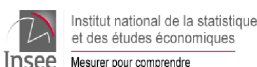


En collaboration avec :

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



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. Trois semaines après le début du déconfinement, la décroissance de l'épidémie de COVID-19 se poursuit. En semaine 22, 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 nouveaux indicateurs du dispositif SI-DEP (système d'information de dépistage) qui monte progressivement en charge dans notre région, sont également en faveur d'une baisse du nombre hebdomadaire de personnes dépistées positives en semaine 22. 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 d'un nombre croissant de cas groupés. Au 4 juin, 12 clusters sont en cours d'investigation dans huit départements de la région. Cette surveillance des cas groupés contribue à l'analyse de la situation épidémiologique à une échelle territoriale fine. Ces clusters rappellent qu'une circulation du virus à bas bruit persiste et l'importance du respect par tous des mesures d'hygiène et de distanciation sociale préconisées pour prévenir toute reprise épidémique.

Cette évolution favorable de la situation épidémiologique ne gomme pas le bilan très lourd de la première vague épidémique qui a touché la région dès le début du mois de mars avec près de 10 000 personnes hospitalisées dont environ 900 en réanimation, plus de 8 000 cas parmi les résidents des établissements médico-sociaux (EMS), plus de 7 700 cas parmi les professionnels des établissements de santé et des EMS et enfin, près de 3 000 décès à l'hôpital et dans les établissements médicaux sociaux. Comme le montrent ces chiffres, les personnes âgées et les professionnels de santé et au contact des personnes vulnérables ont été particulièrement touchés.

Indicateurs clés en Auvergne-Rhône-Alpes

Surveillance virologique

- Le taux de positivité sur la région est de 1,0% en S22 ↘

Surveillance en ville

- **SOS Médecins** : 442 actes pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 en S22 ↘
- **Réseau Sentinelles** : 8 consultations pour IRA /100 000 habitants en S22 ↘

Surveillance dans les EMS dont les Ehpad

- 12 332 cas confirmés ou possibles de COVID-19 (résidents et personnel)

Surveillance des professionnels en établissement

- 3 438 cas de COVID-19 parmi les personnels soignants et non soignants depuis le 1er mars

Surveillance à l'hôpital

- **Urgences** : 96 passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 en S22 ↘
- **SI-VIC** : 1 070 personnes hospitalisées, dont 100 en réanimation au 03/06/2020 ↘
- **Services sentinelles de réanimation/soins intensifs** : 58% des cas âgés de 65 ans et plus, 74% sont des hommes, 71% présentent un SDRA, 64% des cas avec au moins un facteur de risque

Surveillance de la mortalité

- 1 692 décès à l'hôpital et 1 299 décès en EMS liés au COVID-19
- 68% 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)

Depuis la levée du confinement, le 11 mai 2020, les ARS en lien avec les Cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters (foyers de transmission ou épisodes de cas groupés) qui sont détectés, selon le guide en vigueur [1]. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler ces foyers. Un cluster est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, et qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non. Le système d'information **MONIC** (MONItorage des Clusters) permet de présenter ce bilan.

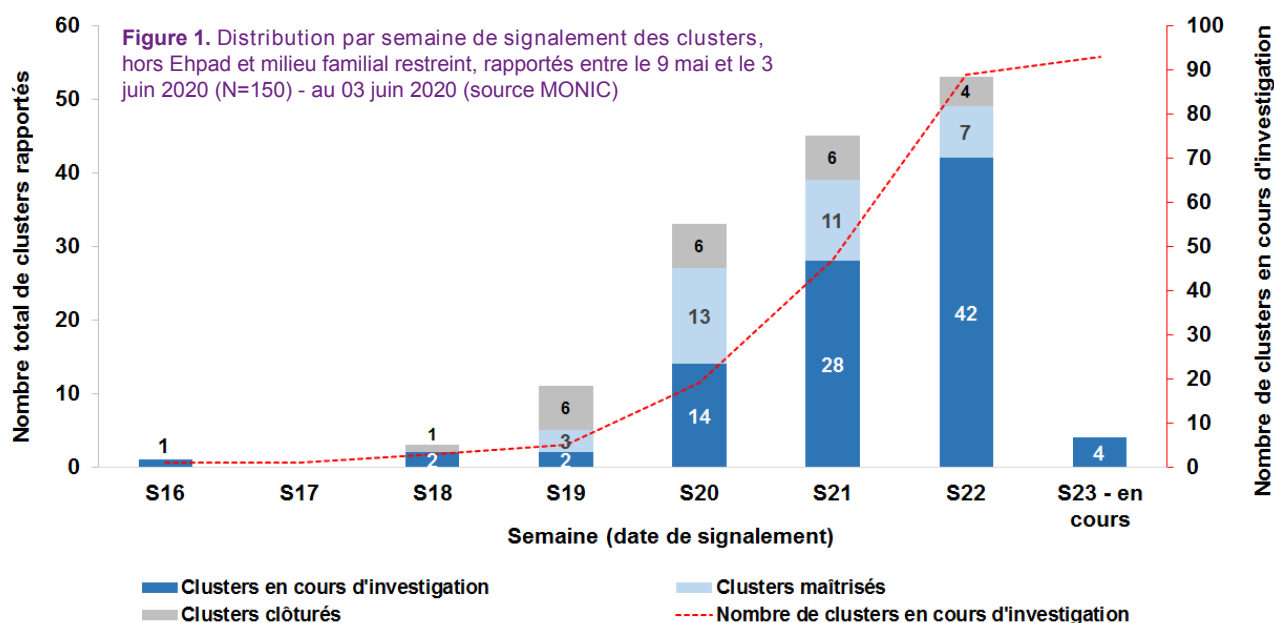
Au 03 juin 2020, avec le développement de la capacité diagnostique, un total de **150 clusters** (hors Ehpad et milieu familial restreint) a été rapporté à Santé publique France : 142 clusters en France métropolitaine et 8 dans les départements régions d'outre-mer. On note une augmentation du nombre de clusters détectés et investigués (Figure 1). Parmi ces clusters, 66 % ont plus de 5 cas. Ils concernent notamment des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité (17 % en établissements d'hébergement social et d'insertion, et 6 % en communautés vulnérables), des établissements de santé (27 %) et plus largement des entreprises (17 % entreprises privées et publiques hors établissements de santé) (Tableau 1).

En termes de criticité (potentiel de transmission ou critères de gravité), 77 % des clusters ont été évalués de criticité modérée (40 %) à élevée (37 %). La majorité des clusters est en cours d'investigation (62 %, N=93) (clusters actifs en termes de nouveaux cas avec mise en place de premières mesures de contrôle) (Figure 1), 23 % ont été maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7j après le dernier cas), 15 % sont clôturés (absence de nouveaux cas 14j après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine de tous les contacts). Parmi les clusters en cours d'investigation, 40 % ont une criticité élevée. **Aucune diffusion communautaire** (survenue de nouveaux cas hors de la collectivité et en lien avec le cluster) **non contrôlée n'est rapportée**.

Le signalement de ces clusters en phase de déconfinement n'est pas une situation inattendue du fait de la poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 en France, de l'augmentation importante des capacités diagnostic et de la recherche active de cas autour de chaque patient infecté [2]. Leur identification résulte à la fois de signalements au niveau régional (point focal ARS), de l'identification et du suivi des contacts instauré sur le territoire, et des campagnes de dépistage. Pour l'ensemble de ces clusters, les mesures de contrôle sont en place et une forte vigilance est maintenue quant au risque de diffusion. Les clusters en Ehpad seront rapportés dans ce bilan des clusters dans un prochain Point épidémi.

Tableau 1 Répartition par type de collectivités des clusters, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés entre le 9 mai et le 3 juin 2020 (N=150) - au 03 juin 2020 (source MONIC)

Type de collectivités	n	%
Établissements de santé (ES)	40	27
Entreprises privées et publiques (hors ES)	26	17
Établissements sociaux d'hébergement et d'insertion	25	17
EMS de personnes handicapées	12	8
Milieu familial élargi (plusieurs foyers familiaux)	9	6
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	9	6
Milieu scolaire et universitaire	5	3
Établissement pénitentiaires	5	3
Évènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	2	1
Crèches	2	1
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	1	1
Structure de l'aide sociale à l'enfance	0	0
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	0
Transport (avion, bateau, train)	0	0
Autres	14	10



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

En **Auvergne-Rhône-Alpes**, au 3 juin, on dénombre 12 clusters en cours d'investigation, soit 6 de plus par rapport à la semaine dernière. Le cluster survenu dans une résidence sociale en Haute-Savoie a été clôturé suite à la levée des mesures d'isolement et en l'absence de nouveau cas identifié.

Ces 12 clusters sont répartis dans 8 départements et la moitié d'entre eux concerne des établissements de santé :

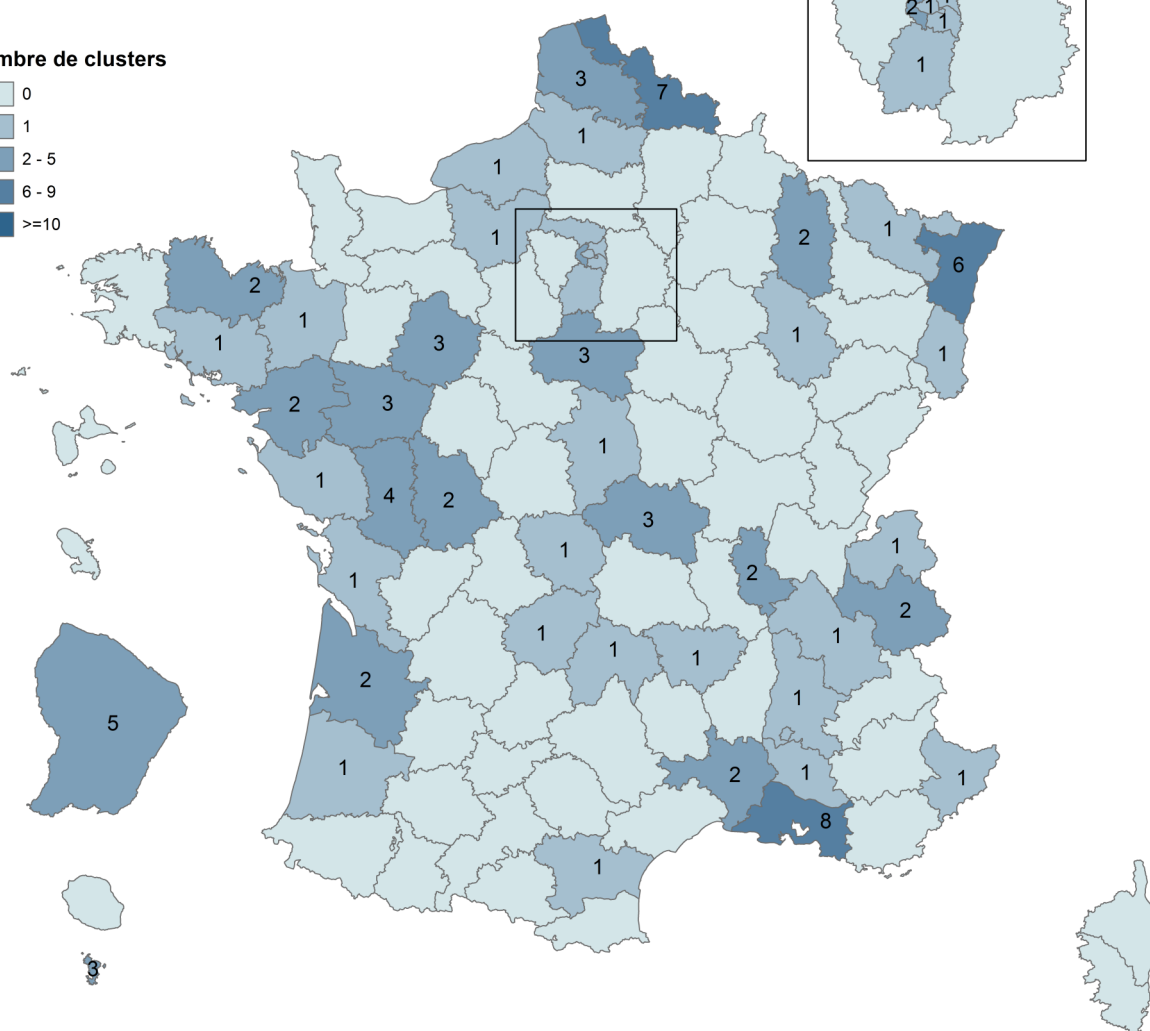
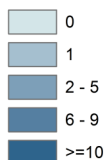
- 6 clusters en établissements de santé (2 dans l'Allier, 2 dans le Rhône, 1 en Isère et 1 en Savoie)
- 4 clusters en milieu familial élargi (1 dans le Cantal, 1 en Haute-Loire, 1 en Savoie et 1 en Haute-Savoie)
- 1 cluster en milieu scolaire dans la Drôme
- 1 cluster dans un centre d'accueil et d'orientation de l'Allier

Sur ces 12 clusters en cours d'investigation, 2 présentent une criticité limitée, 5 modérée et 5 élevée.



Figure 2 : Répartition par département du nombre de clusters en cours d'investigation, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés à Santé publique France, entre le 9 mai et le 3 juin 2020 (N=93) - au 3 juin 2020 (source MONIC)

Nombre de clusters



Source : Santé publique France

[1] Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19. Saint-Maurice : SpFrance. Version 25 mai 2020, 50 p. Disponible [ici](#)

[2] DGS-Urgent. Prise en charge par les médecins de ville des patients de covid-19 en phase de déconfinement. Disponible [ici](#)

Au niveau national

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

Jusqu'à ces dernières semaines, la surveillance virologique s'appuyait sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie), par les laboratoires hospitaliers et pour certaines régions comme en Auvergne-Rhône-Alpes, par les laboratoires privés. 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 a été progressive. Ce nouveau système de surveillance vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR réalisés. Prochainement, les données des sérologies seront également transmises.

Au 2 juin à 11h, la quasi-totalité des laboratoires (4 840 sites de prélèvements) a transmis des données. Des contrôles sont effectués afin d'améliorer la qualité et la complétude de ces données et de nouveaux laboratoires continuent à être intégrés dans le système.

Du 24 au 30 mai 2020, 236 098 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et pour 3 520 patients, les tests se sont avérés positifs. Le **taux de positivité national hebdomadaire était de 1,49%** (calculé sur les tests valides). Ce taux est en diminution par rapport à la semaine précédente 21 (1,9%) .

En France métropolitaine, le taux de positivité était inférieur à 5% dans l'ensemble des départements (Figure 3). Le taux d'incidence (nombres de nouveaux cas rapportés à la population pour 100 000 habitants) était **au niveau national de 5,25/100 000 habitants**. Il était inférieur à 10/100 000 pour la très grande majorité des départements. Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans les départements du Loiret (14,5/100 000 habitants) la Creuse (13,8/100 000 h), le Nord (12,7/100 000 h), le Val d'Oise (12,2/100 000 h), le Gers (11,6 / 100 000 h), le Haut-Rhin (10,2 / 100 000 h) et le Val de Marne (10,4/ 100 000 h) (Figure 4).

En outre-mer, à Mayotte, le taux de positivité était de 28,8% et le taux d'incidence de 82,7/100 000 habitants. En Guyane, le taux de positivité était de 9,4% et le taux d'incidence de 20,0/100 000 habitants. Dans ce département des clusters sont en cours d'investigation.

Figure 3. Taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2 par département, France, semaine 22 (24 au 30 mai 2020) (source SI-DEP)

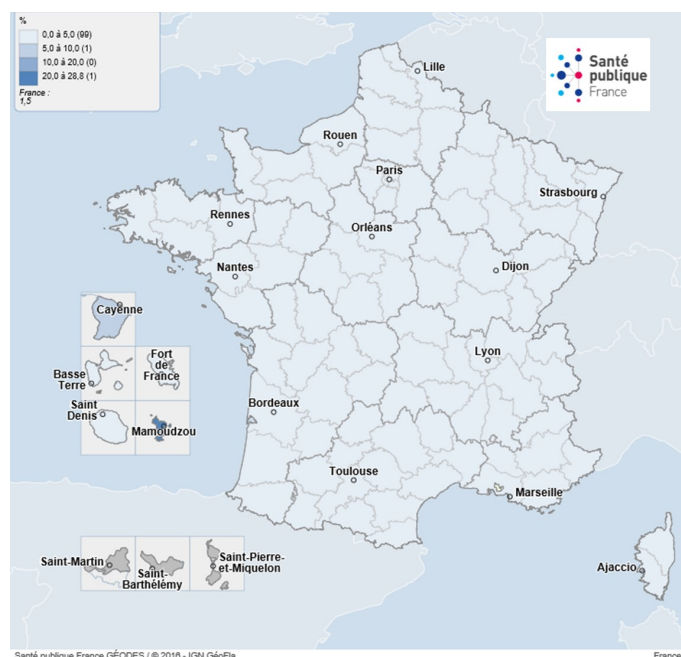
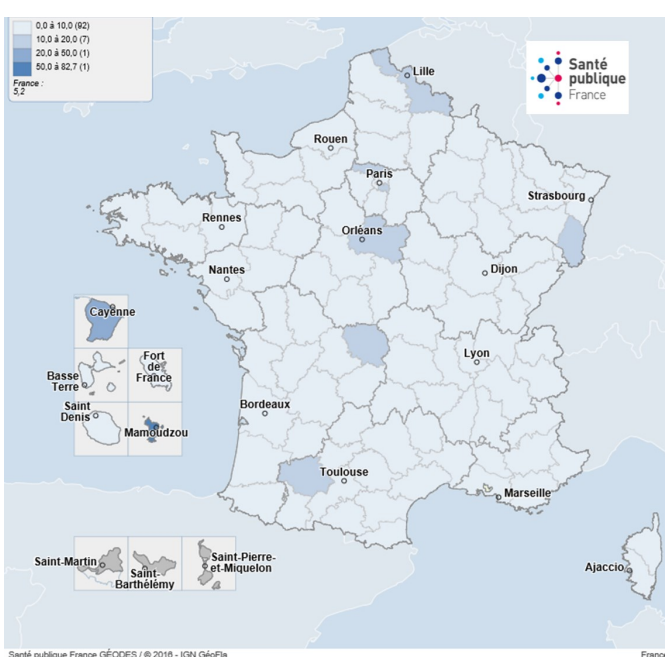


Figure 4. Taux d'incidence de SARS-CoV-2 pour 100 000 habitants par département, France, semaine 22 (24 au 30 mai 2020) (source SI-DEP)



Pour en savoir plus sur les données SI-DEP consulter : [GEODES](https://www.santepubliquefrance.fr/geodes)

En Auvergne-Rhône-Alpes

Sur l'ensemble de la région, **le taux de positivité était de 1,0% en semaine 22**, soit **encore en baisse** par rapport à la semaine précédente (1,3% en semaine 21) (Figure 5).

L'exhaustivité des données SI-DEP dans la région n'étant pas encore de 100% (certains laboratoires de la région ne sont pas encore connectés au système SI-DEP ou totalement opérationnels), les taux d'incidence sont sous-estimés pour la semaine 22, et ne sont donc pas assez fiables pour être présentés par département.

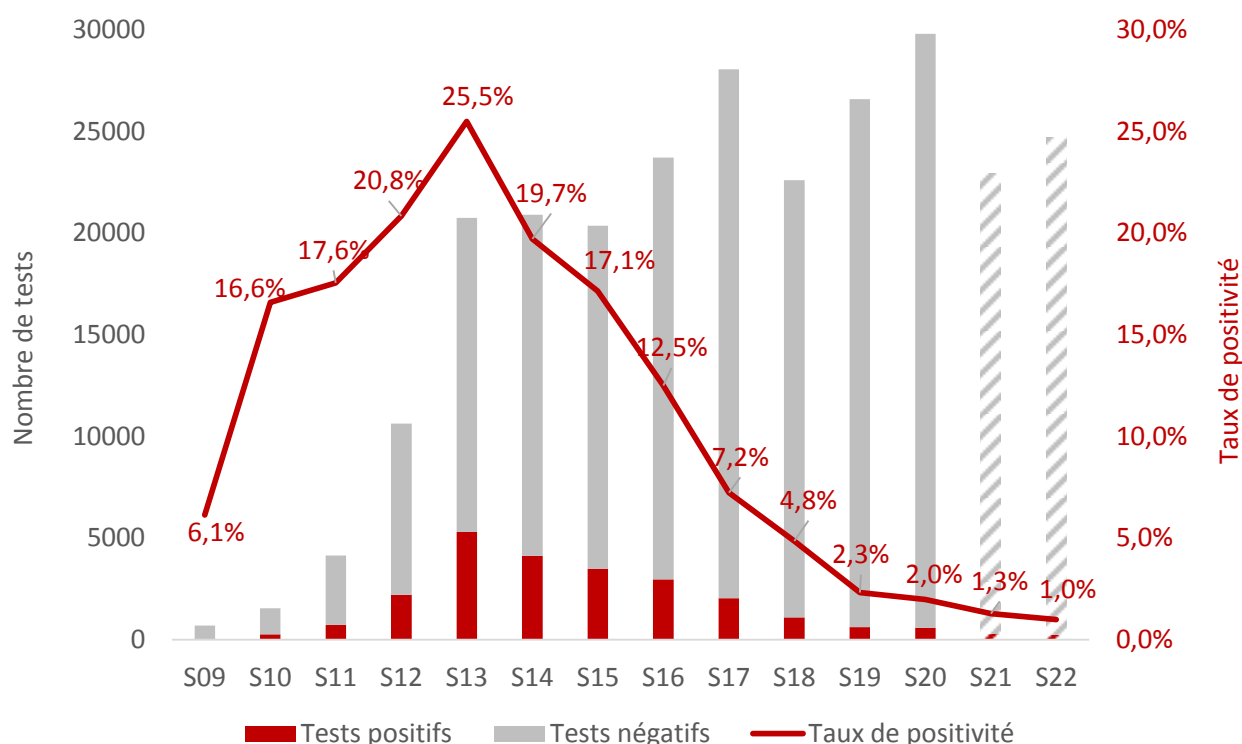
Cependant, les taux de positivité ont pu être estimés de manière fiable par département (Tableau 2). Ils évoluent à la baisse dans la quasi-totalité des départements.

Ces indicateurs sont à interpréter avec prudence dans cette phase de montée en charge du dispositif.

Tableau 2. Taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2 par département, Auvergne-Rhône-Alpes, semaine 22 (25 au 31 mai 2020) (source SI-DEP)

Département	Taux de positivité (%)
Ain	0,9
Allier	0,9
Ardèche	2,5
Cantal	0,3
Drôme	0,7
Isère	1,6
Loire	0,6
Haute-Loire	1,3
Puy-de-Dôme	0,3
Rhône	1,3
Savoie	0,9
Haute-Savoie	0,4
Région ARA	1,0

Figure 5. Nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs pour SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine, au 2/06/2020 (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 et 22)



Actes/consultations pour suspicion de COVID-19

Au total, 6 679 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés depuis le 03 mars en ARA.

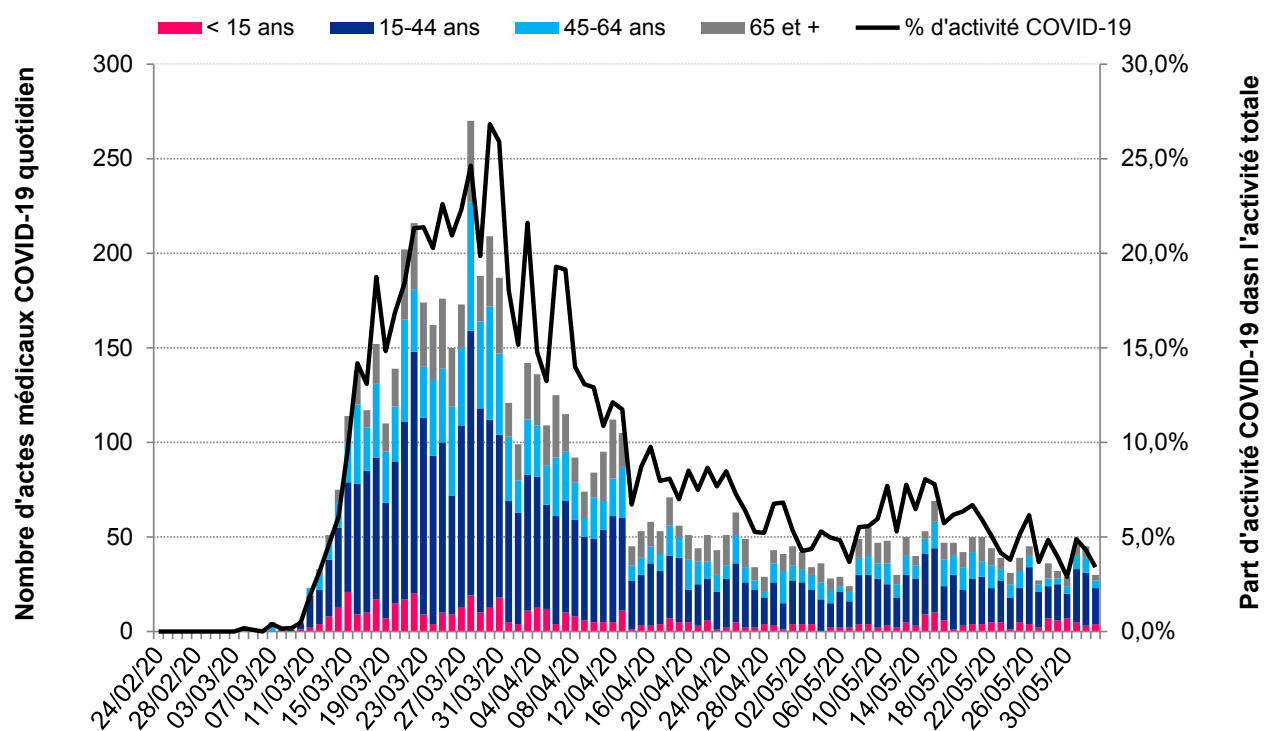
En semaine 22 (du 25 au 31 mai), 255 actes médicaux pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés, contre 303 en semaine 21 et 337 en semaine 20.

La part des actes médicaux SOS Médecins tous âges pour suspicion de COVID-19 parmi l'activité totale en semaine 22 est de **4% en légère diminution par rapport à la semaine précédente** (5% en semaine 21).

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, 56% sont rapportés chez les 15-44 ans, 15% chez les 45-64 ans et 15% chez les 65 ans et plus (Figure 6).

Figure 6. Nombre quotidien d'actes et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge. Source : SOS Médecins, au 03/06/2020 à 10h



Source : Réseau Sentinelles, au 02/06/2020 à 14h

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

- S22 2020 : 8 consultations /100 000 habitants [0 ; 17]*
- S21 2020 : 19 consultations /100 000 habitants [6 ; 32]*

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

Surveillance en établissements sociaux et médicaux-sociaux

Depuis le 01 mars 2020 et jusqu'au 01 juin, **892 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 **631 (71%) établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPAD et autres établissements) et **261 (29%) autres établissements médico-sociaux** (EMS).

L'ensemble des **892 signalements** correspondait à un total de **8 058 cas de COVID-19** (dont 3 922 cas confirmés et 4 136 cas possibles) **chez les résidents**, parmi lesquels 1 032 ont été hospitalisés. Parmi ces cas possibles et confirmés, **1 299 sont décédés** dans les établissements et 432 sont décédés à l'hôpital (Tableau 3). **Chez le personnel** des établissements sociaux et médico-sociaux, **4 274 cas** (dont 2 374 cas confirmés et 1 900 cas possibles) ont été rapportés dans la région (Tableau 3).

L'ensemble des 631 signalements **d'établissements pour personnes âgées** correspondait à un total de 7 663 cas de COVID-19 (confirmés et possibles) parmi les résidents et 3 700 parmi le personnel. Parmi les résidents, 1 295 cas sont décédés dans les établissements.

L'ensemble des 261 signalements des **autres établissements médico-sociaux** correspondait à un total de 395 cas de COVID-19 (confirmés et possibles) parmi les résidents et 574 parmi le personnel. Parmi les résidents, 4 cas sont décédés dans les établissements.

Relativement peu nombreux jusqu'au 15 mars, les signalements ont ensuite progressé pour atteindre 218 signalements soit 30 par jour la dernière semaine de mars. Le nombre des signalements est en baisse depuis la mi-avril. Sur la dernière semaine (entre le 25 mai et le 01 juin), on dénombre 12 nouveaux signalements d'épisode COVID-19 dans la base, 31 nouveaux cas chez les résidents et 47 parmi le personnel (possibles et confirmés) et 5 nouveaux décès de résidents.

La répartition par département au 01 juin est présentée dans le Tableau 4.

Tableau 3. 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 01/06 (Source : Surveillance dans les ESMS, au 02/06/2020 à 12h)

		EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres EMS ⁴	Total
Chez les résidents	Signalements ⁵	631	169	39	53	892
	Cas confirmés ⁶	3 784	87	5	46	3 922
	Cas possibles ⁷	3 879	157	52	48	4 136
	Nombre total de cas ^{6,7}	7663	244	57	94	8 058
	Cas hospitalisés ^{6,7}	988	26	0	18	1032
	Décès hôpitaux ⁸	420	10	0	2	432
	Décès établissements ⁸	1 295	2	0	2	1 299
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	2 208	133	22	11	2 374
	Cas possibles ⁷	1 492	320	80	8	1 900
	Nombre total de cas ^{6,7}	3 700	453	102	19	4 274

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

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

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

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

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

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

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

⁸Cas possibles et confirmés décédés

Tableau 4. Nombre de signalements en établissements sociaux et médico-sociaux de cas COVID-19 et décès chez les résidents et le personnel rapportés, par département, du 01/03 au 01/06 (Source : Surveillance dans les ESMS, au 02/06/2020 à 12h)

Départements	Signalements	Cas parmi les résidents	Décès dans l'établissement parmi les résidents	Cas parmi le personnel
Ain (01)	71	607	73	379
Allier (03)	36	268	9	63
Ardèche (07)	50	608	110	334
Cantal (15)	21	13	0	3
Drôme (26)	61	405	66	245
Isère (38)	84	798	119	481
Loire (42)	105	1 209	188	661
Haute-Loire (43)	38	68	0	83
Puy-de-Dôme (63)	69	174	40	145
Rhône (69)	218	2 743	474	1 303
Savoie (73)	49	265	67	122
Haute-Savoie (74)	90	900	153	455
Total Région	892	8 058	1 299	4 274

Surveillance à l'hôpital

Au total, 16 233 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés depuis le 24 février en Auvergne-Rhône-Alpes.

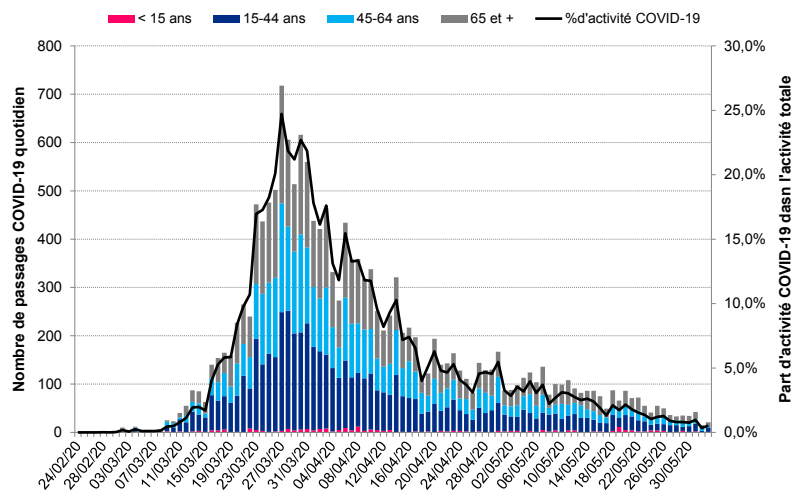
En semaine 22 (du 25 au 31 mai), 285 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par le réseau OSCOUR®, représentant 1,0% de l'activité totale (Figure 6). Cet indicateur est en diminution pour la neuvième semaine consécutive. Depuis le début de l'épidémie, la part d'activité la 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 (S22 : n=99 ; S21 : n=177 ; S20 : n=210) en comparaison à la semaine 13 où ce nombre était le plus élevé depuis le début de l'épidémie (S13 : n=1 740).

Environ 35% de ces passages sont suivis d'une hospitalisation en S22, pourcentage en légère diminution par rapport aux dernières semaines (S21 : 37% ; S20 : 36%). Chez les 65 ans et plus, 73% sont hospitalisés après un passage aux urgences pour suspicion de COVID-19.

Figure 7. Nombres quotidiens de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge

Source : réseau Oscour®, au 03/06/2020 à 10h



Hospitalisations, admissions en réanimation, retours à domicile

Au 03/06/2020, 186 établissements de la région rapportent prendre ou avoir pris en charge des cas de COVID-19 dans leur établissement, ce nombre est en augmentation depuis début du mai où il était de 130.

Source : SI-VIC, au 03/06/2020 à 12h

Tableau 5. Part (en %) des classes d'âge parmi les patients hospitalisés pour COVID-19 dont les admissions en réanimation au 03/06/2020

La répartition par âge des patients diffère entre l'ensemble des hospitalisations et les hospitalisations en réanimation. En effet, 48,0% des patients en réanimation ont moins de 70 ans contre 27,5% pour l'ensemble des hospitalisations (Tableau 5).

La proportion de personnes hospitalisées âgées de plus de 70 ans est stable en semaine 22 par rapport à la semaine précédente.

Age	Hospitalisations		dont réanimations	
	le 02/06/2020		le 02/06/2020	
	N	%	N	%
0-9 ans	0	0,0%	0	0,0%
10-19 ans	3	0,3%	0	0,0%
20-29 ans	7	0,7%	1	1,0%
30-39 ans	10	0,9%	0	0,0%
40-49 ans	29	2,7%	3	3,0%
50-59 ans	82	7,7%	14	14,0%
60-69 ans	173	16,2%	30	30,0%
70-79 ans	276	25,8%	41	41,0%
80-89 ans	305	28,5%	10	10,0%
90 ans et plus	181	16,9%	1	1,0%
Total Région	1 070	100,0%	100	100,0%

Surveillance à l'hôpital (suite)

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

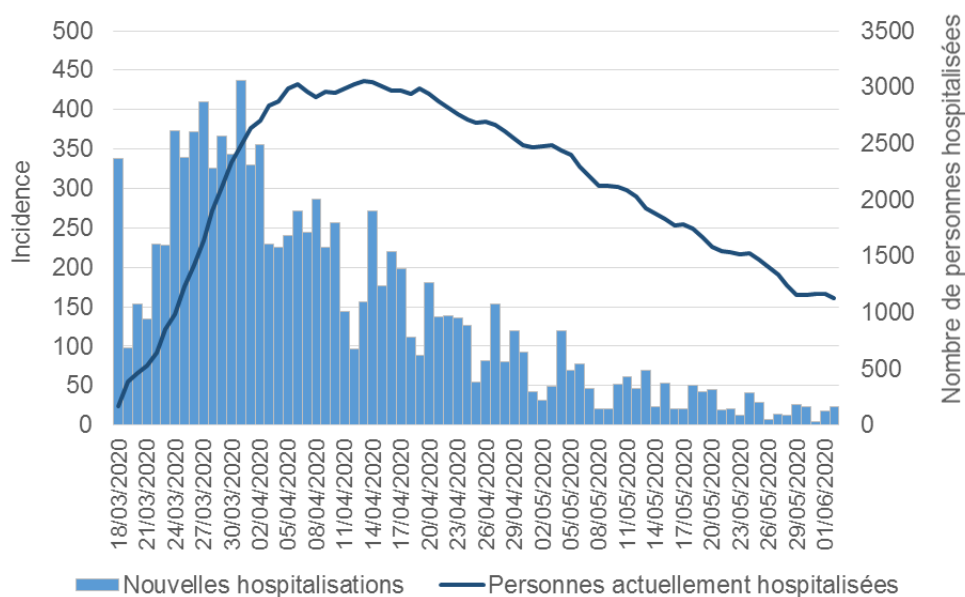
Depuis le 20/04/2020, le **nombre total de personnes hospitalisées pour COVID-19 est en baisse** ainsi que le nombre de personnes en réanimation même si ces chiffres se stabilisent.

Par rapport à la semaine précédente, le nombre total de patients hospitalisés pour COVID-19 le 03/06/2020 est de **1 070 patients hospitalisés dont 100 patients pris en charge en réanimation** alors qu'il était de 1 334 patients hospitalisés le 27/05/2020 dont 134 en réanimation.

Le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations continue à baisser alors que le nombre de nouvelles admissions en réanimation semble progresser en semaine 22 (Figures 8 et 9). Cependant, des erreurs de saisie en excès sont intervenues les 29 et 30 mai.

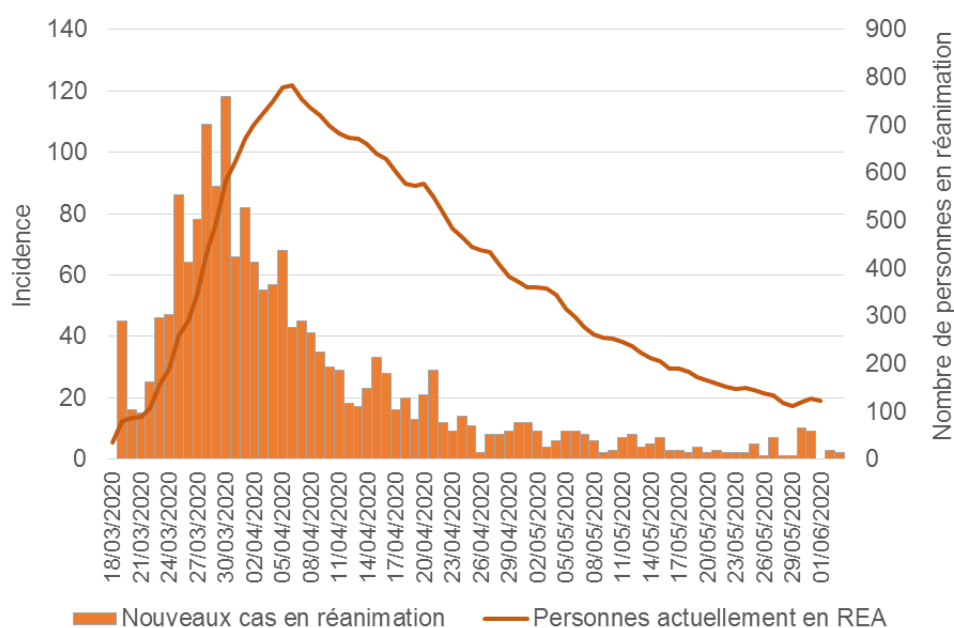
Source : SI-VIC, au 03/06/2020 à 12h

Figure 8. Nombre quotidien de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 et nombre de personnes actuellement hospitalisées



Source : SI-VIC, au 03/06/2020 à 12h

Figure 9. Nombre quotidien de nouvelles admissions en réanimation/soins intensifs pour COVID-19 et nombre de personnes actuellement en réanimation



Surveillance à l'hôpital (suite)

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

Source : SI-VIC, au 03/06/2020 à 12h

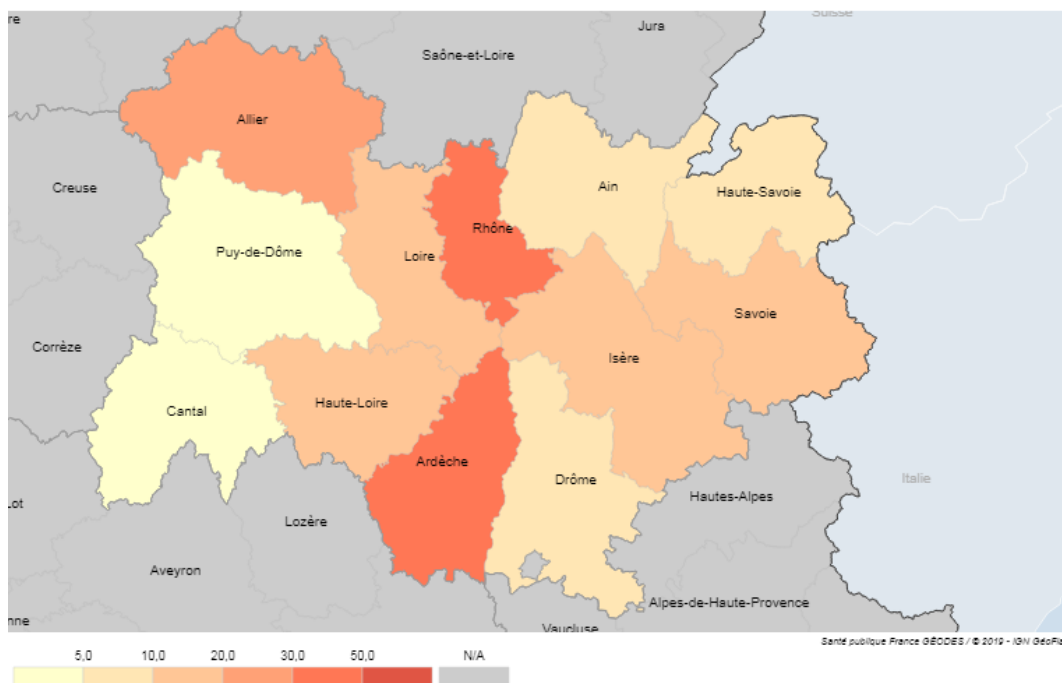
Tableau 6. Nombre de personnes hospitalisées incluant les personnes en service réanimation pour COVID-19 au 3 juin et nombre cumulé de retour à domicile par département de prise en charge

Départements	Hospitalisations		dont réanimations		Retour à domicile	
	N	%	N	%	N	%
01 - Ain	82	7,7%	1	1,0%	390	5,5%
03 - Allier	13	1,2%	0	0,0%	178	2,5%
07 - Ardèche	35	3,3%	6	6,0%	409	5,7%
15 - Cantal	14	1,3%	1	1,0%	43	0,6%
26 - Drôme	47	4,4%	2	2,0%	479	6,7%
38 - Isère	77	7,2%	10	10,0%	629	8,8%
42 - Loire	174	16,3%	19	19,0%	875	12,3%
43 - Haute-Loire	15	1,4%	1	1,0%	91	1,3%
63 - Puy-de-Dôme	20	1,9%	5	5,0%	172	2,4%
69 - Rhône	451	42,1%	47	47,0%	2 667	37,5%
73 - Savoie	36	3,4%	2	2,0%	372	5,2%
74 - Haute-Savoie	106	9,9%	6	6,0%	810	11,4%
Total Région	1 070	100,0%	100	100,0%	7 115	100,0%

Source : SI-VIC, au 03/06/2020 à 12h

Figure 10. Taux cumulé de nouvelles hospitalisations par semaine pour COVID-19 par million d'habitants et par département d'hospitalisation en S22

Taux d'hospitalisation (/millions hab.) - Source : SI-VIC



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.

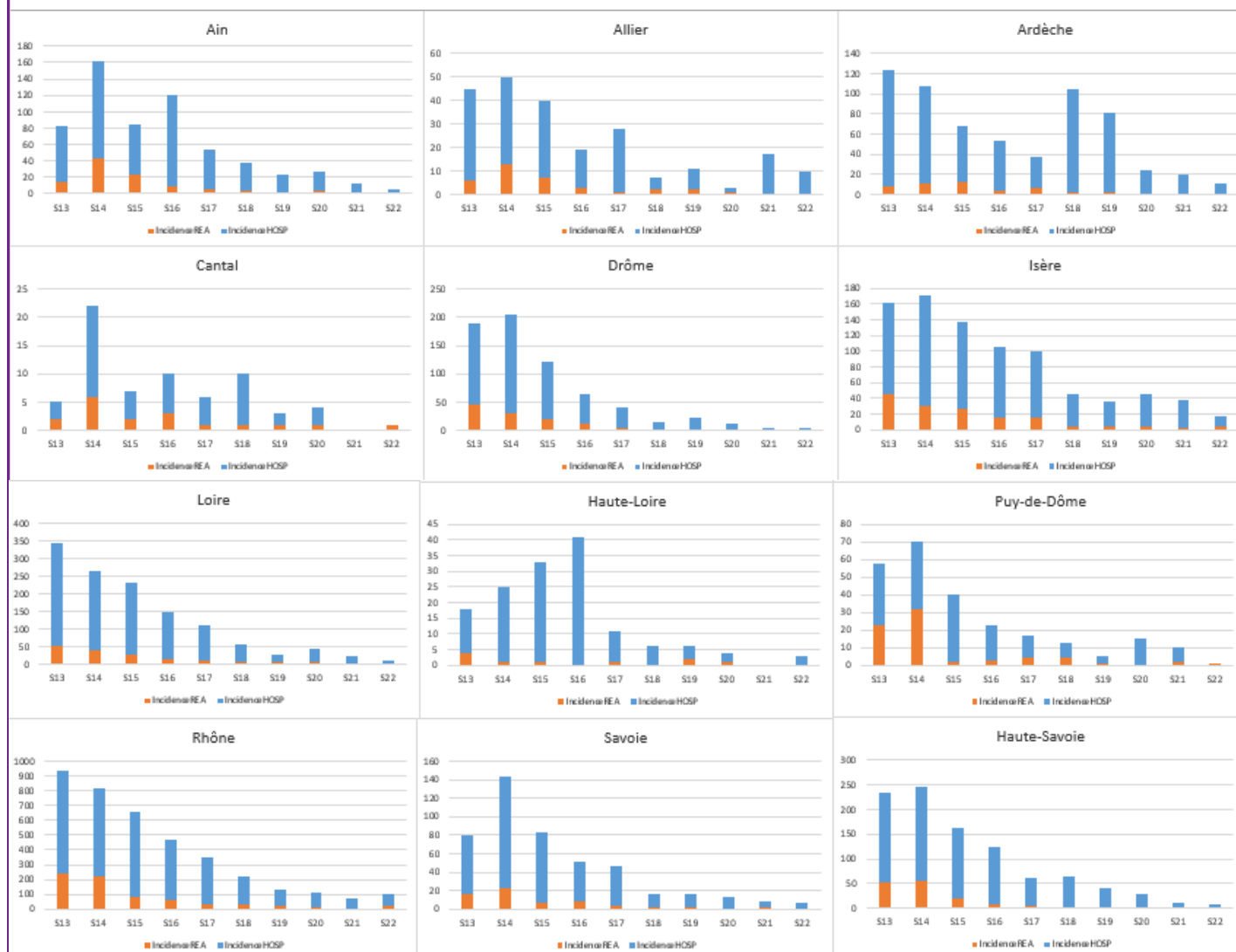
En semaine 21, le taux d'hospitalisation à l'échelle régionale est encore en nette baisse par rapport à la semaine précédente. A l'échelle des départements, cet indicateur diminue fortement excepté dans les départements de la Haute-Loire et du Rhône où il progresse. En Haute Loire, cette progression est le fait de petits effectifs ne témoignant pas d'une évolution. Dans le Rhône, cette augmentation est liée à des erreurs de saisie en excès intervenues les 29 et 30 mai dans la base de données SIVIC qui n'ont pu être corrigées. Les départements où l'on observe des taux les plus élevées sont le Rhône, l'Ardèche et l'Allier.

Surveillance à l'hôpital (suite)

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

Source : SI-VIC, au 03/06/2020 à 12h

Figure 11. 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 31 mai 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 10). 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.

Une baisse est observée dans quasiment tous les départements ces 3 dernières semaines, à l'exception de l'Allier où on observe une augmentation de ces hospitalisations (hors réanimation), en semaine 21 en lien avec un cluster en établissement de santé, suivie d'une diminution en semaine 22. Dans le Rhône, l'augmentation du nombre d'hospitalisation notamment en réanimation en semaine 22 est en lien avec des erreurs de saisie.

Surveillance à l'hôpital (suite)

Caractéristiques des cas admis en réanimation (services sentinelles)

Tableau 7. Description des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation, Auvergne-Rhône-Alpes. Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, au 02/06/2020 à 12h

	N	%		N	%
Cas admis en réanimation			Co-infections	39	6,0%
Nombre de cas signalés	647		Prise en charge ventilatoire*		
Evolution			Oxygénation (masque/lunette)	84	13,0%
Evolution Renseignée	254	39,3%	Ventilation non invasive	18	2,8%
Transfert hors réa. ou retour à domicile ¹	191	75,2%	O2 à haut débit	180	27,8%
Décès ¹	63	24,8%	Ventilation invasive	313	48,4%
Répartition par sexe			Assistance extracorporelle	6	0,9%
Hommes	476	73,6%	Facteurs de risques (FDR)*		
Femmes	170	26,3%	Aucun facteur de risque	224	34,6%
Sexe-Ratio H/F	2,8		Avec facteur de risque parmi :	417	64,4%
Répartition par classe d'âge			Diabète de type 1 et 2	154	23,8%
0-14 ans	12	1,9%	HTA** depuis le 6/04	110	-
15-44 ans	40	6,2%	Pathologie pulmonaire	99	15,3%
45-64 ans	220	34,0%	Pathologie cardiaque	110	17,0%
65-74 ans	241	37,2%	Pathologie neuro-musculaire	28	4,3%
75 ans et plus	134	20,7%	Pathologie rénale	49	7,6%
Région de résidence des patients			Immunodéficience	41	6,3%
Auvergne-Rhône-Alpes	559	86,4%	Pathologie hépatique**	6	0,9%
Hors Région	28	4,3%	Surpoids / Obésité (IMC≥25)***	103	15,9%
Inconnue	60	9,3%	- Surpoids (IMC [25 ; 29])	29	4,5%
Délai entre début des signes et admission en réanimation			- Obésité (IMC [30 ; 39])	30	4,6%
Délai moyen / médian en jours [min ; max]	9,1 / 8	[0 ; 58]	- Obésité morbide (IMC ≥ 40)	41	6,3%
Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)	458	70,8%	- IMC non renseigné	3	0,5%
SDRA mineur	58	9,0%	Grossesse	4	0,6%
SDRA modéré	182	28,1%	Prématurité	0	0,0%
SDRA majeur	195	30,1%	Autres facteurs de risque	38	5,9%
SDRA - niveau non précisé	23	3,6%	NSP / Inconnu	6	1,0%

¹ Le % est calculé sur les déclarations dont l'évolution est renseignée

* Un cas peut présenter plusieurs FDR et prises en charge ventilatoire

** Analyse restreinte aux cas signalés à partir du 06/04 (recueil non systématique avant le 06/04)

*** Données potentiellement sous-estimées avant le 20/04 (recueil non systématique avant le 20/04).

Au 02/06/2020 à 12h, **647 patients atteints de forme sévère de COVID-19** hospitalisés dans les services de réanimation sentinelles d'Auvergne-Rhône-Alpes ont été notifiés.

Aucun nouveau cas n'a été notifié depuis le bilan au 26/05/2020.

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 aiguë et 48,4% ont été placés sous ventilation invasive pendant leur séjour en réanimation.

64,4% des cas présentaient au moins un facteur de risque. 63 décès ont été signalés parmi les 254 cas pour lesquels l'évolution était renseignée.

Figure 12. Courbe épidémique des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation par semaine d'admission et origine des patients, Auvergne-Rhône-Alpes. Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, au 02/06/2020 à 12h

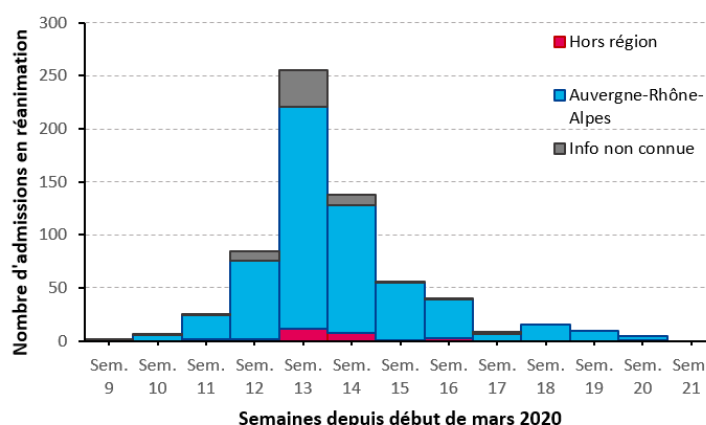
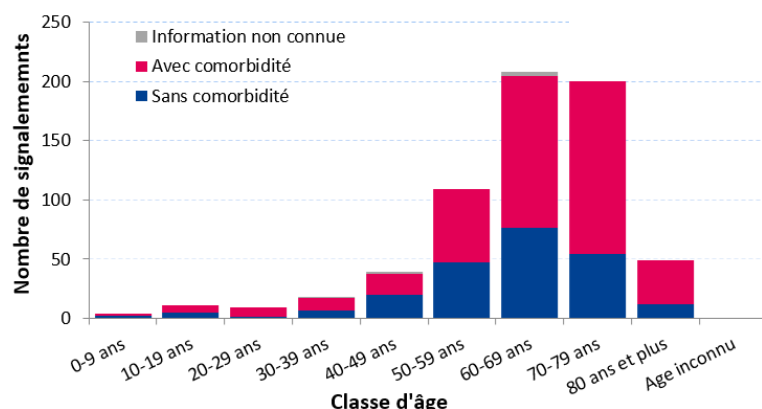


Figure 13. Distribution des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation, selon l'existence de comorbidités et par classe d'âge. Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, au 02/06/2020 à 12h



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 31 mai 2020, **161** établissements ont participé à la surveillance et **3 438 cas** ont été recensés (données provisoires), soit 12,4% des professionnels infectés recensés au niveau national. Ci-après figurent les premiers résultats par catégorie professionnelle (tableau 8). Parmi 3 438 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 **2.2 %**, proportion identique à la moyenne nationale.

Catégorie professionnelle	Nombre de cas	%
Infirmier	1 022	29,7%
Aide-soignant	907	26,4%
Autre professionnel non soignant	475	13,8%
Autre professionnel soignant	433	12,6%
Médecin	333	9,7%
Interne	113	3,3%
Elève	76	2,2%
Kinésithérapeute	44	1,3%
Sage-femme	28	0,8%
Inconnu	7	0,2%
Total	3 438	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 03/06/2020 à 12h

Tableau 9. Part (en %) par classe d'âge des cas de COVID-19 décédés au cours de leur hospitalisation entre le 17/03/2020 et le 03/06/2020

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=1652 (%)	0,0%	0,0%	0,1%	0,2%	0,7%	2,7%	7,6%	20,0%	41,8%	25,7%

Source : SI-VIC et Surveillance dans les ESMS, au 03/06/2020

Tableau 10. 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	96	73
Allier	39	9
Ardèche	106	110
Cantal	9	0
Drôme	129	66
Isère	149	119
Loire	243	188
Haute-Loire	17	0
Puy-de-Dôme	42	40
Rhône	633	474
Savoie	68	67
Haute-Savoie	161	153
Auvergne-Rhône-Alpes	1 692	1 299

62,3% 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 légère diminution en semaine 22 (n=51 vs n=60 en S21) (Figure 14).

Les taux bruts de mortalité cumulée entre le 17/03 et le 03/06/2020 observés chez les personnes hospitalisées pour COVID-19 sont les plus élevés dans le Rhône, l'Ardèche, la Loire et la Drôme, comme les semaines précédentes (Figure 15).

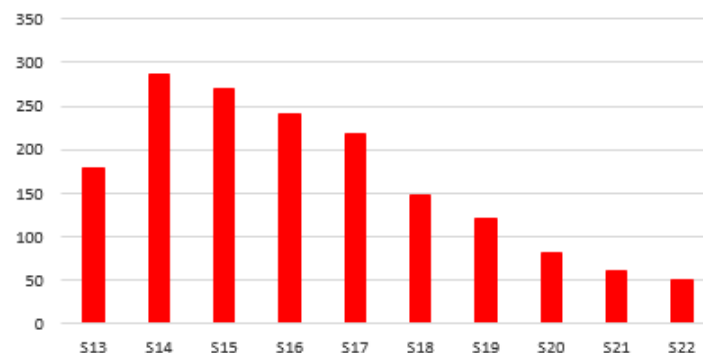
Source : Inserm-CépiDC, au 02/06/2020 à 14h

Tableau 11. Description des décès certifiés par voie électronique avec mention COVID-19 dans les causes médicales de décès (N=1 337)

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	5,7
65-74 ans	66	38,4	106	61,6	172	12,9
75 ans ou plus	401	37,1	680	62,9	1 081	80,9

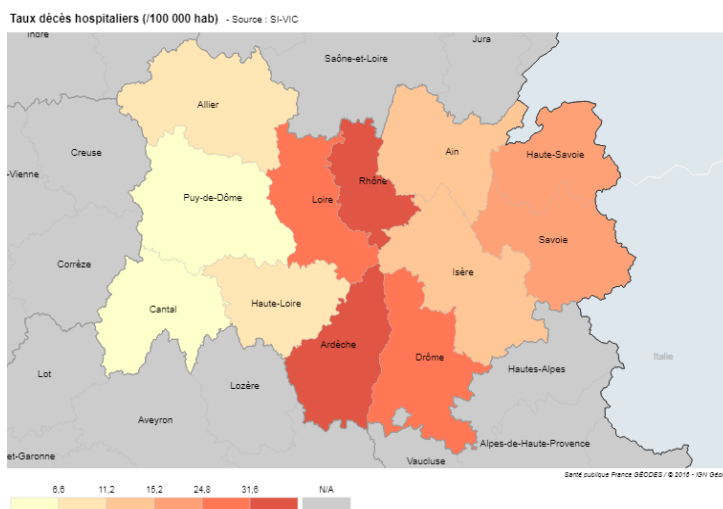
Source : SI-VIC, au 03/06/2020 à 12h

Figure 14. Evolution du nombre hebdomadaire de décès chez les personnes hospitalisées pour COVID-19



Source : SI-VIC au 03/06/2020 à 12h

Figure 15. Taux de mortalité chez les patients hospitalisés pour COVID-19 cumulés du 17/03/2020 au 03/06/2020 pour 100 000 habitants et par département d'hospitalisation



Répartition par sexe

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

Répartition selon l'existence de facteurs de risque connus

- Avec comorbidités : 63 % (N=846)
- Sans ou non-enseignés : 37 % (N=491)

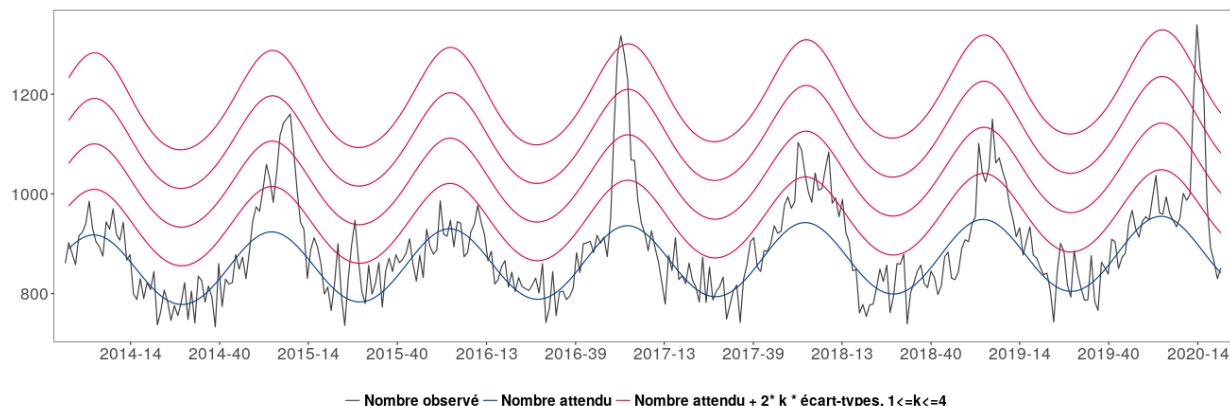
Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1er mars 2020, **1 337 certificats de décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées dans la région**. Des comorbidités étaient renseignées dans 828, soit 63% des certificats de décès certifiés par voie électronique.

Surveillance de la mortalité (suite)

Mortalité toutes causes

Source : Insee, au 02/06/2020 à 14h

Figure 16. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues (tous âges), jusqu'à la semaine S21 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 +0,9% selon les estimations au 02/06).

Pour la semaine 20 (du 11 au 17 mai), aucun excès de mortalité tous âges au niveau régional n'est observé au 02/06/2020 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 (+1,1% selon les estimations au 02/06).

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.

Source : Insee, au 02/06/2020 à 14h

Figure 17. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues (tous âges), sur la semaine S21 (du 18 au 24 mai), par département

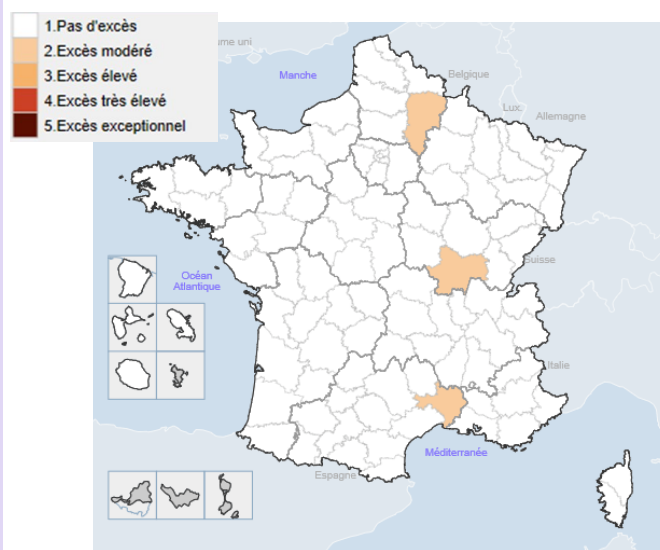


Tableau 12. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues (tous âges et chez les 65 ans et plus), par semaine, par département

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

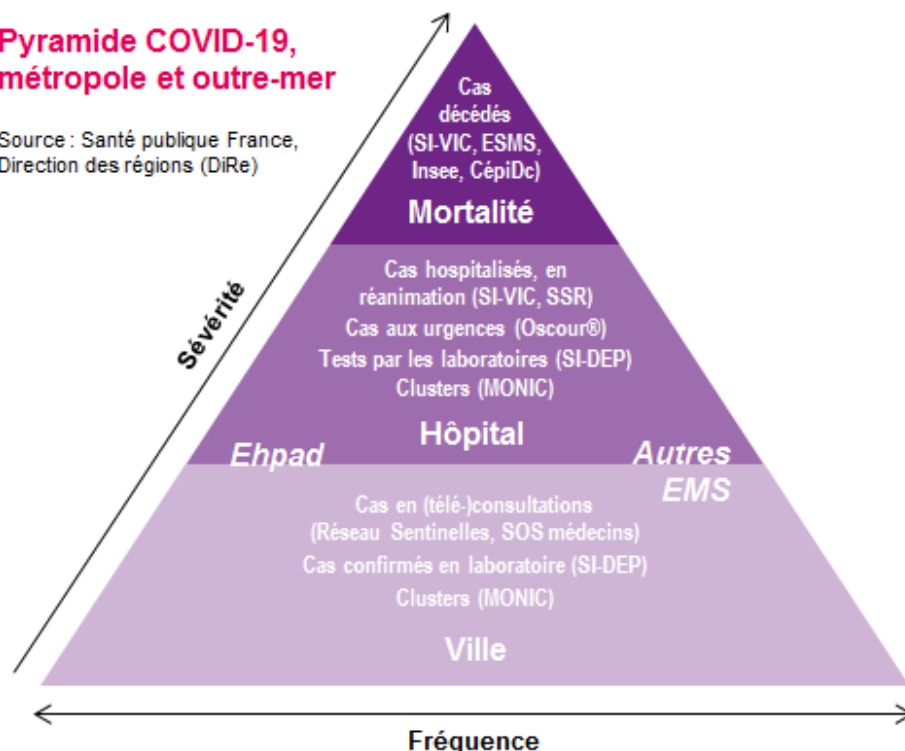
Pas d'excès
Excès modéré
Excès élevé
Excès très élevé
Excès exceptionnel

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

4 juin 2020

Numéro vert 0 800 130 000

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

Sites associés :

- SurSaUD@
- OSCOUR@
- [SOS Médecins](mailto:SOS_Medecins)
- [Réseau Sentinelles](mailto:Reseau_Sentinelles)
- SI-VIC

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 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 Nouer les lacets derrière la tête et le cou



4 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 s'il est en tissu, le laver à 60° pendant 30 min



4 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 0 800 130 000 (appel gratuit)