

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 14 avril 2020.

Points clés

- ▶ Diminution des recours pour COVID-19 en médecine générale, SOS Médecins et aux urgences hospitalières traduisant une diminution des nouvelles contaminations
- ▶ Diminution des nouvelles hospitalisations et des nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19
- ▶ Stabilisation du nombre de patients hospitalisés à un niveau élevé et amorce d'une diminution du nombre de patients hospitalisés en réanimation
 - Réanimation : au moins 67% des cas avec co-morbidités et 50% âgés de 65 ans et plus
 - Décès : 84% avec co-morbidités et 92% âgés de 65 ans et plus
- ▶ Excès de mortalité toutes causes au niveau national et 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 hebdomadaires, semaine 15/2020 (du 6 au 12 avril)

	S15	Evolution par rapport S14
Estimation du nombre de cas de COVID-19 ayant consulté un médecin généraliste (Réseau Sentinelles)	7 155	↘ (28 241)*
Nombre d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19	5256	↘ (8 786)
Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (réseau Oscour®)	19 037	↘ (27 066)
Nombre de nouvelles hospitalisation de patients COVID-19 (SI-VIC)	19 056	↘ (23 768)
Nombre de nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 (SI-VIC)	2753	↘ (4 495)
Taux de positivité des prélèvements (laboratoires hospitaliers)	21%	↘ (27%)*
Nombre de décès à l'hôpital (SI-VIC)	3 452	→ (3 404)

Indicateurs cumulés depuis début mars 2020 au 14 avril 2020

Nombre de cas de COVID-19 ayant été hospitalisé (SI-VIC)	71 903
Nombre de décès liés au COVID-19 (incluant les décès en hospitalisation et décès en EHPA et autres EMS)	16 653

* données consolidées

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



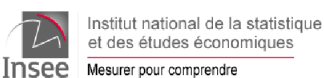
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation



SORBONNE UNIVERSITÉ
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. Les résultats présentés 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 15 (du 6 au 12 avril), le **taux de consultations** (ou téléconsultations) pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé à partir des données du Réseau Sentinelles était de **170/100 000 habitants** [intervalle de confiance à 95% : 154 ; 186] en France métropolitaine. Il était en diminution par rapport à celui de la semaine 14 (du 30 mars au 5 avril 2020) : 326/100 000 habitants [intervalle de confiance à 95% : 307 ; 345].

Au niveau régional, les taux d'incidence les plus élevés en semaine 15 étaient observés dans les régions Provence-Alpes-Côte d'Azur : 217 [112 ; 322], Grand Est : 208 [142 ; 274] et Ile-de-France : 194 [142 ; 246].

En semaine 15, sur les 37 prélèvements réalisés par les médecins généralistes et les pédiatres Sentinelles et analysés, 3 (8,1%) 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 S14, le taux de positivité pour SARS-CoV-2 était de 8,5% (7 positifs sur 82 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 11 cas pour 100 000 habitants (IC 95% [3;19]).

Il a été estimé que **7 155 nouveaux cas de COVID-19** (IC95% : 1 828 ;12482) ont consulté un médecin généraliste en semaine 15. Cette estimation était de 28 241 nouveaux cas de COVID-19 (IC95% : 14 682 ; 41 800) en semaine 14 (estimation consolidée avec les résultats des prélèvements complémentaires réceptionnés depuis le 8 avril). L'âge médian des 57 patients diagnostiqués COVID-19 depuis la S12 est de 54 ans (étendue : 1 – 87 ans).

Associations SOS Médecins

En semaine 15 (du 6 au 12 avril), le nombre d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19 rapportés par les associations SOS Médecins était en baisse de 40% par rapport à celui de la semaine précédente (5 256 en S15 versus 8 786 en S14) et ce pour la deuxième semaine consécutive. La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale était également en diminution (16% vs 19% en S14). Il convient cependant de noter une tendance à la stabilisation sur les derniers jours.

Parmi ces actes pour suspicion de COVID-19, 51% ont été rapportés chez les 15-44 ans, 25% chez les 45-64 ans, 7% chez les 65-74 ans et 10% chez les 75 ans et plus (stables par rapport à S14) (Figures 1 et 2).

Au niveau régional, l'activité quotidienne en lien avec le COVID-19 était stable en semaine 15 dans toutes les régions. Au total, 37 962 actes médicaux SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés depuis le 03 mars.

Figure 1. Nombre 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)

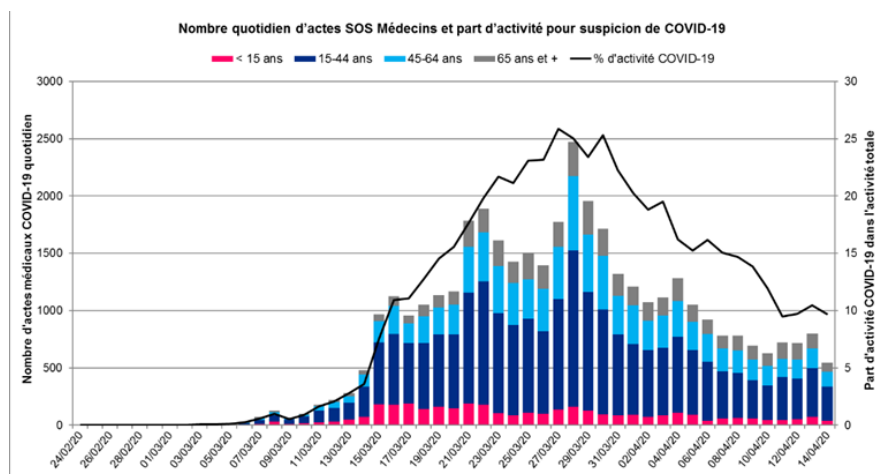
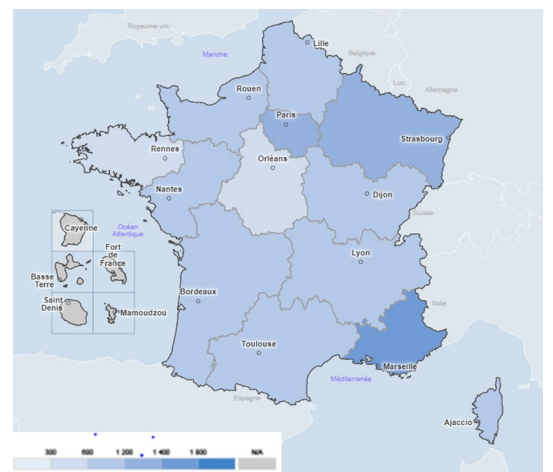


Figure 2. Taux d'actes médicaux pour suspicion de COVID-19, le 14 avril 2020 (pour 10 000 actes) (source : SOS Médecins)



Surveillance à partir des laboratoires de virologie

Dans les laboratoires de biologie médicale (LBM)

Dans le cadre du réseau 3 labo (Cerba, Eurofins Biomnis), les prélèvements provenaient de 1 500 laboratoires de ville et de 134 établissements de santé (21% des prélèvements d'origine hospitalière). Les résultats sont donc issus de prélèvements de ville et de prélèvements d'origine hospitalière. Les premiers tests de diagnostic de 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. La consolidation des données prend plusieurs semaines, les données des semaines précédentes peuvent ainsi être modifiées depuis le dernier point épidémiologique. Le réseau 3 labo n'est pas exhaustif de l'activité de l'ensemble des LBM en France.

Au 14 avril 2020 (12h), sur 98 073 tests réalisés dans les LBM du réseau 3 labo, **24 456 étaient positifs pour le SARS-CoV-2, soit un taux de positivité de 25%**.

Le taux de positivité des tests réalisés du 30 mars au 10 avril 2020, était de 25% en moyenne, 39% pour les prélèvements en provenance d'une structure hospitalière et de 20% pour les analyses réalisées sur des prélèvements de ville.

Le taux de positivité des tests réalisés sur les prélèvements de ville restait stable entre 18 et 21% depuis le 06 avril 2020 (Figure 3). Une disparité régionale était observée avec des taux de positivité plus élevés dans les régions Ile-de-France (33%), Hauts-de-France (26%) et Grand Est (23%) (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).

Figure 3. Nombre de tests réalisés par les laboratoires du réseau 3labo sur des prélèvements de ville uniquement, nombre de tests positifs et taux de positivité pour le SARS-CoV-2 par jour, France, du 30 mars au 10 avril 2020 (N total = 56 729 tests, n positifs = 11 525 tests) (source : Surveillance 3 labo)

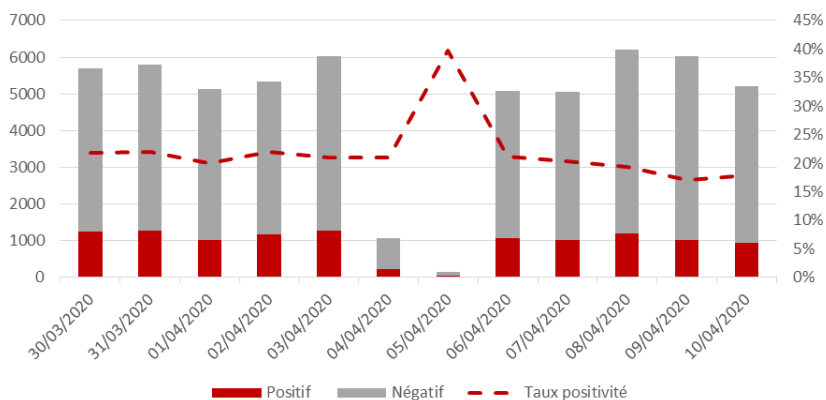
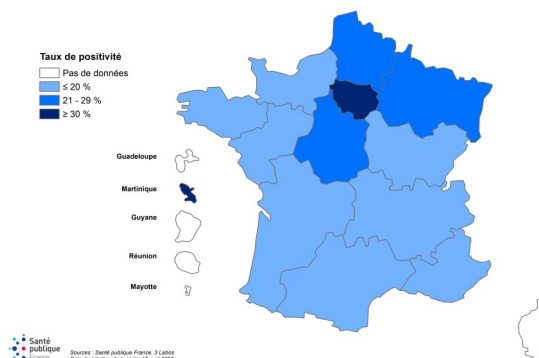


Figure 4. Répartition régionale du taux de positivité des tests pour le SARS-CoV-2 réalisés par les laboratoires de ville (prélèvements de ville uniquement), France du 30 mars au 10 avril 2020 (Source : Surveillance 3 labo)*



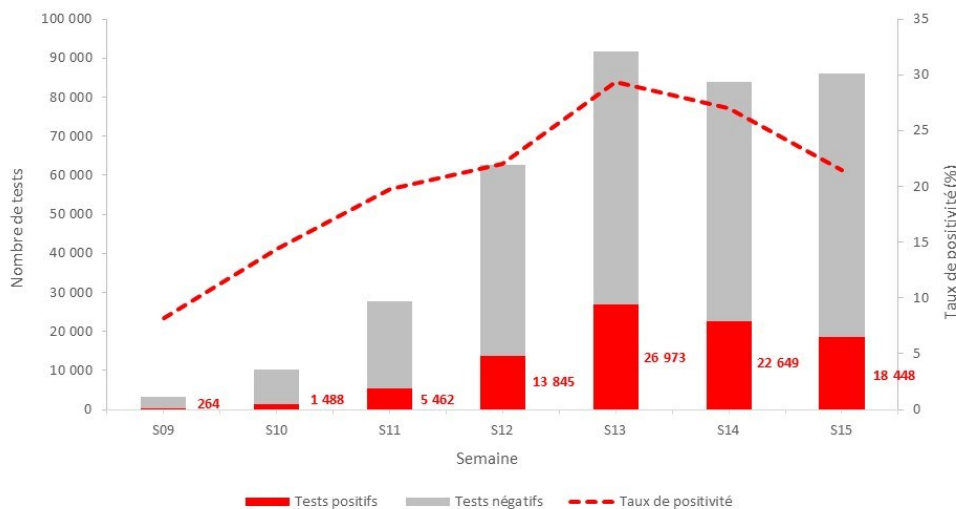
* Des estimations ne sont produites que si un minimum de 10 prélèvements ont été analysés. Dix prélèvements analysés pour la Martinique

Dans les laboratoires hospitaliers

Du 24 février au 12 avril, les laboratoires hospitaliers ont réalisé **365 589 tests** et **89 142 (24%) étaient positifs pour le SARS-CoV-2**. Après une augmentation observée jusqu'en semaine 13, le nombre de tests positifs ainsi que le taux de positivité des tests étaient en baisse ces 2 dernières semaines (21% en S15 et 27% en S14). (Figure 5).

La consolidation des données prend plusieurs semaines, les données des semaines précédentes peuvent ainsi être modifiées depuis le dernier point épidémiologique.

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 12 avril 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 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 estimé ainsi qu'entre le 21 janvier et le 14 avril 2020, 103 573 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 rapporté.

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

Des épisodes d'un ou de plusieurs cas liés au COVID-19 survenus entre le 01 mars 2020 et jusqu'au 14 avril dans 5 340 établissements ont été signalés 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 3 487 (66%) établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad, Ehpa et autres établissements) et 1 828 (34%) autres établissements médico-sociaux (EMS).

La date de début des signes du premier cas était renseignée pour 3 641 signalements (Figure 6). Du fait du délai de signalement, la décroissance observée cette semaine est à interpréter avec prudence et devra être confirmée dans les semaines à venir.

L'ensemble des 5 340 signalements correspondait à un total de 54 493 cas de COVID-19 (17 654 cas confirmés et 36 839 cas possibles), parmi lesquels 6 524 cas sont décédés dans les établissements (Tableau 1). Parmi ces décès, 6 339 étaient survenus dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Parmi le personnel des établissements sociaux et médico-sociaux, 11 507 cas confirmés et 18 936 cas possibles ont été rapportés (Tableau 1).

Figure 6. Nombre d'établissements ayant signalé un épisode concernant un ou plusieurs cas liés au COVID-19 par date de début des signes du premier cas, du 01 mars au 14 avril, Hors Ile-de-France

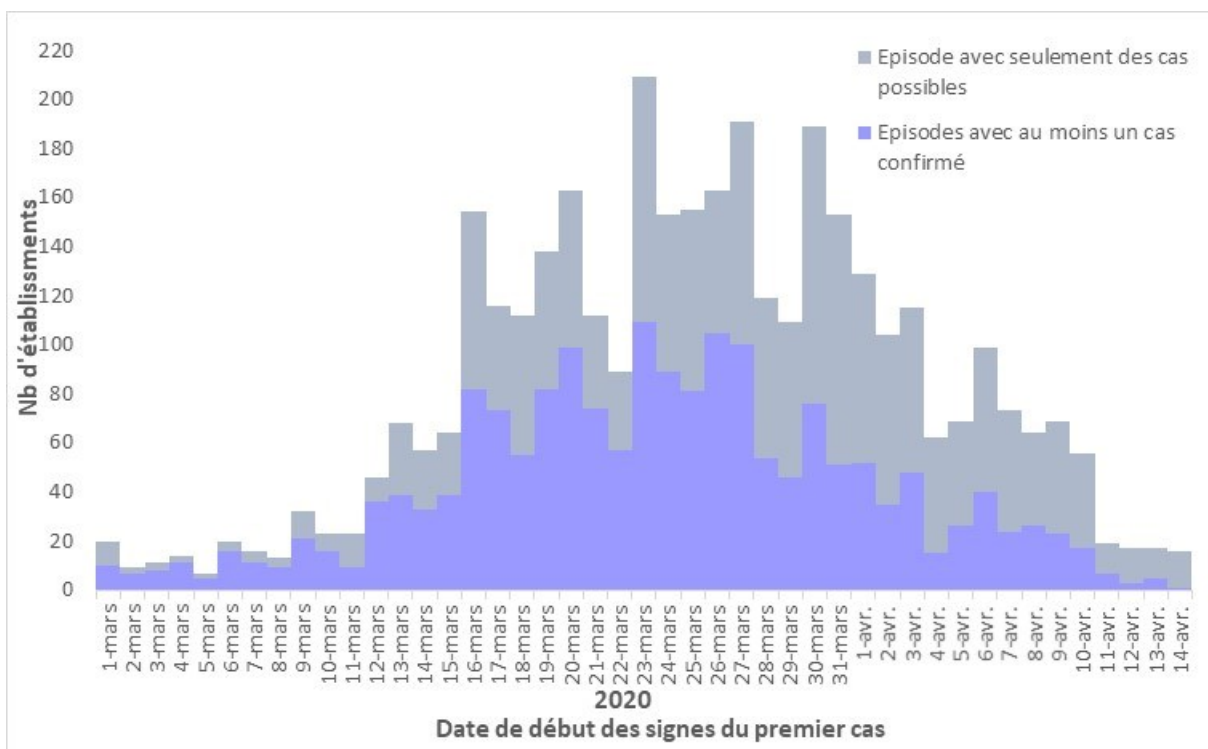


Tableau 1 : Nombre de signalements de cas COVID-19 et de décès chez les résidents et le personnel en EHPA et EMS rapportés du 01 mars au 14 avril 2020, France

		EHPA ¹	HPH ²	Aide enfance ³	Autres ⁴	Total ⁵
Chez les résidents	Signalements ⁶	3 487	1 415	231	182	5 340
	Cas confirmés ⁷	15 399	1 989	88	177	17 654
	Cas possibles ⁸	31 660	4 411	327	436	36 839
	Nombre total de cas ^{7,8}	47 059	6 400	415	613	54 493
	Décès hôpitaux ⁹	1 799	143	4	8	1 955
	Décès établissements ⁹	6 339	162	7	16	6 524
Chez le personnel	Cas confirmés ⁷	8 961	2 163	236	146	11 507
	Cas possibles ⁸	13 129	4 827	654	318	18 936
	Nombre total de cas ^{7,8}	22 090	6 990	890	464	30 443

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

²Hébergement pour personnes handicapée (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)

⁵Le total inclut les signalements dont le type d'établissement n'est pas renseigné

⁶Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible.

⁷Cas 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/EHPA.

⁸Cas 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/EHPA.

⁹Cas possibles et confirmés décédés

Hospitalisations, admissions en réanimation, retours à domicile

Depuis le 01 mars 2020 (date des premières informations disponibles dans l'outil SI-VIC), 1 206 établissements ont déclaré au moins un cas. Le 14 avril 2020 à 14h, **32 292** cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France d'après les données SI-VIC.

Parmi les 71 903 patients ayant été hospitalisés, **10 129 patients sont décédés** (71% étaient âgés de 75 ans et plus) et **28 805 patients** sont retournés à domicile (Tableau 2). L'âge médian des personnes ayant été hospitalisées était de 70 ans.

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

	Le 14 avril 2020				Depuis le 01 mars 2020			
	Hospitalisations		Dont Réanimations		Retours à domicile		Décès	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Total	32292		6730		28805		10129	
Classes d'âge *								
Total	32019		6669		28567		10062	
0-14 ans	129	< 1%	29	< 1%	462	2%	1	< 1%
15-44 ans	1970	6%	463	7%	5449	19%	105	1%
45-64 ans	7861	25%	2801	42%	10812	38%	1016	10%
65-74 ans	7059	22%	2365	35%	5577	20%	1769	18%
75 et +	15000	47%	1011	15%	6267	22%	7171	71%
Régions *								
Total	32131		6599		28804		10129	
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	3044	9%	659	10%	3081	11%	836	8%
Bourgogne-Franche-Comté	1361	4%	285	4%	1488	5%	551	5%
Bretagne	514	2%	117	2%	511	2%	149	1%
Centre-Val de Loire	996	3%	188	3%	629	2%	227	2%
Corse	74	< 1%	16	0%	129	< 1%	38	< 1%
Grand Est	4993	16%	872	13%	4928	17%	2166	21%
Hauts-de-France	2552	8%	538	8%	2184	8%	920	9%
Ile-de-France	13209	41%	2599	39%	9790	34%	3937	39%
Normandie	705	2%	177	3%	626	2%	230	2%
Nouvelle-Aquitaine	866	3%	251	4%	866	3%	207	2%
Occitanie	962	3%	279	4%	1360	5%	266	3%
Pays de la Loire	820	3%	155	2%	749	3%	209	2%
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1894	6%	422	6%	2240	8%	374	4%
Outre-Mer								
La Réunion	28	< 1%	3	< 1	72	< 1%	0	< 1%
Martinique	39	< 1%	16	< 1	52	< 1%	6	< 1%
Mayotte	15	< 1%	3	< 1	35	< 1%	3	< 1%
Guadeloupe	41	< 1%	18	< 1	51	< 1%	10	< 1%
Guyane	18	< 1%	1	< 1	13	< 1%	0	< 1%

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

Figure 9. Nombre de cas de COVID-19 hospitalisés pour 100 000 habitants par région en France, du 1^{er} mars au 14 avril 2020 (source : SI-VIC)

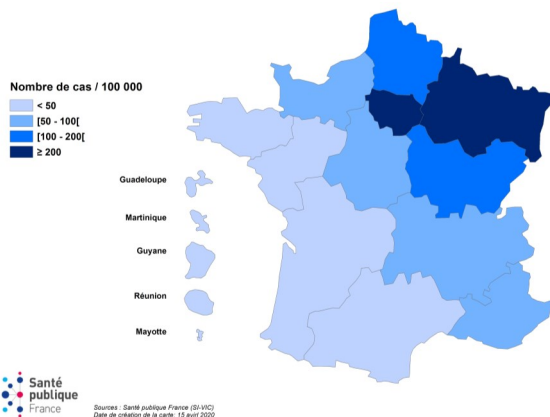
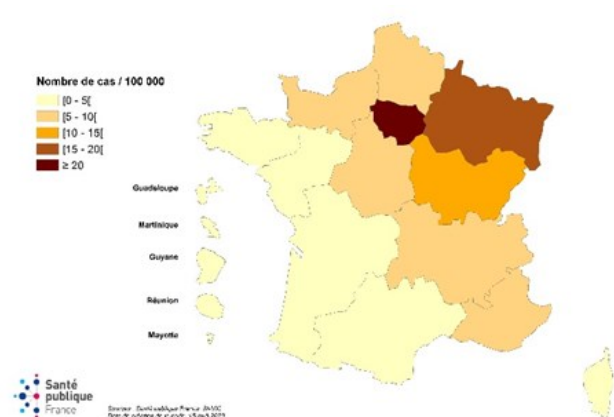


Figure 10. Nombre de patients hospitalisés en réanimation pour 100 000 habitants par région en France, du 1^{er} mars au 14 avril 2020 (source : SI-VIC)



Les régions Grand Est (233/100 000 habitants), Ile-de-France (233), Bourgogne-Franche-Comté (132) et Hauts-de-France (104) sont celles ayant rapporté les plus forts taux d'hospitalisation de patients COVID-19 (Figure 9).

L'évolution des nouvelles hospitalisations pour COVID-19 a montré une diminution au cours de la semaine 15 (19 056 cas en S15 vs. 23 768 en S14). Cette diminution a été artificiellement accentuée au cours du week-end de Pâques du fait d'une diminution des saisies dans SI-VIC (Figure 11). L'augmentation observée le 14 avril pourrait ainsi être très majoritairement due à un rattrapage des saisies des données d'hospitalisation du week-end.

Le nombre de cas de COVID-19 hospitalisés en France a continué à augmenter mais tend à se stabiliser sur les derniers jours (Figure 12).

Figure 11. Nombre journalier de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés et nombre d'établissements déclarants, données du 14 avril 2020, France (source : SI-VIC)

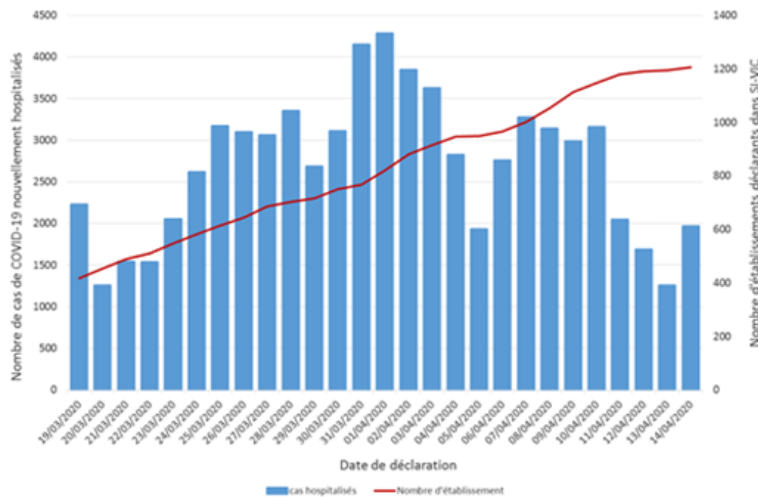
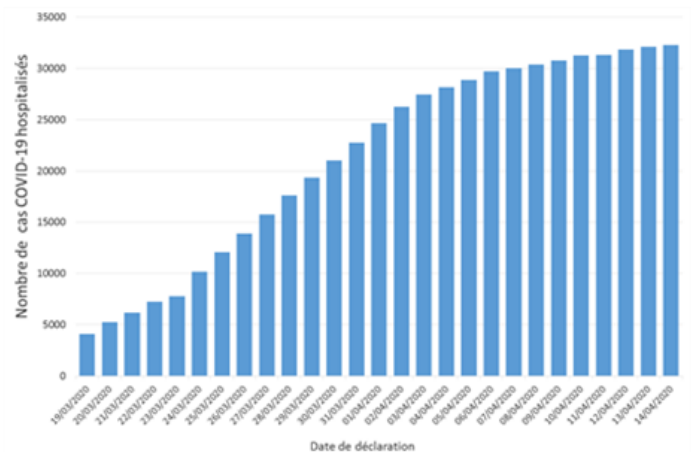


Figure 12. Nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés en France, données du 14 avril 2020 (source : SI-VIC)



Le 14 avril 2020, **275** nouvelles admissions en réanimation de patients COVID-19 ont été rapportées ainsi que **559** décès (Figure 14). Au total, **6 730** cas de COVID-19 étaient hospitalisés en réanimation en France. Les régions Ile-de-France, Grand-Est et Bourgogne-Franche-Comté sont celles ayant rapporté les plus forts taux d'hospitalisation en réanimation de patients COVID-19 (Figure 10).

Le nombre journalier de nouvelles admissions de patients COVID-19 en réanimation était en diminution (2 753 en S15 vs. 4 495 en S14). Le nombre de décès s'est stabilisé (3 452 en S15, 3 404 en S14). Une diminution des saisies dans l'application SI-VIC au cours du week-end de Pâques a conduit à une diminution artificielle des nombres de décès rapportés avec un rattrapage observé le 14 avril 2020 (Figure 13).

Le nombre de cas hospitalisés en réanimation s'était stabilisé à un niveau élevé à compter du 5 avril et a amorcé une lente diminution depuis quelques jours (Figure 14).

Figure 13. 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 14 avril 2020 (source : SI-VIC)

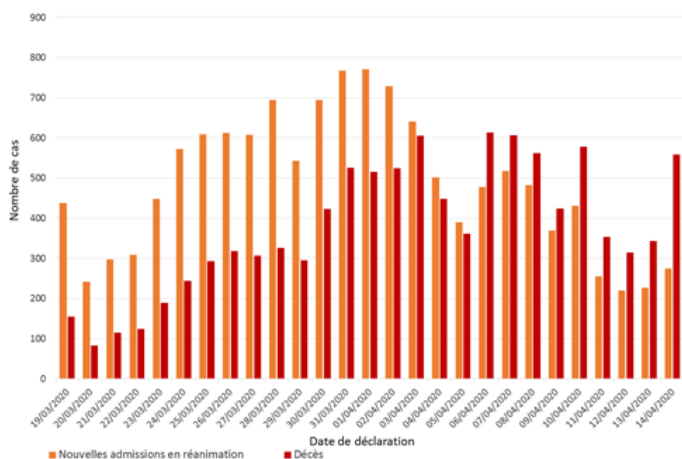
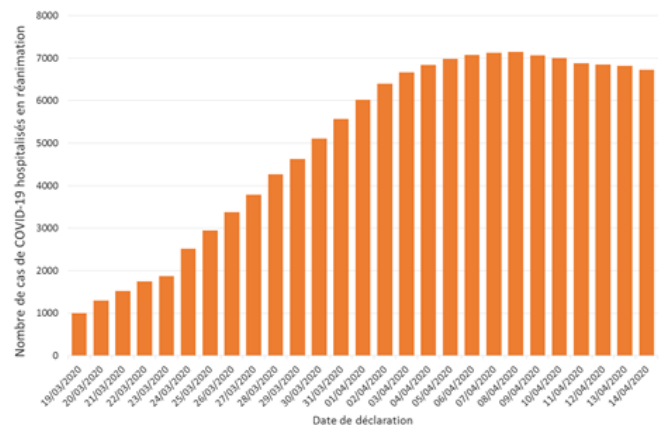
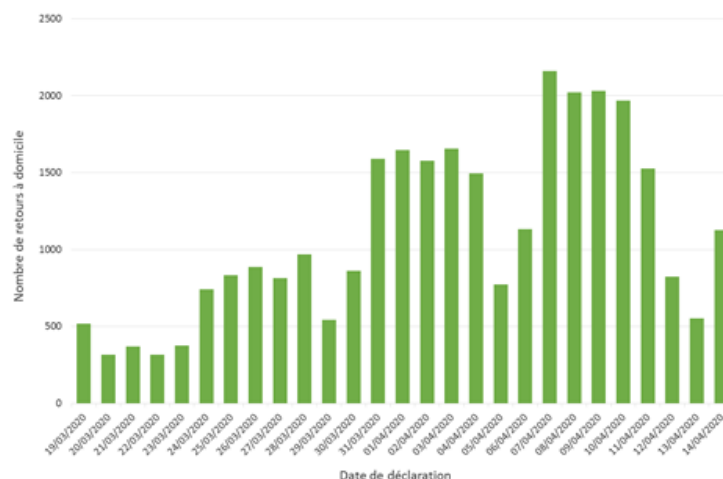


Figure 14. Nombre journalier de cas de COVID-19 hospitalisés en réanimation, données au 14 avril 2020, France (source : SI-VIC)



Le nombre journalier des retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation montrent une nette augmentation au cours de la semaine 15 (du 6 au 12 avril) puis une diminution des sorties au cours du week-end de Pâques avec un rattrapage observé en début de semaine 16 (Figure 15).

Figure 15. Nombre journalier de retours à domicile de patients COVID-19 après hospitalisation, France, données du 14 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 volontaires de réanimation. 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, 2 806 cas ont été rapportés par 144 services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, dont 237 cas admis en semaine 15 (vs 710 cas en S14, 1 164 cas en S13). Des cas ont été signalés dans toutes les régions.

Une confirmation virologique a été rapportée pour 2 535 (90%) patients admis en réanimation et un résultat de scanner avec présence de lésions évocatrices de COVID-19 (donnée recueillie depuis le 27/03/2020) a été rapporté pour 635 (23%) patients.

Parmi les 2 806 cas, 76 étaient des professionnels de santé. Les cas rapportés étaient majoritairement des hommes (73%) et l'âge moyen était de 61 ans (18% étaient âgés de 75 ans et plus) (Tableau 3a). La majorité des cas (67%) présentait au moins une comorbidité (Tableau 3b).

Les comorbidités peuvent être sous-estimées en raison du recueil récent de l'hypertension artérielle et du fait que seule l'obésité morbide était jusqu'à présent prise en compte.

Tableau 3a : Nombre de cas graves de COVID-19 admis en réanimation et nombre de décès survenus en réanimation rapportés du 16/03 au 12/04/2020 en France (données arrêtées le 14 avril 2020 à 13h, N=2 806), selon la classe d'âge et la présence de comorbidité*

Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidité ¹		Avec comorbidité ¹		Total ²	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
0-14 ans	11	65	6	35	17	1
15-44 ans	87	44	111	56	198	7
45-64 ans	376	37	652	63	1 028	38
65-74 ans	250	26	698	74	948	35
75 et +	124	25	370	75	494	18
Non renseigné	10	23	33	77	43	2
Total	858		1 870		2 728	
Décès selon la classe d'âge						
0-14 ans	1		0		1	<1
15-44 ans	1		4		5	2
45-64 ans	14	22	50	78	64	23
65-74 ans	14	14	88	86	102	36
75 et +	14	13	91	87	105	37
Non renseigné	0		5		5	2
Total	44		238		282	

¹ % présentés en ligne

² % présentés en colonne

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

Le délai médian d'admission en réanimation suite à l'apparition des premiers signes était de 8 jours (intervalle inter-quartile (IIQ): 5-11 jours, donnée disponible pour 942 patients). Parmi l'ensemble des cas signalés, 291 décès ont été rapportés et 735 patients étaient sortis de réanimation. Parmi les 646 personnes sorties de réanimation pour lesquelles l'information était disponible, la durée médiane de séjour en réanimation était de 7 jours (IIQ : 3-12 jours).

Une co-infection ou surinfection a été rapportée pour 124 cas (4%). Les agents infectieux les plus fréquemment retrouvés étaient : *Staphylococcus aureus* (21 cas), *Streptococcus pneumoniae* (20 cas), et *Haemophilus influenzae* (14 cas).

Parmi les 291 décès, l'âge moyen était de 70 ans (37% des personnes décédées étaient âgées de 75 ans et plus) (Tableau 3a) et 84% présentaient au moins une comorbidité (Tableau 3a). Les comorbidités les plus fréquemment rapportées étaient une pathologie cardiaque (36%), un diabète (30%) et une pathologie pulmonaire (23%). Cinq patients décédés étaient des professionnels de santé (Tableau 3a et 3b). 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.

Tableau 3b : Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation rapportés du 16/03 au 12/04/2020 en France (données arrêtées le 14 avril 2020 à 13h, N=2 806) par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle*

Sexe	Ensemble des cas (n=2 806)		Décès en réanimation (n=291)	
	Effectif	%	Effectif	%
Ratio homme/femme et % d'hommes	2,7	73	2,5	71
Classes d'âge				
0-14 ans	17	1	1	<1
15-44 ans	204	7	5	2
45-64 ans	1 057	38	66	23
65-74 ans	972	35	106	36
75 et +	510	18	108	37
Non renseigné	46	2	5	2
Total	2 806		291	
Facteurs de risque, comorbidités et grossesse				
Aucun	858	31	44	15
Diabète	690	25	87	30
Hypertension artérielle (HTA)	572	20	61	21
Pathologie cardiaque	543	19	104	36
Pathologie pulmonaire	460	16	68	23
Obésité morbide (IMC>40kg.m ⁻²)	256	9	27	9
Immunodéficience	176	6	26	9
Pathologie rénale	151	5	29	10
Pathologie neuromusculaire	88	3	21	7
Pathologie hépatique	16	1	4	1
Grossesse	13	0	0	0
Autre	244	9	32	11
Non renseigné	78	3	9	3
SDRA¹				
Pas de SDRA	583	21	17	6
Mineur	264	9	9	3
Modéré	865	31	42	14
Sévère	957	34	199	68
Non renseigné	137	5	24	8
Ventilation²				
Oxygénothérapie (lunettes ou masque)	299	11	17	6
Oxygénothérapie à haut débit	613	22	56	19
VNI/Oxygénothérapie à haut débit	94	3	10	3
Ventilation invasive	1 534	55	201	69
ECMO/ECCO2R	63	2	12	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 lors d'une hospitalisation et en Ehpad et autres EMS

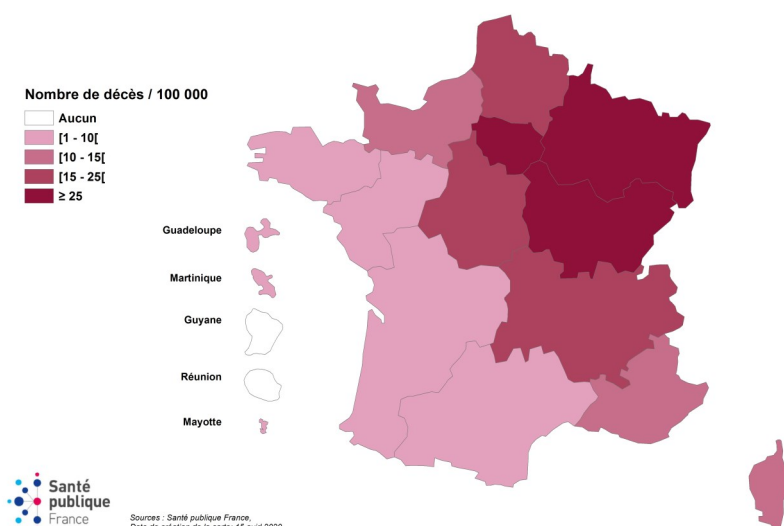
Les estimations de la mortalité spécifique au COVID-19 sont réalisées en tenant compte des patients décédés suite à une hospitalisation (données SI-VIC) ainsi que des résidents décédés dans les établissements sociaux et médico-sociaux.

Entre le 1^{er} mars et le 14 avril 2020, 16 653 décès de patients COVID-19 ont été rapportés à Santé publique France ; 10 129 décès sont survenus au cours d'une hospitalisation et 6 524 décès parmi des résidents en Ehpa et autres EMS.

Les personnes âgées de 65 ans et plus représentent plus de 92% des personnes COVID-19 décédées.

Les régions Ile-de-France, Grand Est et Bourgogne-Franche-Comté sont celles ayant rapporté les plus forts taux de décès de patients COVID-19 rapportés à la population (/ 100 000 habitants) (Figure 9).

Figure 16 : Nombre de décès COVID-19 pour 100 000 habitants par région en France, du 1er mars au 14 avril 2020 (décès hospitalier, en Ehpa et autres EMS)



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, 6 194 décès contenaient une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées (Tableau 4). L'âge médian au décès était de 84 ans et 75% avaient 75 ans et plus. Les hommes représentaient 56% de ces décès. Les régions Ile-de-France et Grand Est rapportaient le plus grand nombre de décès certifiés électroniquement avec une mention de COVID-19.

Des comorbidités étaient renseignées dans 4 147, soit 67% des certificats de décès certifiés par voie électronique. Parmi ces décès, une mention d'hypertension artérielle était indiquée dans 26% des certificats de décès et 43% des certificats contenaient une mention de pathologies cardiaques en comorbidité. Sur l'ensemble des décès certifiés électroniquement, 2% 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 1^{er} mars au 14 avril 2020 (données du 15 avril 2020), certification électronique des décès (Source : Santé publique France, Inserm-CépiDC)

Sexe	n	%			
Homme	3457	55,8			
Facteurs de risque	n	%			
Comorbidité(s)	4147	67,0			
Sans ou Non renseignés	2047	33,0			
Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ¹		avec comorbidités ¹		
	n	%	n	%	n
0-14 ans	0	0	0	0	0
15-44 ans	13	22	45	78	58
45-64 ans	119	23	395	77	514
65-74 ans	273	29	684	71	957
75 ans ou plus	1641	35	3022	65	4663
Tous âges²	2046	33	4146	67	6192

	n	%
Obésité	255	6
Diabète	695	17
Pathologie respiratoire	558	13
Pathologie cardiaque	1780	43
Hypertension artérielle	1066	26
Pathologie neurologique	481	12
Pathologie rénale	490	12
Immunodéficience	101	2

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

¹% présentés en ligne ; ²% présentés en colonne

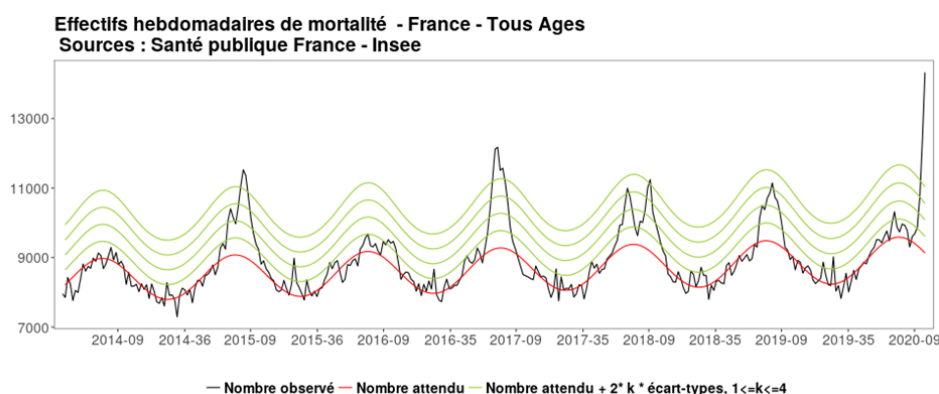
Mortalité toutes causes

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.

En semaines 12 (du 16 au 22 mars), 13 (du 23 au 29 mars 2020) et 14 (du 30 mars au 5 avril), la mortalité toutes causes confondues au niveau national était significativement supérieure à la mortalité attendue sur cette période (Figure 17). Au niveau national, **l'excès de mortalité était estimé à +16% en semaine 12 et à +34% en semaine 13.**

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

Figure 17 : Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues en France de la semaine 36/2013 à la semaine 14/2020 (Source Santé publique France - Insee)



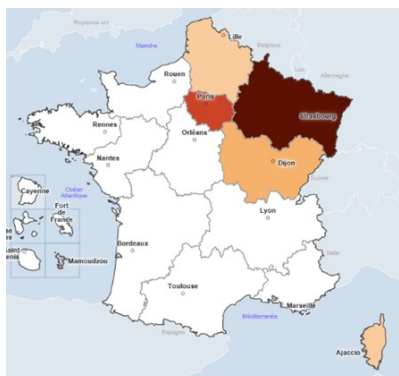
Cette hausse de la mortalité toutes causes confondues était particulièrement marquée dans les régions **Grand Est** et **Ile-de-France** (Figure 18). Au total, la mortalité toutes causes confondues était significativement supérieure à la mortalité attendue : en semaine 12, dans 5 régions, en semaine 13, dans 6 régions et en semaine 14 dans 10 régions : Grand Est, Ile de France, Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France, Centre Val de Loire et de façon modérée dans les régions Pays de la Loire, Normandie, Occitanie et la Corse (Figures 18).

A l'échelon départemental, 24 départements présentaient un excès de mortalité par rapport à la mortalité attendue en semaine 12, 33 départements en semaine 13 et 42 départements en semaine 14 (Figures 19).

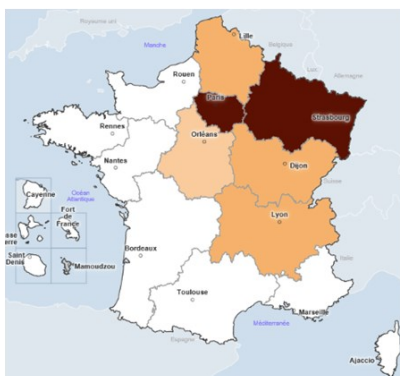
Du fait des délais habituels de transmission des certificats de décès par les bureaux d'état-civil, les données sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines. Les estimations pour la semaine 12 sont en revanche quasi consolidées. **Les estimations d'excès de mortalité observées 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.

Figures 18 : Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 12 (du 16 au 22 mars), 13 (du 23 au 29 mars 2020) et 14 (du 30 mars au 5 avril), données au 15 avril 2020, par région (Sources : Santé publique France, Insee)

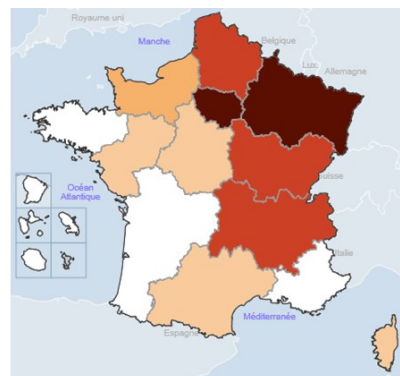
Semaine 12



Semaine 13

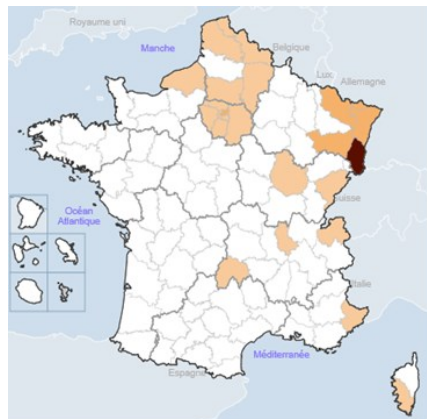


Semaine 14

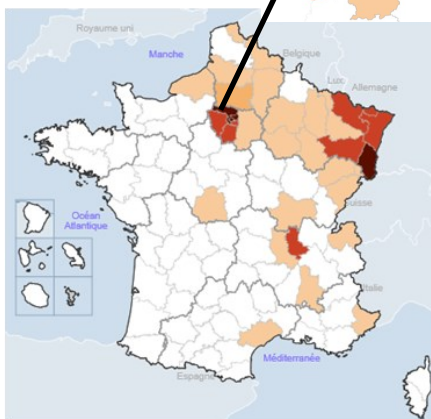


Figures 19 : Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues sur les semaines 12, 13 et 14 données au 15 avril 2020, par département (Sources : Santé publique France , Insee)

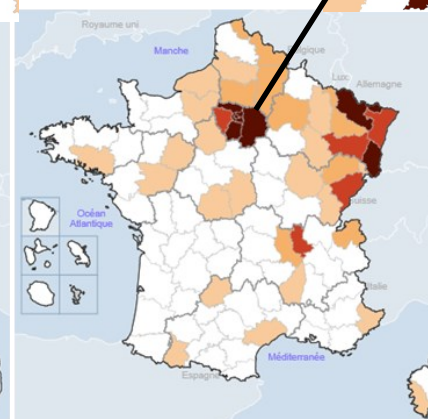
Semaine 12



Semaine 13



Semaine 14



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

Passages aux urgences pour pathologies cardio et neuro-vasculaires

Depuis le début de la période de confinement (semaine 12), l'activité toutes causes aux urgences a fortement diminué pour toutes les classes d'âges, de l'ordre de 48% pour les passages et de 21% pour les hospitalisations après passage, sur les semaines 12 à 15 par rapport aux semaines équivalentes de 2019.

L'impact du confinement a été évalué sur les semaines 12 à 15 pour trois groupes de pathologies cardio-neuro-vasculaires pouvant représenter des urgences vitales et nécessitant une prise en charge immédiate : les cardiopathies ischémiques, les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et la maladie veineuse thromboembolique (thrombose veineuse/embolie pulmonaire) (MVTE) (Figures 20 à 22).

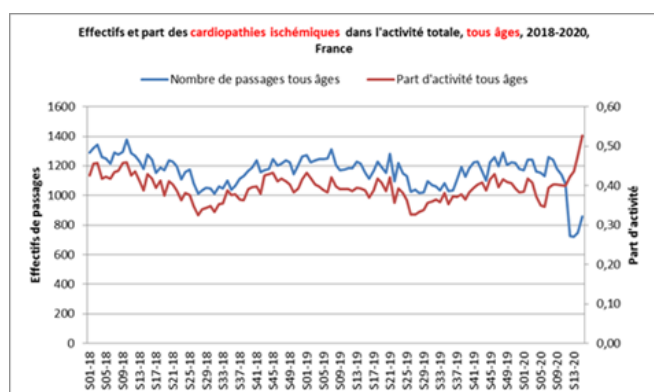
Sur la période S12-S15, le nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations après passages pour cardiopathie ischémique a diminué d'environ 35%, pour AVC de 27% et pour la MVTE de 28% (passages) et 18% (hospitalisations), par rapport à la période S12-S15 de 2019.

La part des recours pour ces trois pathologies dans l'activité totale était en légère hausse sur les 2 dernières semaines (S14-S15).

La proportion d'hospitalisation après passage tous âges était en légère hausse pour les cardiopathies ischémiques (+3%) et les AVC (+2%) et en plus forte hausse, de l'ordre de +8% pour la MVTE (en particulier chez les 15-44 ans, chez qui cette hausse atteignait 13%) par rapport à la même période en 2019.

Figure 20. Recours aux urgences pour cardiopathie ischémique, tous âges, 2018-2020, France

20a Nombre de passages et part d'activité pour cardiopathie ischémique dans l'activité toutes



20b Nombre d'hospitalisations et proportion d'hospitalisations après passages pour cardiopathie ischémique

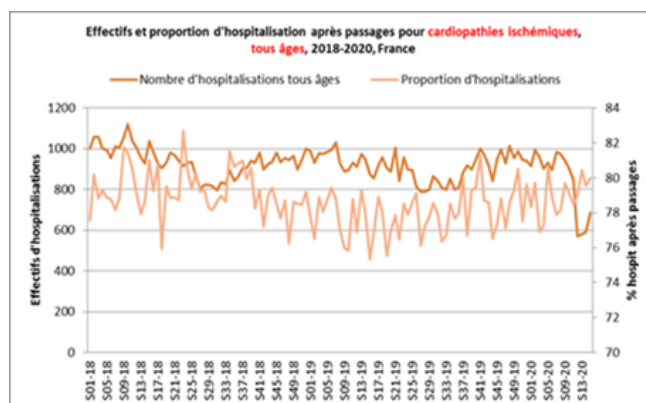
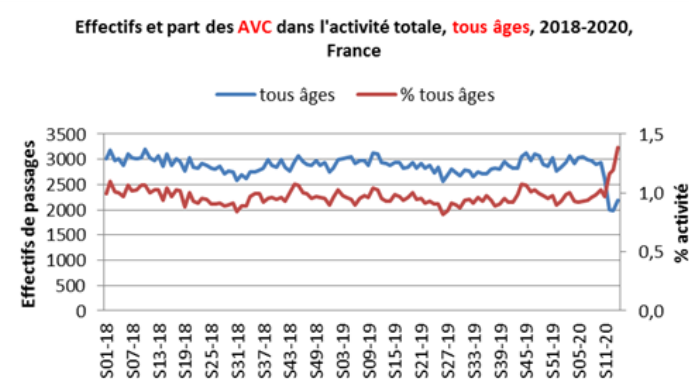


Figure 21. Recours aux urgences pour accident vasculaire cérébral (AVC), tous âges, 2018-2020, France

21a Nombre de passages et part d'activité pour AVC dans l'activité toutes causes



21b Nombre d'hospitalisations et proportion d'hospitalisations après passages pour AVC

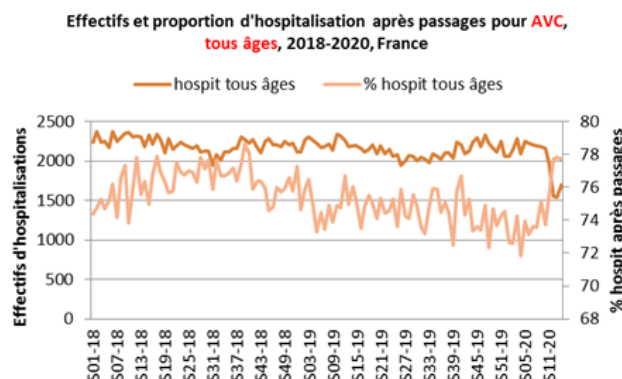
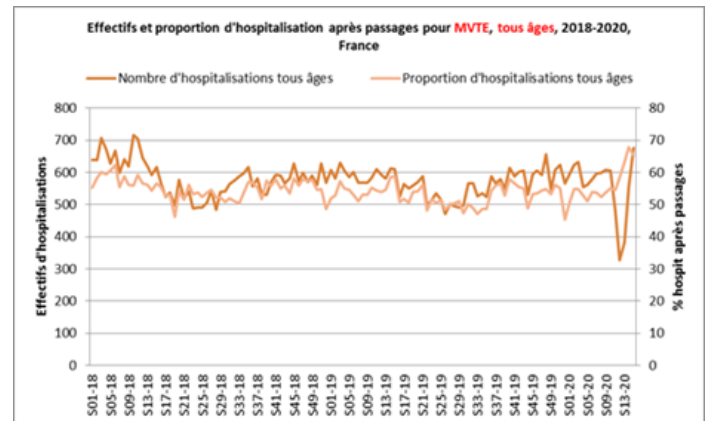
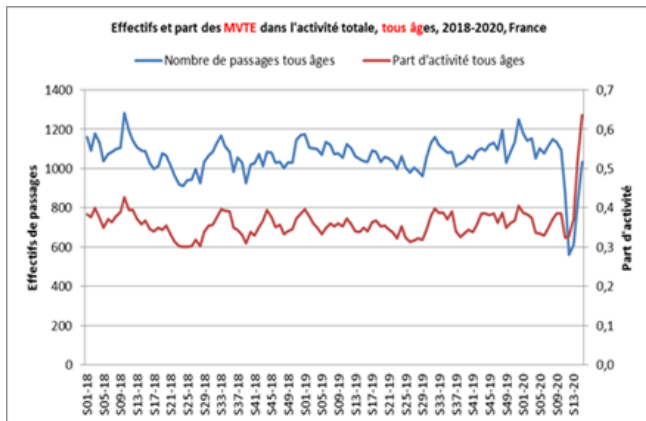


Figure 22. Recours aux urgences pour maladie veineuse thromboembolique (MVTE), tous âges, 2018-2020, France

22a Nombre de passages et part d'activité pour MVTE dans l'activité toutes causes

22b Nombre d'hospitalisations et proportion d'hospitalisations après passages pour MVTE



A partir de la semaine 14, il a été observé une reprise à la hausse des passages et de la part d'activité aux urgences pour ces trois pathologies. Cette hausse était plus précoce et plus marquée pour la MVTE, qui retrouvait en semaine 15 des effectifs équivalents aux semaines précédant le début du confinement.

Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette baisse importante des recours aux urgences pour pathologies cardio-neuro-vasculaires :

- un moindre recours lié à la peur de la contamination et/ou le respect des recommandations de ne pas se rendre aux urgences ;
- un moindre recours des cas peu sévères ;
- une diminution du nombre d'évènements par modification de l'exposition à certains facteurs de risque cardiovasculaires :
 - Diminution des efforts physiques et du stress d'origine professionnelle,
 - Exposition moindre à la pollution atmosphérique.

Pour la MVTE, la reprise plus précoce du nombre de passages et l'augmentation de la proportion de cas hospitalisés après passage pourrait s'expliquer par :

- une sédentarité accrue liée au confinement avec un alitement prolongé des personnes fiévreuses,
- la pathogénicité pro-inflammatoire et pro-thrombogène du COVID-19, qui pourrait induire des événements veineux.

Ainsi, les principales conséquences associées à cette baisse significative des recours pour des pathologies cardiovasculaires à risque vital pourraient être :

- un risque de retard à la prise en charge et une aggravation de l'état de santé de ces patients,
- une possibilité réduite de mise en œuvre de certains traitements devant être administrés dans un délai court après le début des symptômes (thrombolyse pour les AVC par exemple),
- une hausse des séquelles,
- une hausse de la mortalité par maladie cardio-vasculaire.

Dans ce cadre, il est important de :

- ▶ renforcer les actions/messages en direction de la population pour inciter les personnes confinées à alerter et à consulter sans attendre en cas de symptômes pouvant évoquer une pathologie cardio neuro vasculaire, même si ceux-ci régressent ;
- ▶ suivre les indicateurs de gravité des patients ayant recours aux urgences,
- ▶ surveiller la mortalité liée à ces pathologies.

Prévention

Surveillance des indicateurs de mesure de protection et de santé mentale

Enquête Santé publique France Acces Panel BVA : résultats Vague 1 (23-25 mars) et Vague 2 (30 mars-1^{er} avril)

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

Symptômes évoquant le coronavirus ou la Covid-19

Parmi les personnes qui pensaient avoir eu des symptômes de COVID-19 après le début du confinement, 14% de la population ont déclaré avoir eu de la fièvre, de la toux ou des difficultés importantes à respirer ou essoufflement. Ces symptômes ont duré en moyenne 6,3 jours.

Symptômes	Effectif	%
Aucun symptôme	1 722	86,1
Fièvre ou toux	132	6,6
Fièvre et toux	63	3,2
Au moins détresse respiratoire	83	4,1

Le degré d'adoption des mesures de protection reste à un niveau très élevé en vague 2.

1. Adoption des mesures de protection	V1 N=2000	V2 N=2003	Evolution V1 - V2
Adoption des 3 mesures de distanciation physique <i>Rester confiné à la maison / Limiter toutes formes d'interactions / Garder une distance d'au moins un mètre avec les autres</i>	94%	95%	→
Adoption des 4 mesures d'hygiène <i>se laver régulièrement les mains / saluer sans serrer la main / tous- ser dans son coude / utiliser un mouchoir à usage unique</i>	78%	78%	→
Nombre moyen (sur 7) de mesures adoptées	6,6	6,6	→

Notes de lecture. Evolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, profession, taille d'agglomération et régions d'habitation (test de Wald ajusté au seuil de .05) ; → pas d'évolution significative.

Les facteurs positivement associés à l'adoption d'un nombre élevé de mesures de protection (après contrôle des autres facteurs¹) sont le sexe féminin, un âge compris entre 35 et 64 ans, un niveau élevé de littératie en santé², avoir peur, percevoir le COVID-19 comme une maladie grave, percevoir les mesures de protection comme efficaces, se sentir capable de les mettre en œuvre, avoir un entourage qui approuve et adopte les mesures de protection et avoir une bonne connaissance des modes de transmission.

¹ Plusieurs 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).

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

Globalement les personnes interrogées restent majoritairement satisfaites de leur vie actuelle. La satisfaction de vie a d'ailleurs augmentée de façon significative entre les 2 vagues d'enquête. Elle reste cependant de plus de 10 points inférieure (74%) à celle observée en population générale en 2017¹ (85%). Le niveau d'anxiété de la population a également diminué entre la 1^{ère} et la 2^{ème} vague d'étude. Il reste cependant nettement supérieur (22%) à celui observé en population générale en 2017 (13,5%).

2. Santé mentale	V1 N=2000	V2 N=2003	Evolution V1 - V2
Satisfaction de vie (% score >5 sur une échelle de 0 à 10)	66,7%	74,4%	↗
Anxiété (HAD*)	27%	22%	↘
Dépression (HAD)	--	20%	--

Notes de lecture. Evolutions testées entre échantillons comparables en termes de sexe, âge, profession, taille d'agglomération et régions d'habitation (test de Wald ajusté au seuil de .05) ;

↘ diminution significative; ↗ hausse significative ; -- données indisponibles.

HAD : Hospitality Anxiety and Depression scale, score >10/21 = symptomatologie certaine.

Les facteurs associés à une plus forte anxiété (après contrôle des autres facteurs) sont le sexe féminin, un âge inférieur à 50 ans, le fait d'être dans une situation financière difficile, d'être actuellement en situation de télétravail, d'être parents d'enfant de 16 ans et moins, d'avoir un proche ayant des symptômes évocateurs du COVID-19, de percevoir le COVID-19 comme une maladie grave, d'avoir une mauvaise connaissance des modes de transmission du virus, de se sentir peu capable d'adopter les mesures préconisées et d'avoir peu confiance dans les pouvoirs publics.

¹Baromètre de Santé publique France 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.

Production d'outils

En semaine 15, quatre vidéos de la collection « Ma vie au quotidien » sont diffusées sur les réseaux sociaux (via Loopsider et de l'achat d'espace) : « Faire ses courses », « Garder sa maison saine », « Faire de l'activité physique » et « Gérer son stress ». Cette dernière communication répond à l'augmentation de l'anxiété observée dans les études et incite les personnes concernées à rechercher de l'aide auprès de leur médecin, [sites de référence ou lignes d'écoute](#) ou n° vert du gouvernement. Une affiche sur la gestion du stress à destination des publics vulnérables est en cours de finalisation.

Enfin, au vue d'une chute des rendez-vous chez les médecins généralistes et les spécialistes pour l'ensemble de la population ainsi qu'une diminution du passage aux urgences pour des pathologies aiguës telle que décrite dans le chapitre précédent, Santé publique France finalise une vidéo à destination de la population générale. Une communication sur des médias grand public est en cours de préparation. Enfin, une communication visant spécifiquement les médecins généralistes est en construction avec leurs représentants.



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

Discussion

Depuis fin mars 2020, il est observé une baisse du nombre de recours aux urgences (réseau OSCOUR) et des actes SOS Médecins pour des patients suspects de COVID-19 et une diminution de la part de ces recours dans l'activité toutes causes de ces réseaux.

Le nombre de nouveaux cas de COVID-19 ayant consulté ou téléconsulté un médecin généraliste est également en diminution avec 7 155 nouveaux cas de COVID-19 (IC95% : 1 828 ; 12 482) en semaine 15 (semaine du 6 au 12 avril 2020) (Réseau Sentinelles). Cette estimation était de 28 241 nouveaux cas de COVID-19 (IC95% : 14 682 ; 41 800) en S14 et de 93 867 (IC95% : 67 093 ; 120 641) en S13. Les estimations chaque semaine sont consolidées par la prise en compte de l'ensemble des prélèvements analysés après la publication du point épidémiologique.

Ces différents indicateurs montrent une diminution du nombre de recours aux soins pour COVID-19 en médecine ambulatoire ainsi que dans les urgences hospitalières dans l'ensemble des régions de France métropolitaine et signent une **diminution du nombre des nouvelles contaminations en France** au cours des deux dernières semaines. Cependant, durant ces derniers jours, une tendance à la stabilisation des recours aux urgences et des actes SOS Médecins invite à la vigilance car elle pourrait témoigner d'un ralentissement de la décroissance des nouvelles contaminations.

Entre le 6 et le 13 avril, il a été observé, au niveau national, des diminutions des nouvelles hospitalisations ainsi que des nouvelles admissions en services de réanimation pour COVID-19. Ces diminutions ont été artificiellement accentuées du fait du week-end de Pâques. Ces deux indicateurs ont de nouveau augmenté après le week-end, mais tout en restant à des niveaux inférieurs à ceux de la semaine précédente. Le nombre de patients hospitalisés pour COVID-19 s'est stabilisé à environ 32 000 patients sur les derniers jours. Le nombre de patients hospitalisés en service de réanimation reste élevé et proche de 6 800 patients, mais suit une lente diminution depuis plusieurs jours. Les taux de positivité des prélèvements hospitaliers ont diminué au cours des deux dernières semaines.

Les nombres de patients COVID-19 nouvellement hospitalisés étant globalement équivalents à la somme des nombres de patients sortant d'hospitalisation et de ceux décédés au cours de leur hospitalisation, le nombre quotidien de patients hospitalisés pour COVID-19 en France reste ainsi stable avec une évolution en forme de « plateau ». L'ensemble de ces résultats montrent, pour la seconde semaine consécutive, **une stabilisation de l'activité hospitalière liée au COVID-19 à un niveau élevé.**

En l'absence de reaugmentation des nouvelles infections, il devrait être prochainement observé une diminution de la charge hospitalière liée au COVID-19.

Ces données sont en faveur, 4 semaines après le début du confinement, à un ralentissement des nouvelles contaminations. Ce ralentissement a tout d'abord été observé par les systèmes de surveillance qui permettent une observation précoce des recours de première urgence puis dans les systèmes surveillant les formes les plus sévères de la pathologie (suivi des nouvelles hospitalisations et des nouvelles admissions en réanimation).

Les nouveaux décès liés au COVID-19 ont également tendance à se stabiliser. L'augmentation observée ces derniers jours est très probablement à associer à un phénomène de rattrapage après le week-end de Pâques. Le nombre total des décès liés au COVID-19 survenus en France est de 16 653 le 14 avril 2020. Les décès pouvant être observés plusieurs semaines après le début des signes cliniques, l'impact des mesures de confinement sera observé à distance pour cet indicateur. Un excès de la mortalité toutes causes est observé au niveau national et est particulièrement marqué dans les régions Grand Est, Ile de France, Bourgogne-Franche-Comté, Auvergne-Rhône-Alpes, Hauts-de-France et Centre-Val de Loire. La part de la mortalité attribuable à l'épidémie de COVID-19 reste cependant à déterminer.

Les enfants sont peu concernés par cette épidémie et représentent moins de 1% des patients hospitalisés et des décès. **Les personnes âgées de 65 ans et plus sont en revanche, fortement touchées par cette épidémie**, elles représentent 69% des patients hospitalisés et plus de 92% des décès. **Les patients présentant des comorbidités sont également fortement concernés** et représentent 84% des décès et au moins 67% des patients hospitalisés en réanimation.

L'évolution de l'infection reste favorable pour la majorité des patients, 28 805 patients sont retournés à domicile à

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 et des pathologies aiguës nécessitant une prise en charge en urgence.**

La diminution des nombres de passages aux urgences et d'hospitalisations pour des pathologies cardiologiques, neurologiques et vasculaires susceptibles de représenter des urgences vitales et nécessitant une prise en charge immédiate (cardiopathies ischémiques, accidents vasculaires cérébraux, maladie veineuse thromboembolique) met, notamment, en exergue le risque d'un moindre recours aux soins par peur d'une contamination ou pour les cas peu sévères. Il est indispensable que, malgré le confinement, les personnes nécessitant une prise en charge en urgence continuent à se rendre aux urgences sans délai et que les patients présentant des maladies chroniques poursuivent leur suivi médical auprès de leur médecin traitant.

Les résultats de surveillance relatifs au COVID-19 reflètent l'impact positif des mesures de contrôle et du confinement de la population. Ces résultats confirment la diminution des nouvelles contaminations en France, ainsi que la diminution des nouvelles hospitalisations. De plus, une amorce de diminution des nombres de patients hospitalisés en réanimation est observée ces derniers jours. En revanche, le nombre de patients hospitalisés pour COVID-19 reste élevé en France ce qui maintient une pression sur le système de santé hospitalier.

L'adhérence aux mesures de contrôle et au confinement est primordiale afin d'éviter une 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 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).

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

Christine Campese, Sophie Vaux, Céline Caserio-Schonemann, Yann Le Strat, Fatima Ait El Belghiti, Anne Fouillet, Yu Jin Jung, Julien Durand, Etienne Lucas, Laure Fonteneau, Costas Danis, Cécile Forgeot, Scarlett Georges, Delphine Viriot, Lucie Duchesne, Marie-Michèle Thiam, Guillaume Spaccferri, Valérie Ollie, Nolween Regnault, Isabelle Bonmarin, 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 :
16 avril 2020

Pour en savoir plus sur 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