

# COVID-19

## Point épidémiologique hebdomadaire du 23 avril 2020

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

**Ce bilan est basé sur les données épidémiologiques de surveillance du COVID-19 (SARS-CoV-2) rapportées à Santé publique France jusqu'au 21 avril 2020.**

**Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19**  
 médecins libéraux,  
 SAMU Centre 15  
 SOS médecins, médecins urgentistes, réanimateurs,  
 Laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville

Agences régionales de santé (ARS)  
 et épidémiologistes

ainsi que les Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et de médecine d'urgence

  
**INSTITUT PASTEUR**  
 CNR Virus des infections respiratoires



  
**Inserm**  
 Institut national de la santé et de la recherche médicale

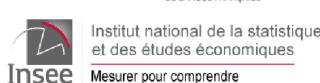
 SFAR  
 Société Française d'Anesthésie et de Réanimation



  
**SORBONNE UNIVERSITÉ**  
 CRÉATEURS DE FUTURS  
 DEPUIS 1257

  
**MÉDECINS FRANCE**

  
 SOCIÉTÉ  
 DE RÉANIMATION  
 DE LANGUE FRANÇAISE

  
 Institut national de la statistique et des études économiques  
 Mesurer pour comprendre

  
**FEDORU**  
 Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences

  
**Inserm CépiDc**

## Points clés

- ▶ Poursuite de la diminution des recours pour COVID-19 par SOS Médecins et aux urgences hospitalières traduisant une diminution des nouvelles contaminations
- ▶ Stabilisation des recours en médecine générale pour COVID-19
- ▶ Diminution des nouvelles hospitalisations et des nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19
- ▶ Diminution lente des nombres de patients hospitalisés et patients admis en réanimation
  - Réanimation : 79% des cas avec comorbidités et 53% âgés de 65 ans et plus
  - Décès : au moins 81% avec comorbidités et 93% âgés de 65 ans et plus
- ▶ Excès de mortalité toutes causes au niveau national et particulièrement marqué dans les régions Grand Est et Ile-de-France

## Chiffres clés en France

### Indicateurs hebdomadaires, semaine 16 (du 13 au 19 avril 2020)

S16 Evolution par rapport S15

Estimation du nombre de cas de COVID-19 ayant consulté un médecin généraliste (Réseau Sentinelles)	6 541 → (2 663)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	3 699 → (5256)
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau Oscour®)	13 594 → (19 704)
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	12 344 → (19 056)
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	1 642 → (2 753)
Taux de positivité des prélèvements en laboratoires hospitaliers	14% → (21%)*
Taux de positivité des prélèvements de ville (3 Labo)	11% → (19%)
Nombre de décès à l'hôpital (SI-VIC)	2890 → (3 452)

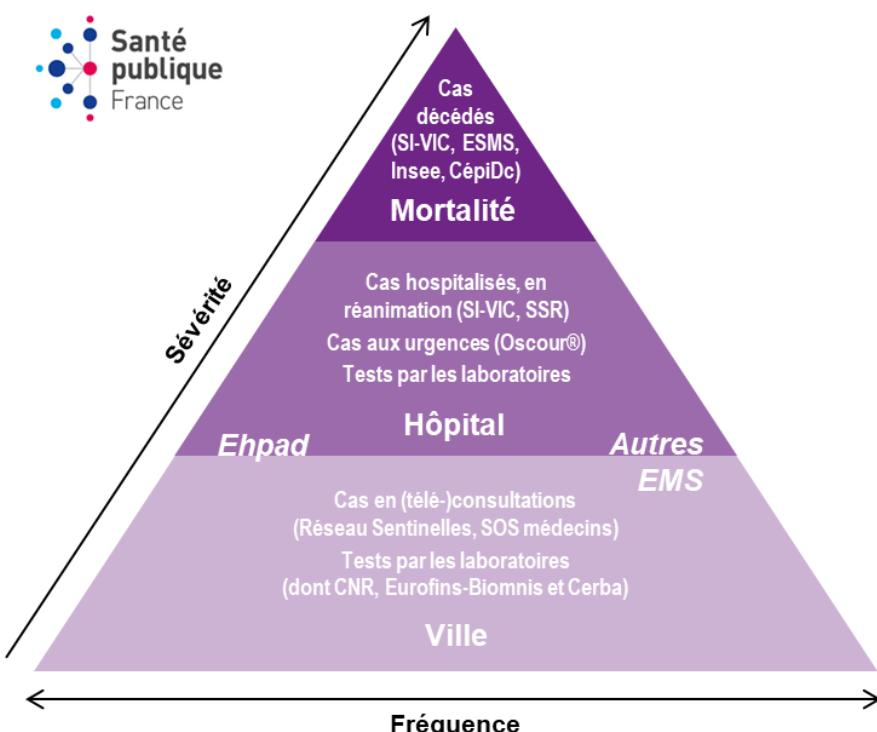
### Indicateurs cumulés depuis début mars 2020 jusqu'au 21 avril

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	82 916
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	20 796

\* données consolidées

Sommaire	Page
Chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire	3-4
Surveillance à partir des laboratoires de virologie	5
Cas confirmés de COVID-19	6
Surveillance dans les établissements sociaux et médico-sociaux	7-8
Surveillance en milieu hospitalier	9-13
Surveillance de la mortalité	14-17
Prise en charge d'autres pathologies dans le contexte de la crise COVID-19	18-19
Surveillance des indicateurs de mesure de protection et de santé mentale	20-21
Enquête sur la vie quotidienne et prévention	22
Discussion	23-24
Méthodes	25

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



CNR : Centre national de référence ; 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 dont Ehpad ; Insee : Institut national de la statistique et des études économiques ; Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences ; SI-VIC : Système d'information des victimes ; SSR : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs

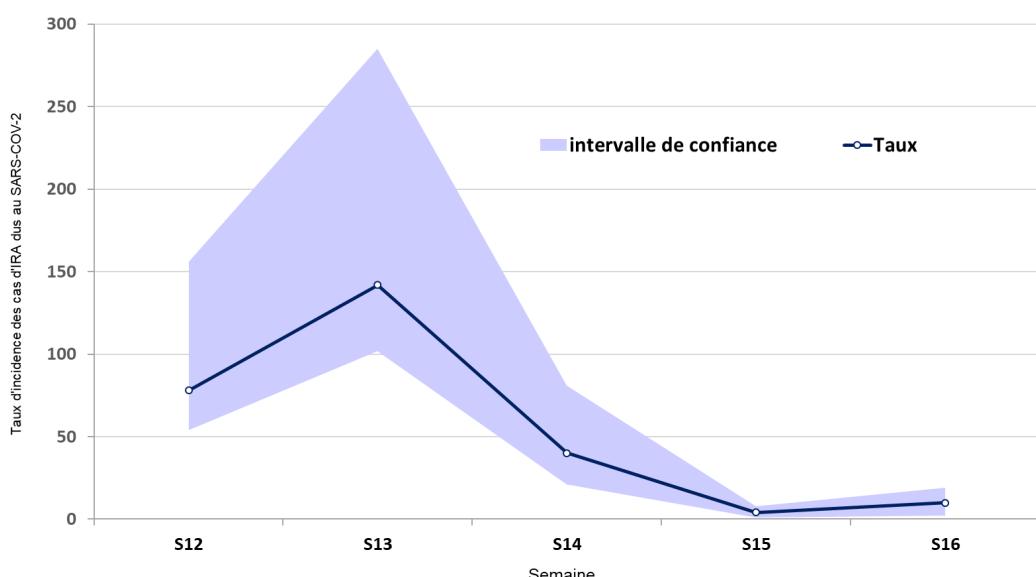
# Surveillance en médecine ambulatoire

## Réseau Sentinelles

La surveillance spécifique du COVID-19 du Réseau Sentinelles (Inserm, Sorbonne Université) a été mise en place le 16 mars 2020. Les résultats présentés nécessitent d'être lus avec précaution et seront consolidés dans les semaines à venir en raison notamment de l'augmentation des délais d'acheminement des prélèvements vers les laboratoires.

- **En semaine 16** (du 13 au 19 avril), le **taux de consultations** (ou téléconsultations) estimé pour une infection respiratoire aiguë (IRA) était de **100/100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 88 ; 112] en France métropolitaine. Il était en diminution par rapport à celui de la semaine 15 (du 6 au 12 avril 2020) : 145/100 000 habitants [IC à 95% : 132 ; 158].
- Au niveau régional, les taux d'incidence les plus élevés en semaine 16 étaient observés dans les régions Ile-de-France : 187 [130 ; 244], Occitanie : 123 [64 ; 182] et Provence-Alpes-Côte d'Azur : 118 [42 ; 194].
- **En semaine 16**, sur les 28 prélèvements réalisés par les médecins généralistes et les pédiatres Sentinelles et analysés, 3 (10,7%) étaient positifs pour le SARS-CoV-2. Il convient de rester prudent avec ces estimations étant donné le faible nombre de prélèvement analysés cette semaine. En S15, le taux de positivité pour SARS-CoV-2 était de 5,4% (3 positifs sur 56 prélèvements). Il n'a été observé aucune co-infection virale SARS-CoV-2 / virus grippal.
- Le **taux d'incidence des cas d'IRA dus au SARS-CoV-2 (COVID-19)** vus en consultation de médecine générale a été estimé à **10 cas pour 100 000 habitants** (IC 95% [2;17]). Ce taux est resté stable en comparaison avec celui de la semaine 15 (4 cas pour 100 000 habitants (IC 95% [1;7]) (Figure1). Ce taux sera consolidé par les données complémentaires des analyses virologiques qui seront disponibles la semaine prochaine.
- Il a été estimé que **6 541 nouveaux cas de COVID-19** (IC95% : 1 572 ; 11 510) ont consulté un médecin généraliste en semaine 16. Cette estimation est resté stable en comparaison avec celle de la semaine 15 (2 663 nouveaux cas de COVID-19 (IC95% : 573 ; 4 753).
- L'âge médian des 60 patients diagnostiqués COVID-19 depuis la S12 est de 54 ans (étendue : 1 – 87 ans).

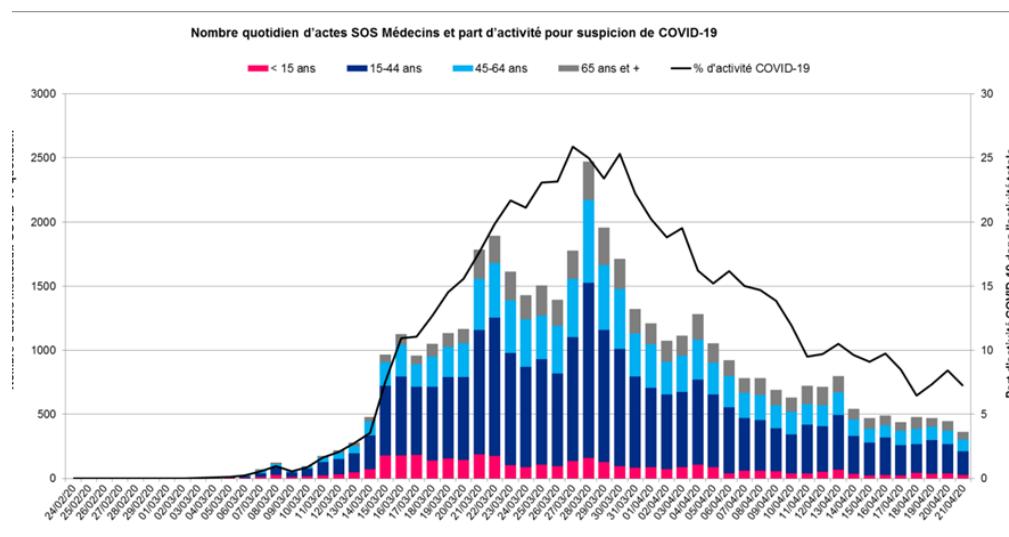
**Figure 1. Taux d'incidence pour 100 000 habitants des cas d'IRA dus au SARS-COV-2 vus en médecine générale par semaine depuis la semaine 12 (16 au 22 mars) en France métropolitaine, (Réseau Sentinelles)**



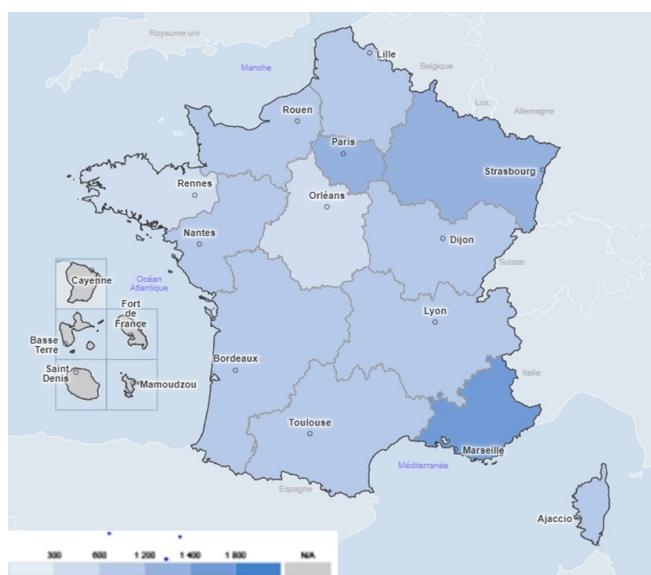
## Associations SOS Médecins

- En semaine 16, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était en baisse de 30% par rapport à celui de la semaine précédente (3 699 en S16 vs 5 256 en S15) et ce pour la 3<sup>ème</sup> semaine consécutive.
- La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale était également en diminution : 9% en S16 versus 13% en S15.
- Parmi ces actes, 54% ont été rapportés chez les 15-44 ans, 23% chez les 45-64 ans, 16% chez les 65 ans et plus (globalement stables par rapport à S15) (Figures 2 et 3).
- L'activité quotidienne en lien avec le COVID-19 était stable ou en baisse en semaine 16 dans toutes les régions.
- Depuis le 03 mars 2020, au total, 41 587 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés.

**Figure 2. Nombre d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et classe d'âge depuis le 24 février (source : SOS Médecins)**



**Figure 3. Taux d'actes médicaux pour 10 000 actes, pour suspicion de COVID-19, le 21 avril 2020 (source : SOS Médecins)**



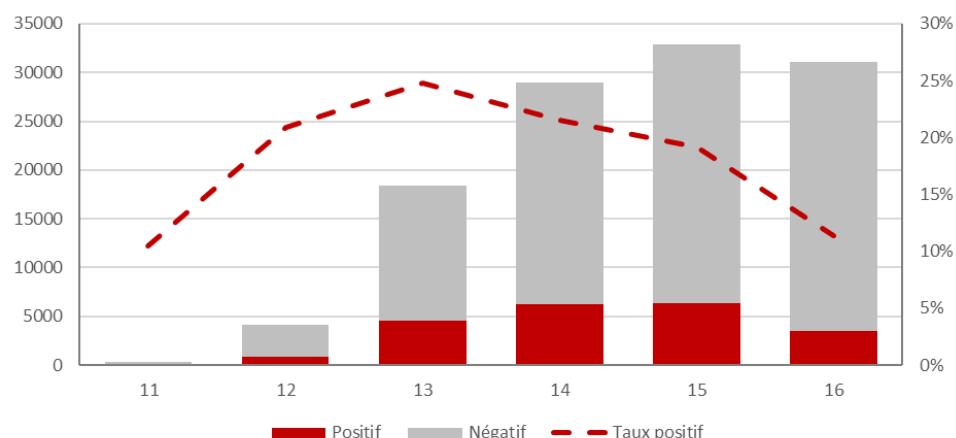
# Surveillance à partir des laboratoires de virologie

## Dans les laboratoires de biologie médicale (LBM)

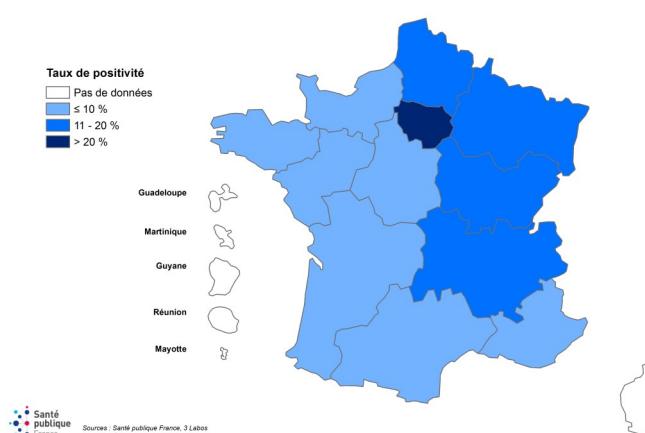
Dans le cadre du réseau 3 labo (Cerba, Eurofins Biomnis), les prélèvements provenaient de 1 664 laboratoires de ville et de 157 établissements de santé. Les résultats sont donc issus de prélèvements de ville et de prélèvements d'origine hospitalière. Les données des 3 derniers jours ne sont pas prises en compte car non consolidées. La consolidation des données prend plusieurs semaines, les données des semaines précédentes peuvent ainsi évoluer depuis le dernier point épidémiologique. Le réseau 3 labo n'est pas exhaustif de l'activité de l'ensemble des LBM en France.

- Au 21 avril 2020 (12h), sur 137 867 tests réalisés dans les LBM du réseau 3 labo, **29 763 étaient positifs pour le SARS-CoV-2**, soit un **taux de positivité de 22%**.
- Le taux de positivité des tests réalisés en semaine 16 était de 12% en moyenne (22% pour les prélèvements hospitaliers et 11% pour les prélèvements de ville).
- Depuis la semaine 13, le taux de positivité des tests réalisés sur les prélèvements de ville était en diminution : (25% en S13, 21% en S14, 19% en S15, 11% en S16) (Figure 4).
- Une disparité régionale était observée avec des taux de positivité plus élevés dans les régions Ile-de-France (22%), Hauts-de-France (17%) et Grand Est (16%) (Figure 5).
- La moyenne d'âge des patients testés positifs était de 67 ans (60 ans à l'hôpital, 68 ans en ville).
- Le nombre d'enfants testés positifs en ville comme à l'hôpital restait faible.

**Figure 4. Nombre hebdomadaire de tests réalisés par les laboratoires du réseau 3 labo sur des prélèvements de ville uniquement, nombre de tests positifs et taux de positivité pour le SARS-CoV-2, en France, depuis le 09 mars (N total = 115 870, n positifs = 21 527) (source : Réseau 3 labo)**



**Figure 5. Répartition régionale du taux de positivité des tests pour le SARS-CoV-2 dans les laboratoires du réseau 3 labo (prélèvements de ville uniquement), France, du 13 au 19 avril 2020 (Source : Réseau 3 labo)\***

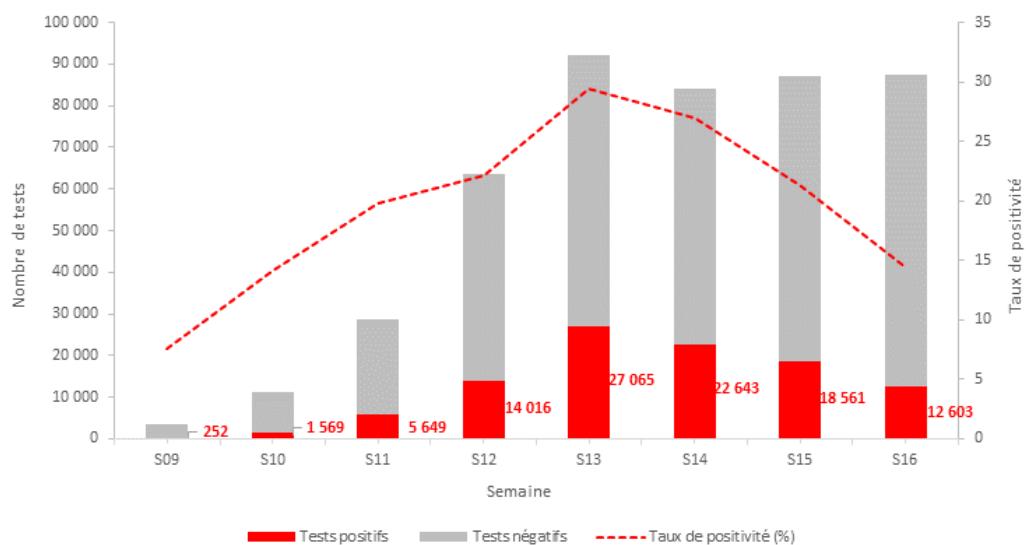


\* Des estimations ne sont produites que si un minimum de 10 prélèvements ont été analysés.

## Dans les laboratoires hospitaliers

- Du 24 février au 19 avril, **457 287 tests et 102 358 (22%) tests positifs pour le SARS-CoV-2 ont été rapportés à Santé publique France.**
- Diminution du nombre de tests positifs et du taux de positivité des tests depuis 3 semaines : 14% en S16, 21% en S15 et 27% en S14 (Figure 6).
- La consolidation des données prend plusieurs semaines, les données des semaines précédentes peuvent ainsi être modifiées depuis le dernier point épidémiologique.

**Figure 6. Nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité dans les laboratoires hospitaliers, par semaine, France, du 24 février au 19 avril 2020 (source : laboratoires hospitaliers)**



## Cas confirmés de COVID-19

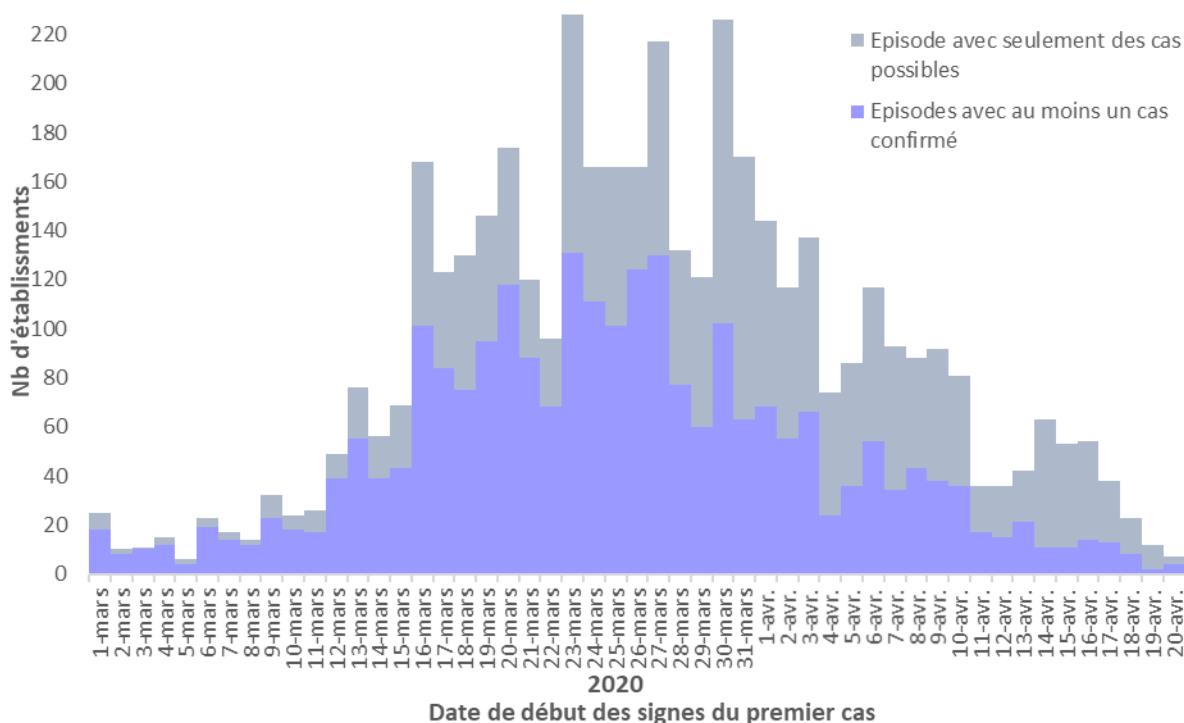
- Les données permettant d'estimer le nombre de cas confirmés sont issues de plusieurs sources.
- Entre le 21 janvier et le 25 mars 2020, 25 233 cas de COVID-19 étaient signalés à Santé publique France via l'application GoData ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France.
- Depuis le 26 mars 2020, le nombre de cas confirmé de COVID-19 est estimé au niveau national en tenant compte des données de laboratoires de biologie médicale et des patients hospitalisés pour COVID-19 (source SI-VIC). Il a été estimé ainsi qu'entre le 21 janvier et le 21 avril 2020, **117 324 cas** de COVID-19 ont été confirmés en France.
- Les patients présentant des signes de COVID-19 ne sont plus systématiquement confirmés par un test biologique. Selon les recommandations ministérielles du 13 mars 2020, la réalisation de prélèvements à visée diagnostique n'est recommandée que pour certains patients et il convient notamment de tenir compte des comorbidités, de la profession (professionnels de santé) et du tableau clinique.
- Le nombre réel de cas de COVID-19 en France est donc supérieur au nombre estimé de cas confirmés. Le nombre de cas confirmés en France ne reflète donc pas l'importance réelle de l'épidémie.

# Surveillance dans les établissements sociaux et médico sociaux

- Entre le 01 mars 2020 et jusqu'au 20 avril, **6 339 signalements** reçus à Santé publique France rapportaient un épisode d'un ou plusieurs cas liés au COVID-19 via le portail national des signalements et via les données transmises par l'ARS Ile-de-France.
- Il s'agissait de **4 206 (66%) signalements** provenaient d'**établissements d'hébergement pour personnes âgées** (Ehpad, Ehpa et autres établissements) et **2 133 (34%)** d'autres établissements médico-sociaux (EMS).
- La date de début des signes du premier cas était renseignée pour 4 371 signalements (Figure 7). On observe une **décroissance du nombre de signalements depuis début avril**. Du fait du délai de signalement, cette tendance devra être confirmée dans les semaines à venir.
- Parmi les 6 339 signalements (Tableau 1) :
  - 60 848 cas de COVID-19** (24 393 cas confirmés et 36 455 cas possibles) étaient rapportés,
  - 7 896 cas étaient décédés** dans les ESMS, dont la très grande majorité (7 798) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées
  - 2 508 cas étaient décédés dans les hôpitaux
  - 31 907 cas** étaient rapportés parmi les membres du **personnel des ESMS** (13 645 cas confirmés et 18 262 cas possibles).

A noter que la mise en place d'un processus de qualité en lien avec les ARS et les cellules régionales (vérification et validation des données et amélioration de la qualité de la saisie dans les établissements) a mis en évidence une sur-déclaration et surestimation des cas cumulés chez les résidents et le personnel depuis le début de la mise en place de la surveillance. Ces ajustements ont été réalisés le 20 avril 2020.

**Figure 7. Nombre d'établissements ayant signalé un épisode concernant au moins un cas lié au COVID-19, par date de début des signes du premier cas, du 1<sup>er</sup> mars au 20 avril 2020, hors Ile-de-France.**



**Tableau 1 : Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès, chez les résidents et le personnel en EHPA et EMS, rapportés du 1<sup>er</sup> mars au 20 avril 2020, France**

		EHPA <sup>1</sup>	HPH <sup>2</sup>	Aide enfance <sup>3</sup>	Autres <sup>4</sup>	Total
Chez les résidents	Signalements <sup>5</sup>	4 206	1 647	276	210	6 339
	Cas confirmés <sup>6</sup>	21 780	2 335	82	196	24 393
	Cas possibles <sup>7</sup>	31 218	4 398	304	535	36 455
	Nombre total de cas <sup>6,7</sup>	52 998	6 733	386	731	60 848
	Cas hospitalisés	5 837	812	4	100	6 753
	Décès hôpitaux <sup>8</sup>	2 341	158	0	9	2 508
Chez le personnel	Décès établissements <sup>8</sup>	7 798	76	0	22	7 896
	Cas confirmés <sup>6</sup>	11 097	2 235	180	133	13 645
	Cas possibles <sup>7</sup>	13 021	4 353	592	296	18 262
	Nombre total de cas <sup>6,7</sup>	24 118	6 588	772	429	31 907

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

<sup>2</sup>Hébergement 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)

<sup>3</sup>Aide social à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS)

<sup>4</sup>Autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement)

<sup>5</sup>Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible.

<sup>6</sup>Cas 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 de personnel d'un EMS/EHPA.

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

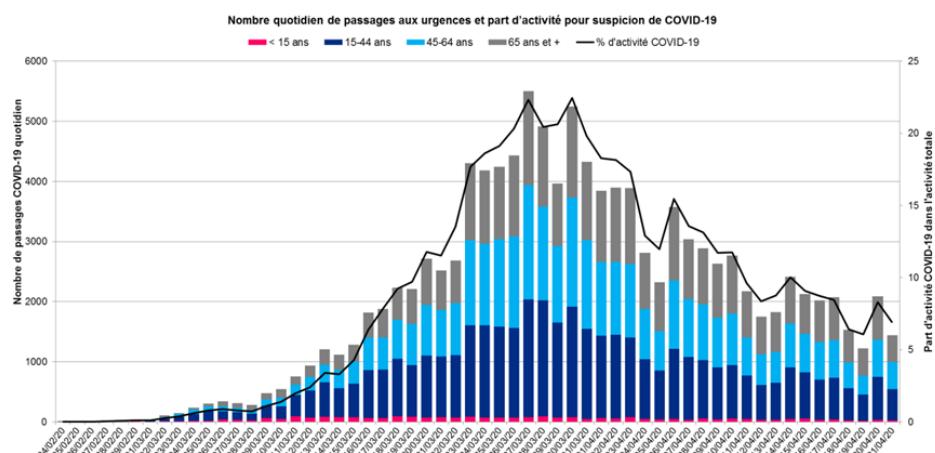
<sup>8</sup>Cas possibles et confirmés décédés

# Surveillance en milieu hospitalier

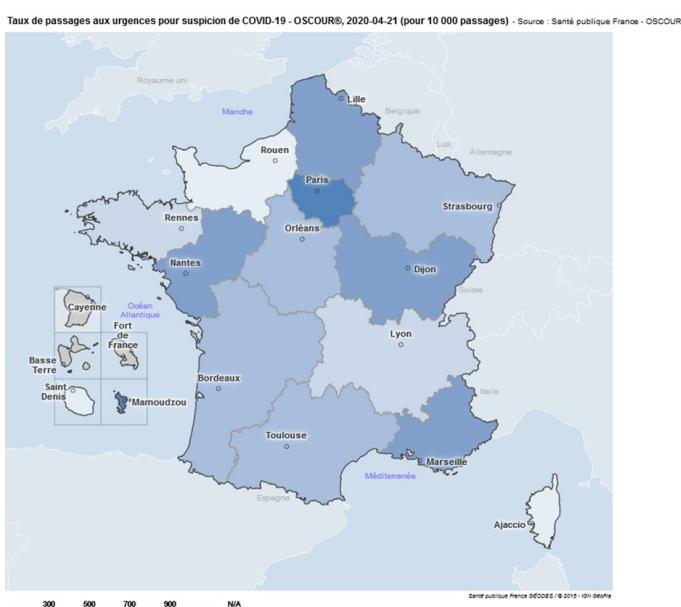
## Passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (Réseau OSCOUR®)

- Depuis le 24 février : **116 739 passages aux urgences** pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés.
- En semaine 16 (du 13 au 19 avril), 13 594 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés, représentant 8% de l'activité totale (10 % chez les 45 ans et plus).
- Diminution pour la 3<sup>ème</sup> semaine consécutive du nombre de passages** et de la part d'activité pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale des urgences (respectivement 19 704 passages et 12% de l'activité totale en semaine 15 - données consolidées au 21/04/2020) (Figures 8 et 9).
- Les passages pour suspicion de COVID-19 étaient stables ou en baisse en semaine 16 dans toutes les régions métropolitaines par rapport à la semaine précédente.
- La proportion d'hospitalisation après passage** pour suspicion de COVID-19, indicateur de gravité à l'arrivée aux urgences, était **stable à 41%** en semaine 16 par rapport à la semaine 15.
  - Proportion de 64% chez les 65-74 ans (en légère baisse, 67% en S15)
  - Proportion de 80% chez les 75 ans ou plus (stable, 80% en S15).
  - Proportion stable ou en baisse dans toutes les régions.

**Figure 8. Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et classe d'âge depuis le 24 février (source: OSCOUR®)**



**Figure 9. Proportion de passage pour 10 000 aux urgences pour suspicion de COVID-19, journée du 21 avril 2020 (source : OSCOUR®)**



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

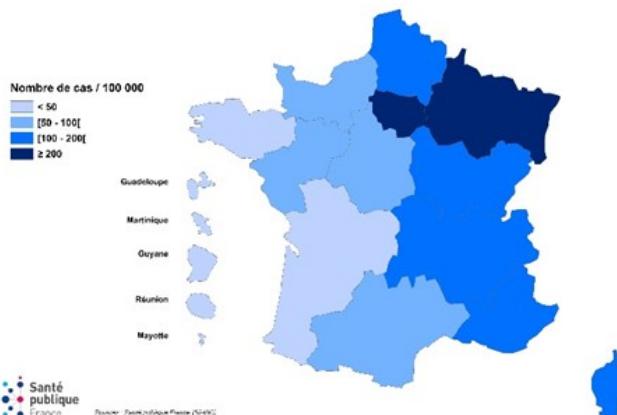
- Depuis le 01 mars 2020, 1 301 établissements de santé ont déclaré au moins un cas. Le 21 avril 2020 à 14h, **30 106 cas de COVID-19 étaient hospitalisés** en France.
- Parmi les 82 916 patients ayant été hospitalisés depuis le 1<sup>er</sup> mars, **12 900 patients sont décédés** (71% étaient âgés de 75 ans et plus) et **39 181 patients sont retournés à domicile** (Tableau 2).
- L'âge médian des personnes ayant été hospitalisées était de 71 ans.

**Tableau 2. Nombre de personnes hospitalisées et en service de réanimation pour COVID-19 le 21 avril et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1<sup>er</sup> mars par classes d'âge et par région (source : SI-VIC), France, 21 avril 2020, 14h.**

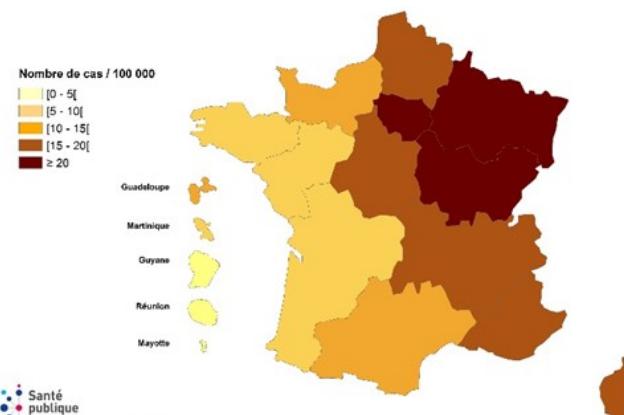
	Le 21 avril 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	30106		5433		39181		12900	
<b>Classes d'âge *</b>								
Total	29920		5405		38832		12820	
0-14 ans	115	< 1	26	< 1	554	1	2	< 1
15-44 ans	1587	5	366	7	6878	18	125	1
45-64 ans	6477	22	2169	40	14059	36	1292	10
65-74 ans	6351	21	1936	36	7583	20	2248	18
75 et +	15390	51	908	17	9758	25	9153	71
<b>Régions *</b>								
Total	29984		5334		39175		12892	
<b>Métropole</b>								
Auvergne-Rhône-Alpes	2872	10	551	10	4089	10	1103	9
Bourgogne-Franche-Comté	1319	4	229	4	1941	5	705	5
Bretagne	436	1	78	1	678	2	193	1
Centre-Val de Loire	970	3	156	3	943	2	308	2
Corse	67	< 1	13	< 1	157	0	48	< 1
Grand Est	4545	15	712	13	6476	17	2564	20
Hauts-de-France	2517	8	448	8	3191	8	1163	9
Ile-de-France	12269	41	2126	40	13709	35	5094	40
Normandie	650	2	137	3	866	2	292	2
Nouvelle-Aquitaine	823	3	182	3	1106	3	266	2
Occitanie	877	3	221	4	1783	5	322	2
Pays de la Loire	760	3	115	2	986	3	276	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1781	6	334	6	2945	8	526	4
<b>Outre-Mer</b>								
La Réunion	14	< 1	2	< 1	94	< 1	0	< 1
Martinique	36	< 1	10	< 1	60	< 1	13	< 1
Mayotte	21	< 1	4	< 1	52	< 1	6	< 1
Guadeloupe	24	< 1	15	< 1	68	< 1	12	< 1
Guyane	3	< 1	1	< 1	31	< 1	1	< 1

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

**Figure 10. Taux d'hospitalisation pour 100 000 habitants pour COVID-19, par région en France, du 1<sup>er</sup> mars au 21 avril 2020 (source : SI-VIC)**

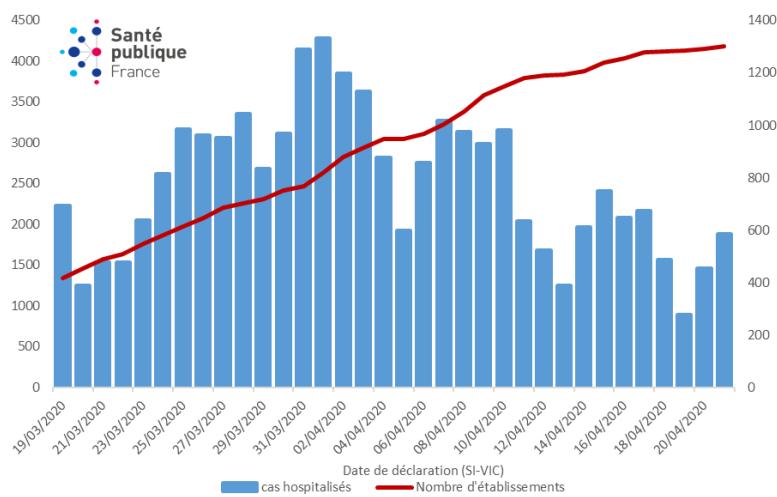


**Figure 11. Taux d'admission en réanimation pour 100 000 habitants pour COVID-19 par région, en France, du 1<sup>er</sup> mars au 21 avril 2020 (source : SI-VIC)**

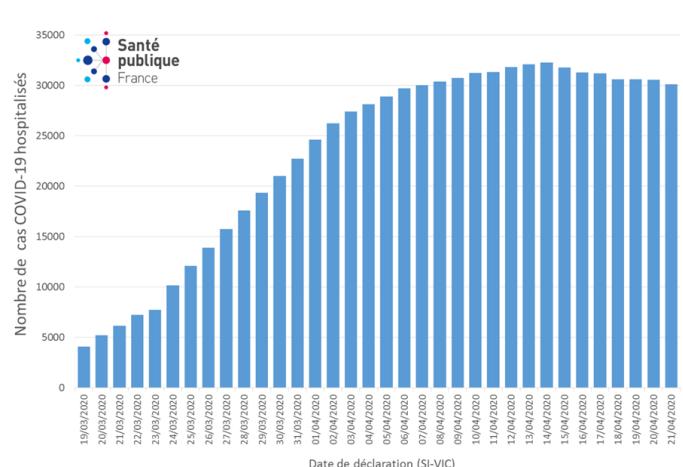


- Les plus forts taux d'hospitalisation de patients COVID-19 étaient observés dans les régions **Grand Est** (248/100 000 habitants), **Ile-de-France** (263/100 000 habitants), **Bourgogne-Franche-Comté** (146/100 000 habitants) et **Hauts-de-France** (119/100 000 habitants) (Figure 10).
- L'évolution des **nouvelles hospitalisations** pour COVID-19 a montré une **forte diminution** au cours de la semaine 16 : 12 344 cas en S16 versus 19 056 en S15 (Figure 12).
- Depuis le 14 avril, le **nombre de cas de COVID-19 hospitalisés diminue** (Figure 13).

**Figure 12. Nombre journalier de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés et nombre d'établissements déclarants, données au 21 avril 2020, France (source : SI-VIC)**

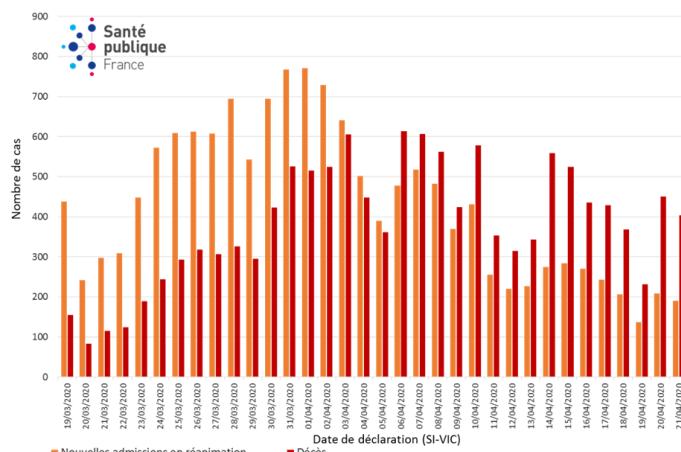


**Figure 13. Nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés en France, données au 21 avril 2020 (source : SI-VIC)**

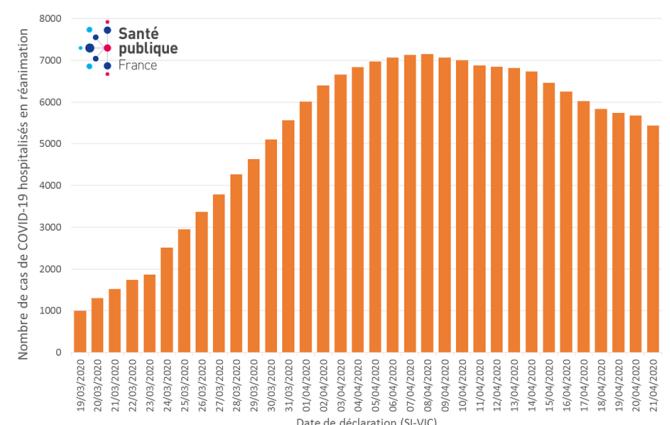


- Le 21 avril 2020, **190 nouvelles admissions en réanimation** de patients COVID-19 ont été rapportées ainsi que **404 décès** (Figure 14).
- Le **nombre journalier de nouvelles admissions de patients en réanimation était en diminution** (1 642 en S16 versus 2 753 en S15).
- Au total, **5 433 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en réanimation** en France.
- Les régions **Ile-de-France**, **Grand Est**, **Bourgogne-Franche-Comté** étaient celles ayant rapporté les plus forts taux d'hospitalisation en réanimation de patients COVID-19 (Figure 11).
- Le **nombre de cas hospitalisés** en réanimation s'était **stabilisé à un niveau élevé** à compter du 8 avril et a amorcé une lente diminution depuis cette date (Figure 15).
- Le nombre de décès commence à diminuer (2 890 en S16, 3 452 en S15) (Figure 14).

**Figure 14. Nombre journalier de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 et nombre de nouveaux décès survenus au cours de l'hospitalisation, France, données au 21 avril 2020 (source : SI-VIC)**

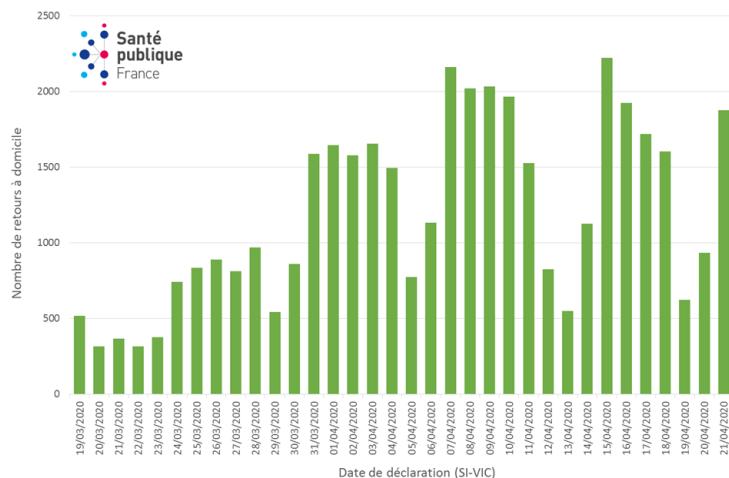


**Figure 15. Nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés en réanimation, données au 21 avril 2020, France (source : SI-VIC)**



- Le nombre hebdomadaire des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation était en moyenne de 10 350 sur les 3 dernières semaines (S14-S16) (Figure 16)

**Figure 16. Nombre journalier de retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation, France, données du 19 mars au 21 avril 2020 (source : SI-VIC)**



### Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation

- Cette surveillance débutée mi-mars est basée sur un réseau sentinelle de services de réanimation volontaires et a pour objectif de documenter les caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation. Elle n'a pas vocation à dénombrer tous les cas graves de COVID-19 admis en réanimation.
- Depuis le 16/03/2020 : **3 192 cas** ont été rapportés par 147 services de réanimation dont 136 cas admis en semaine 16 (*versus* 335 cas en S15 et 779 cas en S14).
- Une **confirmation virologique** a été renseignée pour 2 853 (89%) patients et un **résultat de scanner** avec présence de lésions évocatrices de COVID-19 (donnée recueillie depuis le 27/03/2020) a été précisée pour 856 (27%) patients.
- 73%** étaient des **hommes**. L'**âge moyen** était de **63 ans** (18% étaient âgés de 75 ans et plus) (Tableau 3a). Parmi les 3 192 cas, 88 (3%) étaient des professionnels de santé.
- 70%** (2181 cas) présentaient **au moins une comorbidité** (Tableau 3a).
- Cette proportion est probablement sous-estimée du fait de l'inclusion tardive de l'hypertension artérielle et des pathologies hépatiques dans le recueil systématique des comorbidités (Tableau 3b). Lorsqu'elle est calculée à partir des données les plus récentes (cas signalés à partir du 06/04/2020), cette proportion s'élève à 79%.

**Tableau 3a : Nombre de cas graves de COVID-19 admis en réanimation et nombre de décès survenus en réanimation rapportés du 16 mars au 19 avril 2020 en France (données arrêtées le 21 avril 2020 à 13h, N=3 192), selon la classe d'âge et la présence de comorbidité\***

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité <sup>1</sup>		Avec comorbidité <sup>1</sup>		Total <sup>2</sup>	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0-14 ans	9	45	11	55	20	1
15-44 ans	97	43	131	57	228	7
45-64 ans	411	35	762	65	1 173	38
65-74 ans	266	25	803	75	1 069	34
75 et +	134	24	436	76	570	18
Non renseigné	10	21	38	79	48	2
<b>Total</b>	<b>927</b>		<b>2 181</b>		<b>3 108</b>	
<b>Décès selon la classe d'âge</b>						
0-14 ans	1		1		2	1
15-44 ans	3		4		7	2
45-64 ans	17	21	63	79	80	23
65-74 ans	19	15	105	85	124	36
75 et +	19	15	111	85	130	37
Non renseigné	0		6		6	2
<b>Total</b>	<b>59</b>		<b>290</b>		<b>349</b>	

<sup>1</sup> % présentés en ligne

<sup>2</sup> % présentés en colonne

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

- Le délai médian d'admission en réanimation suite à l'apparition des premiers signes était de **8 jours** (interval interquartile (IQ) : 6-11 jours, données disponibles pour 3 042 patients).
- La durée médiane de séjour en réanimation était de **8 jours** (IQ : 3-13 jours) parmi les 976 personnes sorties de réanimation pour lesquelles l'information était disponible,
- Une co-infection ou surinfection a été identifiée chez 147 cas (5%); agents infectieux les plus fréquents: *Staphylococcus aureus* (23 cas), *Streptococcus pneumoniae* (23 cas), et *Haemophilus influenzae* (18 cas).
- Parmi l'ensemble des cas, **360 décès et 1 047 sorties de réanimation** (transferts hors réanimation ou retours à domicile) ont été rapportés.
- Parmi les 360 décès (Tableau 3a) :
  - âge moyen de 70 ans ; 37% avaient 75 ans et plus
  - 81% présentaient au moins une comorbidité : les plus fréquemment rapportées étaient une pathologie cardiaque (36%), le diabète (30%), l'hypertension artérielle (26%) et une pathologie pulmonaire (23%).
  - 6 étaient des professionnels de santé.
  - 3 décès étaient rapportés chez les moins de 18 ans présentant tous des comorbidités sous-jacentes : de multiples facteurs ayant contribués au décès ont été identifiés sans que l'on ne puisse exclure le rôle du COVID-19.

**Tableau 3b : Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation rapportés du 16 mars au 19 avril en France (données arrêtées le 21 avril 2020 à 13h, N= 3192) par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle\***

Sexe	Ensemble des cas (n=3 192)		Décès en réanimation (n=360)	
	Effectif	%	Effectif	%
Ratio homme/femme et % d'hommes	2,7	73	2,6	72
<b>Classes d'âge</b>				
0-14 ans	20	1	2	1
15-44 ans	234	7	7	2
45-64 ans	1 204	38	82	23
65-74 ans	1 096	34	129	36
75 et +	587	18	134	37
Non renseigné	51	2	6	2
<b>Total</b>	<b>3 192</b>		<b>360</b>	
<b>Facteurs de risque, comorbidités et grossesse</b>				
Aucun	927	29	59	16
Diabète	797	25	112	31
Pathologie cardiaque	612	19	118	33
Pathologie pulmonaire	515	16	84	23
Obésité morbide (IMC>40kg.m <sup>-2</sup> )	354	11	40	11
Immunodéficience	200	6	32	9
Pathologie rénale	181	6	35	10
Pathologie neuromusculaire	102	3	24	7
Grossesse	17	1	0	0
Autre	289	9	37	10
Non renseigné	84	3	11	3
<b>Comorbidités sur recueil réalisé à partir du 06/04/2020 (578 cas dont 43 décès)<sup>1</sup></b>				
Hypertension artérielle (HTA)	202	35	11	26
Pathologie hépatique	6	1	0	0
<b>SDRA<sup>2</sup></b>				
Pas de SDRA	680	21	23	6
Mineur	283	9	12	3
Modéré	962	30	54	15
Sévère	1 122	35	244	68
Non renseigné	145	5	27	8
<b>Ventilation<sup>3</sup></b>				
Oxygénothérapie (lunettes ou masque)	409	13	20	6
Oxygénothérapie à haut débit	726	23	68	19
VNI/Oxygénothérapie à haut débit	130	4	13	4
Ventilation invasive	1 726	54	252	70
ECMO/ECCO2R	80	3	16	4

<sup>1</sup> Ces deux comorbidités ont été incluses dans le recueil systématique après la mise en place de la surveillance. Les prévalences sont calculées à partir des données recueillies à compter du 06/04/2020 (semaine 15) afin de prendre en compte la montée en charge du recueil de ces deux items.

<sup>2</sup> Le mode de recueil de cette donnée permet de documenter le niveau de sévérité maximal de SDRA atteint au cours du séjour en réanimation

<sup>3</sup> Pour un patient donné, le recueil permet de documenter l'ensemble des aides et assistances respiratoires mis en place au cours du séjour en réanimation

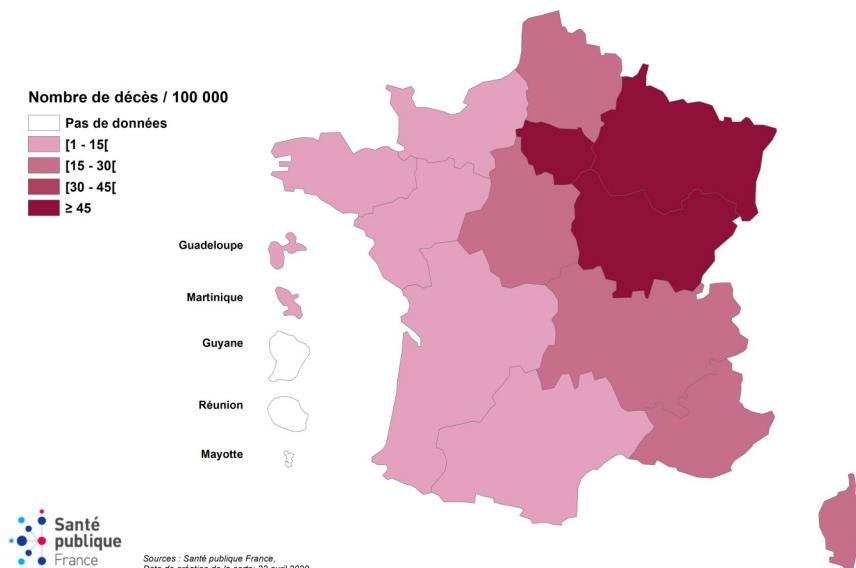
\*A noter qu'il existe des valeurs manquantes pour l'ensemble des variables recueillies

# Surveillance de la mortalité

## Mortalité lors d'une hospitalisation et en Ehpa et autres EMS

- Les estimations de la mortalité spécifique au COVID-19 sont basées sur le nombre des patients décédés lors d'une hospitalisation (données SI-VIC) et le nombre de résidents décédés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (hors hospitalisation).
- Entre le 1<sup>er</sup> mars et le 21 avril 2020, **20 796 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France ; 12 900 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 7 896 décès parmi des résidents en Ehpa et autres EMS.
- 93% des cas de COVID-19 décédés étaient âgés de 65 ans ou plus.
- Les plus forts taux de décès de patients COVID-19 rapportés à la population (/ 100 000 habitants) étaient en Ile-de-France, Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté (Figure 17).

Figure 17 : Nombre de décès COVID-19 pour 100 000 habitants par région, en France, du 1<sup>er</sup> mars au 21 avril 2020 (décès hospitaliers, en Ehpa et autres EMS)



## 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<sup>er</sup> mars 2020, 7 545 décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 4).
  - L'âge médian au décès était de 84 ans et 75% avaient 75 ans et plus.
  - Les hommes représentaient 55% de ces décès.
  - Les régions Ile-de-France et Grand Est avaient le plus grand nombre de décès.
  - Des comorbidités étaient renseignées dans 4 972 décès, soit 66% des certificats de décès.
  - Parmi ces décès, une mention d'hypertension artérielle était indiquée dans 26% des certificats de décès et 38% des certificats contenaient une mention de pathologies cardiaques en comorbidité.
- Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 2,5% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgés de moins de 65 ans.

**Tableau 4 : Description des décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès en France, du 1<sup>er</sup> mars au 21 avril 2020 (données au 21 avril 2020), (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)**

Sexe	n	%			
Hommes	4159	55			
<b>Classes d'âges</b>	<b>Sans comorbidité<sup>1</sup></b>	<b>Avec comorbidités<sup>1</sup></b>	<b>To</b>		
	n	%	n	%	n
0-14 ans	0	0	0	0	0
15-44 ans	18	25	53	75	71
45-64 ans	176	28	455	72	631
65-74 ans	354	31	792	69	1146
75 ans ou plus	2022	36	3671	64	5693
<b>Tous âges</b>	<b>2570</b>	<b>34</b>	<b>4971</b>	<b>66</b>	<b>7541</b>
<b>Comorbidités</b>	<b>n</b>	<b>%</b>			
Au moins une	4972	66			
Sans ou Non renseignés	2573	34			
<b>Description des comorbidités</b>					
Obésité	314	6			
Diabète	825	17			
Pathologie respiratoire	653	13			
Pathologie cardiaque	1892	38			
Hypertension artérielle	1270	26			
Pathologie neurologiques	618	12			
Pathologie rénale	592	12			
Immunodéficience	122	2			

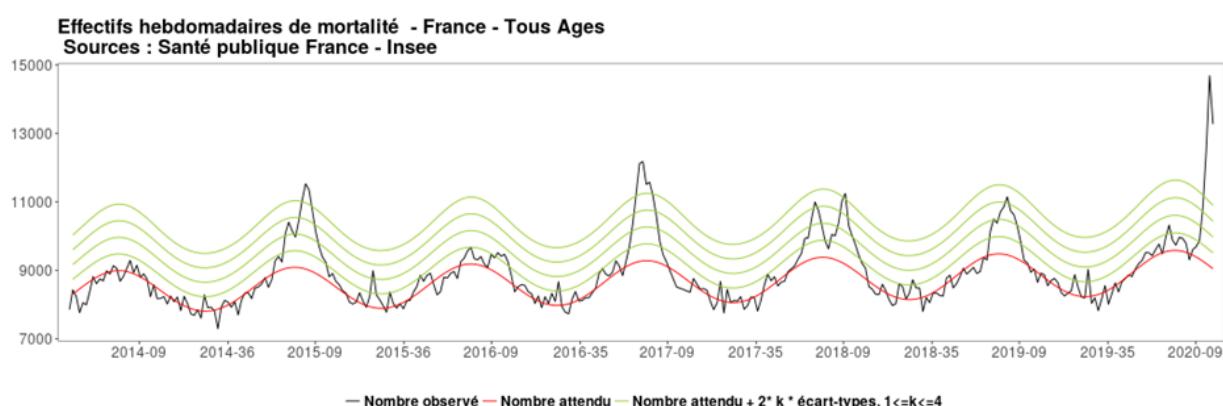
\* ce groupe inclut les pathologies neuro-vasculaires et neuromusculaires

<sup>1</sup>% présentés en ligne ; <sup>2</sup>% présentés en colonne

## Mortalité toutes causes

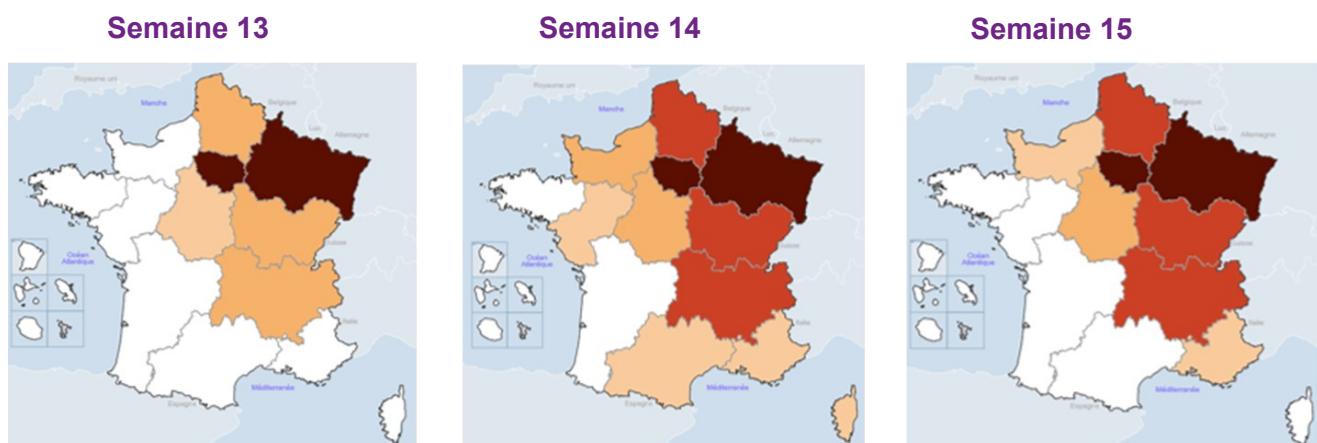
- L'analyse de la mortalité toutes causes confondues s'appuie sur les données d'état-civil d'environ 3 000 communes françaises, enregistrant 77% de la mortalité nationale. Ces données ne permettent pas de disposer des causes médicales de décès.
- Sur les semaines 12 à 15 (du 16 mars au 12 avril), la mortalité toutes causes confondues au niveau national était significativement supérieure à la mortalité attendue sur cette période (Figure 18).
- Au niveau national, l'**excès de mortalité était estimé à +17% en semaine 12, à +36% en semaine 13 et +61% en semaine 14**. Du fait du délai habituels de la transmission des certificats de décès, les données de la semaine 15 seront précisées la semaine prochaine.
- Les personnes âgées de 65 ans ou plus étaient majoritairement concernées par cette hausse de la mortalité toutes causes (+18% en semaine 12, à +39% en semaine 13 et +67% en semaine 14).

**Figure 18 : Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 36/2013 à la semaine 15/2020 ( Source Santé publique France - Insee)**

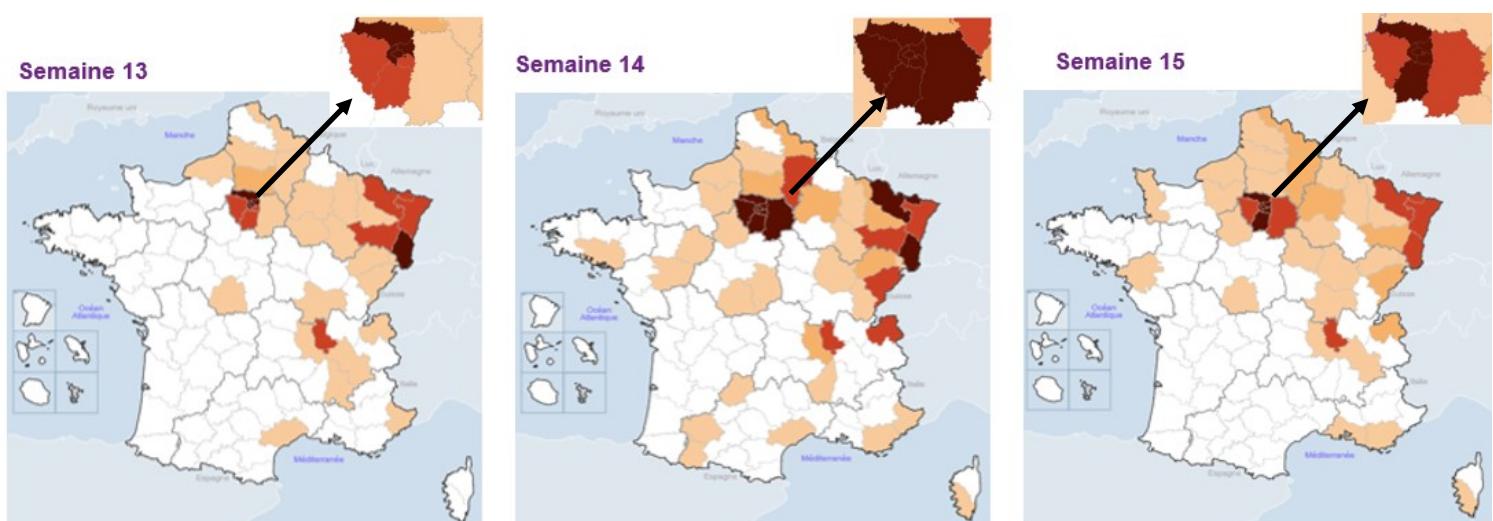


- Cette hausse de la mortalité toutes causes confondues était particulièrement marquée dans les régions **Grand Est** et **Ile-de-France** (Figure 19). Au total, la mortalité toutes causes confondues était significativement supérieure à la mortalité attendue : en semaine 12, dans 5 régions, en semaine 13, dans 6 régions en semaine 14 dans 11 régions et en semaine 15 dans 8 régions : Ile de France, Grand-Est, Bourgogne-Franche-Comté, Hauts-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val de Loire, Normandie et Provence-Alpes-Côte d'Azur (Figures 19).
- A l'échelon départemental, 25 départements présentaient un excès de mortalité par rapport à la mortalité attendue en semaine 12, 34 départements en semaine 13, 44 départements en semaine 14 et 41 départements en semaine 15 (Figures 20).
- Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état-civil, les données sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. **Les estimations d'excès de mortalité observées sont donc des valeurs minimales ayant vocation à augmenter dans les semaines à venir.** Les estimations pour la semaine 12 sont en revanche consolidées et quasi-consolidées pour la semaine 13. La hausse de la mortalité observée dans ces régions est lié à l'épidémie de COVID-19, sans qu'il ne soit possible à ce jour d'en estimer la part attribuable précise.

**Figure 19 : Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 13 (du 23 au 29 mars 2020), 14 (du 30 mars au 5 avril) et 15 (du 6 au 12 avril), données au 21 avril 2020, par région (Sources : Santé publique France, Insee)**



**Figure 20 : Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 13 à 15, données au 21 avril 2020, par département (Sources : Santé publique France, Insee)**

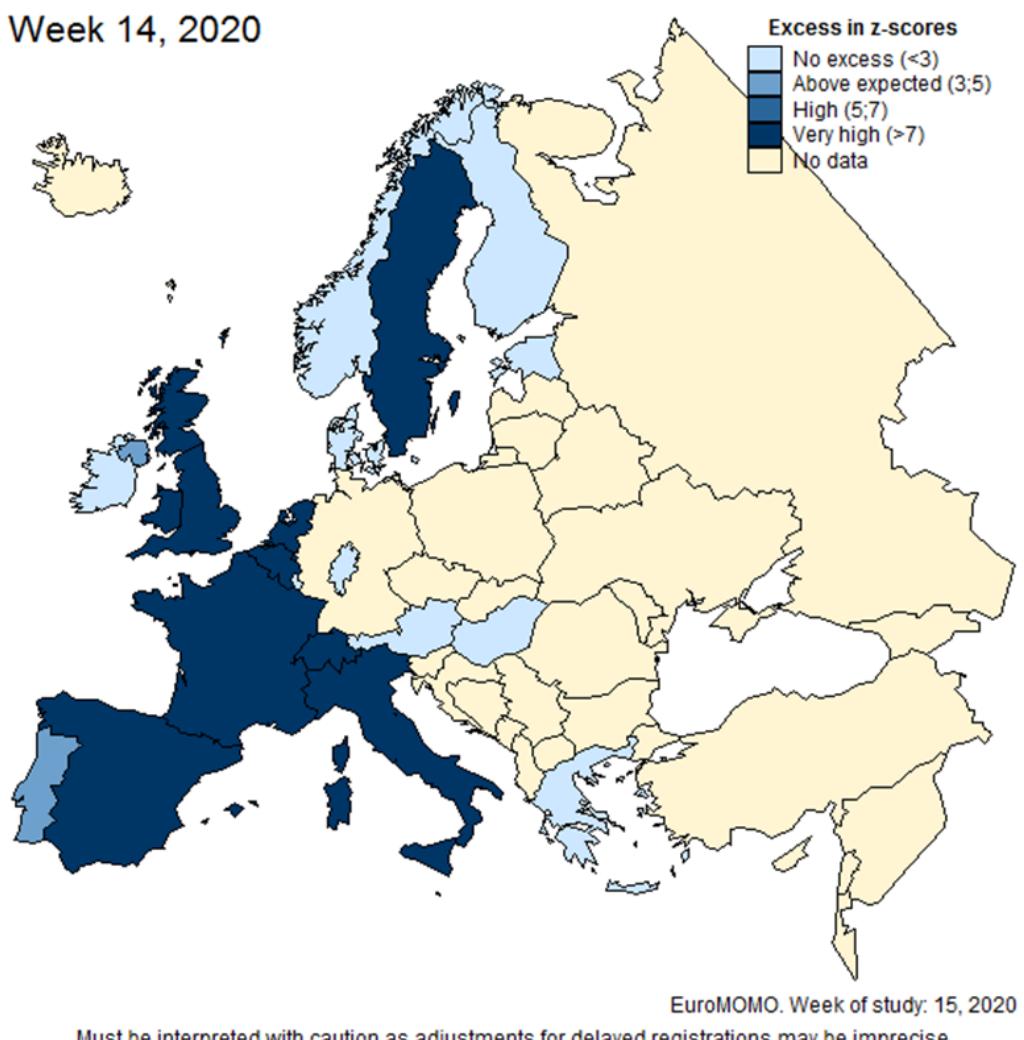


Pas d'excès : indicateur standardisé de décès (Z-score) <2  
 Excès modéré de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 2 et 4,99  
 Excès élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 5 et 6,99 :  
 Excès très élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 7 et 11,99 :  
 Excès exceptionnel de décès indicateur standardisé de décès (Z-score) supérieur à 12

## Mortalité à l'échelle européenne

A l'échelle européenne, parmi les 24 pays ou régions qui participent au consortium Euromomo (<https://www.euromomo.eu/>) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, un excès de mortalité est observé en Italie depuis la semaine 11 (du 9 au 15 mars), dans 7 pays/régions en semaine 12, dans 11 pays/régions en semaine 13 et dans 12 pays/régions, dont la France, en semaine 14 (Figure 21).

**Figure 21 : Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 14/2020  
(Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 15 avril)**



# Prise en charge d'autres pathologies dans le contexte COVID-19

## Recours aux soins d'urgence pour pathologies cardio et neuro-vasculaires

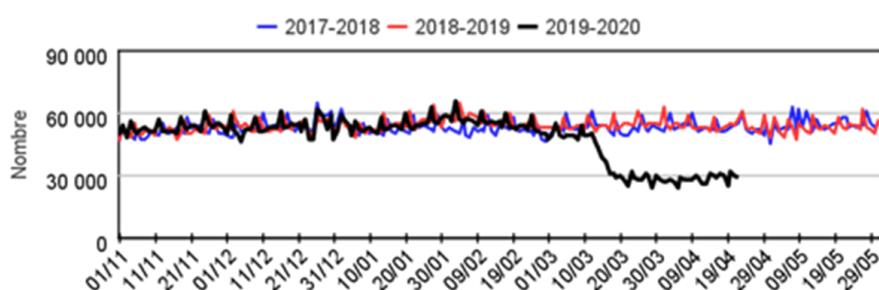
### Dans le réseau OSCOUR®

- Entre les semaines 12 et 16, les passages aux urgences ont été en baisse de 48% en moyenne dans toutes les classes d'âges. Les hospitalisations après passages aux urgences ont baissé de 21% en moyenne sur la période (Figure 22).
- Après deux semaines de diminution (S12 et S13), il a été observé une reprise à la hausse du nombre de passages tous âges pour 3 indicateurs : les accidents vasculaires cérébraux (AVC), la maladie veineuse thromboembolique (MVTE) depuis la semaine 14 et les cardiopathies ischémiques depuis la semaine 15.
- En semaine 16, le nombre de passages aux urgences tous âges était toujours dans des niveaux inférieurs en comparaison de la même semaine en 2019, excepté pour la MVTE pour laquelle ce nombre était similaire à la S16 en 2019.
- La part d'activité de ces trois indicateurs était supérieure à celle observée en 2019 (Figures 24a, 25a et 26a).
- Le nombre d'hospitalisations après passage tous âges était également en augmentation : hausse de 4% pour les cardiopathies ischémiques, de 6% pour les AVC et de 16% pour la MVTE en comparaison de la S16 de 2019.

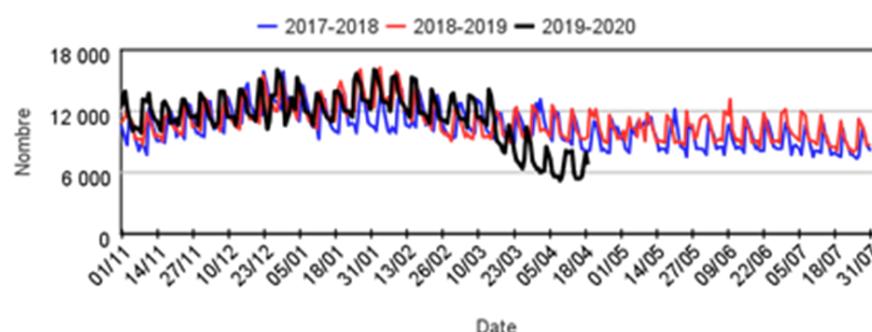
### Dans les associations SOS Médecins

- Entre les semaines 12 et 16, il a été observé une baisse de 30% en moyenne de l'activité totale tous âges des associations SOS Médecins (Figure 23).
- En semaine 16, comparée à la même semaine en 2019, on a observé une hausse des actes médicaux de 23% pour les cardiopathies ischémiques, 7% pour les AVC et 27% pour la MVTE.
- De la semaine 12 à la semaine 15, comparées aux mêmes semaines en 2019, le nombre d'actes médicaux tous âges ainsi que leur part d'activité étaient stables pour les cardiopathies ischémiques et en diminution pour les AVC (-24%).
- Les actes médicaux pour MVTE ainsi que leur part d'activité étaient en baisse en S12-13.
- En semaine 14, on retrouvait des nombres d'actes médicaux pour MVTE équivalents et une part dans l'activité totale supérieure à S14 2019 (figures 24b, 25b et 26b).

**Figure 22. Nombre quotidien de passages aux urgences du réseau OSCOUR®, tous âges, 2017-2020, France**

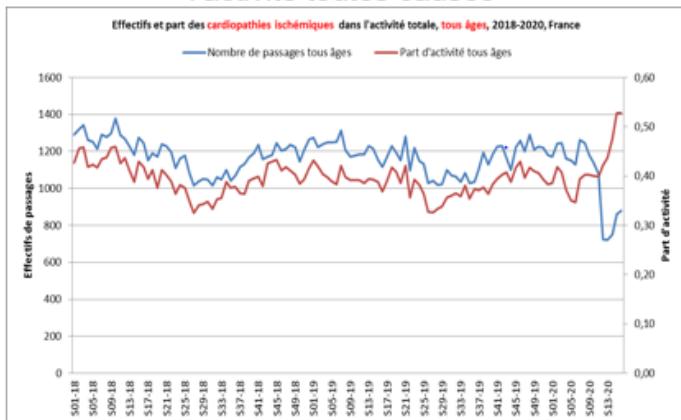


**Figure 23. Nombre quotidien d'actes médicaux SOS médecins, tous âges, 2017-2020, France**

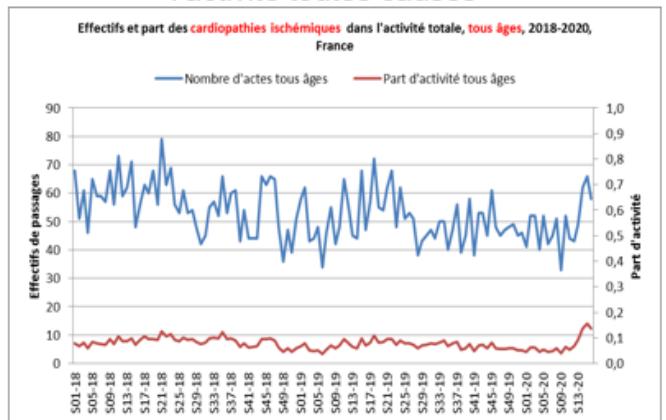


**Figure 24. Recours aux soins d'urgence pour cardiopathie ischémique dans les réseaux OSCOUR® (figure a) et SOS Médecins (figure b), tous âges, 2018-2020, France**

a) Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour **cardiopathie ischémique** dans l'activité toutes causes

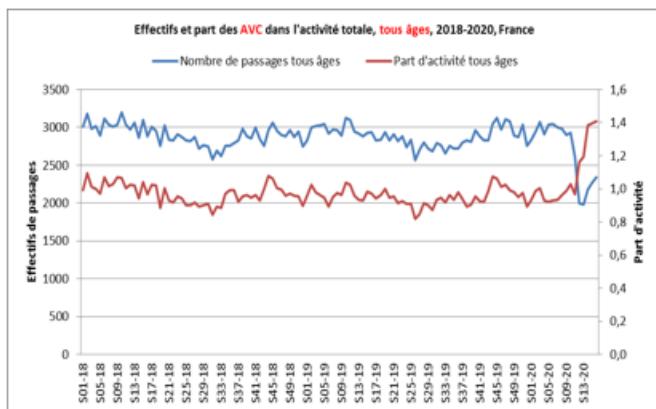


(b) Nombre d'actes SOS Médecins et part d'activité pour **cardiopathie ischémique** dans l'activité toutes causes

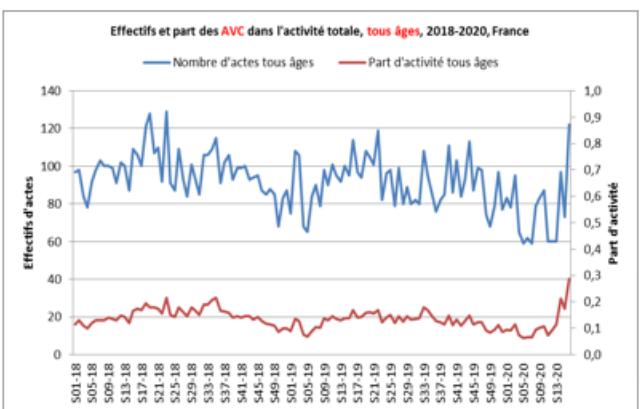


**Figure 25. Recours aux soins d'urgence pour accident vasculaire cérébral (AVC) dans les réseaux OSCOUR® (figure a) et SOS Médecins (figure b), tous âges, 2018-2020, France**

a) Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour **AVC** dans l'activité toutes causes

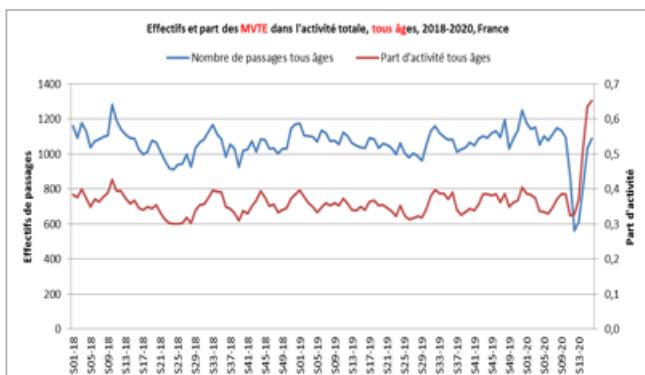


(b) Nombre d'actes SOS Médecins et part d'activité pour **AVC** dans l'activité toutes causes

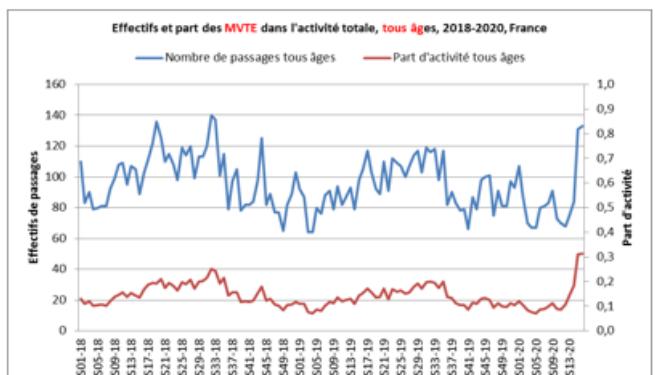


**Figure 26. Recours aux soins d'urgence pour maladie veineuse thromboembolique (MVTE) dans les réseaux OSCOUR® (figure a) et SOS Médecins (figure b), tous âges, 2018-2020, France**

a) Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour **MVTE** dans l'activité toutes causes



(b) Nombre d'actes SOS Médecins et part d'activité pour **MVTE** dans l'activité toutes causes



# Prévention

## Surveillance des indicateurs de mesure de protection et de santé mentale

**Enquête Santé publique France « Accès Panel BVA » : résultats Vague 1 (23-25 mars), Vague 2 (30 mars-1<sup>er</sup> avril) et Vague 3 (14-16 avril) :** [Enquêtes en ligne](#) répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes (Access panel) de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine. Données redressées sur le sexe, l'âge, la profession, la taille d'agglomération et la région.

### 1) Symptômes évoquant le coronavirus ou le COVID-19

Parmi les personnes interrogées en vagues 1 à 3, les symptômes déclarés (depuis le mois de février 2020) en lien avec le COVID-19 restent stables concernant la fièvre, la toux et la perception de détresse respiratoire.

1. Symptômes évoquant le COVID-19	V1 (23-25 mars)	V2 (30 mars-1 <sup>er</sup> avril)	V3 (14-16 avril)	Evolution V1/V2	Evolution V2/V3
	N=2000	N=2003	N=2010		
Détresse respiratoire	4%	5%	5%	→	→
Fièvre	7%	7%	7%	→	→
Toux	12%	12%	12%	→	→
Agueusie/Anosmie	--	--	3%	--	--

Notes de lecture. Evolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, profession, taille d'agglomération et régions d'habitation (test de Wald ajusté au seuil de .05) ; → pas d'évolution significative

### 2) Adoption des mesures de protection

- Le degré d'adoption systématique des mesures de protection diminue significativement entre les vagues 2 et 3.

2. Adoption systématique des mesures de protection	V1 (23-25 mars)	V2 (30 mars-1 <sup>er</sup> avril)	V3 (14-16 avril)	Evolution V2/V3
	N=2000	N=2003	N=2010	
Adoption des 3 mesures de distanciation physique*	--	70%	65%	↘
Adoption des 4 mesures d'hygiène**	--	50%	47%	↘
Nombre moyen (sur 7) de mesures adoptées	--	5,7	5,5	↘

Notes de lecture. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, profession, taille d'agglomération et régions d'habitation (test de Wald ajusté au seuil de .05) ; ↘ diminution significative. \* Rester confiné à la maison / Limiter toutes formes d'interactions / Garder une distance d'au moins un mètre ; \*\* Se laver régulièrement les mains / Saluer sans serrer la main / Tousser dans son coude / Utiliser un mouchoir à usage unique. Les données de la vague 1 (V1) ne sont pas disponibles dans ce tableau du fait d'une modification des modalités de réponses (de oui/non en V1 à une mesure plus fine avec échelle de fréquence en vague 2 et suivantes).

**Le degré d'adoption systématique des mesures de protection diminue significativement entre les vagues 2 et 3. Les facteurs associés à une moindre adoption des mesures de protection (nombre moyen de mesures systématiquement adoptées, après contrôle des autres facteurs [1]) sont :**

- **Facteurs sociodémographiques** : le sexe masculin, un faible niveau de littératie en santé [2], le fait de vivre seul pendant le confinement.
- **Facteurs liés à la perception du COVID-19** : ne pas ressentir plus de peur que d'habitude, être peu inquiet à l'égard de l'épidémie, avoir une mauvaise connaissance des modes de transmission du virus.
- **Facteurs liés à la perception des mesures de protection** : percevoir les mesures comme contraignantes, se sentir peu capable de les mettre en œuvre, avoir des proches qui n'adoptent pas ou n'approuvent pas les mesures de protection.

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

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

### 3) Santé mentale

**La santé mentale des personnes interrogées en vague 3 reste dégradée par comparaison des données de références disponibles avant le confinement.** On observe cependant une amélioration significative de la satisfaction de vie actuelle dans la vague 2 ainsi qu'une diminution significative des états anxieux dans les vagues 2 et 3.

3. Santé mentale	<i>BSpF 2017</i>		V1 N=2000	V2 N=2003	V3 N=2010	Evolution V1/V2	Evolution V2/V3
	N=12603						
Satisfaction de vie actuelle <i>score &gt;5 ; échelle de 0 à 10</i>	85%	67%	74%	76%	↗	→	
Anxiété (HAD*)	14%	27%	22%	18%	↘	↘	
Dépression (HAD*)	--	--	20%	18%	--	→	
Climat de violence / graves disputes au sein du foyer <i>au moins quelques fois au cours des 15 derniers jours</i>	--	--	10%	11%	--	→	
Problèmes de sommeil <i>au cours des 8 derniers jours</i>	49%	--	61%	64%	--	→	

**Notes de lecture.** Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, profession, taille d'agglomération et régions d'habitation (test de Wald ajusté au seuil de .05) ; → pas d'évolution significative ; ↘ diminution significative; ↗ hausse significative ; -- données indisponibles. \*HAD : *Hospitality Anxiety and Depression scale*, score >10/21 = symptomatologie certaine. *BSpF 2017* (Baromètre Santé publique France 2017)

**En vague 3, les facteurs associés à une plus forte anxiété** (après contrôle des autres facteurs) sont :

- **Facteurs sociodémographiques** : le sexe féminin, être dans une situation financière très difficile, déclarer des antécédents de troubles psychologiques.
- **Facteurs liés aux conditions de confinement** : ne pas avoir d'espace extérieur accessible dans le logement, déclarer un climat de violence ou de graves disputes dans le foyer.
- **Facteurs liés au COVID-19** : avoir des difficultés respiratoires liées au COVID-19, se sentir vulnérable face au COVID-19, le percevoir comme une maladie grave, avoir une mauvaise connaissance des modes de transmission du virus, rechercher activement des informations sur le COVID-19,
- **Facteurs liés à la perception des mesures de protection** : percevoir les mesures comme contraignantes, se sentir peu capable de les mettre en œuvre, les percevoir comme peu efficaces.

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

Les participants (60 foyers choisis pour leurs diversités sociodémographiques) se connectent une à deux fois par semaine à une plateforme en ligne pour répondre à deux ou trois questions ouvertes. Dix-huit sollicitations sont programmées sur trois mois (1<sup>ère</sup> sollicitation réalisée le 30 mars 2020).

### **1) Santé perçue et santé mentale**

- En semaines 15 et 16 (4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> semaines de confinement), il émergeait de cette communauté **des manifestations négatives** physiques (prise de poids, douleurs, problème de sommeil...) et psychologiques (anxiété, irritabilité, tristesse) **principalement liées au stress** et à la lassitude d'être confiné.
- Cependant, les participants parvenaient toujours à s'appuyer sur les **sources de réconfort** et de bien-être qu'ils ont identifiées dès le début du confinement : relations avec les proches au sein du foyer, les liens avec les proches à l'extérieur, prendre soin de soi et de son chez soi.
- Les personnes qui disaient avoir augmenté leur consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis) évoquaient souvent un état de santé mentale et/ou émotionnel dégradé.

### **2) Pratique des mesures de protection**

- En semaine 14 (3<sup>e</sup> semaine du confinement), les répondants n'étaient pas capables de nommer spontanément les 4 gestes barrières promus par les pouvoirs publics. **Les mesures d'isolement d'une personne malade** du COVID-19 au sein du foyer ne semblaient pas connues.
- **Pratique du lavage des mains** : les vidéos de lavage des mains envoyées par 40 participants de la communauté montraient que leur lavage durait 15 secondes en moyenne. Le lavage du bout des doigts et des poignets était majoritairement oublié. La fermeture du robinet s'effectuait quasi systématiquement avec une des mains lavées sans nettoyage préalable des têtes de robinet.
- **Respect du confinement** : en semaine 16 (5<sup>e</sup> semaine du confinement), après les annonces de prolongation du confinement, pour la première fois chez les répondants certains exprimaient spontanément qu'ils pourraient à court terme ne plus respecter le confinement (en cause notamment : le sentiment de manque de liberté, la solitude).

## **Production d'outils de prévention**

La production d'outils se poursuit, ainsi que leurs diffusions au travers du réseau de nos partenaires.



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

## Discussion

Depuis trois semaines, le nombre de recours aux urgences (réseau OSCOUR) et des actes SOS Médecins des patients suspects de COVID-19 ainsi que la part de ces recours parmi l'activité toutes causes de ces réseaux sont en diminution. Il est également observé une diminution des taux de positivité des prélèvements effectués dans les laboratoires de ville.

Le nombre estimé de nouveaux cas de COVID-19 ayant consulté ou téléconsulté un médecin généraliste montre une situation stable par rapport à la semaine précédente avec 6 541 nouveaux cas de COVID-19 (IC95% : 1 572 ; 11 510) en semaine 16 comparé au 2 663 cas (IC95% : 573 ; 4 753). Il convient cependant de prendre en compte le faible nombre de prélèvements analysés et le taux de consultation des IRA qui diminue depuis 3 semaines. Les estimations produites chaque semaine sont consolidées par la prise en compte de l'ensemble des prélèvements analysés après la publication du point épidémiologique.

Au niveau hospitalier, le nombre de nouvelles hospitalisations et le nombre de nouvelles admissions en réanimation pour COVID-19 ont poursuivi leur diminution pour la seconde semaine consécutive. Le taux de positivité des prélèvements hospitaliers était également à la baisse pour la troisième semaine. Le 21 avril 2020, le nombre de patients hospitalisés en France pour COVID-19 restait cependant supérieur à 30 000 et le nombre de patients en service de réanimation était de 5 433. Le nombre de décès survenus à l'hôpital commençait à diminuer.

Un excès de la mortalité toutes causes est observé au niveau national et est particulièrement marqué depuis la semaine 13 dans les régions Grand Est et Ile-de-France. La part de la mortalité attribuable à l'épidémie de COVID-19 reste cependant à déterminer.

Les enfants sont peu concernés par cette épidémie et représentent moins de 1% des patients hospitalisés et des décès. Les personnes âgées de 65 ans et plus sont en revanche, fortement touchées par cette épidémie, elles représentent 72% des patients hospitalisés et plus de 93% des décès.

Les patients présentant des comorbidités sont également fortement concernés et représentent 79% des patients hospitalisés en réanimation et au moins 81% des décès. La proportion de patients hospitalisés en réanimation présentant des comorbidités a augmenté du fait de la prise en compte systématique récente de l'hypertension artérielle ainsi que des pathologies hépatiques dans la liste des comorbidités pour les infections COVID-19.

L'évolution de l'infection COVID-19 reste favorable pour la majorité des patients, 39 181 patients sont rentrés à domicile à leur sortie de l'hôpital.

Dans le contexte du confinement mis en place pour lutter contre la diffusion de cette épidémie, il apparaît que le niveau d'**adoption systématique des mesures de protection est moindre** au cours du temps avec une diminution significative entre les enquêtes de fin mars et de mi-avril 2020.

Le niveau d'anxiété, mesuré entre le 23 et le 25 mars, était presque deux fois plus élevé que celui mesuré lors d'une période hors épidémie en 2017. Ce niveau baisse néanmoins dans les enquêtes de fin mars et de mi-avril 2020. Ce phénomène a été décrit dans des épidémies précédentes (Loewenstein 1990, Raude 2019). On observe ainsi une baisse du niveau de risque perçu et du niveau d'inquiétude, qui influencent le niveau d'anxiété. Ces baisses peuvent être expliquées par un effet d'habituation psychologique.

Au regard de ces résultats, il apparaît que l'enjeu du maintien des mesures de prévention dans le long terme doit s'appuyer sur l'acceptation et la prise d'habitude des gestes de prévention plutôt que sur une perception de risque élevé.

Les problèmes de sommeil au cours des 8 derniers jours sont également plus fréquents que lors d'une période hors épidémie. Des climats de violence au sein du foyer ont été rapportés par 10% des personnes interrogées fin mars 2020 et ce pourcentage est resté stable à la mi-avril 2020.

*Loewenstein G, Mather J. Dynamic processes in risk perception. Journal of Risk and Uncertainty. 1990;3:155-75.*

*Raude J, K MC, Flamand C, Apostolidis T. Understanding health behaviour changes in response to outbreaks: Findings from a longitudinal study of a large epidemic of mosquito-borne disease. Soc Sci Med. 2019;230:184-93.*

Un autre point de vigilance est lié au **risque d'un moindre recours aux soins des personnes présentant des maladies chroniques et des pathologies aiguës nécessitant une prise en charge en urgence**.

La diminution, pendant deux semaines (S12 et S13), des nombres de passages aux urgences et d'hospitalisations pour cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux et maladie veineuse thromboembolique, pathologies susceptibles de représenter des urgences vitales et nécessitant une prise en charge immédiate met, notamment, en exergue le risque d'un moindre recours aux soins par peur d'une contamination ou pour les cas peu sévères.

Il est indispensable que, malgré le confinement, les personnes nécessitant une prise en charge en urgence aient recours aux structures de soins adaptées.

Il est également important que les personnes présentant des maladies chroniques maintiennent leur suivi médical, facilité notamment par les mesures de télémédecine mises en œuvre.

En conclusion, cinq semaines après le début du confinement, les résultats reflètent l'impact positif des mesures de contrôle de l'épidémie. Ils confirment la diminution des nouvelles contaminations en France, et mettent en évidence la baisse des nouvelles hospitalisations et nouvelles admissions en réanimation pour COVID-19.

**Ces différentes données sont en faveur d'une situation épidémiologique le 21 avril 2020, relativement comparable à celle observée vers le 15 mars 2020, soit avant la mise en place du confinement.**

**Cependant, le nombre de patients hospitalisés pour COVID-19 est beaucoup plus élevé, conséquence des contaminations survenues durant ces dernières semaines, qui maintiennent une pression importante sur le système de santé hospitalier.**

**Le maintien de l'adhésion aux mesures d'hygiène et de distanciation sociale est primordiale afin d'éviter une reprise de l'épidémie et de permettre une réduction significative de la circulation du SARS-CoV-2 en France. Une telle situation est en effet nécessaire pour permettre une levée du confinement dans des conditions favorables.**

## Méthodes

En phase 3, 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 effectif :

**Réseau Sentinelles** : nombre de cas d'infections respiratoires aiguës liés au SARS-CoV2 en consultation et télédemande en médecine générale et en pédiatrie permettant d'estimer le nombre de cas dans la communauté. Cette surveillance clinique est complétée par une surveillance virologique (début le 16 mars).

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

**Laboratoires d'analyses biologiques de ville (3 labo - Biomnis/Cerba)** : nombre de tests réalisés et positifs pour diagnostic de SARS-CoV-2 par les laboratoires de ville (depuis le 18 mars).

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

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

**Laboratoires hospitaliers** : données concernant les tests diagnostiques (nombre total de tests réalisés et le nombre de tests négatifs et positifs.) transmises par les hôpitaux (depuis le 16 mars).

**IRA en collectivités de personnes âgées** : nombres d'épisodes de cas groupés d'IRA et de cas groupés confirmés COVID-19 en Ehpad ainsi que le nombre de cas et décès par établissement (depuis le 28 mars).

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

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

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

**Directrice de publication**

Pr. Geneviève Chêne

**Directeur adjoint de publication**

Jean-Claude Desenclos

**Equipe de rédaction**

Christine Campese, Sophie Vaux, Fatima Ait El Belghiti, Céline Caserio-Schonemann, Yann Le Strat, Anne Fouillet, Yu Jin Jung, Julien Durand, Etienne Lucas, Laure Fonteneau, Costas Danis, Cécile Forgeot, Scarlett Georges, Lucie Duchesne, Marie-Michèle Thiam, Yves Galien, Mireille Allemand, Guillaume Spaccaferri, Claire Sauvage, Julie Figoni, Patrick Rolland, Pierre Arwidson, Linda Labseur, Enguerrand Du-Roscoat, Dominique Jeannel, Isabelle Bonmarin,

### Pour en savoir plus sur :

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

[SurSaUD®](#) [OSCOUR®](#) [SOS Médecins](#) [Réseau Sentinelles](#) [SI-VIC](#) [CépiDC](#)

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](mailto: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](http://www.santepubliquefrance.fr)

Date de publication :  
23 avril 2020

### 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