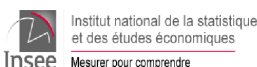


En collaboration avec :

Agence régionale de santé
(ARS) Auvergne-Rhône-
Alpes, Médecins libéraux,
SAMU Centre 15, SOS mé-
decins, médecins urgentistes,
réanimateurs, laboratoires de
biologie médicale hospitaliers
et de ville, Sociétés savantes
d'infectiologie, de réanima-
tion et de médecine d'ur-
gence



Institut national
de la santé et de la recherche médicale



INSTITUT PASTEUR

CNR Virus des infections respira-



Résumé

Après avoir atteint un pic fin mars dans la semaine ayant suivi le confinement généralisé de la population, l'épidémie de COVID-19 en Auvergne-Rhône-Alpes recule. Un mois après le début du déconfinement, la décroissance de l'épidémie de COVID-19 se poursuit.

En semaine 23, la plupart des indicateurs épidémiologiques évoluent toujours à la baisse en ville, à l'hôpital, au sein des établissements médicaux-sociaux et des établissements hospitaliers. Les indicateurs du dispositif SI-DEP (système d'information de dépistage) sont en faveur d'une baisse du nombre de personnes dépistées positives en semaine 23. Les indicateurs hospitaliers évoluent encore franchement à la baisse, deux départements n'ayant enregistré aucune nouvelle hospitalisation pour COVID-19 en semaine 23. Le nombre de reproduction effectif R calculé à partir des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 est estimé à 0,59 en Auvergne-Rhône-Alpes. Comme dans la quasi-totalité des régions en France, il est inférieur à 1, ce qui signifie qu'une personne infectée en contamine moins d'une autre et que par conséquent, l'épidémie est en régression. Enfin, la mortalité toutes causes ne présente plus d'excès significatif depuis la semaine 18.

Afin d'identifier et d'isoler les personnes potentiellement infectées et leurs contacts pour stopper les chaînes de transmission le plus précocement possible, un important dispositif associant les médecins de ville, les établissements de santé, l'Assurance maladie, les laboratoires de biologie hospitaliers et de ville est coordonné par l'ARS avec l'appui de la cellule régionale de Santé publique France. Il permet notamment la détection et l'investigation de cas groupés ou clusters. Au 10 juin, 11 clusters sont en cours de suivi dans neuf départements de la région. Cette surveillance des clusters contribue à l'analyse de la situation épidémiologique à une échelle territoriale fine. Ces clusters témoignent de la circulation à bas bruit du virus. Dans le contexte du déconfinement progressif de la population, le respect des mesures d'hygiène et de distanciation sociale reste donc essentiel afin de prévenir toute reprise épidémique.

Indicateurs clés en Auvergne-Rhône-Alpes

Surveillance virologique

- Le taux de positivité sur la région est de 0,8% en S23 ↘

Surveillance en ville

- SOS Médecins : 290 actes pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 en S23 ↘
- Réseau Sentinelles : 5 consultations pour IRA /100 000 habitants en S23 →

Surveillance dans les EMS dont les Ehpad

- 12 417 cas confirmés ou possibles de COVID-19 (résidents et personnel)

Surveillance des professionnels en établissement

- 3 510 cas de COVID-19 parmi les personnels soignants et non soignants depuis le 1er mars

Surveillance à l'hôpital

- Urgences : 53 passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 en S23 ↘
- SI-VIC : 834 personnes hospitalisées, dont 64 en réanimation au 10/06/2020 ↘
- Services sentinelles de réanimation/soins intensifs : 58% des cas âgés de 65 ans et plus, 74% sont des hommes, 71% présentent un SDRA, 65% des cas avec au moins un facteur de risque

Surveillance de la mortalité

- 1 716 décès à l'hôpital et 1 309 décès en EMS liés au COVID-19
- 67% des personnes décédées à l'hôpital avaient plus de 80 ans
- Aucun excès significatif de mortalité toutes causes n'est observé depuis la semaine 18.

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

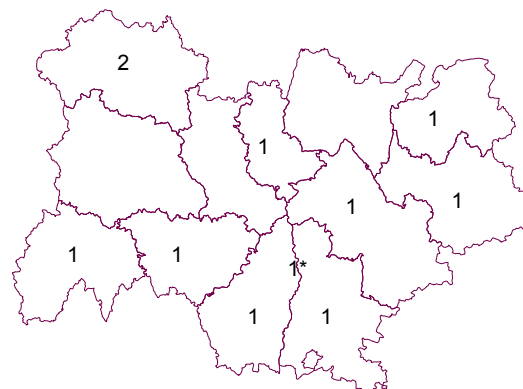
En **Auvergne-Rhône-Alpes**, au **10 juin**, on dénombre 11 clusters¹ en cours de suivi, soit un de moins que la semaine dernière. Ces 11 clusters concernent 9 départements (Figure 1) :

- 5 clusters en établissements de santé (2 dans l'Allier, 1 dans le Rhône, 1 en Isère et 1 en Savoie)
- 5 clusters en milieu familial élargi (1 en Ardèche, 1 dans le Cantal, 1 en Haute-Loire, 1 en Drôme/Ardèche et 1 en Haute-Savoie)
- 1 cluster en milieu scolaire dans la Drôme

Sur ces 11 clusters, 2 présentent une criticité limitée, 4 modérée et 5 élevée. Huit clusters comprennent plus de 5 cas.

¹hors Ehpad et milieu familial restreint

Figure 1 Répartition géographique des clusters en cours de suivi au 10 juin 2020 (N=11) - (source MONIC)



* cluster comprenant des cas en Ardèche et dans la Drôme

Surveillance virologique

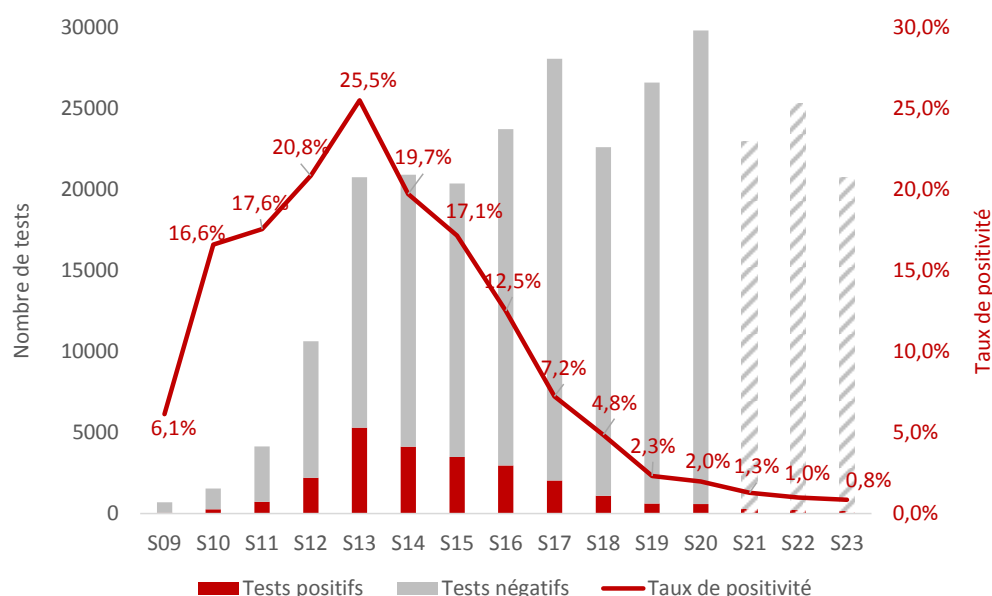
Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées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

Jusqu'à ces dernières semaines, la surveillance virologique s'appuyait sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie), par les laboratoires hospitaliers et par les laboratoires privés réalisant eux-mêmes leurs analyses. Depuis la semaine 21, 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 est progressive. Ce système de surveillance vise le suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers.

Au 11 juin à 11h, les deux-tiers des sites de prélèvements d'Auvergne-Rhône-Alpes ont transmis des données à SI-DEP. Des contrôles sont effectués afin d'améliorer la qualité et la complétude de ces données et de nouveaux laboratoires continuent à être intégrés dans le système. Du fait de ce taux de participation encore limité, les taux d'incidence sont sous-estimés et les taux de positivité à l'échelon départemental peuvent être biaisés du fait d'une mauvaise représentativité des laboratoires. C'est pourquoi seul le taux de positivité à l'échelon régional est présenté en semaine 23.

Sur l'ensemble de la région, **le taux de positivité était de 0,8% en semaine 23, toujours en légère baisse** par rapport à la semaine précédente (1,0% en semaine 22) (Figure 2).

Figure 2. Nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs pour SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, au 07/06/2020 (sources : laboratoires hospitaliers et laboratoires de ville de la région et système 3labos Eurofins-Biomnis et Cerba] jusqu'à la semaine 20 ; SI-DEP [chiffres provisoires, en hachuré] pour les semaines 21 à 23)



Actes/consultations pour suspicion de COVID-19

Au total, 6 779 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés depuis le 03 mars en ARA.

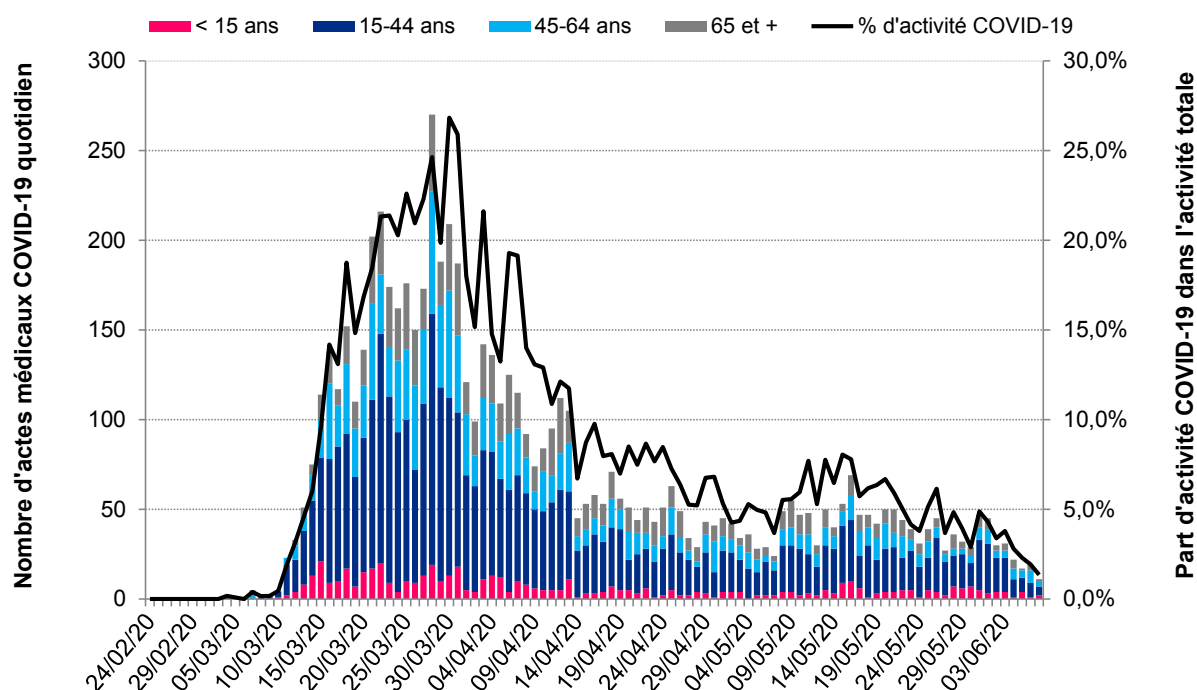
En semaine 23 (du 1er au 7 juin), 175 actes médicaux pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés, contre 255 en semaine 22 et 303 en semaine 21.

La part des actes médicaux SOS Médecins tous âges pour suspicion de COVID-19 parmi l'activité totale en semaine 23 est de **3% en légère diminution par rapport à la semaine précédente** (4% en semaine 22).

Depuis le début de l'épidémie, la part d'activité la plus élevée pour suspicion de COVID-19 a été observée sur les semaines 12 à 15 (allant de 14 à 22%).

Parmi ces actes, 55% sont rapportés chez les 15-44 ans, 21% chez les 45-64 ans et 13% chez les 65 ans et plus (Figure 3).

Figure 3. Nombre quotidien d'actes et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge. Source : SOS Médecins, au 10/06/2020 à 10h



Source : Réseau Sentinelles, au 09/06/2020 à 14h

Taux estimés de (télé-)consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA)

- S23 2020 : 5 consultations /100 000 habitants [0 ; 11]*
- S22 2020 : 5 consultations /100 000 habitants [0 ; 11]*

* Bornes inférieure et supérieure de l'intervalle de confiance à 95%

Surveillance en établissements sociaux et médicaux-sociaux

Entre le 1er mars et le 8 juin 2020, **898 établissements** ont signalé un épisode concernant un ou plusieurs cas possible ou confirmé de COVID-19 à Santé publique France via l'application disponible sur le portail national des signalements dans la région Auvergne-Rhône-Alpes. Il s'agissait de **633 (70%) établissements d'hébergement pour personnes âgées** et **265 (30%) autres établissements médico-sociaux**.

L'ensemble des **898 signalements** correspondait à un total de 8 157 cas de COVID-19 (dont 3 949 cas confirmés et 4 208 cas possibles) chez les résidents. Parmi ceux-ci, 1 309 sont décédés dans les établissements et 438 sont décédés à l'hôpital. Chez le personnel des établissements sociaux et médico-sociaux, 4 260 cas (dont 2 367 cas confirmés et 1 893 cas possibles) ont été rapportés dans la région.

L'ensemble des 633 signalements **d'établissements pour personnes âgées** correspondait à un total de 3 802 cas confirmés de COVID-19 parmi les résidents et 2 194 parmi le personnel. Parmi les résidents, 1 305 cas sont décédés dans les établissements. L'ensemble des 265 signalements des **autres établissements médico-sociaux** correspondait à un total de 147 cas confirmés de COVID-19 parmi les résidents et 173 parmi le personnel. Parmi les résidents, 4 cas sont décédés dans les établissements (Tableau 1).

La répartition par département au 8 juin est présentée dans le Tableau 2.

Tableau 1. Nombre de signalements en établissements sociaux et médico-sociaux, de cas COVID-19 et de décès chez les résidents et le personnel rapportés du 01/03 au 08/06 (Source : Surveillance dans les ESMS, au 09/06/2020 à 12h)

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres EMS ⁴	Total
Signalements ⁵	633	171	41	53	898
Cas confirmés	3 802	95	6	46	3 949
Chez les résidents					
Décès hôpitaux	426	10	0	2	438
Décès établissements	1 305	2	0	2	1 309
Chez le personnel					
Cas confirmés	2 194	139	23	11	2 367

¹Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements pour personnes âgées, 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)

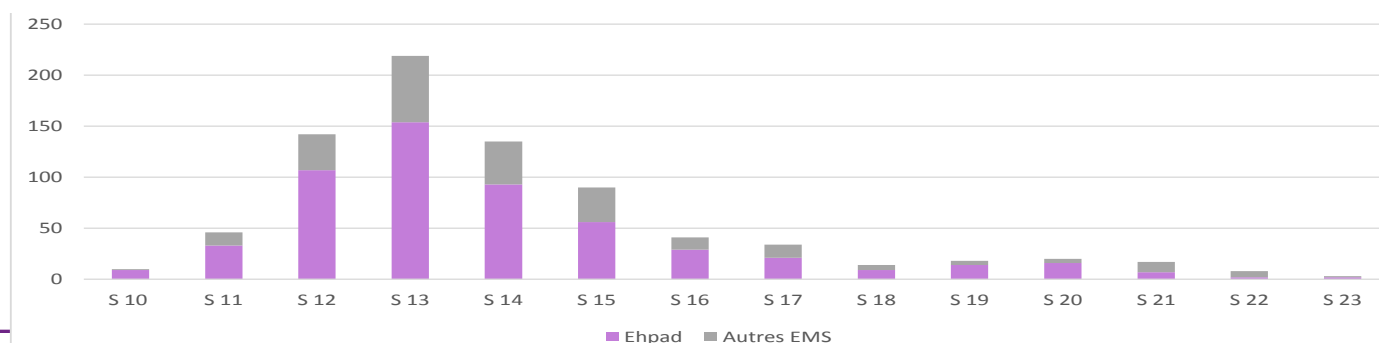
⁵Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible.

Tableau 2. Nombre de signalements en établissements sociaux et médico-sociaux de cas COVID-19 et décès chez les résidents et le personnel rapportés du 01/03 au 08/06, par département (Source : Surveillance dans les ESMS, au 09/06/2020 à 12h)

Départements	Signalements	dont signalements semaine précédente	Cas confirmés parmi les résidents	Décès de résidents dans l'établissement	Cas confirmés parmi le personnel
Ain (01)	72	1	256	73	182
Allier (03)	36	0	80	9	44
Ardèche (07)	50	0	285	113	184
Cantal (15)	22	1	1	0	1
Drôme (26)	62	1	231	66	171
Isère (38)	84	0	462	119	223
Loire (42)	106	1	467	189	360
Haute-Loire (43)	38	0	30	0	23
Puy-de-Dôme (63)	70	1	52	40	61
Rhône (69)	219	1	1 571	481	786
Savoie (73)	49	0	94	66	53
Haute-Savoie (74)	90	0	420	153	279
Total Région	898	6	3 949	1 309	2 367

Entre le 1er mars et le 8 juin, 797 signalements mentionnant la date de début des signes du premier cas permettent de décrire la dynamique des épisodes. Relativement peu nombreux jusqu'au 15 mars (semaines 10 et 11), les signalements ont ensuite progressé pour atteindre 219 signalements la dernière semaine de mars (semaine 13). On observe ensuite une décroissance du nombre de signalements, avec 135 signalements en semaine 14, 34 en semaine 17, entre 15 et 20 les semaines 18 à 21 et moins de 10 signalements les semaines 22 et 23 (Figure 4).

Figure 4. Signalements des établissements médico-sociaux selon la date d'apparition des signes chez le premier cas de la semaine 10 (1er au 8 mars) à la semaine 23 (1er au 7 juin) (Source : Surveillance dans les ESMS, au 09/06/2020 à 12h)



Surveillance à l'hôpital

Au total, 15 886 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés depuis le 24 février en Auvergne-Rhône-Alpes.

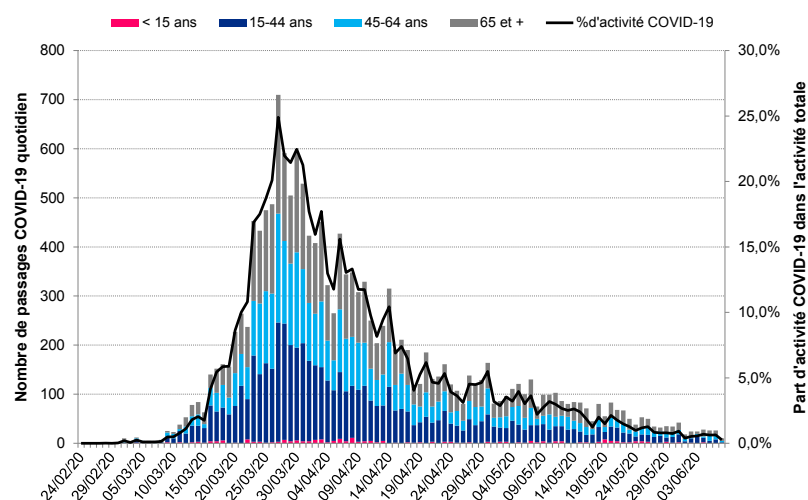
En semaine 23 (du 1er au 7 juin), 156 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par le réseau OSCOUR®, représentant 0,5% de l'activité totale (Figure 4). **Cet indicateur est en diminution pour la dixième semaine consécutive.** Depuis le début de l'épidémie, la part d'activité la plus élevée pour suspicion de COVID-19 au sein du réseau OSCOUR® a été observée sur les semaines 13 (20%) et 14 (17%).

Le nombre d'hospitalisation pour suspicion de COVID-19 après passage aux urgences poursuit sa baisse ces dernières semaines (S23 : n=78 ; S22 : n=99 ; S21 : n=177) en comparaison à la semaine 13 où ce nombre était le plus élevé depuis le début de l'épidémie (S13 : n=1 728).

Environ **50%** de ces passages sont suivis d'une hospitalisation en S23, pourcentage en augmentation par rapport aux dernières semaines (S22 : 35% ; S21 : 40%). Chez les 65 ans et plus, 80% sont hospitalisés après un passage aux urgences pour suspicion de COVID-19.

Figure 5. Nombres quotidiens de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge

Source : réseau Oscour®, au 10/06/2020 à 10h



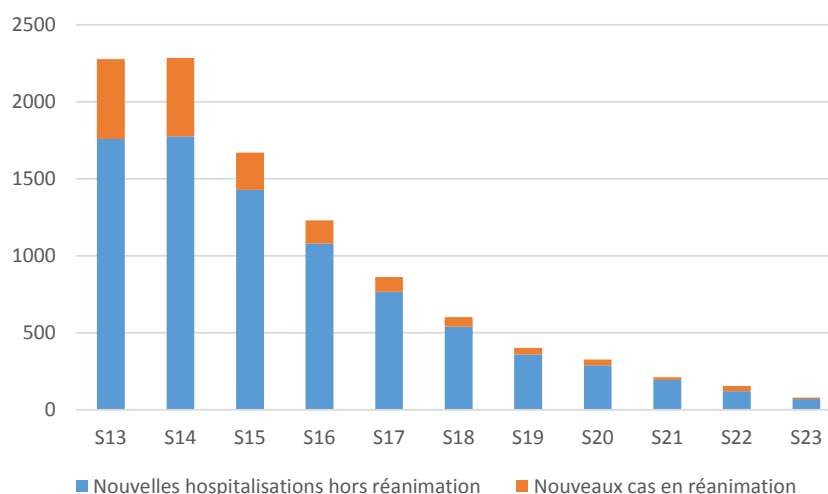
Hospitalisations, admissions en réanimation, retours à domicile

Depuis le 20/04/2020, le **nombre total de personnes hospitalisées pour COVID-19** est en baisse ainsi que le nombre de personnes en réanimation. Par rapport à la semaine précédente, le nombre total de patients hospitalisés pour COVID-19 le 10/06/2020 est de 834 patients hospitalisés dont 64 patients pris en charge en réanimation alors qu'il était de 1 070 patients hospitalisés le 03/06/2020 dont 100 en réanimation.

Après avoir atteint un pic en semaines 13 et 14, **les nombres hebdomadaires de nouvelles hospitalisations tous services et de nouvelles admissions en réanimation** sont en baisse continue. En semaine 23, ces indicateurs diminuent encore nettement (Figure 6).

Source : SI-VIC, au 10/06/2020 à 12h

Figure 6. Nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 et de nouvelles admissions en réanimation



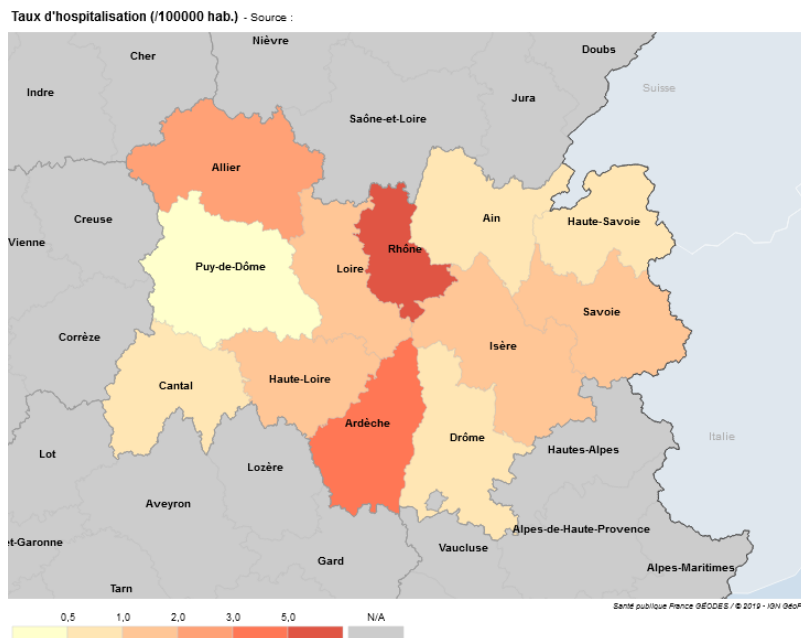
Surveillance à l'hôpital (suite)

Hospitalisations, admissions en réanimation, retours à domicile (suite)

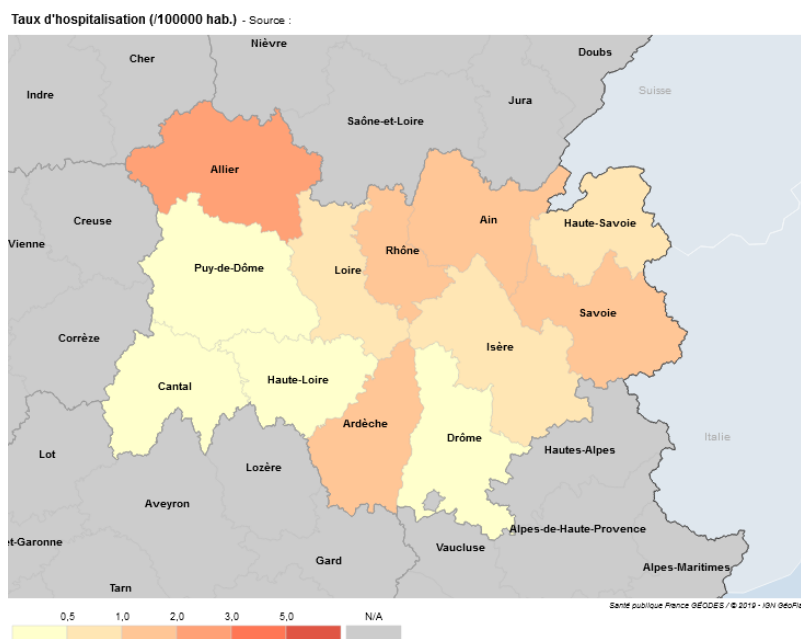
Source : SI-VIC, au 10/06/2020 à 12h

Figure 7. Taux cumulé de nouvelles hospitalisations tous services confondus par semaine pour COVID-19 pour 100 000 habitants et par département d'hospitalisation en S22 et S23

Semaine 22
(du 25 au 31 mai 2020)



Semaine 23
(du 1^{er} au 7 juin 2020)



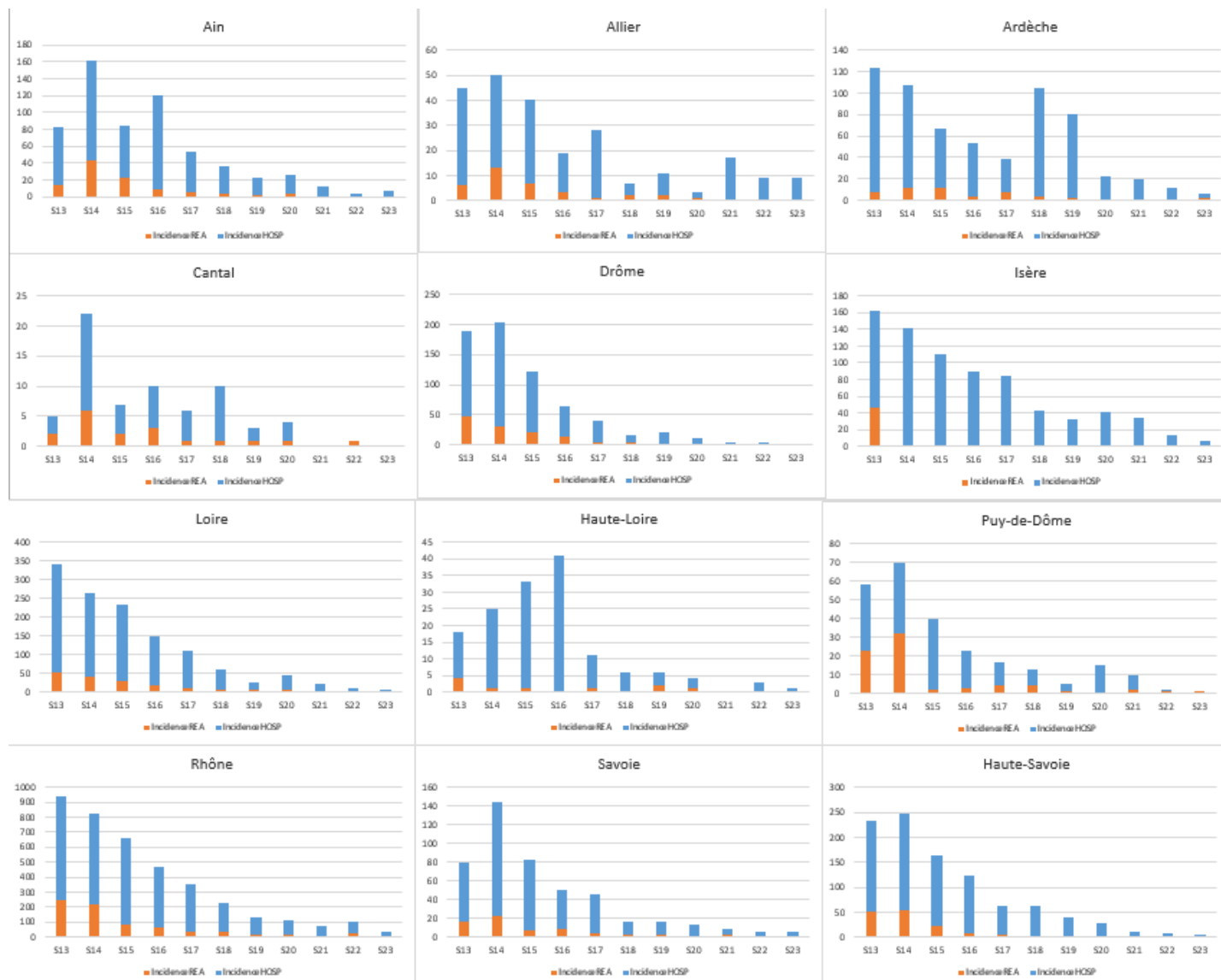
Le taux cumulé d'hospitalisations est exprimé comme le nombre cumulé de nouveaux patients hospitalisés par semaine atteints de COVID-19 rapporté à la population du département d'hospitalisation.

En semaine 23, le taux d'hospitalisation à l'échelle régionale est encore en nette baisse par rapport à la semaine précédente (Figure 7). A l'échelle des départements, cet indicateur diminue dans tous les départements sauf l'Ain où il progresse légèrement. Les départements où l'on observe les taux les plus élevés sont l'Allier et le Rhône. Le taux élevé dans l'Allier est en lien avec 2 clusters en établissements hospitaliers en cours de suivi dans ce département.

Surveillance à l'hôpital (suite)

Source : SI-VIC, au 10/06/2020 à 12h

Figure 8. Evolution du nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations tous services (IncidenceHOSP) incluant les nouvelles admissions en réanimation/soins intensifs (IncidenceREA) pour COVID-19, par département du 22 mars au 7 juin 2020



La répartition hebdomadaire et par département du nombre de nouvelles hospitalisations incluant les nouvelles admissions en réanimation pour COVID-19 montre une dynamique différente selon les départements (Figure 8). A noter que les échelles en ordonnées sont différentes selon les départements, compte tenu des grands écarts de taille de population entre les départements et de l'impact de l'épidémie.

Le nombre de nouvelles hospitalisations poursuit son évolution à la baisse dans quasiment tous les départements ou se stabilise à un niveau bas. Dans l'Ain, une faible augmentation est observée en semaine 23. Dans l'Allier, une augmentation des hospitalisations (hors réanimation), en semaine 21 en lien avec un cluster en établissement de santé, est suivie d'une diminution en semaine 22 qui se stabilise en semaine 23. Pour rappel, l'augmentation du nombre d'hospitalisations rapportée dans le Rhône notamment en réanimation en semaine 22 était en lien avec des erreurs de saisie. Deux départements, le Cantal et la Drôme, n'enregistrent aucune nouvelle hospitalisation pour COVID-19 en semaine 23.

Surveillance à l'hôpital (suite)

La surveillance des cas graves admis en réanimation repose sur la déclaration des cas par les professionnels de santé de 23 services de réanimation sentinelles de la région. Cette surveillance a été mise en place dès le 01/03/2020.

Au 09/06/2020 à 13h, **647 patients atteints de forme sévère de COVID-19** hospitalisés dans les services de réanimation sentinelles d'Auvergne-Rhône-Alpes ont été notifiés.

Seul un cas a été signalé depuis le dernier bilan au 02/06/2020. Depuis le début du mois de mai (semaine 20 et suivantes), 5 cas ont été déclarés au total.

57,9% des patients avaient 65 ans ou plus, près de 3 cas sur 4 étaient des hommes. 70,8% présentaient un syndrome de détresse respiratoire aigüe et 48,4% ont été placés sous ventilation invasive pendant leur séjour en réanimation.

64,5% des cas présentaient au moins un facteur de risque. Les deux principaux facteurs de risque identifiés parmi ces patients sont le diabète (type 1 ou 2), et l'hypertension artérielle.

64 décès ont été signalés parmi les 255 cas pour lesquels l'évolution était renseignée.

Surveillance des professionnels des établissements de santé

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

Ont été considérés comme un cas:

- Tout professionnel en établissement de santé infecté par SARS-CoV-2, confirmé par PCR
- Tout professionnel en établissement de santé probablement infecté par SARS-CoV 2, (clinique, historique de contact ou imageries évocatrices), reconnu comme infecté par la cellule « covid19 » ou le référent infectiologue de l'ES.

Concernant les décès, il s'agit de décès lié à l'infection à SARS-CoV-2.

En Auvergne-Rhône-Alpes, au 7 juin 2020, **162 établissements** ont participé à la surveillance et **3 510 cas** ont été recensés (données provisoires), soit 11,4% des professionnels infectés recensés au niveau national. Ci-après figurent les premiers résultats par catégorie professionnelle (tableau 3). Parmi 3 510 cas, un décès a été enregistré chez un professionnel non soignant.

En ARA, la proportion de professionnels en ES déclarés infectés par le SARS-CoV-2 parmi l'ensemble des professionnels en établissements de santé est estimée à **2,3 %**, proportion identique à la moyenne nationale.

Tableau 3. Répartition du nombre de professionnels infectés par le SARS-CoV-2 (cas probable ou confirmé), par catégorie professionnelle, depuis le 1er mars 2020, Auvergne-Rhône-Alpes, au 07/06/2020

Catégorie professionnelle	Nombre de cas	%
Infirmier	1 042	29,7%
Aide-soignant	931	26,5%
Autre professionnel non soignant	485	13,8%
Autre professionnel soignant	443	12,6%
Médecin	335	9,5%
Interne	115	3,3%
Elève	80	2,3%
Kinésithérapeute	44	1,3%
Sage-femme	28	0,8%
Inconnu	7	0,2%
Total	3 510	100,0%

Des analyses détaillées seront disponibles ultérieurement. Pour plus d'informations sur la méthodologie: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/recensement-national-des-cas-de-covid-19-chez-les-professionnels-en-etablissements-de-sante>

Surveillance de la mortalité

Mortalité spécifique au COVID-19

Source : SI-VIC, au 10/06/2020 à 12h

Tableau 4. Part (en %) par classe d'âge des cas de COVID-19 décédés au cours de leur hospitalisation entre le 17/03/2020 et le 10/06/2020

Classe d'âge	0-9 ans	10-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	80-89 ans	90 ans et +
Décédés N=1 712 (%)	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,7%	2,7%	7,7%	20,5%	41,5%	25,4%

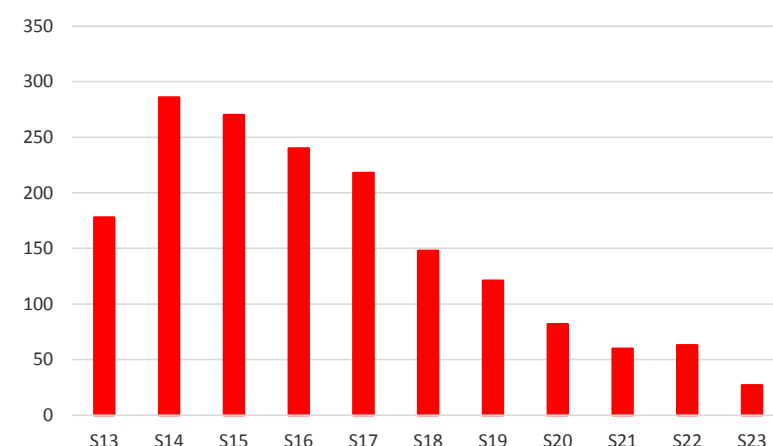
Source : SI-VIC et Surveillance dans les ESMS, au 10/06/2020

Tableau 5. Répartition du nombre de décès cumulés hospitaliers pour COVID-19 par département d'hospitalisation et du nombre de décès cumulés de résidents en établissement (EHPAD et autres EMS) par département

Département	Décès de personnes hospitalisées	Décès de résidents en établissement
Ain	100	73
Allier	39	9
Ardèche	108	113
Cantal	9	0
Drôme	129	66
Isère	151	119
Loire	244	189
Haute-Loire	17	0
Puy-de-Dôme	42	40
Rhône	646	481
Savoie	69	66
Haute-Savoie	162	153
Auvergne-Rhône-Alpes	1 716	1 309

Source : SI-VIC, au 10/06/2020 à 12h

Figure 9. Evolution du nombre hebdomadaire de décès chez les personnes hospitalisées pour COVID-19



66,9% des personnes décédées lors d'une hospitalisation pour COVID-19 ont plus de 80 ans.

Le nombre de nouveaux décès déclarés parmi les hospitalisations est en diminution en semaine 23 (n=27 vs n=63 en S22) (Figure 9).

Source : Insem-CépiDC, au 09/06/2020 à 14h

Tableau 6. Description des décès certifiés par voie électronique avec mention COVID-19 dans les causes médicales de décès (N=1 349)

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0,0	0	0,0	0	0,0
15-44 ans	4	50,0	4	50,0	8	0,6
45-64 ans	20	26,3	56	73,7	76	5,6
65-74 ans	67	38,5	107	61,5	174	12,9
75 ans ou plus	405	37,1	686	62,9	1 091	81,0

Répartition par sexe

- Sexe-ratio (H/F) : 1,3

Répartition selon l'existence de facteurs de risque connus

- Avec comorbidités : 63 % (N=853)
- Sans ou non-renseignés : 37 % (N=496)

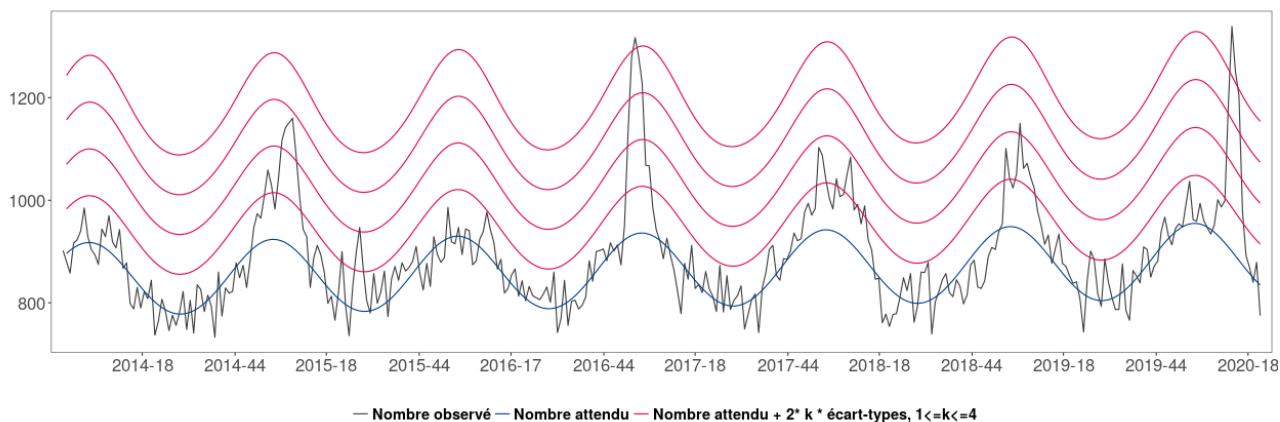
Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1er mars 2020, **1 349 certificats de décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées dans la région**. Des comorbidités étaient renseignées dans 853, soit 63% des certificats de décès certifiés par voie électronique.

Surveillance de la mortalité (suite)

Mortalité toutes causes

Source : Insee, au 10/06/2020 à 14h

Figure 10. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues (tous âges), jusqu'à la semaine S22 2020, Auvergne-Rhône-Alpes



On observe en Auvergne-Rhône-Alpes un **excès mortalité toutes causes tous âges entre la semaine 13 et la semaine 17** (jusqu'à +49% d'excès en S14). Les départements les plus impactés ont été le Rhône, la Haute-Savoie, la Loire et l'Isère.

En **semaine 18** (du 27 avril au 3 mai) et **19** (du 4 au 10 mai), un excès de mortalité tous âges par rapport à la mortalité attendue en ARA est observé sans être significatif à ce stade (respectivement +3,1% et +1,4% selon les estimations au 10/06).

Pour la **semaine 20** (du 11 au 17 mai), aucun excès de mortalité tous âges au niveau régional n'est observé au 10/06/2020 en Auvergne-Rhône Alpes comme dans la plupart des autres régions françaises.

En **semaine 21** (du 18 au 24 mai), un excès de mortalité tous âges par rapport à la mortalité attendue en ARA est observé sans être significatif à ce stade (+4,5% selon les estimations au 10/06).

Pour la **semaine 22** (du 25 au 31 mai), aucun excès de mortalité tous âges au niveau régional n'est observé au 10/06/2020 en Auvergne-Rhône Alpes comme dans la plupart des autres régions françaises.

A compter de la semaine 18, aucun excès significatif de mortalité n'est enregistré à l'échelle des départements de la région.

La hausse de la mortalité toutes causes entre les semaines 13 et 18 était principalement observée chez les personnes âgées de 65 ans ou plus.

Ces estimations d'excès de mortalité observées sont **en cours de consolidation** et sont amenés à augmenter dans les semaines à venir. La hausse de la mortalité observée dans la région et dans certains départements est probablement liée à l'épidémie de COVID-19, sans qu'il ne soit possible d'en estimer la part attribuable à cette date.

Tableau 7. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues (tous âges et chez les 65 ans et plus), par semaine, par département

	Tous âges										65 ans et plus									
	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22	S13	S14	S15	S16	S17	S18	S19	S20	S21	S22
Ain																				
Allier																				
Ardèche																				
Cantal																				
Drôme																				
Isère																				
Loire																				
Haute-Loire																				
Puy-de-Dôme																				
Rhône																				
Savoie																				
Haute-Savoie																				
Auvergne-Rhône-Alpes																				

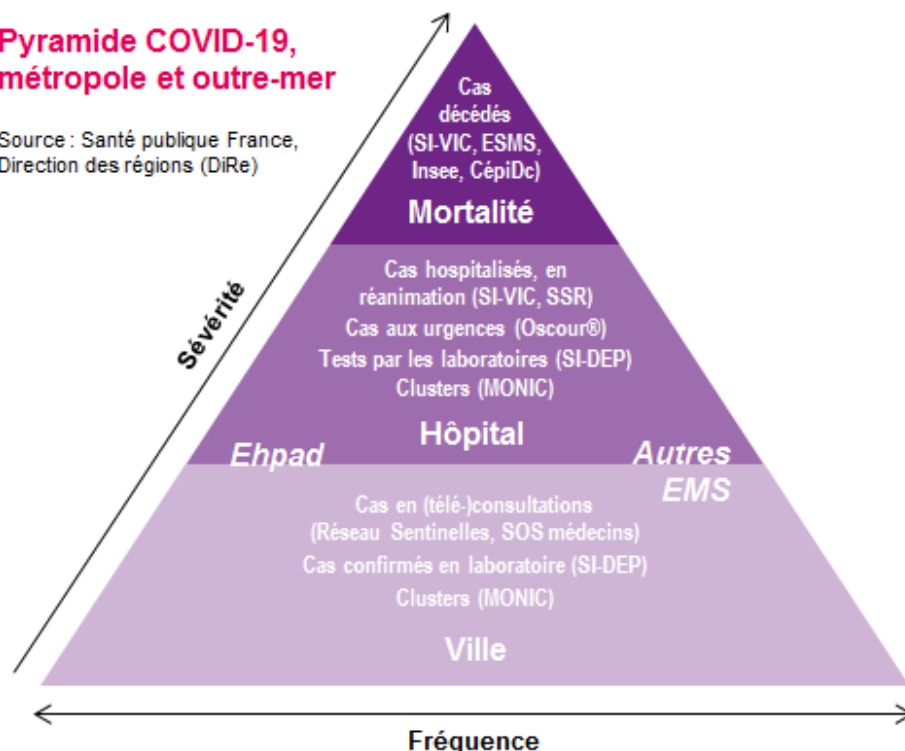
Pas d'excès
 Excès modéré
 Excès élevé
 Excès très élevé
 Excès exceptionnel

Mission de Santé publique France

Surveiller, comprendre la dynamique de l'épidémie, anticiper les scénarii, mettre en place des actions pour prévenir et limiter la transmission du virus, mobiliser la réserve sanitaire. En région, coordonner la surveillance, investiguer, analyser les données, apporter l'expertise à l'ARS pour l'aide à la décision.

Pyramide COVID-19, métropole et outre-mer

Source : Santé publique France, Direction des régions (DiRe)



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

Rédactrice en chef
Christine SAURA

Equipe de rédaction

Santé publique France
Auvergne-Rhône-Alpes
Direction des régions (DiRe)
Thomas BENET
Laëtitia BOSC
Elise BROTTE
Delphine CASAMATTA
Sylvette FERRY
Erica FOUGERE
Philippe PEPIN
Nicolas ROMAIN SCHELLE
Guillaume SPACCAFERRI
Garance TERPANT
Alexandra THABUIS
Emmanuelle VAISSIERE
Jean-Marc YVON
Mélanie YVROUD

En collaboration à Santé publique France avec la Direction des maladies infectieuses (DMI), la Direction appui, traitements et analyse de données (Data)

Contact presse

presse@santepubliquefrance.fr

Diffusion Santé publique France

12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
www.santepubliquefrance.fr

Date de publication

11 juin 2020

Numéro vert 0 800 130 000

7j/7 24h/24 (appel gratuit)

Sites associés :

- [SurSaUD®](https://www.sur-sa-ud.fr)
- [OSCOUR®](https://www.oscour.fr)
- [SOS Médecins](https://www.sos-medecins.fr)
- [Réseau Sentinelles](https://www.reseau-sentinelles.fr)
- [SI-VIC](https://www.si-vic.fr)
- [CépiDc](https://www.cepidc.fr)

GÉODES
GÉO DONNÉES EN SANTÉ PUBLIQUE

ARS
Agence Régionale de Santé
Auvergne-Rhône-Alpes

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

ecdc
EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL



World Health Organization

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Santé publique France

INFORMATION CORONAVIRUS

COVID-19

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



Se laver régulièrement les mains ou utiliser une solution hydro-alcoolique



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter



Éviter de se toucher le visage



Respecter une distance d'au moins un mètre avec les autres



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



En complément de ces gestes, porter un masque quand la distance d'un mètre ne peut pas être respectée

[GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS](http://gouvernement.fr/info-coronavirus) 0 800 130 000 (appel gratuit)

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Santé publique France

BIEN UTILISER SON MASQUE

Comment mettre son masque



1 Bien se laver les mains



2 Mettre les élastiques derrière les oreilles



ou



3 Pincer le bord rigide au niveau du nez, s'il y en a un, et abaisser le masque en dessous du menton

Comment retirer son masque



1 Se laver les mains et enlever le masque en ne touchant que les lacets ou les élastiques



2 Après utilisation, le mettre dans un sac plastique et le jeter



ou



3 Bien se laver les mains à nouveau

Le masque est un moyen de protection complémentaire qui ne remplace pas les gestes barrières

[GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS](http://gouvernement.fr/info-coronavirus) 0 800 130 000 (appel gratuit)