téléconsultations)** a été estimé à **77 cas pour 100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 62-92]. Ce taux était relativement stable ces dernières semaines, il était de 62/100 000 habitants [IC95% : 52-72] en S32 (Figure 2).
- En semaine 33, sur les 149 cas suspects de COVID-19 identifiés, un **prélèvement a été prescrit pour 96% d'entre eux**. Les résultats des analyses étaient connus pour 61 patients et 7 avaient été testés positifs (11,5%). La part des patients testés positifs est en augmentation ces dernières semaines (S28 : 2,8% ; S32 : 9,7%). Ces données seront consolidées au cours des prochaines semaines.
- Depuis le 25 mai 2020, un prélèvement a été prescrit pour 93% des 2 798 cas suspects de COVID-19 identifiés. Les résultats des analyses étaient connus pour 2 026 patients et étaient positifs pour 102 (5,0%) d'entre eux.

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

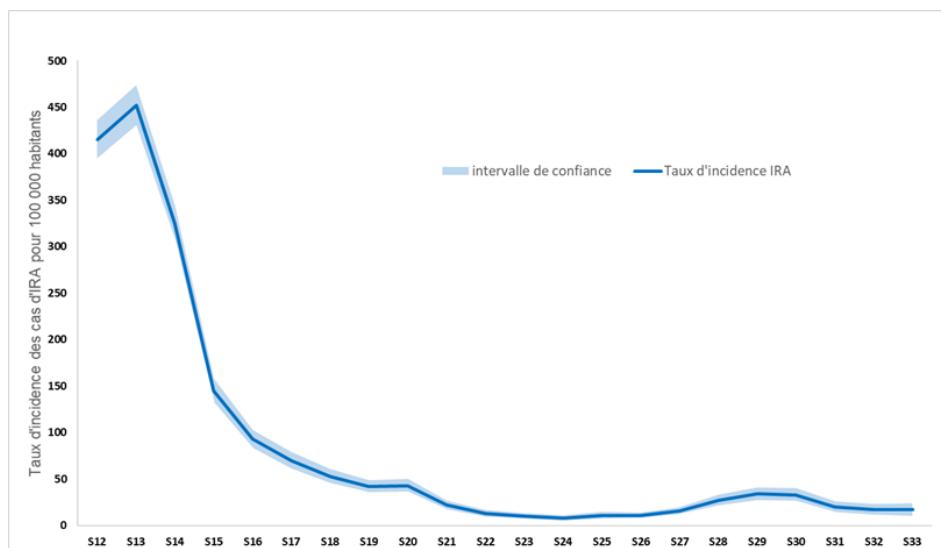
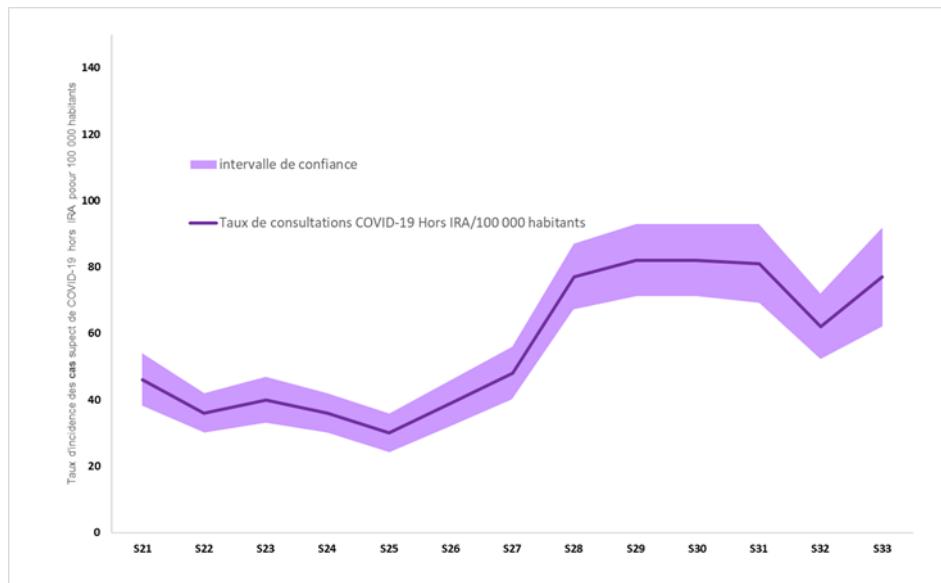


Figure 2. Taux d'incidence pour 100 000 habitants des cas suspects de COVID-19 (hors IRA) vus en médecine générale par semaine, depuis la semaine 21 (18 au 24 mai 2020), France métropolitaine (Source réseau Sentinelles)



[1] DGS-Urgent. Prise en charge par les médecins de

Associations SOS Médecins

Depuis le 3 mars 2020, **74 453 actes** médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 16 août 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- En semaine 33 (du 10 au 16 août 2020), **2 052 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. La majorité des actes étaient enregistrés en Nouvelle-Aquitaine (19%), Ile-de-France (16%), Provence-Alpes-Côte d'azur (13%) et Auvergne-Rhône-Alpes (12%).
- Après une baisse observée au cours des 3 dernières semaines, ces actes étaient en hausse de 11% comparée à la semaine précédente (soit +195 actes, par rapport aux 1 857 actes enregistrés en semaine 32). Cette hausse concernait principalement les 15-74 ans (+16% soit +229 actes).
- La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale tous âges était stable : 3% en S33 et S32 (Figure 3).
- Le nombre d'actes est à la hausse en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (269 vs 168 actes en S32), **Centre-Val-de-Loire** (84 vs 45 actes en S32), en **Nouvelle-Aquitaine** (397 vs 360 actes en S32), **Occitanie** (109 vs 75 actes en S32), **Auvergne-Rhône-Alpes** (245 vs 218 actes en S32), **Bourgogne-Franche-Comté** (47 vs 29 actes en S32) et **Grand Est** (139 vs 131 actes). Une baisse est observée dans les autres régions, elle varie entre -25% en Bretagne et -2% en Ile-de-France.

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)

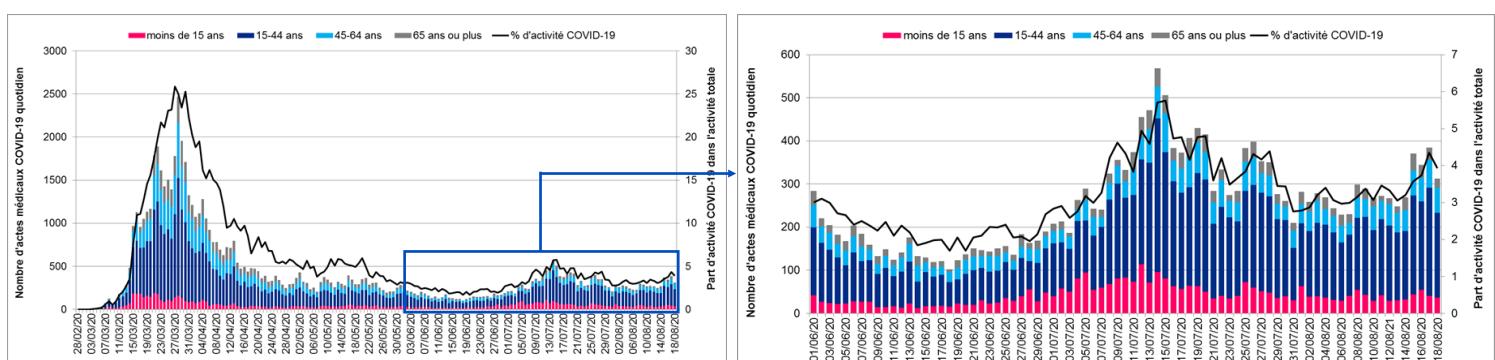
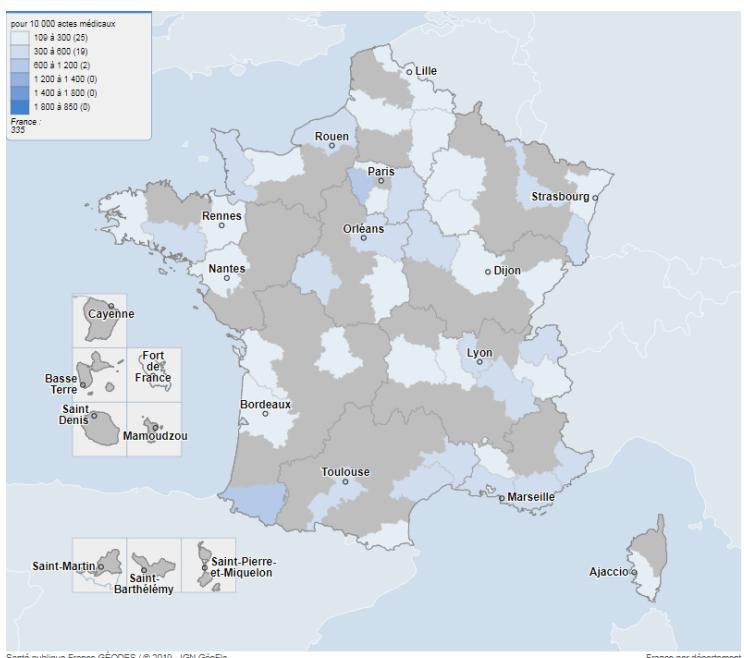


Figure 4. Taux d'actes médicaux hebdomadaires pour suspicion de COVID-19 (/10 000 actes) par département, semaine 33/2020, France (source : SOS Médecins)



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, Inovis) et par les laboratoires hospitaliers. Depuis la semaine 20, elle s'appuie sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), opérationnel depuis le 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce système de surveillance vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR réalisés. Dans ce bilan, ne sont pas pris en compte les correctifs apportés aux indicateurs pour prendre en compte les dépistages aux frontières pour des personnes non domiciliées en France, excepté pour le taux d'incidence national et Paris. Au niveau départemental ce correctif est précisé pour Paris, seul département pour lequel un impact sur les indicateurs est notable.

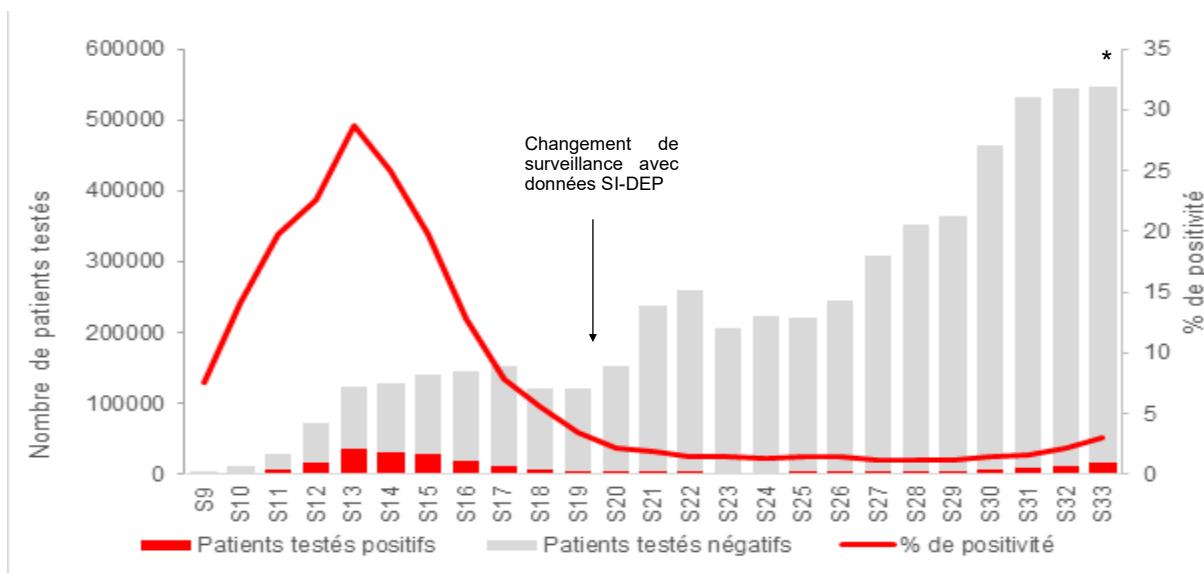
Au 18 août, la quasi-totalité des laboratoires (5 584 sites de prélèvements) a transmis des données.

Taux d'incidence, de positivité et de dépistage

En France

- **Au niveau national**, en semaine 33, **547 867 personnes** ont été testés pour le SARS-CoV-2 par RT-PCR dont 12 293 tests correspondant à des dépistages aux aéroports principalement réalisés en Ile-de-France. Parmi ces personnes testées, **16 747 étaient positives** dont 578 dépistées aux aéroports. Le nombre de personnes testées positives était en augmentation par rapport à la semaine précédente (11 749 en S32, +43%).
- En prenant en considération le nombre de cas entre la semaine 28 et la semaine 33, le temps de **doublement du nombre de cas est de 17 jours**.
- **Le taux national d'incidence (nombre de nouveaux cas rapportés à la population) était de 25,0 cas/100 000 habitants** (23,9 hors dépistages aux aéroports) et a fortement augmenté par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (17,5 cas /100 000 habitants en S32).
- **Le taux de positivité national hebdomadaire était de 3,1%** (calculé sur les tests valides), **en forte augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (2,2% en S32; +42%) (Figure 5).
- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **816/100 000 habitants** et stable par rapport à la semaine 32 (810/100 000 habitants).
- A noter qu'en S33, 628 600 tests ont été effectués, parmi lesquels un premier test a été réalisé pour 547 867 personnes.

Figure 5. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives 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

* Données provisoires

En France métropolitaine

- En semaine 33, 518 375 personnes ont été testées et pour 15 706 personnes le test était positif pour le SARS-CoV-2. Le nombre de personnes positives pour le SARS-CoV-2 a augmenté en S33 par rapport à la semaine précédente (11 027 en S32, +43%) (Figure 6).
- Le taux d'incidence en France métropolitaine était en augmentation avec 24,2 cas /100 000 habitants (vs 16,9 cas/100 000 habitants en S32). Le taux d'incidence hors dépistages aux aéroports était de 23,3 cas /100 000 habitants.
- Le taux de positivité était de 3,0% en S33 et a fortement augmenté par rapport à la S32 (2,1% en S32, soit +43%).
- Le taux de dépistage hebdomadaire était de 799/100 000 habitants et stable par rapport à la semaine précédente (801/100 000 en S32).

Au niveau régional

Pour plus d'information, les données régionales détaillées sont accessibles sur [GEODES](#) et sont mises en perspective dans les [points épidémiologiques régionaux](#).

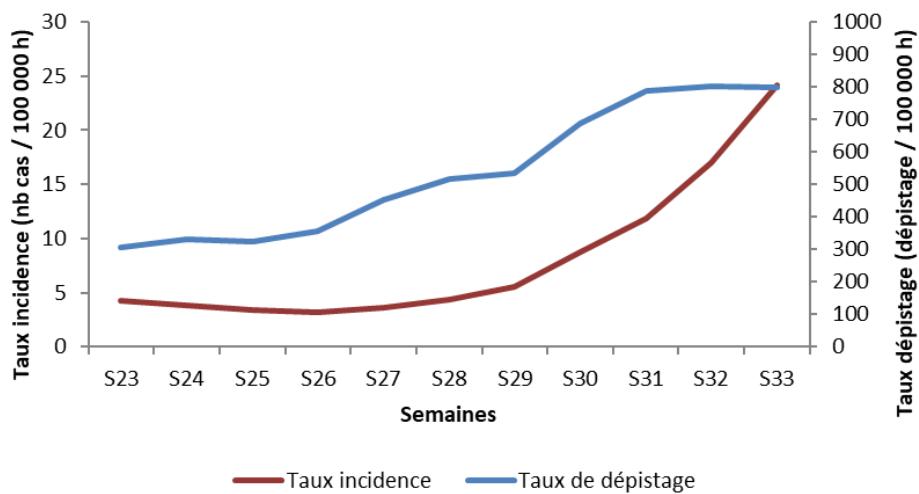
En métropole

- Cinquante-quatre départements métropolitains avaient des taux d'incidence supérieurs à 10/100 000 habitants en S33 (contre 33 en S32), dont 23 supérieurs à 20/10 000 habitants (voir figure 7a).
- Le taux d'incidence le plus élevé était observé dans les Bouches-du-Rhône (85/100 000h), suivi par Paris (74/100 000 h). Le taux à Paris inclut toutefois les dépistages aux aéroports de Roissy et Orly dont certains voyageurs dépistés à l'arrivée sont actuellement imputés au département 75 en l'absence d'adresse de résidence connue de ces personnes. L'incidence à Paris, hors tests aux aéroports, était estimée à 63/100 000 habitants.
- Le taux de positivité était supérieur à 5% dans 4 départements de France métropolitaine, dans le Val-de-Marne (5,4%), dans les Bouches-du-Rhône (5,2%), dans la Sarthe (5,2%) et en Seine-Saint-Denis (5,1%), alors qu'aucun département métropolitain n'avait dépassé ce seuil en semaine 32 (Figure 7b).
- Les départements métropolitains présentant les plus forts taux de dépistage en S33 étaient Paris (1 530/100 000 habitants) et la Mayenne (1 230/100 000), chiffres en diminution par rapport à la semaine précédent. La Haute-Garonne (1 211/100 000) et la Sarthe (1 180/100 000) présentaient aussi des taux de dépistage élevés, en augmentation (Figure 8c),
- En Mayenne, le nombre de cas confirmés a diminué en S33 (69 vs 83 en S32) équivalent à un taux d'incidence pour la S33 de 23/100 000 habitants, en diminution comparé à la S32 (27/100 000). Le taux de positivité était en revanche en augmentation, 1,8 % vs 1,1% en S32. Le nombre de personnes testées en S33 a fortement diminué avec un taux de dépistage de 1 230/100 000 habitants en S32 vs 2 368 en S31.
- Dans la Sarthe, département limitrophe de la Mayenne, une forte augmentation du taux d'incidence a été observée en S33 avec 60 cas pour 100 000 habitants (vs 32 en S32) (figure 7a). Le taux de positivité suit également la même tendance avec un taux de positivité de 5,1% en S33 vs 3,8% en S32.

En outre-mer

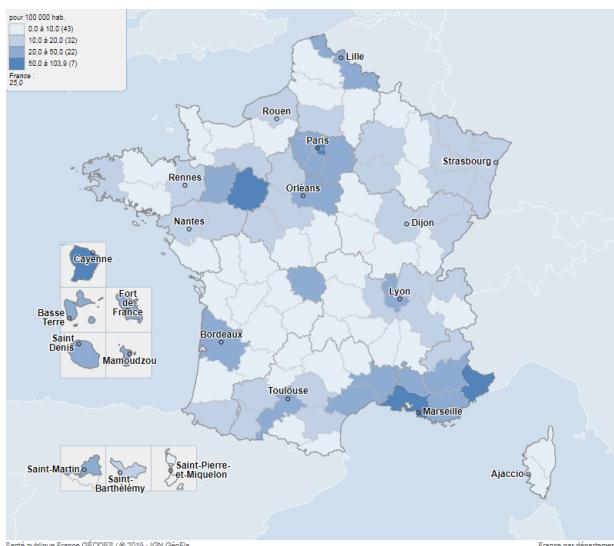
- En Guyane, en semaine 33, le taux d'incidence était en baisse par rapport à S32 (104/100 000 habitants en S33 vs 122/100 000 en S32). Le taux de positivité a légèrement diminué en S33 à 8,8% (vs. 11,9 en S32). Le taux de dépistage était de 1 185/100 000 habitants en semaine 32 (vs 1 027/100 000 en S32).

Figure 6. Evolution des taux d'incidence et taux de dépistage (/100 000 habitants), par semaine depuis la semaine 23, France métropolitaine (source SI-DEP).

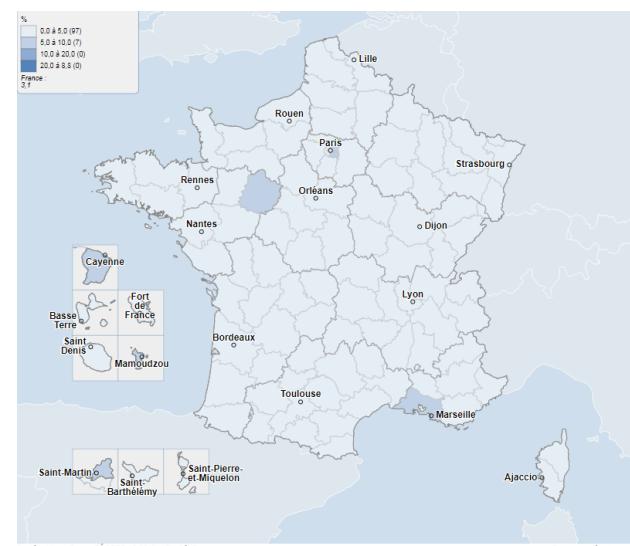


Figures 7. Taux d'incidence (7a), de positivité (7b) et de dépistage (7c) pour le SARS-COV-2 par département (/100 000 habitants), France, du 10 au 16 août 2020 (source SI-DEP)

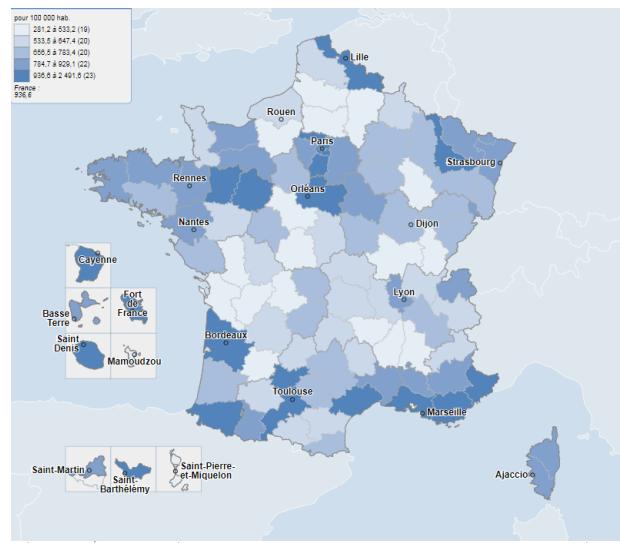
7a.



7b.



7c.



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

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

Analyse par tranche d'âge

- En semaine 33, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) était de 8,4 chez les 0-14 ans, 43,1 chez les 15-44 ans, 19,5 chez les 45-64 ans, 10,1 chez les 65-74 ans et 11,4 chez les 75 ans et plus (Figure 8a).
- En semaine 33, par rapport à la S32, le nombre de cas a augmenté dans l'ensemble des classes d'âge mais l'augmentation était plus importante chez les 15-44 ans et les 45-64 ans : +23% chez les 0-14 ans, +48% chez les 15-44 ans, +49% chez les 45-64 ans, +16% chez les 65-74 ans et +17% chez les 75 ans et plus (Figure 8a).**
- Parmi les 15-44 ans, l'augmentation du taux d'incidence observée en S33 était la plus importante chez les 15-19 ans (+59%) et les 20-24-ans (+53%), 40-44 ans (+52%) puis chez les 25-29 ans (+49%) et enfin les 35-39 ans (+41%) (Figure 8c).
- Le taux de dépistage était stable ou en baisse en S33 dans toutes les classes d'âge, excepté chez les 15-44 ans (+3%) (Figures 8b).

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)

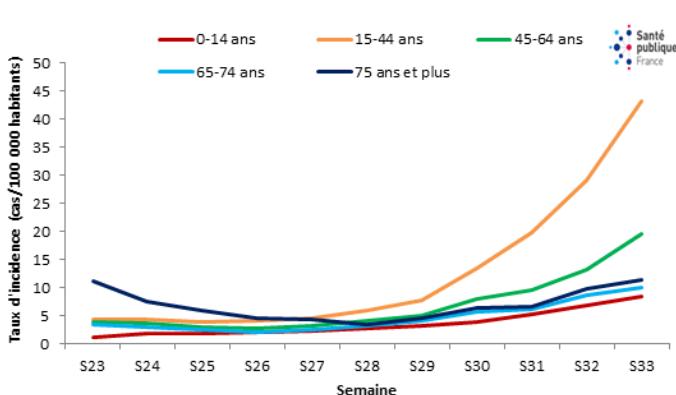


Figure 8b. Evolution du taux de dépistage de SARS-COV-2 en fonction des classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP)

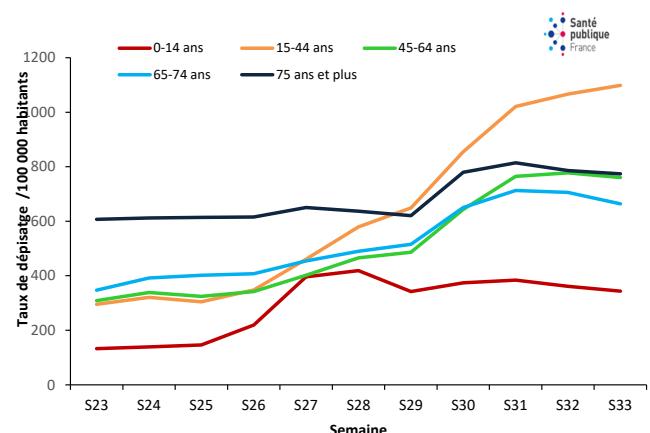


Figure 8c. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-COV-2 chez les 15-44 ans depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP)

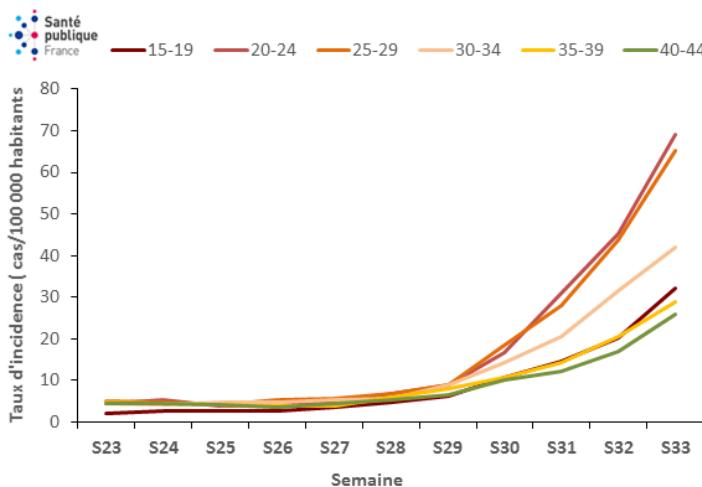
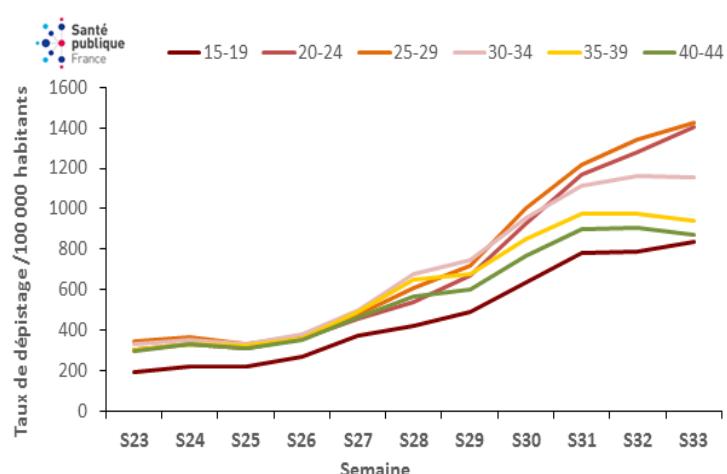


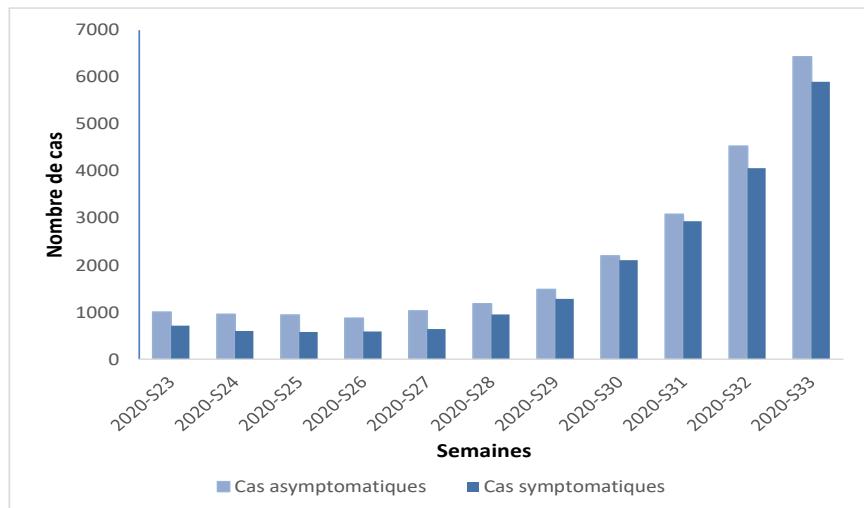
Figure 8d. Evolution du taux de dépistage des cas de SARS-COV-2 chez les 15-44 ans depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source SI-DEP)



Dépistages selon la présentation de symptômes

- Les personnes asymptomatiques représentaient 79,5% des personnes testées en S33 et étaient en légère augmentation par rapport à S32 (+2%).
- Parmi les 12 341 cas positifs en S33, pour lesquels l'information était disponible, 52% était asymptomatiques, proportion stable par rapport à la S32 (53%) (Figure 9).
 - Parmi les cas asymptomatiques, pour lesquels l'information sur l'âge était disponible, plus de la moitié (60%) étaient âgés de 15 à 44 ans. Cette proportion était en augmentation comparé à la S32.
 - Parmi les cas asymptomatiques âgés de 15 à 44 ans, les classes d'âge des 20-24 ans et 25-29 ans étaient les plus représentées.
- Parmi les personnes symptomatiques, le nombre de personnes testées a diminué en S33 (-12%). Par contre, le nombre de personnes symptomatiques testées positives a augmenté de 4 065 en S32 à 5 902 en semaine 33 (+45%).

Figure 9. Evolution du nombre de cas confirmés de SARS-CoV-2 selon la présence ou non de symptômes (46 203 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23, France métropolitaine (source SI-DEP).



Délais entre l'apparition des symptômes et le dépistage

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

- En semaine 33, cette information était disponible pour 418 201 personnes testées (81% des personnes testées). En S33, en comparaison avec S32, le nombre de personnes asymptomatiques testées était en légère augmentation (+2%) et le nombre de personnes symptomatiques (quel que soit le délai entre l'apparition des symptômes et le prélèvement) était stable, voire en diminution.
- Parmi les personnes symptomatiques, 25% avaient présenté des symptômes le jour ou la veille du prélèvement ; 54% entre 2 et 4 jours avant le prélèvement, 20% entre 5 et 7 jours avant le prélèvement et 1% plus de 7 jours avant le prélèvement.

Mobilité des personnes testés pendant la période estivale

La zone de résidence habituelle des patients est prise en compte dans l'analyse des données SI-DEP pour le calcul des indicateurs par département et région. Une première analyse comparant les périodes de juin, la 2^{ème} quinzaine de juillet et la première quinzaine d'août a montré qu'au niveau national, 84% des personnes se sont faites tester dans leur département de résidence en juin, 79% en juillet et 76% en août. Ces proportions sont de 91% en juin, 82% en juillet et 79% en août pour les patients testés positifs. Les mobilités estivales entraînent donc une augmentation limitée du recours à des laboratoires hors du département de résidence habituels des patients.

En Île-de-France, 73% des personnes testées le sont dans leur département de résidence en juin, 66% en juillet et 63% en aout. Pour les personnes positives, cela représente 76% en juin, 70% en juillet et 69% en août.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, 87% des personnes testées l'ont été dans leur département de résidence en juin, 91% en juillet et 89% en aout. Pour les personnes positives, cela représente 94% en juin, 91% en juillet et en aout.

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 traités

- En semaine 33, **94% des dossiers des cas et 96% des dossiers des personnes retenues comme personnes-contacts à risque dans la base ContactCovid, sur l'ensemble du territoire, ont été traités.**
- **Des disparités régionales sont observées** (Tableau 1) qui peuvent être expliquées par de faibles effectifs dans certains territoires et/ou des difficultés à recueillir les coordonnées pour contacter les personnes, ou des mobilités des personnes durant les périodes de vacances. Des cas et des contacts peuvent être identifiés et investigués dans des régions différentes, en particulier durant la période des vacances.

Tableau 1. Nombre et proportion de cas et de personnes-contacts à risque traités 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 (S33/2020) (source : ContactCovid – Cnam)

Territoires/régions	Depuis post-confinement du 13/05 au 16/08				Semaine 33 du 10/08 au 16/08			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%**	N	%**
France entière	57 793	96	202 257	98	10 762	94	31 844	96
France métropolitaine	51 554	97	190 978	98	10 022	95	30 540	97
Auvergne-Rhône-Alpes	4 889	100	21 915	100	886	101	3 254	101
Bourgogne-Franche-Comté	1 454	99	5 335	99	178	99	509	97
Bretagne	1 766	100	9 781	99	394	100	1 427	98
Centre-Val de Loire	1 565	98	5 750	100	245	100	865	99
Corse	149	100	382	100	32	103	140	100
Grand-Est	5 484	99	20 091	99	607	96	1 965	98
Haut-de-France	6 345	97	24 307	99	887	97	3 439	102
Ile-de-France	15 259	94	47 187	99	3 535	91	8 555	98
Normandie	1 493	99	7 278	99	180	96	822	97
Nouvelle-Aquitaine	1 740	99	9 127	99	288	96	1 454	95
Occitanie	3 092	95	10 760	93	718	89	2 296	88
Pays de la Loire	3 843	100	16 246	100	596	99	2 220	98
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4 475	97	12 819	95	1 476	98	3 594	90
France ultra-marine								
La Réunion	155	70	1 388	95	21	55	152	87
Martinique	161	98	707	95	66	100	289	89
Mayotte	865	78	1 460	59	202	78	231	51
Guadeloupe	197	90	670	99	60	80	157	111
Guyane	4 806	92	6 957	100	378	98	439	99
Région indéterminée	55		97		13		36	

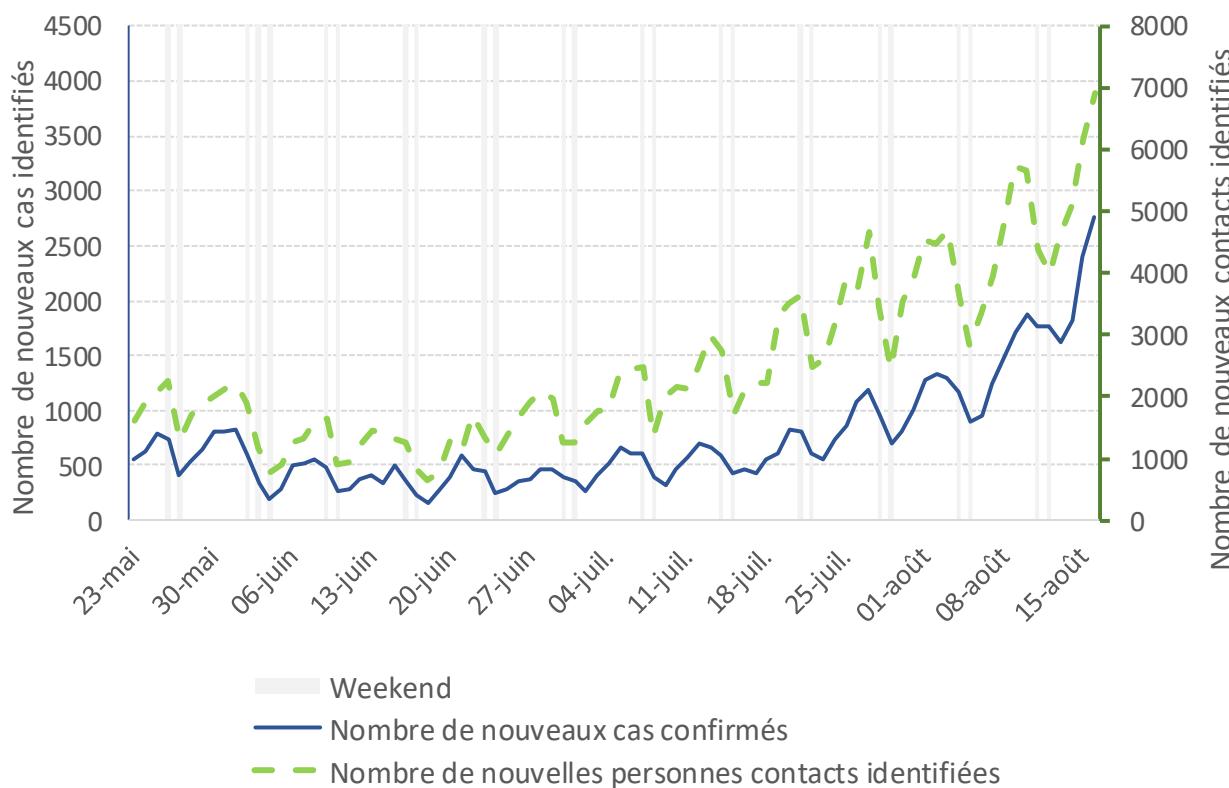
* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ou sérologie ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 07/05/2020.

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

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

- La tendance à l'augmentation du nombre de cas ainsi que du nombre de personnes-contacts à risque identifiés s'accélère au mois d'août (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 16 août 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



*Le nombre de cas identifiés par jour diffère des données de surveillance issues de SI-DEP, du fait d'un délai de remontée d'information dans ContactCovid et de la présence de cas confirmés par sérologie et de cas probables dans ContactCovid.

Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- En semaine 33, la moyenne était de 2,5 contacts par cas avec une **accélération de la diminution** par rapport aux semaines précédentes (4,5 en semaine 29 ; 4,1 en semaine 30 ; 3,7 en semaine 31 et 3,0 en semaine 32). Des investigations sont en cours pour en explorer les causes possibles.

Délai de dépistage des cas symptomatiques

- Le 17 août, le délai moyen entre la date de début des symptômes et la date de prélèvement était **de 3,2 jours chez les nouveaux cas confirmés** pour lesquels la date de début des symptômes était disponible et dont la date de prélèvement de la RT-PCR était inférieure à 8 jours (n=4 865).
- Après un plateau depuis début juillet à 4,5 jours de délai, une forte diminution a été observée depuis la semaine 30.

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>

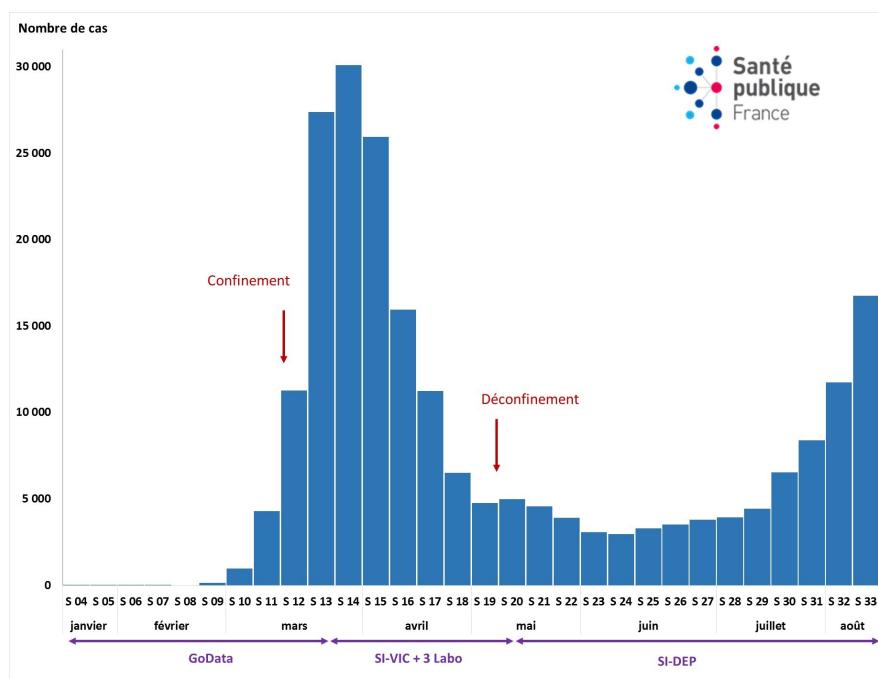
² <https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/01-maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/conduite-a-tenir-07-05-20>

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 19 août 2020, 84 800 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Il est ainsi estimé un total de **225 043 cas confirmés de COVID-19** en France au 19 août 2020.
- Après une diminution de la semaine 15 à la semaine 24, **on constate une augmentation particulièrement marquée ces dernières semaines** (Figure 11), le nombre de cas confirmés passant de 2 982 en S24 à 16 747 en S33. **Cette augmentation était de +43% entre la semaine 32 et la semaine 33.**
- En France métropolitaine**, depuis la semaine 24, le nombre de cas confirmés était en augmentation modérée, mais l'augmentation s'est intensifiée depuis la S30. Cette augmentation est stable à **+42% entre la semaine 32 et 33, comme entre la semaine 31 et 32.**

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



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

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

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

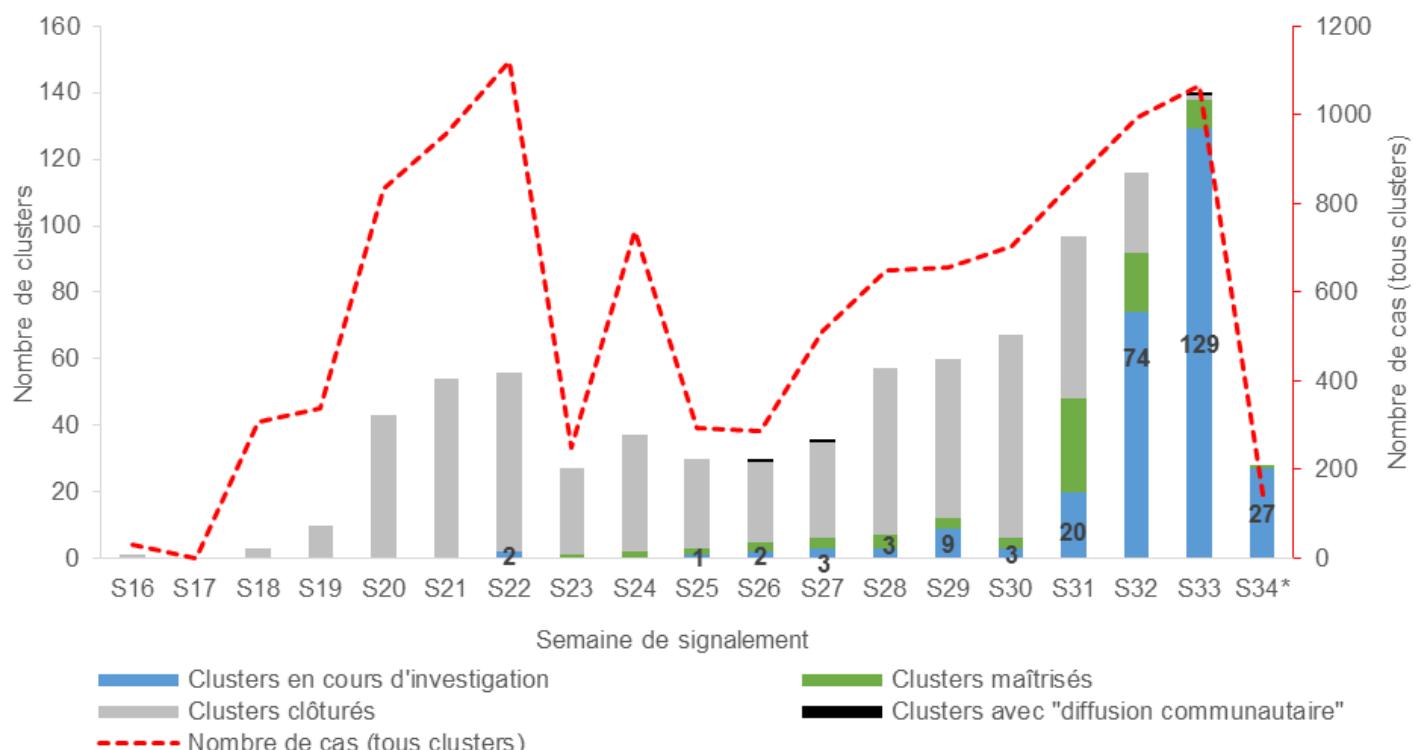
Signalement à visée d'alerte des foyers de transmission (clusters)

Depuis la levée du confinement, le 11 mai 2020, les ARS en lien avec les cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters (ou foyers de contamination), selon le guide en vigueur [1]. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler ces foyers. Un cluster est défini par au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, appartenant à une même communauté ou ayant participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non. Le SI MONIC (MONitorage des Clusters), développé par Santé publique France, rassemble les données collectées dans le cadre du dispositif de signalement à visée d'alerte. Le bilan épidémiologique des foyers rapportés depuis le 09 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 18 août 2020, la tendance hebdomadaire à la hausse des clusters depuis juillet s'est accentuée, avec 140 clusters signalés en S33 (Figure 12), mais le fardeau moyen de cas par cluster semble moindre en juillet (9 cas par cluster contre 17 en mai-juin).
- Au total 892 clusters (94% en métropole) ont été signalés (Figure 13) : 272 (30,5%) en cours d'investigation dont 64 (23,5%) en criticité élevée (potentiel de transmission, critères de gravité), 8,6% sont maîtrisés, 60,4% sont clôturés et 0,3% ont impliqué une diffusion communautaire.
- Parmi les 892 clusters, le milieu familial élargi (plusieurs foyers) et les évènements publics/privés rassemblant de manière temporaire des personnes restent parmi les types de collectivités les plus représentés (25%), avec les établissements de santé (ES) (14%) et les entreprises hors ES (26%) (Tableau 2).

Figure 12. Distribution du nombre de clusters selon leur statut (hors Ehpad et milieu familial restreint) et du nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement inclus entre le 09 mai et le 18 août 2020 (N=892) (Source : MONIC)



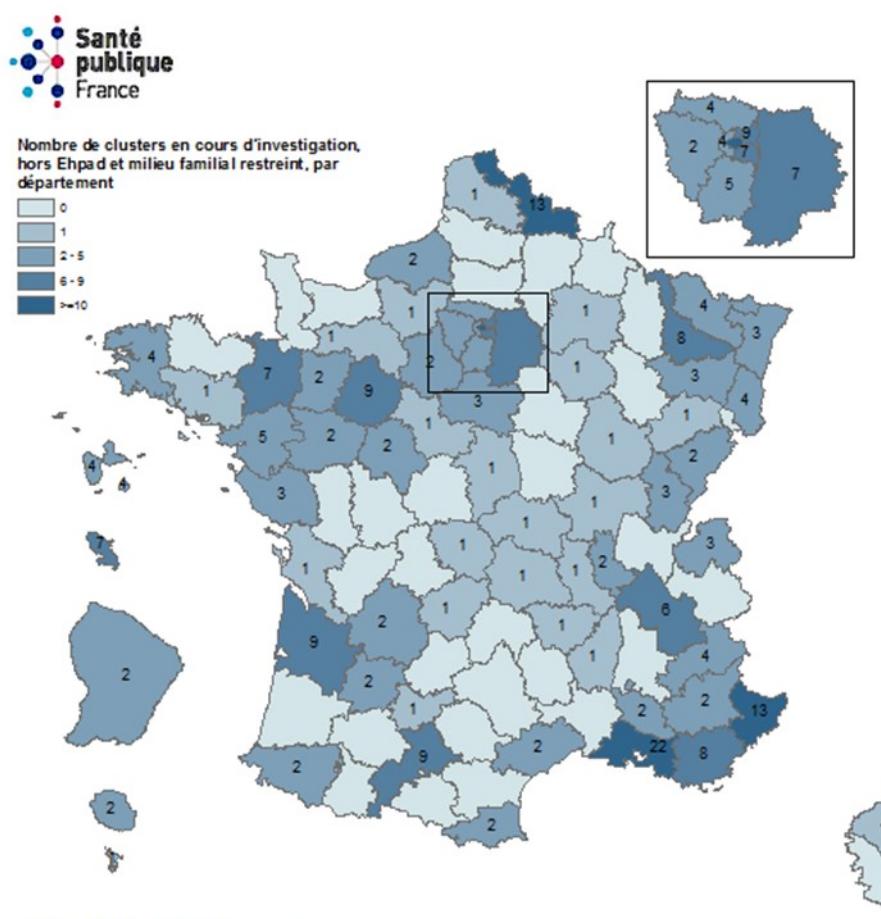
* données provisoires

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

Tableau 2 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par type de collectivité, inclus entre le 9 mai et le 18 août 2020 (N=892) (Source : MONIC)

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=892	%	N=272	%
Entreprises privées et publiques (hors ES)	234	26	88	32
Etablissements de santé	129	14	33	12
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	125	14	24	9
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	95	11	53	19
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	66	7	9	3
EMS de personnes handicapées	31	3	7	3
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	29	3	6	2
Milieu scolaire et universitaire	26	3	3	1
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	20	2	3	1
Crèches	19	2	2	1
Etablissements pénitentiaires	10	1	5	2
Transports (avion, bateau, train)	10	1	3	1
Structures de l'aide sociale à l'enfance	5	1	1	0
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-	0	-
Autre	93	10	35	13

Figure 13. Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) en cours d'investigation par département, inclus entre le 09 mai et le 18 août 2020 (N=272) (Source : MONIC)



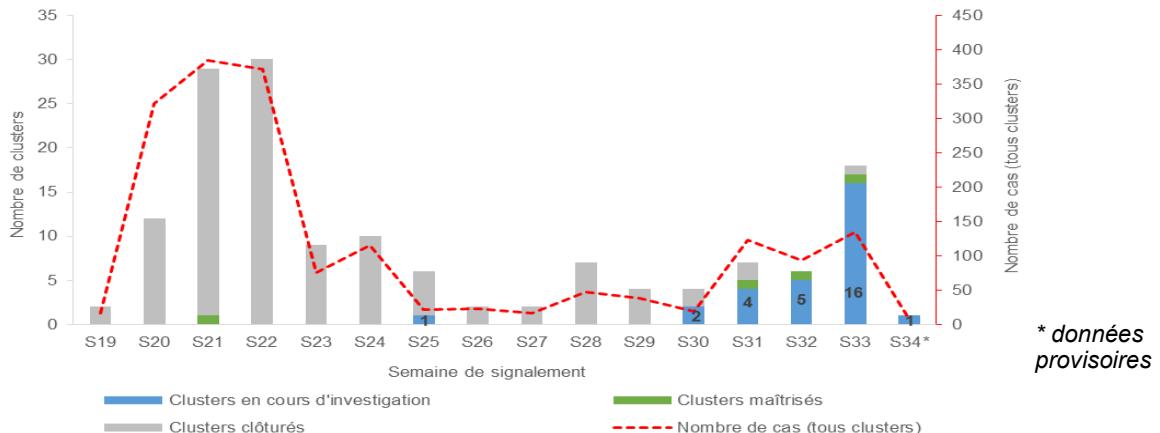
Pour en savoir plus sur les données régionales, consulter : [Santé publique France](#)

Foyers de transmission (clusters) en Ehpad

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

- Au 18 août 2020, le nombre hebdomadaire de nouveaux clusters était en augmentation (Figure 14) avec 18 nouveaux foyers en S33 (pour une moyenne hebdomadaire de 5 clusters lors des 4 semaines précédentes).
- Sur les 149 clusters, 19,5% (n=29) étaient en cours d'investigation, 2,7% maîtrisés, 77,9% clôturés et aucun cluster n'avait diffusé. La majorité (66%) comportait plus de 5 cas (12 en moyenne par cluster).
- Les 29 clusters en cours d'investigation sont localisés en métropole et répartis sur 10 des 13 régions métropolitaines.

Figure 14 : Distribution du nombre de clusters en Ehpad selon leur statut et du nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement entre le 09 mai et le 18 août 2020 (N=149) (Source : MONIC)



Focus : les clusters en milieu professionnel

Cette première analyse des clusters en milieu professionnel ne prend pas en compte les clusters en établissements de santé, établissements médico-sociaux de personnes handicapées, établissements pénitentiaires, et milieu scolaire et universitaire, qui répondent à d'autres collectivités. L'analyse porte sur les clusters signalés entre le 09 mai et le 12 août 2020. Le secteur d'activité a pu être codé, sur la base des données disponibles, pour 94% (N=178), selon la nomenclature d'activités française (NAF rév. 2, 2008).

- **189 clusters en milieu professionnel** ont été signalés entre le 09 mai et le 12 août 2020. Le nombre de clusters a augmenté à partir de juillet (73% signalés entre le 01 juillet et le 12 août). Les clusters en milieu professionnel représentaient 20% des clusters sur la période mai-juin contre 43% entre le 01 juillet et le 12 août. 41% (n=77) comptabilisaient moins de 5 cas, 36% (n=68) entre 5 et 9 cas, 23% (n=44) plus de 10 cas.
- **A l'exception de la Réunion et de la Guadeloupe, toutes les régions ont déclaré au moins un cluster en milieu professionnel.** Les régions qui recensent le plus de clusters sont l'Ile-de-France (23%), Provence-Alpes-Côte d'Azur (13%), les Hauts-de-France (12%) et les Pays de la Loire (11%).
- Les secteurs d'activité les plus représentés étaient les sections de l'administration publique (29%), l'industrie manufacturière (16%), l'hébergement et la restauration (9%), et le commerce et la réparation d'automobiles et de motocycles (8%). Dans l'administration publique, 39% concernaient les activités d'ordre public et de sécurité, 22% les administrations publiques générales, 16% les services du feu et de secours, et 14% la défense. Dans l'industrie manufacturière, 71% concernaient la transformation et conservation de viande.

Tableau 3 : Répartitions des clusters en milieu professionnel selon le secteur d'activité (N=178 sur 189 ; 11 données manquantes), du 9 mai au 12 août 2020 (Sources : MONIC)

Section (NAF rév. 2, 2008)	N	%
O - Administration publique	51	29
C - Industrie manufacturière	28	16
I - Hébergement et restauration	16	9
G - Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	14	8
Autres sections*	69	39

* ces 69 clusters sont répartis dans 14 sections qui regroupent chacune moins de 8 clusters

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'Île-de-France déclarent les épisodes via l'application de Santé publique France.

Depuis le 1^{er} mars 2020 et jusqu'au 17 août, 8 697 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 5 486 (63%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 3 211 (37%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 4).
- Parmi les 8 697 signalements **39 930 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents. Parmi les **10 511 décès dans l'établissement d'accueil**, 10 425 étaient survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Tableau 4).
- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 17 août 2020, parmi les 5 486 signalements en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 3 666 (67%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.
- Au cours des semaines S32 et S33 (du 03 août au 16 août), parmi l'ensemble des EHPA en France, 126 (1,4%) 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, 86 (0,9%) établissements ont signalé un nouvel épisode (date de début des signes du premier cas ou à défaut date de signalement comprise entre le 03 août au 16 août) avec au moins un cas confirmé.

Tableau 4. 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 17 août 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements	5 486	2 449	394	368	8 697
Cas confirmés	35 177	4 087	192	474	39 930
Chez les résidents					
Décès hôpitaux	3 714	207	0	21	3 942
Décès établissements	10 425	75	0	11	10 511
Chez le personnel					
Cas confirmés	16 818	3 553	303	197	20 871

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) ;

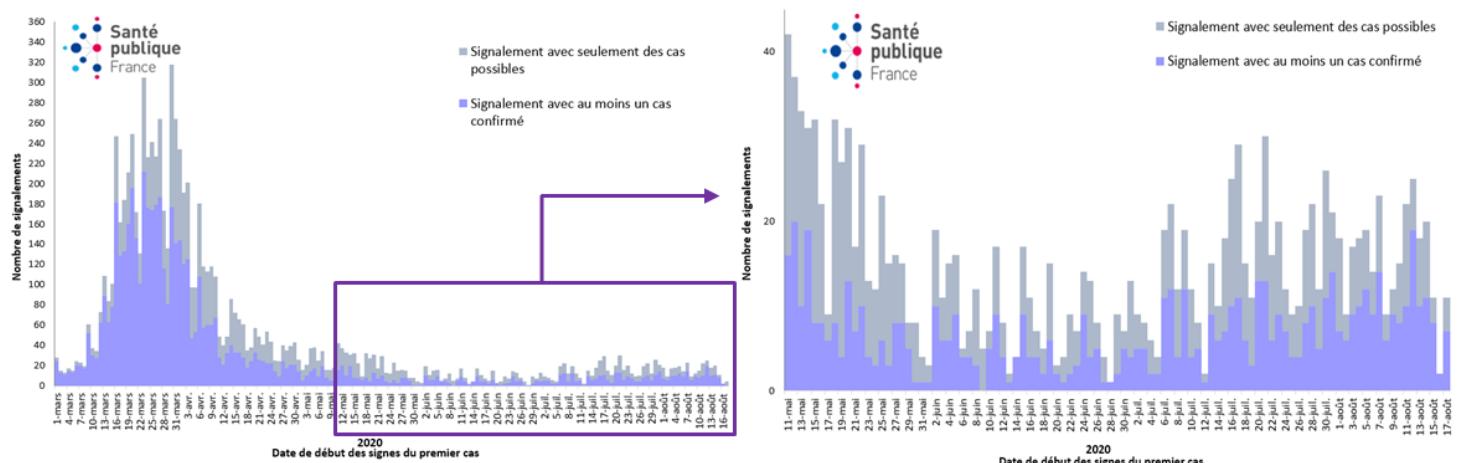
⁵Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible ;

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 avec au moins un cas confirmé en ESMS en France est **en augmentation depuis début juillet** (Figure 15).
- Le **nombre d'épisodes avec au moins un cas confirmé sur la même période a également augmenté** depuis la semaine 27 (S27 : 25, S28 : 49, S29 : 52, S30 : 56, S31 : 61). Les données de la semaine 32 et 33 sont provisoires et restent à consolider (S32 : 69, S33 : 68). Cette augmentation est particulièrement observée en région Île-de-France). (S30 : 9, S31 : 25, S32 : 18, S33 : 15) (les semaines 32 et S33 restent à consolider pour la région Île-de-France).
- Le nombre de décès chez les résidents, en établissement et à l'hôpital, a légèrement augmenté en région Grand Est cette semaine : on constate 5 décès de plus déclarés en semaine 33 par rapport à la semaine 32. Le nombre de décès sur le reste de la France reste limité (inférieur à 5 décès par jour) depuis le 15 juillet.

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 (n=8 272), du 1er mars au 17 août 2020, en France.



Passages aux urgences pour suspicion de COVID-19

(Réseau OSCOUR®)

- En semaine 33 (du 10 au 16 août 2020), 2 199 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période, représentant 0,7% de l'activité totale des services d'urgence du réseau OSCOUR®.
- Pour la 2^{ème} semaine consécutive, ces passages étaient en **hausse par rapport à la semaine précédente**. En S33, la hausse était de 8% comparé à la semaine 32 (2 040 passages et 0,7% d'activité totale - données consolidées du 18 août 2020) (Figure 16).
- Cette hausse concernait toutes les classes d'âge mais présentait des effectifs plus importants chez les **15-74 ans** (1 762 en S33 vs 1 650 en S32 soit +7%)
- **La hausse est observée dans la plupart des régions** excepté la Bourgogne-Franche-Comté, la Corse, la Guyane, les Hauts-de-France et les Pays-de-la-Loire.
- En semaine 33, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, 33% ont été enregistrés en **Ile-de-France** et 9% **Auvergne-Rhône-Alpes**.
- **Depuis le début de la surveillance** le 24 février 2020, **183 031** passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 09 août 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgence ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

Figure 16. Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et classe d'âge, depuis le 26 février et depuis le 1^{er} juin 2020, France (source: OSCOUR®)

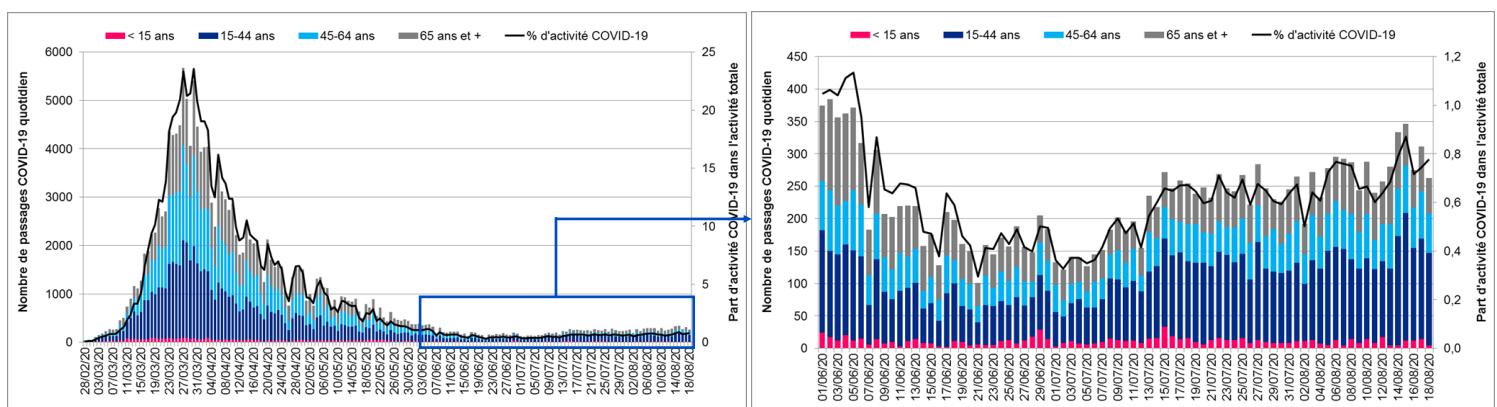
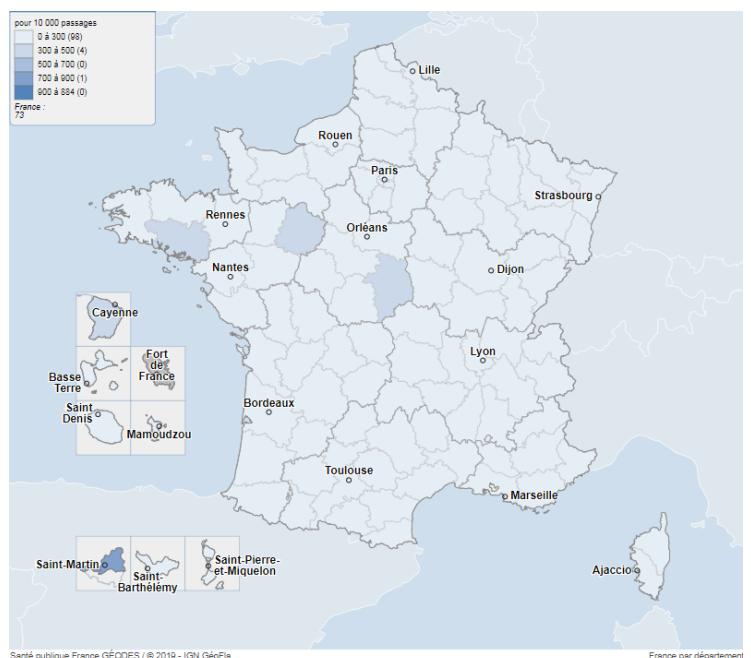


Figure 17. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 33, France (source : OSCOUR®)



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 **09 et le 15 août 2020** sont basées sur les nombres de tests PCR positifs au SARS-COV-2 remontés par le système SI-DEP ainsi que sur les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (données OSCOUR®).

- En France métropolitaine, le nombre de reproduction calculé à partir des données virologiques (SI-DEP) est significativement supérieur à 1 : 1,34 (intervalle de confiance IC95% : 1,32-1,36), estimation stable par rapport à celle produite la semaine précédente. Le R calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) est significativement supérieur à 1 : 1,11 (IC95% : 1,07-1,16) (Tableau 5), en hausse par rapport à l'estimation produite la semaine précédente.
- En région, les nombres de reproduction estimés à partir de SI-DEP et OSCOUR® sont significativement supérieurs à 1 en Centre Val-de-Loire, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le nombre de reproduction SI-DEP est significativement supérieur à 1 dans 7 régions supplémentaires, sans que celui calculé à partir des passages aux urgences ne soit significativement supérieur à 1 : Auvergne-Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Grand Est, Hauts-de-France, Ile-de-France, Normandie et Pays de la Loire (Tableau 5).
- En outre-mer, la Guadeloupe, la Martinique et la Réunion présentent un nombre de reproduction estimé à partir de SI-DEP significativement supérieur à 1.

Tableau 5. 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 09 au 15 août 2020 (Sources : SI-DEP et OSCOUR®)

Territoire	Régions	R effectif (Intervalle de confiance à 95%)	
		SI-DEP	OSCOUR®
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1.40 (1.32-1.48)	1.01 (0.87-1.17)
	Bourgogne-Franche-Comté	1.44 (1.26-1.62)	1.14 (0.97-1.33)
	Bretagne	1.00 (0.90-1.10)	1.36 (1.12-1.61)
	Centre-Val de Loire	1.62 (1.47-1.76)	1.26 (1.01-1.53)
	Corse	0.94 (0.51-1.50)	NC
	Grand Est	1.22 (1.13-1.32)	1.09 (0.89-1.31)
	Hauts-de-France	1.09 (1.03-1.16)	0.92 (0.75-1.11)
	Ile-de-France	1.26 (1.23-1.30)	1.06 (0.98-1.14)
	Normandie	1.42 (1.25-1.59)	1.22 (0.94-1.54)
	Nouvelle-Aquitaine	1.78 (1.64-1.92)	1.29 (1.07-1.53)
France ultra-marine	Occitanie	1.60 (1.52-1.68)	1.24 (1.04-1.46)
	Pays de la Loire	1.33 (1.23-1.42)	1.09 (0.93-1.26)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	1.52 (1.47-1.58)	1.20 (1.03-1.38)
	France métropolitaine	1,34 (1,32-1,36)	1,11 (1,07-1,16)
	Guadeloupe	1.83 (1.52-2.17)	NC
France ultra-marine	Guyane	0.81 (0.72-0.90)	0.72 (0.54-0.94)
	La Réunion	2,71 (2,35-3,10)	NC
	Martinique	1.60 (1.32-1.91)	NA
	Mayotte	NE	NC

NC : le nombre de reproduction n'est pas estimable de façon fiable en raison d'un nombre de cas insuffisant sur les 7 derniers jours ; NA : données non disponibles pour cette région ; NE: données non exploitable

[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, 1 541 établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

- Parmi les 109 462 patients ayant été hospitalisés depuis le 1^{er} mars (Tableau 6) :

- L'âge médian des patients est de 72 ans et 52% sont des hommes.
- 19 940 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
- 84 309 patients sont retournés à domicile.

- Le 18 août 2020, 4 823 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 380 cas en réanimation.

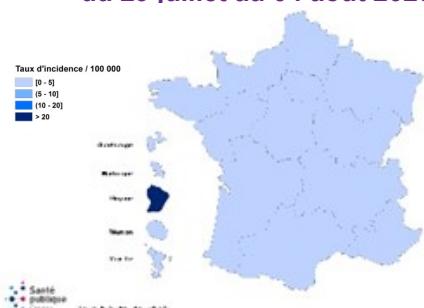
Tableau 6. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 18 août 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars, par classe d'âge et par région, France (source : SI-VIC)

	Le 18 août 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	4 823		380		84 309		19 940	
Classes d'âge *								
Total	4 771		377		83 756		19 829	
0-14 ans	28	1	5	1	1 033	1	3	<1
15-44 ans	368	8	33	9	11 606	14	211	1
45-64 ans	998	21	127	34	23 913	29	2 066	10
65-74 ans	1 054	22	121	32	15 889	19	3 542	18
75 et +	2 323	49	91	24	31 315	37	14 007	71
Régions *								
Total	4 783		372		84 297		19 920	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	299	6	23	6	8 207	10	1 771	9
Bourgogne-Franche-Comté	29	1	22	6	4 085	5	1 063	5
Bretagne	62	1	2	1	1 366	2	268	1
Centre-Val de Loire	65	1	6	2	2 354	3	569	3
Corse	4	<1	0	<1	256	<1	59	<1
Grand Est	529	11	18	5	12 962	15	3 641	18
Hauts-de-France	491	10	38	10	7 145	8	1 932	10
Île-de-France	2 500	52	188	51	30 224	36	7 644	38
Normandie	79	2	1	0	1 867	2	447	2
Nouvelle-Aquitaine	69	1	8	2	2 289	3	430	2
Occitanie	73	2	9	2	3 022	4	518	3
Pays de la Loire	104	2	12	3	2 347	3	485	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	339	7	16	4	6 015	7	975	5
Outre-Mer								
La Réunion	29	<1	7	2	187	<1	5	<1
Martinique	4	<1	1	0	98	<1	17	<1
Mayotte	8	<1	2	<1	436	1	28	<1
Guadeloupe	5	<1	2	1	88	<1	19	<1
Guyane	94	2	17	5	1 349	2	49	<1

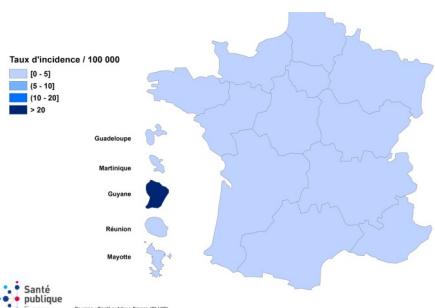
* L'information sur l'âge n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Figure 18. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 29 juillet et le 18 août 2020, France (source : SI-VIC)

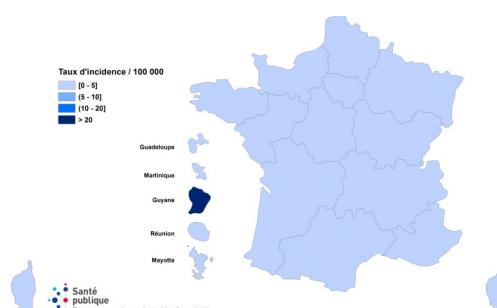
du 29 juillet au 04 août 2020



du 05 au 11 août 2020



du 12 au 18 août 2020



- Le plus fort taux hebdomadaire d'hospitalisations (du 12 au 18 août) de patients COVID-19 a été observé en Guyane mais était stable à 36,8/100 000 habitants par rapport à la semaine précédente.
- Dans toutes les autres régions les taux d'hospitalisations hebdomadaires étaient inférieurs à 3,0/100 000 habitants excepté en Guyane et à La Réunion avec respectivement 107 et 27 patients hospitalisés pour la semaine du 12 au 18 août (Figure 18).
- Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a augmenté pour la quatrième semaine consécutive en semaine 33 (du 10 au 16 août) : 1 008 en S33 versus 604 en S29 (Figure 19).
- En prenant en considération le nombre d'hospitalisations entre la semaine 28 et la semaine 32, le temps de doublement du nombre d'hospitalisations est de 39 jours.
- Depuis début juillet (S28) et jusqu'en semaine 33, les personnes hospitalisées âgées de moins de 40 ans représentaient 18% (1 573/8 614) des admissions alors que cette proportion était de 8% (8 324/100 848) sur la période mars-juin 2020. Pour les personnes âgées de plus de 70 ans une diminution des admissions en hospitalisation conventionnelle a été observée depuis début juillet représentant 46% (3 991/ 8 614) des admissions sur la période S28-S33 vs 54% (55 004/100 848) sur la période S9-S27 (Tableau 7).

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

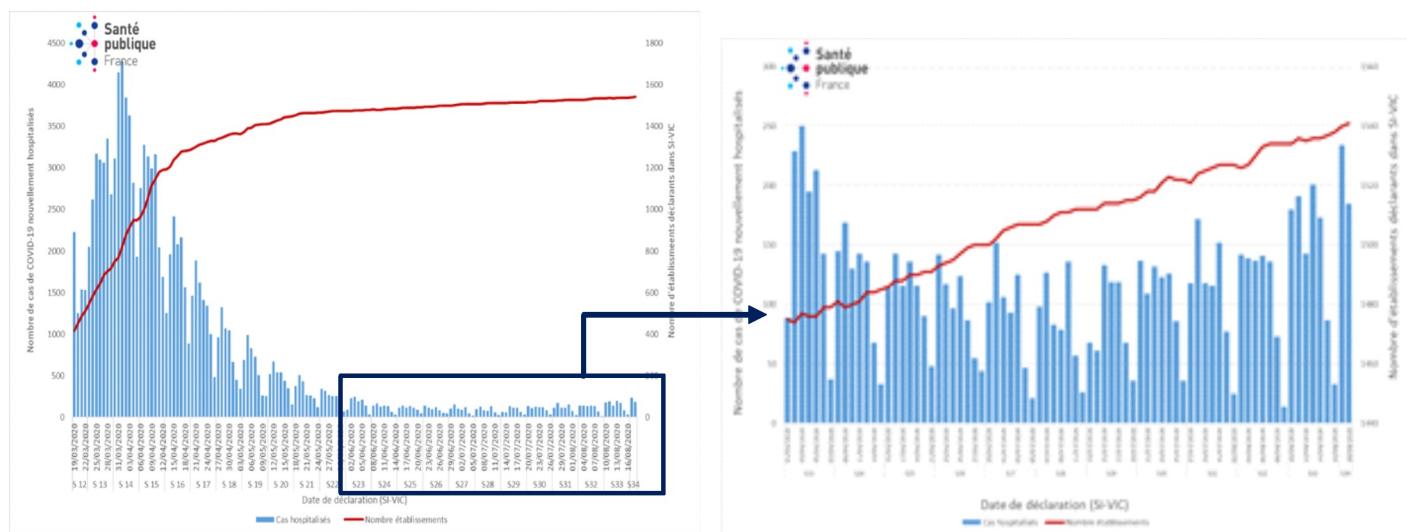


Tableau 7. Distribution des cas de COVID-19 admis à l'hôpital par classe d'âge et par période (S9-S27 : du 01 mars au 31 mai 2020 ; S28-S33 : du 01 juin au 16 août 2020), données au 18 août 2020, France (source : SI-VIC)

Classes d'âge	Périodes			Total	
	S9-S27	S28-S33	Total		
	N	%	N	%	N
0-9	734	<1	141	2	875
10-19	551	<1	137	2	688
20-29	2 418	2	595	7	3 013
30-39	4 621	5	700	8	5 321
40-49	7 270	7	826	10	8 096
50-59	12 568	12	1 018	12	13 586
60-69	17 014	17	1 152	13	18 166
70-79	19 919	20	1 407	16	21 326
80-89	23 171	23	1 724	20	24 895
90 ans et +	11 914	12	860	10	12 774
Total	100 848	100	8 614	100	109 462

- Au 18 août 2020, 380 cas de COVID-19 étaient toujours hospitalisés en réanimation en France et 28 nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation ont été rapportées (Figure 20).
- En semaine 33, le nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation continue d'augmenter depuis la semaine 27 (Figure 20). Ce nombre est en augmentation depuis 6 semaines, passant de 73 nouvelles admissions en S27 à 128 en S33.
- Le nombre journalier de cas en cours d'hospitalisation en réanimation se maintient en dessous de 500 patients depuis le 10 juillet.
- Depuis début juillet (S28) et jusqu'en semaine 33, les personnes hospitalisées en réanimation âgées de moins de 40 ans représentaient 13% (72/562) des admissions alors que cette proportion était de 7% (1 201/ 17 453) sur la période mars-juin 2020 (Tableau 8).

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

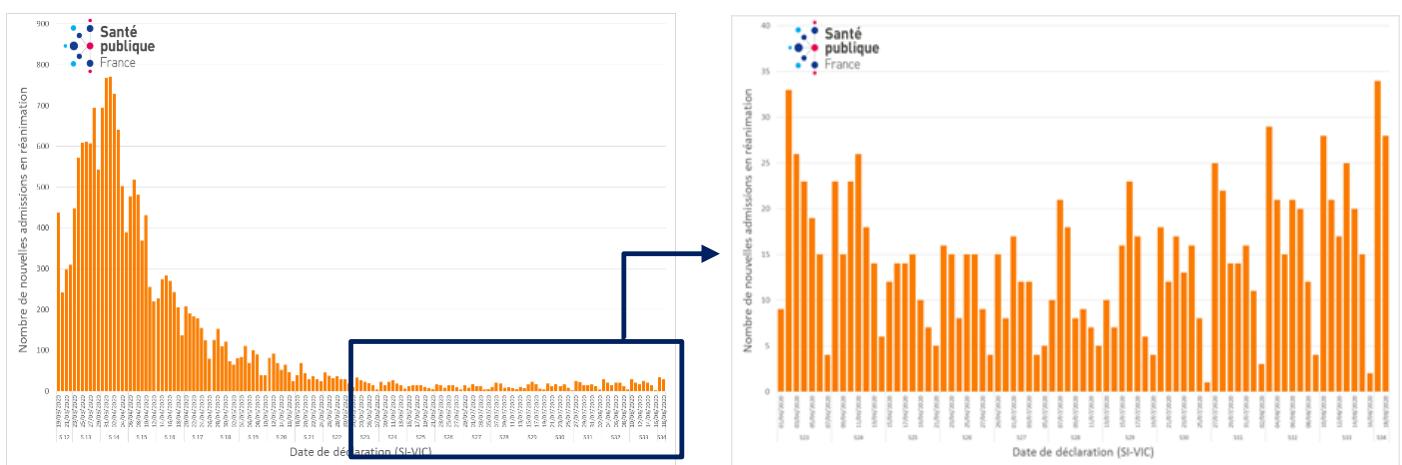
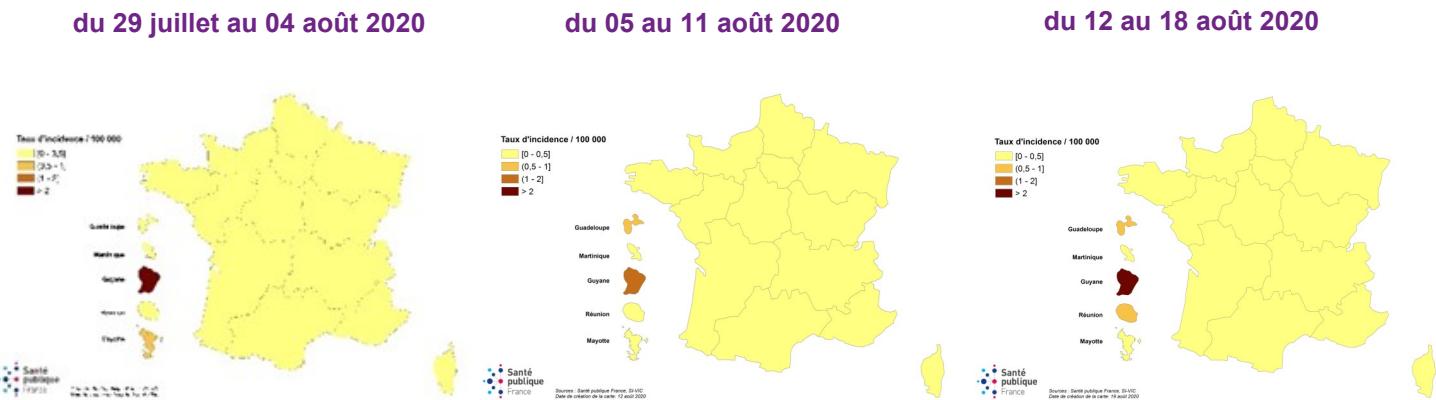


Tableau 8. Distribution des cas de COVID-19 hospitalisés en service de réanimation, par classe d'âge et par période (S9-S27 : du 01 mars au 31 mai 2020 ; S28-S33 : du 01 juin au 16 août 2020), données au 18 août 2020, France (source : SI-VIC)

Classes d'âge	Périodes				Total
	S9-S27	%	S28-S33	%	
0-9	142	<1	8	1	150
10-19	123	<1	4	<1	127
20-29	252	1	19	3	271
30-39	684	4	41	7	725
40-49	1 512	9	46	8	1 558
50-59	3 323	19	107	19	3 430
60-69	4 924	28	126	22	5 050
70-79	4 615	26	133	24	4 748
80-89	1 554	9	69	12	1 623
90 ans et +	244	1	4	<1	248
Total	17 453	100	562	100	18 015

- Sur la **semaine du 12 au 18 août**, le plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 a été observé en Guyane. Ce taux est en augmentation, représentant **6 patients** : sur la semaine du 12 au 18 août, il était de **2,1/100 000 habitants** (contre 1,0 la semaine précédente) (Figure 21).
- Dans toutes les autres régions, le **taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 est inférieur à 0,5/100 000 habitants** excepté à La Réunion et en Guadeloupe avec respectivement 7 et 2 patients en réanimation sur la semaine du 12 au 18 août.

Figure 21. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 29 juillet et le 18 août 2020, France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire de **décès** survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 est en légère **hausse** par rapport à la semaine précédente avec 88 décès en S33 versus 63 en S32 (Figure 22).
- Le nombre hebdomadaire des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation est en légère hausse en semaine 33 (1 058 vs 885 en S32) (Figure 23).

Figure 22. Nombre journalier de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 18 août 2020 (source : SI-VIC)

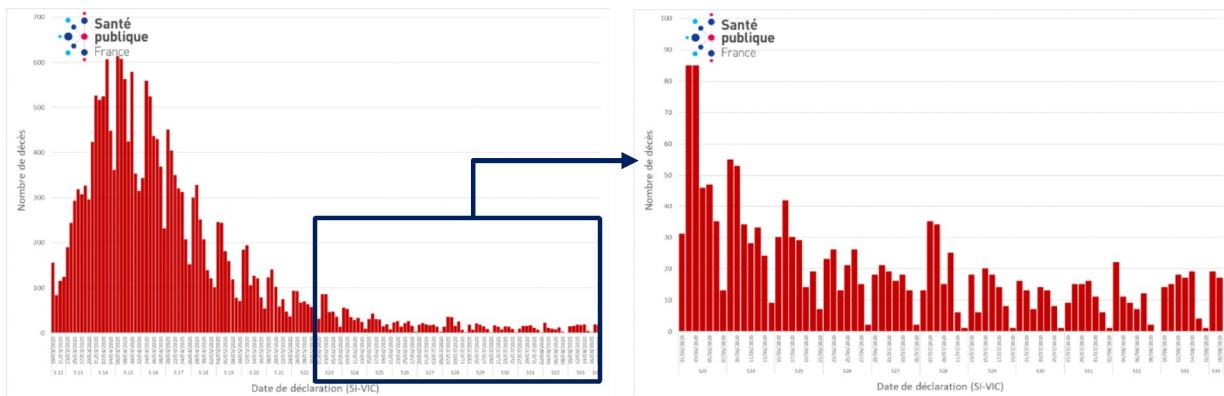
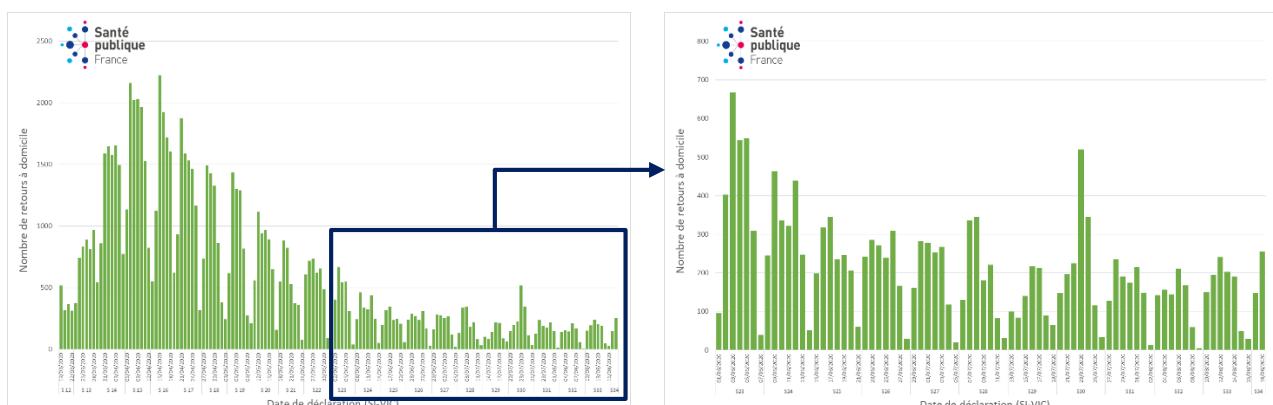


Figure 23. Nombre journalier de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 18 août 2020 (source : SI-VIC)

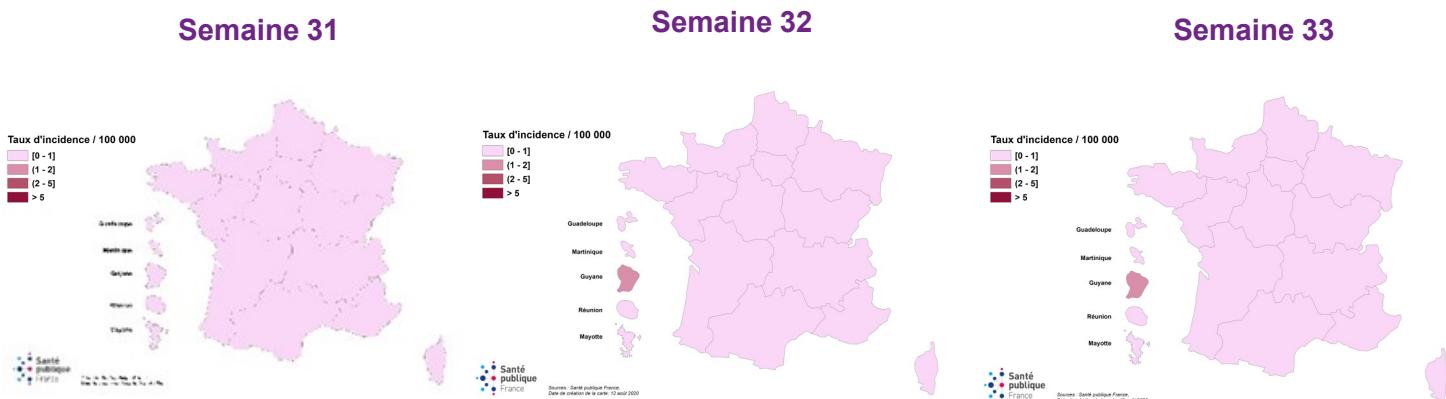


Surveillance de la mortalité

Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

- Entre le 1^{er} mars et le 18 août 2020, **30 451 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : 19 940 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 511 décès parmi des résidents en EHPA et autres EMS.
- Au moins 92% des cas de COVID-19 décédés sont âgés de 65 ans ou plus.**
- Au niveau national, le nombre hebdomadaire de décès** en France est en très légère augmentation entre les semaines 32 et 33 (97 en S33 vs 66 en S32). Le taux de décès hebdomadaire (pour 100 000 habitants) à l'échelle nationale est stable: il était de 0,14 en S33 vs 0,10 en S32 et 0,12 en S31.
- En semaine 33, le plus fort taux de décès de patients COVID-19 rapporté à la population (pour 100 000 habitants)** était observé en Guyane (1,43/100 000 habitants). Pour toutes les autres régions, ce taux était inférieur à 0,5/100 000 habitants, excepté pour la Guadeloupe où le taux est à 0,56/100 000 habitants (2 décès en S33).
- Les taux hebdomadaires de décès déclarés (pour 100 000 habitants) **restent stables** entre les semaines 32 et 33 dans presque toutes les régions. En Centre-Val de Loire, ce taux est passé de 0,04/100 000 en semaine 32 (correspondant à 1 décès déclaré) à 0,35/100 000 en S33 (correspondant à 9 décès déclarés) (Figure 24).

Figure 24. Taux hebdomadaires de décès dû à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS), S31 (du 27 juillet au 02 août), S32 (du 03 au 09 août) et S33 (du 10 au 16 août) par région en France (source : SI-VIC et ESMS)



Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, **11 351 certificats de décès** contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 9).
 - 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 7 488 décès, soit **66%** des certificats de décès. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 25% de ces décès et une mention de pathologie cardiaque pour 34% de ces décès.
- Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 2,8% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.

Tableau 9. 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 17 août 2020 (données au 18 août 2020) (Source : Sante publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%						
Hommes	6 171	54						
Cas selon la classe d'âges			Sans comorbidité¹	%	Avec comorbidités¹	%	Total²	
	n	%	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	1	100	1	0		
15-44 ans	35	34	69	66	104	1		
45-64 ans	284	28	713	72	997	9		
65-74 ans	583	33	1 192	67	1 775	16		
75 ans ou plus	2 961	35	5 513	65	8 474	75		
Tous âges	3 863	34	7 488	66	11 351	100		
Comorbidités	n	%						
Au moins une comorbidité	7 488	66						
Aucune ou non renseigné	3 863	34						
Description des comorbidités	n	%						
Obésité	445	6						
Diabète	1 212	16						
Pathologie respiratoire	976	13						
Pathologie cardiaque	2 531	34						
Hypertension artérielle	1 843	25						
Pathologies neurologiques *	688	9						
Pathologie rénale	931	12						
Immunodéficience	171	2						

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

¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

Mortalité toutes causes

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

- **Au niveau national** depuis la semaine 18 (du 27 avril au 03 mai 2020), la mortalité est revenue dans les marges de fluctuation habituelle, tous âges confondus (Figure 26).
- **Au niveau régional** : dans la région **Grand Est**, une hausse significative de la mortalité toutes causes confondues a été observée en semaine 31 (du 27 juillet au 02 août) (Figure 27). Les effectifs semblent revenir dans les marges de fluctuation habituelle en semaine 32 (du 03 au 09 août), à un niveau comparable à celui attendu, tous âges confondus.

Figure 25. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 52-2013 à la semaine 32-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

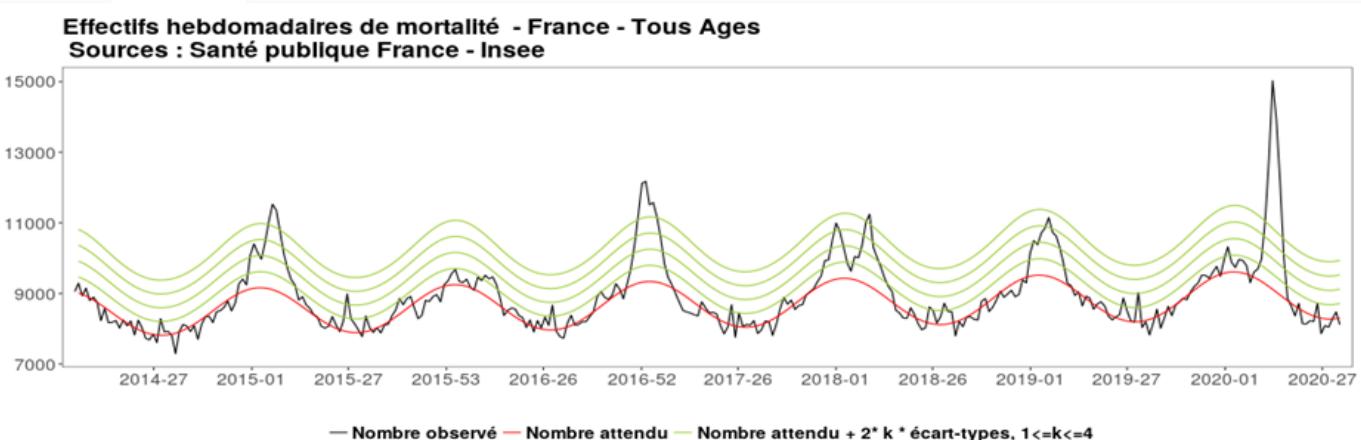
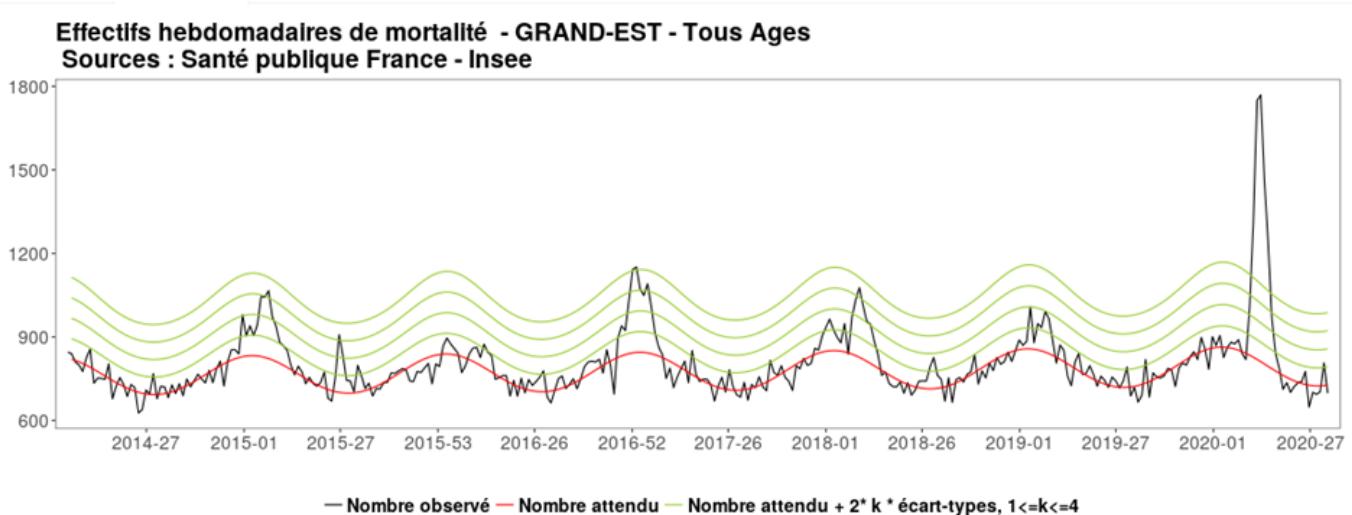


Figure 26. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en Grand Est, de la semaine 52-2013 à la semaine 32-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

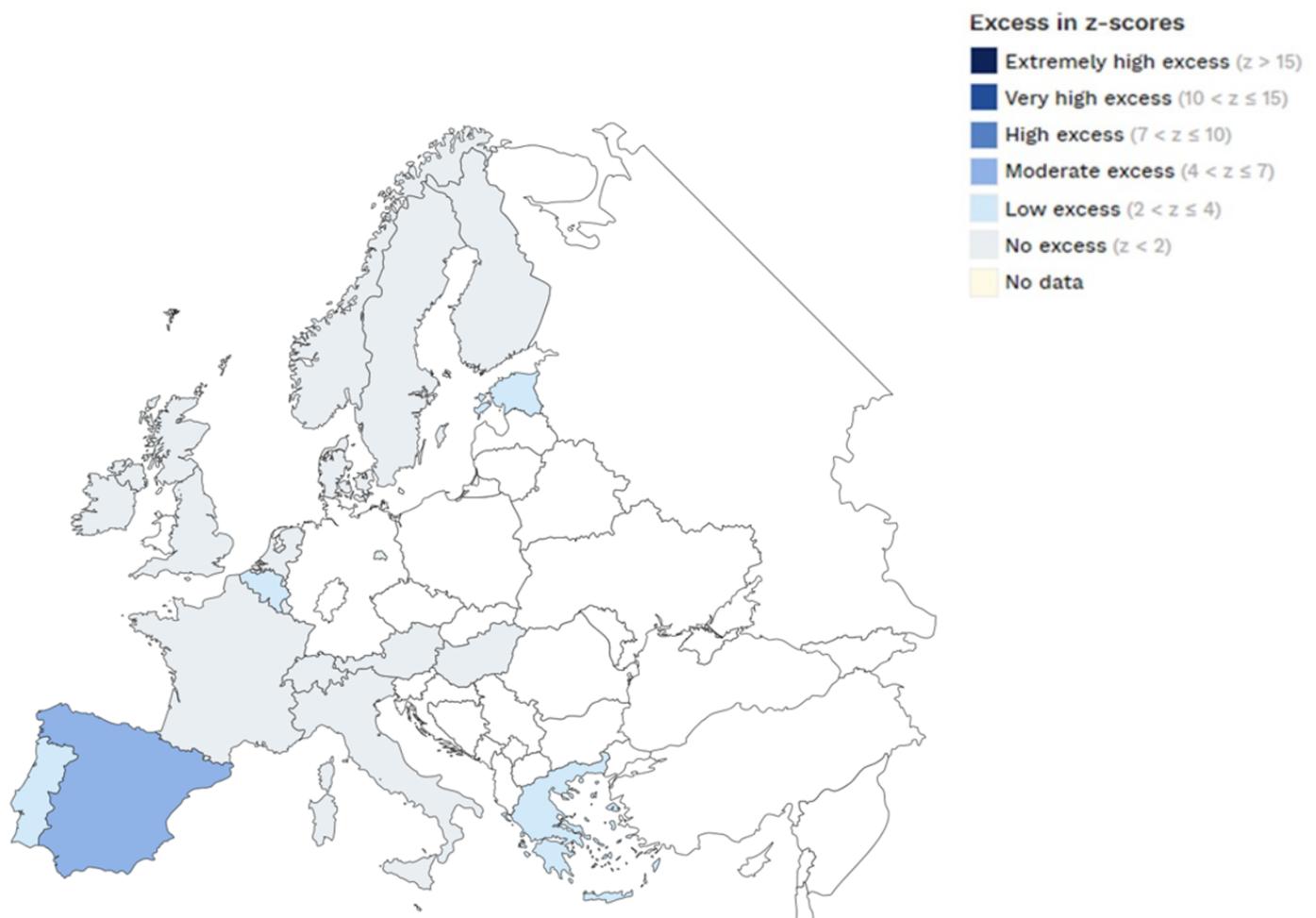


Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. Il n'est pas possible d'estimer la part attribuable de ces hausses de mortalité avec l'épidémie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

Mortalité à l'échelle européenne

- A l'échelle européenne, parmi les 24 pays ou régions qui participent au consortium EuroMOMO (<https://www.euromomo.eu/>) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, un excès de mortalité était observé dans deux pays en semaine 28, dans deux pays en semaine 29, dans quatre pays en semaine 30 et dans cinq pays en semaine 31 (Belgique, Espagne, Estonie, Grèce et Portugal) (Figure 27).

Figure 27. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 31-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 12 août) (Source : EuroMOMO)



Analyse de risque contextualisée - Niveaux de vulnérabilité

Les équipes régionales de Santé publique France réalisent, en lien avec les ARS, une analyse de risque contextualisée quotidienne au niveau départemental depuis le 02 mai 2020, une semaine avant la levée du confinement. Cette expertise effectue la synthèse des indicateurs des systèmes de surveillance et des informations qualitatives rapportées (ARS, collectivités, acteurs du soin, etc.).

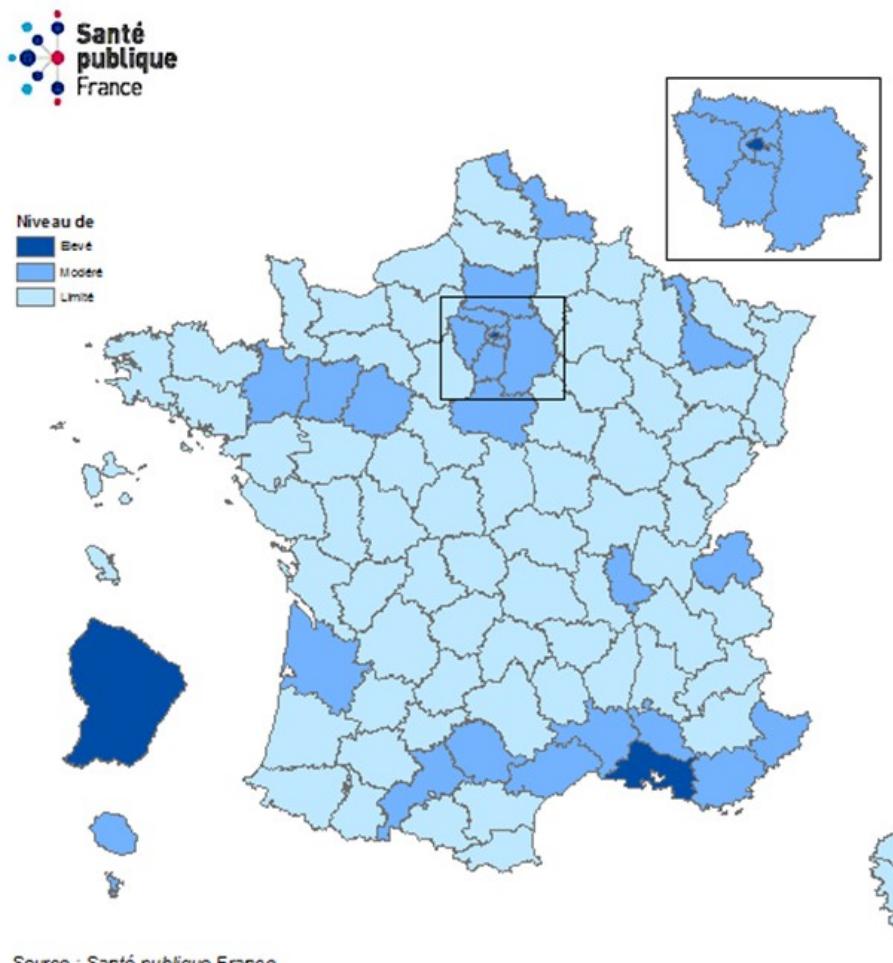
Les indicateurs mis en regard sont les taux de positivité/incidence des patients testés (SI-DEP), taux d'actes/passages pour suspicion COVID-19 (SOS Médecin, Oscour®), nombres de reproduction effectif du virus (SI-DEP, Oscour®, SI-VIC), clusters en communauté, milieu professionnel, établissements médicaux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

Au 19 août 2020, par rapport au point épidémiologique du 13 août 2020 :

- **2 nouveaux départements étaient classés en niveau de vulnérabilité élevé** : Bouches-du-Rhône (13), Paris (75). Mayotte (976) repasse en vulnérabilité modérée suite à une évolution épidémique favorable.
- **8 nouveaux départements étaient classés en niveau de vulnérabilité modéré** : Gard (30), Rhône (69), Loiret (45), Tarn (81), Seine-et-Marne (77), Yvelines (78), Essonne (91), la Réunion (974).

Au total, le 19 août, 26 départements étaient en niveau de vulnérabilité modéré, et 3 en élevé (Guyane, Paris, Bouches-du-Rhône) ; c'étaient 10 régions métropolitaines sur 13 qui avaient au moins un département en niveau de vulnérabilité modéré.

Figure 28. Niveau de vulnérabilité par département, France, au 19 août 2020
(Source : Santé publique France)



Source : Santé publique France

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

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

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

Cette enquête est momentanément arrêtée. Une nouvelle vague d'enquête est programmée fin août (semaine 35).

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

Etude qualitative ViQuoP, Santé publique France – Kantar. « Vie quotidienne et prévention au sein d'une communauté en ligne à l'heure du coronavirus », *Suivi de cohorte de mars à juin 2020 : Les principaux résultats sont disponibles sur le site de Santé publique France*, pour les 6 thématiques suivantes :

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

Production d'outils de prévention

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



Synthèse — conclusion

En France métropolitaine

En semaine 33 (du 10 au 16 août 2020), l'augmentation du **nombre de cas confirmés, du taux d'incidence hebdomadaire et du nombre de clusters se poursuit**.

L'augmentation du **nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 s'intensifie** avec 16 747 cas enregistrés en semaine 33 soit une augmentation de +43% par rapport à la semaine précédente. **Le taux de positivité était également en forte progression (+42%)** alors que le nombre de personnes testées demeure stable. La progression actuelle de l'épidémie correspond à un **temps de doublement des cas de 17 jours** pour la période S28-S33.

Le taux d'incidence en semaine 33 était de 24,2 cas /100 000 habitants. **L'augmentation** concernait l'ensemble des classes d'âge et toujours plus particulièrement **les 15-44 ans notamment chez les jeunes de 15-25 ans**. Néanmoins **une augmentation est également observée chez les personnes âgées de plus de 65 ans**.

Le nombre de personnes testées est resté stable en comparaison de la semaine précédente. La part des personnes asymptomatiques était en légère augmentation (+2%) et était restée stable parmi les cas testés positifs pour le SARS-COV-2. Le nombre de personnes symptomatiques testées a continué de diminuer mais **le nombre de cas (testés positifs) parmi les personnes symptomatiques continue d'augmenter (+45%)**. Ces résultats témoignent d'une progression de la circulation virale.

En médecine générale, les taux d'incidence des cas d'IRA et taux de consultation des cas suspects de COVID-19 (hors IRA) du réseau Sentinelles sont restés stables. En semaine 33, après une diminution pendant 3 semaines consécutives, une hausse du nombre d'actes SOS Médecins a été observée.

En milieu hospitalier, pour la 2^{ème} semaine consécutive, une légère augmentation (+8%) du nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 a été observée. Cependant, depuis 4 semaines, **le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 est en augmentation**. Depuis juillet, on note une augmentation de la part des moins de 40 ans parmi l'ensemble des patients hospitalisés (8% S09-S27 vs 18% S28-S33). Cette augmentation est également observée pour les nouvelles admissions en réanimation (7% vs13%). Cette augmentation relative de la part des jeunes et adultes jeunes doit être interprétée avec prudence.

L'incidence continue également de progresser chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Bien que **le nombre d'épisodes signalés de COVID-19 par les établissements médico-sociaux** (incluant les Ehpad) soit limité, leur nombre est en augmentation depuis plusieurs semaines. Le 18 août, 29 clusters en Ehpad répartis sur 10 des 13 régions métropolitaines étaient en cours d'investigation. Pour la 1^{ère} semaine depuis début juin, le nombre de clusters signalés est en nette augmentation dans les Ehpad. Une grande vigilance doit être maintenue dans ces établissements **compte tenu de la fragilité de cette population dans laquelle survient le plus grand nombre de décès dus au SARS-COV-2**.

Les données recueillies par la Cnam ont montré que la quasi-totalité des dossiers des nouveaux cas et des nouvelles personnes-contacts à risque ont été traités en semaine 33 (94% des cas et 96% des contacts). **Le délai moyen de diagnostic des cas symptomatiques a continué de diminuer** : il est passé de 4,5 jours début juillet à 3,0 jours cette semaine. Cette évolution suggère un recours plus rapide aux tests pouvant être en lien avec une facilité d'accès à être testé (sans prescription).

Les données sur l'activité de suivi des contacts collectées par la Cnam montraient **une augmentation des nombres de cas et de personnes contacts à risque depuis le mois de juin associée à une forte diminution du nombre de contacts à risque identifiés par cas**.

Ce constat est préoccupant dans une situation de reprise de l'épidémie associée à une augmentation des clusters qui laisse supposer que le nombre de personnes-contacts à risque par cas non identifiées est important. **Cette situation pourrait refléter une moins bonne compliance des cas à transmettre la liste et coordonnées de leurs contacts**. Le contact tracing associé à l'isolement des cas et la quarantaine des personnes-contacts à risque étant un des principaux piliers du contrôle de l'épidémie, des investigations sont en cours pour explorer les causes possibles liées au dispositif et notamment la compliance des cas et personnes-contacts à son égard.

Le nombre de reproduction effectif (R effectif) calculé sur la base des données virologiques (SI-DEP) est resté supérieur à 1 en France métropolitaine (Reff= 1,34); celui calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR) était cette semaine significativement supérieur à 1 avec un Reff estimé à 1,11 (IC95% : 1,07-1,16). Lorsque le R effectif est significativement supérieur à 1, ceci signifie que l'épidémie est en progression. **Au niveau régional, les deux estimations de R effectif (SI-DEP et OSCOUR) étaient simultanément significativement supérieures à 1 en Centre-Val de Loire, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur.** Ces indicateurs ne doivent pas être analysés de façon isolée, mais doivent être confrontés aux indicateurs produits par les différentes surveillances (incidences, passages aux urgences, hospitalisations, clusters ...).

En semaine 33, plus de la moitié des départements avaient un taux d'incidence supérieur au seuil d'attention de 10 cas pour 100 000 habitants par semaine (54 départements en S32 vs 33 départements en S32) et six départements avaient un **taux d'incidence dépassant le seuil d'alerte** (50/100 000 h) : trois en Île-de-France (**Paris, Seine-Saint-Denis et Val de Marne**), deux Provence-Alpes-Côte d'Azur (**Bouches-du-Rhône et Alpes-Maritimes**) et un en Pays de la Loire (**Sarthe**).

Selon l'analyse de risque contextualisée permettant de classer chaque département selon un niveau de vulnérabilité (limité, modéré et élevé) qui traduit à la fois la circulation virale et l'impact sur la santé de la population. Six départements sont passés cette semaine **en niveau de vulnérabilité modéré** portant à **24** le nombre de **départements** ainsi classés. **Deux départements (Bouches-du-Rhône et Paris)** ont été classés en **niveau de vulnérabilité élevé**. L'ensemble de ces **26** départements étaient répartis sur 10 des 13 régions métropolitaines, intégrant l'ensemble des départements de la région **Île-de-France**, 4 des 6 départements de **Provence-Alpes-Côte d'Azur** et 4 des 13 départements d'**Occitanie**.

En Ile de France, l'accélération de la circulation du virus se confirme par la hausse de tous les indicateurs virologiques. Les classes d'âge, les plus concernées par cette augmentation étaient les 10-40 ans. Les taux d'incidence étaient supérieurs au seuil d'alerte (50/100 000 h) dans 3 départements (Paris, Seine-Saint-Denis et Val de Marne) et supérieurs à 20/100 000 h pour les 5 autres. En Seine-Saint-Denis et dans le Val de Marne, le taux de positivité a dépassé 5% (respectivement 5,1% et 5,4%). Tous les départements sont classés en niveau vulnérabilité modéré excepté Paris classé en niveau de vulnérabilité élevé. L'impact actuel de l'augmentation de circulation du virus semble encore limité car les indicateurs hospitaliers sont relativement stables Dans la région, 60 clusters sont en cours d'investigation et on observe une augmentation de leur nombre à Paris et en Seine Saint Denis. L'ensemble des indicateurs en augmentation fait craindre une extension de la circulation du virus. Il est primordial de renforcer l'adhésion de chacun aux mesures de prévention notamment par les populations jeunes et actives afin de limiter l'impact du virus auprès des personnes les plus vulnérables.

En Occitanie, les indicateurs épidémiologiques étant en augmentation, **4 des 13 départements** ont été classés en niveau de vulnérabilité modéré. Les taux d'incidence dans ces départements étaient supérieurs ou très proche du seuil de 20/100 000 h (le Gard 28,5 ; Haute-Garonne 28,5 ; Hérault 40,0 et le Tarn 19,9). Sur les 14 clusters en cours d'investigation, 3 étaient en criticité élevée dont 2 en Haute Garonne et 1 dans l'Hérault.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, la situation épidémiologique montre une forte augmentation des indicateurs virologiques dans tous les départements de la région. L'augmentation de l'incidence est plus particulièrement observée dans les populations de jeunes adultes (20-40 ans). Cette augmentation est très marquée dans les **Bouches-du-Rhône** où le taux d'incidence était de 85/100 000 habitants (vs 48 en S32 soit +78%) et le taux de positivité est passé de 3,4% à 5,2%. Dans les **Alpes-Maritimes** le taux d'incidence est de 53/100 000 habitants (vs 32 en S32 soit +64%). Dans la région, 51 clusters sont en cours d'investigation dont 9 en criticité élevée. Dans ce contexte, le département des Bouches-du-Rhône est passé en niveau de vulnérabilité élevé, les Alpes-Maritimes, le Var et le Vaucluse sont en niveau de vulnérabilité modéré et les Hautes-Alpes et les Alpes-de-Haute-Provence sont en niveau de vulnérabilité limité (avec une vigilance pour ce dernier département).

En Mayenne, l'ensemble des indicateurs ont continué de diminuer en semaine 32 contrairement à la Sarthe dont le **taux d'incidence a plus que doublé en comparaison de la semaine précédente** (60/100 000 habitants en S33 vs 27/100 000 en S32) avec une très nette augmentation du taux de positivité des patients testés (5,2% en S33 versus 3,8% en S32). Cinq nouveaux clusters y ont été identifiés en semaine 33 dont 3 en criticité élevée. **La Sarthe reste en niveau de vulnérabilité modéré au 18 août.**

Suite aux analyses complémentaires sur les mobilités estivales portant sur la 1^{ère} quinzaine d'août, l'**impact de la contribution de ces mobilités estivales sur les indicateurs actuellement observé est réel mais néanmoins limité.**

Le nombre de nouveaux clusters détectés continue de progresser avec 158 clusters signalés (dont 18 en Ehpad) en semaine 33. Parmi les clusters en cours d'investigation, les types de collectivités les plus représentées étaient **les entreprises publiques et privées** (hors établissements de santé), **les évènements publics/privés** (rassemblements temporaires de personnes) et **le milieu familial élargi** (plusieurs foyers). Dans l'analyse présentée sur les clusters en milieu professionnel, les secteurs d'activité les plus représentés étaient les sections de l'administration publique, l'industrie manufacturière, l'hébergement et la restauration. Les régions recensant le plus de clusters étaient l'Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, les Hauts-de-France et les Pays de la Loire. Des dispositions complémentaires sont en cours de développement afin de faciliter la mise en place des mesures de prévention dans le milieu du travail permettant ainsi de limiter la progression du virus.

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

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

En Guyane, en semaine 33, l'épidémie continue de lentement régresser avec un maintien d'un taux d'incidence supérieur au seuil d'alerte (50 /000 hab.) : 104 cas /100 000 hab. (122/100 000 hab en S32). Le taux de positivité était de 8,8% (11,9% en S32). Seuls deux clusters (en criticité élevée) sont en cours d'investigation. La Guyane **reste classée en niveau de vulnérabilité élevé**. Une hausse de la mortalité a été observée en semaines 25 et 29.

A Mayotte, selon les données des laboratoires collectées directement par la cellule régionale, **le taux d'incidence** (22 cas/100 000 habitants) et **le taux de positivité** sont restés **stables** (5,7%) en comparaison de la semaine précédente. Parmi les 19 clusters identifiés depuis le début de l'épidémie, un seul cluster est encore en cours d'investigation. Les indicateurs hospitaliers sont en baisse depuis plusieurs semaines. L'épidémie étant en régression, Mayotte est passée **en niveau de vulnérabilité modéré cette semaine**.

Aux Antilles, les données de surveillance confirment une **augmentation de la circulation du SARS-COV-2** avec une augmentation du nombre de clusters : 6 clusters sont en cours d'investigation à la Guadeloupe (un en criticité élevé), un à Saint Martin et 7 en Martinique (un en criticité élevé).

A l'Ile de la Réunion, une **nette augmentation des indicateurs épidémiologiques** est observée cette semaine avec un taux d'incidence de 26/100 000 habitants (vs 5/100 000 habitants en S32) et un taux de positivité de 1,87% (vs 0,46% en S32). L'impact reste à ce jour limité sur les indicateurs hospitaliers et 3 clusters sont en cours d'investigation. Dans ce contexte, la Réunion a été classée en **en niveau de vulnérabilité modéré cette semaine**.

En France métropolitaine et dans les DROM

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

Les professionnels de santé font l'objet d'une surveillance spécifique. L'ensemble des résultats disponibles sont sur [le site de Santé publique France](#).

Dans le contexte de la progression de l'épidémie, il est primordial de **sensibiliser l'ensemble de la population à l'application des gestes barrière et de distanciation physique pour limiter la propagation du virus**. Il est important de renforcer les mesures de prévention et d'information particulièrement auprès des jeunes adultes afin de les sensibiliser à l'application systématique les gestes de prévention notamment : **saluer sans se serrer la main, garder une distance d'au moins un mètre, se laver régulièrement les mains et adopter le port du masque** dans les **espaces publics et en privé** permettant ainsi de réduire les risques de propagation du virus et de contribuer à la protection des personnes vulnérables. Les enquêtes sur le suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale qui seront très prochainement réalisées permettront d'adapter aux mieux les messages de prévention auprès de la population.

En conclusion

En France métropolitaine la dynamique de la transmission en forte croissance reste préoccupante : l'ensemble des indicateurs continue de progresser alors que le niveau de dépistage stagne. Si toutes les tranches d'âge sont touchées par l'augmentation, la progression de l'incidence est plus marquée chez les jeunes adultes.

Plus de la moitié des départements dépassent le seuil de 10 pour 100 000 habitants, et six départements ont un taux d'incidence au-dessus du seuil d'alerte (50 pour 100 000 habitants).

Ces résultats indiquent qu'il est primordial de poursuivre les efforts de sensibilisation de l'ensemble de la population dans l'application des gestes barrière notamment l'utilisation du masque et la distanciation physique pour freiner la propagation du virus.

Dans les départements d'outre-mer : aux Antilles et à la Réunion, les indicateurs épidémiologiques confirment une augmentation de la circulation du SARS-COV-2 ; en Guyane et à Mayotte, l'épidémie liée au SARS-COV-2 est en régression mais la circulation du virus est encore importante.

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

Méthodes

Le dispositif de surveillance du COVID-19 en population est assuré à partir de plusieurs sources de données afin de documenter l'évolution de l'épidémie en médecine de ville et à l'hôpital : recours au soin, admissions en réanimation, surveillance virologique et décès. Les objectifs de la surveillance sont de suivre la dynamique de l'épidémie et d'en mesurer l'impact en terme de morbidité et de mortalité. Ci-dessous, une description succincte de chaque surveillance avec sa date de début.

Réseau Sentinelles : nombre de cas d'infections respiratoires aiguës liés au SARS-COV2 en consultation et téléconsultation en médecine générale et en pédiatrie permettant d'estimer le nombre de cas dans la communauté. Cette surveillance clinique est complétée par une surveillance virologique (début le 16 mars).

SurSaUD® (OSCOUR® et SOS Médecins) : données de recours aux services d'urgences et aux associations SOS Médecins pour une suspicion d'infection à COVID-19 (utilisation de codes spécifiques) (depuis le 24 février).

SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes) : nombre d'hospitalisations pour COVID-19, patients en réanimation ou soins intensifs ainsi que les décès survenus pendant l'hospitalisation rapportés par les établissements hospitaliers (depuis le 13 mars).

IRA dans les établissements sociaux et médico sociaux (ESMS) : nombre d'épisodes de cas d'infection respiratoire basse (IRA) et de cas probables et confirmés de COVID-19 en ESMS ainsi que le nombre de cas et décès par établissement (depuis le 28 mars).

Données de mortalité (Insee) : Nombre de décès toutes causes par âge avec estimation de l'excès par rapport à l'attendu par âge, département et région (2 à 3 semaines de délai pour consolidation).

Certification électronique des décès (CépiDC) : décès certifiés de façon dématérialisée et permettant de connaître les causes médicales du décès.

Mesures et suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale : évolution de l'adoption des mesures de protection et évolution de la santé mentale (niveau d'anxiété et de dépression (échelle HAD), niveau de satisfaction de vie actuelle).

Recensement des cas probables et confirmés de COVID-19 et décès parmi les professionnels d'un établissement de santé public ou privé : données déclaratives hebdomadaires par établissement sur les données depuis le 1^{er} mars 2020 (depuis le 22 avril 2020).

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

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

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

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directeur adjoint de publication

Dr Jean-Claude Desenclos

Equipe de rédaction

Christine Campèse, Fanny Chereau, Anne Fouillet, Guillaume Spaccaferri, Patrick Rolland, Céline Caserio-Schonemann, Daniel Levy-Bruhl, Yann Le Strat, Anne Laporte, Julien Durand, Marie-Michèle Thiam, Laurian Lassara, Camille Pelat, Edouard Chatignoux, Fatima Ait El Belgithi, Gilles Delmas, Mireille Allemand, Myriam Fayad, Camille Le-Gal, Annabelle Lapostolle, Alexandra Mailles, Bruno Coignard, Sabira Smaili, Gaëlle Pedrono, Isabelle Pontais, Catherine Galey, Isabelle Bonmarin.

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 :
20 août 2020

Pour en savoir plus sur :

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

[SurSaUD®](#)
[SI-VIC](#)

[OSCOUR®](#)
[CépiDC](#)

[SOS Médecins](#)
[Assurance Maladie](#)

[Réseau Sentinelles](#)

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

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

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