

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

COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 24 septembre 2020

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données concernant la COVID-19 issues de son réseau de partenaires.
Ce bilan est basé sur les données épidémiologiques de surveillance du COVID-19 (SARS-CoV-2) rapportées à Santé publique France jusqu'au 22 septembre 2020.

Points clés

► France métropolitaine

- Augmentations des passages aux urgences, des nouvelles hospitalisations, des admissions en réanimation et des décès liés au SARS-CoV-2 survenus en milieu hospitalier
- Augmentation exponentielle des admissions en réanimation
- Hausse de la circulation du SARS-CoV-2 chez les 65 ans et plus
- 49 départements en niveau de vulnérabilité élevé et 36 en niveau de vulnérabilité modéré
- Sous-estimation de l'augmentation des nombres de cas confirmés due à la probable saturation des capacités diagnostiques
- Probable sous-estimation du nombre de clusters

► **Outre-mer** : Guadeloupe, Martinique : augmentation des hospitalisations ; la Réunion, Mayotte : stabilisation de la circulation ; Guyane : en diminution

► Prévention

- Masque porté plus fréquemment
- Recommandation : améliorer le maintien systématique d'une distance d'au moins un mètre entre les personnes, sans se serrer les mains ni s'embrasser, notamment chez les jeunes adultes et en milieu privé.

Chiffres clés en France

S38 S37* Evolution

Indicateurs hebdomadaires semaine 38 (du 14 au 20 septembre 2020)

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	66 671	(61 800)	+8%
Taux de positivité (%) pour SARS-CoV-2 (SI-DEP)	6,2	(5,5)	+0,7 point
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	6 970	(7 266)	-4%
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	6 514	(5 368)	+21%
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	3 657	(2 464)	+34%
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	599	(427)	+40%
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	332	(265)	+25%

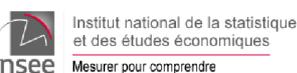
Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 22 septembre 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	120 520
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	31 416

* données consolidées

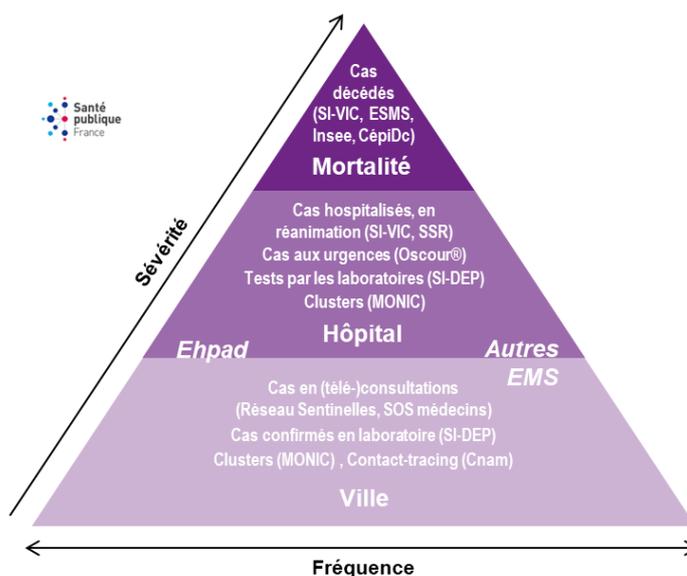


Institut national de la santé et de la recherche médicale



Sommaire	Page
Synthèse : mots et chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire	3
Surveillance à partir des associations SOS Médecins	4
Surveillance virologique	5-9
Activité de suivi des contacts	10-12
Cas confirmés de COVID-19	13
Clusters (foyers de transmission)	14-17
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	18-19
Surveillance aux urgences	20
Nombre de reproduction effectif «R effectif»	21-22
Surveillance en milieu hospitalier	23-27
Surveillance de la mortalité	28-31
Analyse de risque contextualisée	32
Situation internationale	33
Prévention	34-35
Synthèse - Conclusion	36-40
Méthodes	41

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. Cnam : Caisse nationale d'assurance maladie

Surveillance en médecine ambulatoire

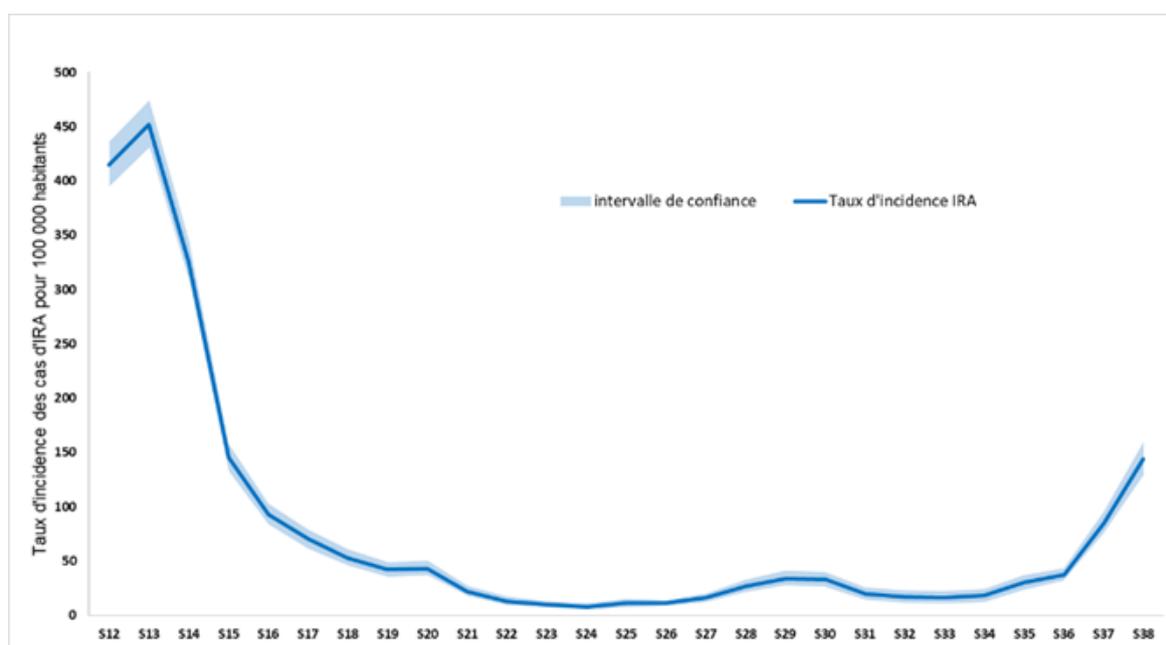
Réseau Sentinelles

La surveillance du Réseau Sentinelles des infections respiratoires aiguës (IRA) permet d'estimer l'incidence nationale des IRA observée en médecine générale en France métropolitaine. Ces données cliniques sont complétées par une surveillance virologique d'une partie des patients vus par les médecins du réseau pour lesquels sont réalisés des prélèvements. Cette surveillance virologique a débuté le 13 septembre 2020.

Les résultats des 2 dernières semaines sont consolidés dans les semaines suivantes.

- **En semaine 38** (du 14 au 20 septembre 2020), le **taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 144/100 000 habitants** (intervalle de confiance à 95% : [128-160]) en France métropolitaine, en augmentation par rapport à celui de la semaine 37 : 85/100 000 habitants (IC95% : [75-95]) (Figure 1).
- **En semaine 38**, sur les 29 patients présentant une IRA qui ont eu un prélèvement, 3 se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2.

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



Associations SOS Médecins

Depuis le 03 mars 2020, **98 709 actes** médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 20 septembre 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

- **En semaine 38** (du 14 au 20 septembre 2020), **6 970 actes médicaux pour suspicion de COVID-19** ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. La majorité des actes étaient enregistrés en Ile-de-France (22%), Auvergne-Rhône-Alpes (13%), Nouvelle-Aquitaine (11%), Hauts-de-France (11%) et Provence-Alpes-Côte d'Azur (10%).
- Ces actes étaient en légère baisse (-4%) après une hausse observée au cours des 5 dernières semaines (soit -296 actes par rapport aux 7 266 actes enregistrés en semaine 37). Cette baisse concerne principalement les enfants (-31% soit -634 actes). Chez les adultes, la hausse se poursuit avec +6% d'actes enregistrés par rapport à la semaine 37 (soit +299 actes) et s'observe dans la plupart des régions exceptés dans le Grand Est, les Hauts-de-France, l'Ile-de-France, la Normandie et l'Occitanie.
- La part dans l'activité totale tous âges est stable à **9,5%**. (Figure 2).

Figure 2. Nombre d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par semaine et par classe d'âge, depuis le 26 février 2020 et depuis le 1^{er} juin 2020, France (source : SOS Médecins)

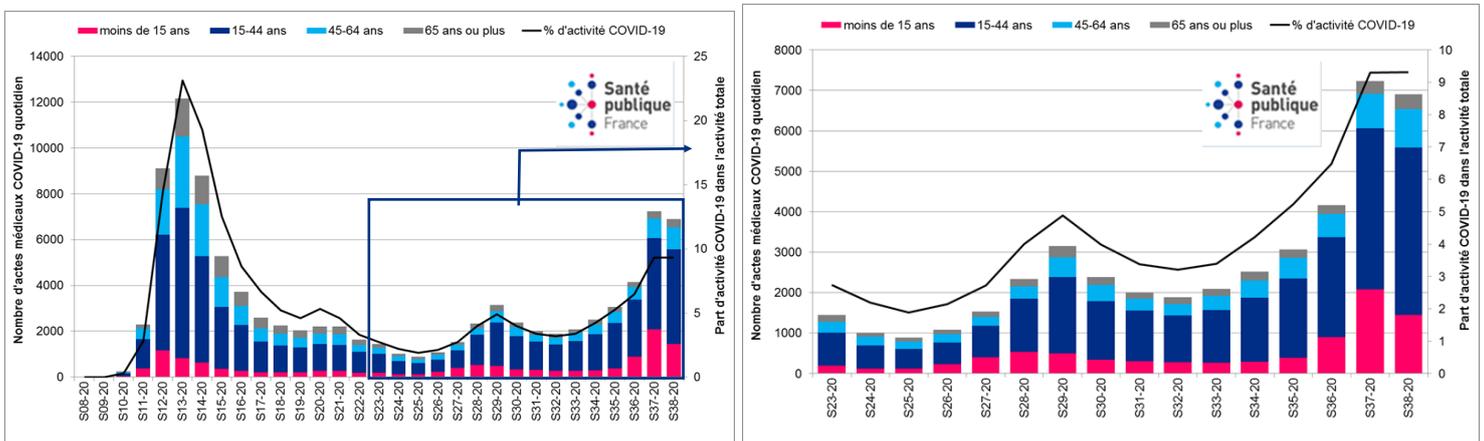
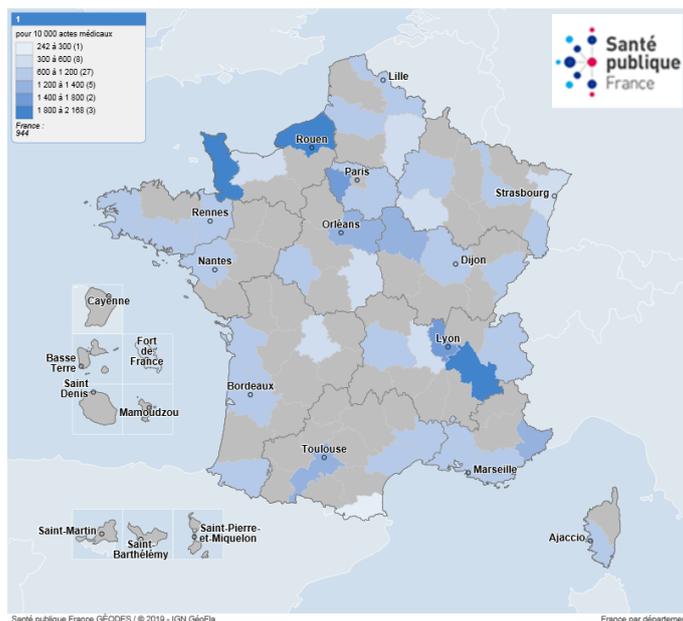


Figure 3. Taux d'actes médicaux hebdomadaires pour suspicion de COVID-19 (/10 000 actes) par département, semaine 38/2020, France (source : SOS Médecins)



Pour en savoir plus sur les données SOS Médecins consulter : [GEODES](https://www.geodes.fr)

Surveillance virologique

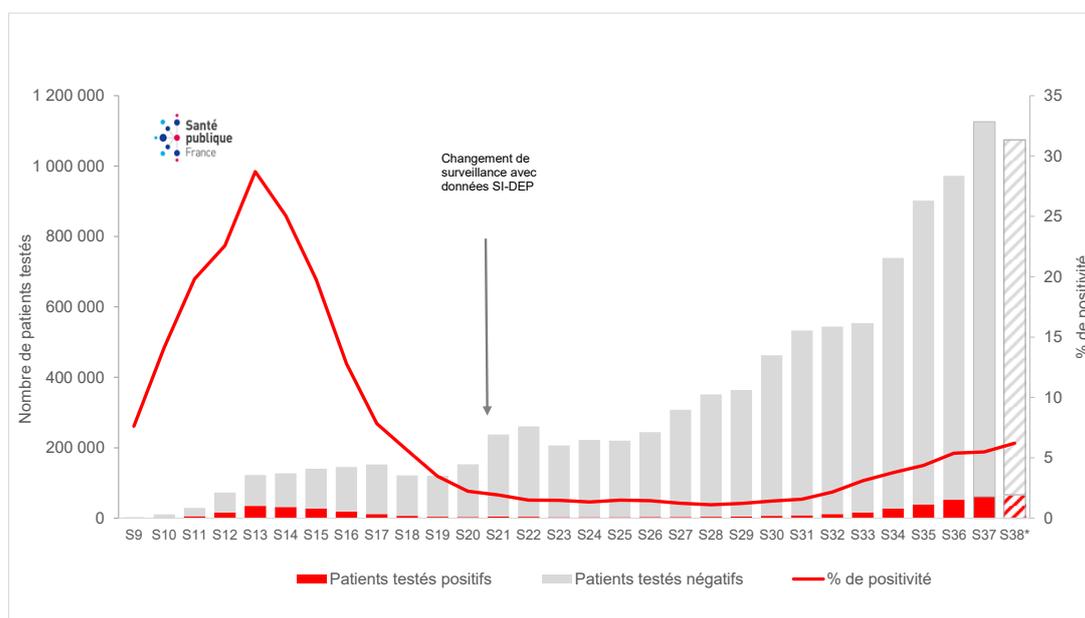
Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou par département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées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

Les données des personnes testées aux aéroports sont prises en compte. Lorsque le code postal de la personne testée est disponible, les données sont attribuées au département et région de résidence ; lorsqu'il ne l'est pas, les données ne sont prises en compte que pour les analyses nationales (région et département non disponibles).

Au niveau national : taux d'incidence, de positivité et de dépistage

- **Au niveau national**, en semaine 38, **1 074 309 personnes ont été testées** pour le SARS-CoV-2 par RT-PCR (pour 1 300 711 tests réalisés). Parmi ces personnes, **66 671 étaient positives**. Le nombre de personnes testées positives était en légère augmentation par rapport à la semaine précédente (61 800 en S37, +8%).
- **Le taux de positivité national hebdomadaire était en S38 de 6,2%** (calculé sur les tests valides), en **augmentation** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (5,5% en S37 soit +0,7 point) (Figure 4).
- **En semaine 38**, 95% des personnes testées étaient en ville, 3% étaient hospitalisées et 2% en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Parmi les cas positifs, 96% des cas étaient en ville, 2% étaient hospitalisés et 2% en Ehpad.
- **En prenant en considération le nombre de cas entre la semaine 29 et la semaine 38, le temps de doublement du nombre de cas par semaine est estimé à 16,1 jours** (vs 14,8 jours en S37).
- **Le taux national d'incidence** (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) **était de 99 cas/100 000 habitants** en S38 et a légèrement augmenté par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (92 cas /100 000 hab. en S37, +8%). Cette augmentation était cependant moins forte que celles observées les semaines précédentes (+18% entre S36 et S37, +32% entre S35 et S36).
- **Le taux de dépistage** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) hebdomadaire était de **1 600/100 000 habitants** et a légèrement diminué par rapport à la semaine 37 (1 678/100 000 hab., -5%).

Figure 4. Nombre de personnes testées, nombre de personnes testées positives pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité dans les laboratoires, par semaine, France, (source S9-S19 : 3 Labo et laboratoires hospitaliers; depuis S20 : SI-DEP, données au 23 septembre 2020)



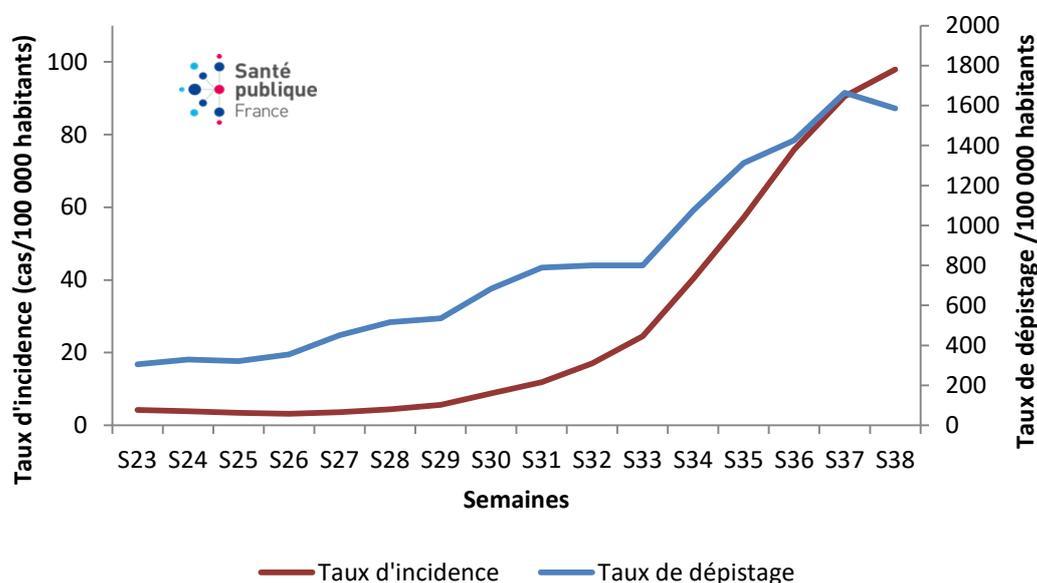
Pour en savoir plus sur les données SI-DEP consulter : [GEODES](#)

* S38 : Données provisoires

En France métropolitaine

- En semaine 38, 1 028 581 personnes ont été testées et le test s'est avéré positif pour le SARS-CoV-2 pour 63 562 personnes. Le nombre de personnes positives pour le SARS-CoV-2 a augmenté en S38 par rapport à la semaine précédente (données consolidées en S37 avec 58 765, +8%). Cette augmentation était cependant moins forte que celles observées les semaines précédentes (+19% entre S36 et S37 et +33% entre S35 et S36).
- Le taux de positivité était de 6,2% en S38, en augmentation par rapport à la S37 (5,4% en S37).
- Le taux d'incidence en France métropolitaine était en augmentation avec 98 cas/100 000 habitants (vs 91 cas/100 000 habitants en S37) (Figure 5).
- Le taux de dépistage hebdomadaire était de 1 585/100 000 habitants, en légère diminution par rapport à la semaine précédente (1 665/100 000 hab. en S37).

Figure 5. Evolution des taux d'incidence et taux de dépistage (/100 000 habitants), par semaine, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (source : SI-DEP, données au 23 septembre 2020).



Analyse par classes d'âge

- En semaine 38, le taux d'incidence (pour 100 000 habitants) était de 44 chez les 0-14 ans, 163 chez les 15-44 ans, 83 chez les 45-64 ans, 45 chez les 65-74 ans et 55 chez les 75 ans et plus (Figure 6a).
- En semaine 38, par rapport à la S37, le taux d'incidence a augmenté dans toutes les classes d'âge sauf chez les 0-14 ans (-2%). L'augmentation était plus importante chez les 75 ans et plus (+16%) et chez les 65-74 ans (+16%) (Figure 6a).
- Parmi les 15-44 ans, l'augmentation du taux d'incidence observée en S38 était la plus importante chez les 15-19 ans (+20%) puis chez les 35-39 ans (+11%) suivi par les 20-24 ans (+9%), les 40-44 ans (+7%) et chez les 30-34 ans (+2%). Le taux d'incidence a diminué en S38 chez les 25-29 ans (-2%) (Figure 6c).
- Parmi les 0-14 ans, en semaine 38 et par rapport à la S37, le taux d'incidence a diminué chez les 0-4 ans (-33%) et chez les 5-9 ans (-6%). Le taux d'incidence a augmenté chez les 10-14 ans (+13%) (Figure 6d).
- Le taux de dépistage était en diminution dans toutes les classes d'âge : -8% chez les 65-74 ans, -7% chez les 45-64 ans, -6% chez les 0-14 ans, -4% chez les 75 ans et plus et -3% chez les 15-44 ans. (Figure 6b).

Figure 6a. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-CoV-2 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 23 septembre 2020)

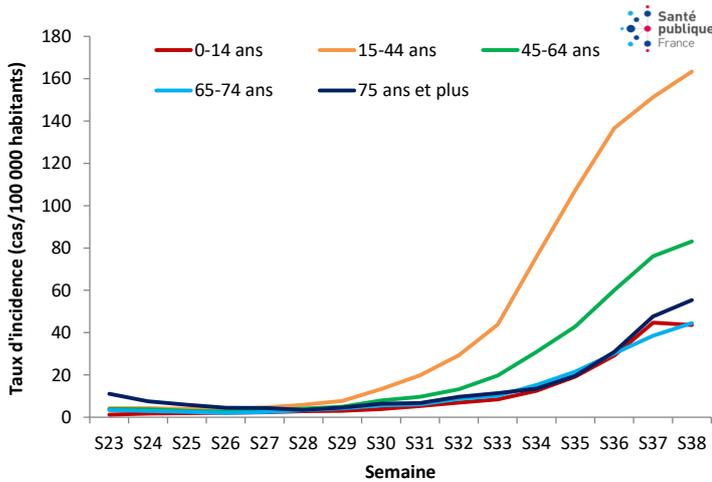


Figure 6b. Evolution du taux de dépistage de SARS-CoV-2 selon les classes d'âge, depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 23 septembre 2020)

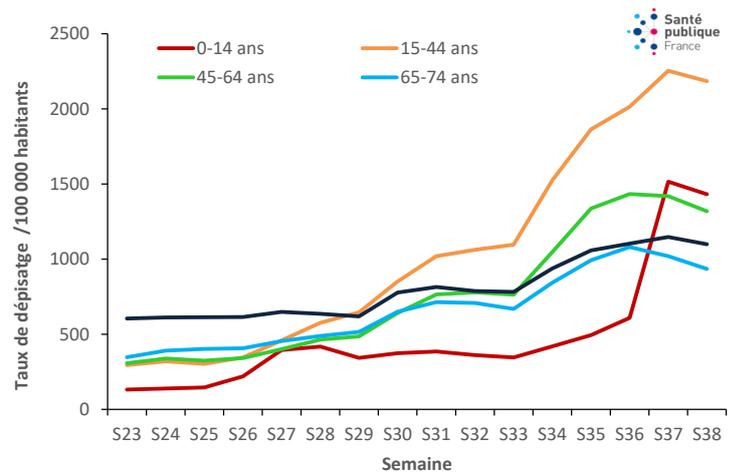


Figure 6c. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-CoV-2 chez les 15-44 ans depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 23 septembre 2020)

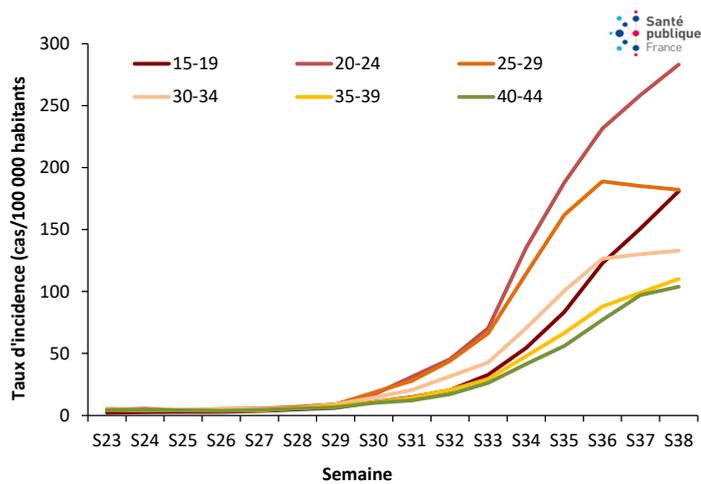
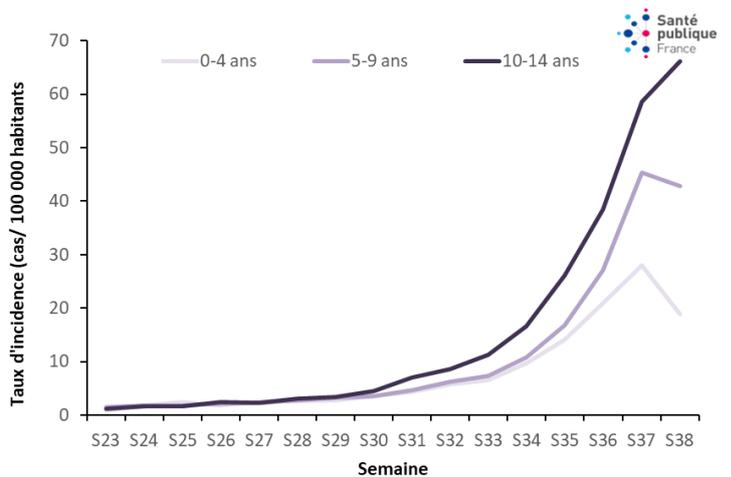


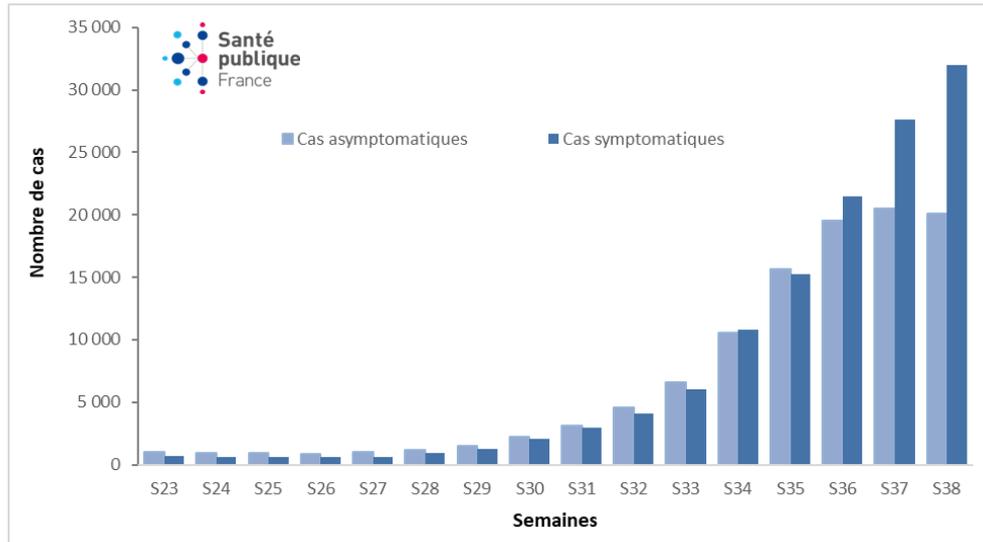
Figure 6d. Evolution des taux d'incidence des cas de SARS-CoV-2 chez les 0-14 ans depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 23 septembre 2020)



Dépistage selon la présence de symptômes

- Parmi l'ensemble des personnes testées en S38 (quel que soit le résultat du test), 60% se déclaraient sans symptôme. Le nombre de personnes testées a augmenté en S38 par rapport à S37 chez les personnes présentant des symptômes : 338 281 personnes symptomatiques en S38 (vs. 319 194 en S37, soit +6%) et 511 464 personnes asymptomatiques en S38 (vs. 578 894 en S37, soit -12%).
- Plus de la moitié des cas positifs (61%) présentaient des symptômes (données disponibles pour 52 076 cas). Cette proportion était en augmentation par rapport à la S37 (57% en S37) (Figure 7).
- En S38, le taux de positivité était de 3,9% chez les asymptomatiques et de 9,5% chez les symptomatiques.
- L'augmentation du nombre de cas était plus importante chez les cas symptomatiques (+16% par rapport à S37) que chez les asymptomatiques avec un nombre de cas en diminution par rapport à S37 (-2%) (Figure 7).

Figure 7. Evolution du nombre de cas confirmés de SARS-CoV-2 selon la présence ou non de symptômes (135 658 cas décrits), par semaine depuis la semaine 23/2020, France métropolitaine (Source : SI-DEP, données au 23 septembre 2020).



Au niveau régional

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

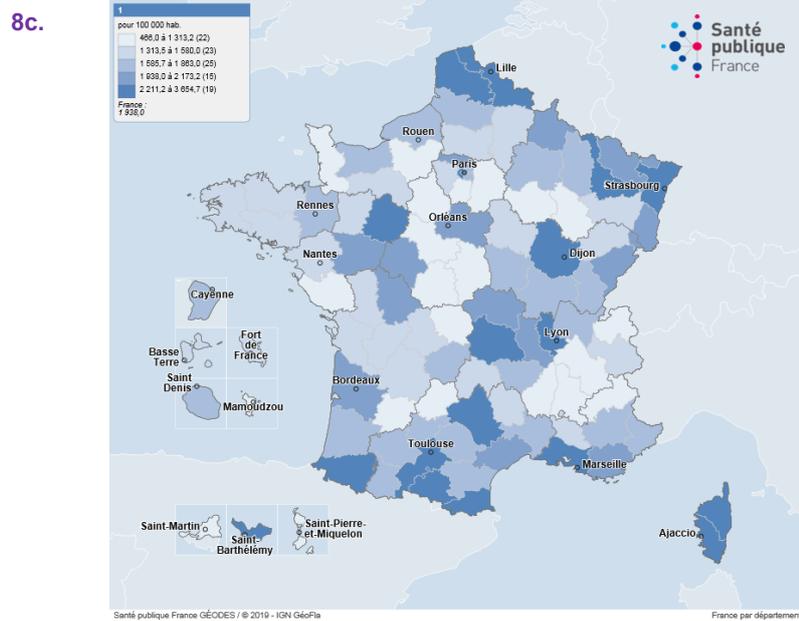
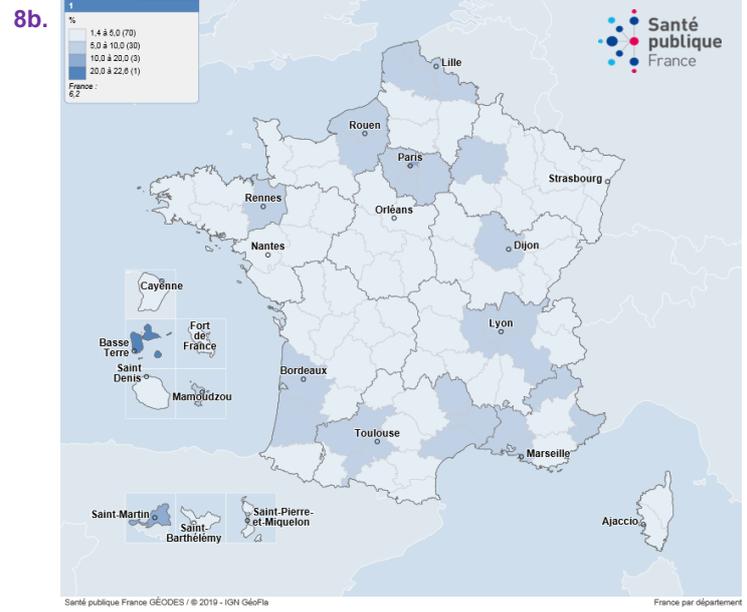
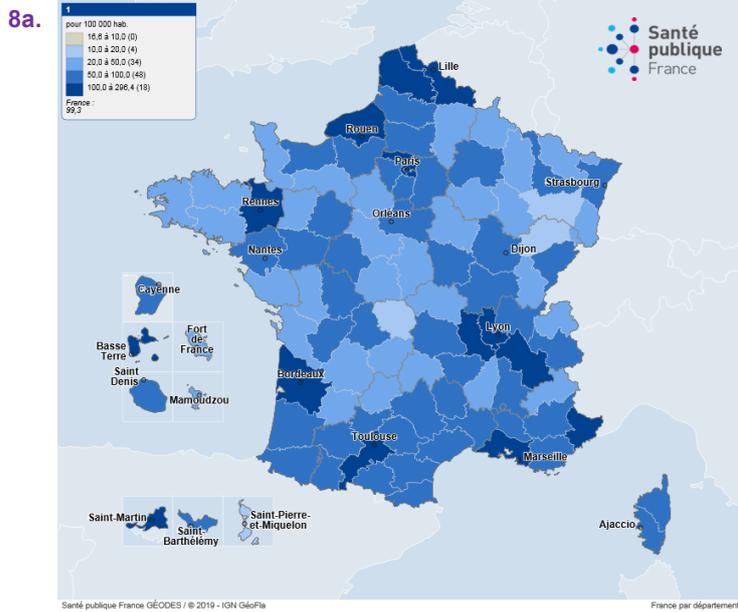
En métropole

- En semaine 38, tous les départements dépassaient le seuil des 10 cas confirmés /100 000 hab., **45 d'entre eux étaient au-dessus de 50/100 000 hab. et 16 au-dessus de 100/100 000 hab.** Les taux d'incidence les plus élevés étaient à Paris (217/100 000 hab.), dans le département du Nord (214), dans les Bouches-du-Rhône (209), le Rhône (202), et la Haute-Garonne (199) (Figure 8a). **Ces taux étaient en augmentation par rapport à la semaine précédente.**
- **Le taux de positivité était supérieur à 5% dans 30 départements** de France métropolitaine (contre 26 la semaine précédente) (Figure 8b). Les plus élevés étaient rapportés en Seine-Saint-Denis (10,6%), à Paris (10,0%), dans le Rhône (9,9%), en Isère (9,5%), en Haute-Garonne (9,3%) et dans l'Essonne (8,7%) **et étaient en augmentation par rapport à la semaine précédente.**
- Les départements métropolitains présentant **les plus forts taux de dépistage** en S38 étaient le Nord (2 615/100 000 hab.), les Bouches-du Rhône (2 545), Paris (2 164) et la Haute-Garonne (2 138) (Figure 8c).

En outre-mer

- **En Guadeloupe**, en semaine 38 le taux d'incidence était de 296/100 000 hab. (255 en S37) et le taux de positivité de 23% (21% en S37).
- **A Saint-Martin**, en semaine 38, le taux d'incidence était de 143/100 000 hab. (165 en S37), et le taux de positivité de 16,8% (20,1% en S37).
- **En Guyane**, les indicateurs étaient **en baisse** en semaine 38, le taux d'incidence était de 53/100 000 hab. (66 en S37) et le taux de positivité de 4,4% (5,9% en S37).
- **En Martinique**, les indicateurs SI-DEP étaient **stables** en S38 avec un taux d'incidence de 49/100 000 hab. (50 en S37) et un taux de positivité de 4,2% (4,6% en S37).
- **A la Réunion**, les indicateurs SI-DEP étaient **stables** en semaine 38, le taux d'incidence était de 63/100 000 hab. (69/100 000 hab. en S37) et le taux de positivité de 4,3% (4,1% en S37).
- **A Mayotte**, les indicateurs SI-DEP étaient en **légère baisse** en semaine 38, le taux d'incidence était de 36/100 000 hab. (39/100 000 hab. en S37) et le taux de positivité de 6,5% (6,9% en S37).

Figures 8. Taux d'incidence (8a), de positivité (8b) et de dépistage (8c) pour le SARS-CoV-2 par département (/100 000 habitants), France, du 07 au 20 septembre 2020 (source : SI-DEP, données au 23 septembre 2020)



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

Activité d'identification des contacts (données ContactCovid- Cnam)

Le contact-tracing (CT) a pour objectifs : 1- de limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas, 2- de détecter et briser prospectivement les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes contacts à risque et leur isolement, 3- de détecter d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle.

Cette stratégie repose sur une organisation en 3 niveaux mobilisant les professionnels de santé de médecine de ville et des établissements de santé ; l'Assurance maladie ; les Agences régionales de santé en lien avec les cellules régionales de Santé publique France.

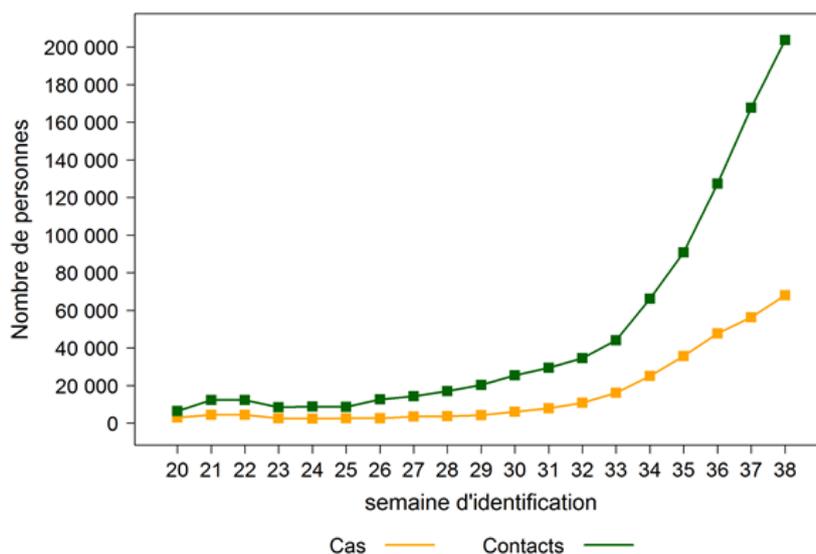
Les données recueillies par la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) dans le cadre des actions de contact tracing (base de données ContactCovid) permettent de juger de l'efficacité du dispositif de contact tracing et donnent des indications complémentaires aux données de surveillance quant à la situation épidémiologique.

Les indicateurs ont été produits à partir de la base de données individuelles anonymisées avec la même méthodologie que celle présentée dans le point épidémiologique du 17 septembre.

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

- L'augmentation rapide du nombre de cas ainsi que du nombre de personnes-contacts à risque identifiés sur les dernières semaines se poursuit (Figure 9).

Figure 9. Nombre de cas* et de personnes-contacts à risque identifiés par semaine du 13 mai 2020 au 20 septembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



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

Proportion des cas et des personnes-contacts à risque investigués

- En semaine 38, sur l'ensemble du territoire, **91% des cas et 90% des personnes retenues comme personnes-contacts à risque dans la base ContactCovid ont pu être joints par l'Assurance Maladie**. Ces proportions montrent une légère hausse par rapport à celles observées en semaines 35 à 37. Des disparités régionales sont observées (Tableau 1).
- Les proportions de personnes-contacts à risque investiguées sont plus faibles dans certaines régions cette semaine (S38). Toutefois, ces proportions sur les données cumulées depuis la levée du confinement restent élevées (94% pour les cas et 97% pour les personnes-contacts à risques) montrant l'existence d'un report possible et d'un rattrapage d'une semaine sur l'autre, en particulier pour les cas et personnes-contacts à risque identifiés en fin de semaine calendaire.

Tableau 1. Nombre et proportion de cas et de personnes-contacts à risque contactés par région, depuis le début de l'activité de suivi de contacts du 13 mai 2020 au 13 septembre 2020 et pendant la dernière semaine (S38/2020) (source : ContactCovid – Cnam)

Territoires/régions	Depuis la levée du confinement du 13/05 au 13/09				Semaine 38 du 14/09 au 20/09			
	Cas*		Contacts à risque		Cas*		Contacts à risque	
	N	%	N	%	N	%	N	%
France entière	307 410**	94	910 521**	97	67 919	91	203 662	90
France métropolitaine	289 948	94	873 952	97	65 762	91	199 099	90
Auvergne-Rhône-Alpes	33 717	100	115 559	97	9 242	99	28 972	89
Bourgogne-Franche-Comté	7 047	97	27 270	97	1 647	95	6 757	93
Bretagne	7 820	99	38 879	96	1 894	96	8 803	86
Centre-Val de Loire	7 102	98	24 240	98	1 507	92	5 604	92
Corse	1 308	96	3 623	99	255	97	482	99
Grand Est	15 293	100	55 287	99	2 776	98	10 546	97
Hauts-de-France	26 294	93	85 482	95	7 195	89	20 999	83
Île-de-France	83 779	88	183 520	97	17 353	82	37 210	87
Normandie	9 079	96	36 334	96	2 787	94	9 822	89
Nouvelle-Aquitaine	21 803	95	86 700	98	5 209	95	21 538	94
Occitanie	25 626	97	76 511	96	6 713	91	21 533	87
Pays de la Loire	12 203	99	55 596	97	2 283	97	11 873	89
Provence-Alpes-Côte d'Azur	38 877	93	84 951	99	6 901	91	14 960	98
France ultra-marine								
La Réunion	2 994	86	9 323	92	601	89	1 466	93
Martinique	1 089	99	3 865	98	173	95	392	96
Mayotte	1 830	76	4 190	58	4	0	4	75
Guadeloupe	4 429	90	6 830	98	1 147	92	1 632	94
Guyane	6 480	92	9 783	100	128	95	468	98
Région indéterminée	640		2 578		104		601	

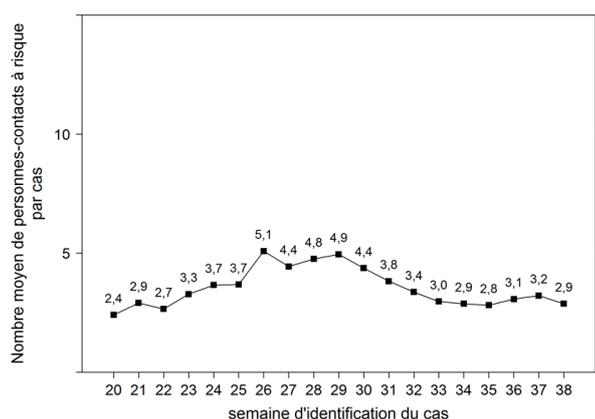
* Les cas correspondent à l'ensemble des cas confirmés par RT-PCR ou sérologie ainsi qu'aux cas probables tels que définis dans la définition de cas du 07/05/2020.

** La base de données ContactCovid est une base dynamique dont les informations relatives aux cas ou aux personnes-contacts peuvent évoluer d'une semaine sur l'autre pour une même personne en raison des investigations épidémiologiques. Ainsi, le nombre total de la semaine en cours ne peut se déduire en additionnant le nombre total de la semaine précédente et le nombre de personnes identifiées durant la semaine en cours.

Nombre de personnes-contacts à risque par cas

- Après une diminution entre mi-juillet (semaine 29) et mi-août (semaine 33), le nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas est en légère hausse. La stabilisation des données en semaines 36 et 37, montre que cette moyenne s'établit au-dessus de 3 personnes-cas. En semaine 38, **en moyenne 2,9 personnes-contacts à risque par cas ont été enregistrées** parmi les nouveaux cas de la semaine investigués (n=61 638), à consolider la semaine prochaine (Figure 10).

Figure 10. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas par semaine du 13 mai au 20 septembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)

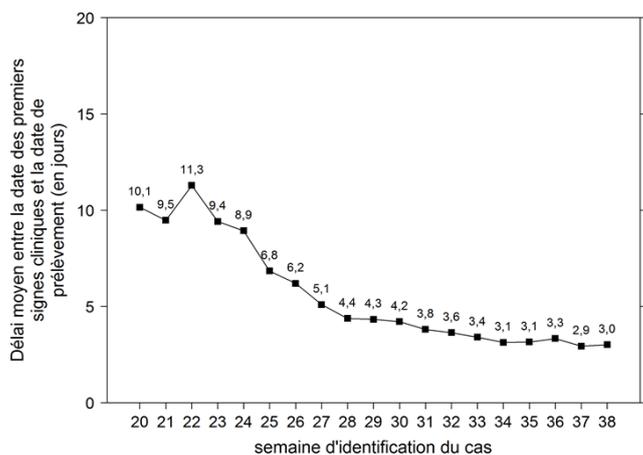


Pour rappel, les chiffres sont légèrement plus élevés que ceux présentés dans les points épidémiologiques précédents en raison de la nouvelle méthode de calcul (cf. supra). Ici encore, la base peut être évolutive d'une semaine à l'autre en raison des rattrapages sur les cas et personnes-contacts des fins de semaine calendaire.

Délai de dépistage des cas symptomatiques

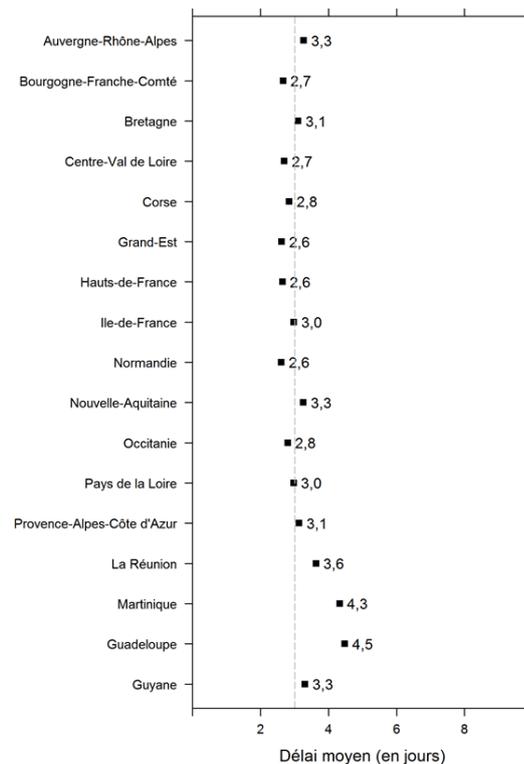
• En semaine 38, parmi les cas symptomatiques avec des dates de début des signes cliniques et une date de prélèvement pour dépistage par RT-PCR renseignés (n=33 063), **le délai moyen de dépistage était stable à 3,0 jours** (Figure 11). Ce délai ne comprend pas le temps de la remise du résultat au patient. Il existe des disparités entre les régions avec un écart de 2,6 à 4,5 jours (Figure 12).

Figure 11. Délai (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement de la RT-PCR parmi les cas symptomatiques par semaine du 13 mai au 20 septembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



Note : Le délai est calculé chez les cas confirmés avec une date de premiers signes cliniques et de prélèvement renseignés. En S36 cela représente 40 % des cas identifiés. Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un point épidémiologique à l'autre. Pour rappel, les chiffres sont légèrement plus élevés que ceux présentés dans les points épidémiologiques précédents en raison de la nouvelle méthode de calcul (cf. supra).

Figure 12. Délai (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement de la RT-PCR parmi les cas symptomatiques par semaine du 13 mai au 20 septembre 2020, par région (source : ContactCovid – Cnam)

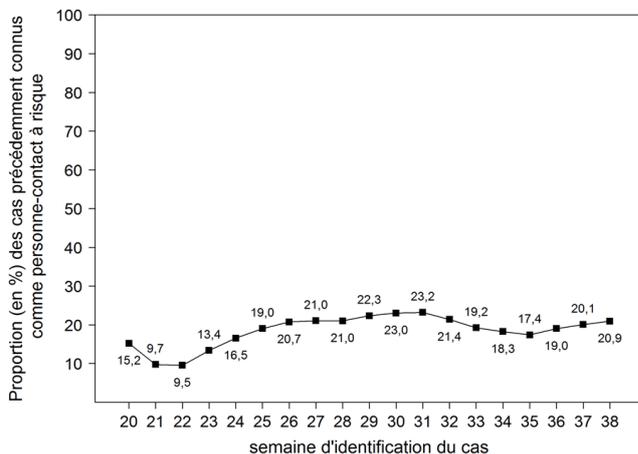


Note : délai moyen calculé quand au moins 30 cas avec l'information. La ligne verticale correspond à la moyenne nationale de la semaine.

Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque

• En semaine 38, **21% des nouveaux cas identifiés étaient précédemment connus comme personne-contact à risque** d'un autre cas (n=14 225). Après une baisse de cette proportion entre fin juillet (semaine 31) et fin août (semaine 35), en semaine 36 à 38 la proportion a augmenté de près d'un point par semaine, mais reste à un niveau faible (Figure 13).

Figure 13. Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque par semaine du 13 mai au 20 septembre 2020 (source : ContactCovid – Cnam)



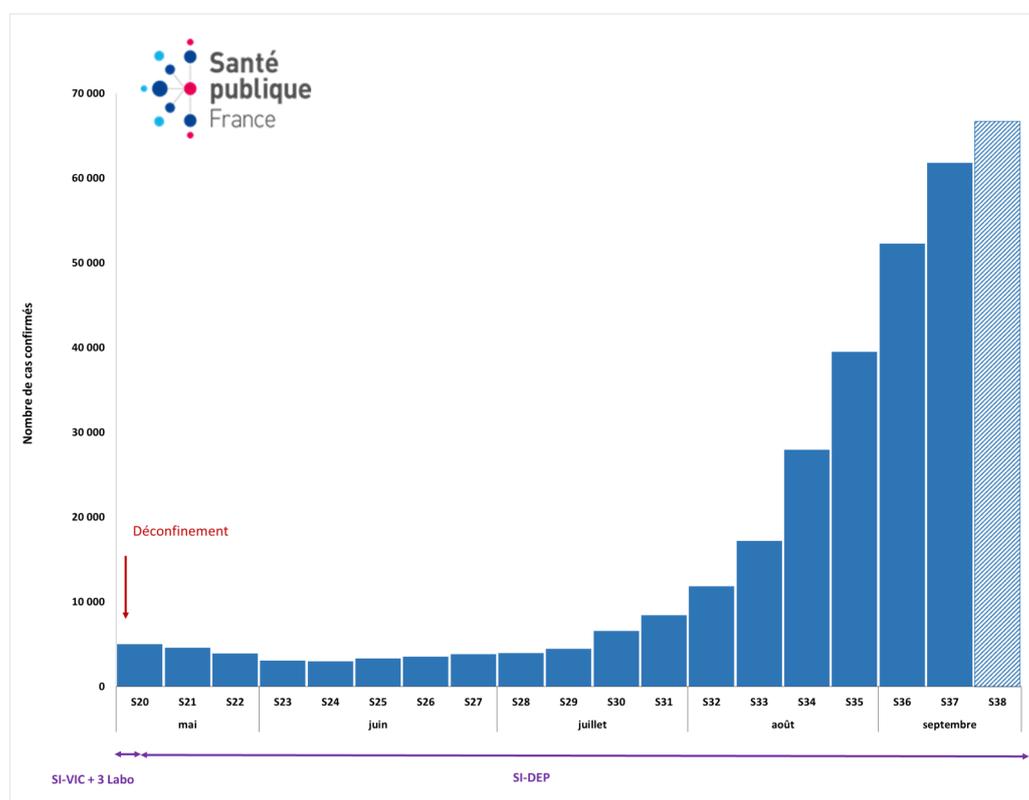
Note : Les informations des cas ou des personnes-contacts pouvant évoluer d'une semaine sur l'autre en raison des investigations épidémiologiques, les indicateurs d'une semaine donnée peuvent légèrement évoluer d'un point épidémiologique à l'autre.

Cas confirmés de COVID-19

Cas confirmé COVID-19 : une personne présentant une infection par SARS-CoV-2 confirmé par RT-PCR, que cette personne soit symptomatique ou asymptomatique.

- 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 23 septembre 2020, 340 898 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Au 23 septembre 2020, un total de **481 141 cas confirmés de COVID-19 a été rapporté à Santé publique France** depuis la mise en place de la surveillance en janvier 2020.
- **On observe une augmentation particulièrement marquée ces dernières semaines**, le nombre de cas confirmés était de 66 671 en S38, soit une **augmentation de +8%** (61 800 en S37, données consolidées) (Figure 14).
- **En France métropolitaine**, l'augmentation du nombre de cas confirmés, qui était modérée depuis la semaine 24, s'est intensifiée depuis la semaine 30.

Figure 14. Nombre incident de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 10 mai au 20 septembre 2020 (données au 23 septembre 2020)



S38 : données non consolidées

Note : 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 la levée du confinement, les patients présentant des symptômes évocateurs du COVID-19 ainsi que les sujets contacts d'un cas confirmé ont été invités à se faire dépister pour le SARS-CoV-2. Les données sont intégrées dans le système SI-DEP, qui 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 de personnes infectées symptomatiques ou asymptomatiques.

Clusters (ou foyers de transmission)

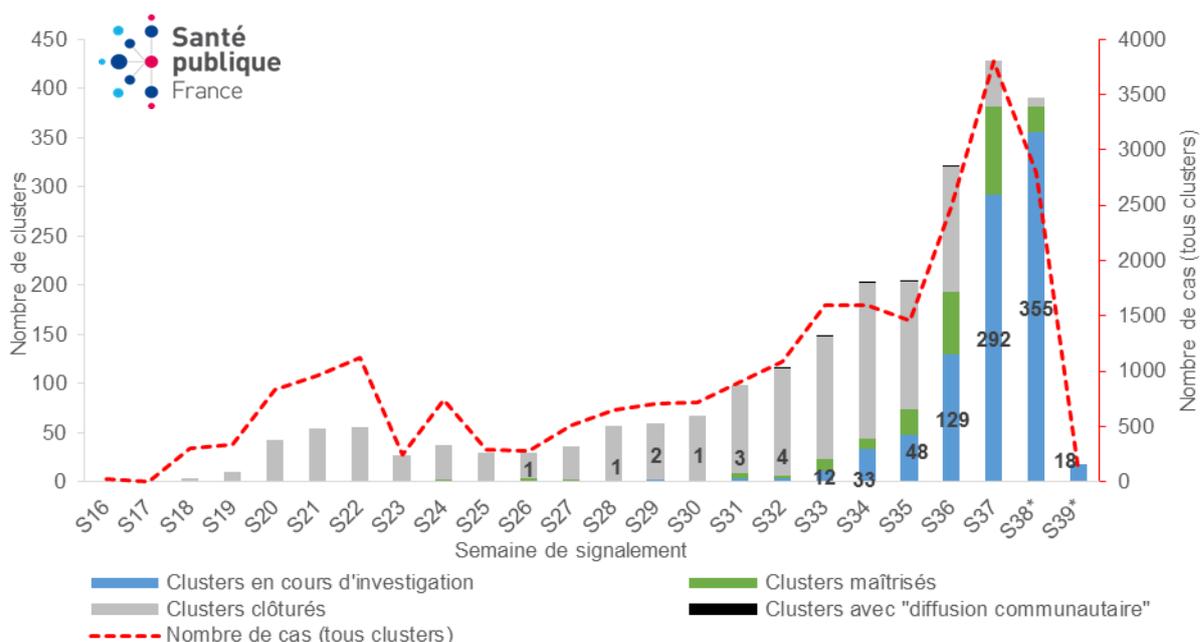
Depuis la levée du confinement, le 11 mai 2020, les ARS en lien avec les cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters (ou foyers de contamination), selon le guide en vigueur [1]. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler ces foyers. Un **cluster** est défini par au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, appartenant à une même communauté ou ayant participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non. Le Système d'Information **MONIC** (MONitorage des Clusters), développé par Santé publique France, rassemble les données collectées dans le cadre du dispositif de signalement à visée d'alerte. Le bilan épidémiologique des foyers rapportés depuis le 09 mai 2020 est présenté ici, en distinguant les foyers hors Ehpad et milieu familial restreint et les foyers spécifiquement survenus en Ehpad.

Face à l'augmentation de la circulation virale sur l'ensemble du territoire, le nombre de clusters identifié est probablement largement sous-estimé. La forte activité observée ces dernières semaines entraîne un délai dans la validation et la notification des clusters. La dynamique du nombre de signalement hebdomadaire ne constitue donc plus un indicateur pertinent dans le suivi de l'épidémie.

Clusters (foyers de transmission) hors Ehpad et milieu familial restreint

- En S38, le nombre de clusters demeure à un niveau élevé avec 391 (vs 428 en S37) (Figure 15). Le nombre moyen de cas par cluster était moindre depuis juillet avec 9 cas par cluster contre 17 en mai-juin. Au total, 2 442 clusters ont été signalés (95% en métropole) incluant 23 573 cas.
- Au 21 septembre, 899 (37%) clusters étaient en cours d'investigation dont 222 (25%) en criticité élevée (potentiel de transmission, critères de gravité), 10% étaient maîtrisés, 53% étaient clôturés et 6 clusters (0,2%) ont impliqué une diffusion communautaire (Figure 15).
- Parmi les 2 442 clusters, les entreprises hors établissements de santé (ES) restaient parmi les types de collectivités les plus représentées pour la survenue de clusters (26%), puis le milieu familial élargi (plusieurs foyers) et les événements publics/privés rassemblant de manière temporaire des personnes (20%) et le milieu scolaire et universitaire (16%) (Tableau 2). Les clusters en milieu scolaire et universitaire représentaient 32% des clusters en cours d'investigation.

Figure 15. Nombre de clusters selon leur statut et nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement, entre le 09 mai et le 21 septembre 2020, (N=2 442) (Source : MONIC)



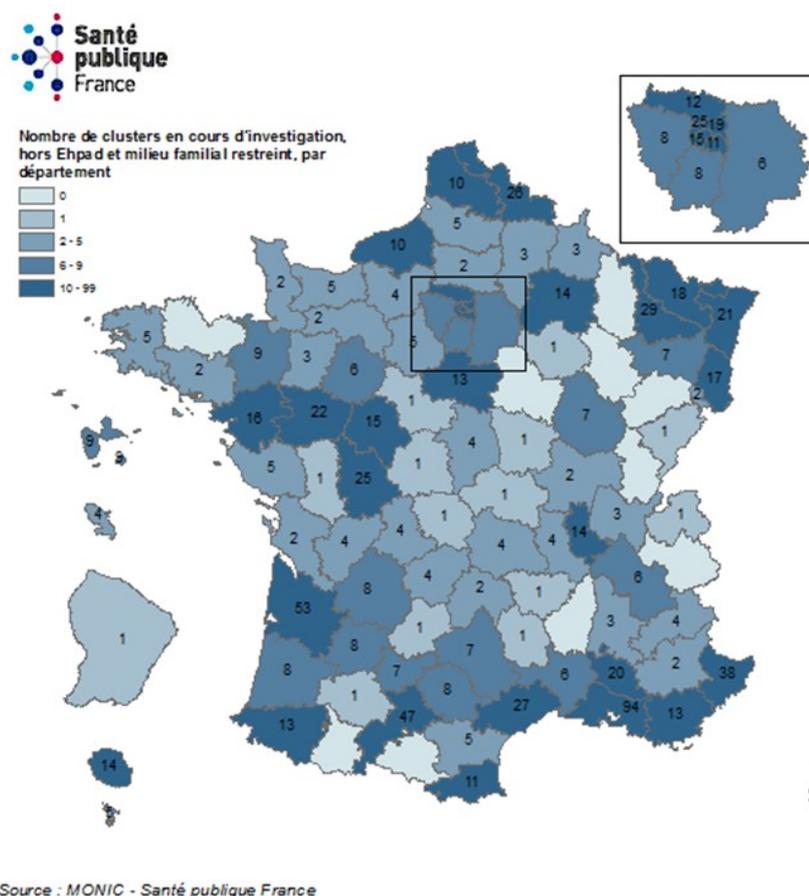
* données provisoires

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

Tableau 2. Clusters par type de collectivités (hors Ehpad et milieu familial restreint), entre le 09 mai et le 21 septembre 2020, (N=2 442) (Source : MONIC)

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=2 442	%	N=899	%
Entreprises privées et publiques (hors ES)	635	26	195	22
Milieu scolaire et universitaire	383	16	285	32
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	290	12	77	9
Etablissements de santé	273	11	97	11
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	197	8	16	2
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	106	4	25	3
EMS de personnes handicapées	89	4	48	5
Crèches	50	2	23	3
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	47	2	14	2
Transport (avion, bateau, train)	30	1	17	2
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	26	1	1	0
Etablissement pénitentiaires	25	1	7	1
Structure de l'aide sociale à l'enfance	19	1	8	1
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-	0	-
Autre	272	11	86	10

Figure 16. Clusters en cours d'investigation (hors Ehpad et milieu familial restreint) par département au 21 septembre 2020 (N=899) (Source : MONIC)



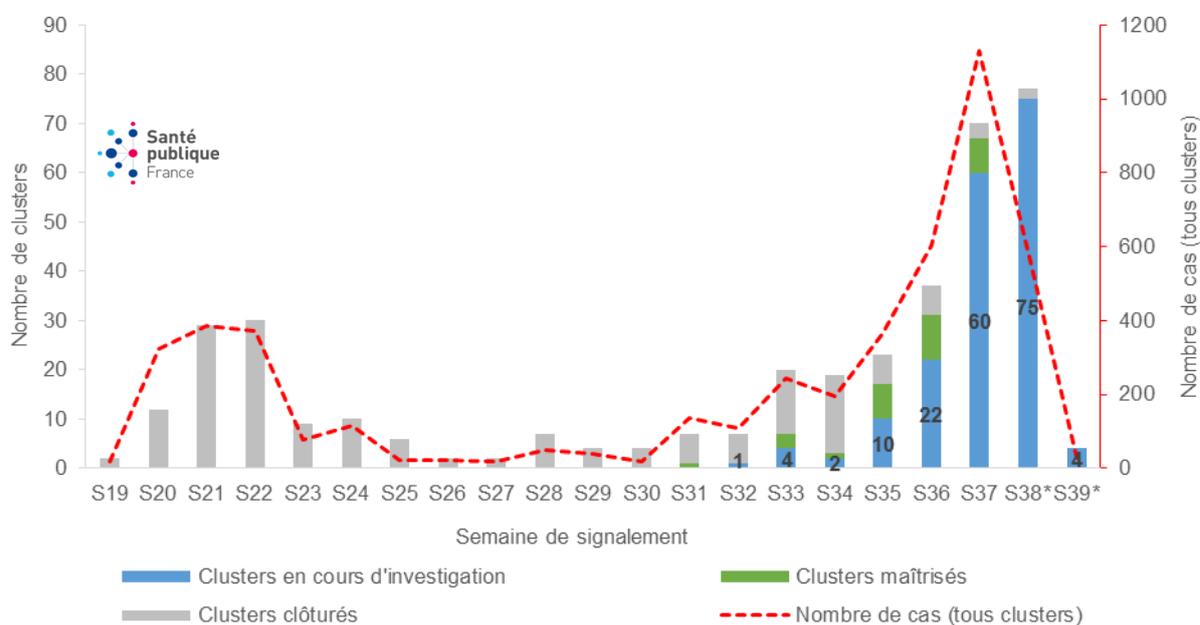
Pour en savoir plus sur les données régionales, consulter : [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr)

Clusters (foyers de transmission) en Ehpad

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

- En S38, le nombre de clusters observé est en légère hausse avec 77 clusters signalés (vs 70 en S37) (Figure 17). Au total, 381 clusters ont été signalés (99% en métropole) incluant 4 850 cas (Figure 17).
- Sur les 381 clusters, 47% (n=178) étaient en cours d'investigation, 7% étaient maîtrisés, 46% clôturés et aucun cluster n'avait diffusé. La majorité (68%) comportait plus de 5 cas (13 en moyenne par cluster).
- Les 178 clusters en cours d'investigation étaient localisés dans toutes les régions métropolitaines à l'exception d'un foyer en Guadeloupe. Les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur et Occitanie comptabilisaient respectivement 29% et 24% des clusters en cours d'investigation en Ehpad.

Figure 17. Nombre de clusters selon leur statut et le nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement, entre le 09 mai et le 21 septembre 2020, (N=381) (Source : MONIC)



* données provisoires

Focus sur les collectivités et les secteurs des entreprises les plus à risque, à travers le prisme des clusters du système d'information MONIC

La notion de risque a été définie par le niveau de criticité des clusters (risque de transmission et de diffusion). Les collectivités les plus à risque sont celles qui ont la proportion de clusters à criticité élevée la plus importante. Les résultats s'appuient sur les données au 14 septembre 2020 (N=2 328 clusters). Ils sont présentés selon la typologie des collectivités du système d'information MONIC et selon la Nomenclature des activités française (NAF Révision 2, 2008) pour les entreprises privées ou publiques (non classées ailleurs), appelées par la suite « entreprises ».

Les cinq collectivités les plus à risque étaient : les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad (67% de clusters à criticité élevée)), les communautés vulnérables (55%), les établissements de santé (39%), les établissements médicaux sociaux pour personnes handicapées (38%), et les établissements sociaux d'hébergement et d'insertion (37%) (Tableau 3). Les entreprises présentaient une proportion plus faible (20%). Le nombre moyen de cas par cluster toutes collectivités confondues était de 10, s'élevant à 40 pour les unités géographiques de petite taille. La population moyenne exposée était de 131 personnes avec des variations selon les collectivités..

Tableau 3. Répartition des collectivités classées par proportion décroissante de clusters à criticité élevée ; N=2 328 clusters, données au 14 septembre 2020 (Source SI-MONIC, Santé publique France)

Type de collectivité	Nombre de clusters	Nombre moyen de cas*	Population moyenne exposée**	Criticité élevée	
				n	%
Ehpad	302	12	124	201	66,6
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	42	17	324	23	54,8
Etablissements de santé	229	11	148	90	39,3
EMS de personnes handicapées	68	10	76	26	38,2
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	100	10	125	37	37,0
Etablissement pénitentiaires	22	18	331	7	31,8
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	25	40	1 680	7	28,0
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	271	9	85	69	25,5
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	188	9	46	47	25,0
Entreprises privées ou publiques (non classées ailleurs)	554	9	113	109	19,7
Milieu scolaire et universitaire	198	9	247	35	17,7
Structure de l'aide sociale à l'enfance	17	6	44	3	17,6
Crèches	35	6	38	5	14,3
Transport (avion, bateau, train)	29	4	22	0	-
Autre	248	17	324	45	18,1
Total	2 328	10	131	704	30,2

* 2 données manquantes ; ** 1 061 données manquantes

Pour les entreprises, les résultats sont présentés pour les secteurs avec plus de 10 clusters soit 8 secteurs incluant un total de 249 clusters parmi 344 (sur 554) avec la NAF codée au 14 septembre 2020 (Tableau 4). **Les cinq secteurs des entreprises les plus à risque sont : l'industrie alimentaire (57%), les transports terrestres et transport par conduites (27%), la restauration (20%), les activités sportives, récréatives et de loisirs (17%), et l'administration publique et défense (19%).**

Concernant l'industrie alimentaire, il s'agit plus particulièrement des activités de transformation et conservation de la viande (n=27, 77%). Pour la restauration, cela concerne pour l'essentiel des restaurants et des services de restauration mobile (n=38, 76%). Pour l'administration, il s'agit de l'administration publique générale (n=55, 37%), des activités d'ordre public et de sécurité (n=53, 35%), des services du feu et du secours (n=19, 13%) et de la défense (n=14, 9%).

Tableau 4. Répartition des secteurs des entreprises, présentant plus de 10 clusters, classés par proportion décroissante de clusters à criticité élevée ; N=249 clusters parmi 344 (sur 554) avec la NAF codée au 14 septembre 2020, SI-MONIC, Santé publique France

Secteur des entreprises*	Nombre de clusters	Nombre moyen de cas	Population moyenne exposée**	Criticité élevée	
				n	%
10 - Industries alimentaires	35	26	332	20	57,1
49 - Transports terrestres et transport par conduites	11	8	32	3	27,3
56 - Restauration	50	6	70	10	20,0
93 - Activités sportives, récréatives et de loisirs	29	7	87	5	17,2
84 - Administration publique et défense ; sécurité sociale obligatoire	150	8	97	28	18,7
64 - Activités des services financiers, hors assurance et caisses de retr	11	6	24	1	9,1
47 - Commerce de détail, à l'exception des automobiles et des motocyc	45	6	27	4	8,9
52 - Entreposage et services auxiliaires des transports	13	5	135	1	7,7

* entreprises privées ou publiques (non classées ailleurs) ; ** 142 données manquantes

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

- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 20 septembre 2020, 10 684 signalements d'un ou plusieurs cas de COVID-19 ont été déclarés dans les établissements sociaux et médicaux-sociaux (ESMS) à Santé publique France via le portail national des signalements.
- Il s'agissait de 6 647 (62%) signalements dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres EHPA) et 4 037 (38%) dans les autres ESMS (Hébergement pour personnes handicapées (HPH), Aide à l'enfance et autre ESMS) (Tableau 5).
- Parmi les 10 684 signalements, **43 555 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents. Parmi les **10 571 décès dans l'établissement d'accueil**, 10 485 étaient survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Tableau 5).
- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 20 septembre 2020, parmi les 6 647 signalements en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA), 4 616 (69%) épisodes comprenaient au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel.

Tableau 5. Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'établissement, chez les résidents et le personnel dans les ESMS, rapportés du 1^{er} mars au 20 septembre 2020, France.

	EHPA ¹	HPH ²	Aide en- fance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	6 647	3 025	509	503	10 684
Cas confirmés ⁶	38 034	4 671	287	563	43 555
Chez les résidents Décès ⁷ hôpitaux	3 813	210	0	21	4 044
Décès ⁷ établissements*	10 485	75	0	11	10 571
Chez le personnel Cas confirmés ⁶	18 710	4 143	359	259	23 471

*Le nombre de nouveaux décès en établissement fait actuellement l'objet de corrections suite à des contrôles de qualité des données.

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

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

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

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

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

⁶ 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 ;

⁷ Cas possibles et confirmés décédés.

- On observe une augmentation du nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les ESMS depuis début juillet. En semaine 37, 568 signalements ont été enregistrés et 346 cette semaine mais les données en S38 sont non consolidées (Figure 18). Le nombre de cas confirmés était en forte augmentation avec 2 448 cas déjà répertoriés en S38 (1 535 chez les résidents et 913 chez le personnel) (Figure 19). Cette augmentation était plus particulièrement marquée dans trois régions (Tableau 6).

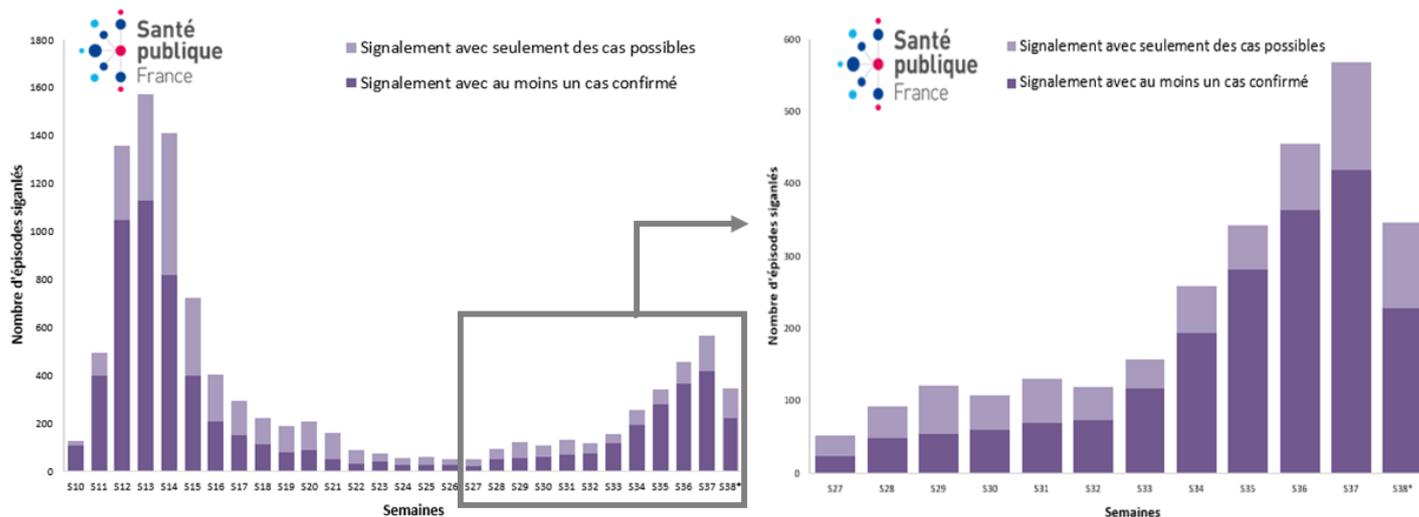
Tableau 6. Nombre de signalements de cas de COVID-19 dans les trois régions les plus marquées en France de la semaine 32 à la semaine 38* (03 août au 20 septembre 2020)

	S32	S33	S34	S35	S36	S37	S38*
Ile-de-France	21	28	44	69	73	84	58
Provence Alpes Côte d'Azur	15	25	41	53	58	71	39
Auvergne Rhône-Alpes	6	12	21	39	66	82	55

*Les données de la semaine 38 sont en cours de consolidation.

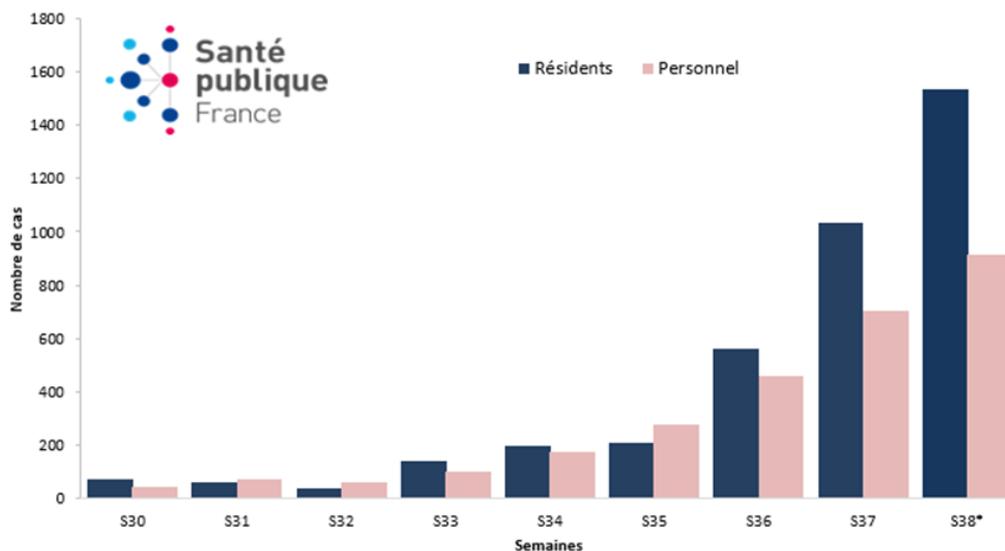
- On constate un nombre plus important de cas confirmés chez les résidents par rapport au nombre de cas confirmés chez le personnel depuis la semaine 36 (Figure 19).
- Après être resté stable de la semaine 29 à la semaine 36, le nombre de décès en ESMS augmente depuis ces deux dernières semaines (80 en S38, 89 en S37, 0 en S36 et 9 en S35). Ces données seront consolidées par la mise à jour des données et les corrections réalisées dans certaines régions.

Figure 18. Nombre hebdomadaire de signalements d'épisode avec au moins un cas (possible ou confirmé) de COVID-19, par date de début des signes du premier cas, du 1^{er} mars au 20 septembre 2020, en France.



*Les données de la semaine 38 sont en cours de consolidation.

Figure 19. Nombre de signalements de cas de COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS par semaine calendaire, du 20 juillet au 20 septembre 2020, en France



*Les données de la semaine 38 sont en cours de consolidation.

Point d'attention : Du fait du délai court entre le signalement par les établissements et la production du point épidémiologique, les données les plus récentes ne sont pas consolidées. Les processus d'assurance qualité mis en place au niveau régional peuvent conduire à des corrections ultérieures de données. A noter que depuis le 01 juillet 2020, les ESMS d'Ile-de-France déclarent leurs épisodes via l'application de Santé publique France.

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

- **En semaine 38** (du 14 au 20 septembre 2020), 6 514 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période, représentant 2,1% de l'activité totale des services d'urgence du réseau OSCOUR®.
- **Pour la 7^{ème} semaine consécutive, ces passages tous âges étaient en hausse** de 21% comparés à la semaine 37 (5 368 passages et 1,8% d'activité totale - données consolidées du 22 septembre 2020). Cette hausse concerne principalement les **adultes** avec +24% de recours (soit +1 197 passages). On observe une baisse chez les **enfants** (-12% soit -51 passages) (Figure 20).
- **La hausse est observée dans la plupart des régions** excepté en Auvergne-Rhône-Alpes, en Bretagne, en Guadeloupe, en Guyane et en Occitanie. Elle varie de +7% en Bourgogne-Franche-Comté (soit +19 passages) à +44% en Ile-de-France (soit +740 passages).
- En semaine 38, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 au niveau national, 35% ont été enregistrés en Ile-de-France, 11% en Auvergne-Rhône-Alpes, 11% en Provence-Alpes-Côte d'Azur et 7% en Occitanie.
- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, 204 344 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 22 septembre 2020, intégrant l'ensemble des services d'urgence ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

Figure 20. Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par semaine et classe d'âge, depuis le 26 février et depuis le 1^{er} juin 2020, France (source: OSCOUR®)

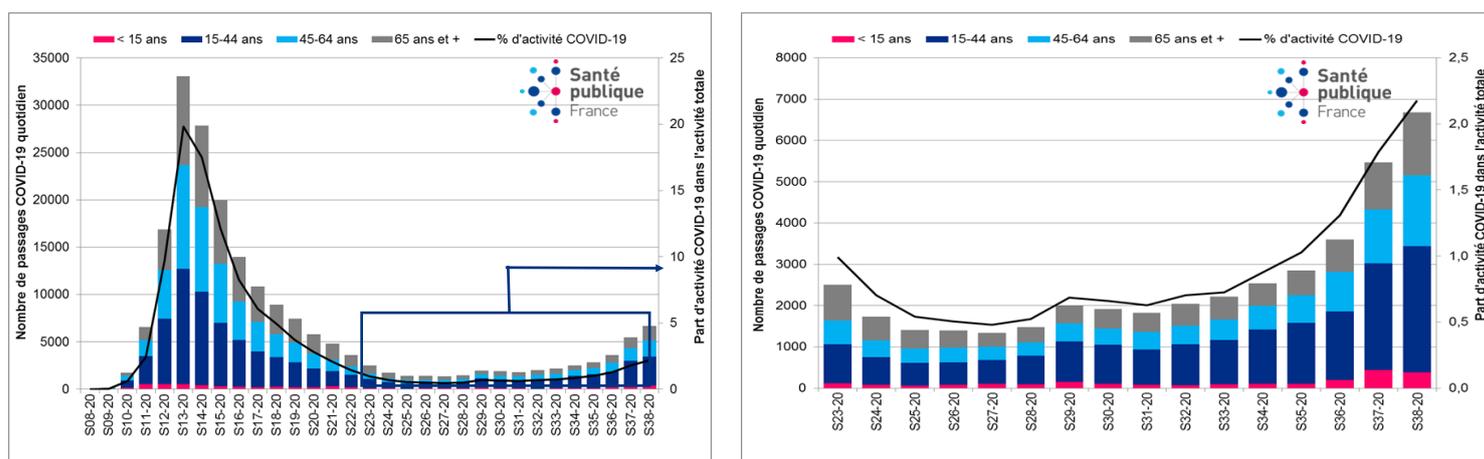
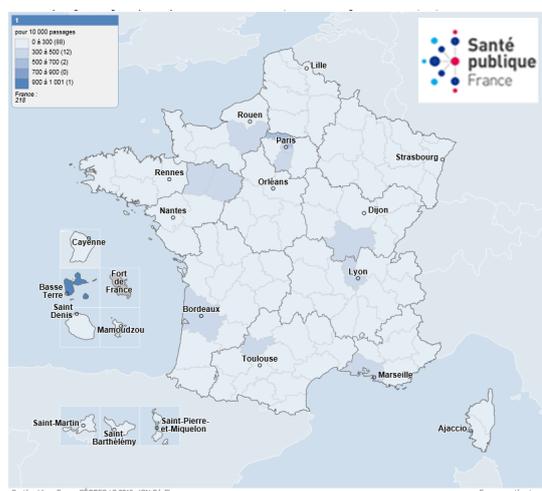


Figure 21. Taux hebdomadaire de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences par département, semaine 38/2020, France (source : OSCOUR®)



Pour en savoir plus sur les données OSCOUR consulter : [GEODES](https://www.godes.fr)

Nombre de reproduction effectif «R effectif»

Le nombre de reproduction R (nombre moyen de personnes infectées par un cas) est estimé selon la méthode de Cori [1], avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours. Il permet de suivre les tendances récentes de la dynamique de transmission. Les estimations régionales sont désormais produites à partir des données virologiques du dispositif SI-DEP (nombre quotidien de tests PCR positifs), des passages aux urgences (OSCOUR®) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC. 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). L'indicateur SI-DEP peut être instable notamment lorsque l'incidence est faible car il est influencé par les actions locales de dépistage. Les indicateurs calculés à partir des données de passages aux urgences et des hospitalisations sont plus stables, mais montrent des tendances plus tardives. Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas.

Les valeurs de R ne doivent donc pas être interprétées de façon isolée, mais doivent être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse fine de la situation locale.

Les estimations du nombre de reproduction entre le 13 et le 19 septembre 2020 sont basées sur les nombres de tests PCR positifs au SARS-COV-2 remontés par le système SI-DEP ainsi que sur les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (données OSCOUR®). Les estimations du nombre de reproduction entre le 14 et le 20 septembre 2020 sont basées sur les nombres d'hospitalisations pour COVID-19 remontées par le système SI-VIC.

- **En France métropolitaine, le nombre de reproduction calculé à partir des données virologiques (SI-DEP) est significativement supérieur à 1 : 1,06** (intervalle de confiance, IC95% : 1,05-1,07), estimation en légère baisse par rapport à celle produite la semaine précédente (1,09) (Tableau 7, Figure 22). **Le R calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) est significativement supérieur à 1 : 1,25** (IC95% : 1,22-1,28), en baisse par rapport à l'estimation produite la semaine précédente (1,40). **Le R calculé à partir des données d'hospitalisations (SI-VIC) est également significativement supérieur à 1 : 1,28** (IC95% : 1,23-1,32).
- **Dans les régions métropolitaines** (Tableau 7), l'estimation du R -effectif à partir des 3 sources de données (SI-DEP, OSCOUR et SI-VIC) **est significativement supérieure à 1 dans 5 régions** : Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine et Pays-de-la-Loire.
- L'estimation du R -effectif est également **significativement supérieure à 1 à partir des données virologiques et des passages aux urgences dans 5 autres régions métropolitaines** : Bourgogne-Franche-Comté, Centre-Val-de-Loire, Grand-Est, Normandie, Occitanie. Dans ces 5 régions, le R -effectif estimé à partir des hospitalisations est supérieur à 1, mais de façon non significative.
- Le R -effectif est supérieur significativement à 1 à partir de tests virologiques et des hospitalisations en Bretagne, et est supérieur à 1 de façon non significative à partir des passages aux urgences.
- En Corse et en PACA, l'estimation du R -effectif est significativement supérieure à 1 à partir des données d'hospitalisations, ainsi que dans les passages aux urgences mais uniquement en PACA. L'estimation du R -effectif à partir des données virologiques est inférieure à 1 dans ces deux régions.
- **En outremer**, l'estimation du R -effectif est supérieur à 1 en Guadeloupe de façon significative à partir des passages aux urgences. Dans les autres régions, l'estimation du R -effectif est soit inférieure à 1, soit supérieure à 1 mais de façon non significative.

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

Figure 22. Trajectoire du nombre de reproduction effectif (R effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2, des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 et des hospitalisations pour COVID-19 en France métropolitaine du 15 mars au 19 septembre 2020 (Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC)

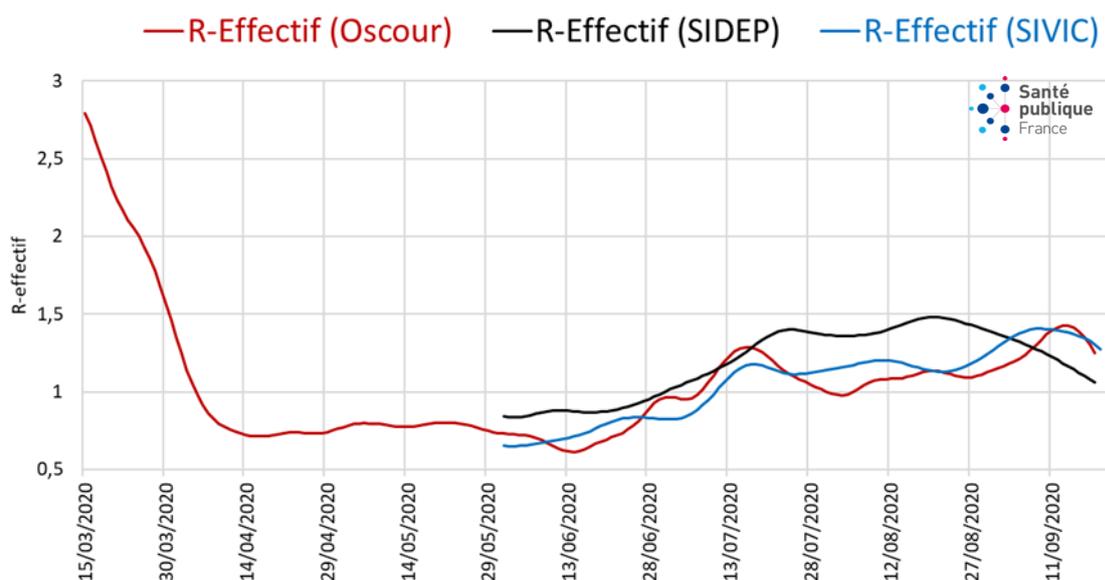


Tableau 7. Nombre de reproduction effectif (R effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-CoV-2, des passages aux urgences avec suspicion de COVID-19 et des hospitalisations pour COVID-19 par région, France métropolitaine et ultra-marine, sur 7 jours glissants, du 13 au 19 septembre 2020 (SI-DEP et OSCOUR), du 14 au 20 septembre (SI-VIC) (Sources : SI-DEP, OSCOUR® et SI-VIC)

Territoire	Régions	R effectif (Intervalle de confiance à 95%)		
		SI-DEP	OSCOUR	SI-VIC
France métropolitaine	Auvergne-Rhône-Alpes	1.13 (1.11-1.16)	1.13 (1.05-1.21)	1.24 (1.13-1.36)
	Bourgogne-Franche-Comté	1.06 (1.00-1.11)	1.15 (1.02-1.29)	1.07 (0.79-1.38)
	Bretagne	1.17 (1.12-1.22)	1.03 (0.85-1.23)	1.32 (1.03-1.65)
	Centre-Val de Loire	1.10 (1.05-1.16)	1.26 (1.06-1.47)	1.22 (0.94-1.55)
	Corse	0.80 (0.70-0.90)	1.37 (0.96-1.85)	1.63 (1.07-2.31)
	Grand Est	1.09 (1.04-1.13)	1.35 (1.19-1.51)	1.05 (0.85-1.27)
	Hauts-de-France	1.15 (1.12-1.17)	1.32 (1.19-1.46)	1.54 (1.34-1.75)
	Ile-de-France	1.01 (1.00-1.03)	1.39 (1.34-1.45)	1.40 (1.31-1.49)
	Normandie	1.15 (1.10-1.20)	1.15 (1.00-1.30)	1.14 (0.92-1.39)
	Nouvelle-Aquitaine	1.04 (1.01-1.07)	1.21 (1.10-1.33)	1.38 (1.20-1.58)
	Occitanie	1.12 (1.09-1.15)	1.17 (1.07-1.28)	1.10 (0.96-1.26)
	Pays de la Loire	1.07 (1.02-1.11)	1.20 (1.06-1.35)	1.42 (1.14-1.72)
	Provence-Alpes-Côte d'Azur	0.89 (0.87-0.91)	1.15 (1.07-1.23)	1.15 (1.05-1.25)
	France métropolitaine	1.06 (1.05-1.07)	1.25 (1.22-1.28)	1.28 (1.23-1.32)
France ultra-marine	Guadeloupe	1.05 (0.99-1.12)	1.24 (1.07-1.42)	0.69 (0.51-0.89)
	Guyane	0.81 (0.69-0.95)	0.67 (0.42-0.98)	0.61 (0.37-0.90)
	La Réunion	0.95 (0.88-1.03)	1.02 (0.65-1.48)	1.26 (0.96-1.61)
	Martinique	0.95 (0.81-1.09)	NA	1.71 (0.98-2.65)
	Mayotte	NE	NC	NC

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

Surveillance en milieu hospitalier

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

Depuis le 1^{er} mars 2020, **1 597** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.

- Parmi les **120 520 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 8) :
 - L'âge médian des patients est de 71 ans et 53% sont des hommes.
 - 20 845 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 93 538 patients sont retournés à domicile.
- Le **22 septembre 2020, 5 796 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 951 en réanimation.**

Tableau 8. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 22 septembre 2020 et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1^{er} mars, par classe d'âge et par région, France (source : SI-VIC)

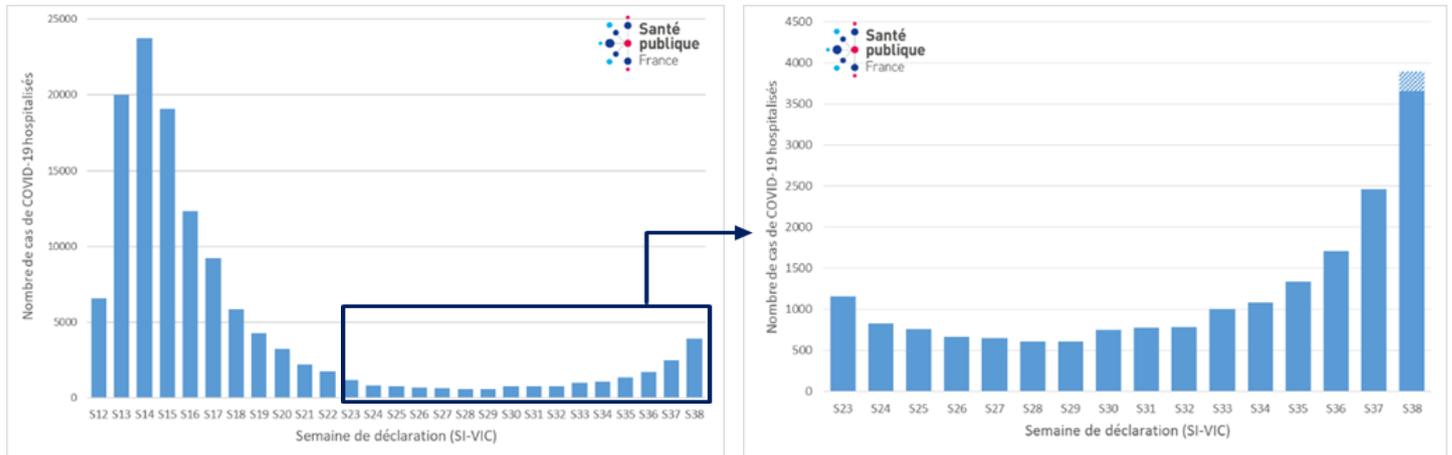
	Le 22 septembre 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	5 796		951		93 538		20 845	
Classes d'âge *								
Total	5 750		942		92 918		20 726	
0-14 ans	47	1	9	1	1 256	1	3	<1
15-44 ans	438	8	50	5	13 540	15	221	1
45-64 ans	1 336	23	305	32	26 355	28	2 125	10
65-74 ans	1 299	23	311	33	17 504	19	3 691	18
75 et +	2 630	46	267	28	34 263	37	14 686	71
Régions *								
Total	5 777		752		93 508		20 821	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	768	13	88	12	9 049	10	1 859	9
Bourgogne-Franche-Comté	92	2	8	1	4 188	4	1 074	5
Bretagne	161	3	12	2	1 478	2	278	1
Centre-Val de Loire	117	2	15	2	2 502	3	589	3
Corse	28	<1	4	1	285	<1	62	<1
Grand Est	310	5	21	3	13 547	14	3 721	18
Hauts-de-France	540	9	48	6	7 645	8	1 987	10
Ile-de-France	1 794	31	246	33	33 719	36	7 977	38
Normandie	196	3	14	2	2 004	2	460	2
Nouvelle-Aquitaine	298	5	43	6	2 609	3	467	2
Occitanie	315	5	51	7	3 519	4	572	3
Pays de la Loire	137	2	13	2	2 567	3	507	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	778	13	138	18	7 566	8	1 094	5
Outre-Mer								
La Réunion	71	1	12	2	352	<1	16	<1
Martinique	22	<1	5	1	124	<1	20	<1
Mayotte	6	<1	0	0	453	<1	28	<1
Guadeloupe	120	2	26	3	213	<1	49	<1
Guyane	24	0	8	1	1 688	2	61	<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.

Note : Un établissement du département 91 avait saisi les dossiers de ses patients au cours du temps. Pour une raison informatique, ces dossiers ont été stockés localement mais n'ont pas été transmis à la base de données nationale exploitée par Santé publique France. Le 18 septembre, l'ensemble des dossiers stockés a été transmis pour alimenter la base. Il s'agit de 237 dossiers de patients hospitalisés avant la semaine 32, dont 76 sont décédés pendant leur hospitalisation. Ces hospitalisations et décès ne sont pas comptabilisés dans les calculs des taux d'hospitalisation ainsi que dans les décomptes des hospitalisations et des décès en semaine 38. Ils sont cependant intégrés au total des hospitalisations et des décès depuis le 1^{er} mars.

- Les notifications de **nouvelles hospitalisations pour COVID-19 ont augmenté** pour la **neuvième semaine consécutive** en semaine 38 (du 14 au 20 septembre) : 3 657 nouvelles hospitalisations déclarées en S38 versus 2 464 en S37 et 1 704 en S36 (Figure 23).
- En prenant en considération le nombre de d'hospitalisations déclarées entre la semaine 29 et la semaine 38, **le temps de doublement du nombre hebdomadaire d'hospitalisations est de 24 jours**. Il était de 33 jours la semaine précédente.

Figure 23. Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés selon la date de déclaration, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, données au 22 septembre 2020, France (source : SI-VIC)



Note : la partie hachurée de la barre en S38 représente 237 hospitalisations survenues avant S32 mais rapportées en S38

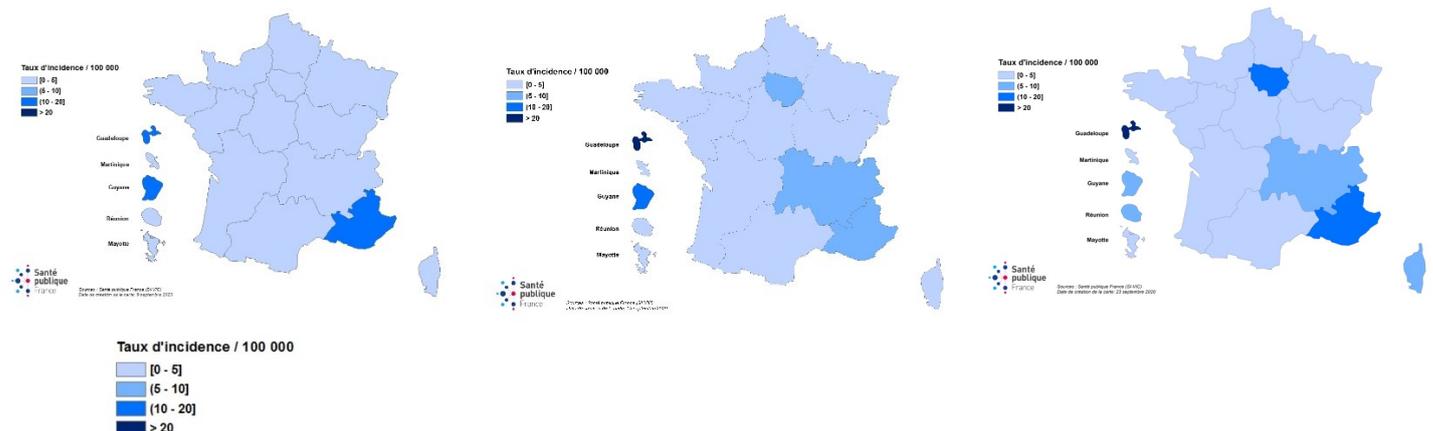
- En **France métropolitaine**, le taux d'incidence hebdomadaire d'hospitalisations de patients COVID-19 (du 16 au 22 septembre) **a augmenté dans toutes les régions**. Les taux d'hospitalisations **les plus élevés ont été enregistrés en Provence-Alpes-Côte d'Azur** (12,8/100 000 hab.) et **en Île-de-France** (10,3/100 000 hab.). L'Auvergne-Rhône-Alpes et la Corse enregistreraient aussi des taux supérieurs à 5,0/100 000 hab. (respectivement 6,4 et 5,8). (Figure 23). Les plus **fortes augmentations** par rapport à la semaine précédente ont été observées en **Centre-Val de Loire** (de 1,7 à 3,5/100 000 hab.) et en **Bourgogne** (de 1,4 à 3,0/100 000 hab.).
- Dans les **régions d'outre-mer**, la **Guadeloupe** a enregistré le **plus fort taux hebdomadaire d'hospitalisations**, en augmentation pour la quatrième semaine consécutive, avec un taux de 27,6/100 000 habitants versus 20,4/100 000 hab. la semaine précédente. Le taux hebdomadaire d'hospitalisations diminue pour la quatrième semaine consécutive en Guyane (8,3/100 000 hab. vs 11,4 la semaine précédente) (Figure 24). Ce taux était en hausse dans les autres régions.

Figure 24. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 02 et le 22 septembre 2020 , France (source : SI-VIC)

du 02 au 08 septembre 2020

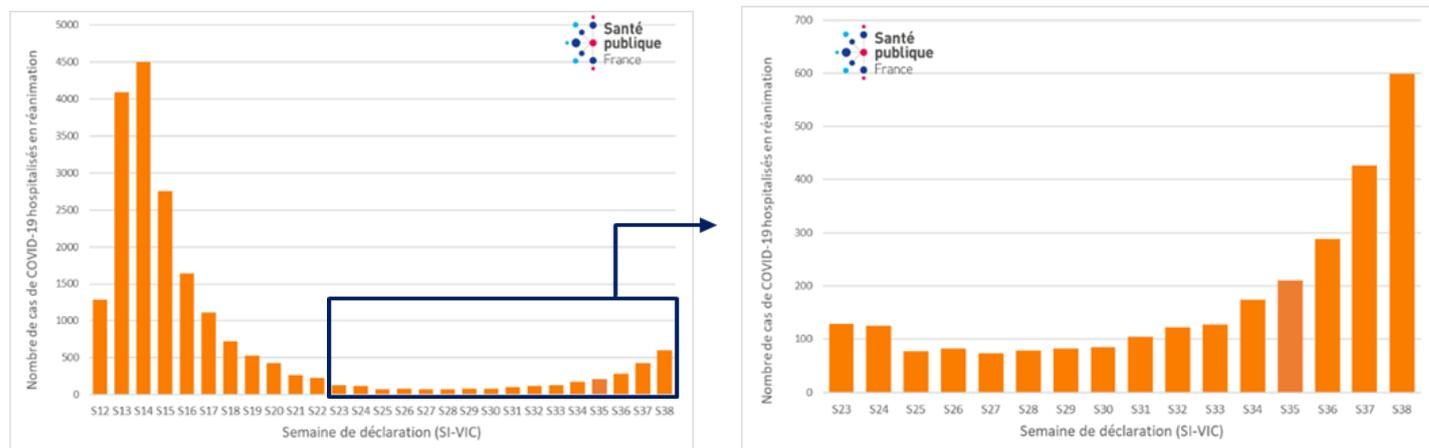
du 09 au 15 septembre 2020

du 16 au 22 septembre 2020



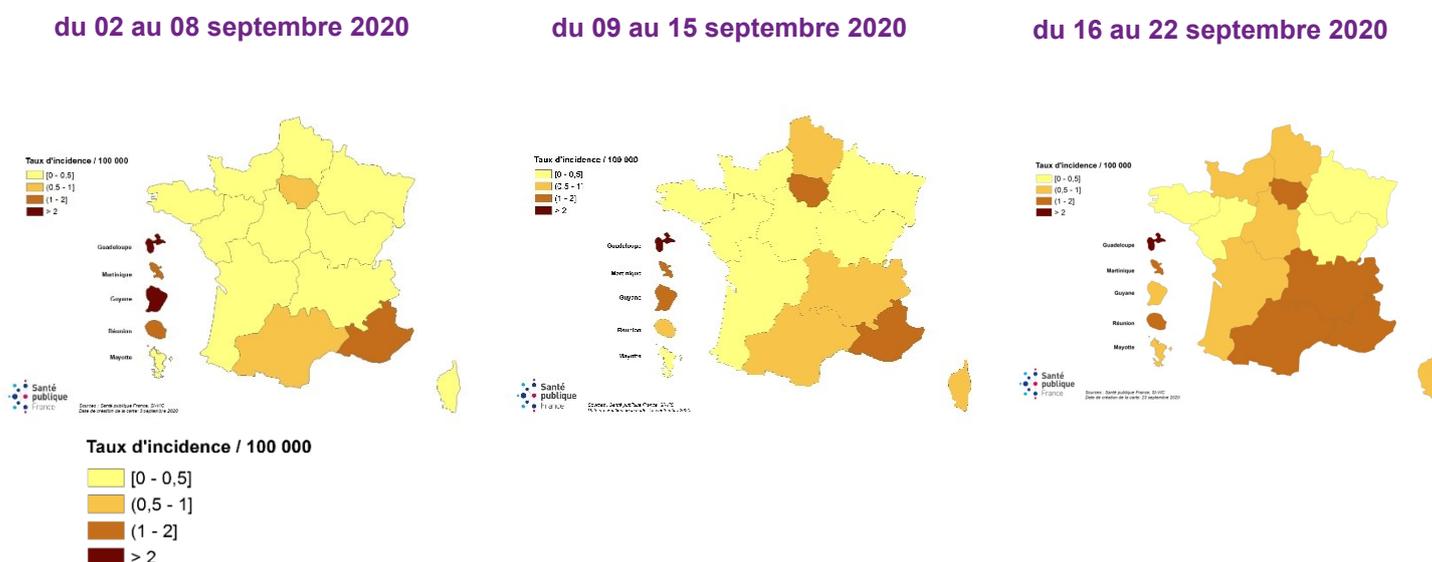
- Au 22 septembre 2020, 951 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en réanimation en France.
- Les notifications de nouvelles admissions en réanimation continuent d'augmenter depuis la semaine 28 (Figure 25), passant de 73 nouvelles admissions déclarées en S27 à 599 en S38 (+40% par rapport à S37, 427 nouvelles admissions en réanimation déclarées).

Figure 25. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, selon la date de déclaration, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, données au 22 septembre, France (source : SI-VIC)



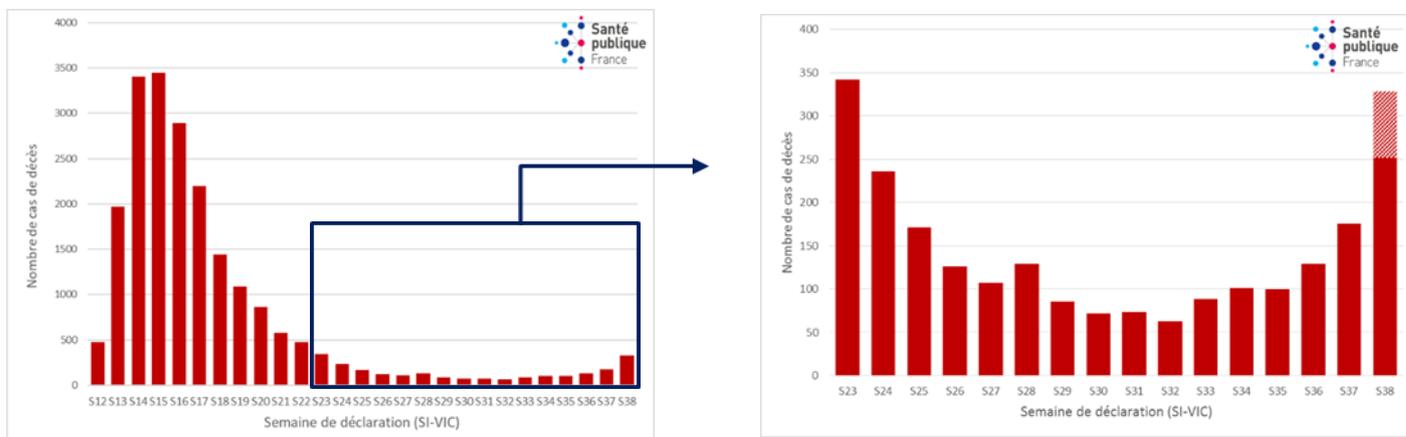
- En France métropolitaine, le taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 a augmenté dans toutes les régions excepté en Corse, en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Bretagne (taux stables). Les plus fortes augmentations de ces taux par rapport à la semaine précédente ont été observées en Bourgogne-Franche-Comté (de 0,14 à 0,29/100 000 hab.) et Pays de la Loire (de 0,24 à 0,50/100 000 hab.). Les plus forts taux étaient rapportés en Provence-Alpes-Côte d'Azur, en Ile-de-France, en Auvergne-Rhône-Alpes et en Occitanie : respectivement 1,94, 1,52, 1,20 et 1,03. Cinq autres régions enregistraient des taux supérieur à 0,5/100 000 hab. : Normandie, Hauts-de-France, Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine et Corse (Figure 26).
- Dans les régions d'outre-mer, sur la semaine du 16 au 22 septembre, le plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 a été observé en Guadeloupe avec 5,84/100 000 habitants même si ce taux est à la baisse par rapport à la semaine précédente (6,37 du 09 au 15 septembre). Ce taux était en augmentation par rapport à la semaine précédente à Mayotte (de 0 à 0,72/100 000 hab.) à la Réunion (0,93 à 1,63) et en Martinique (1,09 à 1,52) (Figure 26).

Figure 26. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 02 et le 22 septembre 2020, France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire de déclaration de **décès** survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 était **en augmentation** par rapport à la semaine précédente (252 en S38 versus 176 en S37 et 129 en S36 (Figure 27).

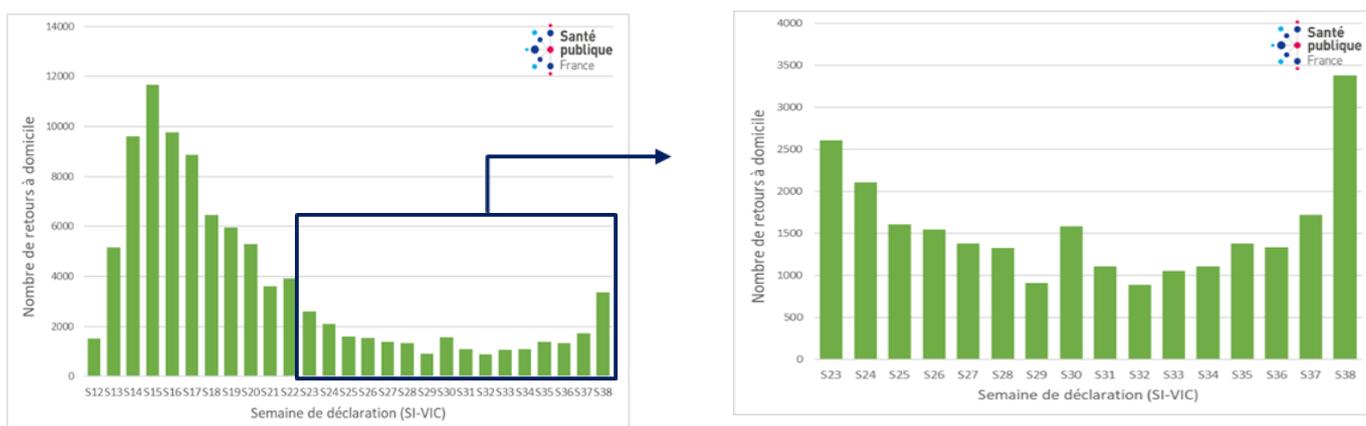
Figure 27. Nombre hebdomadaire de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 22 septembre 2020 (source : SI-VIC)



Note : la partie hachurée de la barre en S38 représente 76 décès survenus avant S29 mais rapportés en S38

- Le nombre hebdomadaire de déclaration de retours à domicile des patients COVID-19 après hospitalisation était en forte augmentation en semaine 38 (3 381 vs 1 723 en S37 et 1 338 en S36) (Figure 28).

Figure 28. Nombre hebdomadaire de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19 selon la date de déclaration, depuis le 19 mars et depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 22 septembre 2020 (source : SI-VIC)



Un délai entre la date d'admission à l'hôpital, en réanimation ou le décès d'un patient COVID-19 et la date de déclaration ou de mise à jour du statut du patient dans le système SI-VIC est fréquent. Ce délai peut être particulièrement important dans le cas de rattrapage de déclaration d'anciens dossiers de patients. Ce délai entraîne un retard dans l'observation des tendances et peut aboutir à une sur-estimation des incidences si des événements anciens sont comptabilisés au cours de la semaine de déclaration.

- Les graphes précédents (Figures 24, 25, 27 et 28) sont présentés par date de déclaration, avec ce délai. Afin de préciser les tendances, les statuts des patients hospitalisés sont aussi présentés par date d'admission des patients à l'hôpital (Figure 29) ou par date de décès (Figure 30). Toutefois, la semaine 38 n'est pas encore consolidée.

Figure 29. Nombre hebdomadaire de nouvelles admissions A) à l'hôpital et B) en service de réanimation de patients COVID-19, selon la date d'admission à l'hôpital, depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 22 septembre 2020 (source : SI-VIC)

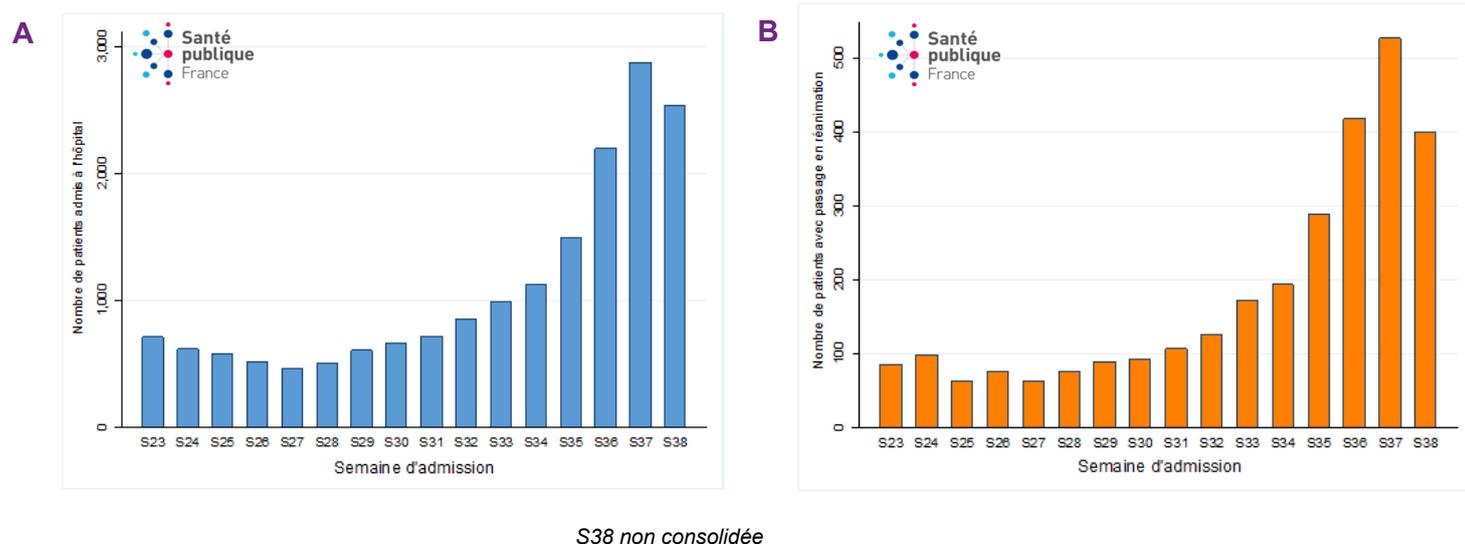
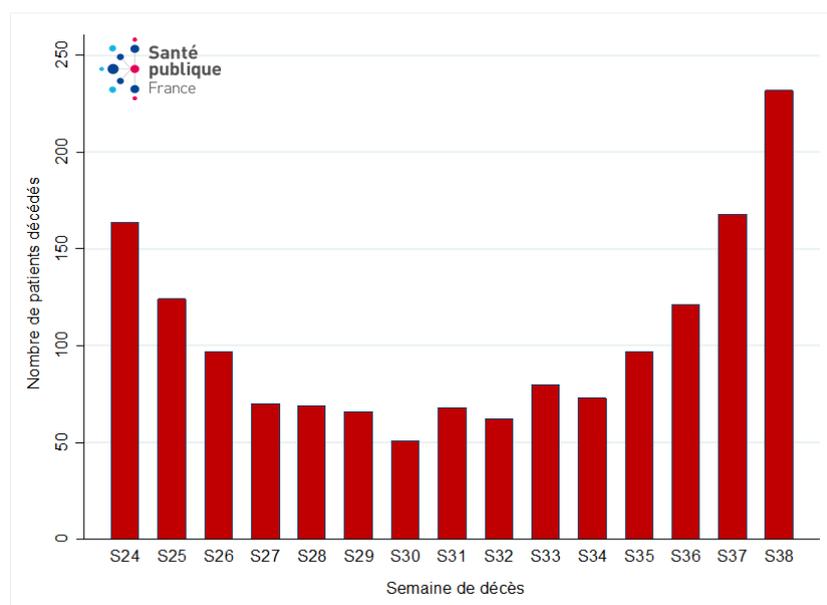


Figure 30. Nombre hebdomadaire de décès de patients COVID-19 par semaine de décès, depuis le 1^{er} juin 2020, France, données au 22 septembre 2020 (source : SI-VIC)



Surveillance de la mortalité

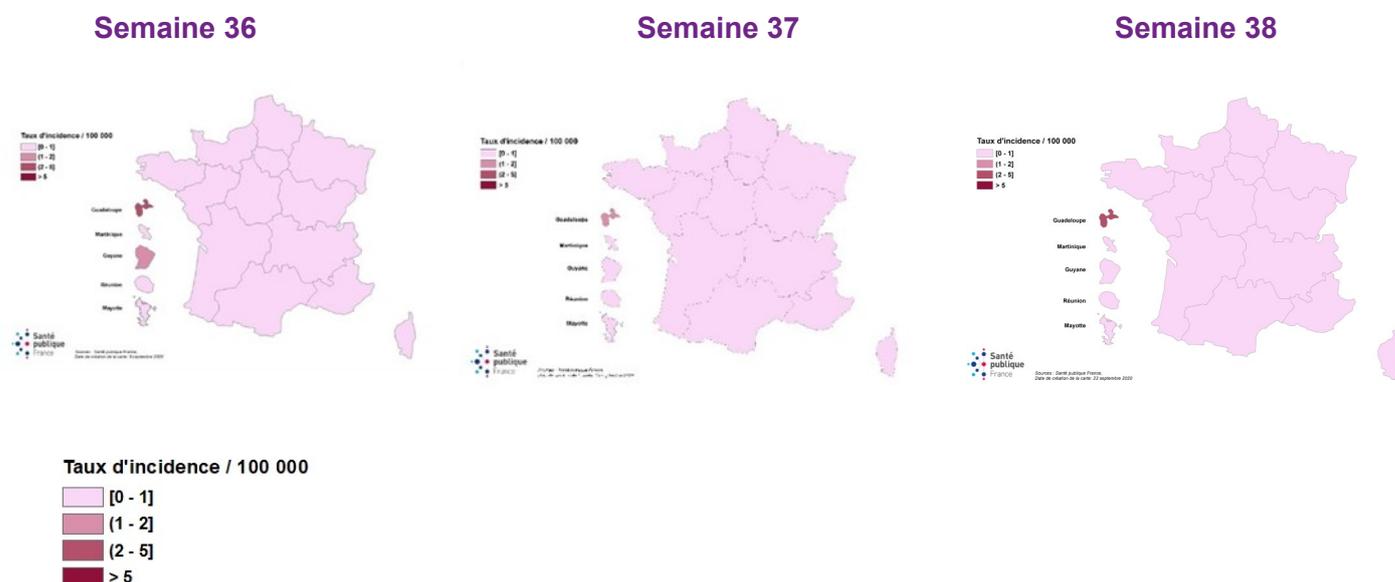
Mortalité lors d'une hospitalisation pour COVID-19 et en ESMS

Entre le 1^{er} mars et le 22 septembre 2020, **31 416 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : 20 845 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 571 décès parmi des résidents en EHPA et autres EMS.

- **Au moins 92% des cas de COVID-19 décédés étaient âgés de 65 ans ou plus.**
- **Au niveau national, le nombre hebdomadaire de décès était en forte augmentation** entre les semaines 36 et 38 : +25% entre S38 et S37 (332 et 265 décès respectivement) et +105% entre S36 et S37 (265 et 129 décès respectivement). Le taux hebdomadaire de décès à l'échelle nationale était de 0,50 pour 100 000 habitants en semaine 38 (0,40 en S37 et 0,19 en S36). En semaine 38, l'augmentation était particulièrement marquée parmi les personnes hospitalisées (252 en S38 vs 176 en S37, soit +43%) et n'était pas observée parmi les résidents des EHPAD (80 en S38, 89 en S37).
- **En semaine 38, les plus forts taux de décès** de patients COVID-19 rapportés à la population (pour 100 000 habitants) étaient observés en **Guadeloupe** (2,79/100 000 habitants), Provence-Alpes-Côte d'Azur (0,79), Ile-de-France (0,78), Guyane (0,72), Corse (0,58), Auvergne-Rhône-Alpes (0,56), Martinique (0,53), Normandie (0,51). Pour toutes les autres régions, ce taux était inférieur à 0,5/100 000 habitants (Figure 31).
- Les taux hebdomadaires de décès déclarés (pour 100 000 habitants) étaient en augmentation dans dix régions entre les semaines 37 et 38 : Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Corse, Guadeloupe, Guyane, Ile-de-France, Martinique, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie, Normandie.

Note : Un établissement du département 91 avait saisi les dossiers de ses patients au cours du temps. Pour une raison informatique, ces dossiers ont été stockés localement mais n'ont pas été transmis à la base de données nationale exploitée par Santé publique France. Le 18 septembre, l'ensemble des dossiers stockés a été transmis pour alimenter la base. Il s'agit de 237 dossiers de patients hospitalisés avant S32, dont 76 sont décédés pendant leur hospitalisation. Ces décès, survenus avant la semaine 29, ne sont pas comptabilisés dans les calculs des taux de décès de la semaine 38 mais sont intégrés dans le total des décès.

Figure 31. Taux hebdomadaires de décès dû à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en EHPA et autres EMS) S36 (du 31 au 06 septembre), S37 (du 07 au 13 septembre) et S38 (du 14 au 20 septembre), par région en France 2020 (source : SI-VIC et ESMS)



Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, 11 873 certificats de décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 9).
 - L'âge médian au décès était de 84 ans et 90% avaient 65 ans et plus.
 - Les hommes représentaient 54% de ces décès.
 - Des comorbidités étaient renseignées pour 7 802 décès, soit 66% des certificats de décès présentant une mention de COVID-19. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 24% de ces décès et une mention de pathologie cardiaque pour 34% de ces décès.
 - Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 2,8% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.
- **Sur la semaine 38 (du 14 au 20 septembre), 194 décès contenaient une mention de COVID-19 dans le certificat, représentant 6,2% de l'ensemble des décès certifiés par voie électronique (Figure 32). Cet effectif est en hausse par rapport aux deux semaines précédentes (67 décès en semaine 36 et 135 décès en semaine 37).**

Figure 32 : Nombre quotidien de décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 21 septembre 2020 (données au 22 septembre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc)

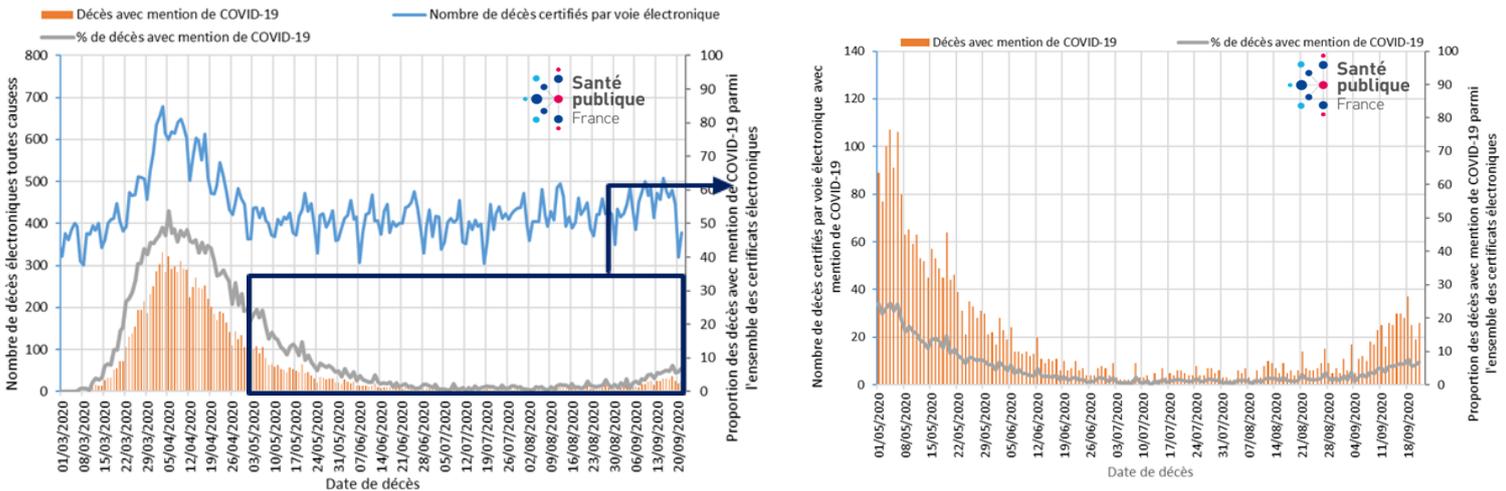


Tableau 9. Description des décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès, en France, du 1^{er} mars au 21 septembre 2020 (données au 22 septembre 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDc)

Sexe	n	%				
Hommes	6 458	54				
Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ou non renseigné ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	1	100	1	0
15-44 ans	35	33	72	67	107	1
45-64 ans	298	29	738	71	1 036	9
65-74 ans	598	33	1 237	67	1 835	15
75 ans ou plus	3 140	35	5 754	65	8 894	75
Tous âges	4 071	34	7 802	66	11 873	100
Comorbidités	n	%				
Au moins une comorbidité	7 802	66				
Aucune ou non renseigné	4 071	34				
Description des comorbidités	n	%				
Obésité	464	6				
Diabète	1 252	16				
Pathologie respiratoire	1 018	13				
Pathologie cardiaque	2 637	34				
Hypertension artérielle	1 903	24				
Pathologies neurologiques *	716	9				
Pathologie rénale	962	12				
Immunodéficience	174	2				

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

¹ présentés en ligne ; ² présentés en colonne

Mortalité toutes causes

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

- **Au niveau national, la mortalité reste dans les marges de fluctuation habituelle sur les semaines 34 à 37** (du 17 août au 13 septembre) dans toutes les classes d'âges (Figure 33).
- Il en est de même dans toutes les régions, à l'exception d'une hausse modérée en Guadeloupe en semaine 35. Le nombre de décès sur les semaines 36 et 37 reste à la limite supérieure de la marge des fluctuations habituelles (Figure 34).
- 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. En l'absence d'information sur les causes médicales de décès, il n'est pas possible d'estimer la part attribuable des hausses de mortalité avec l'épidémie de COVID-19.

Figure 33. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 10-2014 à la semaine 37-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

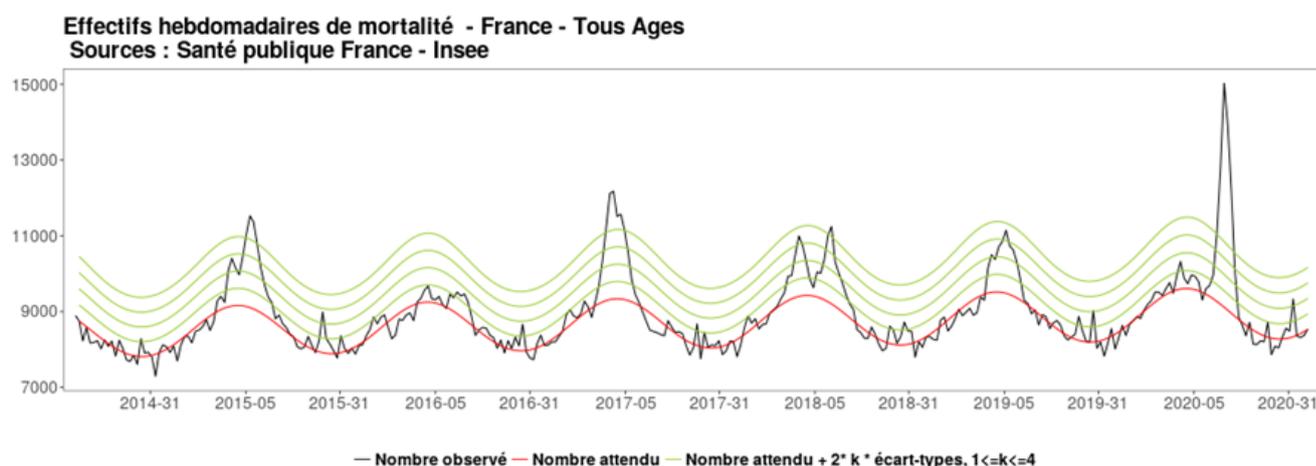
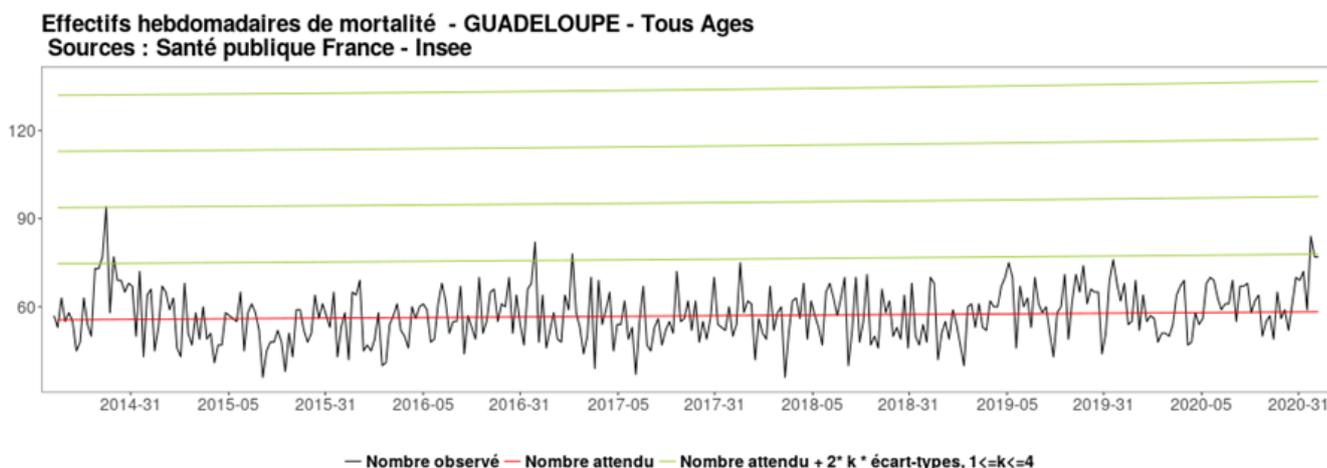


Figure 34. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en Guadeloupe, de la semaine 10-2014 à la semaine 37-2020 (Source : Santé publique France - Insee)



Mortalité à l'échelle européenne

• A l'échelle européenne, parmi les 24 pays ou régions qui participent au consortium EuroMOMO (<https://www.euromomo.eu/>) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, un excès de mortalité était observé dans sept pays/régions en semaine 33, dans trois pays/régions en semaine 34 et en semaine 35 et dans un seul pays, la Belgique, en semaine 36 (Figure 35).

Figure 35. Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 36-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 15 septembre 2020) (Source : Euromomo)

Excess in z-scores

- Extremely high excess ($z > 15$)
- Very high excess ($10 < z \leq 15$)
- High excess ($7 < z \leq 10$)
- Moderate excess ($4 < z \leq 7$)
- Low excess ($2 < z \leq 4$)
- No excess ($z < 2$)
- No data



Analyse de risque contextualisée - Niveaux de vulnérabilité

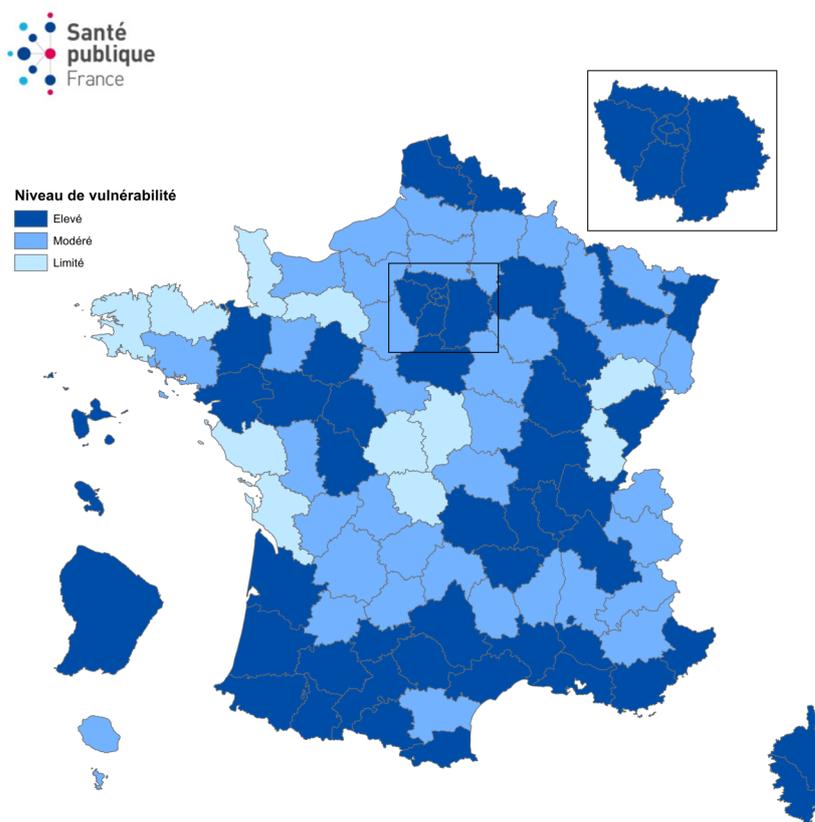
Les équipes régionales de Santé publique France réalisent, en lien avec les ARS, une analyse de risque contextualisée quotidienne au niveau départemental depuis le 02 mai 2020, une semaine avant la levée du confinement. Cette expertise effectue la synthèse des indicateurs des systèmes de surveillance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

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

Au 23 septembre 2020, par rapport au point épidémiologique du 16 septembre 2020.

- **9 nouveaux départements ont été classés en niveau de vulnérabilité élevé** : Doubs (25), Saône et Loire (71), Haute Loire (43), Gers (32), Meurthe et Moselle (54), Tarn (81), Bas Rhin (67), Ariège (09), Haute Pyrénées (65).
- **8 nouveaux départements ont été classés en niveau de vulnérabilité modéré** : Vosges (88), Meuse (55), Calvados (14), Eure (27), Charente (16), Territoire de Belfort (90), Hautes Alpes (05), Nièvre (58).
- **Au total, le 23 septembre, 38 départements étaient en niveau de vulnérabilité modéré, 52 en niveau élevé et seuls 11 départements sont à ce jour classés en niveau de vulnérabilité limité** (Figure 36).

Figure 36. Niveau de vulnérabilité par département, France, au 23 septembre 2020
(Source : Santé publique France)



Situation internationale

Les foyers majeurs de l'épidémie se situent actuellement dans la zone **Amérique** (Etats-Unis et Amérique Latine) et **Asie du Sud-Est**, à l'origine de respectivement 38% et 35% des cas rapportés dans le monde entre le 14 et le 20 septembre 2020. Une diminution du nombre de cas a été observée dans plusieurs pays des Amériques, en particulier les Etats-Unis au cours des dernières semaines. Une augmentation de l'incidence est rapportée au Canada dans les provinces d'Ontario et de Québec. En Asie, l'épidémie continue de progresser en Inde et en Indonésie.

- Dans les pays du **Moyen-Orient**, l'épidémie reste importante en Iraq et au Liban. Une augmentation du nombre de cas a été rapportée aux Émirats Arabes Unis, à Oman et au Bahreïn ainsi qu'en Jordanie où les mesures de contrôles et de prévention ont été renforcées.
- L'épidémie est particulièrement soutenue en Israël, qui présente le taux d'incidence hebdomadaire de cas confirmés parmi les plus élevés du monde (378 / 100 000 habitants) et où un nouveau confinement national est entré en vigueur le 18 septembre pour une durée prévisionnelle de 3 semaines. Le nombre de nouveaux cas est également élevé en Turquie où des mesures de limitation des rassemblements ont été mises en place.
- En **Afrique**, le nombre de nouveaux cas continue de diminuer en particulier en Afrique du Sud mais augmente dans certains pays (Cap-Vert, Mozambique). Au Maroc, l'incidence ne cesse de croître depuis début août avec plus de 2 000 nouveaux cas par jour. La majorité des cas est rapportée dans la région de Casablanca et des mesures de contrôle ont été réinstaurées par les autorités. L'épidémie progresse également en Tunisie ainsi qu'en Libye.
- En **Europe**, parmi les pays de l'UE/EEA, les taux d'incidence (taux rapporté au 22 septembre sur les 7 derniers jours) les plus élevés sont actuellement observés en Espagne (165,6/100 000 hab.), en République tchèque (127,2), au Luxembourg (109,5), en France (105,7) et aux Pays-Bas (72,8). Des augmentations de cas ont également été rapportées dans d'autres pays (Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark, Italie, Royaume-Uni) mais les taux d'incidence restent, à ce jour, nettement plus faibles que ceux rapportés en France ou en Espagne. Les nouvelles infections concernent particulièrement les jeunes adultes mais des augmentations ont également été rapportées chez les personnes âgées notamment en Espagne, où le nombre de décès est également en augmentation depuis mi-août. La région de Madrid reste la plus affectée et concentre un tiers des cas rapportés. Des mesures ont été mises en place par les autorités et en particulier, des restrictions de mobilité dans 37 zones de santé à Madrid. D'autres pays en Europe centrale et en Europe de l'Est continuent de rapporter des taux d'incidence élevés : Monténégro (312,1), Moldavie (88,8), Hongrie (64,9), Bosnie-Herzégovine (57,1), Arménie (53,5), Ukraine (49), Roumanie (48,4), Macédoine du Nord (47,6) et Russie (28,3).

Figure 37. Taux d'incidence de COVID-19 rapporté pour les semaines 36 et 37/2020 dans les pays de l'UE/EEA (source : ECDC)

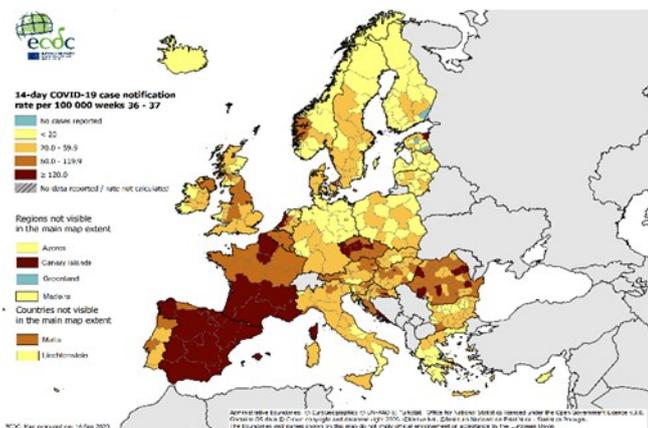
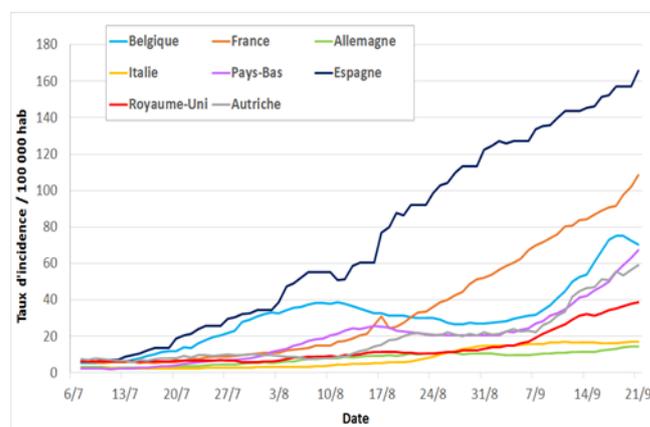


Figure 38. Taux d'incidence (sur 7 jours) de COVID-19 pour les principaux pays limitrophes à la France entre le 06 juillet et le 21 septembre 2020 (source : ECDC)



Pour en savoir plus sur la situation internationale :

En Europe :

[ECDC - Weekly surveillance report \(week 37\), 18/09/2020](#)

Dans le monde :

[Organisation mondiale de la santé – Weekly Epidemiological Update, 21 septembre 2020](#)

Prévention

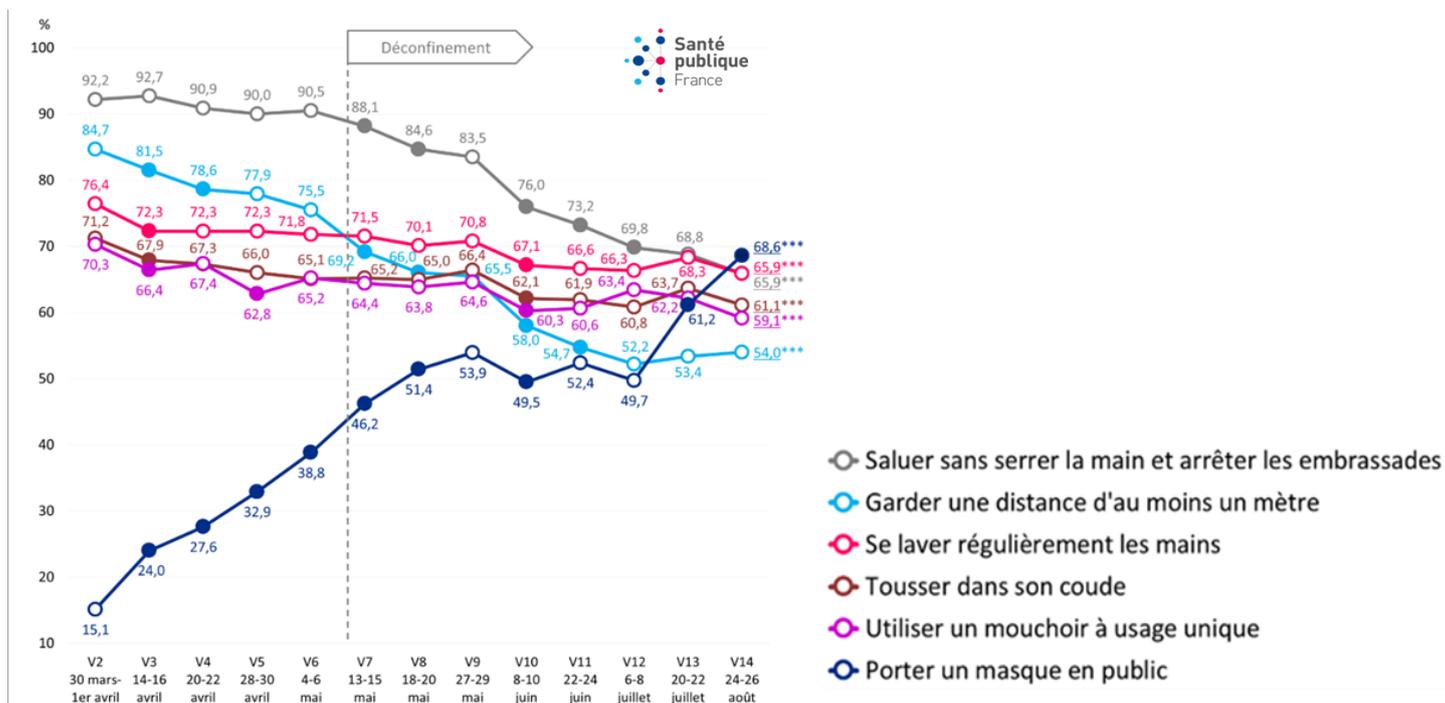
Suivi de l'adoption des mesures de protection et de la santé mentale

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*), de mars à août 2020. Résultats détaillés sur le [site de Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr/).

1) Adoption des mesures de prévention

- En vague 14 (24-26 août), entre 54% et 69% des personnes interrogées déclarent adopter systématiquement au moins l'une des mesures de prévention. **Depuis la levée du confinement, l'évolution de l'adoption systématique est variable selon les mesures** (Figure 39).
- L'adoption systématique de certaines mesures varie selon l'âge et les différences sont plus marquées pour les mesures d'interaction sociale. Ainsi, « saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades » et « garder une distance d'au moins un mètre » sont suivies respectivement chez 40% et 39% des 18-24 ans et chez 74% et 62% des 65 ans et plus. **La différence d'adhésion selon l'âge à porter un masque en public est moindre (64% des 18-24 ans et 70% des 65 ans et plus).**
- L'adoption systématique des mesures de prévention est mesurée par trois indicateurs : le nombre de mesures d'hygiène systématiquement adoptées (parmi les 4 : « saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades », « se laver régulièrement les mains », « tousser dans son coude », « utiliser un mouchoir à usage unique »), l'adoption d'une distance d'au moins 1 mètre et le port du masque en public. Les déterminants cognitifs qui influent significativement sur l'adoption de ces trois indicateurs simultanément 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 le fait de percevoir les mesures de prévention comme efficaces.

Figure 39. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés), Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.



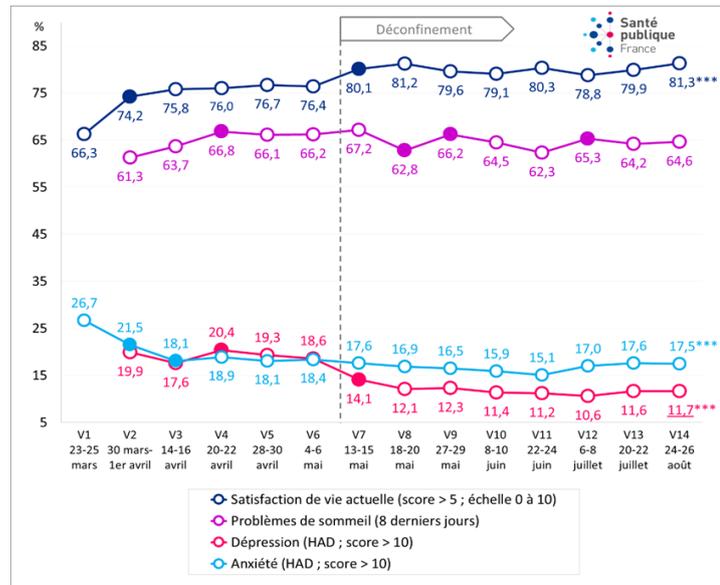
Notes de lecture.

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 14) 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, $p < 0,05$.

2) Santé mentale

- En vague 14 (24-26 août), aucune évolution significative de la santé mentale n'est observée quel que soit l'indicateur (Figure 40).
- Les profils de population ayant une santé mentale plus dégradée (sur les trois indicateurs : anxiété, dépression, problèmes de sommeil) sont les personnes déclarant des antécédents de trouble psychologique et celles déclarant une situation financière très difficile.
- Le fait de se sentir vulnérable au risque d'infection par le SARS-CoV-2 ou de percevoir le COVID-19 comme une maladie grave est associé à une santé mentale dégradée pour les trois indicateurs (anxiété, dépression, problèmes de sommeil).

Figure 40. 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 14) 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.

La prochaine vague d'enquête a lieu la semaine 39 (21-23/09) et les résultats rapportés la semaine suivante.

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

Les résultats principaux de l'étude ViQuoP, suivi de cohorte de mars à juin 2020, sont sur [le site de Santé publique France](#).

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



Synthèse

En France métropolitaine

En semaine 38 (du 14 au 20 septembre 2020), les indicateurs de suivi de l'épidémie due au SARS-CoV-2 poursuivent leurs augmentations. Ces hausses concernent les indicateurs de médecine de ville, les données virologiques, les activités hospitalières, les clusters ainsi que les décès liés au COVID-19.

En médecine générale, le taux d'incidence des consultations pour une infection respiratoire aiguë (IRA) du réseau Sentinelles a poursuivi sa progression (S38 : 144/100 000 habitants, S37 : 85/100 000 habitants, +69%). Le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 se stabilise en S38 (-4%) après une nette augmentation la semaine précédente (+74% en S37). Cette stabilisation tous âges confondus est liée à une baisse d'activité chez les enfants (-31%) après la période de la rentrée scolaire alors que l'augmentation se poursuit chez les adultes (+6%).

L'augmentation du **nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 se poursuit** avec 58 765 cas enregistrés en S38 en France métropolitaine (+8% par rapport à S37). Cette augmentation se réduit cependant au fil des semaines (+65% en S34, +42% en S35; + 32% en S36 ; +19% en S37). Cependant, du fait de la saturation des capacités diagnostiques et de l'augmentation des délais de rendus de résultats pouvant aller au-delà de 7 jours, la durée de consolidation des données SI-DEP s'allonge et **les nombres hebdomadaires de nouveaux cas confirmés est potentiellement sous-estimé ces dernières semaines.**

Le nombre de personnes testées (1 028 581 personnes testées en S38) se stabilise (1 080 344 personnes en S37, - 4,8%). Le nombre de personnes testées en S38 est certainement également sous-estimé du fait de l'allongement des délais de consolidations des données.

Plus de 60% des nouveaux cas confirmés en S38 présentaient des symptômes (61%) et cette proportion était en augmentation (58% en S37, 52% en S36). En semaine 38, 60% des personnes testées se déclaraient sans symptôme.

Le taux de positivité a continué de progresser en S38 (6,2% en S38 ; 5,4% en S37 ; 5,3% en S36). Le taux de positivité augmente aussi bien chez les personnes symptomatiques (9,5% en S38 vs 8,7% en S37) que chez les asymptomatiques (3,9% en S38 vs 3,5% en S37).

Le taux d'incidence en semaine 38 était de **98,0 cas pour 100 000 habitants en France métropolitaine** (vs. 90,6 en S37). Les jeunes adultes (15 à 44 ans) restent les plus touchés par le SARS-CoV-2 (incidence de 163/100 000 hab). L'incidence est en diminution chez les moins de 15 ans (-2,3% entre S37 et S38) et notamment chez les 0-4 ans (-33%) et chez les 5-9 ans (-6%). L'incidence augmente en revanche dans les autres tranches d'âge. L'augmentation reste importante chez les personnes âgées de 75 ans et plus (S38 : +16%, S37 : +54%, S36 : +58%) ainsi que chez les personnes âgées de 65 à 74 ans (+16% en S38, +27% en S37 et +40% en S36).

Chez les personnes de 75 ans et plus, le nombre de cas a été multiplié par 4 depuis la mi-août (S34). Dans cette tranche d'âge, en semaine 38, **l'incidence est de 55,4/100 000 habitants en S38** (vs 47,6/100 000 hab. en S37, +16%) et le taux de positivité de 5,0% (vs 4,1% en S37, + 21%).

Chez les personnes de 65 à 74 ans, le nombre de cas a été multiplié par 3 depuis la mi-août. Dans cette tranche d'âge, en semaine 38, **l'incidence est de 44,5/100 000 habitants en S38** (vs 8,5/100 000 hab. en S37, +16%) et le taux de positivité de 4,8% (vs 3,7% en S37, + 26%).

Ces résultats signent une augmentation de la circulation virale dans ces populations. **L'augmentation de cas chez les personnes âgées est inquiétante car ces personnes sont parmi les plus à risque de complication de COVID-19.**

En semaine 38, tous les départements dépassaient le seuil des 10/100 000 hab., 45 d'entre eux étaient au-dessus de 50/100 000 hab. et 16 au-dessus de 100/100 000 hab. Les taux les plus élevés étaient retrouvés à Paris (217/100 000 hab), dans le Nord (214/100 000 hab.) et dans les Bouches-du-Rhône (209/100 000 hab.).

En semaine 38, le nombre de clusters signalés (hors Ehpad) se maintient à un niveau élevé (391 en S38 vs 428 en S37). Du fait de l'augmentation de la circulation virale sur l'ensemble du territoire, **le nombre de clusters identifié est probablement largement sous-estimé.** La forte activité observée ces dernières semaines entraîne un délai dans la validation et le signalement des clusters. La dynamique du nombre de signalements hebdomadaires ne constitue donc plus un indicateur pertinent de suivi de la dynamique de l'épidémie.

Sur les 899 clusters qui restaient en cours d'investigation, les plus nombreux concernaient des clusters survenus en milieu scolaire et universitaire (32% des clusters) en entreprises privées et publiques (hors établissements de santé) (22%) ainsi qu'en établissements de santé (11%). En Ehpad, les nombres de clusters signalés se maintiennent à un niveau élevé avec 77 clusters signalés en S38 (vs 70 en S37). Les collectivités dans lesquelles la proportion des clusters à criticité élevée était la plus importante sont les Ehpad (67%), les communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire...) (55%) et les établissements de santé (39%).

Le nombre d'épisodes signalés de COVID-19 par les établissements médico-sociaux (incluant les Ehpad) était en augmentation ces dernières semaines et les régions Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur et Auvergne-Rhône-Alpes sont particulièrement concernées. Près de 1 600 cas de COVID-19 ont été rapportés chez les résidents des ESMS au cours de la dernière semaine (données en cours de consolidation).

En semaine 38, selon les données de la Cnam, le nombre de nouveaux cas et de nouvelles personnes-contacts à risque a poursuivi son augmentation mais avec une tendance moins marquée. Cette évolution sera à confirmer dans les semaines à venir. Le nombre moyen de personnes-contacts par cas est resté faible (2,9 personnes-contacts en S38 vs 3,2 en S37). Cependant, ce chiffre est légèrement sous-estimé durant la semaine de production des indicateurs et est consolidé au cours de la semaine suivante. Il convient ainsi d'analyser les tendances et les valeurs à partir des données consolidées.

Le nombre de cas pour lesquels aucune personne-contacts à risque n'est enregistrée reste élevé et le nombre de nouveaux cas précédemment identifiés comme personnes-contacts à risque augmente très lentement (20,9%). Pour les cas symptomatiques, le délai moyen entre la survenue des premiers signes cliniques et la date de prélèvement est stable cette semaine (3 jours) par rapport à la semaine précédente.

En milieu hospitalier, pour la 7^{ème} semaine consécutive, une **augmentation du nombre de passages aux urgences** pour suspicion de COVID-19 a été observée (+21% en comparaison à S37).

Le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19, a continué de progresser pour la neuvième semaine consécutive : 3 894 nouvelles hospitalisations ont été déclarées en S38, vs 2 464 en S37, +58% d'augmentation, 1704 en S36, +44%). **Toutes les régions étaient concernées par cette augmentation. Les taux d'hospitalisations les plus élevés ont été enregistrés en Provence-Alpes-Côte d'Azur** (12,8/100 000 hab. en S38 vs 9,8/100 000 hab. en S37) **et en Île-de-France** (10,3/100 000 hab. vs. 5,5/100 000 hab en S37). L'Auvergne-Rhône-Alpes et la Corse enregistraient pour la première semaine des taux supérieurs à 5,0/100 000 habitants.

Les nouvelles admissions en réanimation ont également continué de progresser (599 en S38, +40% ; 427 en S37, +48% par rapport à S36). Cette augmentation a été observée dans toutes les régions exceptées en Corse et en Bretagne où les taux sont stables. En France métropolitaine, **le nombre hebdomadaire de nouvelles admissions en réanimation suit en augmentation exponentielle**. Les taux d'hospitalisation en réanimation les plus élevés étaient observés en **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (1,94/100 000 habitants), en **Ile-de-France** (1,52) et en **Occitanie** (1,20).

Cette semaine, il est présenté trois estimations du nombre de reproduction effectif (Reff) :

- le Reff calculé à partir des nombres de cas confirmés en France (données virologiques, SI-DEP) : le Reff_{SI-DEP},
- le Reff calculé à partir des données de passages aux urgences (OSCOUR®) : Reff_{OSCOUR®} et,
- pour la première fois cette semaine, le R effectif calculé à partir des données d'hospitalisation des cas de COVID-19 (données SI-VIC) : le R eff_{SI-VIC}.

Les R eff permettent de décrire la dynamique de l'épidémie. Ces trois estimations sont significativement supérieures à 1, ce qui signifie que l'épidémie est en progression.

L'estimation du Reff_{SI-DEP} (1,06 en S38) est en très légère baisse par rapport à celle produite la semaine précédente (Reff_{SI-DEP}: 1,09). Cependant, du fait de l'allongement du délai de consolidation des données virologiques et d'une possible sous-estimation du nombre de cas, **l'estimation du Reff_{SI-DEP} est très probablement sous-estimée**. Les estimations des Reff_{OSCOUR®} et R eff_{SI-VIC} sont très proches l'une de l'autre (Reff_{OSCOUR®} : 1,25 et Reff_{SI-VIC} : 1,28). L'estimation du Reff_{OSCOUR®} est en baisse par rapport à l'estimation produite la semaine précédente (Reff : 1,40).

Ces trois indicateurs donnent des informations complémentaires sur la dynamique de l'épidémie. Le Reff_{SI-DEP} est celui permettant de suivre la dynamique de l'épidémie avec le plus de réactivité, cependant du fait de la très probable sous-estimation de cet indicateur depuis 2 semaines, il convient de l'interpréter avec prudence. Les Reff_{OSCOUR®} et Reff_{SI-VIC} montrent des tendances plus tardives que les nouvelles contaminations mais s'appuient sur des données moins impactées par l'augmentation des délais de consolidation. Le Reff_{OSCOUR®} s'appuie sur des passages aux urgences de cas suspects de COVID-19 et donc non confirmés. Le Reff_{SI-VIC} est le plus tardif et s'appuie sur les données d'hospitalisation des cas confirmés de COVID-19. **Ces derniers indicateurs (Reff_{OSCOUR®} et Reff_{SI-VIC}) sont ceux à suivre en priorité ces prochaines semaines.**

Au niveau régional, les estimations de Reff OSCOUR® et Reff SI-VIC étaient simultanément significativement supérieures à 1 dans 6 régions : Auvergne-Rhône-Alpes, Centre-Val-de-Loire, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Ces régions conjuguent une augmentation des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 et une augmentation des hospitalisations pour COVID-19.

Les valeurs de Reff ne doivent pas être interprétées de façon isolée, mais doivent être mises en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles et l'analyse de la situation locale.

Si la dynamique de l'épidémie se maintient, il est estimé que le nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 aura doublé dans 24 jours.

Les données de mortalité liée au COVID-19 sont en hausse pour la seconde semaine consécutive.

L'augmentation est de +25% entre S38 et S37 (332 décès en S38 vs 265 décès en S37) et de +105% entre S36 et S37 (129 décès en S36). L'augmentation des décès est particulièrement marquée au niveau hospitalier (252 décès en S38 vs 176 décès en S37, +43% ; 129 décès en S36, +36%). Les nombres de décès rapportés dans les établissements d'accueil pour personnes âgées sont en augmentation ces deux dernières semaines (80 en S38, 89 en S37, 0 en S36 et 9 en S35). Les données de la S38 sont en cours de consolidation.

Il est également observé une augmentation des décès contenant la mention COVID-19 dans les certificats de décès issus de la certification électronique des décès (194 décès en S38 vs 135 en S37, +43%, 67 décès en S36, + 101%).

La mortalité toutes causes confondues reste cependant actuellement, dans les marges de fluctuation habituelle sur les semaines 34 à 37 (du 17 août au 13 septembre) dans toutes les classes d'âge).

Les taux hebdomadaires de décès déclarés (pour 100 000 habitants) étaient en augmentation entre les semaines 37 et 38 en Bretagne, Centre-Val-de-Loire, Corse, Ile-de-France, Nouvelle-Aquitaine, Occitanie et Normandie.

Les analyses de risque contextualisées permettent de classer chaque département selon un niveau de vulnérabilité (limité, modéré et élevé) traduisant à la fois la circulation virale et l'impact sur la santé de la population.

En métropole, Au total, **49 départements en France métropolitaine étaient en niveau de vulnérabilité élevé (soit 51% des départements de France métropolitaine) et 36 en niveau modéré.** Seuls 11 départements sont à ce jour classés en niveau de vulnérabilité limité.

En France métropolitaine, les régions les plus touchées par la circulation virale en semaine 38 étaient les Hauts de France (taux d'incidence de 135/100 000 hab.), la Provence-Alpes-Côte d'Azur (133/100 000 hab.) et l'Ile-de-France (133/100 000 hab.).

En Hauts-de-France, le taux d'incidence et le taux de positivité sont en hausse. Le taux de recours aux urgences est en légère augmentation, les nouvelles hospitalisations et admissions en réanimation sont en augmentation. En semaine 38, les départements de l'Oise, de l'Aisne et la Somme étaient en niveau de vulnérabilité modéré ; les départements du Pas-de-Calais et du Nord étaient en niveau de vulnérabilité élevé.

En Provence-Alpes-Côte d'Azur, après plusieurs semaines de fortes hausses, le taux de positivité des prélèvements et le taux d'incidence étaient en baisse. Du fait de la saturation des plateformes de laboratoires, le délai de remonté des données dans SI-DEP s'allonge. Les indicateurs hospitaliers (nouvelles hospitalisations, admissions en réanimation et décès) étaient en hausse. Les nombres de clusters signalés augmentaient de façon importante notamment ceux survenus en milieu scolaire, universitaire et en Ehpad.

En Ile-de-France, la progression de la circulation virale s'est poursuivie. Le taux d'incidence régionale est en progression (133/100 000 hab en S38 vs 123 en S37), mais ces données sont sous-estimées du fait des délais de consolidation des données et de la saturation des capacités diagnostiques et des délais de consolidation des données. Le taux de positivité des prélèvements était en augmentation (8,9 en S38 vs 7,8 en S37). Ce taux était de 10,6% en Seine-Saint-Denis et de 10,0% à Paris. L'incidence régionale des nouvelles hospitalisations et des nouvelles admissions en réanimation a nettement augmenté ces dernières semaines.

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

Aux Antilles : en Guadeloupe et à Saint-Martin, les taux de positivité des prélèvements étaient élevés (23,0% en Guadeloupe et 17,4% à Saint-Martin en S38). En Guadeloupe, les nouvelles admissions en hospitalisation et en réanimation étaient en forte augmentation et un excès modéré de la mortalité toute cause est observé en S35. **A Saint-Barthélemy**, la circulation virale se poursuit. **En Martinique**, le taux de positivité hebdomadaire des prélèvements restait stable, les nouvelles hospitalisations étaient en augmentation. Les territoires restaient classés en niveau de vulnérabilité élevé.

En Guyane, l'épidémie a poursuivi sa régression. Les nouvelles hospitalisations étaient en diminution, ainsi que les admissions en réanimation et les décès. La Guyane restait classée en niveau de vulnérabilité élevé.

A la Réunion, il était observé une légère baisse du taux d'incidence, des passages aux urgences et des hospitalisations. La Réunion restait classée en niveau de vulnérabilité modéré.

A Mayotte, selon les données des laboratoires collectées directement par la cellule régionale, le taux d'incidence s'était stabilisé. Il n'y a plus de patients COVID-19 en réanimation. Mayotte restait classé en niveau de vulnérabilité modéré.

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

En France métropolitaine et dans les DROM

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

Une surveillance spécifique des professionnels travaillant dans les établissements de santé est mise en place depuis le 1^{er} mars 2020. Les résultats de cette surveillance sont disponibles sur le site de [Santé publique France](#). Une mise à jour de ces données sera réalisée prochainement. Les professionnels de santé libéraux peuvent, s'ils ont été atteints, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#), ouverte à tous les professionnels de santé quel que soit leur mode d'exercice, pour documenter leurs circonstances de contamination.

La santé mentale des Français, dégradée en début de confinement, s'est depuis significativement améliorée pour tous les indicateurs (états anxieux, dépressifs et satisfaction de vie) à l'exception des problèmes de sommeil qui se maintiennent à des niveaux élevés depuis le début du confinement. **Aucune évolution n'a été constatée entre fin juillet et fin août pour l'ensemble de ces indicateurs.**

Bien que les personnes interrogées soient plus de 80% à déclarer adopter systématiquement ou souvent les **mesures de prévention**, leur adoption systématique a globalement diminué depuis la levée du confinement. Une baisse importante a été observée en particulier pour les mesures « saluer sans se serrer la main » et « garder une distance d'au moins un mètre », même si pour cette dernière cette tendance semble s'être stabilisée début juillet. Une adoption moins systématique des mesures de prévention peut être liée à un relâchement associé à la période estivale. **Seul le port systématique du masque en public continue d'augmenter depuis fin juillet.**

Les jeunes de 18-24 ans adoptent moins systématiquement les mesures de prévention alors que le virus circule particulièrement dans cette tranche d'âge depuis début août. Les personnes âgées de 65 ans et plus, personnes particulièrement à risque pour la COVID-19 suivent en revanche plus systématiquement les mesures de prévention préconisées.

En conclusion

Dans les départements d'outre-mer, les indicateurs épidémiologiques confirment une circulation toujours active du SARS-CoV-2 notamment en Guadeloupe. En Guyane et à Mayotte, même si l'épidémie est en régression, le virus continue de circuler.

En France métropolitaine, la circulation virale continue sa progression entraînant une dégradation de la situation.

Les indicateurs de suivi de l'épidémie de COVID-19 poursuivent leurs augmentations au niveau de la médecine de ville ainsi qu'au niveau hospitalier, avec une hausse des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19, des nouvelles hospitalisations ainsi que des admissions en réanimation et des décès.

Les admissions en réanimation augmentent désormais de manière exponentielle.

Le nombre de décès liés au COVID-19 est en augmentation notamment ceux survenus dans les établissements de santé. La surveillance des certificats de décès transmis par la certification électronique des décès rapporte également une augmentation des décès contenant la mention COVID-19 entre les semaines 37 et 38.

Les hausses des admissions en hospitalisation conventionnelle, en réanimation, ainsi que des décès étaient attendues du fait de la transmission communautaire non maîtrisée et de l'augmentation des cas confirmés de COVID-19 rapportée depuis mi-août 2020. Les formes graves pouvant conduire à des hospitalisations et des admissions en réanimation avec un décalage d'une à deux semaines après le début des signes et au décès avec un décalage de 3 à 4 semaines.

Si le virus continue de circuler largement chez les adultes jeunes, la poursuite de l'augmentation des cas chez les 65 ans et plus, l'augmentation des signalements d'épisodes de COVID-19 survenus en Ehpad ainsi que l'augmentation des nombres de décès pour COVID-19 confirment les signaux d'alerte identifiés depuis plusieurs semaines.

La plus grande vigilance doit être maintenue auprès des personnes âgées compte tenu de la fragilité de cette population dans laquelle survient le plus grand nombre de décès dus au SARS-CoV-2.

Au niveau national, les nouvelles hospitalisations, les admissions en réanimation pour COVID-19 et les nombres de décès restent encore à des niveaux modérés en comparaison à la situation observée en mars-avril 2020, mais **la diffusion du virus chez les personnes les plus âgées, fait craindre la poursuite des hospitalisations et des décès dans les semaines à venir.**

Les nombres de nouveaux cas confirmés ainsi que les taux de positivité sont en hausse. Cependant, du fait des saturations des capacités diagnostiques des laboratoires dans plusieurs régions, ces augmentations sont très certainement sous-estimées. Les nombres de clusters se maintiennent à des niveaux élevés mais sont également très certainement sous-estimés du fait de l'augmentation de la circulation virale et de l'allongement des délais de validation et de signalement. **Les indicateurs issus de ces différentes surveillances doivent ainsi être interprétés avec prudence car ne décrivent désormais plus qu'imparfaitement la dynamique de l'épidémie sur le territoire.** Le suivi des indicateurs issus des autres surveillances aura ainsi d'autant plus d'importance dans les semaines à venir pour analyser au mieux la situation épidémique (surveillances du réseau Sentinelles, SOS médecins, épisodes en ESMS comprenant les Ehpad, passages aux urgences, hospitalisations et admissions au réanimation (données SI-VIC), décès liés au COVID-19 et décès toutes causes.

Afin de freiner la progression du virus SARS-CoV-2, il est important de maintenir la stratégie « **Tester-Tracer-Isoler** » : chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 doit réaliser dans les plus brefs délais un test de diagnostic. Dans l'attente des résultats, les personnes doivent s'isoler et réduire leurs contacts au strict minimum. Cependant, l'allongement des délais de diagnostic pourrait se traduire par des mesures de contact tracing moins performantes du fait du retard à l'identification des cas et de leurs contacts et à la mise en place des mesures d'isolement et de quarantaine.

En l'absence de traitement curatif et de vaccin, il paraît indispensable de renforcer les actions de prévention comprenant les mesures d'hygiène, de distance physique, la réduction des contacts (sans embrassade, sans serrer les mains) ainsi que le port approprié du masque.

Ces mesures doivent être respectées par tous, y compris les plus jeunes. Effectivement, si le risque de complication est faible chez l'enfant et le jeune adulte, ils contribuent à la diffusion du virus vers les tranches d'âge et les populations à risque de formes graves ainsi que le montre l'évolution de la situation épidémiologique de ces dernières semaines.

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 d'infections respiratoires aiguës observées en médecine générale et en pédiatrie permettant d'estimer le nombre d'IRA en France métropolitaine. Cette surveillance clinique est complétée par une surveillance virologique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directeur adjoint de publication

Dr Jean-Claude Desenclos

Equipe de rédaction

Sophie Vaux, Christine Campèse, Fanny Chéreau, Nelly Fournet, Anne Fouillet, Guillaume Spaccaverri, Patrick Rolland, Valérie Henry, Céline Caserio-Schonemann, Myriam Fayad, Julien Durand, Cécile Forgeot, Edouard Chatignoux, Didier Che, Camille Le Gal, Alexandra Mailles, Frédéric Moisan, Julie Figoni, Anne-Sophie Barret, Laetitia Gouffé-Benadiba, Linda Lasbeur, Enguerrand du Roscoat, Isabelle Bonmarin, Elisabeth Pinto, Anne Laporte, Daniel Levy-Bruhl, Yann Le Strat, Pierre Arwidson, Claire Sauvage, Laurian Lassara, Harold Noël, Stéphane Le-Vu, Gaëlle Pedrono

Avec l'ensemble des équipes de Santé publique France aux niveaux national et régional

Contact presse

Vanessa Lemoine
Tél : +33 (0)1 55 12 53 36
presse@santepubliquefrance.fr

Diffusion Santé publique France

12 rue du Val d'Osne

94415 Saint-Maurice Cedex

Tél : +33 (0)1 41 79 67 00
www.santepubliquefrance.fr

Date de publication :
24 septembre 2020

Pour en savoir plus sur :

► **Les méthodes du système de surveillance** : consulter la page [Santé publique France](#)

► **Nos partenaires et les sources de données** :

[SurSaUD®
SI-VIC](#)

[OSCOUR®
CépiDC](#)

[SOS Médecins
Assurance Maladie](#)

[Réseau Sentinelles](#)

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

► **En France** : [Santé publique France](#) et [Ministère des Solidarités et de la Santé](#)

► **A l'international** : [OMS](#) et [ECDC](#)

► Un numéro vert **0 800 130 000** (appel gratuit) a été mis en place (7j/7 24h/24). Cette plateforme permet d'obtenir des informations sur le COVID-19 et des conseils.

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