

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 07 avril 2020.

Points clés

- ▶ Tendance à la stabilisation de la circulation du SARS-CoV-2 à un niveau élevé
- ▶ Diminution des recours pour COVID-19 en médecine générale, SOS Médecins et aux urgences hospitalières
- ▶ Tendance à la stabilisation des hospitalisations et admissions en réanimation des patients COVID-19 à des niveaux élevés
 - Réanimation : 61% des cas avec co-morbidités et 57% des cas âgés de 65 ans et plus
 - Décès : 90% avec co-morbidités et 89% âgés de 65 ans et plus
- ▶ Augmentation significative des décès toutes causes dans les régions Grand Est, Ile-de-France, Hauts-de-France, Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes et Centre-Val-de-Loire

Chiffres clés en France

Indicateurs quotidiens, le 07 avril 2020 (données SI-VIC)

	07/04	Evolution par rapport au 06/04
Nombre de nouveaux cas de COVID-19 admis en réanimation	518	↗ (478)
Nombre de cas COVID-19 actuellement hospitalisés en réanimation	7 131	↗ (7 072)
Nombre de nouveaux décès liés au COVID-19 de cas hospitalisés	607	→ (613)

Indicateurs hebdomadaires, semaine 14/2020 (du 30 mars au 5 avril)

	S14	Evolution par rapport S13
Estimation du nombre de cas de COVID-19 ayant consulté un médecin généraliste (Réseau Sentinelles)	36 305	↘ (94 810)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	8 790	↘ (12 167)
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (Oscour®)	27 207	↘ (32 245)
Taux de positivité des prélèvements (laboratoires hospitaliers)	29%	→ (29,3%)
Nombre de décès à l'hôpital (SI-VIC)	3 404	↗ (1 972)

* données consolidées

Indicateurs cumulés depuis début mars 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisés (SI-VIC)	57 021
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPAD et autres EMS)	10 328

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

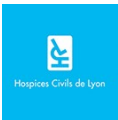
Agences régionales de santé (ARS) et épidémiologistes

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



INSTITUT PASTEUR

CNR Virus des infections respiratoires



Sentinelles

Réseau Sentinelles



Institut national de la santé et de la recherche médicale



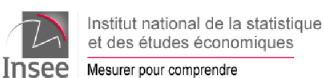
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation



CRÉATEURS DE FUTURS DEPUIS 1257



SOCIÉTÉ DE RÉANIMATION DE LANGUE FRANÇAISE



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



Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences



Surveillance en médecine ambulatoire

Réseau Sentinelles

La surveillance spécifique du COVID-19 du Réseau Sentinelles (Inserm, Sorbonne Université) a été mise en place le 17 mars. Ces résultats nécessitent d'être lus avec précaution et devront être consolidés dans les semaines à venir en raison notamment de l'augmentation des délais d'acheminement des prélèvements vers les laboratoires.

En semaine 14 (du 30 mars au 5 avril), le **taux de consultations** (ou téléconsultations) pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé à partir des données du Réseau Sentinelles était de **355/100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 333 – 377] en France métropolitaine. Il était en diminution par rapport à celui de la semaine 13 (du 23 au 29 mars 2020) : 452/100 000 habitants [intervalle de confiance à 95% : 430 – 474].

Au niveau régional, les taux d'incidence les plus élevés en semaine 14 étaient observés dans les régions Ile-de-France : 538 [457; 613], Grand Est : 530 [437; 623], Centre-Val de Loire 420 [333;507] et Provence-Alpes-Côte d'Azur : 334 [211; 457].

En semaine 14, sur les 29 prélèvements réalisés par les médecins généralistes et les pédiatres Sentinelles et analysés, 4 (13,8%) étaient positifs pour le SARS-CoV-2. Il convient de rester prudent avec ces estimations étant donné le faible nombre de prélèvements analysés cette semaine. En S13, le taux de positivité pour SARS-CoV-2 était de 20,7% (25 positifs sur 121 prélèvements). Il n'a été observé aucune co-infection virale SARS-CoV-2 / virus grippal.

Le **taux d'incidence des cas d'IRA dus au SARS-CoV-2 (COVID-19) vus en consultation de médecine générale a été estimé à 55 cas pour 100 000 habitants** (IC 95% [23;87]).

Il a été estimé que **36 305 nouveaux cas de COVID-19** (IC95% : 15 196 ; 57 414) ont consulté un médecin généraliste en semaine 14. Cette estimation était de 94 810 nouveaux cas de COVID-19 (IC95% : 67 578 ; 122 042) en semaine 13 (estimation consolidée avec les résultats des prélèvements complémentaires réceptionnés depuis le 31 mars). L'âge médian des 51 patients diagnostiqués COVID-19 depuis la S12 est de 54 ans (étendue : 1 – 87 ans).

Associations SOS Médecins

En semaine 14 (du 30 mars au 5 avril), le **nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19** rapportés par les associations SOS Médecins était en baisse de 28% par rapport à celui de la semaine précédente (**8 790 en S14 versus 12 167 en S13**) et ce pour la première fois depuis le début de la surveillance le 3 mars. La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale était en baisse (19% vs 23% en S13). Cette proportion était toujours plus importante chez les 15-64 ans en semaine 14 (24% vs 29% en S13).

Parmi ces actes pour suspicion de COVID-19, 53% ont été rapportés chez les 15-44 ans, 25% chez les 45-64 ans et 8% chez les 75 ans et plus (stables par rapport à S13) (Figures 1 et 2).

Au niveau régional, l'activité en lien avec le COVID-19 était également en diminution en Auvergne Rhône-Alpes, Bourgogne-Franche-Comté, Ile-de-France et Corse et s'était stabilisée dans les autres régions.

Au total, 32 681 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés depuis le 03 mars.

Figure 1. Nombres d'actes SOS Médecins et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et classes d'âge depuis le 24 février (source : SOS Médecins)

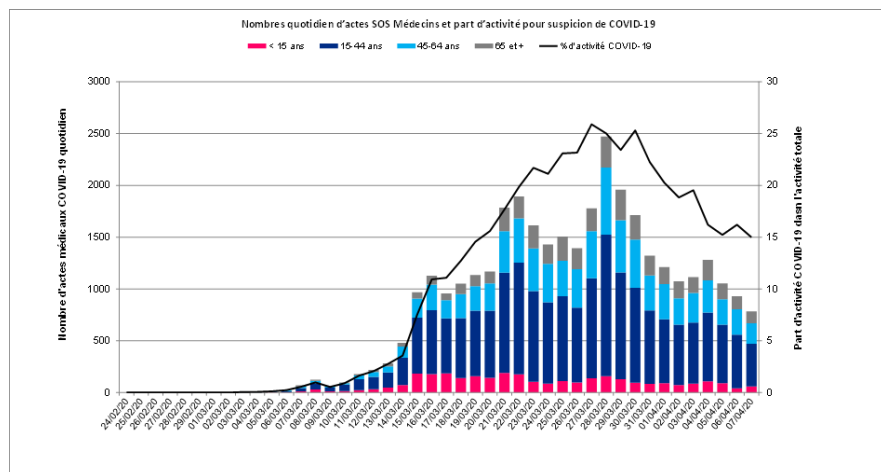
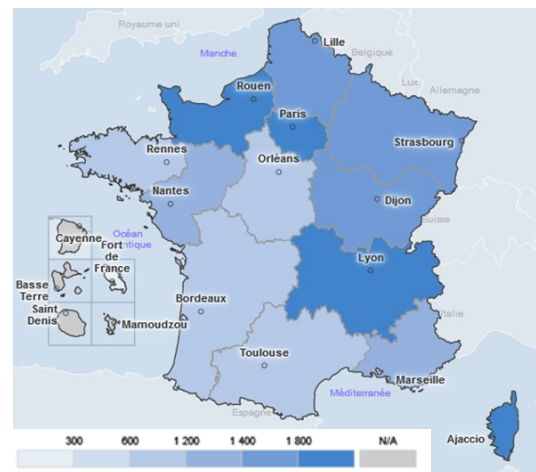


Figure 2. Taux d'actes médicaux pour suspicion COVID-19, le 7 avril 2020 (pour 10 000 actes) (source : SOS Médecins)



Surveillance à partir des laboratoires de virologie

Dans les laboratoires de biologie médicale

Dans le cadre du réseau 3 labo (Cerba, Eurofins Biomnis), les prélèvements provenaient de 1300 laboratoires de ville et de 134 établissements de santé (25% des prélèvements). Les résultats sont donc issus de prélèvements de ville et de prélèvements d'origine hospitalière. Les premiers tests de diagnostic SARS-CoV-2 ont été rendus disponibles à compter du 9 mars 2020 dans les laboratoires de biologie médicale de ville. Les données des 3 derniers jours ne sont pas prises en compte car non consolidées.

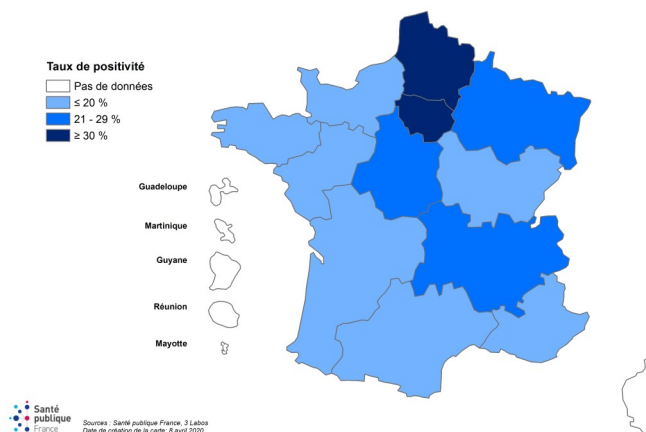
Au 7 avril 2020 (12h), sur 59 398 tests réalisés, **16 489 étaient positifs pour le SARS-CoV-2** soit un **taux de positivité de 28%**. Le taux de positivité des tests réalisés du 23 mars au 3 avril 2020, était de 42% pour les prélèvements en provenance d'une structure hospitalière et de 23% pour les analyses réalisées sur des prélèvements de ville uniquement.

Le taux de positivité des tests réalisés sur les prélèvements de ville uniquement restait stable entre 21 et 24% depuis le 30 mars 2020 (Figure 3). Une disparité régionale était observée avec des taux de positivité plus élevés dans les régions Ile-de-France (39%), Hauts-de-France (30%) et Grand Est (29%) (Figure 4). La moyenne d'âge des patients testés positifs pour le SARS-CoV-2 était de 61 ans (61,5 ans à l'hôpital, 61 ans en ville). Les données confirmaient le faible nombre d'enfants testés positifs en ville comme à l'hôpital.

Figure 3. Nombre de tests réalisés par les laboratoires de ville (prélèvements de ville uniquement), nombre de tests positifs et taux de positivité pour le SARS-CoV-2 par jour, France, du 23 mars au 03 avril 2020 (N total = 40 123 tests, n positifs = 9 385 tests) (source : Surveillance 3 labo)



Figure 4. Répartition régionale du taux de positivité des tests pour le SARS-CoV-2 réalisés par les laboratoires de ville (prélèvements de ville uniquement), France du 23 mars au 3 avril 2020 (Source : Surveillance 3 labo)*

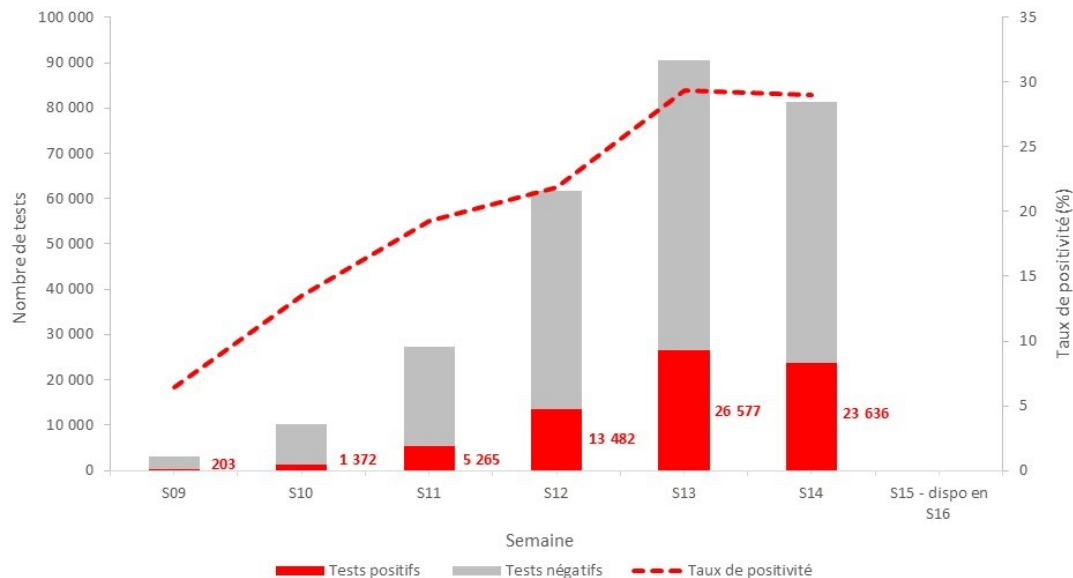


*Des estimations ne sont produites que si un minimum de 10 prélèvements ont été analysés

Dans les laboratoires hospitaliers

Du 24 février au 5 avril, les laboratoires hospitaliers ont réalisé **274 409 tests** et **70 535 (26%)** étaient positifs pour le **SARS-CoV-2**. Après une augmentation observée jusqu'en semaine 13 (29,3%), le taux de positivité des tests s'était stabilisé en semaine 14 (29%) (Figure 5).

Figure 5. Nombre de tests réalisés par les laboratoires hospitaliers, nombre de tests positifs pour le SARS-CoV-2 et taux de positivité hebdomadaire, France, du 24 février au 5 avril 2020 (source : laboratoires hospitaliers)



Cas confirmés de COVID-19

Les données permettant d'estimer les nombres 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'outil Godata ou par transmission des cellules régionales de Santé publique France.

Depuis le 26 mars 2020, les nombres de cas COVID-19 confirmés sont estimés au niveau national en tenant compte des données de laboratoires de biologie médicale de ville et des patients hospitalisés pour COVID-19 (source SI-VIC). Il a été ainsi estimé qu'entre le 21 janvier et le 07 avril 2020, 78 167 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 de cas confirmés rapportés.

Le nombre de cas confirmés en France ne reflète donc plus de manière satisfaisante la dynamique de l'épidémie.

Surveillance dans les établissements sociaux et médicaux sociaux

Depuis le 28 mars 2020 et jusqu'au 7 avril (12h), **4 553 établissements** ont signalé un épisode concernant un ou plusieurs cas liés au COVID-19 à Santé publique France via l'application disponible sur le portail national des signalements et via les données transmises par l'ARS Ile-de-France. Il s'agissait de **2 958 (65%) établissements d'hébergement pour personnes âgées** (Ehpad et autres établissements) et **1 595 (35%) autres établissements médico-sociaux (EMS)**.

La date de début des signes du premier cas était renseignée pour 3 106 des 4 553 signalements rapportés, parmi lesquels 117 signalements sont survenus en semaine 10 (du 2 au 8 mars), 485 en semaine 11 (du 9 au 15 mars), 974 en semaine 12 (du 16 au 22 mars), 1 069 en semaine 13 (du 23 au 29 mars) et 461 en semaine 14 (du 30 mars au 5 avril).

L'ensemble des 4 553 signalements correspondait à un total de **30 902 cas de COVID-19** (confirmés² et possibles³), parmi lesquels 3 237 cas sont décédés dans les établissements (Tableau 1).

Les données d'Ile-de-France ne permettent pas de différencier les cas confirmés² et les cas possibles³ actuellement, ni de disposer du nombre de cas survenus parmi les membres du personnel des établissements.

Hors Ile-de-France, sur 21 129 cas, 4 970 étaient des cas confirmés et 16 159 étaient des cas possibles. Parmi ces cas, 2 703 cas confirmés et 6 019 cas possibles ont été rapportés parmi les membres du personnel (professionnels de santé et autres professionnels) dans les établissements sociaux et médico-sociaux (Tableaux 1a et 1b).

Tableau 1a : Nombre de cas COVID-19 et décès rapportés chez les résidents en Ehpad et autre EMS, France, du 28 mars jusqu'au 07 avril 12h*

	Ehpad	Autres EMS	Total
Signalements ¹	2 958	1 595	4 553
Nombre total de cas ^{2,3}	25 875	5 027	30 902
Décès hôpitaux ⁴	725	85	810
Décès établissements ⁴	3 132	105	3 237

Tableau 1b : Nombre de cas COVID-19 confirmés et possible chez les personnels en Ehpad et autre EMS, France, du 28 mars jusqu'au 07 avril 12h* (hors Ile de France)

	EHPAD	Autres EMS	Total
Nombre de cas confirmés ¹	2 225	478	2 703
Nombre de cas possibles ²	4 133	1 886	6 019
Nombre total de cas ^{1,2}	6 358	2 364	8 722

¹Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible.

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

³Cas possible COVID-19 : fièvre (ou sensation de fièvre) avec des signes respiratoires (comme la toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression thoracique) OU autre tableau clinique compatible avec le COVID-19 selon le médecin, parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EMS/EHPAD.

⁴Cas possibles et confirmés décédés

Surveillance en milieu hospitalier

Passages aux urgences pour suspicion de COVID-19

Au total, 84 890 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés depuis le 24 février.

En semaine 14 (du 30 mars au 5 avril), 27 027 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par le réseau OSCOUR®, représentant 17% de l'activité totale des urgences (23% chez les 45-64 ans et 19% chez les 65 ans et plus).

Pour la première fois depuis le début de la surveillance aux urgences (le 24 février), le nombre de passages ainsi que la part d'activité pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale des urgences étaient en diminution (respectivement 32 245 passages (données consolidées au 06/04/2020) et 20% de l'activité totale en semaine 13) (Figures 6 et 7).

Toutefois, le taux d'hospitalisation après passage pour suspicion de COVID-19, indicateur de gravité à l'arrivée aux urgences, était en augmentation en semaine 14 (43% contre 41% en semaine 13) ; elle était de 69% chez les 65-74 ans et 81% chez les 75 ans ou plus (stable par rapport à S13).

Cette tendance à la baisse pour suspicion de COVID-19 était également observée dans toutes les régions, excepté dans les DROM (notamment La Réunion et la Guyane). Le taux d'hospitalisation après passage pour suspicion de COVID-19 était stable ou en diminution dans les régions Hauts-de-France, Grand Est et Ile-de-France mais toujours en hausse en Bourgogne- Franche-Comté, Bretagne, Pays-de-Loire et Nouvelle-Aquitaine.

Figure 6. Nombre de passages aux urgences et part d'activité pour suspicion de COVID-19, par jour et classes d'âge depuis le 24 février (source : OSCOUR®)

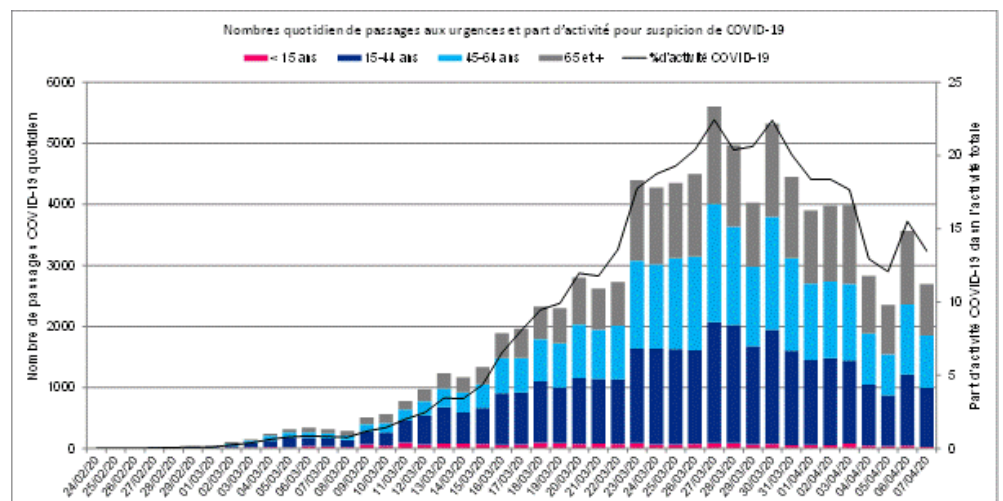
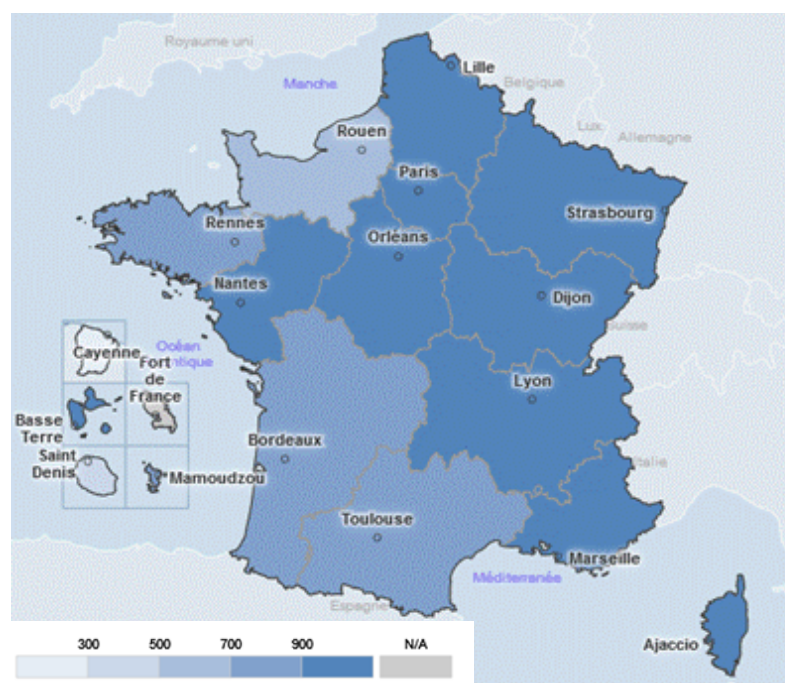


Figure 7. Taux de passage aux urgences pour suspicion de COVID-19, journée du 07 avril 2020 (pour 10 000 passages) (source : OSCOUR®)



Hospitalisations, admissions en réanimation, retours à domicile

Le 07 avril 2020 à 14h, 30 027 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France d'après les données SI-VIC. Parmi eux, 7 131 étaient hospitalisés en réanimation.

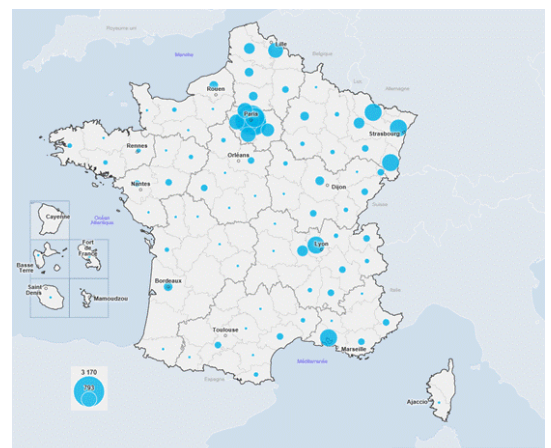
Depuis le 01 mars 2020 (date des premières informations disponibles dans l'outil SI-VIC), 1 002 établissements ont déclaré au moins un cas. Parmi les **57 021 patients** ayant été **hospitalisés**, **7 091 patients étaient décédés** (71% étaient âgés de 75 ans et plus) et 19 337 patients étaient retournés à domicile (Tableau 2). L'âge médian des personnes ayant été hospitalisées depuis le 01 mars et jusqu'au 7 avril était de 69 ans. Les régions Ile-de-France, Grand Est et Auvergne-Rhône-Alpes rapportaient le plus grand nombre de patients admis en réanimation (Tableau 2 et Figure 8).

Tableau 2. Nombre de personnes hospitalisés et en service de réanimation pour COVID-19 le 07 avril et nombre de retours à domicile et de décès lors d'une hospitalisation depuis le 1er mars par tranches d'âge et régions (source : SI-VIC), France, 07 avril 2020, 14h.

Classe d'âge *	Hospitalisations le 07/04/2020		Dont Réanimations le 07/04/2020		Retours à domicile jusqu'au 07/04/2020		Décès jusqu'au 07/04/2020	
	N	%	n	%	N	%	N	%
Total	29 721		7 059		19 137		7 033	
0-14 ans	110	<1	32	<1	341	2	0	0
15-44 ans	2 112	7	514	7	4 065	21	65	1
45-64 ans	8 422	28	3 049	43	7 290	38	736	10
65-74 ans	7 101	24	2 480	35	3 566	19	1 257	18
75 et +	11 976	40	984	14	3 875	20	4 975	71
Régions *								
Métropole	29 871	99	7 004	100	19 336	100	7 091	100
Auvergne-Rhône-Alpes	2 959	10	755	11	2 125	11	600	8
Bourgogne-Franche-Comté	1 212	4	295	4	1 077	6	396	6
Bretagne	461	2	133	2	335	2	97	1
Centre-Val de Loire	803	3	206	3	380	2	140	2
Corse	94	<1	23	<1	113	1	32	0
Grand Est	4 819	16	950	14	3 461	18	1 674	24
Hauts-de-France	2 336	8	583	8	1 393	7	635	9
Ile-de-France	12 074	40	2 601	37	6 225	32	2 627	37
Normandie	713	2	225	3	392	2	147	2
Nouvelle-Aquitaine	792	3	243	3	669	3	152	2
Occitanie	1 031	3	336	5	914	5	180	3
Pays de la Loire	694	2	176	3	517	3	144	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 738	6	434	6	1 574	8	253	4
Outre-Mer								
La Réunion	37	<1	4	<1	52	<1	0	0
Martinique	51	<1	19	<1	41	<1	4	<1
Mayotte	16	<1	3	<1	17	<1	2	<1
Guadeloupe	34	<1	17	<1	43	<1	8	<1
Guyane	7	<1	1	<1	8	<1	0	0

* les données par classe d'âge et par région ne sont pas disponibles pour tous les cas

Figure 8. Nombre de cas de COVID-19 hospitalisés en France, le 07/04/2020, 14h00 (source : SI-VIC)



Depuis le 3 avril, le nombre d'établissements déclarants semble se stabiliser : 1 002 établissements ont signalé au moins un cas dans SI-VIC le 7 avril, 966 le 6 avril et 949 le 5 avril (Figure 9).

L'évolution des nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a montré une diminution entre le 1^{er} et le 5 avril passant de 4 281 nouvelles hospitalisations à 1931 le dimanche 5 avril (Figure 9). La hausse observée sur le début de la semaine 15, entre le 6 et le 7 avril, pourrait partiellement être due à un rattrapage des saisies des données d'hospitalisation du week-end.

Le 7 avril 2020, **30 027 cas COVID-19 étaient hospitalisés** en France. Le nombre de cas de COVID-19 hospitalisés en France continue d'augmenter, mais est en voie de stabilisation sur les derniers jours (Figure 10).

Figure 9. Nombres journaliers de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés et nombre d'établissements déclarant, données du 07 avril 2020, France (source : SI-VIC)

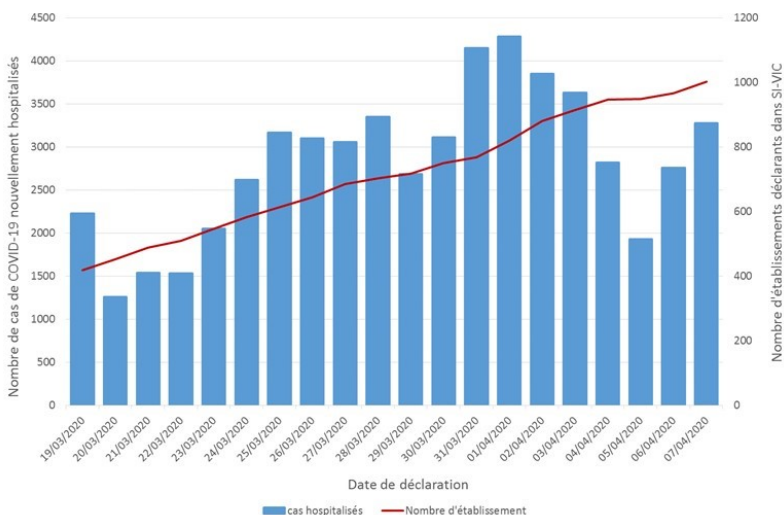
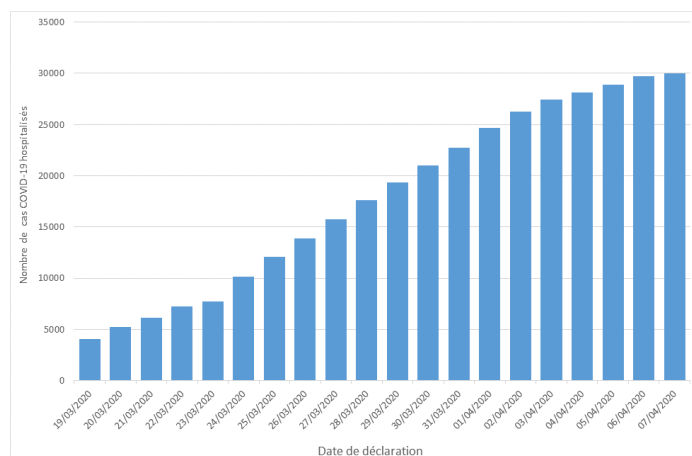


Figure 10. Nombres journaliers de cas de COVID-19 hospitalisés en France, données du 07 avril 2020 (source : SI-VIC)



Les nombres journaliers des nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation et des nouveaux décès montrent une diminution au cours de la semaine 14 (entre le 30 mars et le 5 avril) (Figure 11). Cette diminution ne se confirme pas dans les premiers jours de la semaine 15 (6 et 7 avril). Une part de la hausse observée pourrait être cependant liée aux rattrapages des saisies des données d'hospitalisation du week-end. Les données pour la semaine 15 permettront de confirmer cette hypothèse.

Le 7 avril, 518 nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 ont été rapportées (vs. 478 le 6 avril et 390 le 5 avril) et 607 décès (vs. respectivement 613 et 361) (Figure 11).

Le 7 avril 2020, 7 131 cas COVID-19 étaient hospitalisés en réanimation en France. Le nombre de cas hospitalisés en réanimation continue à augmenter mais se stabilise sur les derniers jours (Figure 12).

Figure 11. 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 07 avril 2020 (source : SI-VIC)

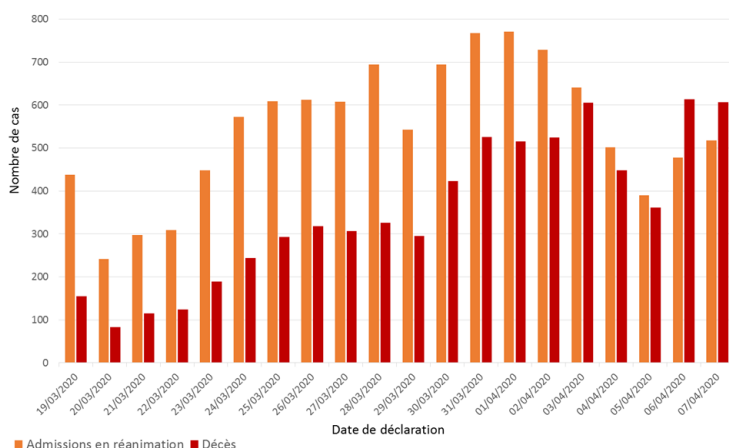
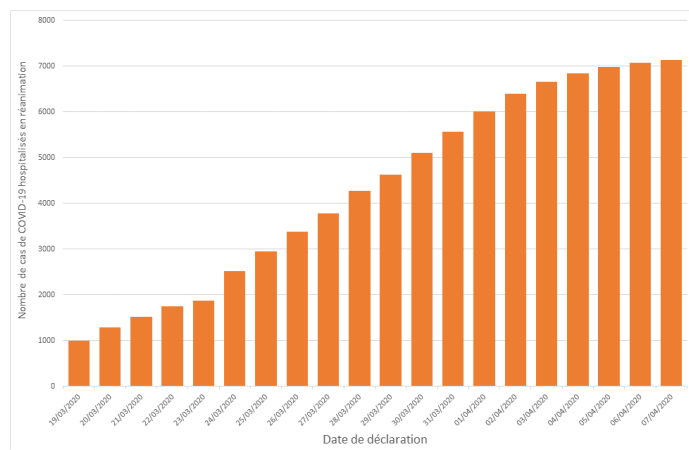


Figure 12. Nombre journalier de cas COVID-19 hospitalisés en réanimation, données au 07 avril 2020, France (source : SI-VIC)



La répartition géographique des cas toujours hospitalisés en réanimation le 7 avril montre un nombre important d'hospitalisations en réanimation dans les régions Ile-de-France, Grand Est et Hauts de France notamment (Tableau 2, Figure 13).

Les nombres journaliers des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation montrent une nette augmentation sur les derniers jours notamment en semaine 14 (du 30 mars au 4 avril), cette augmentation semble également s'amorcer pour la semaine 15 (Figure 14).

Figure 13. Nombre de cas de COVID-19 hospitalisés en réanimation France, le 07 avril 2020, 14h00 (source : SI-VIC)

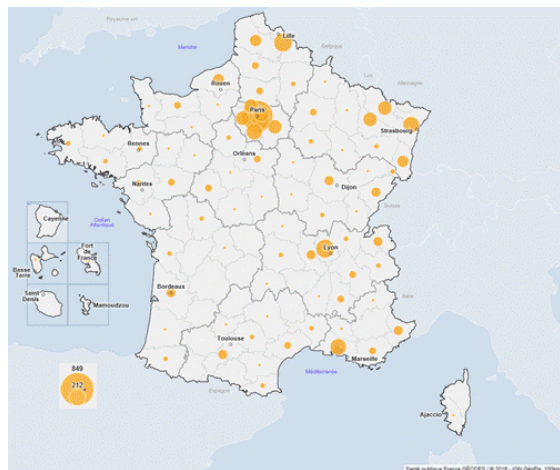
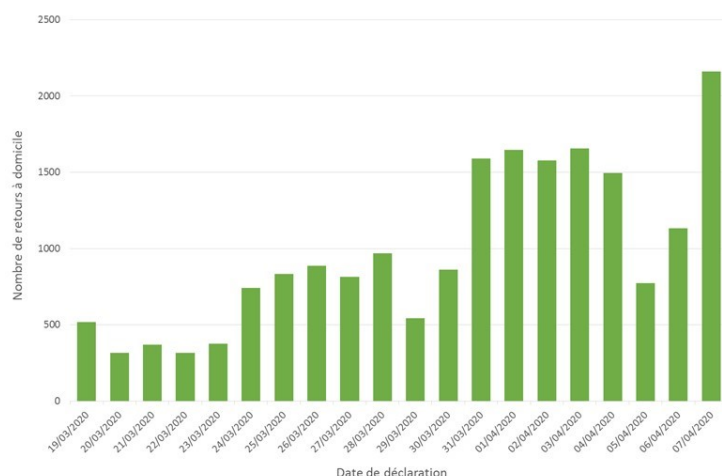


Figure 14. Nombre journalier de retour à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation, France, données du 07 avril 2020 (source : SI-VIC)



Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation

Cette surveillance débutée le 16 mars est basée sur un réseau sentinelle de services de réanimation volontaires. Elle 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 16/03/2020, **2 218 cas** ont été rapportés par 137 services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, dont **524 cas admis en semaine 14** (vs 1 035 cas en S13). Les cas ont été signalés par toutes les régions de France métropolitaine ainsi qu'à la Réunion, aux Antilles et en Guyane.

Une confirmation virologique a été rapportée pour 2 018 patients admis en réanimation (91%) et un résultat de scanner avec présence de lésions évocatrices de COVID-19 (donnée recueillie depuis le 27/03/2020) a été rapporté pour 328 patients (15%).

Parmi les 2 218 cas, 54 étaient des professionnels de santé. L'âge moyen des cas était de 60 ans (19% étaient âgés de 75 ans et plus) (Tableau 3a). La majorité (61%) des cas présentaient au moins une comorbidité (Tableaux 3b).

Tableau 3a : Nombre de cas graves de COVID-19 admis en réanimation et nombre de décès survenus en réanimation rapportés du 16/03 au 05/04/2020 en France (données arrêtées le 07 avril 2020 à 13h, N=2 218), selon la classe d'âge et la présence de comorbidité*

Comorbidité	Effectif	%
Aucune	736	33
Au moins une comorbidité	1351	61
Non renseigné	131	6

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ¹		Avec comorbidité ¹		Total ²	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0-14 ans	9	60	6	40	15	<1
15-44 ans	71	51	69	49	140	7
45-64 ans	313	42	434	58	747	36
65-74 ans	220	30	524	70	744	36
75 et +	113	28	289	72	402	19
Non renseigné	10	26	29	74	39	2
Total	736		1 351		2 087	

Décès selon la classe d'âge						
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0-14 ans	0	0	0	0	0	0
15-44 ans	0	0	2	100	2	1
45-64 ans	5	12	36	88	41	23
65-74 ans	7	11	54	89	61	34
75 et +	7	10	63	90	70	39
Non renseigné	0	0	4	100	4	2
Total	19		159		178	

¹ % présentés en ligne

² % présentés en colonne

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

Une co-infection ou surinfection a été rapportée pour 89 cas (4%). Les germes les plus fréquemment retrouvés étaient : *Streptococcus pneumoniae* (13 cas), *Staphylococcus aureus* (12 cas) et *Haemophilus influenzae* (11 cas).

Parmi l'ensemble des cas signalés, 187 décès ont été rapportés à ce jour. L'âge moyen des personnes décédées était de 71 ans (39% des personnes décédées étaient âgées de 75 ans et plus) (Tableau 3a). Parmi les cas décédés, 90% présentaient au moins une comorbidité (Tableau 3a). Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient une pathologie cardiaque (42%), un diabète (32%) et une pathologie pulmonaire (27%). Quatre patients décédés étaient des professionnels de santé (Tableau 3a et 3b).

Tableau 3b : Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation rapportés du 16/03 au 05/04/2020 en France (données arrêtées le 07 avril 2020 à 13h, N=2 218) par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle*

Sexe	Ensemble des cas (n=2 218)		Décès en réanimation (n=187)	
	Effectif	%	Effectif	%
Ratio homme/femme et % d'hommes	2,7	73	2,4	70
Classe d'âge				
0-14 ans	15	1	0	0
15-44 ans	148	7	2	1
45-64 ans	801	36	44	24
65-74 ans	789	36	65	35
75 et +	422	19	72	39
Non renseigné	43	2	4	2
Total	2 218		187	
Facteurs de risque, comorbidités et grossesse				
Aucun	736	33	19	10
Diabète	518	23	59	32
Pathologie cardiaque	424	19	79	42
Hypertension artérielle (HTA)	369	17	32	17
Pathologie pulmonaire	359	16	50	27
Obésité morbide (IMC>40kg.m ⁻²)	198	9	20	11
Immunodéficience	141	6	16	9
Pathologie rénale	111	5	23	12
Pathologie neuromusculaire	61	3	14	7
Pathologie hépatique	11	0	3	2
Grossesse	8	0	0	0
Non renseigné	131	6	9	5
SDRA¹				
Pas de SDRA	484	22	14	7
Mineur	219	10	8	4
Modéré	678	31	28	15
Sévère	727	33	122	65
Non renseigné	86	4	14	7
Ventilation²				
Oxygénothérapie (lunettes ou masque)	195	9	15	8
Oxygénothérapie à haut débit	433	20	36	19
VNI/Oxygénothérapie à haut débit	55	2	3	2
Ventilation invasive	1 216	55	124	66
ECMO/ECCO2R	39	2	7	4

¹ Le mode de recueil de cette donnée permet de documenter le niveau de sévérité maximal de SDRA atteint au cours du séjour en réanimation

² Pour un patient donné, 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 de la mortalité

Mortalité spécifique au COVID-19

Mortalité lors d'une hospitalisation et en Ehpad et autres EMS

Les estimations de mortalité spécifique au COVID-19 sont réalisées en tenant compte des patients décédés suite à une hospitalisation (données SI-VIC) ainsi que des résidents décédés dans les établissements sociaux et médicaux sociaux.

Entre le 1er mars et le 7 avril 2020, **10 328 décès de patients COVID-19** ont été rapportés à Santé publique France ; 7 091 décès sont survenus suite à une hospitalisation et 3 237 décès parmi des résidents en Ehpad et autres EMS.

Parmi les décès hospitaliers, 37% ont été signalés dans la région Ile-de-France, 24% dans la région Grand Est, 9% dans la région Hauts-de-France et 8% dans la région Auvergne-Rhône-Alpes.

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, 3 975 décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 4). L'âge médian au décès était de 83 ans et 74% avaient 75 ans et plus. Les hommes représentaient 57,7% de ces décès. Les régions Grand Est et Ile-de-France rapportaient le plus grand nombre de décès certifiés électroniquement avec une mention de COVID-19 (Figure 15).

Des comorbidités étaient renseignées dans 2 543, soit 64% des certificats de décès certifiés par voie électronique. Parmi ces décès, une mention d'hypertension artérielle était indiquée dans 28% des certificats de décès et 34% des certificats contenaient une mention de pathologies cardiaques en comorbidité. Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 3% des personnes décédées ne présentaient pas de comorbidité et étaient âgés de moins de 65 ans.

Tableau 4 : Description des décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès en France du 1er mars au 6 avril 2020 (données du 07 avril 2020), certification électronique des décès (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)

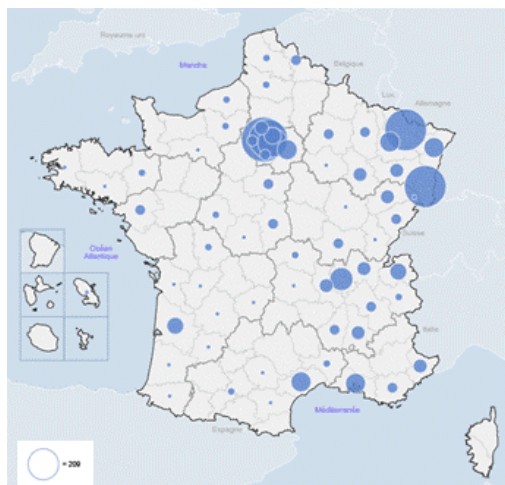
Sexe	n	%				
Hommes	2294	57,7				
Facteurs de risque	n	%				
Comorbidités	2543	64,0				
Sans ou Non renseignés	1433	36,0				
Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidités ¹		avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	0	0	0	0
15-44 ans	9	26	25	74	34	1
45-64 ans	109	31	238	69	347	9
65-74 ans	213	33	429	67	642	16
75 ans ou plus	1101	37	1851	63	2952	74
Tous âges	1432	36	2543	64	3975	100

Comorbidités	n	%
Obésité	167	7
Diabète	479	19
Pathologie respiratoire	482	19
Pathologie cardiaque	877	34
Hypertension artérielle	724	28
Pathologies neurologiques*	285	11
Pathologie rénale	294	12
Immunodéficience	71	3

* pathologies neurologiques, incluant les pathologies neuro-vasculaires et neuro-musculaires

¹ % présentés en ligne ; ² % présentés en colonne

Figure 15 : Nombre de décès certifiés par voie électronique, avec une mention de COVID-19 dans les causes médicales de décès en France du 1 mars au 6 avril 2020 (données du 07 avril 2020), certification électronique des décès (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)



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.

En semaines 12 (du 16 au 22 mars) et 13 (du 23 au 29 mars 2020), la mortalité toutes causes confondues au niveau national était significativement supérieure à la mortalité attendue sur cette période (Figure 16). Au niveau national, **l'excès de mortalité sur la semaine 12 est estimé à +15,1%**.

Cette hausse de la mortalité toutes causes confondues était particulièrement marquée dans les régions **Grand Est** (Figure 17a) et **Ile-de-France** (Figure 17b). La mortalité toutes causes confondues était également significativement supérieure à la mortalité attendue dans les régions Hauts-de-France, Bourgogne-Franche-Comté (semaines 12 et 13), ainsi qu'en Corse en semaine 12 et en Auvergne-Rhône-Alpes et Centre-Val-de-Loire en semaine 13.

A l'échelon départemental, 24 départements présentaient un excès de mortalité par rapport à la mortalité attendue en semaine 12 et 32 départements en semaine 13 (Figures 18a et 18b).

Les personnes âgées de 65 ans ou plus étaient majoritairement concernées par cette hausse de la mortalité toutes causes.

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.** La hausse de la mortalité observée dans ces régions est probablement liée à l'épidémie de COVID-19, sans qu'il ne soit possible d'en estimer la part attribuable à cette date.

Figure 16 : Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues en France de la semaine 36/2013 à la semaine 13/2020 (Source Santé publique France - Insee)

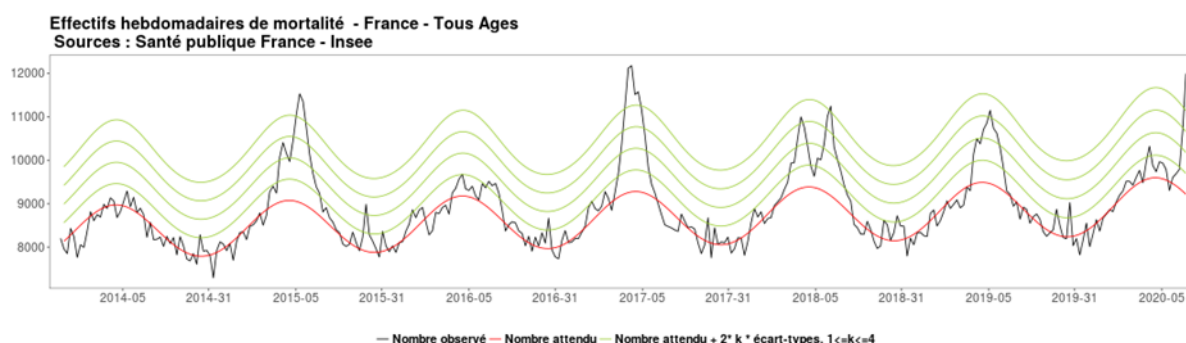
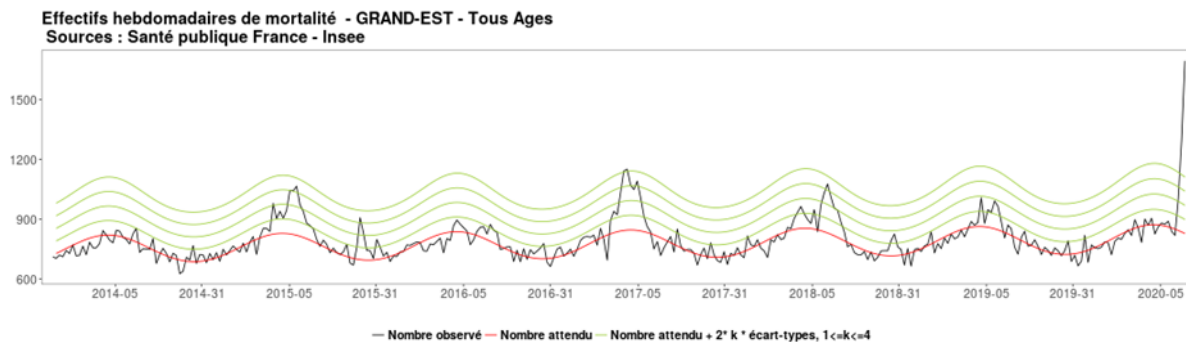


Figure 17 : Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues dans la région Grand Est (17a) et Ile-de-France (17b) de la semaine 36/2013 à la semaine 13/2020 (Sources : Santé publique France - Insee)

17a



17b

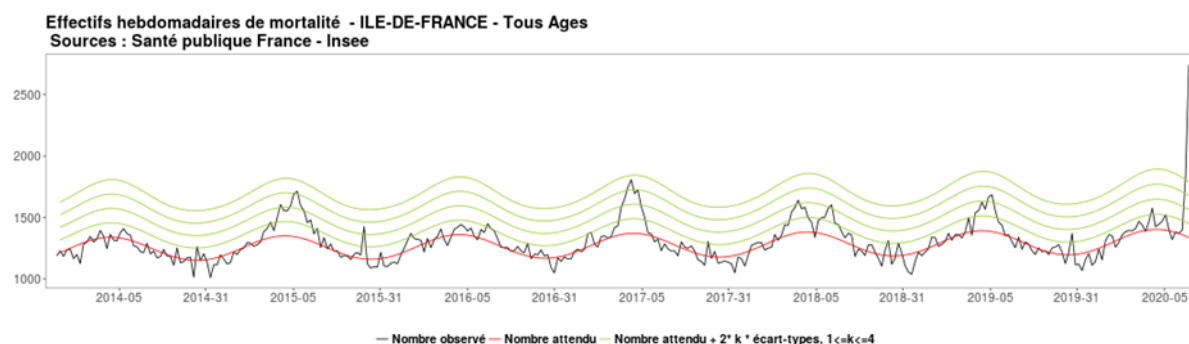
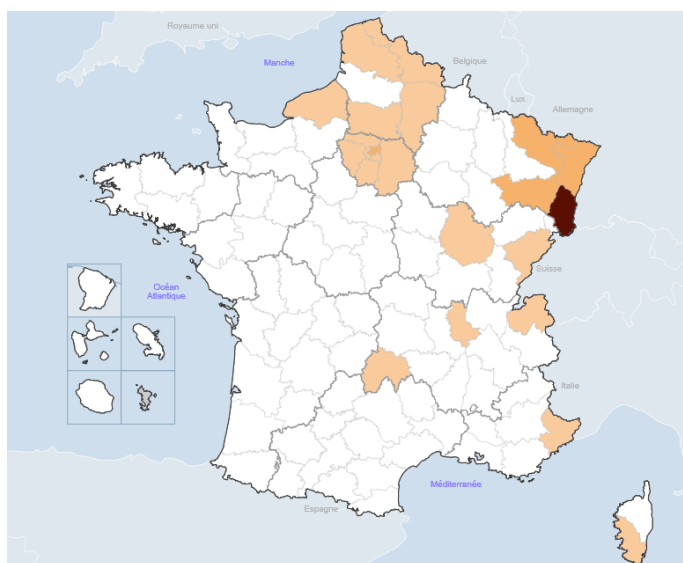


Figure 18 : Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 12 (du 16 au 22 mars) et 13 (du 23 au 29 mars 2020) données au 8 avril 2020, par département (Sources : Sante publique France , Insee)

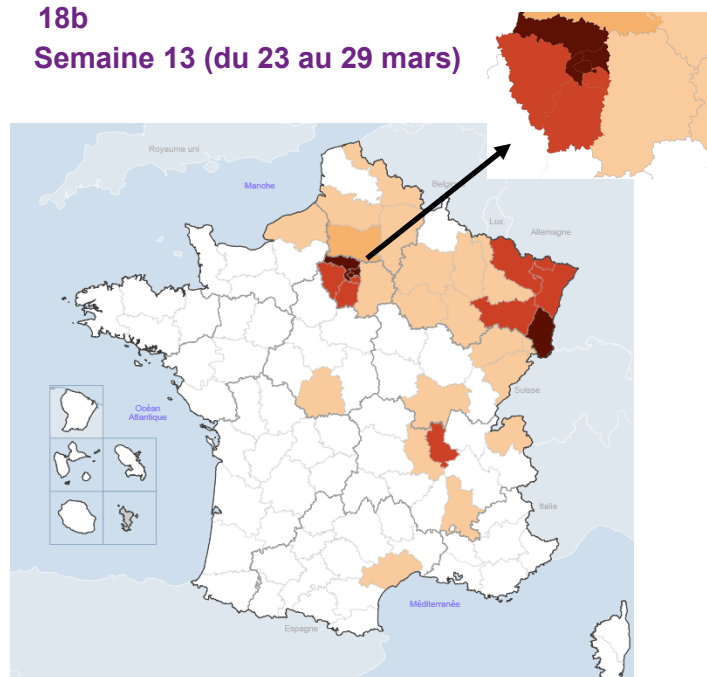
18a

Semaine 12 (du 16 au 22 mars)



18b

Semaine 13 (du 23 au 29 mars)



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

Enquête séro-épidémiologique en population générale sur la prévalence des infections à SARS-CoV-2

En complément du dispositif national de surveillance de l'épidémie de COVID-19, Santé publique France a programmé une enquête séro-épidémiologique visant à estimer par classe d'âge et par région la fréquence des infections à SARS-CoV-2 en population générale, quels qu'en ont été les symptômes. Des mesures de prévalence des anticorps dirigés contre le SARS-CoV-2 développés au sein de la population seront réalisées à différents moments au cours de l'épidémie.

Pour ce faire, des échantillons de sérums résiduels issus d'analyses de routine des réseaux des laboratoires Cerba et Eurofins-Biomnis au maillage national seront testés de façon anonyme au Centre National de Référence « Virus des infections respiratoires – dont la grippe » de l'Institut Pasteur.

Les premiers résultats portant sur les semaines 11 (9-15 mars) et 15 de 2020 (6 -12 avril), respectivement avant et après la mise en place des mesures de confinement généralisé, seront disponibles dans les prochaines semaines. Deux autres mesures de prévalence sont programmées pour être réalisés plus tard dans l'évolution de l'épidémie et au décours de la vague épidémique actuelle.

Prévention

Surveillance des indicateurs de mesure de protection et de santé mentale

Résultats de la première vague de l'enquête

Un dispositif d'enquêtes en ligne conduites auprès d'échantillons non probabilistes a été conduit auprès de 2000 personnes issues d'un *access panel* (BVA, prestataire des enquêtes quantitatives par quotas de Santé publique France). [Ce dispositif d'enquête](#) vise à mesurer le degré d'adoption des mesures de protection, à évaluer l'état de santé mentale de la population et à en suivre l'évolution au cours de la période de confinement. Cinq vagues d'enquêtes ont été programmées entre le 23 mars et le 14 mai 2020. Les premières données disponibles (vague 1) ont été recueillies entre le 23 et le 25 mars 2020.

Adoption des mesures de protection (distanciation physique et gestes barrières)

Le niveau de déclaration de l'application des mesures de distanciation physique est élevé.

Précautions déclarées	Oui	BI - BS
Rester confiné à la maison le plus possible	98,4%	97,9 - 98,9
Limiter toutes formes d'interactions sociales (réunion familiale ou entre amis, apéritifs...)	98,1%	97,5 - 98,7
Garder une distance d'au moins un mètre avec les autres personnes dans les magasins, les marchés ou les lieux publics	97,3%	96,6 - 98,0

BI, BS : bornes inférieure et supérieure de l'estimation, méthode des quotas

Le niveau de déclaration de l'application des mesures d'hygiène personnelle est également très élevé.

Précautions déclarées	Oui	BI - BS
Se laver très régulièrement les mains avec du savon ou utiliser du gel hydroalcoolique	99,2%	98,8 - 99,6
Utiliser un mouchoir à usage unique et le jeter après une utilisation	87,4%	85,9 - 88,9
Saluer sans se serrer la main et éviter les embrassades	97,4%	96,7 - 98,1
Tousser ou éternuer dans son coude	88,7%	87,3 - 90,1

BI, BS : bornes inférieure et supérieure de l'estimation, méthode des quotas

Santé mentale (anxiété)

L'anxiété a été mesurée à partir de l'*Hospitality Anxiety and Depression scale* (HAD). Plus d'un quart (26,7%) des répondants de l'échantillon sont dans un état d'anxiété à comparer aux 13,5% mesurés en 2017 hors période épidémique (Baromètre santé 2017)

Cette 1^{ère} vague a montré qu'un bon niveau d'adoption des mesures de protection est lié au fait de considérer le COVID-19 comme étant une maladie grave, de penser que l'on peut être vulnérable à cette maladie, de percevoir que son entourage approuve et adopte les mesures de protection et enfin de considérer que les mesures de protection sont efficaces. Un certain degré d'anxiété est favorable à l'adoption des mesures de protection, tandis qu'un niveau élevé d'affects négatifs associés au confinement (par exemple la colère, l'impuissance, la solitude) est défavorable à l'adoption de ces mesures.

Ces premiers résultats confirment l'importance de travailler sur les facteurs qui favorisent à la fois l'adoption des mesures de protection et la réduction des états anxieux (soutien social, efficacité perçue des mesures de protection, sentiment d'être capable de les mettre en œuvre).

1 Baromètre santé 2017. Enquête réalisée par téléphone selon un sondage aléatoire à deux degrés sur lignes téléphoniques fixes (ménage puis individu) et à un degré sur lignes téléphonique mobiles (individu) entre janvier et juillet 2017 auprès d'un échantillon représentatif de la population des 18-75 ans résidant en France métropolitaine et parlant le français. L'échelle de mesure de l'anxiété a été administrée à un sous-échantillon de 6 367 personnes.

Outils de prévention

En semaine 14, les deux premières vidéos de la collection « Ma vie au quotidien » « Faire ses courses » et « Garder sa maison saine » sont diffusées sur Facebook, via Loopsider. Cinq autres vidéos vont être diffusées dans les jours à venir.

Par ailleurs, en lien avec les résultats de son enquête psycho-comportementale, Santé publique France a finalisé une stratégie de communication sur la thématique « Santé mentale » : des spots TV et radio et une affiche pour les publics vulnérables sont, notamment, en cours de création.

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 grand public

Discussion

Depuis le début de la semaine 14 (semaine du 30 mars au 5 avril 2020), les données des réseaux OSCOUR et SOS Médecins, ont montré une tendance à la baisse des nombres quotidiens de recours pour suspicion de COVID-19. La part de ces recours dans l'activité toutes causes et tous âges de ces 2 réseaux était également en diminution.

Les données du Réseau Sentinelles ont permis d'estimer que 36 305 nouveaux cas de COVID-19 (IC95% : 15 196 ; 57 414) ont consulté ou téléconsulté un médecin généraliste en semaine 14. Le nombre de patients COVID-19 consultant un médecin généraliste est ainsi en diminution en comparaison avec la semaine précédente (S13 : 94 810 (IC95% : 67 578 ; 122 042)). L'estimation de la semaine 13, publiée la semaine dernière (90 607 cas) a pu être consolidée et revue à la hausse grâce à la prise en compte de prélèvements analysés après la publication du point épidémiologique du 31 mars.

Ces différents indicateurs vont dans le sens d'une diminution des recours aux soins pour COVID-19 en médecine ambulatoire ainsi que dans les urgences hospitalières et suggèrent une diminution du nombre de nouvelles contaminations. Ces tendances sont observées globalement dans l'ensemble des régions de France métropolitaine. La tendance à la baisse de ces indicateurs pourrait également, au moins en partie, être liée à un moindre recours des personnes présentant des formes peu sévères ou à une ré-organisation des soins avec mise en place de nouvelles modalités de prise en charge (développement de centres COVID-19 mobilisant des médecins libéraux).

Entre le 2 et le 5 avril, il a également été observé, au niveau national, une tendance à la diminution des nouvelles hospitalisations ainsi que des nouvelles admissions en services de réanimation pour COVID-19. Ces deux indicateurs ont de nouveau augmenté après le 7 avril, mais tout en restant à niveaux inférieurs à ceux des premiers jours d'avril. Les nombres de patients hospitalisés en service conventionnel et en services de réanimation en France ne diminuent pas même si on observe une tendance à la stabilisation sur les derniers jours. Les taux de positivité des prélèvements hospitaliers se stabilisent également entre les semaines 13 et 14. Ces résultats vont dans le sens d'une stabilisation de l'activité hospitalière qui devrait être suivie, en l'absence de réaugmentation des nouvelles infections, d'une diminution de la charge hospitalière liée au COVID-19.

L'évolution de l'infection reste favorable pour la majorité des patients, 19 337 patients sont retournés à domicile à leur sortie de l'hôpital.

Ces données sont en faveur, 3 semaines après le début du confinement, d'un ralentissement des nouvelles contaminations. Celui-ci a tout d'abord été observé par les systèmes de surveillance qui permettent une observation précoce des recours de première urgence. Ces tendances tendent à se confirmer dans les systèmes surveillant les formes les plus sévères de la pathologie (suivi des hospitalisations et admissions en réanimation).

Les décès liés au COVID-19 continuent en revanche à augmenter et le nombre total des décès liés au COVID-19 survenus en France dépasse depuis le 7 avril 2020 les 10 000 décès. Les décès pouvant être observés plusieurs semaines après le début des signes cliniques, il est attendu que l'impact des mesures de confinement sera observé à distance sur cet indicateur. Une hausse de la mortalité toutes causes est observée et est particulièrement marquée dans les régions Grand Est, Ile-de-France, Hauts-de-France, Bourgogne-Franche-Comté, Corse, Auvergne-Rhône-Alpes et Centre-Val-de-Loire. Cette surmortalité concerne principalement les personnes âgées de 65 ans et plus. La part de la mortalité attribuable à l'épidémie de COVID-19 reste cependant à déterminer.

Dans le contexte de la crise liée au COVID-19, une vigilance particulière est à apporter au risque d'un moindre recours aux soins des personnes présentant des maladies chroniques. Il est important que, malgré le confinement, ces personnes maintiennent leur suivi médical facilité par l'ensemble des mesures de télémédecine mis en œuvre.

Au total, ces résultats reflètent, selon toute vraisemblance, l'impact positif des mesures de contrôle et du confinement de la population. Les premiers résultats suggérant une stabilisation de la circulation du SARS-CoV-2 en France ne doivent pas, à ce stade, remettre en cause les mesures actuelles de confinement dans la mesure où le nombre de personnes hospitalisées pour COVID-19 ne montre pas encore, au 7 avril 2020, de signe de décroissance. En effet, compte tenu du niveau élevé de circulation du SARS-CoV-2, une levée prématurée des mesures de contrôle conduirait à une rapide reprise de l'épidémie.

Méthodes

La surveillance qui reposait sur le signalement individuel des cas confirmés, ne permettait plus de garantir des niveaux d'exhaustivité et de qualité suffisants pour suivre de manière satisfaisante la dynamique de l'épidémie. Un dispositif de surveillance en population à partir de plusieurs sources de données a été mis en place afin de documenter l'évolution de l'épidémie en médecine de ville, à l'hôpital (recours au soin et admission en réanimation) et des décès en complément d'une surveillance virologique à partir des laboratoires hospitaliers et de ville. Les objectifs de la surveillance sont de suivre la dynamique de l'épidémie et d'en mesurer l'impact en termes de morbidité et de mortalité. En phase 3, les systèmes de surveillance sont adaptés ou nouvellement déployés pour assurer la surveillance en population. La date de début effective de chaque surveillance est précisée ci-dessous (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) : 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 exhaustive à visée de caractérisation en terme 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 en collectivités de personnes âgées : nombres d'épisodes de cas groupés d'IRA et de cas groupés confirmés COVID-19 en Ehpad 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 du niveau de risque perçu d'être contaminé par le virus et évolution du niveau d'anxiété et de dépression (échelle HAD)

Pour en savoir plus sur les méthodes : consulter la page [Santé publique France](#)

Directrice de publication

Pr. Geneviève Chêne

Directeur adjoint de publication

Jean-Claude Desenclos

Equipe de rédaction

Sophie Vaux, Christine Campese, Anne Fouillet, Céline Caserio-Schonemann, Yu Jin Jung, Yann Le Strat, Julien Durand, Etienne Lucas, Laure Fonteneau, Costas Danis, Cécile Forgeot, Fatima Ait El Belghiti, Alexandra Septfons, Fanny Chereau, Marie-Michèle Thiam, Guillaume Spaccaverri, Patrick Rolland, Pierre Arwidson

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 :
09 avril 2020

Pour en savoir plus sur nos partenaires et les sources de données

- ▶ [SurSaUD®](#)
- ▶ [Réseau Sentinelles](#)
- ▶ [OSCOUR®](#)
- ▶ [SI-VIC](#)
- ▶ [SOS Médecins](#)
- ▶ [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