

Santé publique France, dans le cadre de ses missions de surveillance et d'alerte, analyse les données de surveillance de 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 5 mai 2020.

Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19 :
médecins libéraux,
SAMU Centre 15
SOS médecins, médecins urgentistes, réanimateurs,
Laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville
Agences régionales de santé (ARS)
et épidémiologistes

ainsi que les Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et de médecine d'urgence



INSTITUT PASTEUR

CNR Virus des infections respiratoires



Sentinelles
Réseau Sentinelles

Inserm

Institut national de la santé et de la recherche médicale

SFAR
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation



SORBONNE
UNIVERSITÉ
CRÉATEURS DE FUTURS
DEPUIS 1257

SOS MÉDECINS
FRANCE

srlf
SOCIÉTÉ DE RÉANIMATION
DE LANGUE FRANÇAISE

Insee
Institut national de la statistique et des études économiques
Mesurer pour comprendre

FEDORU
Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences

Inserm CépiDc

GERES

GRUPE D'ÉTUDE SUR LE RISQUE D'EXPOSITION DES SOIGNANTS
aux agents infectieux

Points clés

- ▶ Depuis cinq semaines, les indicateurs épidémiologiques de circulation du SARS-CoV-2 sont en baisse en France, à l'exception de Mayotte
 - diminution des recours pour COVID-19 SOS Médecins et aux urgences hospitalières traduisant une diminution des nouvelles contaminations
 - diminution du nombre des nouvelles hospitalisations, des nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19, des nombres de patients hospitalisés et des patients en réanimation
- ▶ Intensification de la circulation du SARS-CoV-2 à Mayotte
- ▶ Patients à risque pour COVID-19
 - réanimation : 80% des cas avec comorbidités et 53% âgés de 65 ans et plus
 - décès : au moins 84% avec comorbidités et 92% âgés de 65 ans et plus
- ▶ Excès de mortalité toutes causes au niveau national et particulièrement marqué dans les régions Grand Est et Ile-de-France
- ▶ Adoption moins systématique des mesures de protection au cours du temps et depuis le début du confinement, seul le port du masque en public est en augmentation

Chiffres clés en France

Indicateurs hebdomadaires, semaine 18 (du 27 avril au 3 mai 2020)

S18

Evolution
par rapport
S17

Estimation du nombre de cas de COVID-19 ayant consulté un médecin généraliste (Réseau Sentinelles)	Non estimable	(4 035)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	2 247 ↘	(2 588)*
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau Oscour®)	8 142 ↘	(10 670)*
Nombre de nouvelles hospitalisations de patients COVID-19 (SI-VIC)	5 869 ↘	(9 205)
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	726 ↘	(1 117)
Taux de positivité des prélèvements en laboratoires hospitaliers	7% ↘	(10%)*
Taux de positivité des prélèvements de ville (3 Labo)	4% ↘	(7%)
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	2138 ↘	(3418)

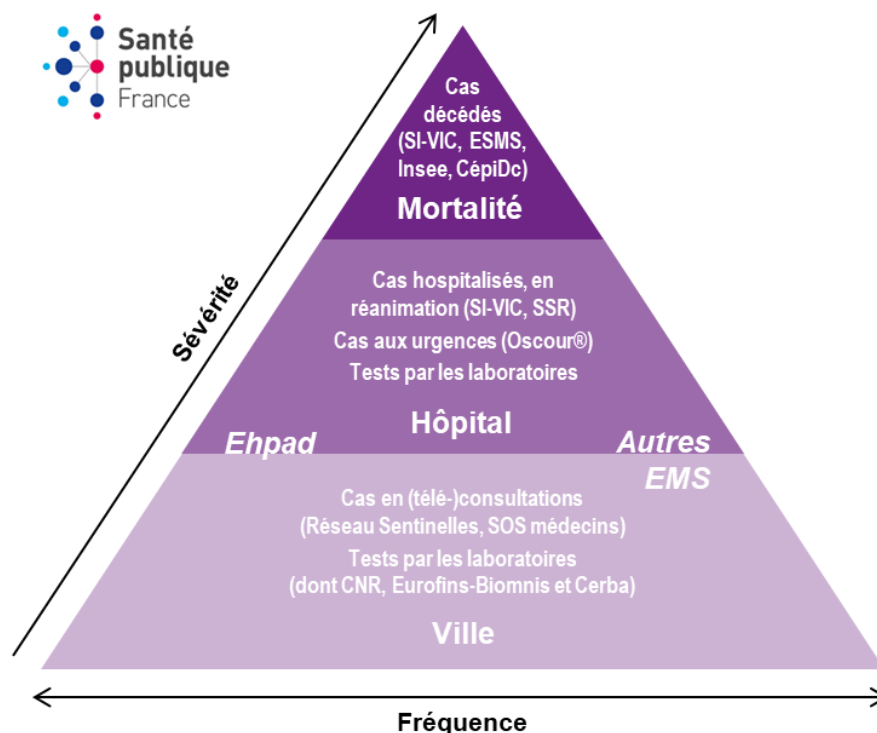
Indicateurs cumulés depuis le 1^{er} mars au 5 mai 2020

* données consolidées

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	94 191
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	25 561

Sommaire	Page
Chiffres clés en France	1
Surveillance en médecine ambulatoire	3-4
Surveillance à partir des laboratoires de virologie	5-6
Cas confirmés de COVID-19	6
Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux	7-8
Surveillance en milieu hospitalier	9-14
Surveillance des professionnels dans les établissements de santé	15-16
Surveillance de la mortalité	17-20
Prise en charge d'autres pathologies dans le contexte de la crise COVID-19	21-22
Surveillance des indicateurs de mesure de protection et de santé mentale	23-25
Enquête sur la vie quotidienne et prévention	26
Discussion	27-29
Méthodes	30

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



CNR : Centre national de référence ; 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 dont Ehpad ; Insee : Institut national de la statistique et des études économiques ; Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences ; SI-VIC : Système d'information des victimes ; SSR : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs

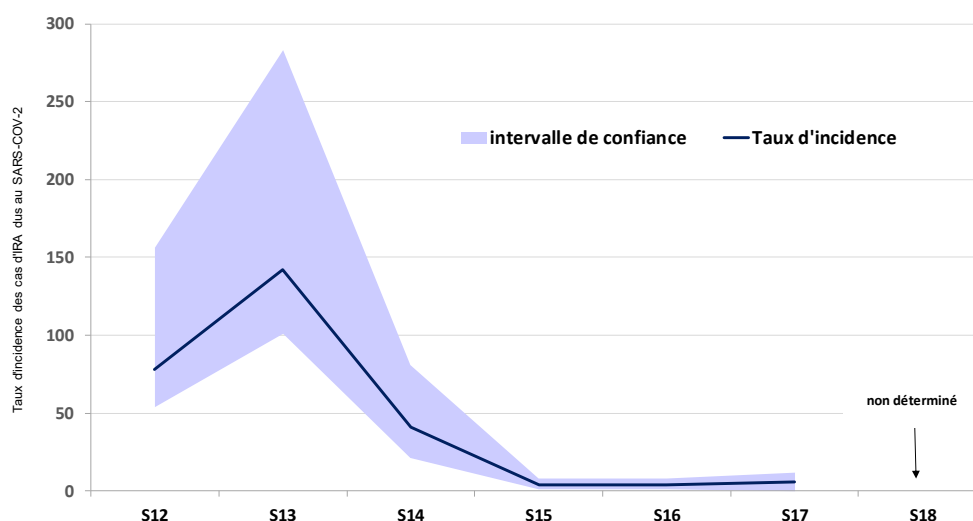
Surveillance en médecine ambulatoire

Réseau Sentinelles

La surveillance spécifique du COVID-19 du Réseau Sentinelles (Inserm, Sorbonne Université) a été mise en place le 16 mars 2020. Les résultats présentés nécessitent d'être lus avec précaution et sont consolidés dans les semaines suivantes.

- **En semaine 18** (du 27 avril au 3 mai), le **taux de consultations** (ou téléconsultations) estimé pour une infection respiratoire aiguë (IRA) était de **57/100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 48 ; 66] en France métropolitaine. Il était inférieur à celui de la semaine 17 (du 20 au 26 avril 2020) : 70/100 000 habitants [IC à 95% : 61 ; 79].
- En semaine 18, sur les 26 prélèvements réalisés par les médecins généralistes et les pédiatres Sentinelles et analysés, **aucun n'était positif pour le SARS-CoV-2**. En S17, après consolidation des données, le taux de positivité pour SARS-CoV-2 était de 8% (2 positifs sur 25 prélèvements).
- Tous les prélèvements effectués en semaine 18, étant négatifs pour le SARS-CoV-2, **le taux d'incidence des cas d'IRA dus au SARS-CoV-2 (COVID-19) vus en consultation de médecine générale et le nombre de nouveaux cas de COVID-19 ne peuvent être estimés pour la semaine 18**.
- En semaine 17, après consolidation par les données complémentaires d'analyse virologique, le taux d'incidence des cas d'IRA due au SARS-CoV-2 a été estimé à 6 cas pour 100 000 habitants (IC 95% [0;12]) (Figure1). Il a été estimé que 4 035 nouveaux cas de COVID-19 [IC95% : 0; 8 143] avaient consulté un médecin généraliste en semaine 17. En effet, cette estimation de la semaine 17, publiée la semaine dernière (5 977 cas) a pu être consolidée et revue à la baisse après la publication du point épidémiologique du 30 avril.
- L'âge médian des 62 patients diagnostiqués COVID-19 depuis la S12 était de 54 ans (étendue : 1 – 87 ans).

Figure 1. Taux d'incidence pour 100 000 habitants des cas d'IRA dus au SARS-COV-2 vus en médecine générale par semaine depuis la semaine 12 (16 au 22 mars) en France métropolitaine, (Réseau Sentinelles)



Associations SOS Médecins

- En semaine 18, le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 était en baisse de 13% par rapport à celui de la semaine 17 (2 247 en S18 vs 2 588 en S17) et était en baisse pour la 5^{ème} semaine consécutive.
- La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale était également en diminution : 5% en S18 versus 6% en S17.
- Parmi ces actes, 52% ont été rapportés chez les 15-44 ans, 22% chez les 45-64 ans, 16% chez les 65 ans et plus (globalement stables par rapport à S17) (Figures 2 et 3).
- En semaine 18, le nombre d'actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 était stable ou en baisse dans toutes les régions par rapport à la semaine précédente.
- Depuis le 3 mars 2020, un total de 46 422 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 3 mai 2020).

Figure 2. Nombre d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et par classe d'âge depuis le 24 février 2020, France (source : SOS Médecins)

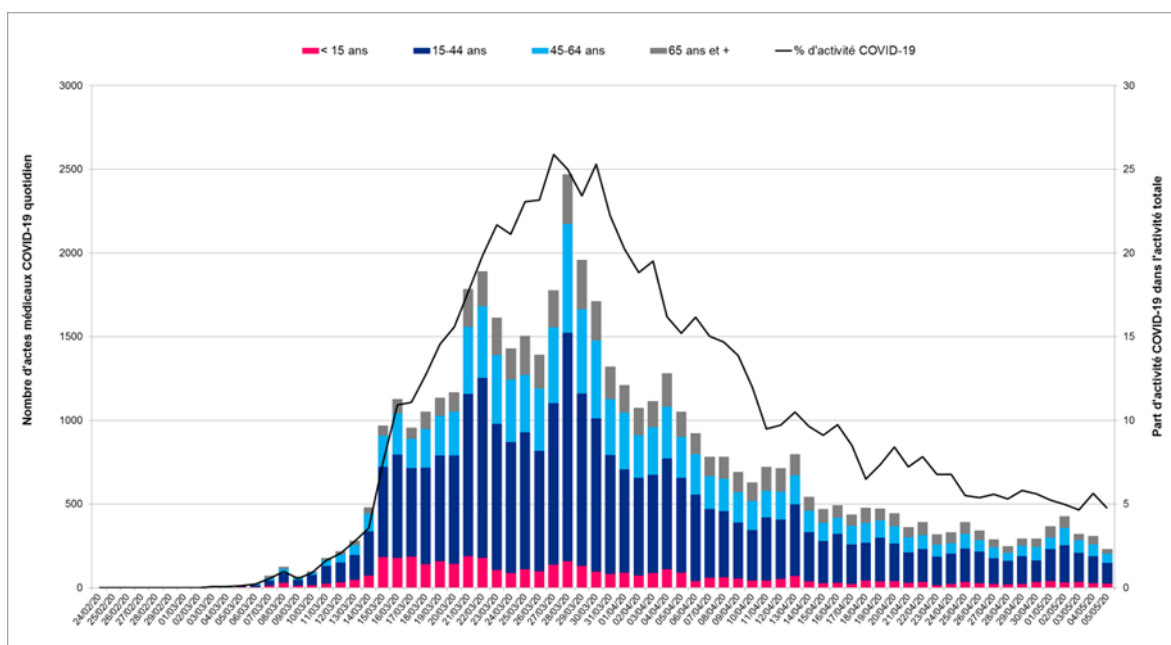
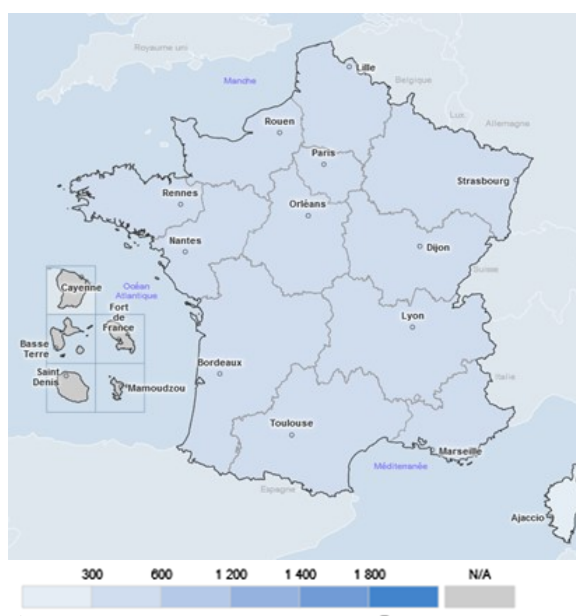


Figure 3. Taux d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 actes, le 5 mai 2020, France (source : SOS Médecins)



Surveillance à partir des laboratoires de virologie

La finalité de la surveillance virologique basée sur les laboratoires est de suivre le taux de positivité des tests dans le temps et par région, indicateur qui contribue, avec tous les autres indicateurs disponibles, à suivre la dynamique de l'infection dans la population.

Les sources de remontées d'information que nous utilisons pour cet objectif ne sont pas exhaustives et ne préjugent pas de la capacité diagnostique en France.

Dans les laboratoires de biologie médicale (LBM)

Dans le cadre du réseau 3 labo (Cerba, Eurofins Biomnis), les prélèvements provenaient de 1 775 laboratoires de ville et de 174 établissements de santé. Les résultats sont donc issus de prélèvements de ville et de prélèvements d'origine hospitalière. Les données des 3 derniers jours ne sont pas prises en compte car non consolidées. La consolidation des données prend plusieurs semaines. Les données des semaines précédentes peuvent ainsi évoluer depuis le dernier point épidémiologique. Les données des laboratoires Inovie seront intégrées à cette surveillance prochainement.

- Au 5 mai 2020, sur 203 710 tests réalisés dans les LBM du réseau 3 labo, **34 150** étaient **positifs pour le SARS-CoV-2**, soit un **taux de positivité de 17%**.
- Le taux de positivité des tests réalisés en semaine 18 était de 5% en moyenne (6% pour les prélèvements hospitaliers et 4% pour les prélèvements de ville).
- Depuis la semaine 13, le taux de positivité des tests réalisés sur **les prélèvements de ville uniquement** (N = 173 989) est en constante diminution : 4% en S18 versus 25% en S13 (Figure 4).
- Une disparité régionale était observée en semaine 18, avec des taux de positivité plus élevés dans les régions Hauts-de-France (8%), Ile-de-France (6%) et Auvergne-Rhône-Alpes (6%) (Figure 5).
- La moyenne d'âge des patients testés positifs était de 63 ans (56 ans à l'hôpital, 64 ans en ville).

Figure 4. Nombre hebdomadaire de tests réalisés par les laboratoires du réseau 3 labo sur des prélèvements de ville uniquement, nombre de tests positifs et taux de positivité pour le SARS-CoV-2, en France, depuis le 9 mars 2020 (N = 173 989, n positifs = 25 188) (source : Réseau 3 labo)

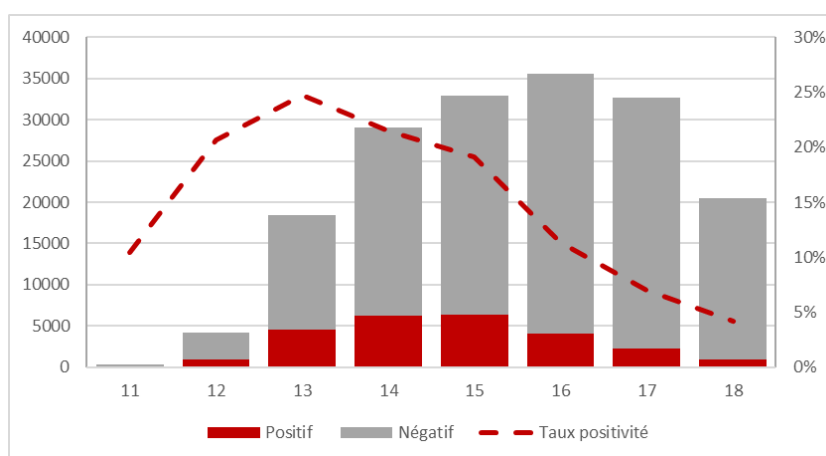
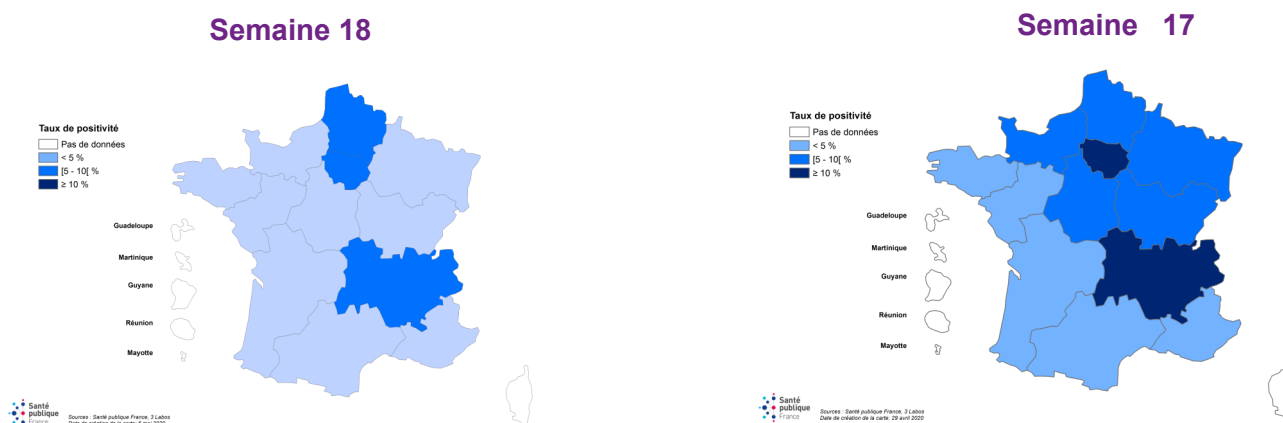


Figure 5. Répartition régionale du taux de positivité des tests pour le SARS-CoV-2 dans les laboratoires du réseau 3 labo (prélèvements de ville uniquement), France, semaines 17 et 18 (Source : Réseau 3 labo)*

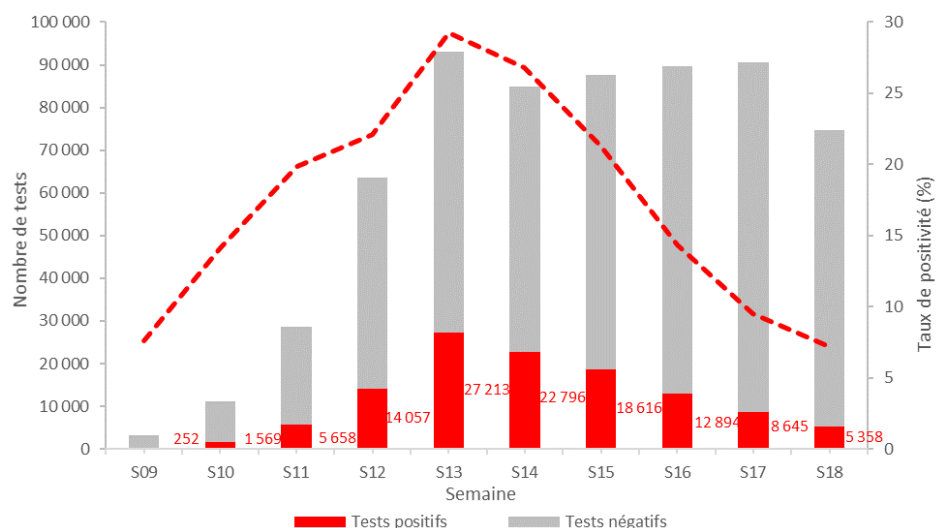


* Des estimations ne sont produites que si un minimum de 10 prélèvements a été analysé.

Dans les laboratoires hospitaliers

- Du 24 février au 3 mai 2020, 627 464 tests et 117 058 (20%) tests positifs pour le SARS-CoV-2 ont été rapportés à Santé publique France.
- Diminution progressive du nombre de tests positifs et du taux de positivité des tests depuis 5 semaines : 7% en S18 versus 29% S13 (Figure 6).
- La consolidation des données prend plusieurs semaines. Les données des semaines précédentes peuvent ainsi être modifiées depuis le dernier point épidémiologique.

Figure 6. Nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité dans les laboratoires hospitaliers, par semaine, France, du 24 février au 3 mai 2020 (source : laboratoires hospitaliers)



Cas confirmés de COVID-19

- Les données permettant d'estimer le nombre de cas confirmés 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.
- Depuis le 26 mars 2020, le nombre de cas confirmés de COVID-19 est estimé au niveau national en tenant compte des données de laboratoires de biologie médicale et des patients hospitalisés pour COVID-19 (source SI-VIC). Il a été estimé ainsi qu'entre le 21 janvier et le 5 mai 2020, **132 967 cas** de COVID-19 ont été confirmés en France.
- Les patients présentant des signes de COVID-19 ne sont plus systématiquement confirmés par un test biologique. Selon les recommandations ministérielles du 13 mars 2020, la réalisation de prélèvements à visée diagnostique n'est recommandée que pour certains patients et il convient notamment de tenir compte des comorbidités, de la profession (professionnels de santé) et du tableau clinique.
- Le nombre réel de cas de COVID-19 en France est donc supérieur au nombre estimé de cas confirmés. Le nombre de cas confirmés en France, tel que défini, ne reflète donc pas l'importance réelle de l'épidémie.
- Depuis la semaine 9 (24 février-1^{er} mars), 177 518 tests positifs pour le SARS-CoV-2 ont été rapportés par le réseau 3 labo, les laboratoires hospitaliers et les autres LBM à Santé publique France. Ces données ont des limites du fait du manque d'exhaustivité (tous les laboratoires n'ayant pas signalé l'ensemble des tests réalisés depuis le début de la surveillance) et du fait que plusieurs tests ont pu être réalisés pour un même patient.

Surveillance dans les établissements sociaux et médico sociaux (ESMS)

- Entre le 1^{er} mars 2020 et le 4 mai, **7 264 signalements de cas de COVID-19** reçus à Santé publique France rapportaient un ou plusieurs cas liés au COVID-19 déclarés dans le portail national des signalements et via les données transmises par l'ARS Ile-de-France.
- Il s'agissait de **4 600 (63%) signalements** provenant d'**établissements d'hébergement pour personnes âgées** (Ehpad, Ehpa et autres établissements) et **2 664 (37%) d'autres établissements médico-sociaux (EMS)**.
- On observe une **diminution importante et continue du nombre de signalements depuis début avril** (Figure 7).
- Parmi les 7 264 signalements (Tableau 1) :
 - **71 216 cas de COVID-19** étaient rapportés chez les résidents dont 33 948 (48 %) cas confirmés.
 - **9 501 cas étaient décédés dans l'établissement d'accueil**, dont 9 405 (99 %) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.
 - **3 321 cas étaient décédés à l'hôpital**.
 - **39 294 cas** étaient rapportés parmi les membres du **personnel des ESMS**, dont 18 175 (46 %) cas confirmés.
- La **proportion de nouveaux cas**, possibles ou confirmés, chez les résidents des Ehpa a diminué sur les 14 derniers jours (semaine 17 et 18 : du 20 avril au 3 mai 2020) comparée aux 14 jours précédents (semaines 15 et 16 : du 6 au 19 avril 2020), en particulier dans les régions les plus touchées (Figure 8). Cette proportion a été calculée en rapportant le nombre de cas des Ehpa sur les effectifs recensés totaux de résidents en Ehpa en 2020 par la DREES (base FINESS).

Figure 7. Nombre d'établissements ayant signalé un épisode concernant au moins un cas lié au COVID-19, par date de début des signes du premier cas, du 1^{er} mars au 4 mai 2020, hors Ile-de-France.

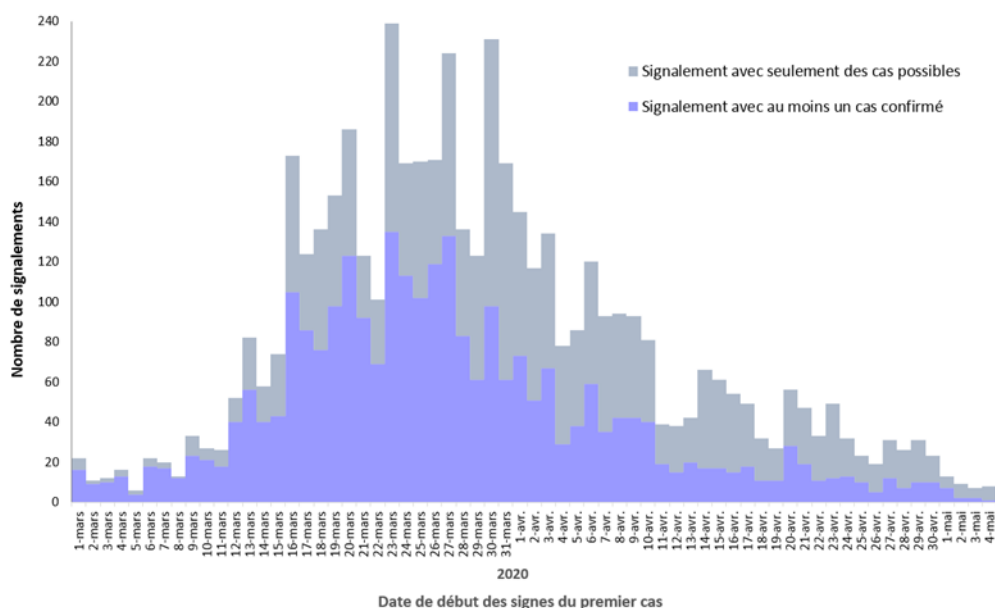


Tableau 1 : Nombre de signalements de cas de COVID-19 et de décès par type d'établissement, chez les résidents et le personnel dans les ESMS, rapportés du 1^{er} mars au 4 mai 2020, France

	EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total
Signalements ⁵	4 600	2 066	326	272	7 264
Nombre total de cas ^{6,7}	62 373	7 514	461	868	71 216
Chez les résidents					
<i>dont cas confirmés</i> ⁶	30 754	2 836	104	254	33 948
<i>dont cas hospitalisés</i>	7 766	927	6*	140	8 839
Décès hôpitaux ⁸	3 116	188	0	17	3 321
Décès établissements ⁸	9 405	72*	0	23	9 501
Chez le personnel					
Nombre total de cas ^{6,7}	29 463	8 356	947	528	39 294
<i>dont cas confirmés</i> ⁶	14 651	3 084	251	189	18 175

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 social 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 EMS/EHPA.

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

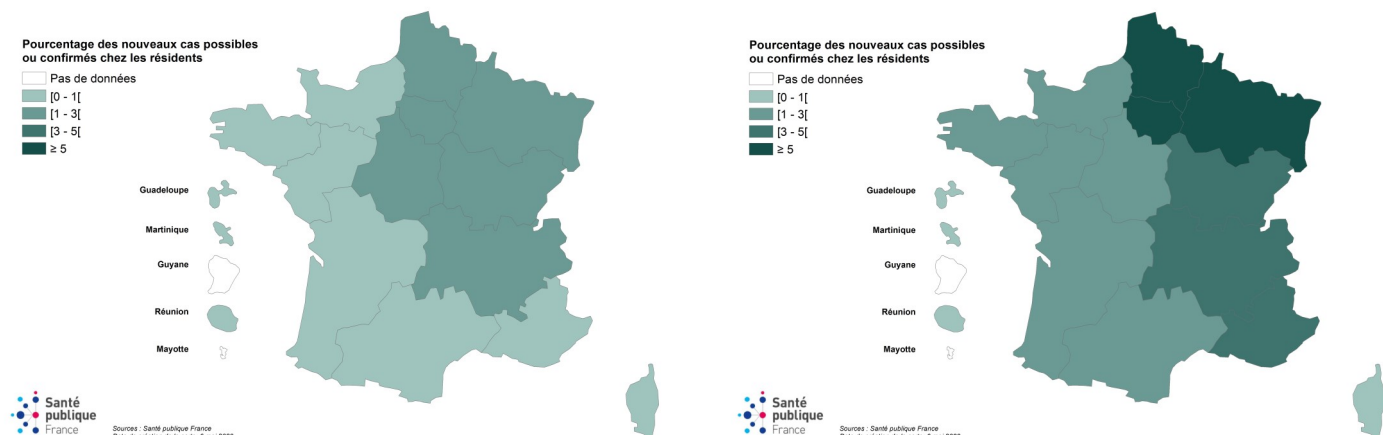
⁸Cas possibles et confirmés décédés

* Par rapport à la semaine 17, en raison de l'identification de données erronées dans la base de données qui ont conduit à des corrections, les nombres de décès en établissements pour personnes handicapées et de cas hospitalisés en établissements d'aide à l'enfance ont diminué .

Figure 8 : Proportion (%) de nouveaux cas possibles ou confirmés de COVID-19 chez les résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) par date de signalement sur les 14 derniers jours (du 20 avril au 3 mai 2020) comparée aux 14 jours précédents (du 6 au 19 avril 2020), par région, en France

Semaines 17 et 18
(du 20 avril au 3 mai 2020)

Semaines 15 et 16
(du 6 au 19 avril 2020)



Source dénominateur : Base Finess 2020

Surveillance en milieu hospitalier

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

- Depuis le 24 février : **134 674 passages aux urgences** pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés (données au 3 mai 2020).
- En semaine 18 (du 27 avril au 3 mai), **8 142 passages** aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés, représentant 5% de l'activité totale.
- **Diminution pour la 5^{ème} semaine consécutive du nombre de passages** et de la part d'activité pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale des urgences (respectivement 10 670 passages et 6% de l'activité totale en semaine 17 - données consolidées au 5 mai 2020) (Figure 9).
- En semaine 18, la majorité des passages a été enregistrée dans les régions **Ile-de-France** (32%), **Grand Est** (9%), **Auvergne-Rhône-Alpes** (8%), **Hauts-de-France** (8%) et **Provence-Alpes-Côte d'Azur** (8%) .
- **La proportion d'hospitalisations après passage** pour suspicion de COVID-19 tous âges, indicateur de gravité à l'arrivée aux urgences, était en légère baisse en semaine 18 (39% versus 42% en S17). Chez les 65 ans et plus cette proportion était de 69% en semaine 18 versus 74% en S17.

Figure 9. Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et classe d'âge depuis le 24 février 2020 (source: OSCOUR®)

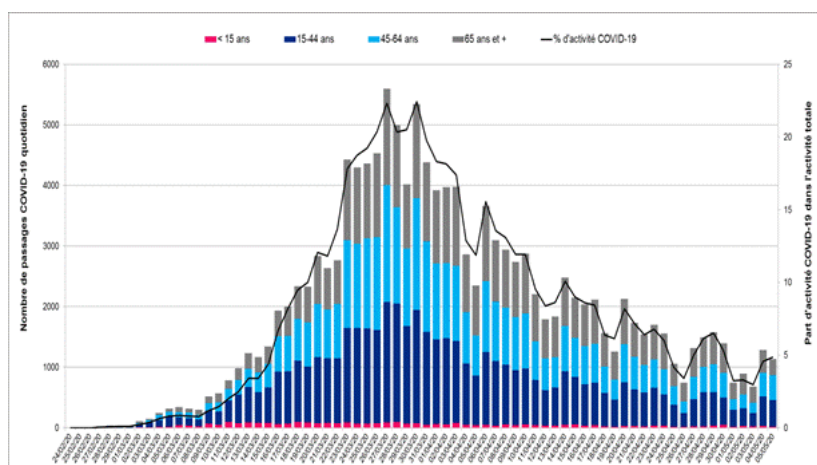
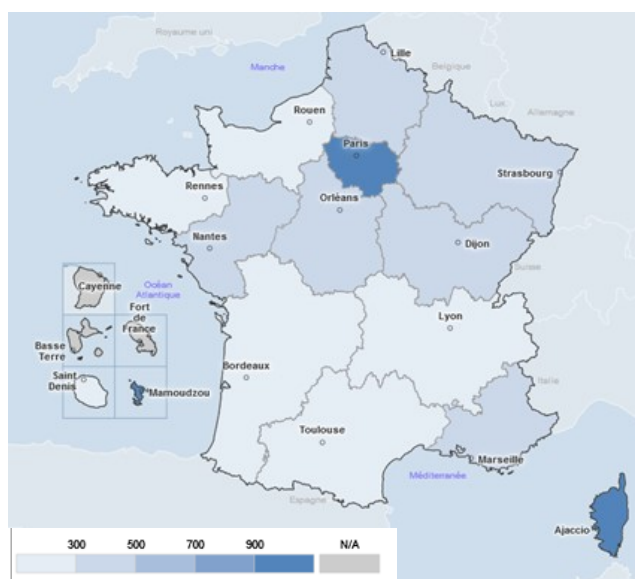


Figure 10. Taux de passage pour suspicion de COVID-19 pour 10 000 passages aux urgences , le 5 mai 2020 (source : OSCOUR®)



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

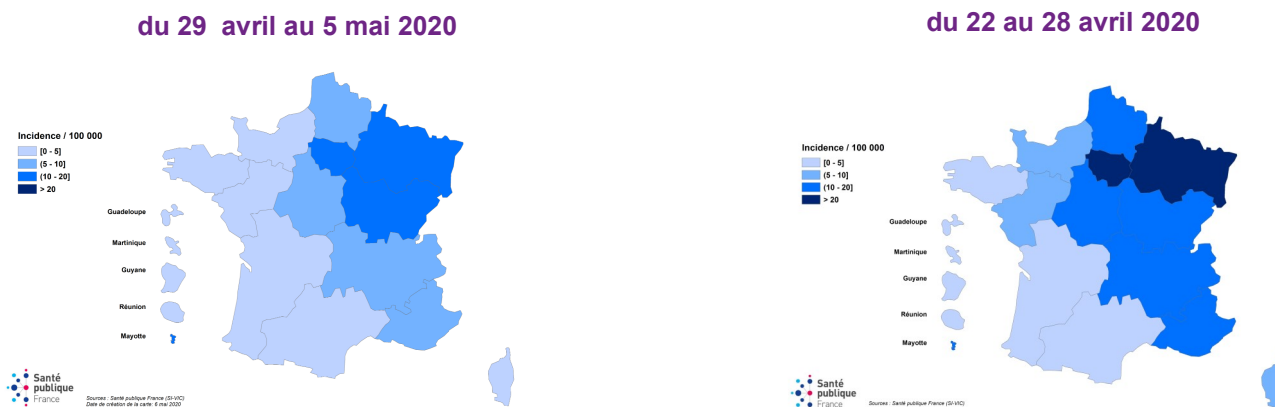
- Depuis le 1^{er} mars 2020, 1 390 établissements de santé ont déclaré au moins un cas de COVID-19 hospitalisé.
- Parmi les 94 191 patients ayant été hospitalisés depuis le 1^{er} mars, 16 060 patients sont décédés (71% étaient âgés de 75 ans et plus) et 52 736 patients sont retournés à domicile (Tableau 2).
- L'âge médian des personnes ayant été hospitalisées était de 72 ans.
- Le 5 mai 2020, 24 775 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France dont 3 430 cas en réanimation.

Tableau 2. Nombre de personnes hospitalisées et en réanimation pour COVID-19 le 5 mai 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 (source : SI-VIC), France, 5 mai 2020

	Le 05 mai 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	24775		3430		52736		16060	
Classes d'âge *								
Total	24608		3402		52342		15963	
0-14 ans	98	<1	30	<1	692	1	2	<1
15-44 ans	1135	5	239	7	8322	16	153	1
45-64 ans	4714	19	1339	39	17544	34	1591	10
65-74 ans	5070	21	1191	35	10128	19	2821	18
75 et +	13591	55	603	18	15656	30	11396	71
Régions *								
Total	24701		3375		52728		16041	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	2399	10	314	9	5326	10	1419	9
Bourgogne-Franche-Comté	1113	5	135	4	2582	5	884	6
Bretagne	359	1	40	1	883	2	222	1
Centre-Val de Loire	974	4	105	3	1304	2	421	3
Corse	56	<1	6	<1	194	<1	51	<1
Grand Est	3671	15	464	14	8553	16	3011	19
Hauts-de-France	2139	9	300	9	4338	8	1461	9
Ile-de-France	10222	41	1416	42	18870	36	6285	39
Normandie	578	2	78	2	1137	2	363	2
Nouvelle-Aquitaine	567	2	102	3	1529	3	336	2
Occitanie	536	2	118	4	2215	4	436	3
Pays de la Loire	613	2	67	2	1334	3	362	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1385	6	210	6	4061	8	746	5
Outre-Mer								
La Réunion	5	<1	2	<1	112	<1	0	0
Martinique	19	<1	7	<1	78	<1	14	<1
Mayotte	44	<1	6	<1	105	<1	11	<1
Guadeloupe	16	<1	5	<1	71	<1	18	<1
Guyane	5	<1	0	<1	36	<1	1	<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 11. Taux d'hospitalisation pour COVID-19 pour 100 000 habitants, sur les 7 derniers jours (du 29 avril au 5 mai 2020) comparé aux 7 jours précédents (du 22 au 28 avril), par région en France (source : SI-VIC)



- Les plus forts taux d'hospitalisation hebdomadaire (du 29 avril au 5 mai) de patients COVID-19 étaient observés dans les régions Grand Est (15/100 000 habitants), Mayotte (15/100 000 h), Ile-de-France (15/100 000 h), Bourgogne-Franche-Comté (11/100 000 h) et Centre-Val de Loire (10/100 000 h). Une tendance à la diminution a été observée dans toutes les régions de France métropolitaine et la situation est globalement stable dans les départements d'Outre-mer avec un maintien à un niveau élevé à Mayotte (Figure 11).
- Le nombre de nouvelles hospitalisations pour COVID-19 continue de diminuer au cours de la semaine 18 : 5 869 cas en S18 versus 9 205 en S17 (Figure 12).
- Depuis le 14 avril, une lente diminution du nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés est observée (Figure 13).

Figure 12. Nombre journalier de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés et nombre d'établissements déclarants, données au 5 mai 2020, France (source : SI-VIC)

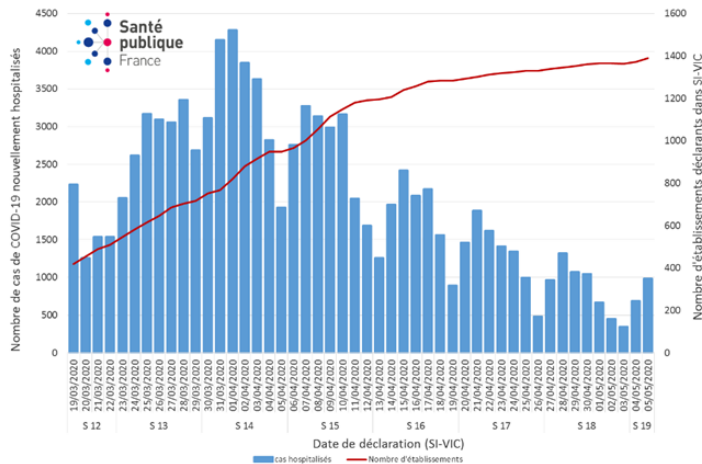
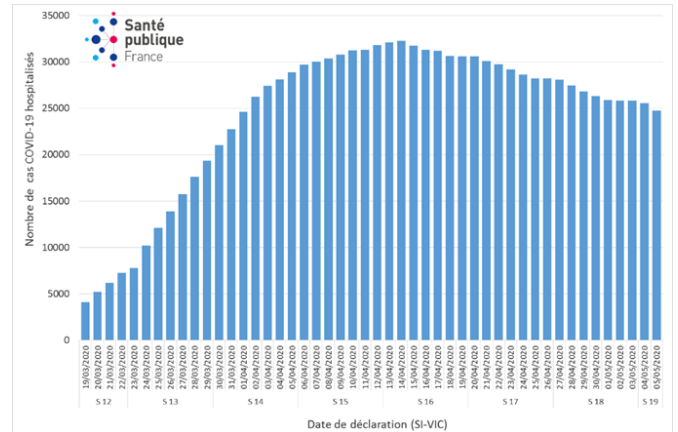


Figure 13. Nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés en France, données au 5 mai 2020 (source : SI-VIC)



- Au total, 3 430 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en réanimation en France le 5 mai 2020.
- Le 5 mai 2020, 111 nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 ont été rapportées (Figure 14). Le nombre de nouvelles admissions a diminué en semaine 18 (726 cas en S18 versus 1 117 en S17) (Figure 14).
- Le nombre journalier de cas hospitalisés en réanimation diminue depuis le 8 avril (Figure 15).
- Les plus forts taux d'admission en réanimation hebdomadaire (du 29 avril au 5 mai) de patients COVID-19 étaient observés dans les régions **Mayotte (2,5/100 000 habitants)**, Grand Est (2,0/100 000 h), Ile-de-France (2,0/100 000 h) et Bourgogne-Franche-Comté (1,3/100 000 h). Une tendance à la diminution a été observée dans quasiment toutes les régions de France métropolitaine. A Mayotte, on observe une augmentation (Figure 16).
- Le nombre de décès survenus au cours d'une hospitalisation continue de diminuer en semaine 18 (1 446 en S18 versus 2 195 en S17) (Figure 14).

Figure 14. Nombre journalier de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 et nombre de nouveaux décès survenus au cours de l'hospitalisation, France, données au 5 mai 2020 (source : SI-VIC)

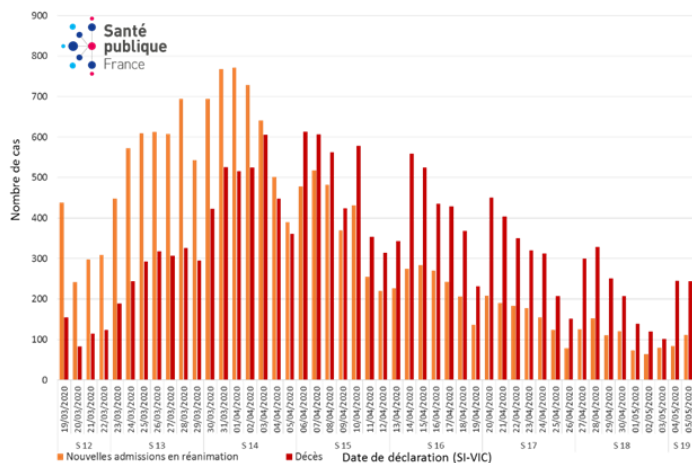


Figure 15. Nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés en réanimation, données au 5 mai 2020, France (source : SI-VIC)

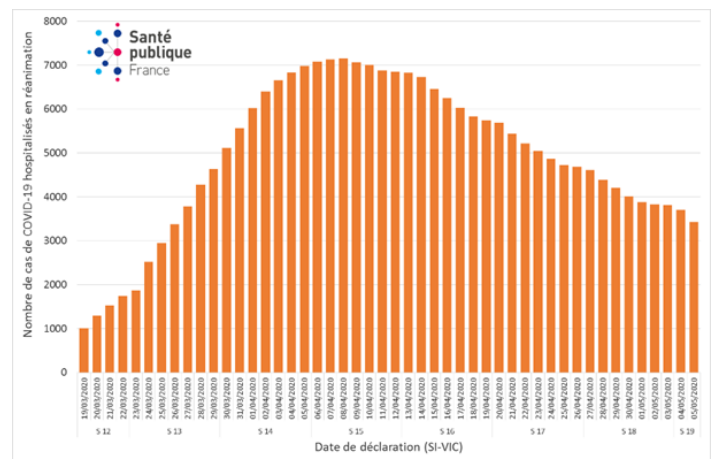
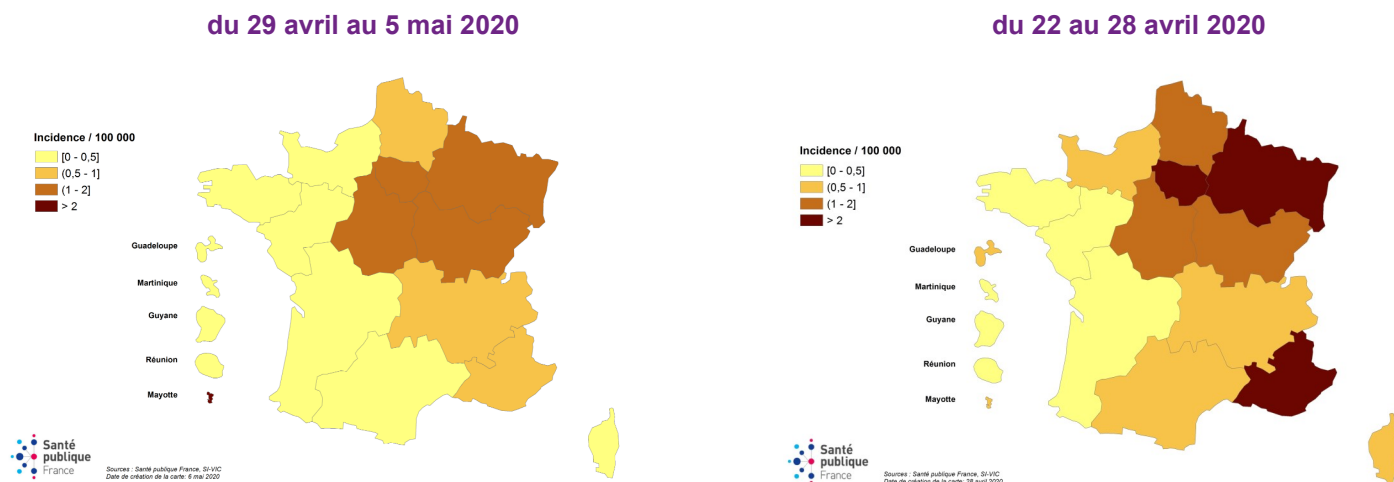
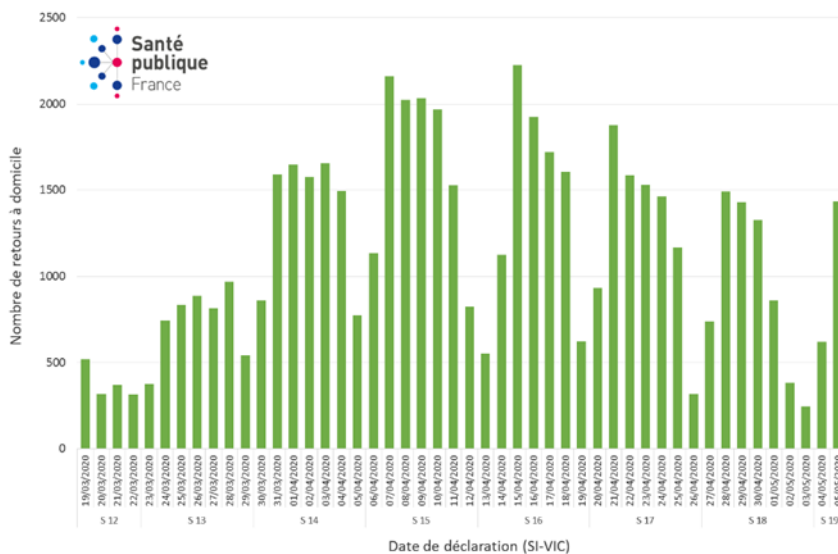


Figure 16. Taux d'admission en réanimation pour COVID-19 pour 100 000 habitants sur les 7 derniers jours (du 29 avril au 5 mai 2020) comparé aux 7 jours précédents (du 22 au 28 avril), par région, en France (source : SI-VIC)



- Le nombre hebdomadaire des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation tend à diminuer au cours des semaines 17 et 18 (8 874 et 6 472 respectivement) (Figure 17)

Figure 17. Nombre journalier de retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation, France, données du 19 mars au 5 mai 2020 (source : SI-VIC)



Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation

Cette surveillance débutée mi-mars est basée sur un réseau sentinelle de services de réanimation volontaires et a pour objectif de documenter les caractéristiques des cas graves de COVID-19 admis en réanimation. Elle n'a pas vocation à dénombrer tous les cas graves de COVID-19 admis en réanimation.

- Depuis le 16 mars 2020 : **3 575 cas** ont été rapportés par **151 services de réanimation**, dont 42 cas admis en semaine 18 (versus 93 cas en S17 et 197 cas en S16).
- Une **confirmation virologique** était renseignée pour **3 361 (88%)** patients et un **résultat de scanner** avec présence de lésions pulmonaires évocatrices de COVID-19 (donnée recueillie depuis le 27 mars) était rapporté pour 1 086 (30%) patients.
- **73%** étaient des **hommes** ; l'âge moyen des patients était de 63 ans (18% étaient âgés de 75 ans et plus) (Tableau 3a).
- **74%** des cas présentaient **au moins une comorbidité** (Tableau 3a). Cette proportion est probablement sous-estimée du fait de l'inclusion tardive de l'hypertension artérielle et des pathologies hépatiques dans le recueil systématique des comorbidités (Tableau 3b). Si l'on considère uniquement les cas signalés à partir du 6 avril, la proportion de cas présentant au moins une comorbidité s'élève à **80%**.
- Le **délai médian d'admission en réanimation** suite à l'apparition des premiers signes était de **8 jours** (intervalle interquartile (IIQ) : 6-11 jours, donnée disponible pour 3 403 patients).
- La **durée médiane de séjour en réanimation** était de **10 jours** (IIQ : 4-17 jours, données disponibles pour 1 457 patients sorties de réanimation).
- Parmi l'ensemble des cas signalés, **488 décès** et **1 565 sorties de réanimation** (transferts hors réanimation ou retours à domicile) ont été rapportés à ce jour. La **mortalité**, calculée pour ces 2 053 cas dont l'évolution est connue, était de **24%**.
- Parmi les 488 décès (Tableaux 3a et 3b) :
 - L'âge moyen était de 70 ans ; 38% avaient 75 ans et plus.
 - 84% présentaient au moins une comorbidité : les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient l'hypertension artérielle (37%), une pathologie cardiaque (31%), le diabète (31%), un surpoids ou une obésité (27%), dont une obésité morbide pour 7% des cas, et une pathologie pulmonaire (23%).
 - Un décès a été rapporté chez un enfant de moins de 10 ans. Dans la survenue de ce décès, de multiples causes ont été identifiées, dont une surinfection bactérienne, sans que l'on ne puisse exclure le rôle du COVID-19. Les deux autres enfants de moins de 18 ans décédés présentaient tous les deux des comorbidités sous-jacentes.
- 95 cas étaient des professionnels de santé parmi lesquels 6 sont décédés.

NB : Les proportions présentées dans le texte sont calculées à partir des données renseignées (sauf précision).

Tableau 3a : Nombre de cas graves de COVID-19 admis en réanimation et nombre de décès survenus en réanimation rapportés du 16 mars au 3 mai 2020 en France (données arrêtées le 5 mai 2020 à 13h, N=3 575), selon la classe d'âge et la présence de comorbidité*

Classe d'âge	Sans comorbidité ¹		Avec comorbidité ¹		Total ²	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Cas						
0-14 ans	10	42	14	58	24	1
15-44 ans	97	35	177	65	274	8
45-64 ans	397	30	928	70	1 325	38
65-74 ans	257	21	968	79	1 225	35
75 et +	141	22	501	78	642	18
Non renseigné	5	31	11	69	16	<1
Total	907	26	2 599	74	3 506	
Décès						
0-14 ans	1	-	1	-	2	1
15-44 ans	3	-	9	-	12	3
45-64 ans	18	18	84	82	102	21
65-74 ans	27	15	152	85	179	38
75 et +	28	15	153	85	181	38
Non renseigné	-	-	1	-	1	<1
Total	77	16	400	84	477	

¹ % présentés en ligne

² % présentés en colonne

*A noter qu'il existe des valeurs manquantes pour l'ensemble des variables recueillies

Tableau 3b : Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation rapportés du 16 mars au 26 avril en France (données arrêtées le 5 mai 2020 à 13h, N=3 575) par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle*

Sexe	Ensemble des cas (n=3 575)		Décès en réanimation (n=488)	
	Effectif	%	Effectif	%
Ratio homme/femme et % d'hommes	2,7	73	2,8	74
Classes d'âge				
0-14 ans	24	1	2	1
15-44 ans	280	8	12	2
45-64 ans	1 351	38	104	21
65-74 ans	1 247	35	184	38
75 et +	656	18	185	38
Non renseigné	17	<1	1	<1
Total	3 575		488	
Facteurs de risque, comorbidités et grossesse¹				
Aucun	907	25	77	16
Surpoids ou obésité (IMC \geq 25kg.m ⁻²) ²	1 091	31	131	27
Surpoids (IMC [25;30[)	312	9	38	8
Obésité modérée (IMC [30;35[)	339	9	37	8
Obésité sévère (IMC [35;40[)	166	5	20	4
Obésité morbide (IMC \geq 40)	266	7	36	7
Surpoids ou obésité avec IMC non renseigné	8	<1	0	0
Diabète	897	25	151	31
Pathologie cardiaque	686	19	153	31
Pathologie pulmonaire	581	16	110	23
Immunodéficience	234	7	49	10
Pathologie rénale	210	6	46	9
Pathologie neuromusculaire	114	3	34	7
Grossesse	17	<1	0	0
Autre	342	10	56	11
Non renseigné	69	2	11	2
Comorbidités sur recueil réalisé à partir du 06/04/2020 (1 643 cas dont 188 décès)³				
Hypertension artérielle (HTA)	573	35	70	37
Pathologie hépatique	21	1	4	2
SDRA⁴				
Pas de SDRA	744	21	36	7
Mineur	300	8	14	3
Modéré	1 028	29	74	15
Sévère	1 349	38	337	69
Non renseigné	154	4	27	6
Ventilation⁵				
Oxygénothérapie (lunettes ou masque)	529	15	27	6
Oxygénothérapie à haut débit	849	24	85	17
VNI/Oxygénothérapie à haut débit	179	5	24	5
Ventilation invasive	1 968	55	353	72
ECMO/ECCO2R	94	3	20	4

¹ Un patient peut présenter plusieurs facteur(s) de risque et comorbidité(s) parmi ceux listés dans le tableau.

² Bien que l'IMC ne soit recueilli systématiquement qu'à partir du 21/04/2020, il était fréquemment renseigné avant cette date, permettant ainsi de reconstituer l'information sur le surpoids et les différents stades de l'obésité pour les cas signalés avant cette date. La prévalence de la comorbidité surpoids ou obésité reste tout de même sous-estimée à ce jour.

³ Ces deux comorbidités ont été incluses dans le recueil systématique après la mise en place de la surveillance. Les prévalences sont calculées à partir des données recueillies à compter du 06/04/2020 (semaine 15) afin de prendre en compte la montée en charge du recueil de ces deux items.

⁴ Le mode de recueil de cette donnée permet de documenter le niveau de sévérité maximal de SDRA atteint au cours du séjour en réanimation

⁵ Le recueil permet de documenter l'ensemble des aides et assistances respiratoires mis en place au cours du séjour en réanimation.

*A noter qu'il existe des valeurs manquantes pour l'ensemble des variables recueillies

Surveillance des professionnels des établissements de santé

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

Les cas sont définis comme tout professionnel travaillant en établissement de santé dont l'infection par SARS-CoV-2 est confirmée par PCR, mais également les cas probables (clinique, historique de contact ou imageries évocatrices), reconnus comme infectés par la cellule « COVID19 » ou le référent infectiologue de l'ES

- Ces professionnels font partie d'une population particulièrement exposée au SARS-CoV-2.
- Depuis le 1^{er} mars, **21 142 cas** ont été rapportés par **911 établissements** répartis dans les 17 régions françaises (Tableaux 4-6).
- Parmi les 21 142 cas, **17 951 (85%)** étaient **des professionnels de santé** et **2 055 (10%) des professionnels non soignants**. Pour 5% des cas, la catégorie professionnelle n'était pas renseignée.
- **Une grande partie** des cas était des **infirmiers (29%)** ou des **aides-soignants (25%)** (Tableau 6).
- Parmi ces **21 142 cas**, 10 décès liés à l'infection à SARS-CoV-2 ont été rapportés depuis le 1^{er} mars 2020, dont 3 médecins, 2 aides-soignants, et 5 professionnels non soignant.
- Ces premiers résultats ne concernent pas les professionnels de santé libéraux qui, peuvent, s'ils ont été atteints, participer à l'enquête proposée sur le site du [Geres](#).

NB : un référent par établissement fournit ces données qui sont susceptibles d'évoluer au cours de la période de surveillance.

Tableau 4 : Répartition du nombre d'établissements déclarants par type, depuis le 1^{er} mars au 3 mai 2020, France.

Type d'établissement	Nombre d'ES ayant participé à la surveillance
CHR/CHU/HIA	60
CH/Hopital local	227
ES privés de soins de courte durée	171
CLCC	10
ES Psychiatrie	78
SLD	19
SSR	144
Regroupement de plusieurs types d'ES	16
Soins ambulatoires ou à domicile	52
<i>Donnée en cours de vérification</i>	134
Total	911

CHR : centre hospitalier régional
CHU : centre hospitalier universitaire
HIA : hôpital d'instruction des armées
CH : centre hospitalier
ES : établissement de santé
CLCC : centre de lutte contre le cancer
SLD : soins de longue durée
SSR : soins de suite et réadaptation

Tableau 5 : Répartition du nombre d'établissements déclarants, par région, depuis le 1^{er} mars au 3 mai 2020, France.

Région	Nombre d'ES ayant participé à la surveillance
Auvergne-Rhône-Alpes	108
Bourgogne-Franche-Comte	48
Bretagne	61
Centre-Val de Loire	43
Corse	8
Grand Est	77
Guadeloupe	7
Guyane	2
Hauts-de-France	117
Ile-de-France	118
Martinique	9
Normandie	59
Nouvelle-Aquitaine	59
Occitanie	70
Pays-de-la-Loire	39
Provence-Alpes-Côte d'Azur	75
La Réunion/Mayotte	11
Total	911

Tableau 6 : Répartition du nombre de professionnels COVID-19 déclarés, par catégorie professionnelle, depuis le 1^{er} mars au 3 mai 2020, France

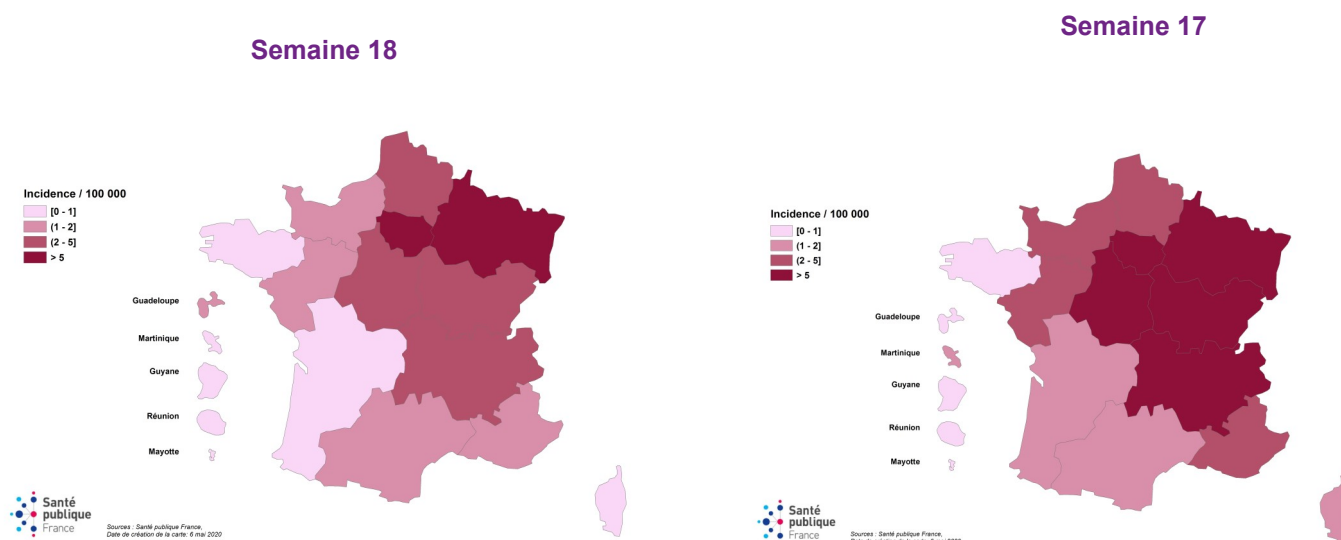
Catégorie professionnelle	Nombre de cas	%
Infirmier	6093	29
Aide-soignant	5274	25
Médecin	2021	10
Interne	787	4
Élève	580	3
Kinésithérapeute	226	1
Sage-femme	137	1
Autre professionnel soignant	2833	13
Autre professionnel non soignant	2055	10
<i>Inconnu</i>	1136	5
Total	21142	100

Surveillance de la mortalité

Mortalité lors d'une hospitalisation et en ESMS

- Les estimations de la mortalité attribuée au COVID-19 sont basées sur le nombre des 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 1^{er} mars et le 5 mai 2020, **25 561 décès** de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France ; 16 060 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 9 501 décès parmi des résidents en Ehpa et autres EMS.
- 92% des cas de COVID-19 décédés étaient âgés de 65 ans ou plus.
- Les plus forts taux de décès de patients COVID-19 rapportés à la population (/ 100 000 habitants) étaient observés en Ile-de-France (6,8), Grand Est (6,0), Bourgogne-Franche-Comté (3,9) et Centre-Val de Loire (3,8) (Figure 20). Le nombre hebdomadaire de décès pour 100 000 habitants en France a diminué entre les semaines 17 et 18 (3 418 versus 2 138) (figure 18)

Figure 18 : Taux de décès COVID-19 pour 100 000 habitants (décès hospitaliers, en Ehpa et autres EMS) semaine 18 (du 27 avril au 3 mai) et semaine 17 (du 20 au 26 avril), par région en France (source : SI-VIC)



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, 9 382 certificats de décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 7).
 - L'âge médian au décès était de 84 ans et 91% avaient 65 ans et plus.
 - Les hommes représentaient 55% de ces décès.
 - Les régions Ile-de-France, Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes regroupaient le plus grand nombre de décès.
- Des comorbidités étaient renseignées pour 6 129 décès, soit 65% des certificats de décès. Une mention d'hypertension artérielle était indiquée pour 25% de ces décès et une mention de pathologies cardiaques pour 39% 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 7 : 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 4 mai 2020 (données au 5 mai 2020), (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%				
Hommes	5119	54,6				
Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	0	0	0	0
15-44 ans	25	32	54	68	79	1
45-64 ans	233	29	558	71	791	8
65-74 ans	482	34	956	66	1438	15
75 ans ou plus	2511	36	4561	64	7072	75
Tous âges	3251	35	6129	65	9380	100

Comorbidités	n	%
Au moins une comorbidité	6129	65,3
Aucune ou non renseigné	3253	34,7

Description des comorbidités	n	%
Obésité	379	6
Diabète	997	16
Pathologie respiratoire	805	13
Pathologie cardiaque	2363	39
Hypertension artérielle	1545	25
Pathologies neurologiques	812	13
Pathologie rénale	729	12
Immunodéficience	143	2

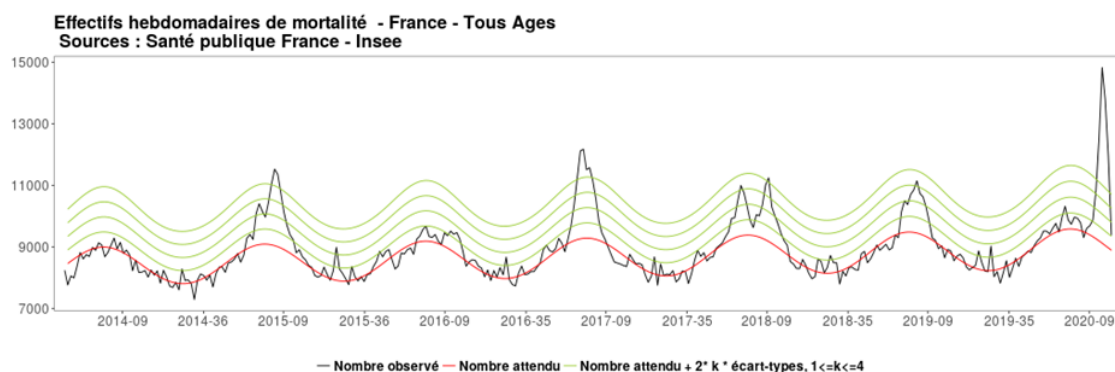
* ce groupe inclut les pathologies neuro-vasculaires et neuro-musculaires

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.
- De la semaine 12 à 17 (du 16 mars au 26 avril), la mortalité toutes causes confondues au niveau national était significativement supérieure à la mortalité attendue sur cette période. Un pic du nombre observé de décès a été atteint en semaine 14, avec une diminution de la mortalité observée à partir de la semaine 15, même si l'excès restait très marqué jusqu'en semaine 16 (Figure 19).
- Au niveau national, **l'excès de mortalité était estimé à +17% en semaine 12, à +36% en semaine 13, +63% en semaine 14, +52% en semaine 15 et +33% en semaine 16**. Du fait du délai habituel de la transmission des certificats de décès, les données de la semaine 17 seront précisées la semaine prochaine.
- Les personnes âgées de 65 ans ou plus étaient majoritairement concernées par cette hausse de la mortalité toutes causes (S12 : +18%, S13: +39%, S14: +69%, S15: +58%, S16 : +38%).

Figure 19 : Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues, en France, de la semaine 37/2013 à la semaine 17/2020 (Source Santé publique France - Insee)



- Cette hausse de la mortalité toutes causes confondues était particulièrement marquée dans les régions **Grand Est** et **Ile-de-France** (Figure 22). Au total, la mortalité toutes causes confondues était significativement supérieure à la mortalité attendue : en semaine 12 dans 5 régions, en semaine 13 dans 6 régions, en semaine 14 dans 11 régions, en semaine 15 dans 9 régions en semaine 16 dans 7 régions et en semaine 17 dans 2 régions : Ile-de-France et Grand Est (Figure 20).
- A l'échelon départemental, 25 départements présentaient un excès de mortalité par rapport à la mortalité attendue en semaine 12, 34 départements en semaine 13, 45 départements en semaine 14, 44 départements en semaine 15, 33 départements en semaine 16 et 16 départements en semaine 17 (Figure 21).
- Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état-civil, les données sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. **Les estimations d'excès de mortalité observées sont donc des valeurs minimales ayant vocation à augmenter dans les semaines à venir.** Les estimations de jusqu'à la semaine 14 sont en revanche consolidées et celles de la semaine 15 quasi-consolidées. La hausse de la mortalité observée dans ces régions est liée à l'épidémie de COVID-19, sans qu'il ne soit possible à ce jour d'en estimer la part attribuable précise.

Figure 20 : Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 15 (du 6 au 12 avril), 16 (du 13 au 19 mai avril 2020) et 17 (du 20 au 26 avril), données au 5 mai 2020, par région (Sources : Sante publique France, Insee)

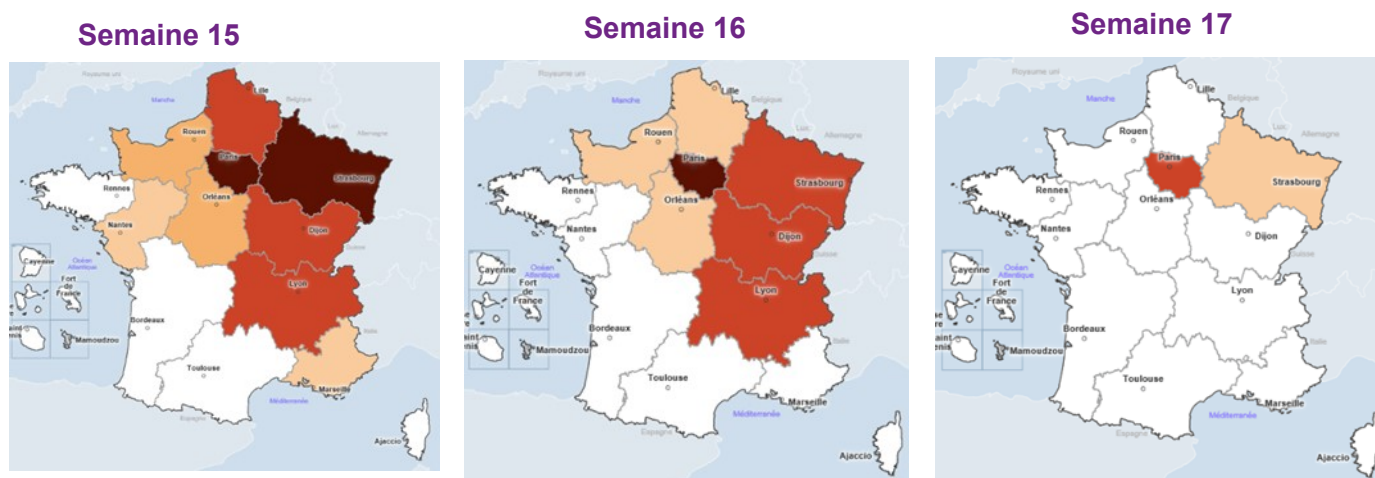
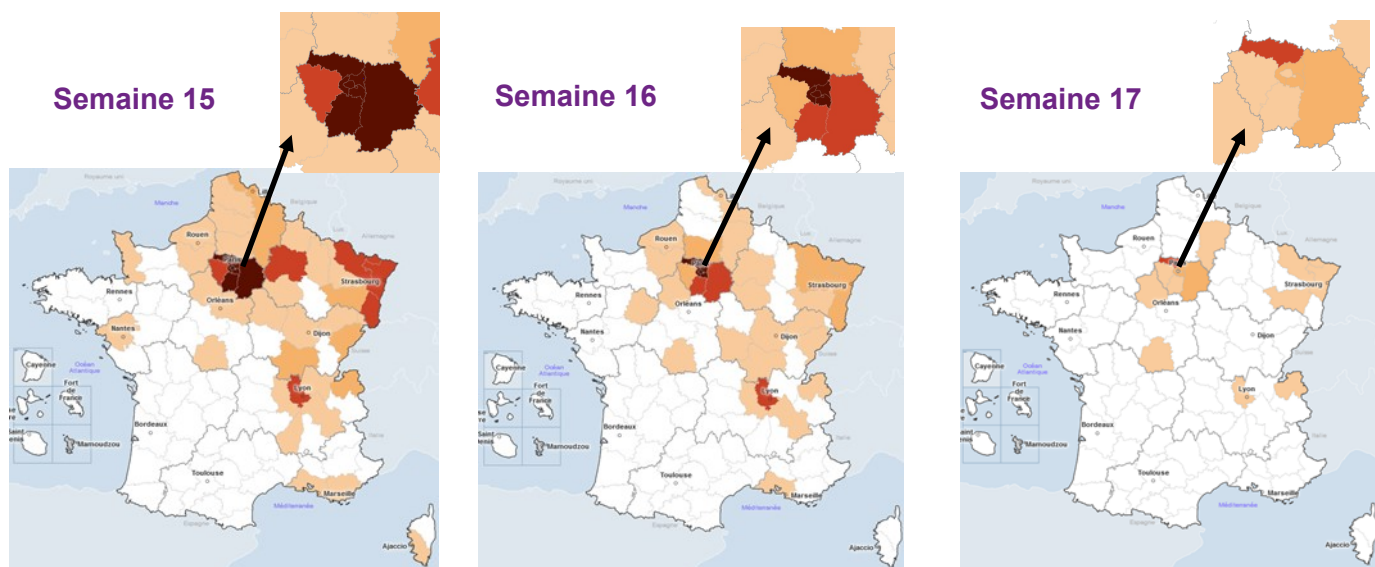


Figure 21 : Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 15 à 17, données au 5 mai 2020, par département (Sources : Sante publique France, Insee)



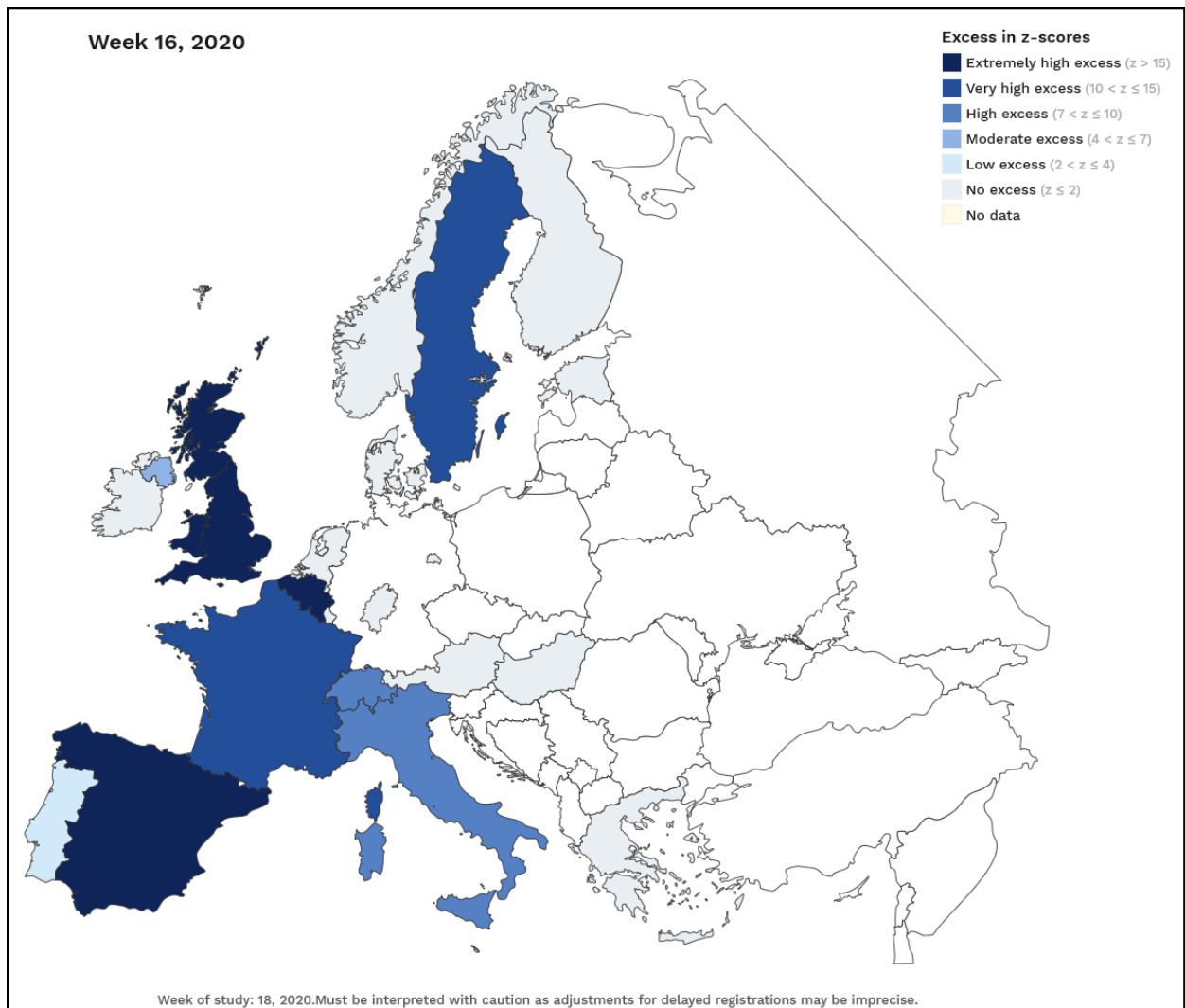
1. Pas d'excès
2. Excès modéré
3. Excès élevé
4. Excès très élevé
5. Excès exceptionnel
N/A (5)

Pas d'excès : indicateur standardisé de décès (Z-score) <2
 Excès modéré de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 2 et 4,99
 Excès élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 5 et 6,99 :
 Excès très élevé de décès : indicateur standardisé de décès (Z-score) compris entre 7 et 11,99 :
 Excès exceptionnel de décès indicateur standardisé de décès (Z-score) supérieur à 12

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 est observé en Italie depuis la semaine 11 (du 9 au 15 mars), dans 9 pays/régions en semaine 12, dans 13 pays/régions en semaine 13, dans 14 pays/régions en semaine 14, 14 pays/régions en semaine 15 et 11 pays/régions en semaine 16 (Figure 22).

Figure 22 : Carte européenne des niveaux d'excès de mortalité tous âges, en semaine 16/2020 (Données incomplètes du fait des délais de transmission - actualisation au 29 avril 2020)



Prise en charge d'autres pathologies dans le contexte COVID-19

Recours aux soins d'urgence pour pathologies cardio et neuro-vasculaires

Réseau OSCOUR®

- En semaine 18, l'activité toutes causes et tous âges aux urgences restait stable par rapport à la semaine 17 et à un niveau inférieur à celui de la semaine 18 de 2019 (-42%, 223 108 vs 376 203 passages) (figure 23). Cette même tendance était observée pour les hospitalisations après passages toutes causes (-17%, 55 750 vs 68 685 hospitalisations).
- Les recours aux soins d'urgences pour les pathologies cardiovasculaires concernent principalement les personnes âgées de 15 ans et plus.
 - Comparés à la période équivalente en 2019, les passages pour cardiopathies ischémiques et accidents vasculaires cérébraux (AVC) restaient à des niveaux inférieurs, respectivement, de 19% (983 vs 1 223) et de 10% (2 541 vs 2 836) malgré le rebond observé depuis la semaine 14. Le nombre de passages pour maladies veineuses thromboemboliques (MVTE) était comparable à celui de 2019 (1 080 vs 1 068) (Figures 25b à 27b).
 - Les hospitalisations après passages aux urgences étaient dans des niveaux comparables à ceux de 2019, pour les cardiopathies ischémiques (78%) et pour les AVC (76%) tandis qu'ils étaient supérieurs de 14% pour la MVTE (64% en 2020 vs 50% en 2019)(Figures 25b à 27b).

Les associations SOS Médecins

- En semaine 18, l'activité totale toutes causes et tous âges était en hausse dans les associations SOS Médecins par rapport à la semaine précédente. Comparée à la semaine 18 de 2019, elle était en baisse de 35% (45 446 vs 69 610) (figure 24).
- Les recours aux soins d'urgences pour les pathologies cardiovasculaires concernent principalement les personnes âgées de 15 ans et plus.
 - Comparée à la semaine 18 de 2019, les actes médicaux SOS Médecins étaient en légère baisse de 5% pour les cardiopathies ischémiques (68 vs 72) tandis qu'ils étaient en hausse de 29% pour les AVC (121 vs 94) et de 27% pour la MVTE (125 vs 102) (figures 25b à 27b).

Après une forte diminution des recours aux soins d'urgence en semaines 12 et 13, on observe depuis 5 semaines une augmentation du nombre de passages et d'hospitalisations après passages aux urgences pour les pathologies cardiovasculaires. Ces nombres restent cependant inférieurs à ceux de 2019, exceptés pour la MVTE .

Figure 23. Nombre quotidien de passages aux urgences du réseau OSCOUR®, tous âges, 2017-2020, France

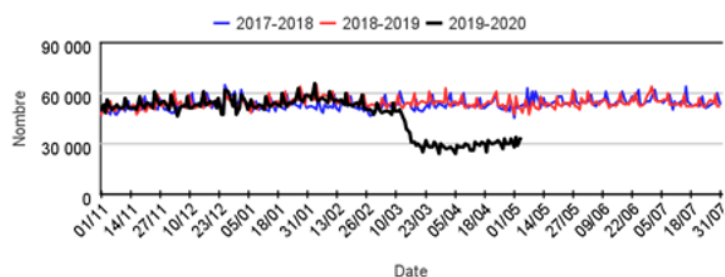


Figure 24. Nombre quotidien d'actes médicaux SOS Médecins, tous âges, 2017-2020, France

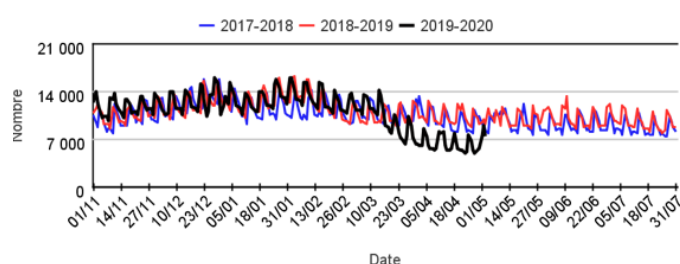
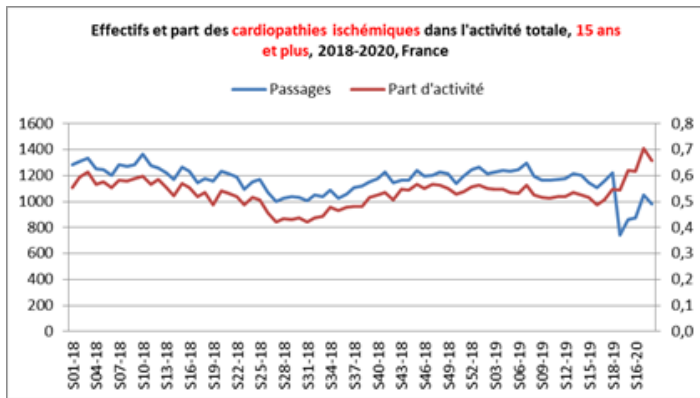


Figure 25. Recours aux soins d'urgence pour cardiopathie ischémique dans les réseaux OSCOUR® (Figure a) et SOS Médecins (Figure b), 15 ans et plus, 2018-2020, France

25a. Nombre de passages et part d'activité pour cardiopathie ischémique dans l'activité toutes causes



25b. Nombre d'hospitalisations et proportion d'hospitalisations après passages pour cardiopathie ischémique

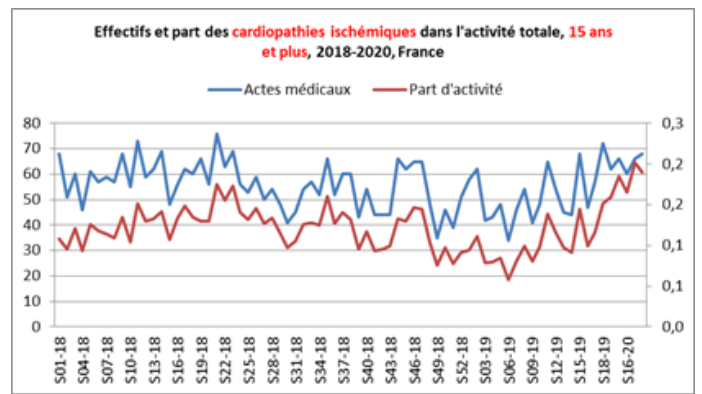
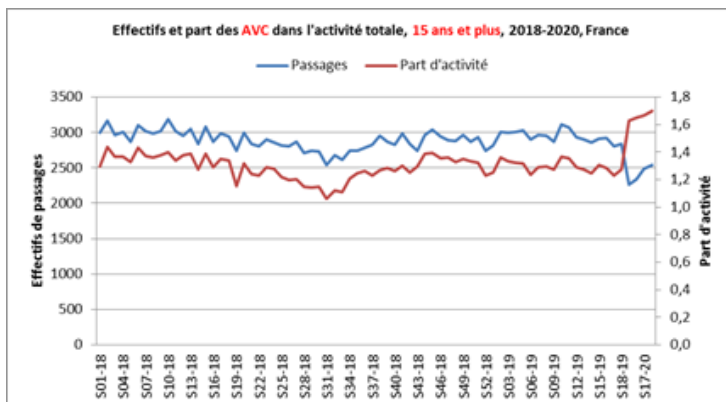


Figure 26. Recours aux soins d'urgence pour accident vasculaire cérébraux (AVC) dans les réseaux OSCOUR® (figure a) et SOS Médecins (figure b), 15 ans et plus, 2018-2020, France

26a. Nombre de passages et part d'activité pour AVC dans l'activité toutes causes



26b. Nombre d'hospitalisations et proportion d'hospitalisations après passages pour AVC

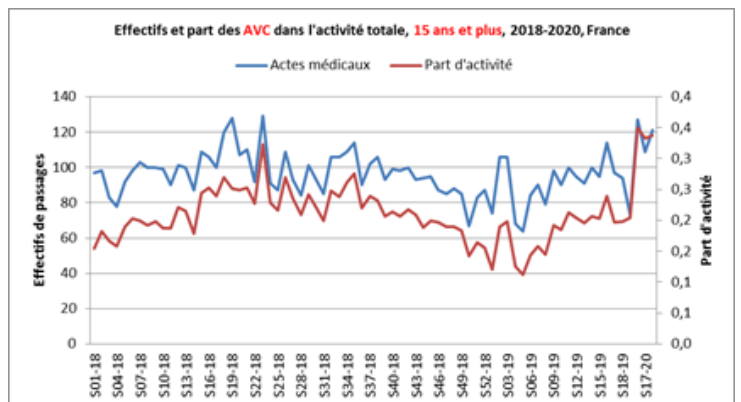
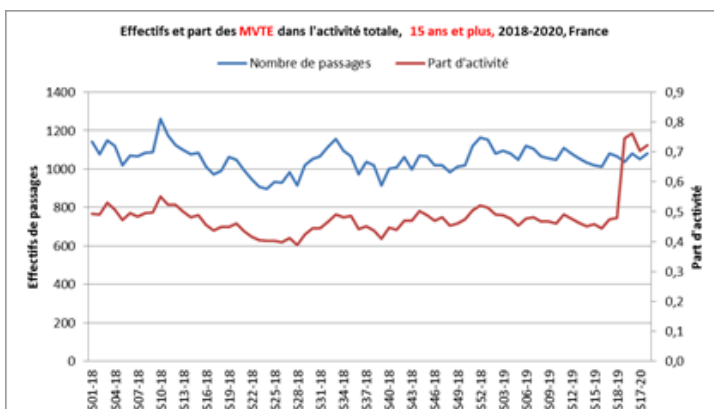
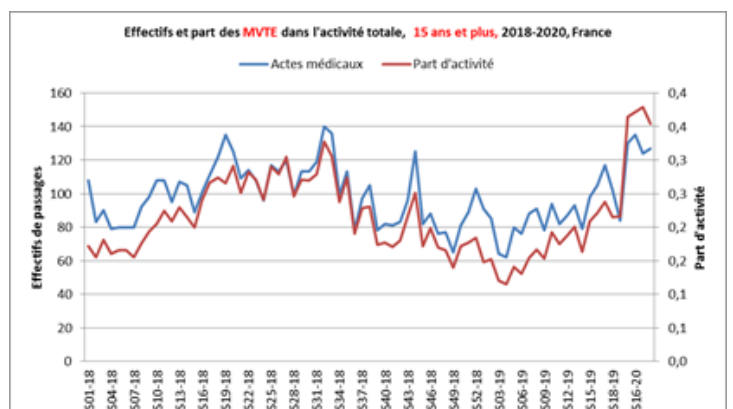


Figure 27. Recours aux soins d'urgence pour maladie veineuse thromboembolique (MVTE) dans les réseaux OSCOUR® (figure a) et SOS Médecins (figure b), 15 ans et plus, 2018-2020, France

27a. Nombre de passages et part d'activité pour MVTE dans l'activité toutes causes



27b. Nombre d'hospitalisations et proportion d'hospitalisations après passages pour MVTE



Prévention

Surveillance des indicateurs de mesure de protection et de santé mentale

Enquête Santé publique France CoviPrev : Résultats **Vague 1** (23-25 mars), **Vague 2** (30 mars- 1^{er} avril), **Vague 3** (14-16 avril), **Vague 4** (20-22 avril) et **Vague 5** (28-30 avril) : [Enquêtes Internet](#) répétées auprès d'échantillons indépendants non probabilistes (*Access panel*) de personnes âgées de 18 ans et plus, résidant en France métropolitaine. Données redressées sur le sexe, l'âge, la catégorie socioprofessionnelle, la catégorie d'agglomération et la région d'habitation.

1) Symptômes évoquant le coronavirus ou le COVID-19

Parmi les symptômes que les répondants ont déclaré avoir eus depuis le mois de février 2020 et qui évoquaient le COVID-19 :

- La toux, la fièvre et les difficultés respiratoires sont restées stables entre la vague 1 et la vague 5.
- L'agueusie et l'anosmie sont également restées stables entre la vague 3 et la vague 5.

1. Symptômes évoquant le COVID-19	23-25 mars V1 N=2000	30-1 ^{er} avril V2 N=2003	14-16 avril V3 N=2010	20-22 avril V4 N=2000	28-30 avril V5 N=2000	Evolution 1 ^{er} point/V5
Difficultés respiratoires	4,1%	4,6%	5,3%	5,7%	4,9%	→
Fièvre	6,6%	6,7%	7,2%	7,8%	7,4%	→
Toux	11,9%	11,7%	11,9%	12,2%	10,7%	→
Agueusie/Anosmie	--	--	3,1%	3,1%	3,1%	→

Notes de lecture. 1^{er} point = introduction du recueil de l'indicateur. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et régions d'habitation (test de Wald ajusté au seuil de .05) ; → pas d'évolution significative ; -- données indisponibles.

2) Adoption des mesures de protection

Le degré d'adoption systématique des mesures de protection recommandées par les pouvoirs publics a diminué entre les vagues 2 et 5 :

- **L'adoption systématique des 4 mesures d'hygiène** a diminué entre les vagues 2 et 5. Cette baisse a concerné l'adoption de chacune des mesures d'hygiène.
- **L'adoption systématique des 3 mesures de distanciation physique** a diminué entre les vagues 2 et 5. Cette diminution a concerné l'ensemble des mesures de distanciation.

Le port systématique du masque en public est la seule mesure de protection qui a augmenté de manière significative, passant de 15,1% en vague 2 à 32,9% en vague 5.

En vague 5, les facteurs associés à une moindre adoption des mesures de protection (nombre moyen de mesures systématiquement adoptées, après contrôle des autres facteurs¹) étaient :

- **Facteurs sociodémographiques** : le sexe masculin, avoir entre 18 et 24 ans, un faible niveau de littératie² en santé.
- **Facteurs liés aux conditions de confinement** : vivre seul pendant le confinement, avoir vécu de graves disputes ou un climat de violence au sein de son foyer.
- **Facteurs liés au COVID-19** : ne pas percevoir le COVID-19 comme une maladie grave, être peu inquiet face à l'épidémie, ne pas rechercher activement des informations sur le COVID-19.
- **Facteurs liés à la perception des mesures de protection** : percevoir les mesures comme contraignantes, se sentir peu capable de les mettre en œuvre, avoir des proches qui n'adoptent pas ou n'approuvent pas les mesures de protection.

2. Adoption systématique des mesures de protection	30- 1 ^{er} avril V2 N=2003 %	14-16 avril V3 N=2010 %	20-22 avril V4 N=2000 %	28-30 avril V5 N=2000 %	Evolution 1er point/V5
Adoption systématique des 4 mesures d'hygiène	50,0	46,8	45,9	43,2	↘
Se laver très régulièrement les mains ou utiliser du gel hydroalcoolique	76,4	72,3	72,3	72,3	↘
Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades	92,2	92,7	90,9	90,0	↘
Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir	71,2	67,9	67,3	66,0	↘
Utiliser un mouchoir à usage unique et le jeter	70,3	66,4	67,4	62,8	↘
Adoption systématique des 3 mesures de distanciation physique	70,3	65,2	63,1	60,3	↘
Rester confiné à la maison	81,0	79,7	77,9	76,4	↘
Limiter toutes formes d'interactions	90,1	87	86,1	84,4	↘
Garder une distance d'au moins un mètre	84,7	81,5	78,6	77,9	↘
Autres mesures adoptées systématiquement					
Porter un masque en public	15,1	24,00	27,6	32,9	↗
Éviter les transports en commun	88,0	89,0	87,6	86,7	→
	Moy.	Moy.	Moy.		
Nombre moyen de mesures (hygiène et distanciation) systématiquement adoptées (de 0 à 7 mesures)	5,66	5,48	5,40	5,30	↘

Notes de lecture : Evolution 1^{er} point = introduction de l'indicateur, évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et régions d'habitation (test de Wald ajusté au seuil de .05).

Les chiffres en vert présentent une évolution significativement favorable par rapport à la vague précédente

Les chiffres en rouge présentent une évolution significativement défavorable par rapport à la vague précédente

→ pas d'évolution significative ; ↘ baisse significative ; ↗ hausse significative ; -- données indisponibles.

Les données de la vague 1 (V1) ne sont pas disponibles dans ce tableau du fait d'une modification des modalités de réponses (de oui/non en V1 à une mesure plus fine avec échelle de fréquence en vague 2 et suivantes).

¹Plusieurs blocs de variables ont été intégrés dans un même modèle de régression (variables sociodémographiques, variables liées à la situation de confinement, à la proximité au COVID-19, à la perception des mesures de protection et de la maladie, et à la santé mentale pour l'adoption des mesures de protection).

²La littératie en santé désigne la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information pour prendre des décisions concernant leur santé. La mesure de la littératie en santé a été faite à partir de la dimension « Evaluer l'information en santé » de l'échelle Health Literacy Questionnaire (HLQ).

3) Santé mentale

La santé mentale des personnes interrogées en vague 5 reste dégradée en comparaison aux données de référence disponibles avant le confinement.

Évolution des indicateurs de santé mentale :

- Après une amélioration significative en vague 2 par rapport à la vague 1, la **satisfaction de vie actuelle** est restée stable entre les vagues 4 et 5.
- Les **états anxieux** ont connu une diminution significative entre la vague 1 et la vague 5. Après une diminution observée successivement en vague 2 et en vague 3, la prévalence s'est stabilisée entre les vagues 3 et 5.
- Les **états dépressifs** ont connu une augmentation significative entre la vague 3 et la vague 4 et ont retrouvé en vague 5 le niveau du premier point de mesure (vague 2).
- Les **problèmes de sommeil** ont augmenté significativement entre le premier point de mesure (vague 2) et la vague 5. Après avoir augmenté entre les vagues 3 et 4, la prévalence est restée stable entre les vagues 4 et 5.

3. Santé mentale	BSpF 2017 N=12603	23-25 mars V1 N=2000	30-1 ^{er} avril V2 N=2003	14-16 avril V3 N=2010	20-22 avril V4 N=2000	28-30 avril V5 N=2000	Evolution 1 ^{er} point/V5
Satisfaction de vie actuelle (score >5 ; échelle de 0 à 10)	84,5%	66,3%	74,2%	75,8%	76,0%	76,7%	↗
Anxiété (HAD*)	13,5%	26,7%	21,5%	18,1%	18,9%	18,1%	↘
Dépression (HAD*)	--	--	19,9%	17,6%	20,4%	19,3%	→
Climat de violence / graves disputes au sein du foyer (au moins quelques fois au cours des 15 derniers jours)	--	--	10,5%	10,8%	11,7%	11,5%	→
Problèmes de sommeil (au cours des 8 derniers jours)	49,4%	--	61,3%	63,7%	66,8%	66,1%	↗

Notes de lecture. 1^{er} point = introduction du recueil de l'indicateur. Évolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, CSP, taille d'agglomération et régions d'habitation (test de Wald ajusté au seuil de .05).

Les chiffres en vert présentent une évolution significativement favorable par rapport à la vague précédente

Les chiffres en rouge présentent une évolution significativement défavorable par rapport à la vague précédente

→ pas d'évolution significative ; ↘ baisse significative ; ↗ hausse significative ; -- données indisponibles.

*HAD : Hospitality Anxiety and Depression scale, score >10/21 = symptomatologie certaine. BSpF 2017 (Baromètre Santé publique France 2017)

En vague 5, les facteurs associés à une plus forte anxiété (après contrôle des autres facteurs¹) étaient les suivants :

- Facteurs sociodémographiques** : le sexe féminin, se déclarer dans une situation financière très difficile, déclarer des antécédents de troubles psychologiques.
- Facteurs liés aux conditions de confinement** : déclarer un climat de violence ou de graves disputes dans le foyer.
- Facteurs liés au COVID-19** : avoir des symptômes liés au COVID-19 (toux, fièvre, difficultés respiratoires), se sentir vulnérable face au COVID-19, le percevoir comme une maladie grave, avoir une mauvaise connaissance des modes de transmission du virus, rechercher activement des informations sur le COVID-19.
- Facteurs liés à la perception des mesures de protection** : percevoir les mesures comme contraignantes, comme peu efficaces et se sentir peu capable de les mettre en œuvre.

¹Plusieurs blocs de variables ont été intégrés dans un même modèle de régression (variables sociodémographiques, variables liées à la situation de confinement, à la proximité au COVID-19, à la perception des mesures de protection et de la maladie, et à la santé mentale pour l'adoption des mesures de protection).

Les participants (60 foyers choisis pour leurs diversités sociodémographiques) se connectent une à deux fois par semaine à une plateforme en ligne pour répondre à deux ou trois questions ouvertes. Dix-huit sollicitations sont programmées sur trois mois (1^{ère} sollicitation réalisée le 30 mars 2020).

1 Entraide et soutien après un mois de confinement

L'aide informelle apportée par les répondants à des personnes extérieures au foyer de confinement **est spontanée et circonscrite à un univers précis** : son cercle familial et/ou à son environnement de vie immédiat. Cette aide informelle a pour objectifs d'apporter un soutien moral (via outils connectés), de rendre service et se sentir utile (aide pratique pour les courses par exemple), et de protéger les plus fragiles de l'épidémie. **L'aide institutionnelle et/ou associative est très peu connue des répondants.**

2 Bilan des pratiques alimentaires après six semaines de confinement

Depuis le début du confinement, l'alimentation semble occuper une place centrale dans les foyers : (1) les repas rythment les journées, (2) le temps consacré à la préparation et au repas est plus important, (3) les courses alimentaires sont la principale, voire la seule occasion de sortie.

Dans ce contexte, l'alimentation peut être **à la fois synonyme de plaisir, mais aussi de stress, d'anxiété et de frustrations** :

- **du plaisir** car on cuisine davantage, ce qui satisfait les papilles gustatives et permet de partager du temps avec ses proches ; cuisiner procure aussi un sentiment d'accomplissement, et donc une certaine fierté, et le sentiment de prendre soin de soi en mangeant plus sainement que d'habitude.
- **du stress et de l'anxiété** car il faut organiser et cuisiner tous les repas de la journée (ceci concerne surtout les femmes) ; le grignotage a tendance à s'installer (lui-même généré par le stress du confinement et de l'épidémie ou par l'ennui) et peut mener à une prise de poids ; faire ses courses alimentaires expose aux risques de contamination ; les sorties sont donc limitées (davantage de fait maison, de recours aux drives et commerces de proximité).
- **des frustrations et inquiétudes** chez les moins aisés financièrement qui se privent parfois de certains produits perçus comme plus chers que d'habitude (fruits et légumes frais, viandes et poissons).

Production d'outils de prévention

La production d'outils se poursuit, ainsi que leurs diffusions au travers du réseau de nos partenaires.

Coronavirus : il existe des gestes simples pour vous protéger et protéger votre entourage



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

Discussion

Après la détection de plusieurs cas de COVID-19 fin janvier et en février 2020 en France, suivi de l'identification de chaînes de transmissions autochtones du SARS-CoV-2 dans plusieurs régions, la circulation communautaire du virus s'est intensifiée en France métropolitaine pour atteindre un pic épidémique 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.

Au cours de la semaine 14 (30 mars - 5 avril), il a été observé le pic des nouvelles hospitalisations pour COVID-19 ainsi que l'excès de mortalité le plus important. Depuis la semaine 14, les indicateurs épidémiologiques de circulation du SARS-CoV-2 en communauté ont progressivement diminué en France métropolitaine.

Dans les départements d'outre-mer, l'activité liée au SARS-CoV-2 était également en diminution ces dernières semaines, excepté à Mayotte où la circulation du virus s'intensifie. Mayotte est entrée en phase 3 le 29 avril. L'épidémie ne cesse de progresser depuis la mi-mars et s'est accentuée ces derniers jours.

En France métropolitaine, à compter de la semaine 14, et depuis 5 semaines, les indicateurs épidémiologiques de circulation du SARS-CoV-2 en communauté sont en baisse que ce soit les nombres de recours aux urgences (réseau OSCOUR), les actes SOS Médecins des patients suspects de COVID-19 et les taux de positivité des prélèvements effectués dans les laboratoires de ville. De plus, en semaine 18, aucun prélèvement effectué par les médecins du Réseau Sentinelle ne s'est avéré positif pour le SARS-CoV-2.

Au niveau hospitalier, l'ensemble des indicateurs étaient en diminution pour la cinquième semaine consécutive. Cette diminution ou tendance à la diminution a été observée dans toutes les régions de France métropolitaine. Cependant, les taux d'hospitalisation des patients COVID-19 restaient élevés notamment dans les régions Grand Est et Ile-de-France (15/100 000 habitants, en semaine 18).

A Mayotte, en semaine 18, le taux d'hospitalisation se maintenait à un niveau élevé (15/100 000 habitants). Le taux d'admission en réanimation était en augmentation et était le taux régional le plus élevé en France (2,5/100 000 habitants).

Le 5 mai 2020, le nombre de patients hospitalisés en France pour COVID-19 restait élevé à 24 775 et le nombre de patients hospitalisés en service de réanimation était de 3 430.

Le nombre hebdomadaire de décès liés au COVID-19 était en diminution sur les dernières semaines (2 138 décès en semaine 18 vs. 3 418 décès en semaine 17). Les données des dernières semaines sont en cours de consolidation.

L'excès de la mortalité toutes causes observé au niveau national dès la semaine 12 (+17%), s'est accentué jusqu'en semaine 14 (+63%) puis s'est réduit les semaines suivantes (+52% en semaine 15 et +33% en semaine 16). Cet excès de mortalité a été particulièrement marqué dans les régions Grand Est et Ile-de-France où la circulation du SARS-CoV-2 a été intense. La hausse de la mortalité observée dans ces régions est à lier à l'épidémie de COVID-19, sans qu'il soit possible, à ce jour, d'en estimer la part attribuable précise.

Les données de surveillance montrent que les enfants restent peu touchés par l'épidémie de SARS-CoV-2 et représentent moins de 1% des patients hospitalisés et des décès. Cependant, des cas de myocardite avec état de choc cardiogénique survenus depuis le 15 avril chez des enfants avec une infection COVID-19 récente ont été signalés. Une surveillance spécifique a été mise en place afin d'évaluer le lien avec le SARS-CoV-2 dans le développement de ces symptômes. Une première synthèse sera prochainement diffusée.

Les personnes âgées de 65 ans et plus sont fortement touchées par cette épidémie; elles représentent 53% des patients hospitalisés en réanimation et plus de 92% des décès. Les patients présentant des comorbidités sont également fortement concernés et représentent 80% des patients hospitalisés en réanimation et au moins 84% des décès. La proportion de patients hospitalisés en réanimation présentant des comorbidités a augmenté dans le temps du fait de la prise en compte systématique en cours de surveillance de l'hypertension artérielle, du surpoids et des pathologies hépatiques dans la liste des comorbidités pour les infections COVID-19.

L'évolution de l'infection COVID-19 reste favorable pour la majorité des patients; près de 52 736 patients sont retournés à domicile à leur sortie de l'hôpital.

Les professionnels de santé font partie d'une population particulièrement exposées au SARS-CoV-2 du fait des interactions avec les patients. Une surveillance spécifique a été mise en place dans les établissements de santé (ES) concernant l'ensemble des professionnels de ces établissements dont les premiers résultats sont présentés dans ce point épidémiologique. Les 911 ES participant ont signalé 21 142 cas survenus depuis le 1^{er} mars. Parmi eux, 17 951 (85%) sont des professionnels de santé, avec 29% d'infirmiers, 25% d'aides-soignants et 10% de médecins.

Si l'on considère l'ensemble des professionnels des ES et des ESMS ayant été infectés par le SARS-CoV-2, 60 436 cas ont été signalés à Santé publique France (21 142 cas survenus dans les ES et 39 294 cas dans les ESMS). Ces données peuvent être sous-estimées du fait que l'enquête en ES a débuté récemment et que l'exhaustivité de ces surveillances ne peut être déterminée. Ces premiers résultats ne concernent pas les professionnels de santé libéraux qui, par ailleurs peuvent, s'ils ont été atteints, participer à l'enquête proposée sur le site du Geres.

Le niveau d'adoption systématique des mesures de protection (mesures d'hygiène et de distanciation physique) diminue significativement entre la vague de fin mars et celles de fin avril 2020 pour toutes les mesures de protection excepté le port du masque en public dont le niveau d'adoption a augmenté.

Le niveau d'anxiété, mesuré entre le 23 et le 25 mars, était presque deux fois plus élevé que celui mesuré en 2017 lors d'une période hors épidémie. Ce niveau baisse néanmoins dans les vagues de fin mars à fin avril 2020. Cette baisse peut être expliquée par un effet d'habituation psychologique aux risques, tel que décrit dans de précédentes épidémies [1-2]. Cependant, la réduction du niveau d'anxiété pourrait être également attribuée au confinement lui-même. En réduisant, voire en supprimant, pour une partie de la population le risque d'exposition au COVID-19, le confinement a pu entraîner une baisse significative du niveau d'anxiété [1,3]. Cette hypothèse doit nous interroger sur une possible évolution à la hausse des états anxieux à la levée du confinement.

L'enjeu du maintien des mesures de prévention sur le long terme doit s'appuyer sur la perception que les mesures préconisées sont efficaces, sur le sentiment d'être capables ou d'avoir l'opportunité de les mettre en œuvre et sur la construction et la valorisation d'une norme sociale et collective d'adoption des mesures de protection pour soi-même et pour autrui, plutôt que sur la menace et la gravité associée à la maladie. Le port du masque, déjà anticipé par une partie de la population, pourrait servir d'ancrage et de rappel pour le maintien des autres gestes barrières dans la sphère sociale. Il conviendra néanmoins d'être vigilant à ce que l'utilisation du masque dans l'espace public n'entraîne pas un sentiment de fausse sécurité et donc de relâchement de l'adoption des autres mesures d'hygiène et de distanciation physique.

La mise en place du confinement dans le cadre de la crise liée au COVID-19 a eu des conséquences sur d'autres champs de la santé.

Un point de vigilance est lié au risque d'un moindre recours aux soins des personnes présentant des maladies chroniques et des pathologies aiguës nécessitant une prise en charge en urgence. Les passages aux urgences pour cardiopathies ischémiques et accidents vasculaires cérébraux (AVC) chez les patients de 15 ans et plus sont ainsi en diminution par rapport à la situation à semaine équivalente de 2019. L'activité globale de recours aux urgences (toutes causes confondues) est ainsi en nette diminution cette année en comparaison aux années antérieures. Ces résultats peuvent laisser craindre un moindre recours aux urgences de patients par crainte de la contamination. Il est indispensable que, malgré le confinement, les personnes nécessitant une prise en charge en urgence aient recours aux structures de soins adaptées.

Pour les traitements dont l'administration nécessite impérativement le recours physique à un professionnel de santé, l'ANSM a observé une forte baisse de la consommation sur toute la période des 5 semaines de confinement [4].

Cette baisse concerne notamment les vaccins avec des diminutions de -35% à -71% ce qui laisse craindre un impact sur les couvertures vaccinales notamment chez les enfants.

Il est ainsi important que les personnes présentant des maladies chroniques maintiennent leur suivi médical, facilité notamment par les mesures de télémedecine mises en œuvre. Il est également majeur que les couvertures vaccinales soient maintenues conformément aux recommandations et que, le cas échéant, un rattrapage vaccinal puisse être réalisé au plus vite pour les personnes le nécessitant.

En conclusion, sept semaines après le début du confinement, les résultats reflètent l'impact positif des mesures de contrôle de l'épidémie. Ils confirment la diminution des nouvelles contaminations en France, des nouvelles hospitalisations et nouvelles admissions en réanimation pour COVID-19 ainsi que des décès. Les nombres de patients hospitalisés pour COVID-19, bien qu'en diminution, restent élevés et continuent de maintenir une pression importante sur le système de soins hospitalier.

Cette évolution épidémiologique favorable devrait permettre, si elle se poursuit, d'atteindre le 11 mai des niveaux de circulation du virus compatibles avec la levée des mesures de strict confinement actuellement en vigueur dans la majorité des départements. Cependant, un tel objectif nécessite le maintien de l'adhésion de la population à l'ensemble des mesures de prévention afin d'être à un niveau faible de transmission au moment où le diagnostic sera réalisé à large échelle et associé au suivi des sujets contacts autour des cas.

En revanche, la situation épidémiologique à Mayotte nécessite une vigilance particulière.

[1] Raude J, McColl K, Flamand C, Apostolidis T. *Understanding health behaviour changes in response to outbreaks: Findings from a longitudinal study of a large epidemic of mosquito-borne disease. Soc Sci Med.* 2019;230:184-93.

[2] Loewenstein G, Mather J. *Dynamic Processes in Risk Perception. Journal of Risk and Uncertainty.* 1990;3(2):155-75.

[3] Chan Chee C, Léon C, Lasbeur L, Lecrique JM, Raude J, Arwidson P, du Roscoät E. *La santé mentale des Français face au Covid-19 : prévalences, évolutions et déterminants de l'anxiété au cours des deux premières semaines de confinement (Enquête CoviPrev). Bull Epidemiol Hebd.* 2020; (13):260-9.

http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2020/13/2020_13_1.html

[4] Epi-phare. CNAM ANSM. *Usage des médicaments en ville durant l'épidémie de Covid-19 : point de situation après cinq semaines de confinement - Point d'information* <https://ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Usage-des-medicaments-en-ville-durant-l-epidemie-de-Covid-19-point-de-situation-apres-cinq-semaines-de-confinement-Point-d-information>

Méthodes

En phase 3, 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 effectif :

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) : les 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).

Laboratoires d'analyses biologiques de ville (3 labo - Biomnis/Cerba) : nombre de tests réalisés et positifs pour diagnostic de SARS-CoV-2 par les laboratoires de ville (depuis le 18 mars).

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).

Laboratoires hospitaliers : données concernant les tests diagnostiques (nombre total de tests réalisés et le nombre de tests négatifs et positifs.) transmises par les hôpitaux (depuis le 16 mars).

IRA dans les établissements sociaux et médico sociaux (ESMS) : nombres 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.

Surveillance psycho comportementale : 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).

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

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directeur adjoint de publication

Jean-Claude Desenclos

Equipe de rédaction

Christine Campese, Sophie Vaux, Fatima Ait El Belghiti, Fanny Chéreau, Céline Caserio-Schonemann, Yann Le Strat, Anne Fouillet, Yu Jin Jung, Julien Durand, Etienne Lucas, Laure Fonteneau, Costas Danis, Cécile Forgeot, Scarlett Georges, Delphine Viriot, Marie-Michèle Thiam, Pierre Arwidson, Mireille Allemand, Guillaume Spaccaferri, Claire Sauvage, Julie Figoni, Patrick Rolland, Linda Lasbeur, Enguerrand Du-Roscoat, Mélanie Colomb-Cotinat, Isabelle Poujol de Mollens.

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 :
7 mai 2020