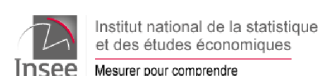


Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 médecins libéraux, SAMU Centre 15, médecins hospitaliers, Laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville Agences régionales de santé (ARS) Les Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de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



COVID-19

Point épidémiologique hebdomadaire du 9 juillet 2020

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

Ce bilan est basé sur les données épidémiologiques de surveillance du COVID-19 (SARS-CoV-2) rapportées à Santé publique France jusqu'au 07 juillet 2020.



Points clés

- **En France et à l'exception de la Mayenne, de la Guyane et de Mayotte**
 - Nouvelle tendance à l'augmentation de la circulation du virus SARS-COV-2, mais maintien de la circulation virale à un niveau bas
 - Nombre hebdomadaire de clusters signalés stable sur les 5 dernières semaines
- **En Mayenne**
 - Augmentation du nombre de nouveaux cas et des taux de positivité des prélèvements, 1 cluster avec diffusion communautaire
 - Renforcement des mesures dans ce département. Dépistage de la population en cours
- **En Guyane**, augmentation de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé et avec diffusion communautaire
- **A Mayotte**, diminution de l'épidémie mais maintien de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé
- **6,7 % de la population de France** métropolitaine infectée par le SARS-CoV-2 avant mi-avril 2020 (4 368 000 personnes) (enquête de séroprévalence)
- **Diminution de l'adoption systématique des mesures de prévention** (garder une distance d'au moins 1 m, saluer sans serrer la main, arrêter les embrassades), stabilisation des mesures d'hygiène et port du masque.

Chiffres clés en France

Indicateurs hebdomadaires, semaine 27 (29 juin - 5 juillet 2020)

S27

S26

Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP)	3797	(3 406)*
Taux de positivité (%) pour SARS-COV-2 (SI-DEP)	1,3	(1,4)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	1 523	(1 082)*
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau OSCOUR®)	1 330	(1 402)*
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	646	(666)*
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	73	(82)*
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	124	(164)*

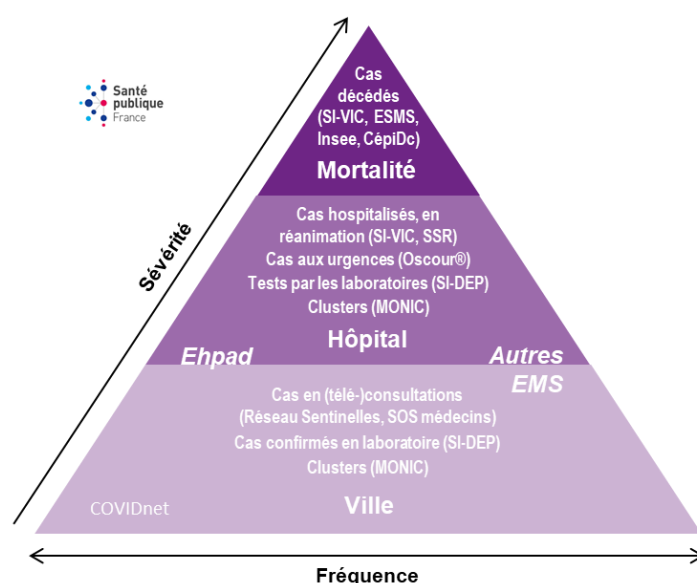
Indicateurs cumulés du 1^{er} mars au 7 juillet 2020

* données consolidées

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	105 152
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	29 933

Sommaire	Page
Chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire	3
Surveillance à partir des associations SOS Médecins	4
Surveillance à partir des laboratoires de virologie	5-6
Surveillance en population : COVIDnet	7
Cas confirmés de COVID-19	8
Signalement des clusters à visée d'alerte	9-11
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	12-13
Surveillance aux urgences	14
Nombre de reproduction effectif «R effectif»	15
Surveillance en milieu hospitalier	16-18
Séroprévalence des infections par SARS-CoV-2 en France métropolitaine	19-20
Surveillance de la mortalité	21-24
Situation internationale	25
Prévention	26-27
Discussion	28-31
Méthodes	32

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



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

Surveillance en médecine ambulatoire

Réseau Sentinelles

La surveillance spécifique du COVID-19 du Réseau Sentinelles (Inserm, Sorbonne Université) a été mise en place le 16 mars 2020. Après le déconfinement, la surveillance virologique en vigueur des IRA (infection respiratoire aiguë) effectuée par les médecins du réseau a été suspendue durant les semaines 20 et 21 et relayée par une surveillance basée sur les recommandations de la DGS¹ qui préconise la réalisation d'un test pour tout patient suspect de COVID-19. Les prélèvements et analyses sont donc réalisés par les laboratoires de ville depuis la semaine 22.

- **En semaine 27** (du 29 juin au 5 juillet), le **taux de consultations** (ou téléconsultations) **pour une IRA** estimé était de 17/100 000 habitants [intervalle de confiance à 95% : 12-22] en France métropolitaine. Il suivait une tendance à la hausse non significative par rapport à celui de la semaine 26 (du 22 au 28 juin 2020) : 11/100 000 habitants [IC à 95% : 8-14].
- **En semaine 27**, sur les 145 cas suspects de COVID-19 identifiés, un **prélèvement a été prescrit pour 97% d'entre eux**. Les résultats des analyses étaient connus pour 63 patients et aucun patient n'avait été testé positifs. Depuis le 25 mai 2020, un prélèvement a été prescrit pour 93% des 1038 cas suspects de COVID-19 identifiés. Les résultats des analyses étaient connus pour 744 patients et étaient positifs pour 20 (2,7%) patients. Ces données seront consolidées au cours des prochaines semaines.

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

Associations SOS Médecins

- Depuis le 3 mars 2020, 60 613 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID 19 ont été enregistrés (données au 5 juillet 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).
- En semaine 27** (du 29 juin au 5 juillet 2020), 1 523 actes médicaux pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés par les associations SOS Médecins ayant transmis sans interruption sur toute la période. Ce nombre d'actes était en hausse pour la seconde semaine consécutive, soit +41% par rapport à S26 (1 082 actes) tous âges confondus
- Cette augmentation est plus marquée chez les enfants de moins de 15 ans (397 actes en S27 vs 235 en S26, soit +69%). Cette tendance à la hausse peut s'expliquer par la reprise de l'école qui a eu lieu avant les vacances scolaires d'été et pour laquelle le retour à la collectivité a favorisé les tableaux respiratoires (notamment les pathologies ORL) qui étaient à la hausse chez les enfants (+106% en S27 par rapport à la S26). Conformément aux mesures de prévention à appliquer, ces tableaux cliniques ont contribué à augmenter le nombre de demandes de tests pour COVID-19 et par conséquent le nombre d'actes codés comme suspicion de COVID-19.
- La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale tous âges confondus était en légère hausse : 2,7% en S27 vs 2,1% en S26. (Figure 1).
- En région**, les hausses observées (tous âges confondus) s'étendent de +118% à +16% sur 10 régions (Centre Val-de-Loire, Nouvelle-Aquitaine, Hauts-de-France, Bretagne, Auvergne Rhône-Alpes, Occitanie, Ile-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Pays de La Loire et Grand-Est). Parmi ces régions, ce sont l'Ile-de-France (22%) et l'Auvergne-Rhône-Alpes (15%) qui comptent le plus d'actes pour suspicion de COVID -19 parmi ceux enregistrés au niveau national.

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

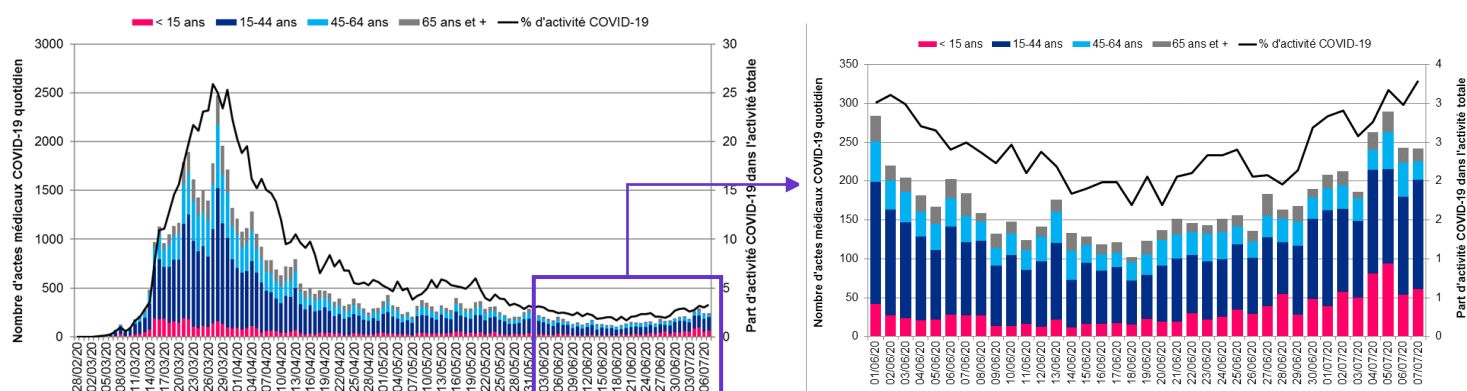
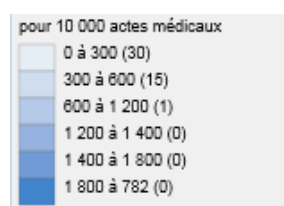
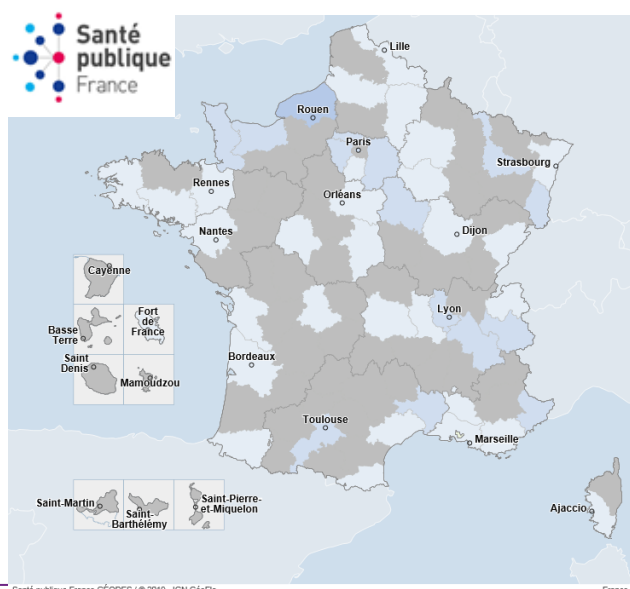


Figure 2. Taux d'actes médicaux hebdomadaires pour 10 000 actes, pour suspicion de COVID-19, semaine 27 (source : SOS Médecins)



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



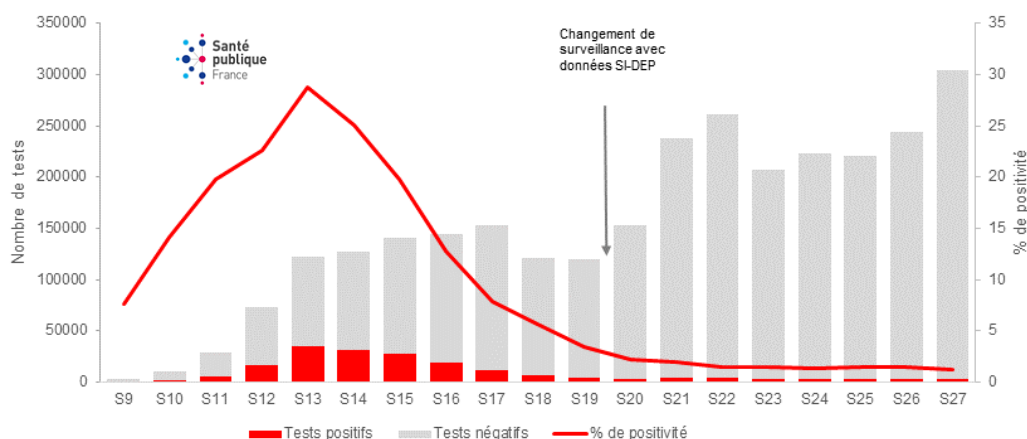
Surveillance virologique

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

Jusqu'à la semaine 19, la surveillance virologique s'est appuyée sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 Labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et par les laboratoires hospitaliers. Depuis la semaine 20, elle s'appuie sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), opérationnel depuis le 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce nouveau système de surveillance vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR réalisés.

- Au 07 juillet, la quasi-totalité des laboratoires (5 485 sites de prélèvements) a transmis des données.
- Du 28 juin au 4 juillet 2020, 300 817 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et le test était **positif pour 3 797 patients**. **Le taux de positivité national hebdomadaire était de 1,3%** (calculé sur les tests valides). **Le taux national est en diminution** par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (1,4%). Ce taux de positivité en France métropolitaine était en légère diminution par rapport à celui de la semaine précédente (0,8% vs 0,9%) (Figure 3).

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



- **En France métropolitaine**, le taux de positivité était inférieur à 5% dans l'ensemble des départements sauf en Mayenne où ce taux était de 8,5 %. Des clusters sont en cours d'investigation dans ce département, dont un présentant une diffusion communautaire ; des dépistages sont en cours pour la semaine S28 (Figure 4).
- **Du 28 juin au 4 juillet 2020**, le taux d'incidence (nombre de nouveaux cas rapportés à la population pour 100 000 habitants) était de 5,6/100 000 habitants au niveau national (5,2/100 000 h en semaine 26) et de 3,5/100 000 h en métropole (3,2/100 000 h en semaine 26). **Il était inférieur à 10/100 000 h dans tous les départements de France métropolitaine sauf pour la Mayenne (45/100 000 h)** (Figure 5).
- **En outre-mer**
 - A Mayotte, en semaine 27, le taux de positivité était de 11,4% (vs. 18,3% en S26) et le taux d'incidence de 34/100 000 habitants (vs. 46/100 000 h en S26), valeurs à la baisse.
 - En Guyane, en semaine 27, le taux de positivité était de 26,5% (vs. 25,5% en S26) et le taux d'incidence de 458/100 000 habitants (vs. 436/100 000 h en S26), valeurs à la hausse.

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

Figure 4. Taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2 par département, France, 28 juin au 4 juillet 2020 (source SI-DEP)

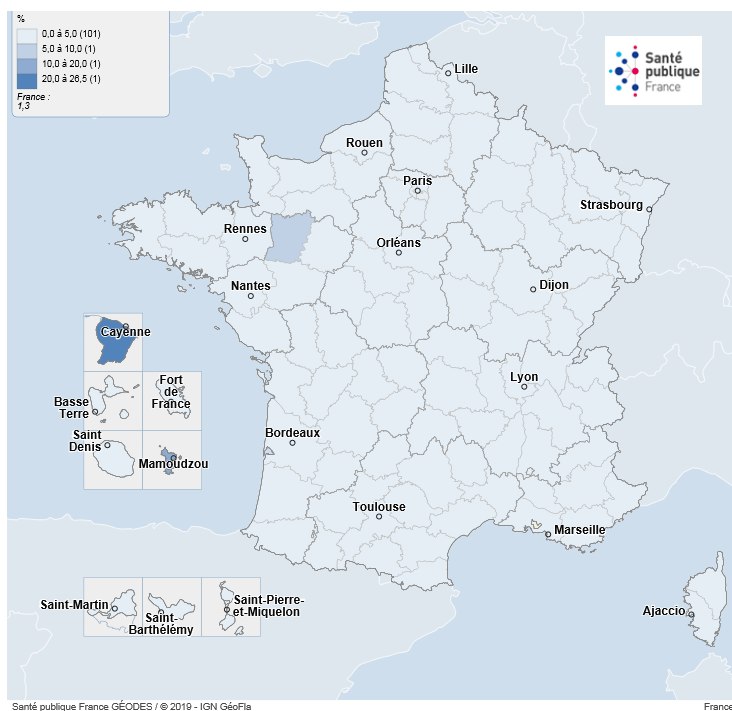
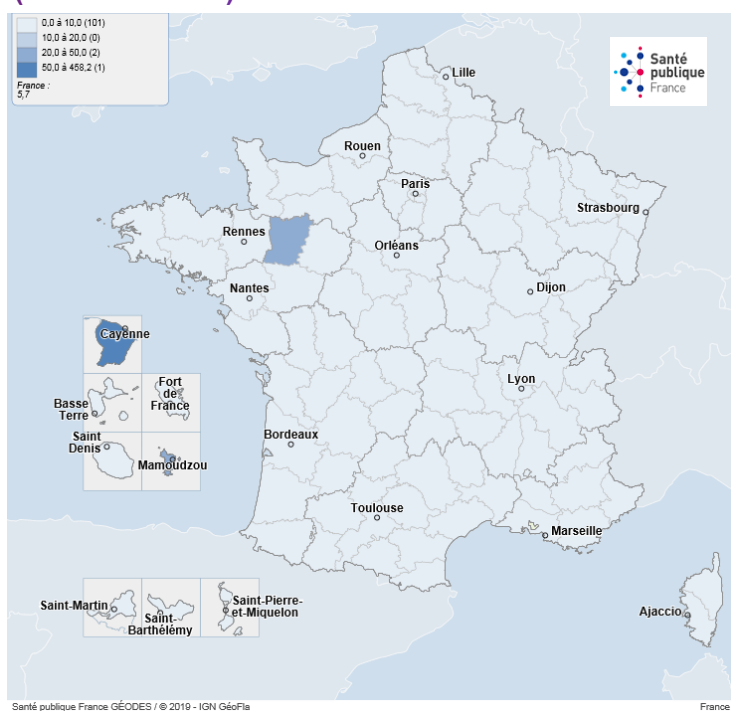


Figure 5. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 pour 100 000 habitants par département, France, 28 juin au 4 juillet 2020 (source SI-DEP)



- Du **28 juin au 4 juillet 2020**, le taux de dépistage (nombre de patients testés pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) était de 448 pour 100 000 habitants au niveau national (Figure 6). Les départements métropolitains présentant les plus forts taux de dépistage du 21 au 27 juin 2020 étaient la Meurthe-et-Moselle (892/100 000 h), le Calvados (720/100 000 h), la Seine-Maritime (702/100 000 h) et les Bouches-du-Rhône (698/100 000 h) (Figure 6bis). Le nombre de patients testés en France métropolitaine est en augmentation (+26% par rapport à la semaine précédente)
- En outre-mer, le plus fort taux de dépistage a été observé en Guyane (1 729/100 000 habitants). A Mayotte, le taux de dépistage était de 297/100 000 h. Le nombre de patients testés en outre-mer est en augmentation (+13% par rapport à la semaine précédente)
- Au niveau national, le nombre de patients testés est en augmentation sur les dernières semaines (179 897 en S25; 244 231 en S26 et 304 049 en S27).

Figure 6. Evolution du taux de dépistage (/ 100 000 habitants) pour le SARS-CoV-2, par semaine, depuis le 13 mai 2020, France (source SI-DEP).

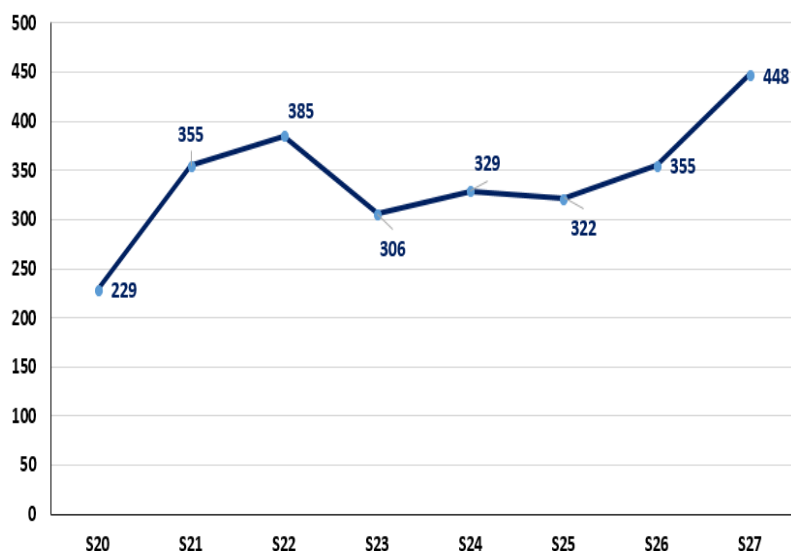
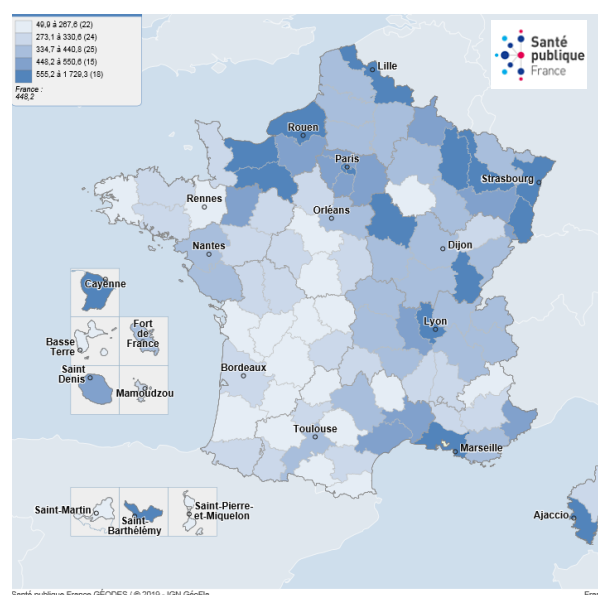


Figure 6bis. Taux de dépistage (/ 100 000 habitants) pour le SARS-CoV-2 par département, France, du 28 juin au 4 juillet (source SI-DEP)



Surveillance en population : COVIDnet.fr

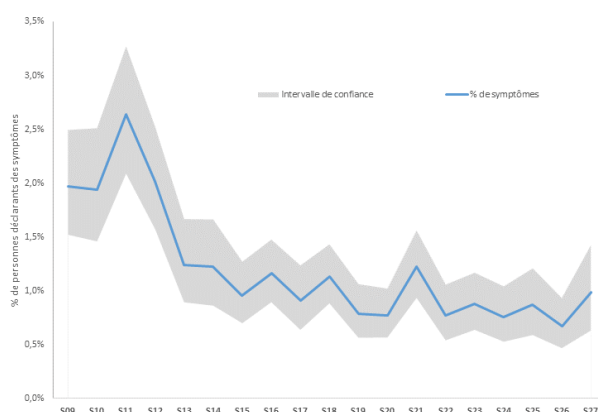
GrippeNet.fr est un réseau de surveillance mis en place en janvier 2012 par le réseau Sentinelles (Inserm – Sorbonne Université) et Santé publique France, avec pour objectif de recueillir directement auprès de la population des données épidémiologiques sur les syndromes grippaux, par internet et de façon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

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

- 12 133 personnes ont rempli au moins un questionnaire depuis le début de la saison hivernale 2019-2020.
- Pour la semaine 27 (du 29 juin au 5 juillet 2020), **5 011** questionnaires hebdomadaires ont été remplis.
- En semaine 27, la **proportion de participants ayant déclaré des symptômes évocateurs du COVID-19** (définition s'appuyant sur les recommandations du Haut Conseil de la santé publique concernant la prescription d'un test diagnostique par un médecin) **était de 1,0% [0,6 ; 1,4]**, stable par rapport à la semaine précédente (Figure 7).

La surveillance GrippeNet.fr/COVIDnet.fr **s'achèvera dimanche 12 juillet** et reprendra en fin d'été ou début d'automne en fonction de l'évolution de l'épidémie de COVID-19. Les données de la dernière semaine de surveillance de la saison seront publiées la semaine prochaine.

Figure 7. Proportion (% redressé) de participants ayant déclaré des symptômes évocateurs du COVID-19 par semaine (données du 24 février au 5 juillet 2020, source : COVIDnet.fr)



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

Les données de la cohorte COVIDnet.fr montrent que, **seules 46%, en moyenne, des personnes ayant déclaré des symptômes d'infection respiratoire aiguë, ont consulté un médecin**. Ce pourcentage a peu varié au cours de la période épidémique et depuis la levée du confinement.

De plus, il apparaît que **seules 17%, en moyenne, des personnes ayant présenté des symptômes évocateurs de COVID-19 ont bénéficié d'une prescription pour un test diagnostique**, et que **seules 12% (soit 71% des personnes avec prescription d'un test) ont rapporté avoir été testées en RT-PCR**. Parmi les personnes ayant présenté des symptômes évocateurs de COVID-19 et ayant consulté un médecin généraliste, seuls 39% auraient reçu une prescription pour un test diagnostique.

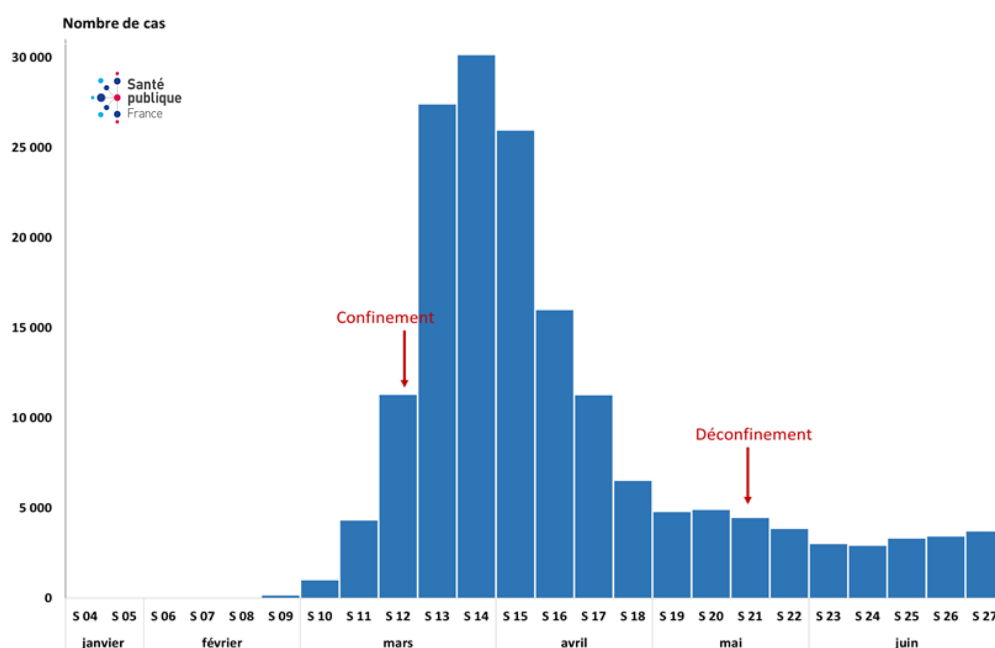
Ces résultats sont à interpréter avec précaution car les données ne sont pas redressées par rapport à la population française et sont soumises à des fluctuations importantes d'une semaine à l'autre en raison de faibles effectifs.

Ils suggèrent cependant que le recours aux soins pour suspicion de COVID-19 ainsi que la réalisation des tests RT-PCR à visée de diagnostic sont aujourd'hui très insuffisants chez les personnes symptomatiques.

Cas confirmés de COVID-19

- Les données permettant d'estimer le nombre de cas confirmés en France sont issues de plusieurs sources.
- Entre le 21 janvier et le 25 mars 2020, 25 233 cas de COVID-19 ont été signalés à Santé publique France via l'application GoData ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France.
- Entre le 26 mars et le 12 mai 2020, 115 010 cas confirmés ont été rapportés (cas incidents hospitaliers et cas positifs en laboratoire) par les remontées des données de laboratoires de biologie médicale (source 3 Labo) et des patients hospitalisés pour COVID-19 (source SI-VIC).
- Depuis le 13 mai 2020, les cas de COVID-19 sont rapportés par le Système d'Information de Dépistage (SI-DEP) permettant une estimation à visée exhaustive des nombres de cas confirmés en France. Entre le 13 mai et le 7 juillet 2020, 28 567 cas ont été rapportés dans SI-DEP.
- Il est ainsi estimé un total de **168 810 cas confirmés de COVID-19** en France au 07 juillet 2020.
- De la semaine 15 à la semaine 24, le **nombre hebdomadaire de cas confirmés a été en diminution**, passant de 30 111 cas confirmés en S14 à 2 949 cas en S24. Néanmoins, depuis la semaine 24, le **nombre hebdomadaire de cas confirmés est à nouveau en augmentation**, passant de 2 949 cas confirmés en S24 à 3 684 cas en S27 (Figure 8). On peut notamment expliquer cette augmentation par la situation épidémiologique en Guyane. Le nombre de cas confirmés en France métropolitaine est également en augmentation entre le S26 et la S27 (+290 cas; +14%) et est en partie liée à une augmentation des cas en Mayenne.

Figure 8 : Nombre hebdomadaire de cas confirmés de COVID-19 par semaine, rapportés à Santé publique France, du 23 janvier au 4 juillet 2020 (données arrêtées le 7 juillet 2020).



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

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

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

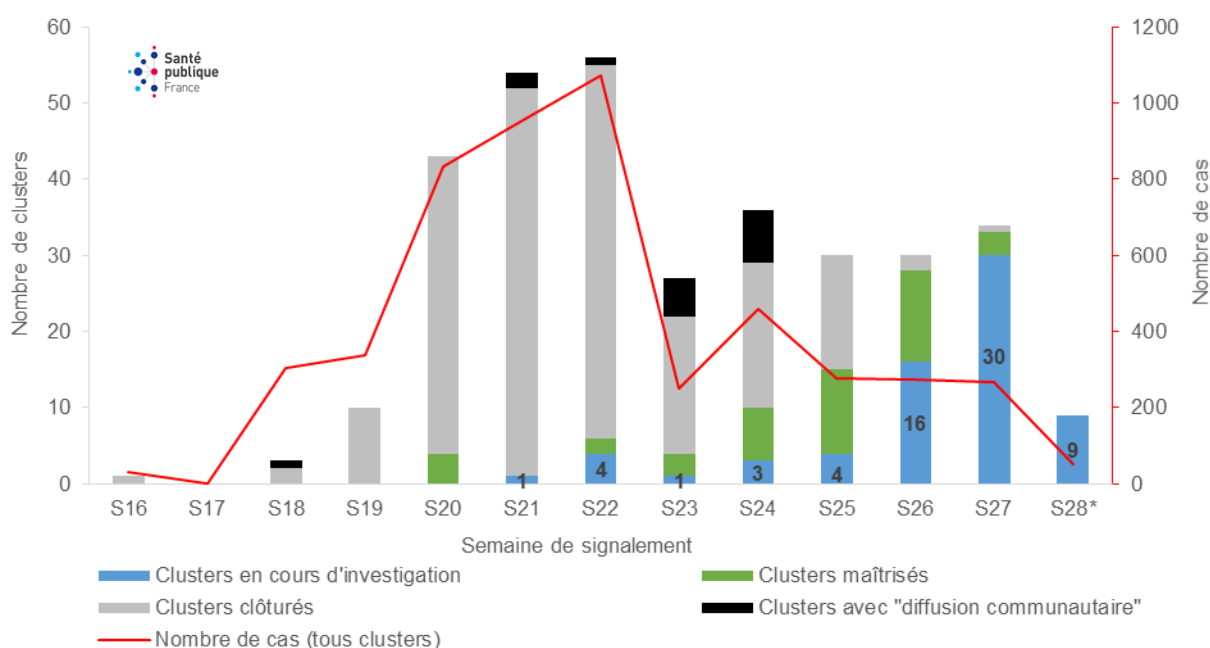
Signalement à visée d'alerte des clusters (ou foyers de transmission)

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

Cluster hors Ehpad et milieu familial restreint

- **Au 8 juillet 2020**, le bilan s'élève à **333 clusters** (hors Ehpad et milieu familial restreint) rapportés depuis le 9 mai : **313 clusters en France métropolitaine et 20 dans les départements et régions d'outre-mer** (Figures 9 et 10). Le nombre hebdomadaire de clusters signalés est stable sur les 5 dernières semaines (S23 - S27) et reste inférieur aux nombres observés sur les semaines S20 à S22. Au 8 juillet, 68 clusters étaient toujours en cours d'investigation.
- **Moins d'un quart des clusters signalés depuis le 9 mai sont encore en cours d'investigation** (20,4%, n=68), 12,6% sont maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas), 62,2% sont clôturés (absence de nouveaux cas 14 jours après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine des contacts). Des clusters (4,8%) ont diffusé dans la communauté. **Les 15 clusters en Guyane sont considérés à diffusion communautaire. En France métropolitaine, 2 clusters sont en diffusion communautaire : 1 en Normandie et 1 en Pays de Loire.** En termes de criticité (potentiel de transmission ou critères de gravité), 79% des clusters sont de criticité modérée (44%) à élevée (35%). Parmi ceux qui restent en cours d'investigation, 31% ont une criticité élevée.
- Les clusters concernent notamment des établissements de santé (22%), des entreprises (18% en entreprises privées et publiques, hors santé) et des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité (14% en établissements d'hébergement social et d'insertion et 5% en communautés vulnérables) (Tableau 1).
- La majorité (70%) des clusters comporte plus de 5 cas. Le nombre moyen de cas par cluster est de 15,3 cas (médiane = 7 cas). Au total, les 333 clusters rapportés sont à l'origine de 5 111 cas.

Figure 9. Distribution du nombre de clusters selon leur statut (hors Ehpad et milieu familial restreint) et du nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement inclus entre le 9 mai et le 8 juillet 2020 (N=333), au 8 juillet 2020 (Source : MONIC)



* données provisoires

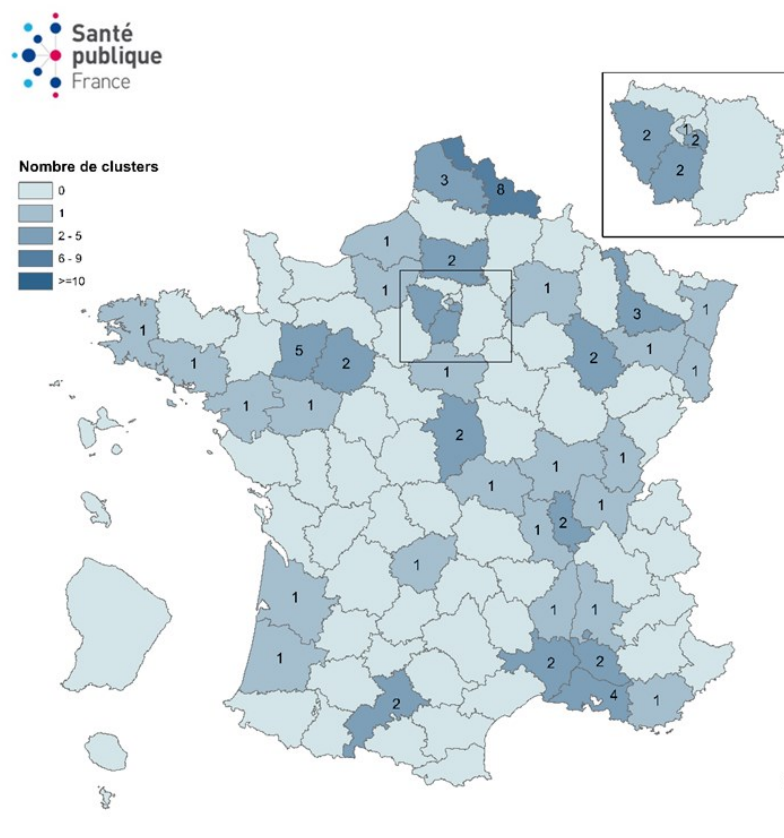
[1] Pour en savoir plus : [Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19](#)

Tableau 1 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par type de collectivité, inclus entre le 9 mai et le 8 juillet 2020 (N=333) (Source : MONIC)

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=333	%	N=68	%
Etablissements de santé	74	22,2	3	4,4
Entreprises privées et publiques (hors ES)	60	18,0	17	25,0
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	48	14,4	10	14,7
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	43	12,9	14	20,6
Milieu scolaire et universitaire	17	5,1	6	8,8
EMS de personnes handicapées	16	4,8	1	1,5
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	16	4,8	3	4,4
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	11	3,3	2	2,9
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	9	2,7	5	7,4
Etablissement pénitentiaires	5	1,5	0	0,0
Crèches	4	1,2	0	0,0
Transport (avion, bateau, train)	4	1,2	2	2,9
Structure de l'aide sociale à l'enfance	2	0,6	0	0,0
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	0,0	0	0,0
Autre	24	7,2	5	7,4

ES : établissement de santé
EMS : établissement médico-social

Figure 10 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) en cours d'investigation par département, inclus entre le 9 mai et le 8 juillet 2020 (N=68) (Source : MONIC)



Source : MONIC - Santé publique France

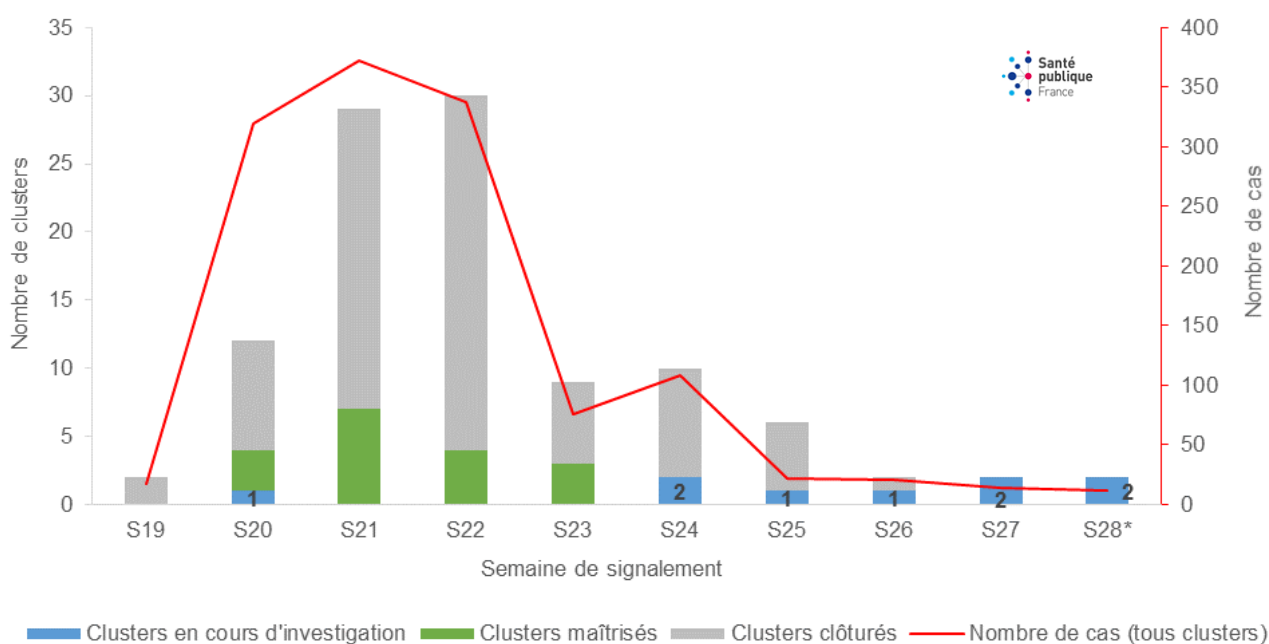
Pour en savoir plus sur les données régionales, consulter : [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr/)

Clusters en Ehpad

Parallèlement aux dispositifs de surveillance mis en place dans les ESMS (cf page 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.

- Au 8 juillet 2020, le bilan s'élève à **104 clusters** inclus depuis le 9 mai (Figure 11). Le nombre hebdomadaire de clusters signalés en Ehpad est en nette diminution depuis la semaine 23.
- Au 8 juillet, 8,7% (n=9) clusters sont encore en cours d'investigation, 16,3% sont maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas) et 75,0% sont clôturés (absence de nouveaux cas 14 jours après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine des contacts)
- La majorité (67%) des clusters comporte plus de 5 cas. Le nombre moyen de cas par cluster est de 13 cas (médiane = 7 cas). Au total, les 104 clusters rapportés sont à l'origine de 1 298 cas.
- De par la nature de cette collectivité, l'intégralité des clusters en Ehpad est de criticité élevée

Figure 11. Distribution du nombre de clusters en Ehpad selon leur statut et du nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement inclus entre le 9 mai et le 8 juillet 2020 (N=104), au 8 juillet 2020 (Source : MONIC)



* données provisoires

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

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

A noter que depuis le 01 juillet 2020, les ESMS d'Ile-de-France ont commencé à déclarer leurs épisodes via l'application de Santé publique France. Les données d'Ile-de-France sont à interpréter avec prudence en attendant que le transfert de données soit stabilisé. De plus, après investigation, 333 épisodes ont été infirmés ce qui influence le nombre de signalements mais peu le nombre de décès et pas le nombre de cas confirmés.

- Entre le 1^{er} mars et le 06 juillet 2020, **8 032 signalements** rapportaient un ou plusieurs cas de COVID-19 déclarés dans le portail national des signalements de Santé publique France et le portail de l'ARS Ile-de-France.
- Il s'agissait de **5 051 (63 %) signalements** provenant d'établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD, EHPA et autres établissements) et **2 981 (37 %) d'autres établissements médico-sociaux (ESMS)**.
- Parmi les 8 032 signalements (Tableau 2) :
 - **39 256 cas confirmés de COVID-19** ont été rapportés chez les résidents.
 - **10 476 cas sont décédés dans l'établissement d'accueil**, dont 10 390 (99 %) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
 - **3 916 cas sont décédés à l'hôpital.**
 - **20 391 cas confirmés** ont été rapportés parmi les membres du **personnel des ESMS**.
- Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 06 juillet 2020, parmi les 5 051 signalements en établissements d'hébergements pour personnes âgées (EHPA), 3 379 épisodes comprenaient **au moins un cas confirmé** parmi les résidents ou le personnel.
- Au cours des deux semaines S26 et S27 (du 22 juin au 5 juillet), parmi l'ensemble des EHPA en France (Ile-de-France exclue), 38 établissements (**0,4%**) **ont déclaré au moins un nouveau cas confirmé** de COVID-19 parmi les résidents ou le personnel. Sur la même période, parmi les EHPA en France (Ile-de-France exclue), 22 (**0,2%**) **établissements ont signalé un nouvel épisode** (date de début des signes du premier cas ou à défaut date de signalement comprise entre le 22 juin et le 5 juillet) avec au moins un cas confirmé.

Tableau 2 : Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'établissement, chez les résidents et le personnel dans les ESMS, rapportés du 1^{er} mars au 6 juillet 2020, France

		EHPA ¹	HPH ²	Aide en-fance ³	Autres ⁴	Total
	Signalements ⁵	5 051	2 290	367	324	8 032*
Chez les résidents	Cas confirmés ⁶	34 688	3 946	164	458	39 256
	Décès hôpitaux ⁷	3 691	204	0	21	3 916
	Décès établissements ⁷	10 390	75	0	11	10 476*
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	16 522	3 404	279	186	20 391

- *Depuis le 29 juin, les nombres de signalements et de décès chez les résidents ont diminué et ceci est dû à l'infirmation d'épisodes après investigation (8 271 signalements et 10 497 décès en établissement avaient été rapportés dans le bulletin de la semaine précédente).

- ¹Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements-EHPA, résidences autonomie, résidences seniors) ; ²Hébergement pour personnes handicapées (FAM, IME, autres établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, Instituts pour déficient auditifs et visuels), autre établissements pour adultes (foyer de vie, foyer d'hébergement) ³Aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS) ⁴Autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement) ⁵Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible. ⁶Cas confirmé COVID-19 : toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le SARS-CoV-2 parmi les personnes résidentes ou les membres du personnel d'un ESMS/EHPA. ⁷Cas possibles et confirmés décédés

- Après la décroissance observée depuis début avril, **le nombre de signalements reste très faible depuis début mai, il est inférieur à 10 signalements par jour depuis au moins 30 jours en France hors Ile-de-France** (Figure 12).
- **Le nombre de décès chez les résidents**, en établissement et à l'hôpital, a atteint un pic début avril et décroît continuellement depuis : ce nombre varie entre 0 et 13 décès par jour, depuis le 1^{er} Juin et était toujours inférieur à 5 décès par jour cette dernière semaine en France hors Ile-de-France (Figure 13).

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

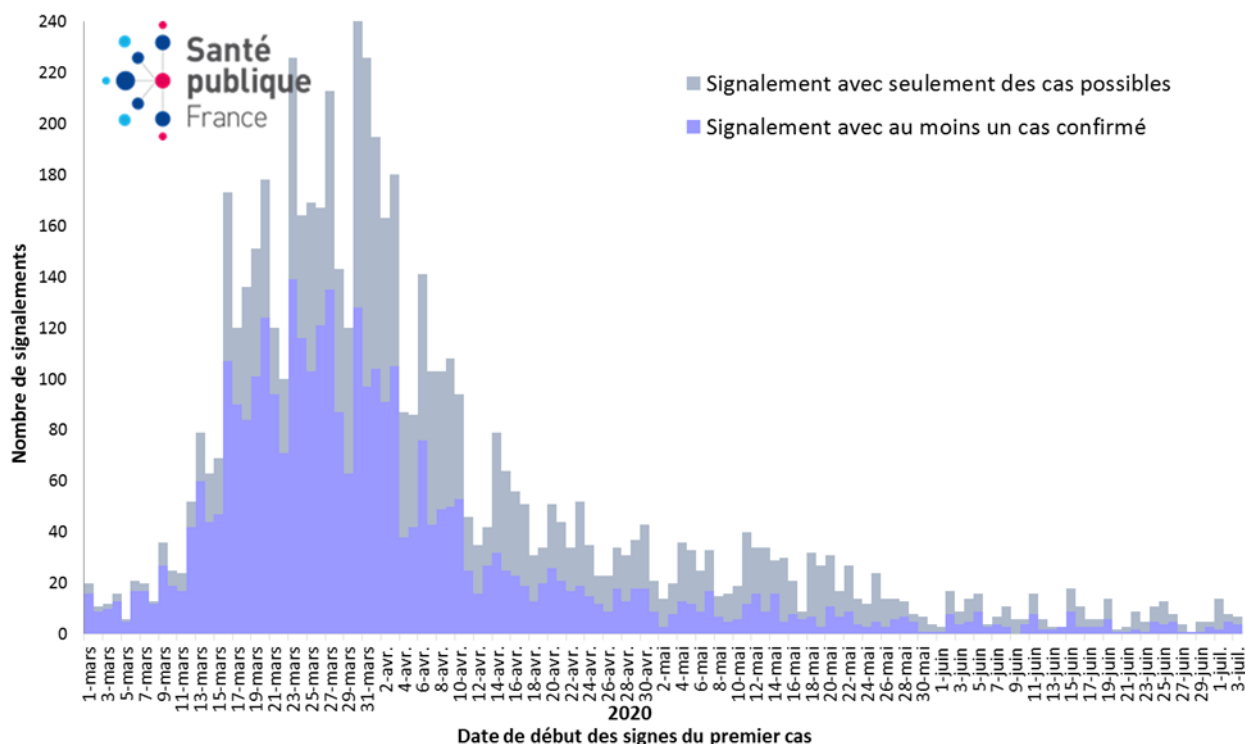
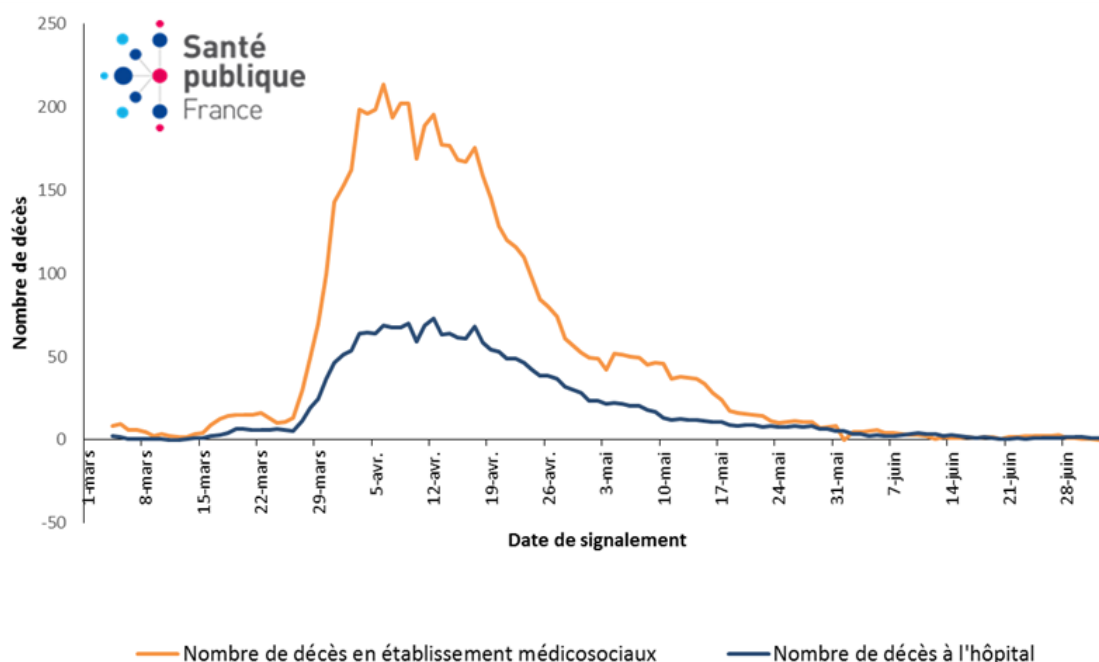


Figure 13. Nombre moyen (moyenne glissante sur 7 jours) de nouveaux décès de COVID-19 chez les résidents par date de signalement du décès, rapportés du 1^{er} mars au 6 juillet 2020, en France hors Ile-de-France.



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

- En semaine 27 (du 29 juin au 5 juillet 2020), 1 330 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par les établissements ayant transmis sans interruption sur toute la période, représentant 0,5% de l'activité totale des services d'urgence du réseau OSCOUR®.
- Ces passages étaient en légère baisse de 5% par rapport à la semaine 26 avec une part d'activité stable (1 402 passages et 0,5% de l'activité totale en S26 – données consolidées au 7 juillet 2020) (Figure 14).
- En semaine 27, sur l'ensemble des passages pour suspicion de COVID-19 enregistrés au niveau national, 21% ont été enregistrés en Île-de-France, 16% en Guyane, 8% en Auvergne Rhône-Alpes et 8% en Bretagne.
- En semaine 27, les passages aux urgences étaient en baisse ou se maintenaient à un niveau bas pour la 14^{ème} semaine consécutive au niveau national et régional (Figure 15). Chez les enfants, on observait une seconde semaine consécutive de hausse dans de faibles effectifs (+26 passages soit +31%).
- La proportion d'hospitalisations après passage pour suspicion de COVID-19, indicateur de gravité à l'arrivée aux urgences, était en légère baisse à 35% en semaine S27 (versus 36% en S26 - données consolidées au 7 juillet 2020).
- Depuis le début de la surveillance le 24 février 2020, 171 631 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 5 juillet 2020, intégrant l'ensemble des associations ayant transmis au moins une fois sur toute la période).

Figure 14. Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et classe d'âge, depuis le 26 février et depuis le 1er juin 2020, France (source: OSCOUR®)

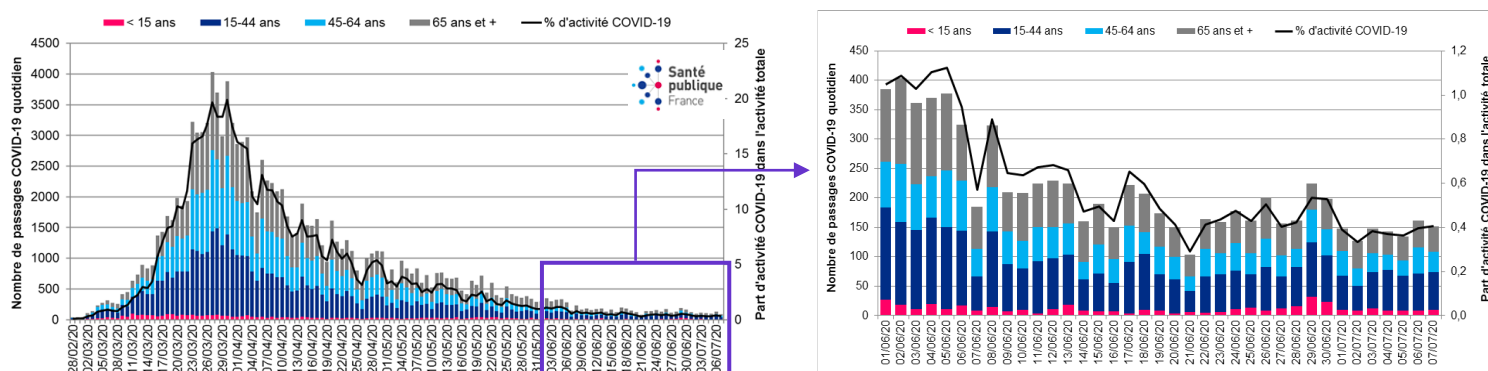
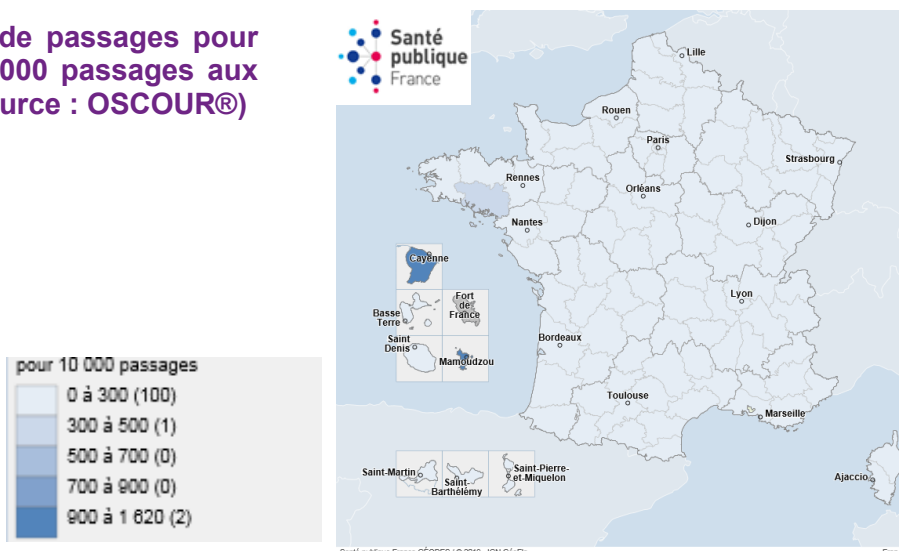


Figure 15. Taux hebdomadaires de passages pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences, semaine 27, France (source : OSCOUR®)



Nombre de reproduction effectif «R effectif»

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

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

- Le nombre de reproduction au niveau de la **France métropolitaine est de 1,05** (intervalle de confiance IC95% : 1,003-1,090) (Tableau 3) et est en **hausse par rapport à la semaine précédente (R effectif=0,90 ; IC95% : 0,86-0,94)**. Cet indicateur est significatif en France métropolitaine.
- Quatre régions ont un nombre de reproduction R estimé supérieur à 1 de façon significative : en Guyane ($R=1,14$; IC95% : 1,08-1,21) en diminution pour la deuxième semaine consécutive, Nouvelle-Aquitaine ($R=1,32$; IC95% : 1,04-1,64), Pays-de-la-Loire ($R= 1,52$; IC95% : 1,31-1,73) et Provence-Alpes-Côte d'Azur ($R = 1,24$; IC95% : 1,05-1,46).
- Les régions Bretagne (1,07; IC95% : 0,72-1,49), Hauts-de-France (1,06; IC95% : 0,94-1,18), Ile-de-France (1,06 ; IC95% : 0,99-1,13), Normandie (1,00; IC95% : 0,83-1,17) et La Réunion (1,47; IC95% : 0,93-2,14) ont des estimations supérieures à 1 mais non significativement supérieures (valeur « 1 » comprise dans l'intervalle de confiance) (Tableau 3).

Tableau 3 : Nombre de reproduction effectif (R effectif) à partir des tests PCR positifs au SARS-COV-2 par région, France entière, sur 7 jours glissants, du 28 juin au 4 juillet 2020 (Source : SI-DEP)

Régions	R effectif	Intervalle de confiance (95%)
Auvergne-Rhône-Alpes	0,98	0,86-1,12
Bourgogne-Franche-Comté	0,98	0,74-1,24
Bretagne	1,07	0,72-1,49
Centre-Val de Loire	0,97	0,75-1,21
Corse	NC	NC
Grand Est	0,78	0,66-0,91
Hauts-de-France	1,06	0,94-1,18
Ile-de-France	1,06	0,99-1,13
Normandie	1,00	0,83-1,17
Nouvelle-Aquitaine	1,32	1,04-1,64
Occitanie	0,97	0,81-1,15
Pays de la Loire	1,52	1,31-1,73
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1,24	1,05-1,46
France métropolitaine	1,05	1,003-1,094
Guadeloupe	NC	
La Réunion	NC	
Martinique	NC	
Mayotte	0,76	0,61-0,92
Guyane	1,14	1,08-1,21

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

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

Surveillance en milieu hospitalier

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

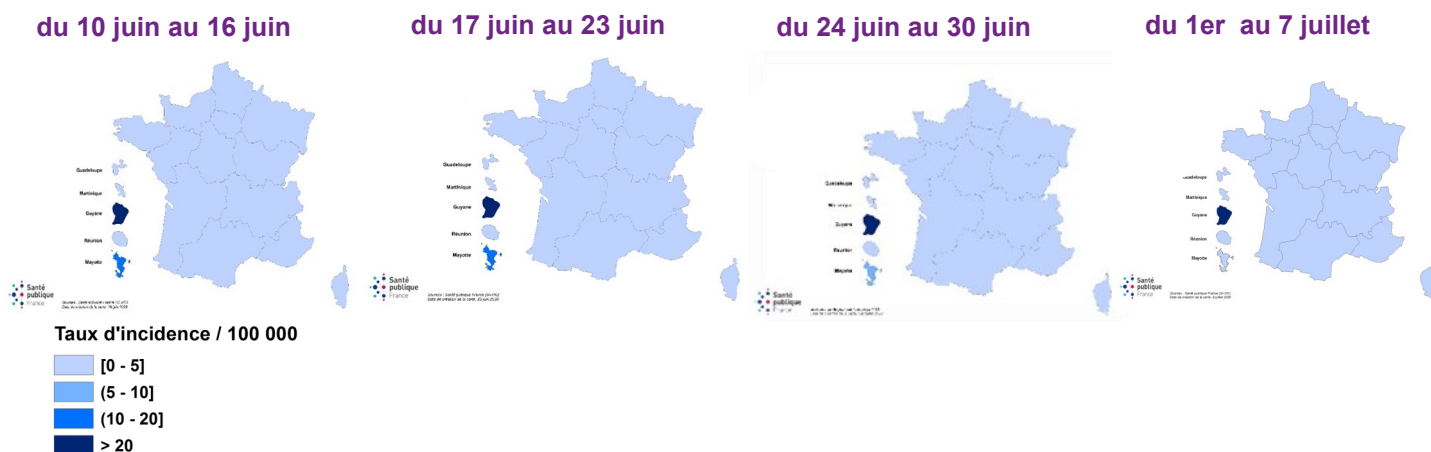
- Depuis le 1^{er} mars 2020, **1 508** établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Parmi les **105 152 patients ayant été hospitalisés** depuis le 1^{er} mars (Tableau 4) :
 - L'âge médian des patients est de 72 ans et 53% sont des hommes.
 - 19 457 patients sont décédés : 71% étaient âgés de 75 ans et plus et 59% étaient des hommes.
 - 77 655 patients sont retournés à domicile.
- Le **07 juillet 2020, 7 594 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 538 cas en réanimation.**

Tableau 4. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 07 juillet 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 07 juillet 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	7 594		538		77 655		19 457	
Classes d'âge *								
Total	7 526		533		77 133		19 347	
0-14 ans	31	<1	2	<1	892	1	3	<1
15-44 ans	432	6	50	9	10 446	14	196	1
45-64 ans	1 500	20	200	38	22 484	29	2 001	10
65-74 ans	1 619	22	172	32	14 691	19	3 451	18
75 et +	3 944	52	109	20	28 620	37	13 696	71
Régions *								
Total	7 550		511		77 644		19 437	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	459	6	28	5	7 774	10	1 742	9
Bourgogne-Franche-Comté	105	1	6	1	3 899	5	1 044	5
Bretagne	77	1	2	<1	1 284	2	260	1
Centre-Val de Loire	393	5	16	3	1 973	3	548	3
Corse	12	<1	1	<1	247	<1	59	<1
Grand Est	999	13	52	10	12 294	16	3 581	18
Hauts-de-France	849	11	49	10	6 471	8	1 852	10
Ile-de-France	3 498	46	258	50	28 112	36	7 480	38
Normandie	215	3	7	1	1 676	2	434	2
Nouvelle-Aquitaine	63	1	9	2	2 198	3	421	2
Occitanie	58	1	10	2	2 901	4	512	3
Pays de la Loire	137	2	2	<1	2 103	3	470	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	466	6	23	5	5 496	7	952	5
Outre-Mer								
La Réunion	21	<1	3	1	145	<1	3	<1
Martinique	15	<1	6	1	90	<1	14	<1
Mayotte	17	<1	3	1	384	<1	28	<1
Guadeloupe	12	<1	6	1	80	<1	16	<1
Guyane	154	2	30	6	517	1	21	<1

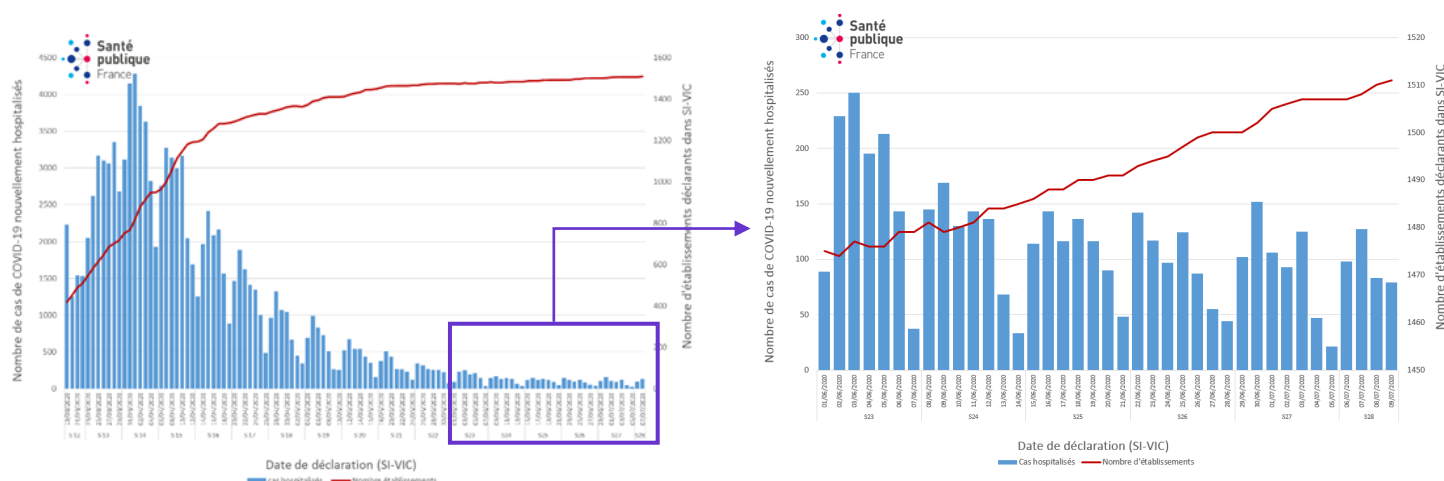
* L'information sur l'âge n'est pas disponible pour tous les cas. L'information par région n'est pas renseignée pour les personnes transférées à l'étranger.

Figure 16. Evolution du taux hebdomadaire d'hospitalisations pour COVID-19 pour 100 000 habitants, par région, entre le 10 juin et le 07 juillet, France (source : SI-VIC)



- Le **plus fort taux hebdomadaire d'hospitalisations** (du 1^{er} au 7 juillet) de patients COVID-19 a été observé en **Guyane** (58,1/100 000 habitants). Les taux hebdomadaires d'hospitalisations étaient inférieurs à 5/100 000 habitants dans toutes les autres régions (Figure 16). **En Guyane**, le taux d'hospitalisation était en augmentation (53,0/100 000 h la semaine précédente). **A Mayotte**, le taux d'hospitalisation a poursuivi sa diminution (4,7/100 000 habitants cette semaine contre 7,5/100 000 habitants la semaine précédente). **Dans toutes les régions de France métropolitaine**, il a été observé une diminution ou une stabilisation à des niveaux bas des taux d'hospitalisations.
- Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a continué de décroître **en semaine 27** (du 29 juin au 5 juillet) : 646 en S27 versus 666 en S26 (Figure 17). Le nombre **journalier** de cas COVID-19 hospitalisés est en **constante diminution** depuis le 14 avril (Figure 17).

Figure 17. Nombre journalier de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés et nombre d'établissements déclarant, depuis le 19 mars et depuis le 1er juin 2020, données au 7 juillet 2020, France (source : SI-VIC)



- **Au 7 juillet 2020**, 538 cas de COVID-19 sont toujours hospitalisés en réanimation en France et 21 nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation ont été rapportées (Figure 18).
- Le **nombre hebdomadaire de nouvelles admissions** en réanimation reste stable en semaine 27 (73 versus 82 en S26) (Figure 18).
- Le **nombre journalier de cas hospitalisés en réanimation** est toujours en diminution depuis le 8 avril (Figure 18) et se maintient depuis le 9 juin en dessous de 1 000 patients.
- Sur la **semaine du 1^{er} au 7 juillet**, le plus fort taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 a été observé en Guyane et il est à la hausse (7,9/100 000 habitants contre 5,2 la semaine précédente) (Figure 19). Dans toutes les autres régions, le taux hebdomadaire d'admissions en réanimation de patients COVID-19 est inférieur à 0,5/100 000 habitants. A Mayotte, après plusieurs semaines à un niveau élevé, ce taux s'est stabilisé à 0,4/100 000 habitants.

Figure 18. Nombre journalier de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation, depuis le 19 mars et depuis le 1er juin 2020, données au 07 juillet 2020, France (source : SI-VIC)

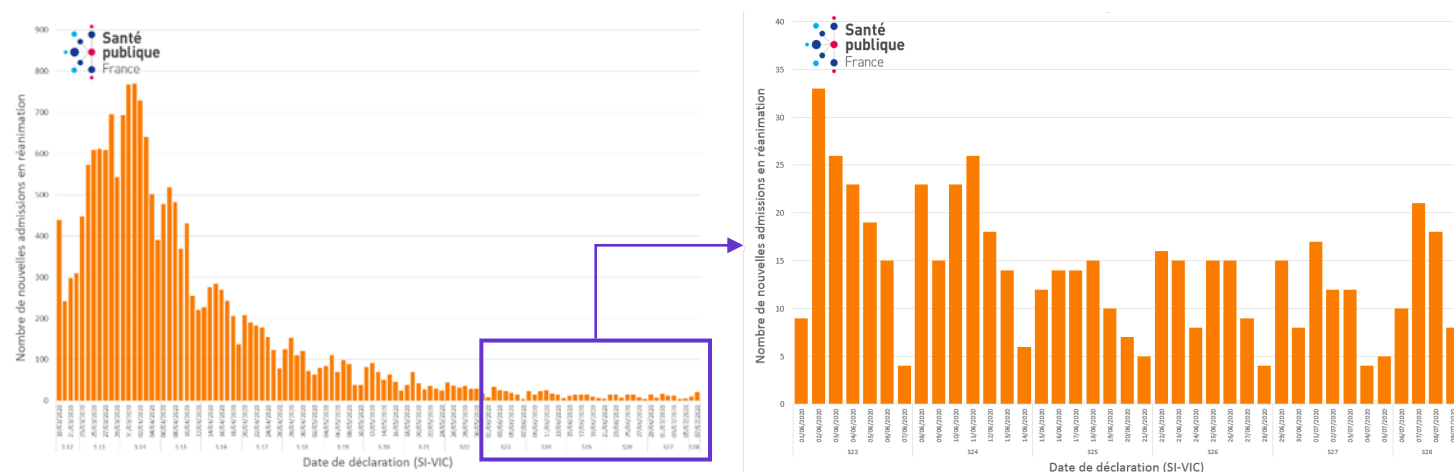
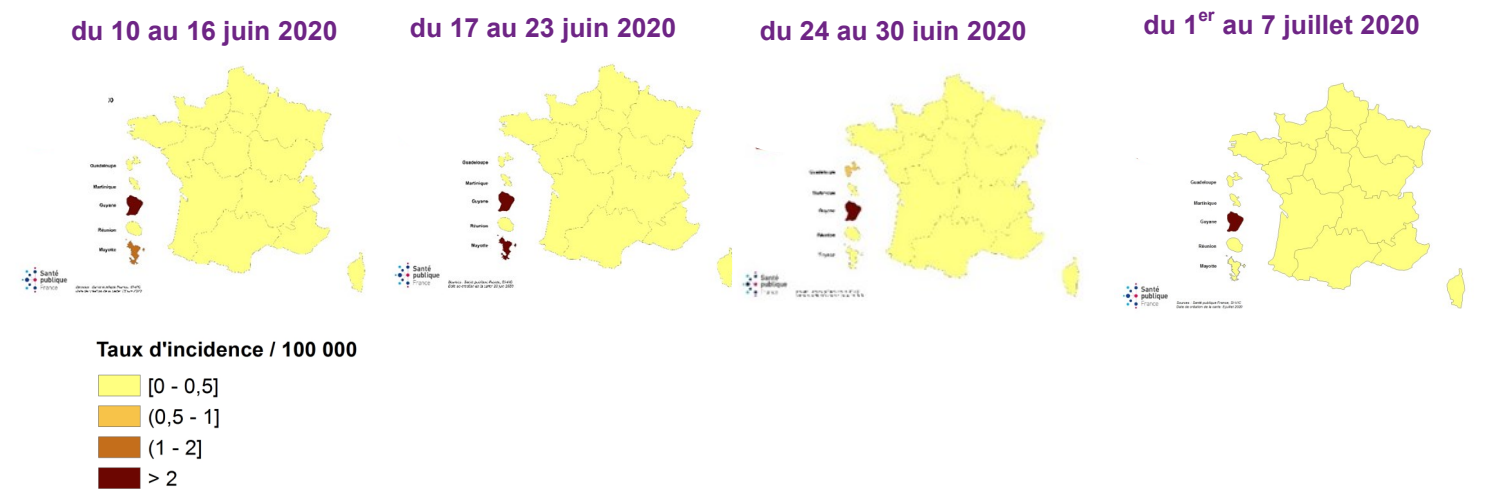


Figure 19. Evolution du taux hebdomadaire d'admissions en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants par région, entre le 10 juin et le 7 juillet, France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire de décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19 continue de diminuer en semaine 27 (107 en S27 versus 126 en S26) (Figure 20).
- Le nombre hebdomadaire des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation était de 1 380 en semaine 27 (versus 1 545 en S26) (Figure 21).

Figure 20. Nombre journalier de nouveaux décès survenus au cours d'une hospitalisation pour COVID-19, depuis le 19 mars et depuis le 1er juin 2020, France, données au 7 juillet 2020 (source : SI-VIC)

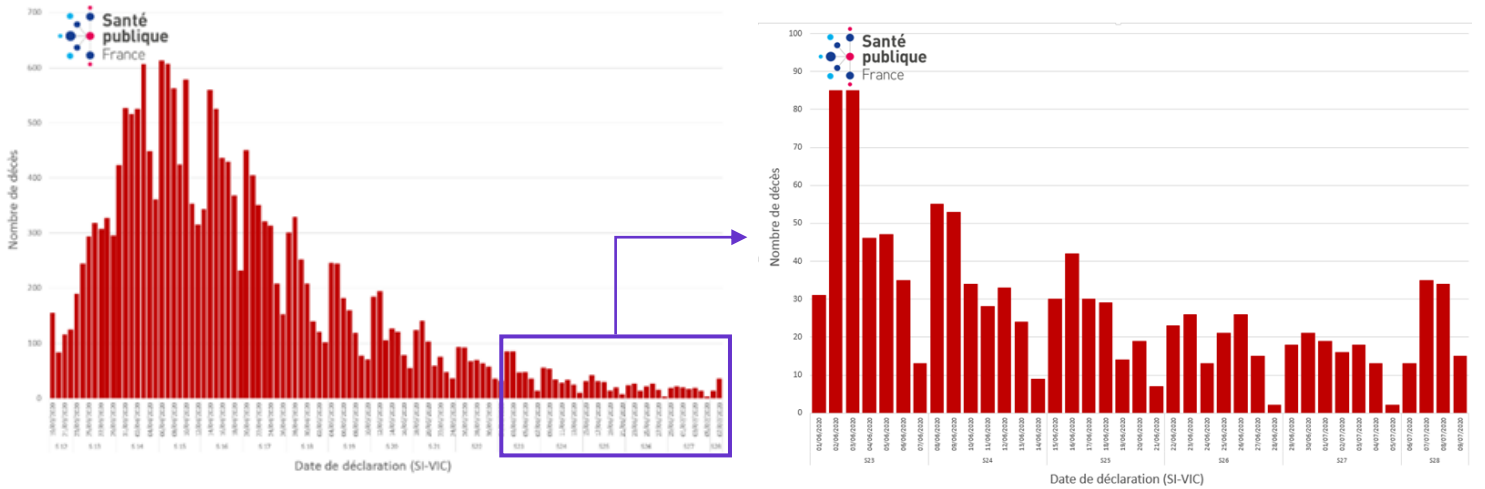
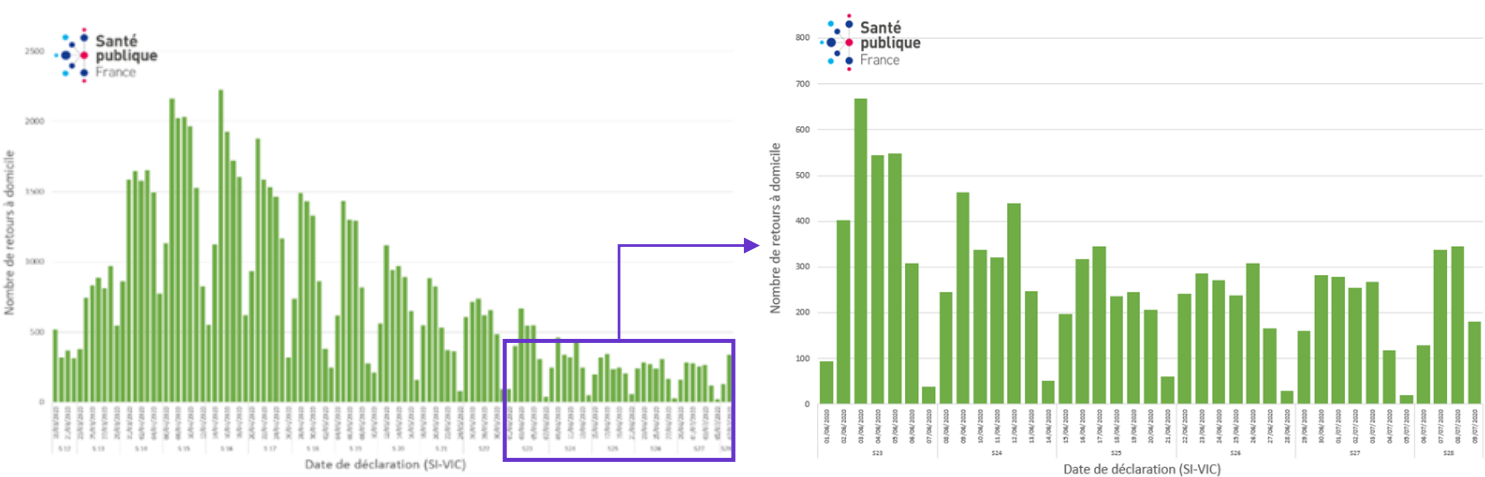


Figure 21. Nombre journalier de retours à domicile de patients après hospitalisation pour COVID-19 , depuis le 19 mars et depuis le 1er juin 2020, France, données au 7 juillet 2020 (source : SI-VIC)



Estimation de la séroprévalence des infections par SARS-CoV-2 en France métropolitaine

Estimation de la séroprévalence des infections par SARS-CoV-2 en France métropolitaine selon l'âge et la région en semaine 11 et 15 / 2020.

Afin de suivre la dynamique de l'épidémie d'infections à SARS-CoV-2 en population, Santé publique France a mis en place une série d'enquêtes de séroprévalence répétées en population générale en collaboration avec le Centre National de Référence (CNR) des virus des infections respiratoires (dont la grippe) de l'Institut Pasteur. Il s'agit, à différents temps de l'épidémie, d'estimer la prévalence de l'infection par SARS-CoV-2, par sexe, âge et région de résidence à partir d'échantillons aléatoires de sérums anonymisés issus des sérothèques (fonds de tubes) des principaux laboratoires centralisateurs français, Cerba et Eurofins Biomnis (pour la Corse l'ensemble des tubes disponibles ont été utilisés). Les estimations ont été extrapolées à la population générale après redressement sur la répartition de la population de France métropolitaine par région de résidence, âge et sexe (données Insee, 1er janvier 2020), permettant ainsi la comparaison entre régions et dans le temps. L'évaluation de la prévalence d'infection est basée sur le test LuLISA-N développés et calibrés par le CNR (cf méthodologie).

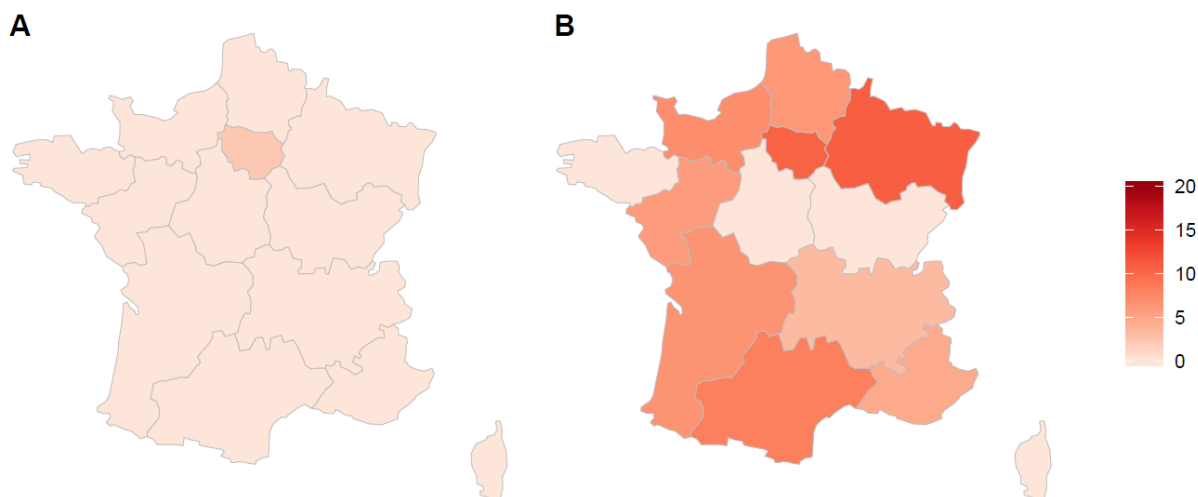
Nous présentons, pour les semaines 11 (9 au 15 mars) et 15 (6 au 12 avril 2020), les prévalences des infections à SARS-CoV-2 :

- Le nombre de sérums analysés s'élève à 3 221 et 3 084 respectivement, pour les semaines 11 et 15. Entre la S11 et S15, la séroprévalence des infections à SARS-CoV-2 en France métropolitaine **a augmenté de façon globale**, passant de 1,11 % [intervalle de confiance à 95 % : 0,06-2,17] à 6,73 % [5,36-8,11].
- Rapportées à la population métropolitaine**, les données de séroprévalence permettent d'estimer que le nombre de personnes infectées par le SARS-CoV-2 en semaine 11 s'élevait à 720 000 [intervalle de confiance à 95% : 389 000 - 1 408 000] et à 4 368 000 [3 479 000 - 5 263 000] en semaine 15.
- Cette augmentation est comparable **pour les deux sexes**, passant de 1,00 % à 7,42 % chez l'homme et de 1,22 % à 6,09 % chez la femme.
Pour chacune des mesures, une tendance à l'augmentation de la séroprévalence avec l'âge est observée. A noter que les valeurs ne sont pas distinguables d'une prévalence nulle pour les classes d'âge inférieures à 50 ans lors de la première mesure en semaine 11 (Tableau 5).
- Les tranches d'âge** de 50-59 ans et 60-69 ans apparaissent par contre particulièrement touchées, avec une prévalence de 9,73 % et 10,01 % respectivement en semaine 15 (Tableau 5). Par ailleurs, les niveaux de prévalence estimés pour les plus jeunes (5,91 % chez les 0-9 ans et 3,51 % chez les 10-19 ans en semaine 15), attestent d'une circulation virale dans cette population après la mi-mars.
- Par région**, les données de prévalences (tous âges confondus) confirment une diffusion du SARS-CoV-2 à l'ensemble des régions métropolitaines avec les prévalences les plus élevées observées en semaine 15 dans le Grand-Est (10,98 %) et en Ile-de-France (10,57 %) et les plus faibles en Corse (0,61 %) et en Centre-Val de Loire (0,88 %) (Figure 22).

Tableau 5. Séroprévalence de l'infection par SARS-CoV-2 par tranche d'âge estimée à partir du test sérologique LuLISA-N. France métropolitaine, semaines 11 (du 9 au 15 mars 2020) et 15 (du 6 au 12 avril 2020)

Classe d'âge	Semaine 11			Semaine 15		
	Prévalence (%)	IC95% _{inf}	IC95% _{sup}	Prévalence (%)	IC95% _{inf}	IC95% _{sup}
0-9 ans	0,00	0,00	0,47	5,91	1,58	10,24
10-19 ans	0,00	0,00	0,91	3,51	0,65	6,37
20-29 ans	0,38	0,00	2,06	7,02	3,81	10,24
30-39 ans	0,00	0,00	1,29	3,40	0,98	5,82
40-49 ans	1,19	0,00	3,03	7,71	4,57	10,85
50-59 ans	2,99	0,58	5,40	9,73	6,35	13,10
60-69 ans	2,77	0,42	5,13	10,01	6,53	13,49
70-79 ans	2,77	0,35	5,19	5,91	3,14	8,68
80 ans et +	1,25	0,00	3,31	7,25	4,16	10,34

Figure 22. Séroprévalence de l'infection par SARS-CoV-2 (tous âges) par région estimée à partir du test sérologique LuLISA N. France métropolitaine, semaines 11 (9 au 15 mars 2020 –A) et 15 (6 au 12 avril 2020 –B).



Note : Les régions pour lesquelles l'estimation n'est pas significativement différente de zéro sont colorées avec la teinte correspondant à une prévalence nulle.

- En prenant en compte les délais médians de séroconversion et d'incubation, les résultats de la semaine 11 suggèrent une circulation à bas bruit sur l'ensemble du territoire français dès la semaine 8 (17 au 23 février).
- L'augmentation de la séroprévalence en semaine 15 est indicative d'une forte progression de la circulation du virus dans toutes les tranches d'âge de la population ainsi que sur l'ensemble du territoire métropolitain.
- **Bien que les personnes âgées de plus de 60 ans apparaissent avoir été plus exposées à l'infection, les jeunes enfants présentent une séroprévalence comparable aux adultes.**
- La représentativité et la capacité de notre échantillonnage de fond de tubes de sérums à capturer des infections à SARS-CoV-2 restent difficiles à évaluer pleinement. Cependant, la répétition de l'échantillonnage dans le temps permet de décrire la dynamique temporo-spatiale de l'épidémie.
- Ces estimations de séroprévalence des infections à SARS-CoV-2 sont du même ordre de grandeur que celles d'études similaires réalisées à des stades épidémiques comparables en avril 2020 en Belgique (de 2,9% à 6,6% en trois semaines), Espagne (6,4%) et Suisse (de 4,8 à 6,6%).
- Les fonds de tubes de la semaine 20 (11 au 17 mai) sont actuellement en cours d'analyse au CNR et permettront de documenter l'évolution du taux d'infection jusqu'à la fin de la période de confinement.
- Les anticorps neutralisants ont par ailleurs aussi été recherchés par des tests de pseudo-neutralisation développés par l'Institut Pasteur parmi les personnes ayant été infectées par le SARS-CoV-2. Ces résultats feront l'objet de futures publications.

Méthodologique pour définir le statut d'infection par le SARS-CoV-2:

La part de la population ayant été infectée par le SARS-CoV-2 a été estimée sur la base de la prévalence des anticorps immunoglobulines (Ig) G ciblant la protéine N du virus détectés par LuLISA (Luciférase-Linked ImmunoSorbent Assay), méthode de type ELISA développée par l'Institut Pasteur. Les estimations sont ajustées sur les performances des tests sérologiques⁴. Conformément aux recommandations de la HAS⁵, dans ce contexte de faibles niveaux de prévalence attendus, nous avons choisi des seuils de séropositivité correspondant à des valeurs de spécificité élevée. Le seuil de positivité choisi pour le LuLISA-N correspond à une spécificité de 99 % et une sensibilité de 92 %.

¹ Herzog S et al. Seroprevalence of IgG antibodies against SARS coronavirus 2 in Belgium: a prospective cross-sectional study of residual samples. Disponible à: medRxiv 2020.06.08.20125179; doi: <https://doi.org/10.1101/2020.06.08.20125179>

² Estudio ene-covid19: primera ronda estudio nacional de sero-epidemiología de la infección por SARS-CoV-2 en España ; informe preliminar 13 de mayo de 2020. Instituto de Salud Carlos III. <https://www.mscbs.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/13.05130520204528614.pdf>

³ Stringhini S et al. Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG antibodies in Geneva, Switzerland (SEROCoV-POP): a population-based study. Lancet. 2020 Jun 11;S0140-6736(20)31304-0. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31304-0

⁴ Rogan WJ, Gladen B. Estimating prevalence from the results of a screening test. Am J Epidemiol. 1978;107(1):71-6.

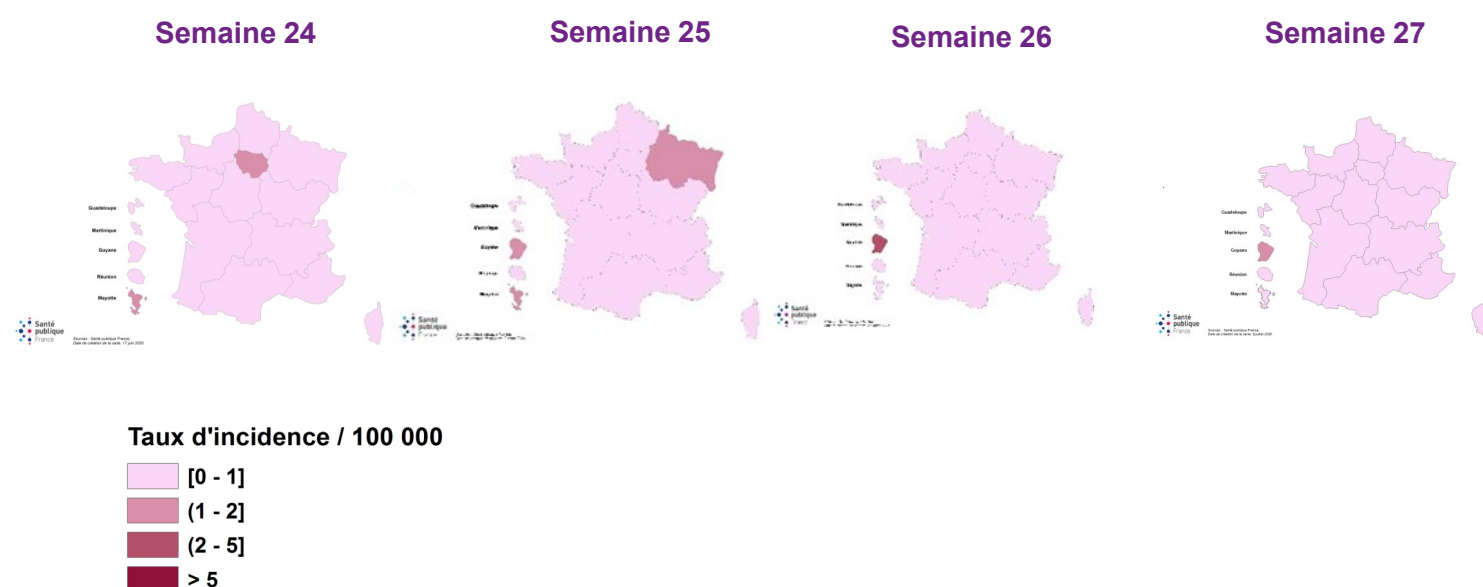
⁵ HAS Place des tests sérologiques dans la stratégie de prise en charge de la maladie COVID-19- mai 2020, disponible sur : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/rapport_indications_tests_serologiques_covid-19.pdf

Surveillance de la mortalité

Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

- Les estimations de la mortalité due à la COVID-19 sont basées sur le nombre de patients décédés au cours d'une hospitalisation (données SI-VIC) et le nombre de résidents décédés dans les établissements sociaux et médico-sociaux (hors hospitalisation).
- Entre le 1er mars et le 7 juillet 2020, **29 933 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France : 19 457 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 10 476 décès parmi des résidents en EHPA et autres EMS.
- **Au moins 92% des cas de COVID-19 décédés sont âgés de 65 ans ou plus.**
- **Au niveau national**, le nombre hebdomadaire de décès en France a diminué entre les semaines 26 et 27 (124 en S27 vs 164 en S26). Le taux de décès hebdomadaire (pour 100 000 habitants) à l'échelle nationale est également à la baisse : il était de 0,18 en S27 contre 0,24 en S26.
- **En semaine 27**, le plus fort taux de décès de patients COVID-19 rapporté à la population (pour 100 000 habitants) était observé en Guyane (1,4/100 000 h). Pour toutes les autres régions, ce taux était inférieur à 0,5 /100 000 habitants (Figure 23).
- Les taux hebdomadaires de décès (pour 100 000 habitants) continuent de diminuer ou restent stables entre les semaines 26 et 27 dans toutes les régions, y compris la Guyane qui passe de 2,5 décès/100 000 h en S26 à 1,4/100 000 h en S27 (Figure 23).

Figure 23 : Taux de décès due à la COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en Ehpa et autres EMS) S24 (du 8 au 14 juin), S25 (du 15 au 21 juin), S26 (du 22 au 28 juin), S27 (29 au 5 juillet) par région en France (source : SI-VIC et ESMS)



Mortalité issue de la certification électronique des décès

- Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France depuis le 1^{er} mars 2020, **11 145 certificats de décès** contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 6).
 - L'âge médian au décès était de 84 ans et 91% avaient 65 ans et plus.
 - Les hommes représentaient 54% de ces décès.
- Des **comorbidités** étaient renseignées pour 7 343 décès, soit **66%** des certificats de décès. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 25% de ces décès et une mention de pathologie cardiaque pour 34% de ces décès.
- Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 3% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgées de moins de 65 ans.

Tableau 6 : 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 6 juillet 2020 (données au 7 juillet 2020) (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%
Hommes	6054	54

Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité 1		Avec comorbidités1		Total2	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	1	100	1	0
15-44 ans	35	34	68	66	103	1
45-64 ans	278	28	698	72	976	9
65-74 ans	568	33	1 168	67	1 736	16
75 ans ou plus	2 921	35	5 408	65	8 329	75
Tous âges	3 802	34	7 343	66	11 145	100

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	7343	66
Aucune ou non renseigné	3802	34

Description des comorbidités	n	%
Obésité	439	6
Diabète	1196	16
Pathologie respiratoire	958	13
Pathologie cardiaque	2492	34
Hypertension artérielle	1820	25
Pathologie neurologiques	675	9
Pathologie rénale	918	13
Immunodéficience	168	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**, depuis la semaine 18 (du 27 avril au 3 mai), la mortalité est revenue dans les marges de fluctuation habituelle, tous âges confondus (Figure 24).
 - **Au niveau régional**, une hausse de la mortalité est observée en Guyane sur les semaines 25 (du 15 au 21 juin) et 26 (du 22 au 28 juin), avec un nombre observé de décès significativement supérieur à celui attendu sur la semaine 25 (Figure 25). Cet excès concerne principalement les personnes âgées de plus de 65 ans.
- On n'observe pas d'excès de mortalité dans les autres régions sur les semaines 23 à 26.

Figure 24 : Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 50-2013 à la semaine 26-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

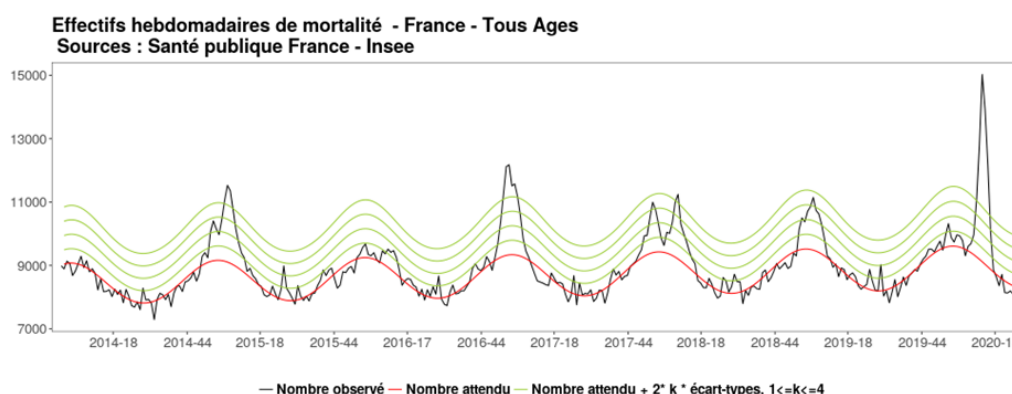
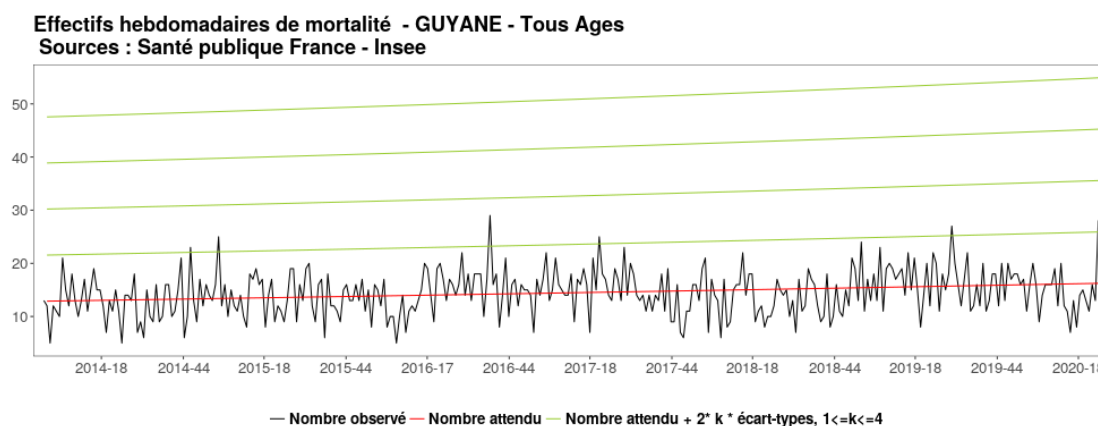


Figure 25 : Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en Guyane, de la semaine 50-2013 à la semaine 26-2020 (Source : Santé publique France - Insee)

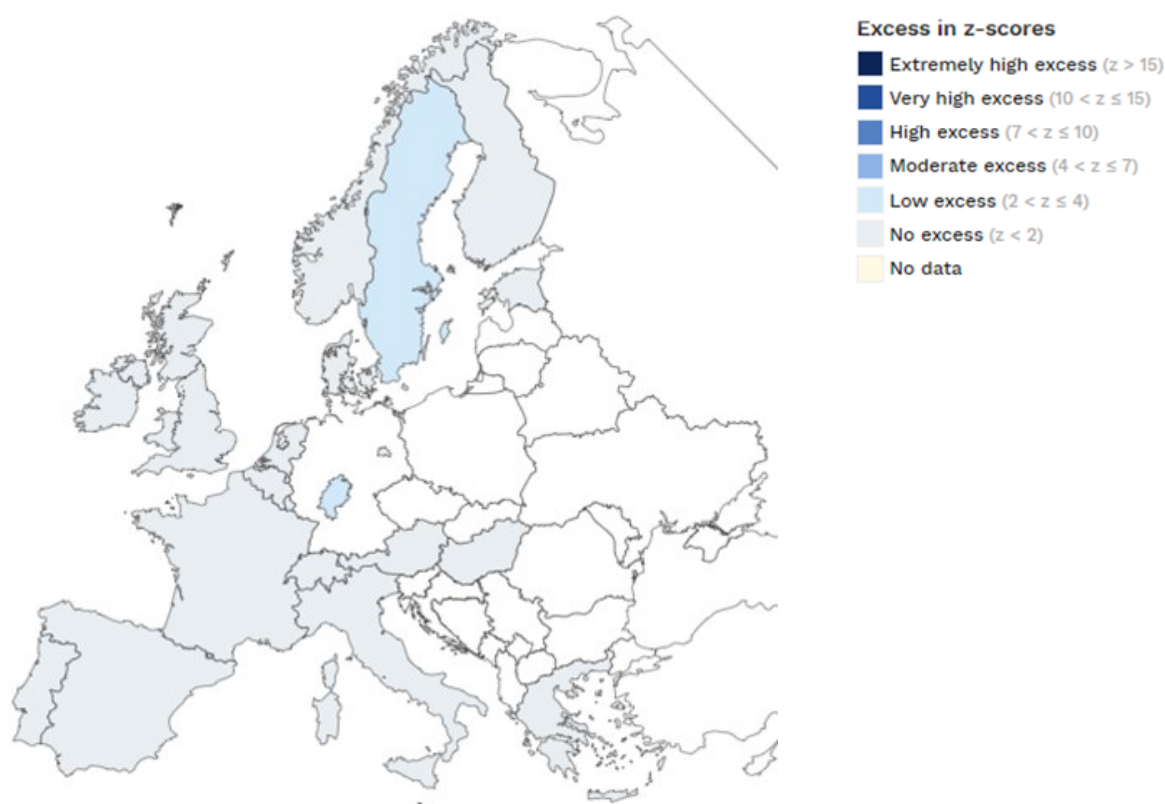


Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état civil, les données des dernières semaines sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. La hausse de la mortalité observée en Guyane peut être en lien à l'épidémie de COVID-19, sans qu'il ne soit possible à ce jour d'en estimer la part attribuable précise.

Mortalité à l'échelle européenne

- A l'échelle européenne, parmi les 24 pays ou régions qui participent au consortium EuroMOMO (<https://www.euromomo.eu/>) et qui utilisent le même modèle statistique que celui utilisé en France, la mortalité est en recul dans la plupart des pays ou régions ayant observé un excès de mortalité.
- Un excès de mortalité était encore observé dans 3 pays/régions en semaines 22, 23 et 24 et dans 2 pays/régions en semaines 25 (Suède et Allemagne (Hesse) (Figure 26).

Figure 26: Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 25-2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 1er juillet) (Source : Euromomo)



Situation internationale

Au niveau international, l'épidémie est intense dans de nombreux pays des Amériques (Etats-Unis, Brésil, Mexique, Colombie, Pérou, Chili, Argentine), en Asie du Sud-Est (Inde, Bangladesh), Asie Centrale (Kazakhstan, Kirghizstan), Méditerranée orientale (Arabie Saoudite, Iran, Pakistan, Qatar, Oman, Koweït). La circulation s'intensifie également dans certains pays en Afrique (Algérie, Egypte, Afrique du Sud). Selon les données au 6 juillet rapportées par l'[Organisation mondiale de la santé](#), parmi les cas rapportés au cours des dernières 24h la part relative des différentes zones géographiques était la suivante : Amériques (60,6%), Asie du Sud Est (14,3%), Méditerranée orientale (8,6%), Europe (8,4%), Afrique (6,5%), Pacifique Occidental (1,5%).

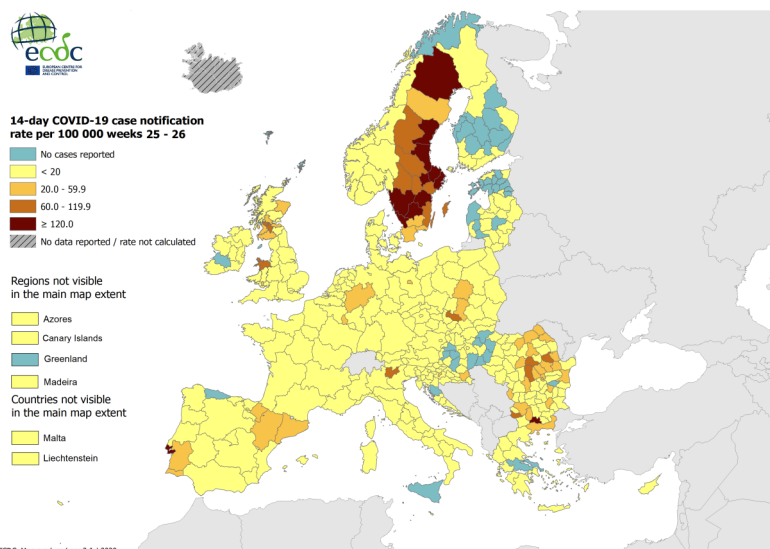
En Europe, une recrudescence des cas est rapportée dans plusieurs pays d'Europe centrale et d'Europe de l'Est depuis la mi-juin (Ukraine, Moldavie, Roumanie, Pologne, Bulgarie, certains pays des Balkans). De plus, l'épidémie reste active en Suède qui présente le taux d'incidence au cours des 14 derniers jours le plus élevé dans la zone UE/EEA (139 / 100 000 habitants), cet accroissement étant en partie liée à une augmentation des tests diagnostiques communautaires. Au 3 juillet 2020, pour les 14 derniers jours, le taux d'incidence moyen rapporté par les pays de l'UE/EEA et Royaume-Uni était de 13 / 100 000 habitants. En France, il était de 11,5 / 100 000 habitants (Figure 27).

Dans les pays de l'Europe de l'Ouest et du Sud, le niveau de transmission communautaire se maintient à un niveau faible par rapport aux vagues épidémiques survenues en mars-avril. Au 7 juillet, le taux d'incidence en France au cours des 14 derniers jours était de 11,3 / 100 000 habitants et il était comparable à celui rapporté dans les pays limitrophes (hors Luxembourg où une augmentation de l'incidence a récemment été rapportée). Suite à l'assouplissement progressif des mesures de restriction dans les pays européens, et de la levée du confinement instauré dans certains pays, des foyers de cas localisés sont de plus en plus rapportés. Des foyers importants ont été identifiés à la fin du mois de juin dans certains pays : Allemagne (usine de transformation de viande, Gütersloh), Royaume-Uni (ville de Leicester), Espagne (région de Huesca en Aragon, région de Segriá en Catalogne et région de A Mariña en Galice), Portugal (nord de Lisbonne). Des mesures restrictives et des confinements localisés ont été remis en place dans ces régions pour prévenir le risque de diffusion communautaire.

Il est noté dans de nombreux pays, dont la France, la survenue de foyers de cas dans certains secteurs industriels (industrie de la viande, construction, plateforme logistique, mines) ou agricoles. Les conditions de travail et de vie des travailleurs de ces secteurs, associant une forte promiscuité et précarité, peuvent expliquer la survenue de ces foyers de cas.

Comme en France, des clusters en établissements hospitaliers et institutions pour personnes âgées continuent à être rapportés dans les pays européens. Par ailleurs, des augmentations de cas ont été rapportées à la fin du mois de juin en Suisse et au Luxembourg avec des foyers de cas liés à des fêtes privées (Luxembourg) et la fréquentation de boîtes de nuit (Suisse). Dans ces deux pays les autorités ont émis des recommandations incitant la population à respecter les mesures de distanciation.

Figure 27 : Taux d'incidence de COVID-19 rapporté pour les semaines 25 et 26 dans les pays de l'UE/EEA
(source : ECDC)



Pour plus d'informations sur la situation

En Europe :

European Centre for Disease Prevention and Control. [Weekly surveillance summary](#) (week 26), mis à jour le 4 juillet 2020.

Dans le monde :

Organisation mondiale de la santé : [tableau de bord COVID-19](#) et [Situation report du 6 juillet 2020](#).

Prévention

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

Enquête Santé publique France CoviPrev : enquêtes Internet répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine (*Access panel*). Résultats **vague 1** (23-25 mars), **vague 2** (30 mars-1^{er} avril), **vague 3** (14-16 avril), **vague 4** (20-22 avril), **vague 5** (28-30 avril), **vague 6** (4-6 mai), **vague 7** (13-15 mai), **vague 8** (18-20 mai), **vague 9** (27-29 mai), **vague 10** (8-10 juin) et vague 11 (22-24 juin 2020).

- En termes de mesures de prévention, les derniers résultats montraient que **l'adoption systématique des mesures de prévention « Saluer sans se serrer la main et arrêter les embrassades » et « Garder une distance d'au moins 1 mètre » continuaient de diminuer** (-15 points depuis la levée du confinement). **L'adoption systématique des mesures d'hygiène** (se laver régulièrement les mains ; tousser dans son coude ; utiliser un mouchoir à usage unique), **avaient globalement diminué depuis la levée du confinement** puis s'était stabilisée entre la vague 10 et la vague 11. Le port systématique du masque en public avait progressé jusqu'en vague 8 (deux semaines après la fin du confinement) puis avait diminué entre les vagues 9 et 10 et s'était stabilisé en vague 11 (Figure 28).

- Les indicateurs de santé mentale des répondants continuent de s'améliorer en vague 11, avec une diminution significative des états dépressifs, des états anxieux et des problèmes de sommeil depuis la levée du confinement (Figure 29).

- Pas de nouveaux résultats cette semaine mais vous pouvez retrouver tous les résultats disponibles sur le [site de Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr/)

Figure 28. Fréquences de l'adoption systématique déclarée des mesures de prévention et évolutions (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.

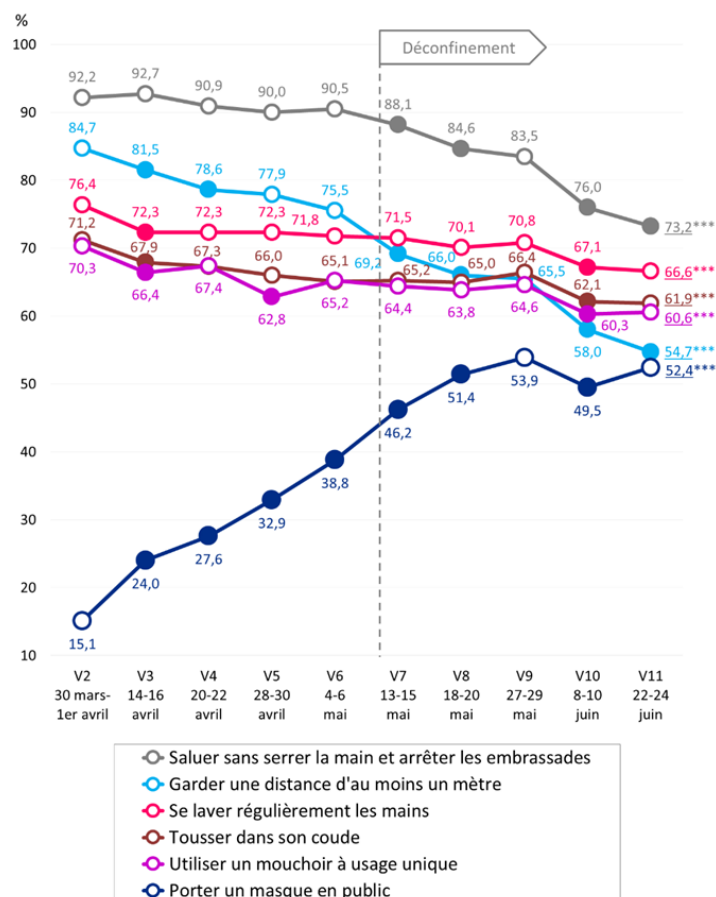
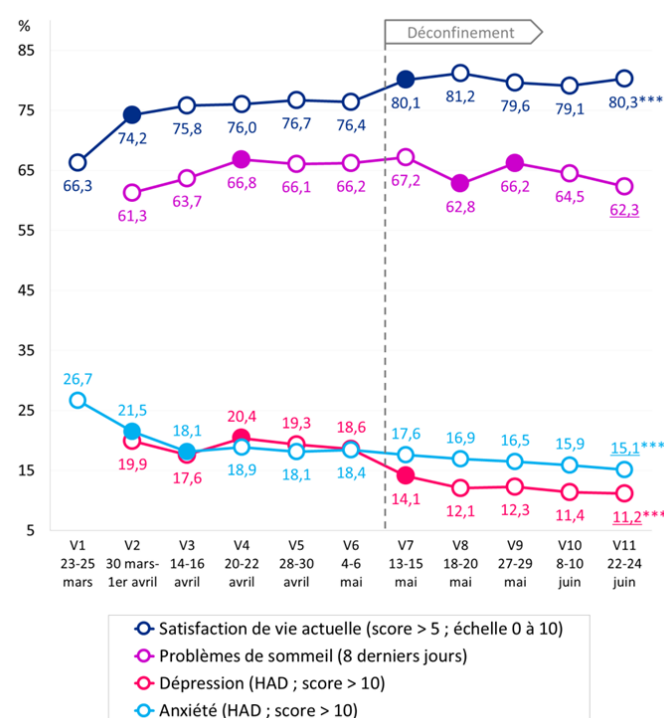


Figure 29. Prévalences et évolutions des indicateurs de santé mentale et des problèmes de sommeil (% pondérés). Enquête CoviPrev, France métropolitaine, 2020.



Etude qualitative ViQuoP, Santé publique France - Kantar .

« Vie quotidienne et prévention au sein d'une communauté en ligne à l'heure du coronavirus »

Suivi de cohorte de mars à juin 2020

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

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

Production d'outils de prévention

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



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

Synthèse — conclusion

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

En semaine 27 (du 29 juin au 5 juillet), **le nombre de cas confirmés, le taux d'incidence et le nombre d'actes SOS médecins pour suspicion de COVID-19 sont en augmentation en comparaison à la semaine précédente**. Le nombre de reproduction effectif (R effectif) en France métropolitaine est supérieur à 1.

Ces résultats sont en faveur d'une tendance à l'augmentation de la circulation du virus en France métropolitaine.

Les nombres de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19, les nombres d'hospitalisation et nombres d'admission en réanimation, qui sont des indicateurs plus tardifs, continuent, en revanche, de montrer des tendances à la baisse. Le nombre de patients actuellement hospitalisés en réanimation pour COVID-19 est inférieur à 600 patients.

Bien que ces augmentations soient limitées (nombre hebdomadaire de cas confirmés : +14% entre S26 et S27 en France métropolitaine), elles surviennent alors que le recours aux soins et la réalisation de tests RT-PCR des personnes présentant des signes cliniques compatibles avec une infection COVID-19 restent très insuffisants. Dans le cadre de la surveillance COVIDNet, il apparaît que seules 17% des personnes ayant présenté des symptômes évocateurs de COVID-19 ont bénéficié d'une prescription pour un test diagnostique, et seules 12% ont rapporté avoir été testées en RT-PCR. Par voie de conséquence, les nombres de cas confirmés et les augmentations observées pourraient être fortement sous-estimés.

L'augmentation du nombre et des incidences des cas de COVID-19 sont à associer à l'accentuation de l'effort de dépistage (augmentation du nombre de patients testés entre les semaines 26 et S27 : +26%). Cet effort de dépistage se traduit par des baisses du taux de positivité des prélèvements en France métropolitaine (-15%). Dans la majorité des départements et régions, les taux de positivité et les taux d'incidences régionaux sont en baisse ou se maintiennent à des niveaux faibles. L'augmentation des actes SOS médecins qui concernent notamment les moins de 15 ans, pourrait, en partie, s'expliquer par la reprise des activités scolaires dans le cadre d'une augmentation des symptomatologies respiratoires. Conformément aux mesures de prévention à appliquer, ces tableaux cliniques ont contribué à augmenter les demandes de tests pour COVID-19.

Au niveau régional, les estimations du nombre de reproduction effectif (R effectif) sont significativement supérieures à 1 dans 3 régions de France métropolitaine : Pays de la Loire, Nouvelle-Aquitaine, et Provence-Alpes-Côte-d'Azur. Le R effectif représente le nombre moyen de personnes infectées (cas secondaires) par une personne infectieuse (cas index). Le calcul de cet indicateur est effectué à partir des résultats virologiques (données SI-DEP) et permet de refléter la dynamique récente de circulation locale du virus. Ces estimations peuvent cependant être influencées par l'activité de diagnostic et les actions locales de dépistage. Il est, ainsi, indispensable de les interpréter en tenant compte du contexte local, en les mettant en perspective avec les autres indicateurs produits. Des analyses contextualisées départementales, réalisées par les cellules régionales de Santé publique France en lien avec les Agences Régionales de Santé permettent une analyse précise de la situation.

En Pays de la Loire, l'évolution du R effectif est à lier la situation épidémiologique en Mayenne. Dans ce département, la situation épidémiologique invite à la vigilance. Les indicateurs virologiques (SI-DEP) sont en augmentation : le taux d'incidence des cas de COVID-19 est supérieur à 10/100 000 habitants (45/100 000 en S27), le taux de positivité des prélèvements est supérieur à 5% (8,5% en S27). Six clusters ont été identifiés dans ce département et **un cluster fait désormais l'objet d'une diffusion communautaire. Ces indicateurs indiquent une accélération rapide de la transmission, notamment dans la région de Laval qui ont amené à mettre en place des mesures de contrôle de l'épidémie renforcées. Le dépistage de la population est actuellement en cours.** Les autres indicateurs (passages aux urgences, hospitalisation) ne montrent, en revanche, pas d'augmentation à cette date. Dans les autres départements de la région Pays de la Loire, les indicateurs épidémiologiques liés à l'activité COVID-19 sont globalement stables ou orientés à la baisse.

Dans les deux autres régions présentant des R effectifs significatifs, la Nouvelle-Aquitaine et la Provence-Alpes-Côte-d'Azur, si le nombre de cas confirmés, le taux d'incidence des cas sont en augmentation, ils restent à des niveaux faibles (<3/100 000 hab et <0,6%). Les taux de positivité, les consultations SOS médecins et les nombres de passages aux urgences restent également à des niveaux bas. Dans ces deux régions, les nombres de patients testés sont en augmentation.

Les clusters (hors épisodes familiaux en milieux restreints) sont identifiés et investigués par les agences régionales de santé (ARS) en lien avec les cellules régionales de Santé publique France. **Au 8 juillet, 68 clusters survenus en France métropolitaine sont ainsi encore en cours d'investigation.** Le nombre hebdomadaire de clusters signalés est relativement stable sur les 5 dernières semaines. **Les clusters en cours d'investigation sont principalement survenus dans des entreprises privées ou publiques, des milieux familiaux élargis (plusieurs foyers familiaux concernés) ou des établissements sociaux d'hébergement et d'insertion.** Le signalement de ces clusters depuis la levée du confinement n'est pas une situation inattendue du fait de la poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 en France, de l'augmentation importante des capacités diagnostiques et de la recherche active de cas autour de chaque patient infecté [1]. En France métropolitaine, deux épisodes présentent désormais une **diffusion communautaire (Normandie et Pays de la Loire)**. Les clusters survenus dans les établissements médico-sociaux (incluant les maisons de retraite, Ehpad) ont été suivis tout au long de l'épidémie et le nombre de nouveaux épisodes signalé par ces établissements est désormais très faible.

Une vigilance particulière mérite d'être faite notamment sur les clusters survenant dans les milieux familiaux élargis (plusieurs foyers familiaux concernés) qui sont susceptibles d'augmenter au cours de la période estivale.

Le nombre hebdomadaire de **décès et le taux de décès** liés au COVID-19 pour 100 000 habitants sont en **diminution** depuis la semaine 15 (6 au 12 avril). **L'excès de mortalité toutes causes observé entre les semaines 12 et 17 (du 16 mars au 26 avril) a été particulièrement marqué dans les régions Grand Est et Ile-de-France où la circulation du SARS-CoV-2 a été intense. La mortalité est désormais revenue dans les marges de fluctuation habituelle en France métropolitaine, aussi bien dans les analyses tous âges confondus que chez les personnes de 65 ans ou plus.** Un recul de la mortalité est également observé dans la plupart des pays européens ayant rapporté un excès.

Les enquêtes de séroprévalence menées en France métropolitaine sont indispensables pour estimer le nombre de personnes infectées pendant la vague épidémique passée. La proportion de la population ayant été infectée par le SARS-CoV-2 a augmenté de façon significative au cours de l'épidémie : 1,1% de la population avait été infectée en semaine 11 (du 9 au 15 mars 2020) et ce pourcentage était de 6,7% en semaine 15. Rapporté à la population, il peut ainsi être estimé que **720 000 personnes avaient été infectées par le SARS-CoV-2 en semaine 11, soit une semaine avant la mise en œuvre des mesures de confinement et qu'elles étaient 4 368 000 en semaine 15, soit deux semaines après le pic de l'épidémie.** Les personnes âgées de 50 à 69 ans sont celles ayant été le plus touchées par l'épidémie. Il est estimé qu'à la mi-avril 2020 (S15), 10% des personnes appartenant à cette tranche d'âge avaient été infectées par le SARS-CoV-2. Les enfants ont en revanche été moins touchés (6% des 0 à 9 ans et 3,5% des 10 à 19 ans). L'analyse régionale confirme la diffusion plus importante du SARS-CoV-2 en région Grand-Est (11% de la population touchée en S15) et en Ile-de-France (10,6%) ; la Corse et le Centre-Val de Loire ayant en revanche été relativement épargnés avec moins de 1% des populations de ces régions touchées. Ces résultats suggèrent également une circulation à bas bruit du virus dès la semaine 8 (du 17 au 23 février 2020). **Cette estimation réalisée la semaine après le pic de l'épidémie indique que le nombre de cas identifiés par la surveillance (près de 170 000 personnes) ne présente qu'une faible part des personnes infectées.** Conformément aux recommandations, tous les patients présentant des signes COVID-19 n'ont pas systématiquement bénéficié d'un test biologique pour confirmer l'infection. De plus, le nombre de cas a également été sous-estimé du fait des patients peu symptomatiques ou asymptomatiques n'ayant pas bénéficié d'une confirmation virologique.

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

En Guyane, en semaine 27, les indicateurs restent à des valeurs élevées et poursuivent leur augmentation. L'épidémie continue de diffuser dans cette région. Le taux d'incidence des cas de COVID-19 continue de progresser (458/100 000 habitants en S27 vs 436/100 000 habitants en S26). Le taux de positivité des patients testés se stabilise (26,5% en S27 vs 25,5% en S26). Le R effectif reste significativement supérieur à 1, signant la poursuite de la diffusion de l'épidémie. Le taux d'hospitalisation continue également son augmentation (58,1/100 000 h en S27 vs 53,0/100 000 h en S26) ainsi que le taux d'admission en réanimation (7,9/100 000 h en S27 vs 5,2/100 000 h en S26). **Les douze clusters identifiés en Guyane sont désormais considérés avoir une diffusion communautaire. Un excès de la mortalité toutes causes est observée en Guyane sur les semaines 25 (du 15 au 21 juin) et 26 (du 22 au 28 juin). Cet excès concerne**

principalement les personnes âgées de plus de 65 ans. La Guyane est entrée en phase 3 le 15 juin 2020.

A Mayotte l'épidémie se poursuit bien que les indicateurs soient en baisse. En semaine 27, les indicateurs restent encore à des niveaux élevés comme en témoignent le taux d'incidence des cas de COVID-19 (34/100 000 habitants en S27 vs 46/100 000 habitants en S26) et le taux de positivité des prélèvements (11,4% en S27 vs 18,3% en S26). Le taux d'hospitalisation continue également à diminuer (4,7/100 000 h. en S27 vs 7,5 en S26) et le taux d'admission en réanimation pour COVID-19 se stabilise à 0,4/100 000 habitants. Il n'y a plus de cluster en cours.

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

La surveillance des professionnels de santé fait l'objet d'une surveillance particulière. Du fait des faibles nombres de cas rapportés ces dernières semaines, ces données ne paraissent plus dans le Point épidémiologique hebdomadaire. L'ensemble des résultats sont disponibles sur [le site de Santé publique France](#). Les professionnels de santé libéraux peuvent, s'ils ont été atteints par le SARS-CoV-2, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#).

En conclusion

En France métropolitaine, la circulation du virus tend à augmenter comme en témoignent l'augmentation de l'incidence des cas de COVID-19, l'augmentation des nombres de cas ainsi que le R effectif qui est significativement supérieur à 1. Cette nouvelle tendance, si elle est concomitante d'une augmentation du nombre de tests RT-PCR réalisés, n'en indique pas moins une transmission qui permet au virus de se maintenir voire de progresser. Elle s'inscrit également dans le contexte où une proportion très insuffisante de patients présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 ont recours aux soins et réalisent un test diagnostic.

En Mayenne, la situation épidémiologique a rapidement évolué avec à la fois une incidence et un taux de positivité élevé en lien avec des clusters critiques dont certains sont survenus dans des abattoirs et des établissements médicaux sociaux. La situation du département témoigne du fort potentiel évolutif qui demeure quand le virus continue de circuler et que les conditions de transmission sont favorables. Comme l'indique l'expérience récente de plusieurs pays Européens, des clusters de cette nature peuvent aboutir à des situations insuffisamment contrôlées pouvant justifier des mesures de gestion plus contraignantes.

En Guyane, l'épidémie liée au SARS-CoV-2 continue sa progression, le pic épidémique n'a pas encore été dépassé sur ce territoire.

A Mayotte, l'épidémie est désormais en phase décroissante, bien que la circulation virale reste à un niveau élevé.

La poursuite de la circulation virale invite ainsi à maintenir la plus grande vigilance. La perspective des congés d'été, susceptibles de favoriser les comportements à risque, notamment dans le cadre d'évènements et de regroupement familiaux ou amicaux, et la diminution de l'adoption systématique des mesures de prévention par la population (défaut de respect de la distance physique, de lavage des mains du port du masque, embrassades saluer en se serrant les mains...) **sont des facteurs susceptibles de favoriser la reprise de l'épidémie.**

Si les augmentations observées restent à ce jour modérées, elles invitent à la plus grande vigilance. Afin d'éviter toute reprise de l'épidémie, il apparaît indispensable que la population adopte rigoureusement les mesures de prévention préconisées et que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 consulte un médecin dans les plus brefs délais, réalise un test diagnostic et respecte les mesures d'isolement.

Méthodes

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directeur adjoint de publication

Dr Jean-Claude Desenclos

Equipe de rédaction

Sophie Vaux, Fatima Ait El Belghiti, Céline Caserio-Schönemann, Yann Le Strat, Anne Fouillet, Julien Durand, Laure Fonteneau, Fanny Chereau, Cécile Forgeot, Harold Noel, Gabrielle Jones, Stéphane Levu, Scarlett Georges, Côme Daniau, Marie-Michèle Thiam, Laurian Lassara, Sébastien Monluc, Pierre Arwidson, Guillaume Spaccaferri, Julie Figoni, Linda Lasbeur, Enguerrand Du-Roscoat, Daniel Levy-Bruhl, Jean-Michel Lecrique, Christophe Léon, Camille Pelat, Edouard Châtignoux, Cécile Brouard, Claire Sauvage Christophe Bonaldi, Anne-Sophie Barret, Laetitia Gouffé-Benadiba, Yann Savitch

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 :
9 juillet 2020

Pour en savoir plus sur :

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

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

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

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