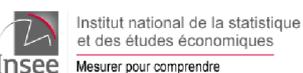


**Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19**  
médecins libéraux, SAMU  
Centre 15, médecins hospitaliers,  
Laboratoires de biologie  
médicale hospitaliers et de ville  
Agences régionales de santé (ARS)  
Les Sociétés savantes  
d'infectiologie,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



# COVID-19

## Point épidémiologique hebdomadaire du 2 juillet 2020

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données concernant 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 30 juin 2020.**

### Points clés

- ▶ **En France et à l'exception de Mayotte et de la Guyane**
  - Ensemble des indicateurs de circulation du SARS-COV-2 à des niveaux bas
  - Nombre hebdomadaire de clusters signalés stable sur les 4 dernières semaines
  - Pas de signaux en faveur d'une reprise de l'épidémie
  - Poursuite de la circulation du virus à des niveaux bas
- ▶ **En Guyane**, augmentation de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé et avec diffusion communautaire
- ▶ **A Mayotte**, maintien de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé
- ▶ Diminution de l'adoption systématique des mesures de prévention (garder une distance d'au moins 1 m, saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades), stabilisation de l'application des mesures d'hygiène et port du masque
- ▶ Diminution des états anxieux, dépressifs et troubles du sommeil depuis la levée du confinement

### Chiffres clés en France

#### Indicateurs hebdomadaires, semaine 26 (22 au 28 juin 2020)

	S26	S25
Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	3 406	(3 308)*
Taux de positivité (%) pour SARS-COV-2 (SI-DEP)	1,4	(1,5)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	1 083	(886)*
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	1 363	(1 387)*
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	666	(763)*
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	82	(77)*
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	164	(242)*

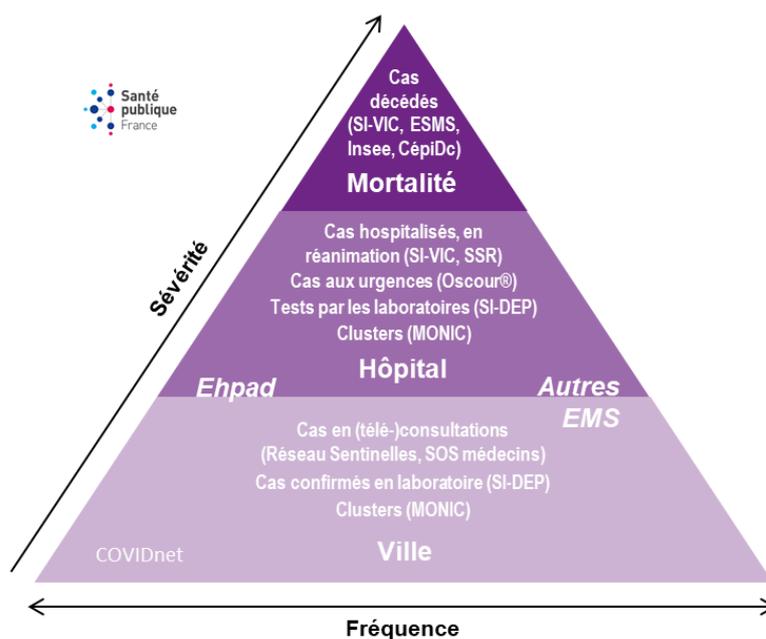
#### Indicateurs cumulés du 1<sup>er</sup> mars au 30 juin 2020

\* données consolidées

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	104 620
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	29 843

<b>Sommaire</b>	<b>Page</b>
Chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire	3
Surveillance à partir des laboratoires de virologie	4-5
Surveillance en population : COVIDnet	6
Cas confirmés de COVID-19	7
Signalement des clusters à visée d'alerte	8-10
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	11-12
Surveillance aux urgences	13
Nombre de reproduction effectif «R effectif»	14
Surveillance en milieu hospitalier	15-17
Surveillance des professionnels dans les établissements de santé	18
Surveillance de la mortalité	19-21
Prévention	22-26
Surveillance de la vaccination	27
Discussion	28-30
Méthodes	31

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



CépiDc-Inserm : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ; Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; EMS : Etablissement médico-social ; ESMS : Etablissement social et médico-social ; Insee : Institut national de la statistique et des études économiques ; MONIC : Système d'information de 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

# 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. Après le déconfinement, la surveillance virologique en vigueur des IRA (infection respiratoire aiguë) effectuée par les médecins du réseau a été suspendue durant les semaines 20 et 21 et relayée par une surveillance basée sur les recommandations de la DGS<sup>1</sup> qui préconise la réalisation d'un test pour tout patient suspect de COVID-19. Les prélèvements et analyses sont donc réalisés par les laboratoires de ville depuis la semaine 22.

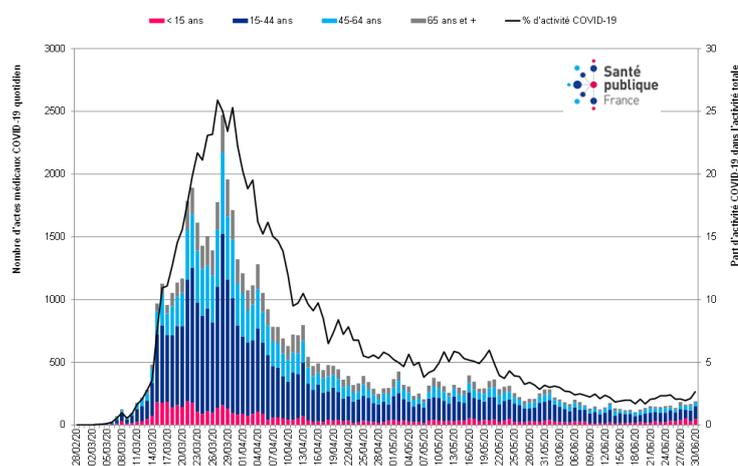
- **En semaine 26** (du 22 au 28 juin), le **taux de consultations** (ou téléconsultations) **pour une IRA** estimé était de 11/100 000 habitants [intervalle de confiance à 95% : 7-15] en France métropolitaine. Il **était stable** par rapport à celui de la semaine 25 (du 15 au 21 juin 2020) : 11/100 000 habitants [IC à 95% : 7-15].
- **En semaine 26**, sur les 105 cas suspects de COVID-19 identifiés, un **prélèvement a été prescrit pour 93% d'entre eux**. Les résultats des analyses étaient connus pour 61 patients et 5 patients avaient été testés positifs. Depuis le 25 mai 2020, un prélèvement a été prescrit pour 92% des 812 cas suspects de COVID-19 identifiés. Les résultats des analyses étaient connus pour 601 patients et étaient positifs pour 20 (3,3%) patients. Ces données seront consolidées au cours des prochaines semaines.

[1] DGS-Urgent. Prise en charge par les médecins de ville des patients de COVID-19 en phase de déconfinement.

## Associations SOS Médecins

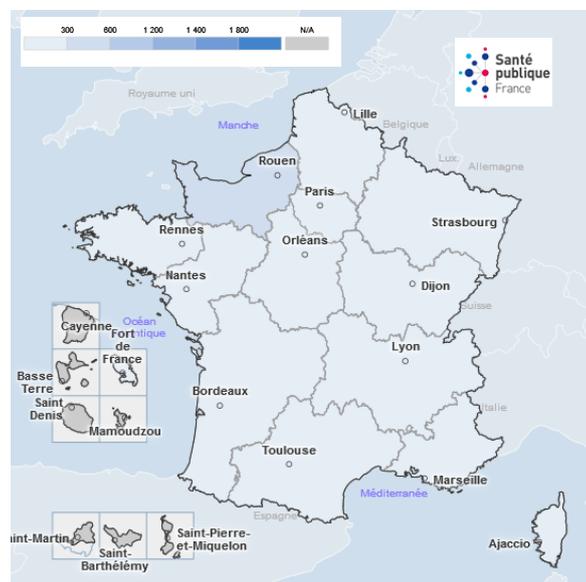
- **En semaine 26** (du 22 au 28 juin 2020), 1 083 actes médicaux pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. Ce nombre d'actes était **en hausse de 22%** par rapport à S25 (886 actes) tous âges confondus. Ces hausses s'étendent de +66% à +12% sur 8 régions (Normandie, Occitanie, Ile-de-France, Auvergne Rhône-Alpes, Pays de La Loire, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Nouvelle Aquitaine et Grand-Est).
- La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale tous âges confondus était stable à 2,2% (Figure 1).
- En région, en semaine 26, sur l'ensemble des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 enregistrés au niveau national, 22% ont été enregistrés en Île-de-France, 13% en Auvergne-Rhône-Alpes, 10% en Normandie et en Provence-Alpes-Côte d'Azur. Au niveau national comme au niveau régional, depuis 9 semaines, le nombre d'actes médicaux tous âges confondus pour suspicion de COVID-19 est **stable à un niveau bas**.
- Depuis le 3 mars 2020, **59 088** actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID 19 ont été enregistrés (données au 29 juin 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

Figure 1. Nombre d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et par classe d'âge depuis le 26 février 2020, France (source : SOS Médecins)



Pour en savoir plus sur les données SOS Médecins consulter : [GEODES](#)

Figure 2. Taux d'actes médicaux hebdomadaires pour 10 000 actes, pour suspicion de COVID-19, semaine 26 (source : SOS Médecins)



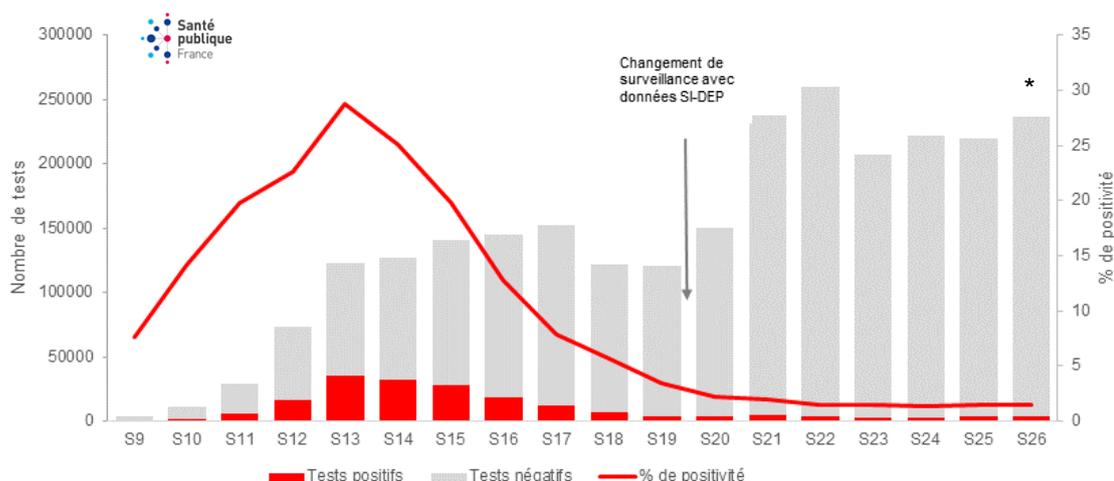
# Surveillance virologique

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

Jusqu'à la semaine 19, la surveillance virologique s'est appuyée sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 Labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et par les laboratoires hospitaliers. Depuis la semaine 20, elle s'appuie sur le système **SI-DEP (système d'information de dépistage)**, opérationnel depuis le 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce 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 analysées.

- **Au 30 juin**, la quasi-totalité des laboratoires (5 458 sites de prélèvements) a transmis des données.
- Du 21 au 27 juin 2020, 235 820 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et le test était **positif pour 3 304 patients**. **Le taux de positivité national hebdomadaire était de 1,4%** (calculé sur les tests valides) . **Le taux national est stable** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (1,5%). Le taux de positivité en France métropolitaine était en légère diminution par rapport à celui de la semaine précédente (0,9% vs 1,1%) (Figure 3).

**Figure 3. Nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité dans les laboratoires, par semaine, France 2020 (source S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers ; depuis S20 SI-DEP)**

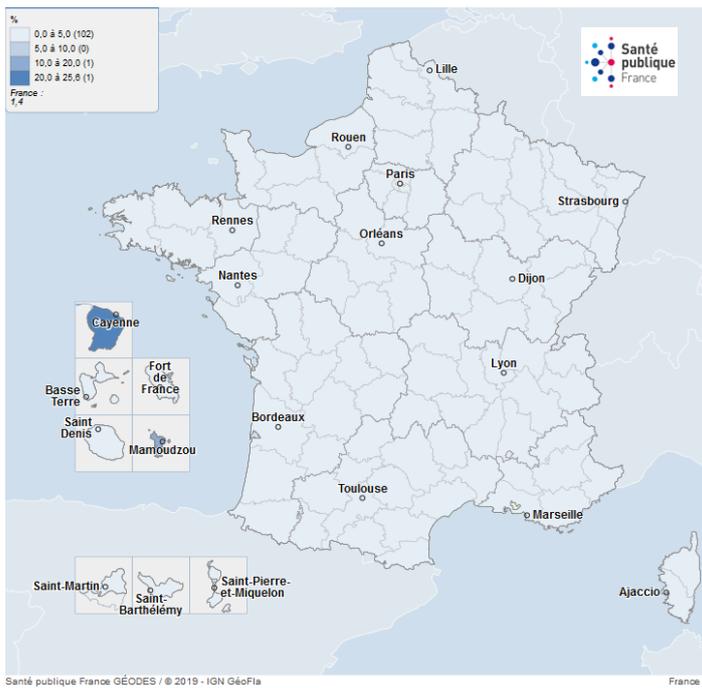


\* Données provisoires

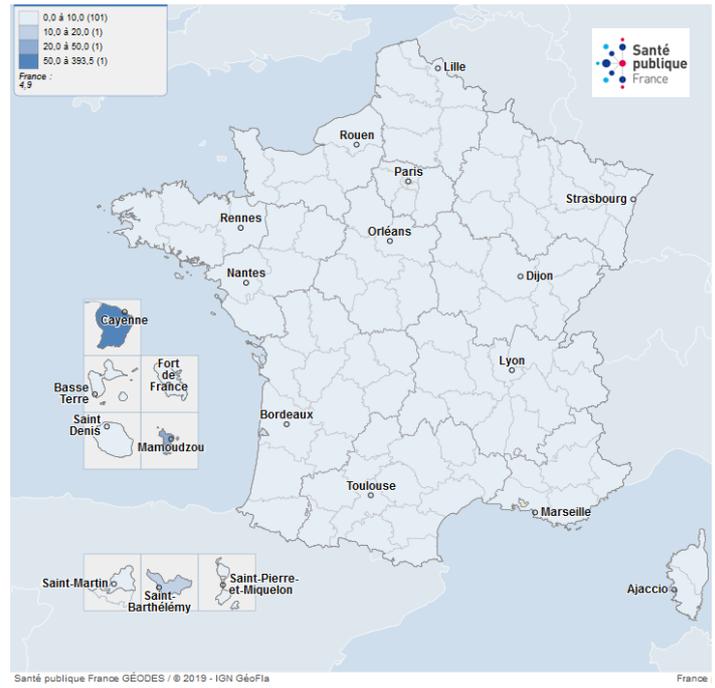
- **En France**, le taux de positivité était inférieur à 5% dans l'ensemble des départements (Figure 4).
- **Du 21 au 27 juin 2020**, le taux d'incidence (nombre de nouveaux cas rapportés à la population pour 100 000 habitants) était **de 4,9/100 000 habitants au niveau national (4,9/100 000 h en semaine 25) et de 3,1/100 000 h en métropole (3,4/100 000 h en semaine 25)**. Il était inférieur à 10/100 000 h dans tous les départements de France métropolitaine (Figure 5).
- **En outre-mer**
  - A Mayotte, en semaine 26, le taux de positivité était de 19,4% (vs. 15,4% en S25) et le taux d'incidence de 45/100 000 habitants (vs. 40/100 000 h en S25).
  - En Guyane, en semaine 26, le taux de positivité était de 25,6% (vs. 26,7% en S25) et le taux d'incidence de 394/100 000 habitants (vs. 310/100 000 h en S25).

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

**Figure 4. Taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2 par département, France, 21 au 27 juin 2020 (source SI-DEP)**

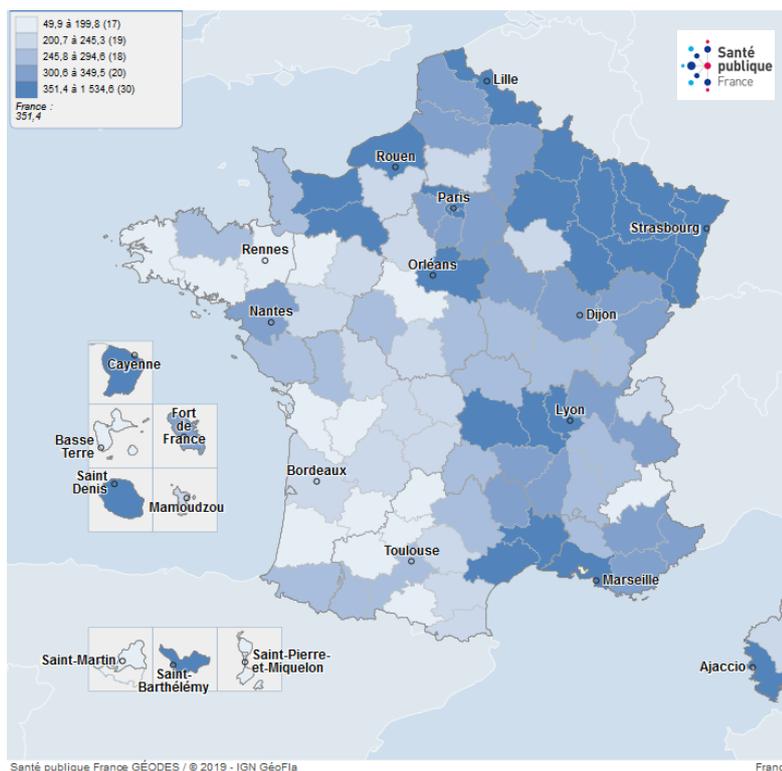


**Figure 5. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 pour 100 000 habitants par département, France, 21 au 27 juin 2020 (source SI-DEP)**



- Du 21 au 27 juin 2020, le taux de dépistage (nombre de patients testés pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) était de 351 pour 100 000 habitants au niveau national. Les départements métropolitains présentant les plus forts taux de dépistage du 21 au 27 juin 2020 étaient la Meurthe-et-Moselle (1 186/100 000 h), la Meuse (673/100 000 h) et la Seine-Maritime (602/100 000 h) (Figure 6).
- En outre-mer, le plus fort taux de dépistage a été observé en Guyane (1 535/100 000 habitants). A Mayotte, le taux de dépistage était de 233/100 000 h.

**Figure 6. Taux de dépistage (/ 100 000 habitants) pour le SARS-CoV-2 par département, France, 21 au 27 juin 2020 (source SI-DEP)**



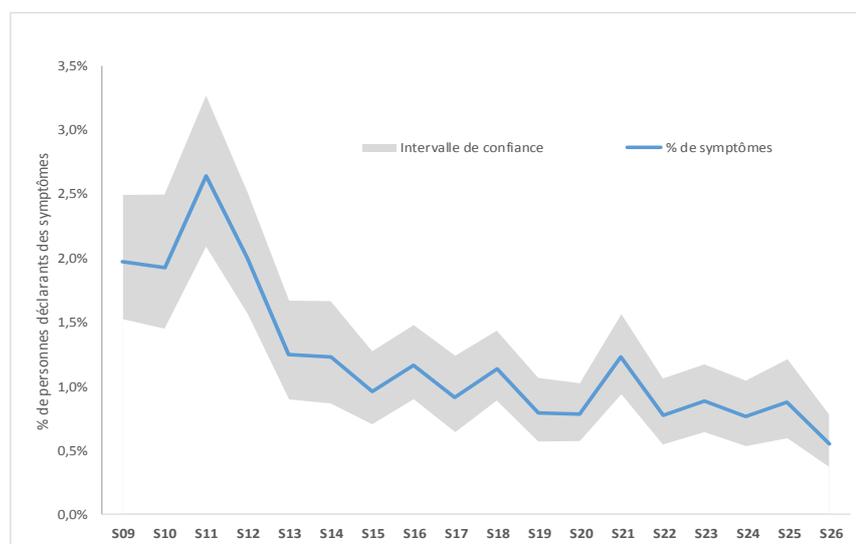
## Surveillance en population : COVIDnet.fr

GrippeNet.fr est un réseau de surveillance mis en place en janvier 2012 par le réseau Sentinelles (Inserm – Sorbonne Université) et Santé publique France, avec pour objectif de recueillir directement auprès de la population des données épidémiologiques sur les syndromes grippaux, par internet et de façon anonyme. Il permet d'étudier les symptômes présentés par les personnes malades qui n'ont pas recours au système de soins.

Depuis le 30 mars 2020, le projet GrippeNet.fr s'est adapté à la surveillance du COVID-19 et est devenu COVIDnet.fr. Près de 6 000 personnes remplissent actuellement chaque semaine un questionnaire rapportant les symptômes qu'elles ont éventuellement eus depuis leur dernière connexion.

- 12 122 personnes ont rempli au moins un questionnaire depuis le début de la saison hivernale 2019-2020.
- Pour **la semaine 26** (du 22 au 28 juin 2020), **5 562** questionnaires hebdomadaires ont été remplis.
- En semaine 26, **la proportion de participants ayant déclaré des symptômes évocateurs du COVID-19** (définition s'appuyant sur les recommandations du Haut Conseil de la santé publique concernant la prescription d'un test diagnostique par un médecin) **était de 0,5%**, stable par rapport à la semaine précédente (Figure 7).

**Figure 7. Proportion (% redressé) de participants ayant déclaré des symptômes évocateurs du COVID-19 par semaine (données du 24 février au 28 juin 2020, source : COVIDnet.fr)**

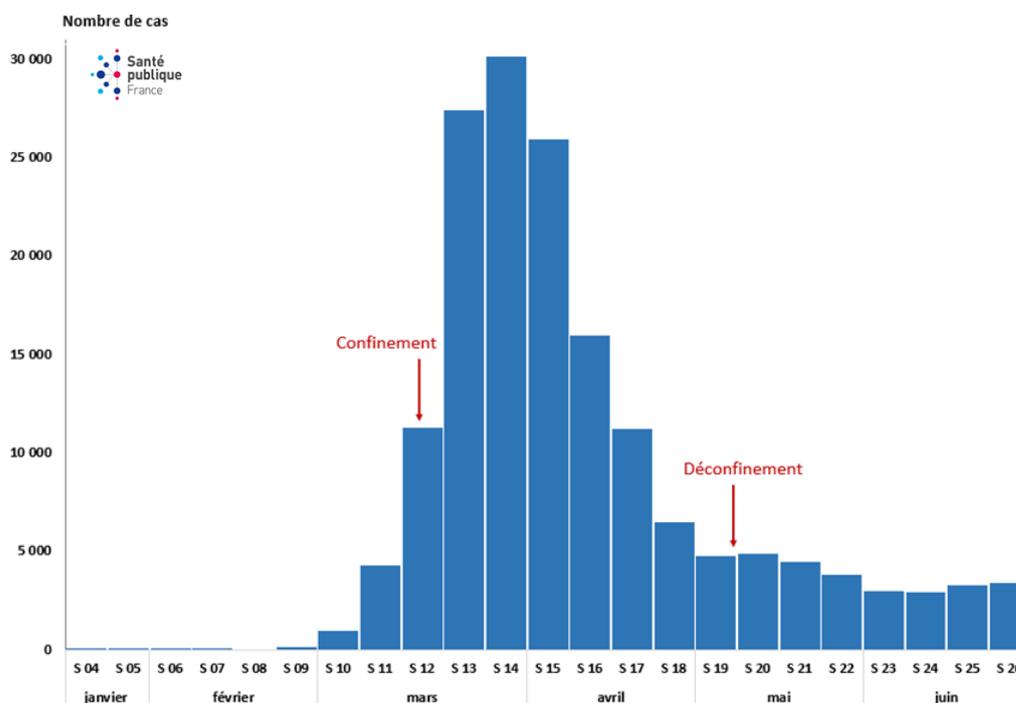


Note: Deux nouveaux symptômes, anosmie et agueusie, ont été ajoutés au questionnaire hebdomadaire en semaine 14 afin d'améliorer le suivi de l'épidémie de COVID-19

## Cas confirmés de COVID-19

- Les données permettant d'estimer le nombre de cas confirmés en France sont issues de plusieurs sources.
- Entre le 21 janvier et le 25 mars 2020, 25 233 cas de COVID-19 ont été signalés à Santé publique France via l'application GoData ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France.
- Entre le 26 mars et le 12 mai 2020, 115 010 cas confirmés ont été rapportés (cas incidents hospitaliers et cas positifs en laboratoire) par les remontées des données de laboratoires de biologie médicale (source 3 Labo) et des patients hospitalisés pour COVID-19 (source SI-VIC).
- Depuis le 13 mai 2020, les cas de COVID-19 sont rapportés par le Système d'Information de Dépistage (SI-DEP) permettant une estimation à visée exhaustive des nombres de cas confirmés en France. Entre le 13 mai et le 30 juin 2020, 24 558 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Il est ainsi estimé un total de **164 801 cas confirmés de COVID-19** en France au 30 juin 2020.
- A partir de la semaine 15, le **nombre hebdomadaire de cas confirmés a été en constante diminution jusqu'à la semaine 24**, passant de 30 111 cas répertoriés en S14 à 2 899 cas en S24. Néanmoins, une **légère augmentation a été observée** en semaine 25 avec 3 308 cas confirmés, poursuivie en semaine 26 avec 3 406 cas confirmés (Figure 8), liée notamment à la situation épidémiologique en Guyane et à Mayotte.

Figure 8 : Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 23 janvier au 27 juin 2020 (données arrêtées le 30 juin 2020).



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

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

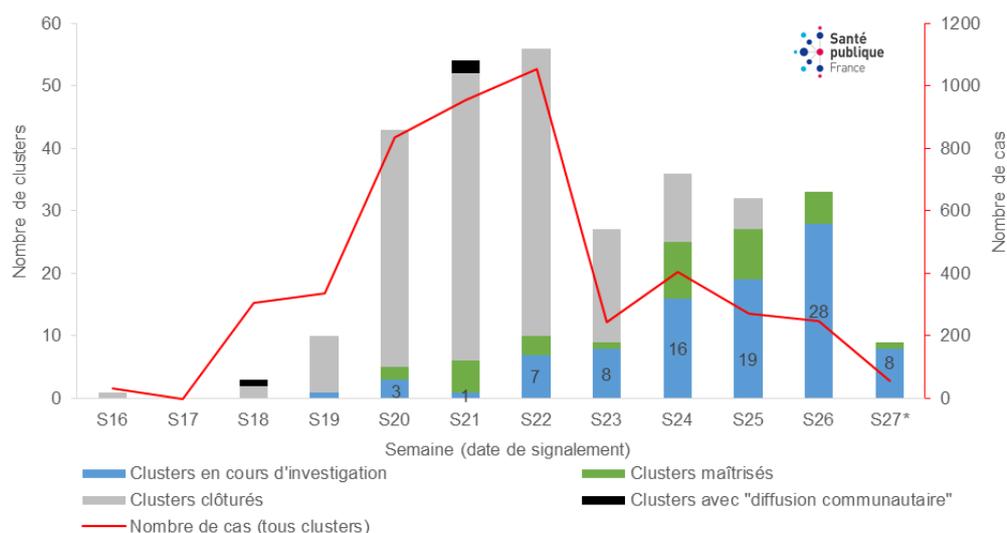
[1] DGS-Urgent. *Prise en charge par les médecins de ville des patients de COVID-19 en phase de déconfinement.* Disponible via ce lien : [cliquez ici](#)

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

Depuis la levée du confinement, les ARS en lien avec les cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters 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**, développé par Santé publique France, permet de présenter ce bilan.

- Au 1er juillet 2020, le bilan s'élève à **304 clusters** (hors Ehpad et milieu familial restreint) rapportés depuis le 9 mai : **284 clusters en France métropolitaine et 20 dans les départements et régions d'outre-mer** (Figures 9 et 10). Le nombre hebdomadaire de clusters signalés est stable sur les 4 dernières semaines (S23 - S26) et reste inférieur aux nombres observés entre S20 et S22. **Au 1er juillet, 91 clusters sont en cours d'investigation (78 clusters en France métropolitaine).**
- **Moins d'un tiers des clusters sont en cours d'investigation** (30%, n=91), 11% sont maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas), 58% sont clôturés (absence de nouveaux cas 14 jours après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine des contacts) et 1% ont diffusé dans la communauté (3 en Guyane). En termes de criticité (potentiel de transmission ou critères de gravité), 80% des clusters sont de criticité modérée (44%) à élevée (36%). Parmi ces 91 clusters en cours d'investigation, 37% ont une criticité élevée.
- Les clusters concernent notamment des établissements de santé (25%), des entreprises (17% en entreprises privées et publiques, hors santé) et des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité (14% en établissements d'hébergement social et d'insertion et 5% en communautés vulnérables) (Tableau 1).
- La majorité (69%) des clusters comporte plus de 5 cas. Le nombre moyen de cas par cluster est de 15,6 cas (médiane = 7 cas). Au total, les 304 clusters rapportés sont à l'origine de 4 742 cas.

**Figure 9. Distribution du nombre de clusters selon leur statut (hors Ehpad et milieu familial restreint) et du nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement inclus entre le 9 mai et le 1er juillet 2020 (N=304), au 1er juillet 2020 (Source : MONIC)**



\* données provisoires

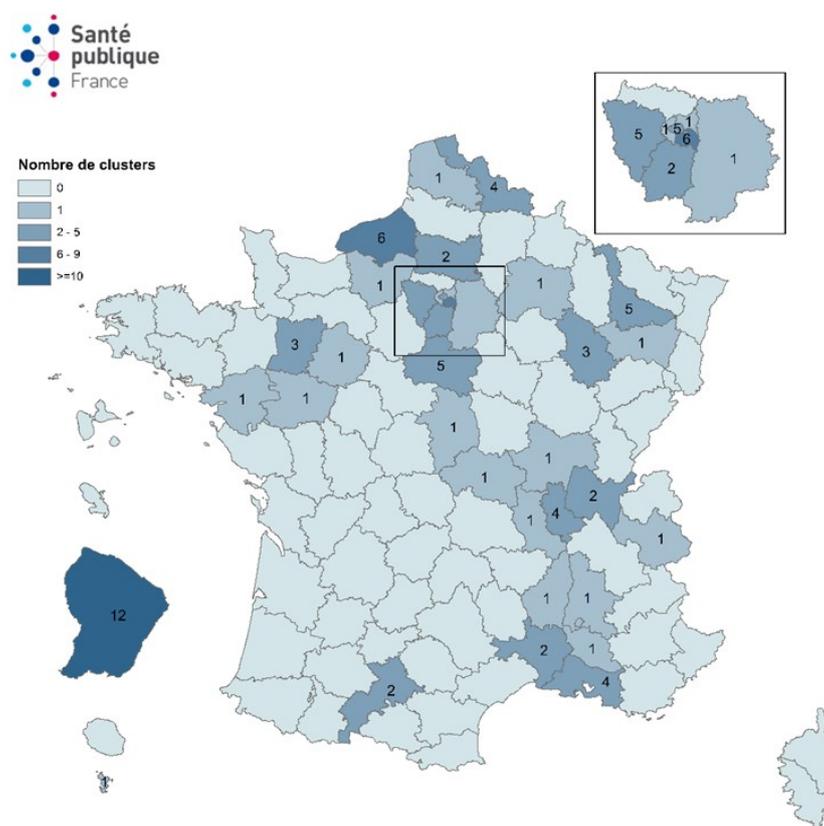
[1] Pour en savoir plus : [Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19](#)

**Tableau 1 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par type de collectivité, inclus entre le 9 mai et le 1er juillet 2020 (N= 304) (Source : MONIC)**

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=304	%	N=91	%
Etablissements de santé	75	24,7	12	13,2
Entreprises privées et publiques (hors ES)	51	16,8	19	20,9
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	43	14,1	10	11,0
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	37	12,2	16	17,6
EMS de personnes handicapées	16	5,3	4	4,4
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	16	5,3	6	6,6
Milieu scolaire et universitaire	12	3,9	3	3,3
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	9	3,0	6	6,6
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	7	2,3	5	5,5
Etablissement pénitentiaires	5	1,6	1	1,1
Crèches	4	1,3	1	1,1
Transport (avion, bateau, train)	4	1,3	2	2,2
Structure de l'aide sociale à l'enfance	2	0,7	1	1,1
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	0,0	0	0,0
Autre	23	7,6	5	5,5

ES : établissement de santé  
EMS : établissement médico-social

**Figure 10 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) en cours d'investigation par département, inclus entre le 9 mai et le 1er juillet 2020 (N=91) (Source MONIC)**



Source : MONIC - Santé publique France

Pour en savoir plus sur les données régionales, consulter : [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr)

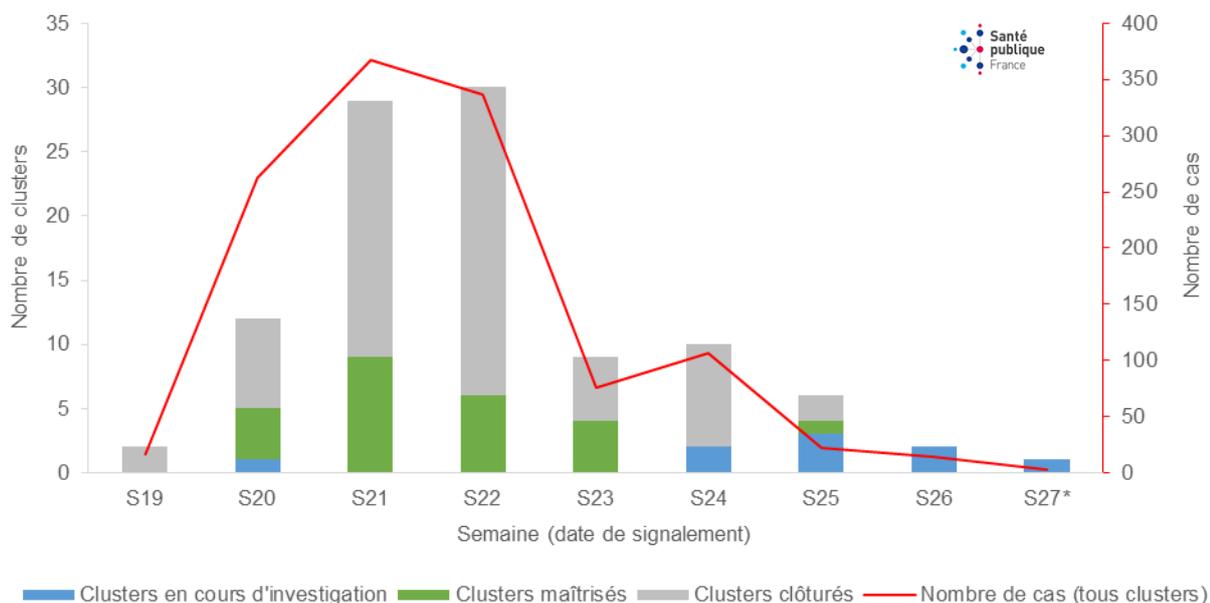
## Clusters en Ehpad

Parallèlement aux dispositifs de surveillance mis en place dans les ESMS (cf page 11), les épisodes répondant à la définition de cas d'un cluster (survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours) dans un Ehpad sont intégrés dans le système d'information **MONIC**, développé par Santé publique France.

La synthèse de ces clusters est présentée pour la première fois dans ce point épidémiologique et elle sera produite régulièrement.

- Au 1<sup>er</sup> juillet 2020, le bilan s'élève à **101 clusters** inclus depuis le 9 mai (Figure 11). Le nombre hebdomadaire de clusters signalés en Ehpad est en nette diminution depuis la semaine 23.
- Au 1<sup>er</sup> juillet, 9% des clusters sont en cours d'investigation (n=9), 67% sont maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas) et 24% sont clôturés (absence de nouveaux cas 14 jours après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine des contacts)
- La majorité (67%) des clusters comporte plus de 5 cas. Le nombre moyen de cas par cluster est de 12 cas (médiane = 7 cas). Au total, les 101 clusters rapportés sont à l'origine de 1 205 cas.
- De par la nature de cette collectivité, l'intégralité des clusters en Ehpad est classée comme de criticité élevée.

**Figure 11. Distribution du nombre de clusters en Ehpad selon leur statut et du nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement inclus entre le 9 mai et le 1<sup>er</sup> juillet 2020 (N=101), au 1<sup>er</sup> juillet 2020 (Source : MONIC)**



\* données provisoires

# Surveillance dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

Du fait du délai court entre le signalement par les établissements et la production du point épidémiologique, les données les plus récentes ne sont pas consolidées. Les processus d'assurance qualité mis en place au niveau régional peuvent conduire à des corrections ultérieures de données.

- Entre le 1<sup>er</sup> mars et le 29 juin 2020, **8 271 signalements** rapportaient un ou plusieurs cas de COVID-19 déclarés dans le portail national des signalements de Santé publique France et le portail de l'ARS Ile-de-France.
- Il s'agissait de **5 203 (63 %) signalements** provenant d'**établissements d'hébergement pour personnes âgées** (EHPAD, EHPA et autres établissements) et **3 068 (37 %) d'autres établissements médico-sociaux (ESMS)**.
- Parmi les 8 271 signalements (Tableau 2) :
  - **38 107 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents.
  - **10 497 cas sont décédés dans l'établissement d'accueil**, dont 10 405 (99 %) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
  - **3 884 cas sont décédés à l'hôpital**.
  - **20 335 cas confirmés** ont été rapportés parmi les membres du **personnel des ESMS**.
- Depuis le 1<sup>er</sup> mars et jusqu'au 29 juin 2020, parmi les 5 203 signalements en établissements d'hébergements pour personnes âgées (EHPA), 3 406 épisodes comprenaient **au moins un cas confirmé** parmi les résidents ou le personnel.
- Au cours des deux semaines S25 et S26 (du 15 au 28 juin), parmi l'ensemble des EHPA en France, 91 établissements (**0,9%**) ont déclaré **au moins un nouveau cas confirmé** de COVID-19 parmi les résidents ou le personnel. Sur la même période, parmi les EHPA en France (Ile-de-France exclue), 26 (0,3%) établissements ont signalé un nouvel épisode (date de début des signes du premier cas ou à défaut date de signalement comprise entre le 15 et le 28 juin) avec au moins un cas confirmé.

**Tableau 2 : Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'établissement, chez les résidents et le personnel dans les ESMS, rapportés du 1<sup>er</sup> mars au 29 juin 2020, France**

		EHPA <sup>1</sup>	HPH <sup>2</sup>	Aide en-fance <sup>3</sup>	Autres <sup>4</sup>	Total
	Signalements <sup>5</sup>	5 203	2 361	376	331	8 271
<b>Chez les résidents</b>	Cas confirmés <sup>6</sup>	34 370	3 310	143	284	38 107
	Décès hôpitaux <sup>7</sup>	3 663	201	0	20	3 884*
	Décès établissements <sup>7</sup>	10 405	81	0	11	10 497
<b>Chez le personnel</b>	Cas confirmés <sup>6</sup>	16 452	3 422	276	185	20 335

\* Depuis le 23 juin, le nombre de décès chez les résidents des EHPA et des HPH a légèrement diminué en raison de corrections des données de certains établissements (3886 décès avaient été rapportés dans le bulletin de la semaine précédente)

<sup>1</sup>Établissements 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 sociale 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 du personnel d'un ESMS/EHPA.

<sup>7</sup>Cas possibles et confirmés décédés

- Après la décroissance observée depuis début avril, **le nombre de signalements reste très faible depuis début mai** (Figure 12).
- **Le nombre de décès chez les résidents** a atteint un pic début avril et décroît continuellement depuis (Figure 13).

Figure 12. Nombre de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19 (n=6 484), par date de début des signes du premier cas, du 1<sup>er</sup> mars au 29 juin 2020, France (hors Ile-de-France).

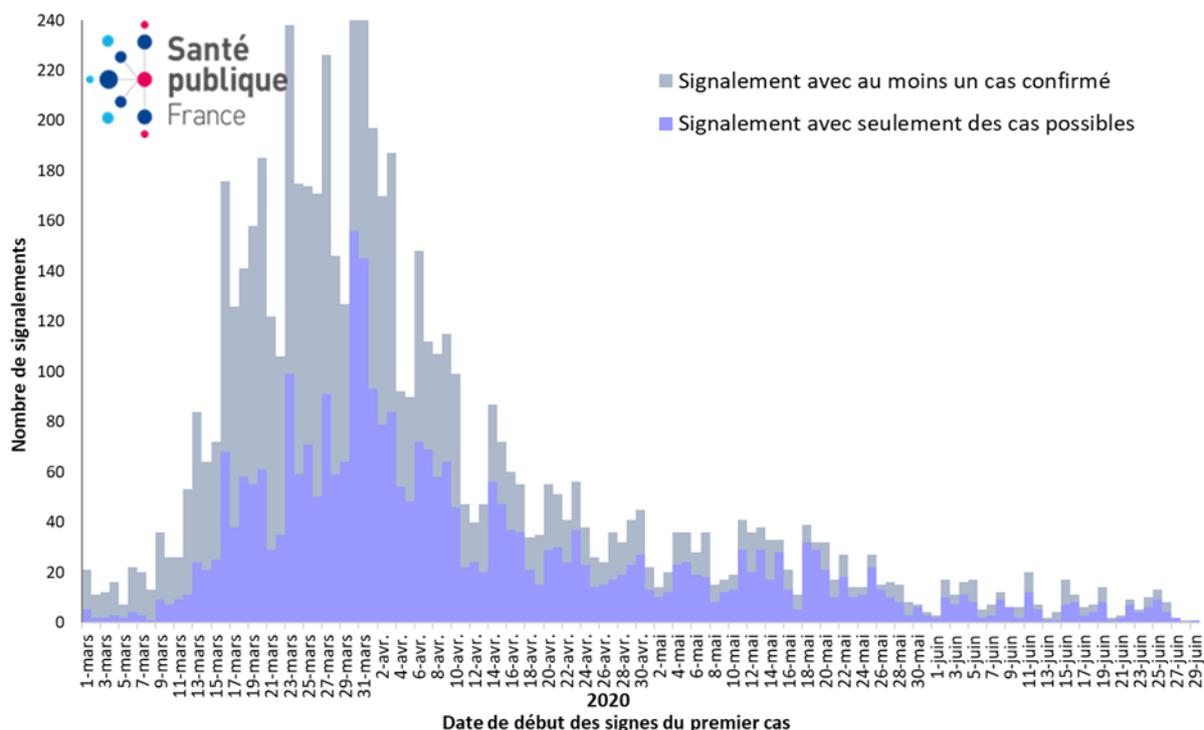
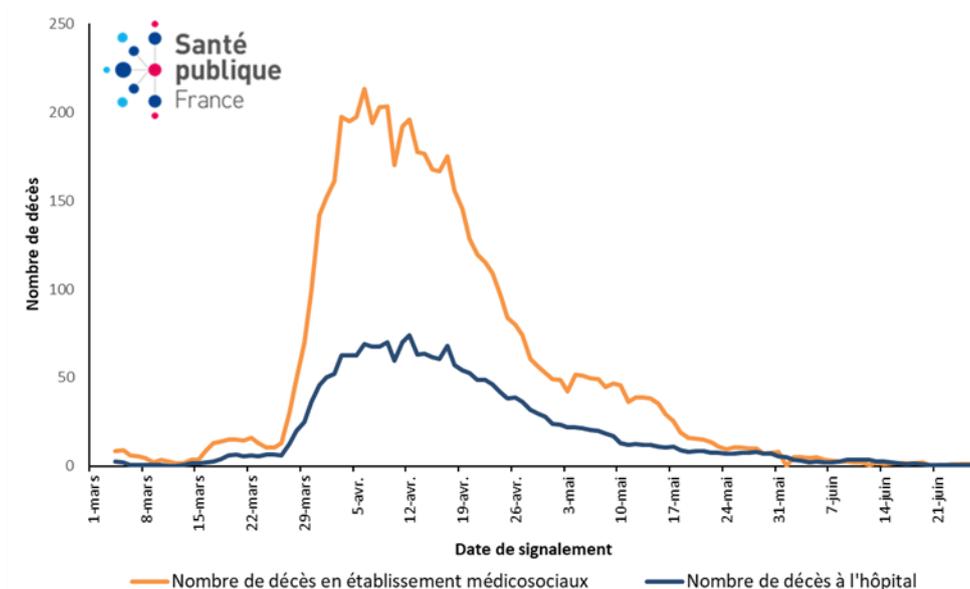


Figure 13. Nombre moyen (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès, rapportés du 1<sup>er</sup> mars au 29 juin 2020, en France hors Ile-de-France.



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

- En semaine 26 (du 22 au 28 juin 2020), **1 363 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période, représentant 0,5% de l'activité totale des services d'urgence du réseau OSCOUR®.
- Ces passages étaient en **légère baisse** de 2% par rapport à la semaine 25 avec une part d'activité stable (1 387 passages et 0,5% de l'activité totale en S25 respectivement – données consolidées au 30 juin) (Figure 14).
- En semaine 26, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 enregistrés au niveau national, 17% ont été enregistrés en Île-de-France, 15% en Guyane et 8% en Auvergne-Rhône-Alpes.
- En semaine 26, les passages aux urgences étaient en baisse ou se maintenaient à un niveau bas pour la **13<sup>ème</sup> semaine consécutive** au niveau national et régional (Figure 15). Chez les **enfants**, on observe une **première semaine de hausse** dans de faibles effectifs (+25 passages) après 5 semaines de baisse.
- La proportion d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19, indicateur de gravité à l'arrivée aux urgences, était en légère baisse à 36% en semaine S26 (versus 40% en S25 - données consolidées au 30 juin 2020).
- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, **170 088 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 30 juin 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

Figure 14. Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et classe d'âge, depuis le 26 février 2020, France (source: OSCOUR®)

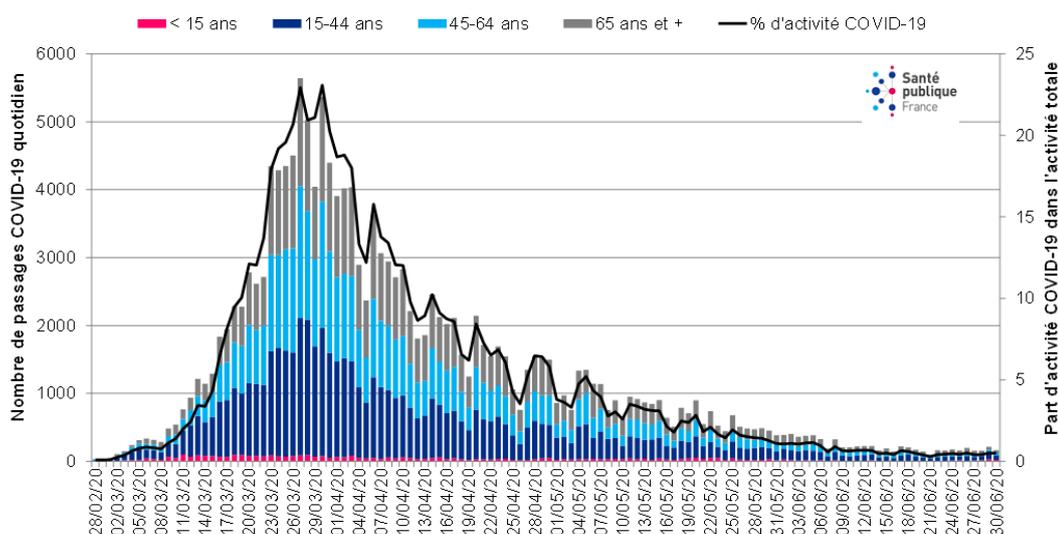
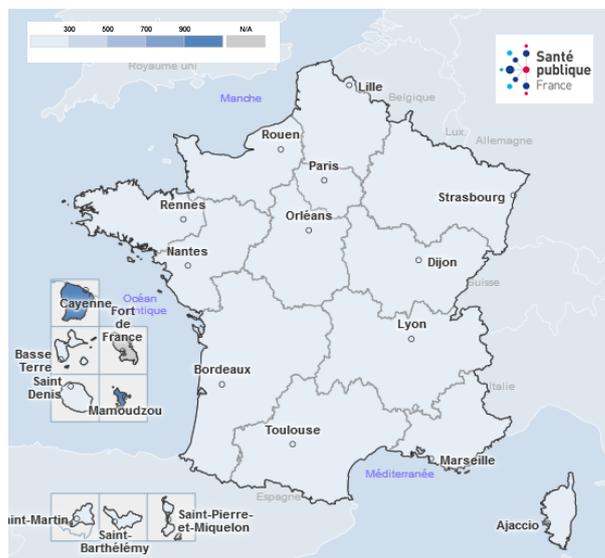


Figure 15. Taux hebdomadaires de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, semaine 26, France (source : OSCOUR®)



## Nombre de reproduction effectif «R effectif»

Le nombre de reproduction  $R$  (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori [1], avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. A partir de cette semaine, les estimations régionales sont produites à partir des données du dispositif SI-DEP (nombre quotidien de tests PCR positifs), en remplacement de l'indicateur  $R$  calculé à partir des passages aux urgences (OSCOUR®). L'avantage de cet indicateur est de reposer sur les données des cas confirmés de COVID-19 et de s'appuyer sur un recours au test qui a vocation à intervenir rapidement après la survenue des signes évocateurs de COVID-19. Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas. Le  $R$  effectif estimé à partir de ces données est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ 1 à 2 semaines auparavant (intégrant le délai entre la contamination et le test, et le fait que le calcul est effectué sur une période de 7 jours). Le nombre de tests positifs peut être influencé par les actions locales de dépistage, en particulier en cas d'identification de clusters, qui permettent d'identifier des infections asymptomatiques. **Les valeurs de  $R$  ne doivent donc pas être interprétées de façon isolée, mais doivent être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse fine de la situation locale.**

Les estimations du nombre de reproduction sont basées sur les nombre de tests PCR positifs au SARS-CoV-2 réalisés entre le **21 juin et le 27 juin 2020** remontés par le système SI-DEP.

- Le nombre de reproduction au niveau de la **France métropolitaine est de 0,90** (intervalle de confiance (IC95% : 0,86-0,94) (Tableau 3) et reste stable **depuis la semaine précédente** ( $R$  effectif=0,92 ; IC95% : 0,89-0,96). L'indicateur reste significativement inférieur à 1, ce qui signifie qu'une personne infectée en contamine moins d'une autre et que par conséquent l'épidémie continue de régresser sur le territoire métropolitain.
- **Le nombre de reproduction  $R$  estimé est inférieur à 1 dans la majorité des régions.** Le nombre de reproduction estimé en **Guyane est toujours élevé ( $R=1,42$  ; IC95% : 1,34-1,50), mais en diminution par rapport à la semaine précédente avec  $R = 2,50$ .**
- Aucune région métropolitaine ne présente un  **$R$  significativement supérieur à 1.**
- Les régions Auvergne-Rhône-Alpes (1,10; IC95% : 0,97-1,25), Bretagne (1,22; IC95% : 0,82-1,69), Normandie (1,01; IC95% : 0,84-1,20) et La Réunion (1,23; IC95% : 0,68-1,95) ont des estimations légèrement supérieures à 1 mais **non significativement** supérieures (valeur « 1 » comprise dans l'intervalle de confiance) (Tableau 3).

**Tableau 3 : Nombre de reproduction effectif ( $R$  effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2 par région, France entière, sur 7 jours glissants, du 21 au 27 juin 2020 (Source : SI-DEP)**

Régions	$R$ effectif	Intervalle de confiance (95%)
Auvergne-Rhône-Alpes	1,10	0,97-1,25
Bourgogne-Franche-Comté	0,95	0,71-1,23
Bretagne	1,22	0,82-1,69
Centre-Val de Loire	0,90	0,69-1,15
Corse	NC	
Grand Est	0,63	0,54-0,73
Hauts-de-France	0,94	0,84-1,06
Ile-de-France	0,96	0,89-1,03
Normandie	1,01	0,84-1,20
Nouvelle-Aquitaine	0,94	0,69-1,22
Occitanie	0,93	0,77-1,11
Pays de la Loire	0,83	0,67-1,01
Provence-Alpes-Côte d'Azur	0,60	0,48-0,74
<b>France métropolitaine</b>	<b>0,90</b>	<b>0,86-0,94</b>
Guadeloupe	NC	
La Réunion	1,23	0,68-1,95
Martinique	NC	
Mayotte	0,96	0,80-1,14
Guyane	1,42	1,34-1,50

NC : le taux de reproduction n'est pas calculable de façon fiable en raison d'un nombre de cas insuffisant sur les 7 derniers jours.

[1] Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A new framework and software to estimate time-varying reproduction numbers during epidemics. Am. J. Epidemiol. 2013; 178, pp. 1505-1512

# Surveillance en milieu hospitalier

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

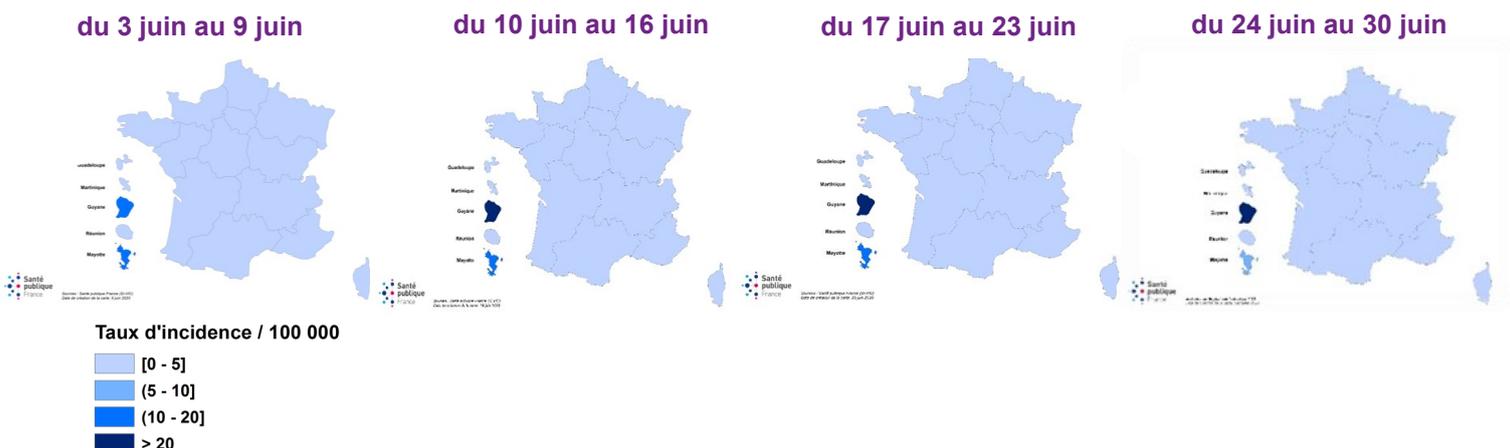
- Depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020, 1 502 établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Parmi les **104 620 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1<sup>er</sup> mars (Tableau 4) :
  - L'âge médian des patients est de 72 ans et 53% sont des hommes.
  - 19 346 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
  - 76 274 patients sont retournés à domicile.
- Le 30 juin 2020, **8 536 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 602 cas en réanimation.**

**Tableau 4. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 30 juin 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1<sup>er</sup> mars par classe d'âge et par région, France (source : SI-VIC)**

	Le 30 juin 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Total</b>	8 536		602		76 274		19 346	
<b>Classes d'âge *</b>								
<b>Total</b>	8 458		596		75 759		19 238	
0-14 ans	35	<1	2	<1	874	1	3	<1
15-44 ans	477	6	58	10	10 264	14	194	1
45-64 ans	1 675	20	222	37	22 175	29	1 993	10
65-74 ans	1 849	22	207	35	14 404	19	3 426	18
75 et +	4 422	52	107	18	28 042	37	13 622	71
<b>Régions *</b>								
<b>Total</b>	8491		574		76 264		19 326	
<b>Métropole</b>								
Auvergne-Rhône-Alpes	503	6	27	5	7 699	10	1 737	9
Bourgogne-Franche-Comté	147	2	11	2	3 845	5	1 038	5
Bretagne	93	1	3	1	1 269	2	259	1
Centre-Val de Loire	422	5	16	3	1 943	3	546	3
Corse	14	<1	1	0	244	<1	59	<1
Grand Est	1 126	13	53	9	12 113	16	3 563	18
Hauts-de-France	1 001	12	68	11	6 312	8	1 830	9
Ile-de-France	3 943	46	298	51	27 570	36	7 441	39
Normandie	220	3	7	1	1 651	2	433	2
Nouvelle-Aquitaine	82	1	12	2	2 177	3	418	2
Occitanie	73	1	13	2	2 880	4	512	3
Pays de la Loire	157	2	5	1	2 073	3	467	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	493	6	24	4	5 449	7	949	5
<b>Outre-Mer</b>								
La Réunion	17	<1	4	1	142	<1	2	<1
Martinique	14	<1	5	1	89	<1	14	<1
Mayotte	35	<1	4	1	358	<1	28	<1
Guadeloupe	10	<1	4	1	80	<1	15	<1
Guyane	141	2	19	3	370	<1	15	<1

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

**Figure 16. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 3 et le 30 juin, France (source : SI-VIC)**



- Les **plus forts taux hebdomadaires d'hospitalisations** (du 24 au 30 juin) de patients COVID-19 ont été observés en **Guyane** (53,0/100 000 habitants) et à **Mayotte** (7,5/100 000 h). En Guyane, le taux d'hospitalisation était en augmentation (50,6/100 000 h la semaine précédente). A Mayotte, le taux d'hospitalisation a amorcé une diminution (10,7/100 000 habitants la semaine précédente).
- Dans toutes les régions de France métropolitaine, il a été observé une diminution ou une stabilisation à des niveaux bas des taux d'hospitalisations.
- Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a continué de décroître en semaine 26 (du 22 au 28 juin) : 666 en S26 versus 763 en S25 (Figure 17).
- Le nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés est en **constante diminution** depuis le 14 avril (Figure 18).

Figure 17. Nombre journalier de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés et nombre d'établissements déclarant, données au 30 juin 2020, France (source : SI-VIC)

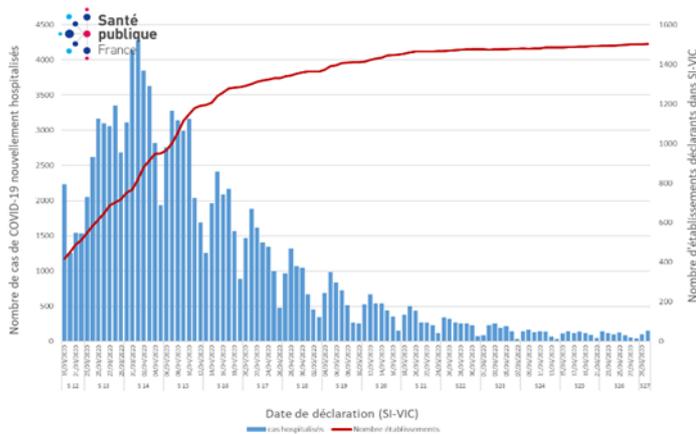
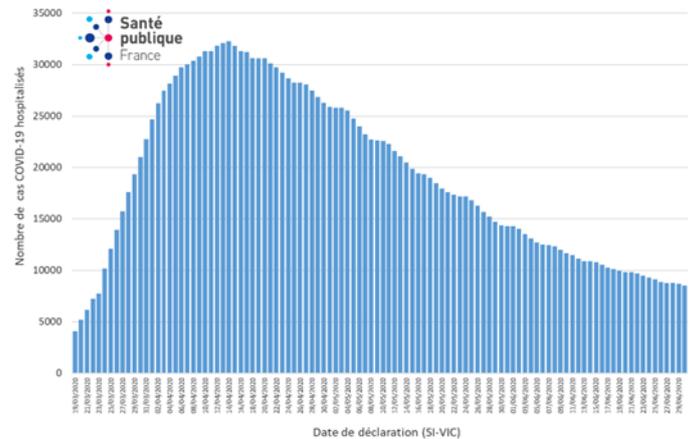


Figure 18. Nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés en France, données au 30 juin 2020 (source : SI-VIC)



- **Au 30 juin 2020**, 602 cas de COVID-19 sont toujours hospitalisés en réanimation en France et 8 nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation ont été rapportées (Figures 19 et 20).
- Le **nombre hebdomadaire de nouvelles admissions** en réanimation reste stable en semaine 26 (82 en S26 versus 77 en S25) (Figure 19).
- Le **nombre journalier de cas hospitalisés en réanimation** est toujours en diminution depuis le 8 avril (Figure 20) et se maintient depuis le 9 juin en dessous de 1 000 patients.
- Le taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 continue d'augmenter en Guyane (Figure 21). Sur la **semaine du 24 au 30 juin**, les plus forts taux ont été observés en Guyane (5,2/100 000 habitants). A Mayotte, après plusieurs semaines à un niveau élevé, ce taux amorce une diminution pour la semaine du 24 au 30 juin, passant de 2,15 la semaine précédente à 0,36/100 000 habitants.

Figure 19. Nombre journalier de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, données au 30 juin 2020, France (source : SI-VIC)

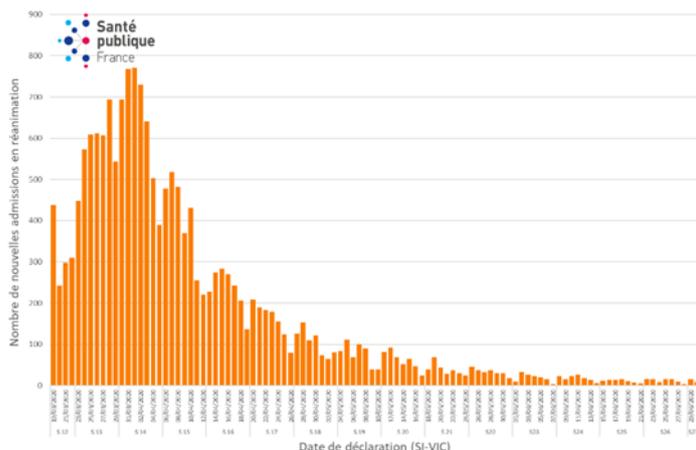


Figure 20. Nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés en réanimation, données au 30 juin 2020, France (source : SI-VIC)

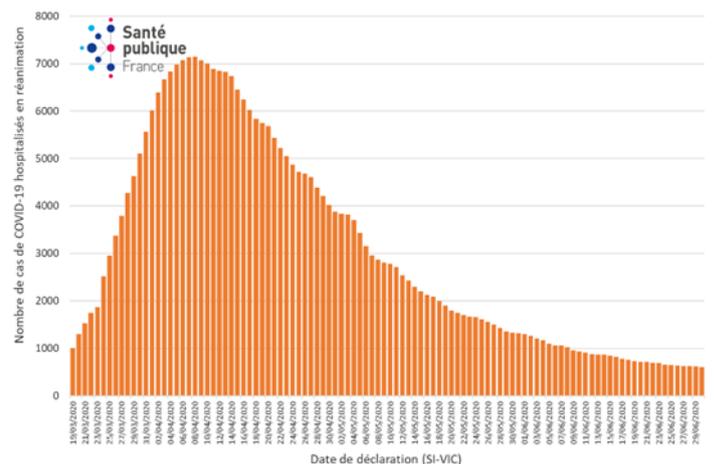
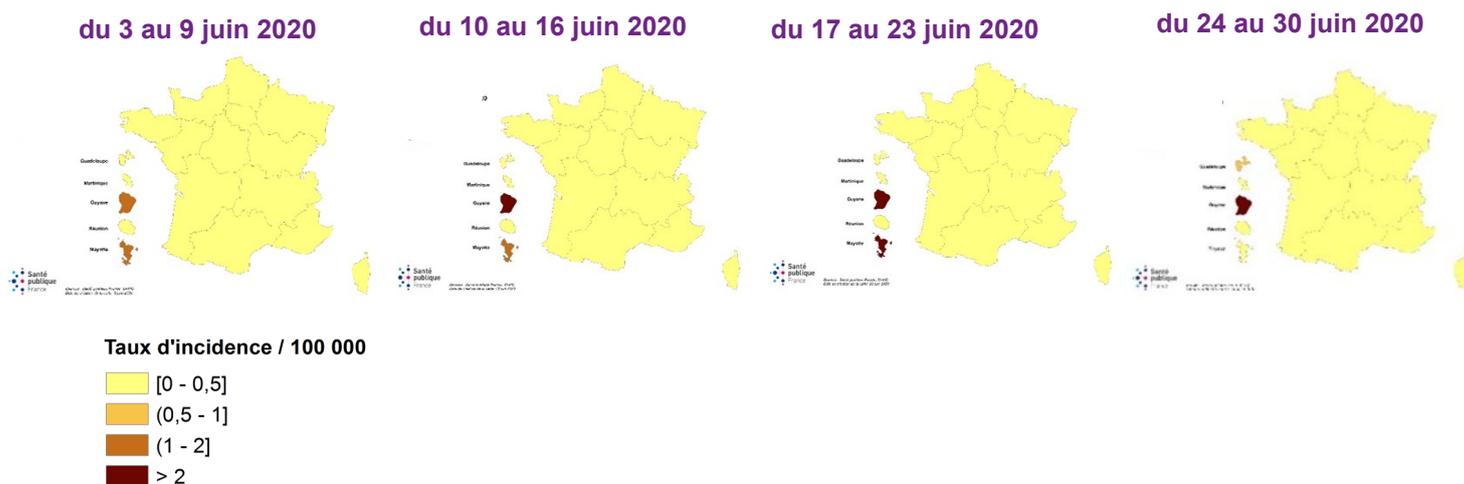


Figure 21. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 3 et le 30 juin, France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire de décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 continue de diminuer en semaine 26 (126 en S26 versus 171 en S25) (Figure 22).
- Le nombre hebdomadaire des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation était de 1 545 en semaine 26 (versus 1 608 en S25) (Figure 23).

Figure 22. Nombre journalier de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19, France, données au 30 juin 2020 (source : SI-VIC)

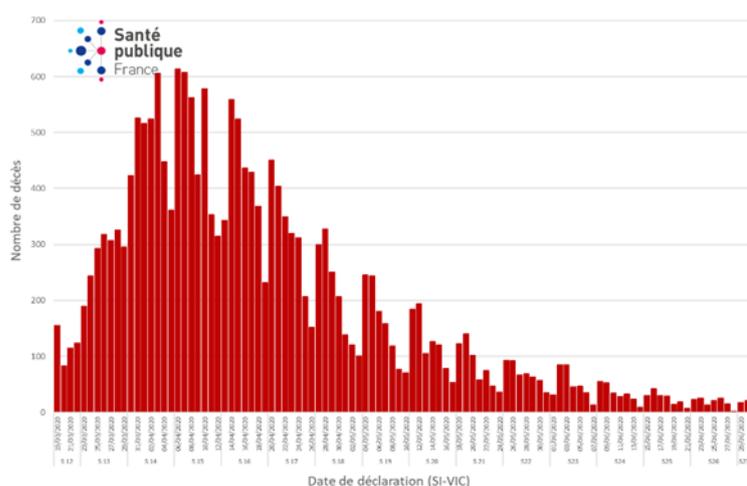
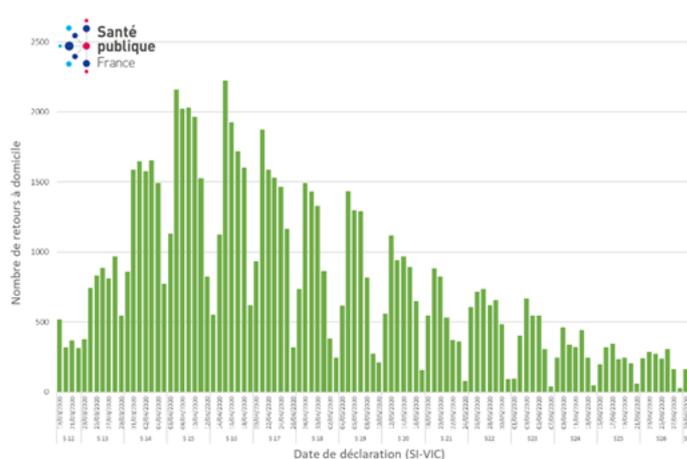


Figure 23. Nombre journalier de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19, France, données au 30 juin 2020 (source : SI-VIC)



## Surveillance des professionnels des établissements de santé

Le recensement des professionnels salariés d'un établissement de santé (ES) d'hospitalisation, public ou privé, ayant été infectés par le SARS-CoV-2 a rapporté **31 171 professionnels infectés** entre le 1er mars et le 21 juin 2020.

Parmi les professionnels, **84% sont des professionnels de santé**, 29% sont infirmiers, 24% aides-soignants et 10% médecins.

En tenant compte des effectifs de professionnels fournis par la base SAE 2018, et en considérant la catégorie professionnelle, aides-soignants (3,4%) et internes (3,1%) sont les professions proportionnellement les plus impactées par le SARS-CoV-2.

Parmi ces 31 171 cas, 16 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2 ont été rapportés depuis le 1er mars 2020, dont 5 médecins, 4 aides-soignants, 1 professionnel de santé "autre" et 6 personnels non soignants.

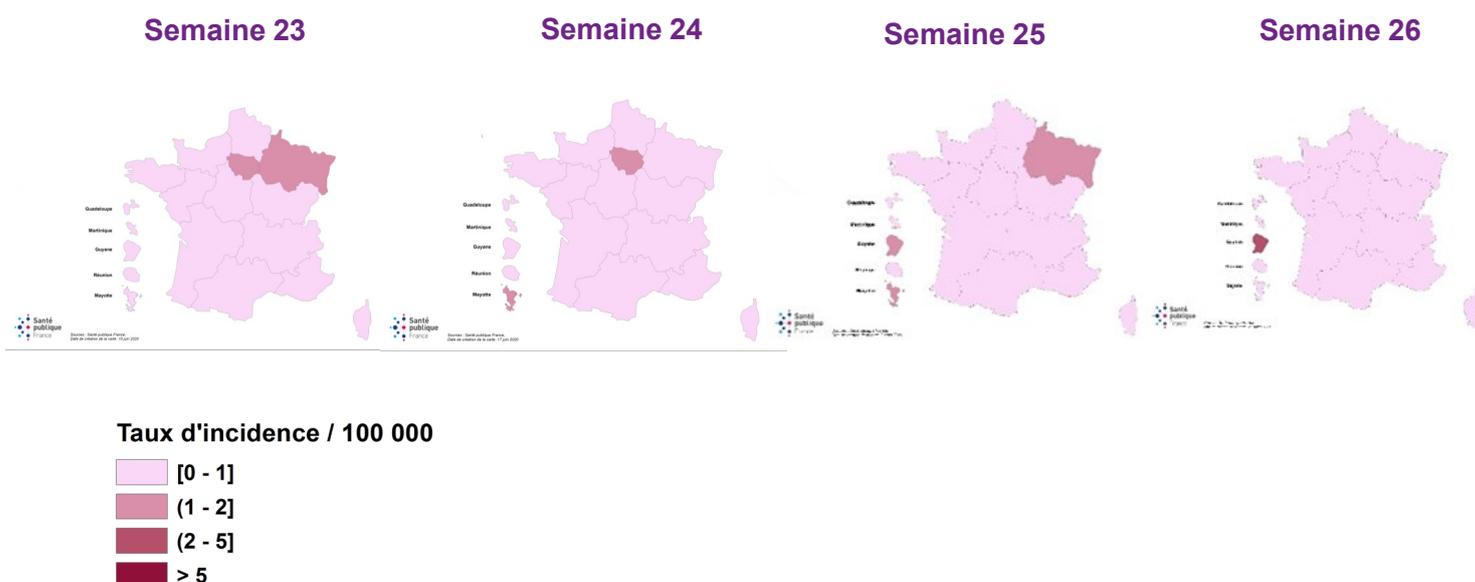
En cohérence avec les autres indicateurs épidémiologiques et le faible niveau de circulation du virus dans la majorité des départements français (hors Guyane et Mayotte), le nombre de professionnels infectés déclarés par semaine est en diminution constante entre la semaine 16 (2 346 cas déclarés) et la semaine 25 (16 cas déclarés, donnée à consolider). La surveillance se poursuit néanmoins. Considérant cette évolution, les données paraîtront dans le PE hebdomadaire de l'agence de façon plus espacée dans les mois à venir. Vous pouvez retrouver l'ensemble des résultats disponibles au [30 juin](#) sur le site de Santé publique France.

# Surveillance de la mortalité

## Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

- Les estimations de la mortalité due à la COVID-19 sont basées sur le nombre de patients décédés au cours d'une hospitalisation (données SI-VIC) et le nombre de résidents décédés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (hors hospitalisation).
- Entre le **1er mars et le 30 juin 2020**, **29 843** décès de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : 19 346 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 497 décès parmi des résidents en EHPA et autres EMS.
- Au moins 93% des cas de COVID-19 décédés sont âgés de 65 ans ou plus.
- **Au niveau national**, le nombre hebdomadaire de décès en France a diminué entre les semaines 25 et 26 (164 en S26 vs 242 en S25). Le taux de décès hebdomadaire (pour 100 000 habitants) à l'échelle nationale est également à la baisse : il était de 0,24 en S26 contre 0,36 en S25.
- **En semaine 26**, les plus forts taux de décès de patients COVID-19 rapportés à la population (pour 100 000 habitants) étaient observés dans les régions Guyane (2,5/100 000 h), Mayotte (0,7/100 000 h) et Grand-Est (0,6/100 000 h). Pour toutes les autres régions, ce taux était inférieur à 0,5 /100 000 habitants (Figure 24).
- Les **taux hebdomadaires de décès** (pour 100 000 habitants) continuent de diminuer entre la semaine 25 et 26 ou restent stables dans la plupart des régions (Figure 24), excepté dans deux régions. Les taux sont en augmentation en Guyane (2,5 décès / 100 000 h en S26 vs 1,07/100 000 h en S25) et en Auvergne-Rhône-Alpes (0,42 décès / 100 000 h en S26 vs 0,26/100 000 h en S25).

Figure 24 : Taux de décès due à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en Ehpa et autres EMS) S23 (du 1<sup>er</sup> au 7 juin), S24 (du 8 au 14 juin), S25 (du 15 au 21 juin), S26 (du 22 au 28 juin) par région en France (source : SI-VIC et ESMS)



## Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020, **11 116 certificats de décès** contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 5).
  - L'âge médian au décès était de 84 ans et 91% avaient 65 ans et plus.
  - Les hommes représentaient 54% de ces décès.
- Des **comorbidités** étaient renseignées pour 7 321 décès, soit **66%** des certificats de décès. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 25% de ces décès et une mention de pathologie cardiaque pour 34% de ces décès.
- Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 3% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.

**Tableau 5 : 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 29 juin 2020 (données au 30 juin 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)**

Sexe	n	%
Hommes	6 023	54

Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité <sup>1</sup>		Avec comorbidités <sup>1</sup>		Total <sup>2</sup>	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	1	100	1	0
15-44 ans	34	33	68	67	102	1
45-64 ans	276	28	696	72	972	9
65-74 ans	567	33	1165	67	1732	16
75 ans ou plus	2917	35	5391	65	8308	75
<b>Tous âges</b>	<b>3794</b>	<b>34</b>	<b>7321</b>	<b>66</b>	<b>11115</b>	<b>100</b>

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	7321	66
Aucune ou non renseigné	3795	34

Description des comorbidités	n	%
Obésité	438	6
Diabète	1193	16
Pathologie respiratoire	956	13
Pathologie cardiaque	2489	34
Hypertension artérielle	1815	25
Pathologies neurologiques*	669	9
Pathologie rénale	911	12
Immunodéficience	168	2

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

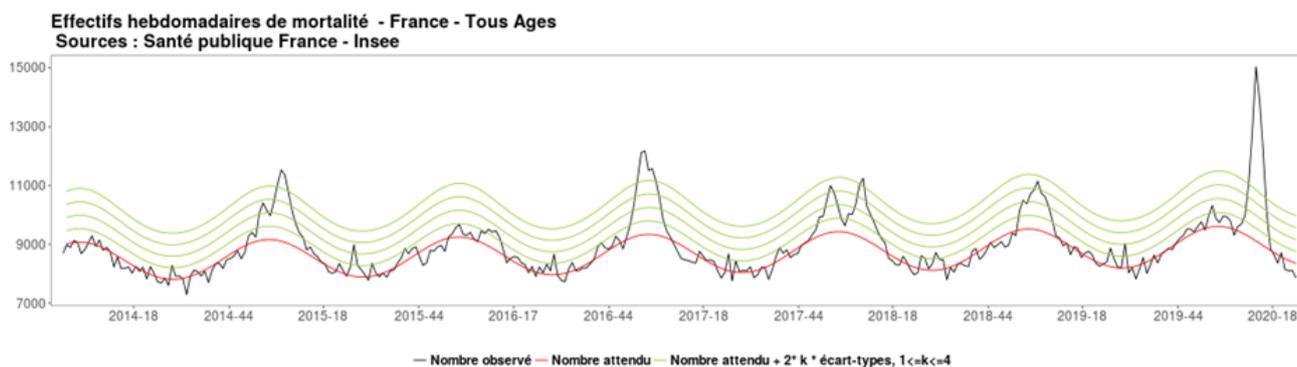
<sup>1</sup>% présentés en ligne ; <sup>2</sup>% présentés en colonne

## 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.

- Au niveau national, depuis la semaine 18 (du 27 avril au 3 mai), la mortalité est revenue dans les marges de fluctuation habituelle, tous âges confondus (Figure 25).
- Au niveau régional, aucune région n'est en excès de mortalité depuis la semaine 22. On note même une légère sous-mortalité dans les régions Bretagne, PACA et Bourgogne-Franche-Comté (S22), ainsi qu'en Occitanie (S23).

**Figure 25 : Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 49-2013 à la semaine 25-2020 (Source Santé publique France - Insee)**

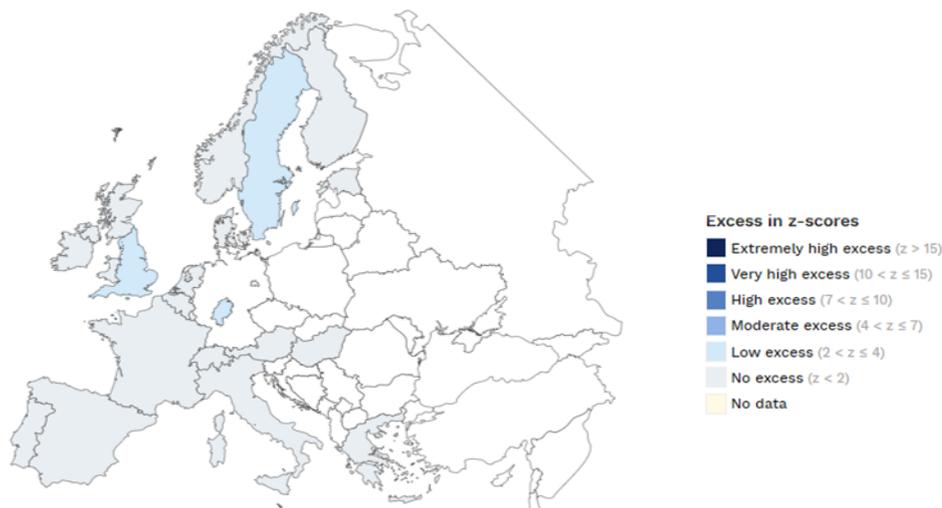


Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines.

## 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, la mortalité est en recul dans la plupart des pays ou régions ayant observé un excès de mortalité.
- Un excès de mortalité était encore observé dans 5 pays/régions en semaine 21 et dans 3 pays/régions en semaines 21, 22 et 23 (Figure 26).

**Figure 26: Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 24-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 24 juin) (Source : Euromomo)**



# Prévention

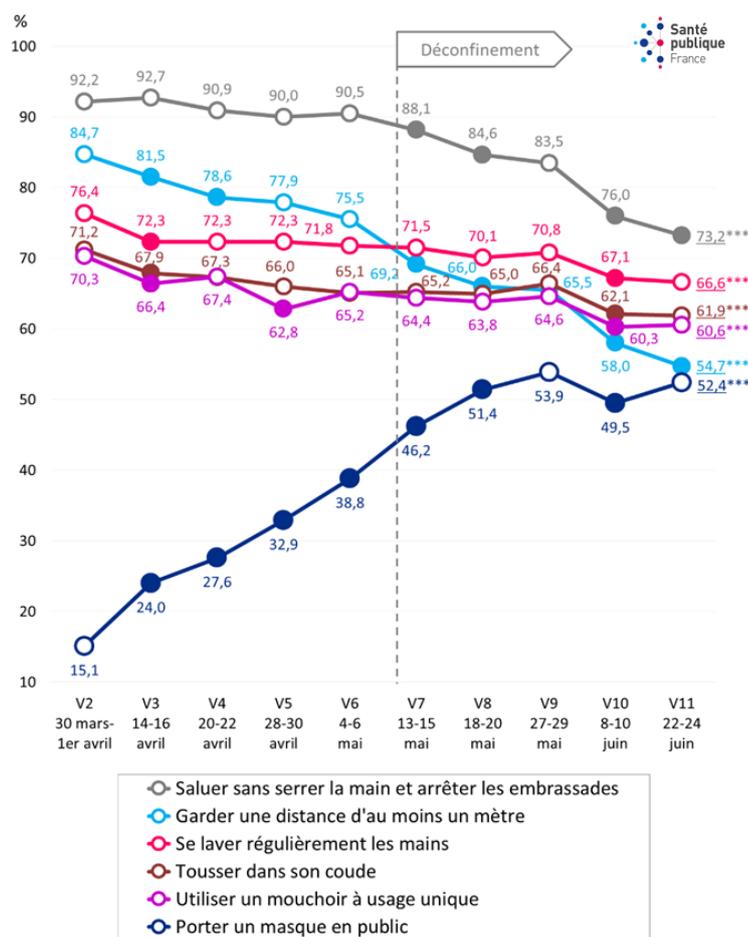
## Mesures et suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale

**Enquête Santé publique France CoviPrev** : enquêtes Internet répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (*Access panel*). Résultats **Vague 1** (23-25 mars), **Vague 2** (30 mars-1<sup>er</sup> avril), **Vague 3** (14-16 avril), **Vague 4** (20-22 avril), **Vague 5** (28-30 avril), **Vague 6** (4-6 mai), **Vague 7** (13-15 mai), **Vague 8** (18-20 mai), **Vague 9** (27-29 mai), **Vague 10** (8-10 juin) et **Vague 11** (22-24 juin). Données redressées sur le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, la catégorie d'agglomération et la région d'habitation.

### 1) Adoption des mesures de prévention

- En vague 11 (22-24 juin), l'adoption systématique des mesures de prévention « Saluer sans se serrer la main et arrêter les embrassades » et « Garder une distance d'au moins 1 mètre » continue de diminuer (-15 points depuis la levée du confinement ; figure 27).
- L'adoption systématique des mesures d'hygiène (se laver régulièrement les mains ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique), bien qu'ayant globalement diminué depuis la levée du confinement, est restée stable entre la vague 10 et la vague 11 (figure 27).
- Le port systématique du masque en public a progressé jusqu'en vague 8 (2 semaines après la levée du confinement), puis a diminué entre les vagues 9 et 10. L'évolution à la hausse constatée entre les vagues 10 et 11 n'est pas significative (Figure 27).

Figure 27. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020



**Notes de lecture.** Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté,  $p < 0,05$ . Lorsque la dernière proportion de la série (vague 11) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 2), test de Wald ajusté, \* :  $p < 0,05$  ; \*\* :  $p < 0,01$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$  ; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période postconfinement (vague 7), test de Wald ajusté,  $p < 0,05$ .

- En vague 11 (22-24 juin), le fait d'être un homme ou d'avoir un faible niveau de littératie est associé à une moindre adoption des mesures de prévention pour les trois indicateurs (nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées, adoption systématique de la distance d'au moins 1 mètre et du port du masque en public, tableau 6).
- En vague 11 (22-24 juin), avoir entre 35 et 49 ans est associé à une moindre adoption du port systématique du masque en public et avoir moins de 35 ans est associé à une moindre adoption systématique des mesures d'hygiène et de la distance d'au moins un mètre (Tableau 6).

**Tableau 6. Caractéristiques sociodémographiques associées à une moindre adoption des mesures de prévention (vague 11: 22-24 juin 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020**

	Moindre nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées parmi 4 <sup>1</sup>	Moindre pourcentage d'adoption systématique de la distance d'au moins 1 mètre	Moindre pourcentage d'adoption systématique du port du masque en public
Sexe	Hommes	Hommes	Hommes
Classe d'âge (en 5 classes)	18-34 ans	18-34 ans	35-49 ans
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)			
Littératie en santé <sup>a</sup>	Faible	Faible	Faible
Présente une limitation fonctionnelle depuis au moins 6 mois <sup>b</sup>		Non	Non

**Note de lecture :** Les associations entre chacun des 3 indicateurs d'adoption systématique des mesures de prévention et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (test de Wald ajusté,  $p < 0,05$ ). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à une moindre adoption, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. <sup>a</sup>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 (échelle *Health Literacy Questionnaire*, Dimension 5). <sup>b</sup>Limitation fonctionnelle : être limité depuis au moins 6 mois à cause d'un problème de santé dans les activités que font les gens habituellement. <sup>1</sup>4 mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique. Les cases sont vides lorsque les variables ne sont pas associées.

- En vague 11 (22-24 juin), les facteurs cognitifs qui déterminent l'adoption systématique des mesures de prévention pour les trois indicateurs (nombre de mesures d'hygiène, distance d'au moins 1 mètre et port du masque en public ; tableau 7) sont la norme sociale perçue (approbation et adoption des mesures de prévention par les proches), le fait de se sentir capable d'adopter les mesures de prévention et de les percevoir comme peu contraignantes.

**Tableau 7. Déterminants cognitifs et affectifs de l'adoption des mesures de prévention (vague 11 : 22-24 juin 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.**

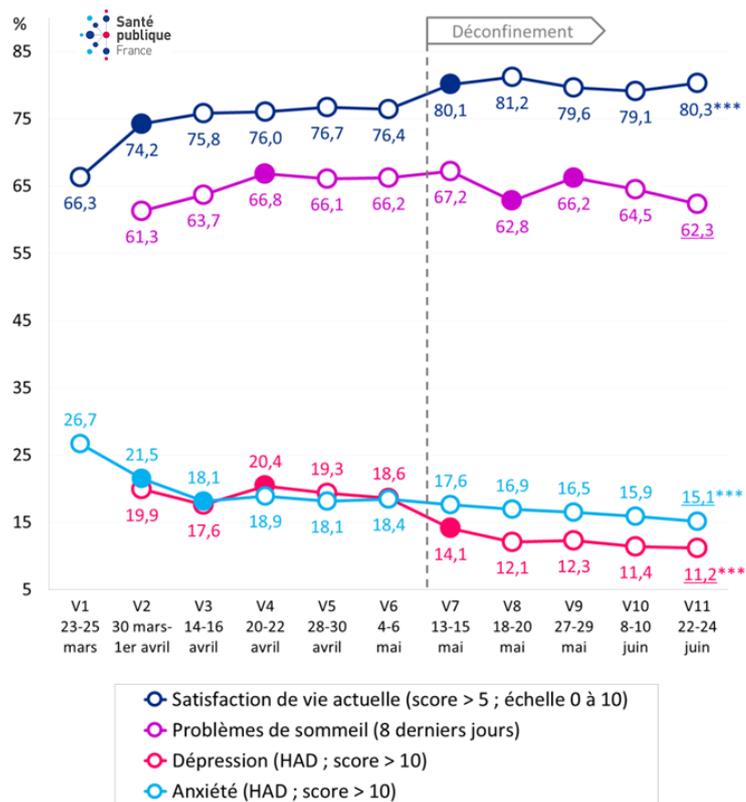
	Nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées parmi 4 <sup>1</sup>	Adoption systématique de la distance d'au moins 1 mètre	Adoption systématique du port du masque en public
Percevoir les mesures de prévention comme efficaces	*		
Percevoir les mesures de prévention comme peu contraignantes	***	***	*
Approbation et adoption des mesures par les proches (norme sociale perçue)	***	***	***
Se sentir capable d'adopter les mesures de prévention	***	***	***
Ressentir de l'inquiétude à l'égard de l'épidémie de SARS-CoV-2			
Percevoir la COVID-19 comme grave	**		***
Se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2			***
Avoir une bonne connaissance des modes de transmission du SARS-CoV-2	*		

**Note de lecture :** Les associations entre chacun des 3 indicateurs d'adoption systématique des mesures de prévention et les facteurs cognitifs et affectifs ont été testées, après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées à la situation épidémique et des autres facteurs cognitifs et affectifs (modèle de régression linéaire pour le nombre moyen des 4 mesures d'hygiène adoptées systématiquement et modèles de régressions logistiques pour l'adoption systématique de la distance d'1 mètre et celle du port du masque en public), test de Wald, \*\*\*:  $p < 0,001$  ; \*\*:  $p < 0,01$  ; \*:  $p < 0,05$ . <sup>1</sup>4 mesures d'hygiène : se laver régulièrement les mains ; saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique. Les cases sont vides lorsque les variables ne sont pas associées.

## 2) Santé mentale

- Les indicateurs de santé mentale des répondants continuent de s'améliorer en vague 11, avec une diminution significative des états dépressifs, des états anxieux et des problèmes de sommeil depuis la levée du confinement (Figure 28).

**Figure 28. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés), Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020**



**Notes de lecture.** Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et région d'habitation. Lorsqu'une marque (rond) est pleine, la proportion est significativement différente de celle de la vague précédente, test de Wald ajusté,  $p < 0,05$ . Lorsque la dernière proportion de la série (vague 11) est associée à une étoile, cette proportion est significativement différente de celle du premier point de la série (vague 1 ou 2 selon l'indicateur), test de Wald ajusté, \* :  $p < 0,05$  ; \*\* :  $p < 0,01$  ; \*\*\* :  $p < 0,001$  ; lorsqu'elle est soulignée, cette proportion est significativement différente de celle de la première vague de la période postconfinement (vague 7), test de Wald ajusté,  $p < 0,05$ . HAD : Hospital Anxiety and Depression scale.

En vague 11 (22-24 juin) :

- être âgé de 25 à 34 ans, être dans une situation d'inactivité professionnelle ou dans la catégorie des CSP moins (ouvrier, employé, personnel de service), déclarer une situation financière très difficile ou déclarer des antécédents de troubles psychologiques est associé à une santé mentale plus dégradée pour les trois indicateurs : anxiété, dépression, problèmes de sommeil (Tableau 8).
- les femmes déclarent davantage d'états anxieux et de problèmes de sommeil que les hommes et les personnes présentant un risque de développer une forme grave de COVID-19 déclarent davantage de problèmes de sommeil.

**Tableau 8. Caractéristiques sociodémographiques associées à l'anxiété, la dépression et aux problèmes de sommeil, en vague 11 (22-24 juin 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.**

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD <sup>a</sup> )	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD <sup>a</sup> )	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)
Sexe	Femmes		Femmes
Classe d'âge (en 5 classes)	25-34 ans	25-34 ans	25-34 ans
Catégorie socioprofessionnelle (chômeurs et retraités recodés)	CSP- / Inactifs	CSP- / Inactifs	CSP- / Inactifs
Situation financière perçue	Très difficile	Très difficile	Très difficile
Présente un risque de développer une forme grave de COVID-19 <sup>b</sup>			Oui
Antécédents de trouble psychiatrique	Oui	Oui	Oui

**Note de lecture :** Les associations entre chacun des 3 indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil) et les variables sociodémographiques ont été testées grâce à des analyses bivariées (Test de Wald ajusté,  $p < 0,05$ ). Sont présentées les modalités des variables sociodémographiques associées à un trouble plus élevé, en comparaison de l'ensemble des autres modalités de la variable. <sup>a</sup>HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*. <sup>b</sup>Facteurs de risque de développer une forme grave de COVID-19 : diabète ; hypertension artérielle ; problème respiratoire ou pulmonaire ; problème cardiaque ou cardiovasculaire ; problème rénal ; cancer avec traitement en cours ; obésité (IMC>30). Les cases sont vides lorsque les variables ne sont pas associées.

En vague 11 (22-24 juin) :

- le fait de se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2 est associé à une santé mentale plus dégradée pour les trois indicateurs : anxiété, dépression, problèmes de sommeil (Tableau 9).
- le fait de percevoir les mesures de prévention comme peu efficaces ou de percevoir la COVID-19 comme une maladie grave est également associé aux états anxieux (Tableau 9).

**Tableau 9. Déterminants cognitifs de l'anxiété, de la dépression et des problèmes de sommeil, en vague 11 (22-24 juin 2020). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.**

	Anxiété (score > 10 sur l'échelle HAD <sup>a</sup> )	Dépression (score > 10 sur l'échelle HAD <sup>a</sup> )	Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)
Percevoir les mesures de prévention comme peu efficaces	***		
Percevoir les mesures de prévention comme contraignantes			
Moindre approbation et adoption des mesures par les proches (norme sociale perçue)			
Se sentir peu capable d'adopter les mesures de prévention			
Percevoir la COVID-19 comme grave	**		
Se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2	**	**	***
Avoir une mauvaise connaissance des modes de transmission du SARS-CoV-2			

**Note de lecture :** Les associations entre chacun des 3 indicateurs présentés (anxiété, dépression, problèmes de sommeil) et les facteurs cognitifs et affectifs ont été testées, après ajustement sur l'ensemble des variables sociodémographiques, des variables liées à la situation épidémique et des autres facteurs cognitifs et affectifs (modèle de régression logistique), test de Wald, \*\*\*:  $p < 0,001$  ; \*\*:  $p < 0,01$  ; \*:  $p < 0,05$ . <sup>a</sup>HAD : *Hospital Anxiety and Depression scale*. Les cases sont vides lorsque les variables ne sont pas associées.

**Suivi de cohorte de mars à juin 2020**

**Les résultats principaux de l'étude ViQuoP sont progressivement partagés sur le site de Santé publique France, pour les 6 thématiques suivantes :**

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

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



## Surveillance de la vaccination

L'analyse suivante a pour objectif d'identifier l'impact éventuel de la crise liée au COVID-19 et du confinement de la population sur les couvertures vaccinales des enfants. L'analyse réalisée par Santé publique France a porté sur les volumes de vaccins remboursés pour les enfants bénéficiaires du régime général, mesurés à partir des données du DCIR/SNDS (extraction début juin 2020). Ces données permettent de capturer la quasi-totalité des délivrances de vaccins effectuées au cours des mois de mars et d'avril 2020 ainsi qu'une partie des délivrances de vaccins du mois de mai.

Trois types de vaccins ont été étudiés afin de couvrir les principaux âges de vaccination de la petite enfance : vaccin hexavalent (diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, poliomyélite et Haemophilus influenzae de type b), vaccin contre le Méningocoque C et vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR). Les données de remboursement de vaccins de mars à mai 2020 ont été comparées aux données de la période analogue de 2019.

Les données produites sont à lire en termes de tendance évolutive entre 2019 et 2020 plutôt qu'en termes de véritable évaluation de la couverture vaccinale car, dans un souci de réactivité, les données ne sont pas calculées aux âges auxquels sont habituellement mesurées les couvertures vaccinales et car les données du mois de mai sont incomplètes.

Les proportions d'enfants vaccinés restent stables pour plusieurs vaccinations :

- la proportion des enfants âgés de 2 à 3 mois en avril 2020 ayant reçu une dose de vaccin hexavalent est stable en comparaison aux données de l'année précédente calculée à période équivalente (83,1% en 2020 vs 82,8% en 2019, évolution 2019-2020 : + 0,3 point)

- la proportion des enfants âgés de 5 ou 6 mois en avril 2020 ayant reçu la première dose de vaccin contre le Méningocoque C est stable en comparaison aux données de l'année précédente (79,4% en 2020 vs 78,7%, évolution 2019-2020 : + 0,7 point)

En revanche, **la proportion des enfants âgés de 13 ou 14 mois en avril ayant reçu la première dose de vaccin rougeole-oreillons-rubéole (ROR) a diminué en comparaison aux données de l'année précédente (76,5% en 2020 vs 79,1% en 2019), évolution 2019-2020 : - 2,5 points). Cette diminution a tendance à être plus marquée dans les régions où le virus SARS-CoV-2 a le plus circulé (-3,4 points en Auvergne-Rhône-Alpes, - 3,1 points en Grand-Est et -2,7 points en Ile-de-France).**

Les volumes de remboursement tous âges confondus, ont diminué pour ces trois vaccins entre mars et mai 2020 en comparaison avec la période équivalente de 2019 (-7,9% pour les vaccins hexavalents, -16,2% pour les vaccins contre le méningocoque C et -23,9% pour les vaccins ROR). Les évolutions sont cependant variables en fonction des âges. **Les diminutions étaient plus importantes pour les vaccins délivrés aux enfants âgés de 2 ans et plus et aux adolescents (Méningocoque C : - 59,2%, ROR : -57,1%)** que pour ceux délivrés aux enfants de moins de 2 ans (Méningocoque C : - 2,5%, ROR : -8,7%).

**Ces résultats témoignent essentiellement d'une diminution de l'activité de vaccination chez les enfants au-delà de 2 ans, dans le cadre du rattrapage.** Cette situation renvoie à l'avis de la CTV/HAS du 1er avril 2020 qui avait conclu en faveur de la nécessité de poursuivre la vaccination du nourrisson pendant le confinement mais de la possibilité de retarder les vaccinations des enfants plus grands.

**Il est, à présent, important que parents et professionnels de santé veillent au rattrapage des vaccinations non effectuées ces trois derniers mois chez les nourrissons mais également chez les enfants plus grands.**

## Synthèse — conclusion

**En France métropolitaine**, le pic épidémique en milieu communautaire a été observé en semaine 13 (23-29 mars), soit une semaine après la mise en œuvre des mesures de confinement de la population générale, le 17 mars 2020. Le nombre hebdomadaire le plus élevé de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a été observé au cours de la semaine 14 (30 mars - 5 avril). Les indicateurs ont ensuite suivi des évolutions à la baisse.

En semaine 26, la plupart des indicateurs épidémiologiques sont en baisse ou se maintiennent à des niveaux très bas. Le nombre de recours aux urgences (réseau OSCOUR<sup>®</sup>) de patients suspects COVID-19, le taux de positivité des prélèvements, les taux d'incidence ainsi que le taux de consultations (ou téléconsultations) pour une infection respiratoire aiguë (IRA) (Réseau Sentinelles) sont restés stables par rapport à la semaine précédente. Le nombre d'actes SOS médecins pour suspicion de COVID-19 est en revanche en augmentation entre les semaines 25 et 26 tout en restant à des niveaux faibles (2,1% de l'activité totale des médecins SOS médecins). Cette augmentation, qui touche notamment les moins de 15 ans, pourrait être liée à la reprise des activités scolaires dans le contexte de diagnostics systématiques pour toute personne présentant des symptômes évocateurs et à des pratiques de codage. Cette évolution doit être analysée au regard des autres indicateurs et notamment des taux de positivité des prélèvements. L'augmentation de l'activité SOS médecins ne s'accompagne ainsi pas d'une augmentation des taux de positivité pour SARS-CoV-2 chez les moins de 15 ans sur la période correspondante. Cet indicateur sera cependant suivi avec attention dans les prochaines semaines.

La quasi-exhaustivité des données SI-DEP associée à la recommandation de tester tout patient présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 ainsi que des sujets contacts de cas confirmés [1] permet, en principe, de disposer d'une estimation satisfaisante du nombre de cas réels de COVID-19 en France. Du 21 au 27 juin 2020, 3 306 cas confirmés de COVID-19 ont ainsi été identifiés en France. Cette estimation est cependant sous-estimée du fait que tous les patients ne sont pas testés et de part une moindre identification des patients asymptomatiques.

**En milieu hospitalier, le nombre de patients nouvellement hospitalisés continue de diminuer. Le nombre de patients actuellement en réanimation pour COVID-19 reste inférieur à 700 patients.**

Les clusters (hors épisodes familiaux en milieux restreints) sont identifiés et investigués par les agences régionales de santé (ARS) en lien avec les cellules régionales de Santé publique France. **Au 29 juin, 78 clusters survenus en France métropolitaine, sont en cours d'investigation.** Le nombre hebdomadaire de clusters signalés est stable sur les 4 dernières semaines. Les clusters en cours d'investigation sont principalement survenus dans des entreprises privées ou publiques, des établissements de santé ou des milieux familiaux élargis (plusieurs foyers familiaux concernés). Le signalement de ces clusters depuis la levée du confinement 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 diagnostiques et de la recherche active de cas autour de chaque patient infecté [1]. Ces clusters sont en cours d'investigation ou maîtrisés. **Il n'est pas rapporté à ce jour de diffusion communautaire non contrôlée.** Les clusters survenus dans les établissements médico-sociaux ont été suivis tout au long de l'épidémie et le nombre de nouveaux épisodes signalé par ces établissements est désormais très faible.

Le nombre hebdomadaire de **décès et le taux de décès** liés au COVID-19 pour 100 000 habitants sont **en diminution** depuis la semaine 15. **L'excès de mortalité toutes causes observé entre les semaines 12 et 17 (du 16 mars au 26 avril) a été particulièrement marqué dans les régions Grand Est et Ile-de-France où la circulation du SARS-CoV-2 a été intense.** Ces excès de mortalité sont à lier à l'épidémie de COVID-19, sans qu'il ne soit possible, à ce jour, d'en estimer la part attribuable précise. **La mortalité est désormais revenue dans les marges de fluctuation habituelle, aussi bien dans les analyses tous âges confondus que chez les personnes de 65 ans ou plus.** Un recul de la mortalité est actuellement observé dans la plupart des pays européens ayant rapporté un excès.

**Le nombre de reproduction effectif** (R effectif) représente le nombre moyen de personnes infectées (cas secondaires) par une personne infectieuse (cas index). Cet indicateur reflète la dynamique de transmission du virus. Le calcul de l'indicateur « nombre de reproduction effectif » (Reff) est effectué à partir des données SI-DEP. Les valeurs des Reff basées sur les données SI-DEP permettent de refléter la dynamique récente de circulation locale du virus. Il est important toutefois de souligner que ces estimations sont moins stables que celles calculées à partir des données des urgences hospitalières (OSCOUR<sup>®</sup>), car l'activité de diagnostic est plus impactée par les actions locales de dépistage que ne le sont les passages aux urgences, d'autant plus dans la situation actuelle de faible incidence.

**Aucune région de France métropolitaine ne présente de Reff significativement supérieur à 1.**

**La dynamique épidémiologique locale du COVID-19 doit être interprétée en prenant en compte les autres indicateurs disponibles** et la connaissance fine des actions locales mises en œuvre dans le cadre de la gestion du risque COVID-19 (en particulier, actions de dépistage ou investigations de clusters).

D'autres indicateurs peuvent être influencés par des activités de dépistage (nombre de tests positifs, taux d'incidence, activité de passages aux urgences). Les départements ayant mis en place ces actions peuvent ainsi observer une augmentation de ces indicateurs. Il est ainsi indispensable de les interpréter en tenant compte du contexte local et en les mettant en perspective avec les autres indicateurs produits. Des analyses contextualisées départementales, réalisées par les cellules régionales de Santé publique France en lien avec les Agences Régionales de Santé permettent une analyse précise de la situation.

**Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM)**, l'activité liée au SARS-CoV-2 était faible dans les Antilles et à La Réunion. En revanche, **à Mayotte et en Guyane, la situation épidémique incite à maintenir une vigilance accrue.**

**En Guyane, en semaine 26, les indicateurs restent à des valeurs élevées signant une forte circulation du SARS-COV-2.** Le nombre de nouveaux cas et le taux d'incidence de nouveaux cas continuent de progresser (respectivement : 1 144 cas en S26 vs 902 en S25 ; 394/100 000 habitants en S26 vs 310/100 000 habitants en S25). Le taux de positivité des patients testés se stabilise (25,6% en S26 vs 26,7% en S25). Le taux d'hospitalisation continue son augmentation (53,0/100 000 h en S26 vs 50,6/100 000 h en S25) ainsi que le taux d'hospitalisation en réanimation (5,2/100 000 h en S26 vs 4,5/100 000 h en S25). Douze clusters restent en cours d'investigation dont 3 présentant une diffusion communautaire. La Guyane est entrée en phase 3 le 15 juin 2020.

**A Mayotte l'épidémie se poursuit.** En semaine 26, les indicateurs restent encore à des niveaux élevés comme en témoignent le taux d'incidence des cas de COVID-19 (45/100 000 habitants en S26 vs 40/100 000 h en S25) et le taux de positivité des prélèvements (19,4% en S26 vs 15,4% en S25). Le taux d'hospitalisation hebdomadaire amorce une baisse tout en restant à un niveau élevé (7,5/100 000 habitants en S26 vs 10,7/100 000 habitants en S25). Une baisse est également observée pour les taux d'admission hebdomadaires en réanimation (0,36/ 100 000 habitants en S26 vs 2,15/100 000 h en S25). Un cluster reste en cours d'investigation.

**En France métropolitaine et dans les DROM**, les personnes les plus gravement touchées par cette épidémie sont les patients âgés de plus de 65 ans ainsi que les patients présentant des comorbidités. Les données de surveillance montrent que les enfants sont moins touchés par le COVID-19 (moins de 1% des patients hospitalisés et des décès).

La surveillance des professionnels de santé qui sont particulièrement exposés au SARS-CoV-2 du fait des interactions avec les patients se poursuit. Cependant, du fait des faibles nombres de cas rapportés ces dernières semaines, ces données ne paraîtront plus dans le Point épidémiologique hebdomadaire. L'ensemble des résultats sont disponibles sur [le site de Santé publique France](#). Les professionnels de santé libéraux peuvent, s'ils ont été atteints par le SARS-CoV-2, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#).

L'épidémie de SARS-CoV-2 et la situation de confinement a eu des conséquences sur les couvertures vaccinales des enfants. **La proportion d'enfants vaccinés avec la première dose de vaccin rougeole-oreillons-rubéole chez les enfants âgés de 13 et 14 mois en avril 2020 a diminué** par rapport à l'année dernière, avec une tendance à une diminution plus marquée dans les départements où le virus SARS-CoV-2 a le plus circulé. En revanche, les proportions de nourrissons vaccinés avec la première dose de vaccin hexavalent (diphtérie, tétanos, coqueluche, hépatite B, poliomyélite et Haemophilus influenzae de type b) et contre le Méningocoque C n'ont pas diminué en 2020 en comparaison à 2019. **Il est important que parents et professionnels de santé veillent au rattrapage des vaccinations non effectuées ces trois derniers mois chez les nourrissons mais également chez les enfants plus âgés.**

La santé mentale des Français, dégradée en début de confinement, s'est améliorée depuis avec une diminution significative des états anxieux, dépressifs et des troubles du sommeil, observée notamment depuis la levée du confinement.

Concernant les comportements de prévention, **le fait de saluer sans se serrer la main et de garder une distance d'au moins un mètre continue d'évoluer à la baisse. L'adoption des autres mesures de prévention (hygiène et port du masque), après avoir diminuée en vague 10, s'est stabilisée en vague 11.**

L'évolution à la baisse de l'adoption systématique des mesures de prévention est sans doute liée à l'effet du déconfinement, qui favorise les interactions sociales et rend plus difficile l'adoption des mesures de distanciation physique, ainsi qu'à la diminution du nombre d'hospitalisations et de décès qui peuvent questionner l'utilité ou la pertinence du maintien de l'adoption systématique de ces comportements. Les données détaillées de l'enquête montrent cependant que **la diminution de l'adoption systématique des mesures ne traduit pas un abandon des comportements de prévention, mais davantage une modulation ou une adaptation de ces comportements** (diminution de leur fréquence de *systématique* à *souvent*). Dans la perspective des congés d'été qui pourraient favoriser les situations à risque de contamination, notamment dans le cadre d'évènements et de regroupements familiaux ou amicaux, les messages doivent être systématiquement rappelés.

Les clusters observés récemment dans certaines situations de rassemblement ou lors de cérémonies incitent à la prudence. En l'absence de traitement ou de vaccin, les seules mesures de prévention restent comportementales (hygiène, distance, port du masque...). **Pour protéger les personnes les plus vulnérables, il est important de rappeler la responsabilité individuelle de chacun (en ciblant notamment les hommes et les jeunes adultes qui sont ceux adoptant le moins les mesures barrières), de maintenir une norme positive de protection pour autrui, et de s'inscrire collectivement dans une logique de réduction des risques, en particulier lors de regroupements de personnes** (organiser les distances, favoriser les lieux en plein air, favoriser les ustensiles ou contenants à usage individuels lors des repas...).

## En conclusion

**En France métropolitaine, la situation continue globalement de s'améliorer et il n'y a pas d'élément en faveur d'une reprise de l'épidémie.** Le virus continue cependant de circuler comme en témoignent le nombre de nouveaux cas confirmés et l'identification de clusters. Des clusters sont régulièrement identifiés dans toutes les régions du fait de la capacité de dépistage et sont systématiquement investigués par les ARS et les cellules régionales de Santé publique France pour en contrôler l'extension. Actuellement, aucune diffusion communautaire (survenue de nouveaux cas hors de la collectivité et en lien avec le cluster) non contrôlée n'a été rapportée.

**La situation reste préoccupante en Guyane où l'épidémie liée au SARS-CoV-2 est active et en progression. Il convient également de rester vigilant à Mayotte.**

La poursuite de la circulation virale invite à maintenir la vigilance et continuer à adopter les mesures de prévention préconisées. Celles-ci incluant toujours le port du masque dans les situations ne permettant pas de respecter les distances physiques. Par ailleurs, il est important que les personnes symptomatiques ou contact d'un cas confirmé soient incitées à réaliser un test de dépistage au moindre doute afin de mettre en œuvre au plus tôt l'isolement des personnes infectées, l'identification et l'isolement des contacts via le dispositif (dépistage, traçage et isolement) mis en place par les professionnels de santé, l'Assurance Maladie et les ARS pour interrompre au plus tôt de nouvelles chaînes de transmission.

## Méthodes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

### Directeur adjoint de publication

Dr Jean-Claude Desenclos

### Equipe de rédaction

Sophie Vaux, Fatima Ait El Belghiti, Christine Campese, Alexandra Septfons, Céline Caserio-Schonemann, Yann Le Strat, Anne Fouillet, Yu Jin Jung, Julien Durand, Laure Fonteneau, Fanny Chereau, Costas Danis, Cécile Forgeot, Scarlett Georges, Côme Daniau, Marie-Michèle Thiam, Laurian Lassara, Sébastien Monluc, Pierre Arwidson, Mireille Allemand, Guillaume Spaccaferri, Julie Fignon, Patrick Rolland, Linda Lasbeur, Enquerrand Du-Roscoat, Mélanie Colomb-Cotinat, Isabelle Pujol de Molliens, Daniel Levy-Bruhl, Anne Laporte, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon, Camille Pelat, Edouard Chatignoux, Cécile Brouard, Claire Sauvage Christophe Bonaldi.

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 :**  
2 juillet 2020

### Pour en savoir plus sur :

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

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

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

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