

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.

Points clés

- Circulation du SARS-CoV-2 dans toutes les régions de France
- Disparités régionales : les régions Grand Est, Ile-de-France, Auvergne-Rhône-Alpes et Hauts-de-France particulièrement touchées
- Forte augmentation du nombre de cas graves admis en réanimation et de décès
 - Réanimation : 68% des cas avec co-morbidités et 62% des cas de 65 ans ou plus
 - Décès : 57% des cas avec co-morbidités et 93% des cas de 65 ans ou plus
- Augmentation significative des décès toutes causes chez les plus de 65 ans dans les départements : Haut-Rhin, Oise, Vosges et Alpes-de-Haute-Provence

Chiffres clés en France

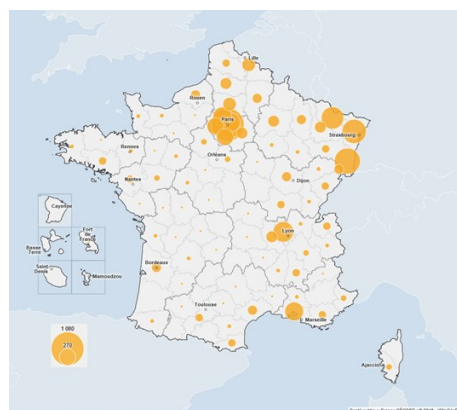
En semaine 12/2020 (du 16 au 22 mars)

Estimation du nombre de cas de COVID-19 ayant consulté un médecin généraliste (Réseau Sentinelles)	41 836 IC95% [28 411; 55 231]
Part des suspicions COVID-19 parmi les visites SOS Médecins	15%
Nombre de passages aux urgences pour COVID-19 (Oscour®)	15 956
Taux de positivité des prélèvements (laboratoires hospitaliers)	22%
Nombre de décès à l'hôpital (SI-VIC)	672

Depuis début mars

Nombre de cas de COVID-19 hospitalisés (SI-VIC)	10 176
Nombre de cas de COVID-19 admis en réanimation (SI-VIC)	2 516
Nombre de décès liés au COVID-19 de cas hospitalisés (SI-VIC)	1 100

Figure 1. Nombre de cas de COVID-19 hospitalisés en France, au 24/03/2020, 14h00 (source : SI-VIC)



Santé publique France s'appuie sur un réseau d'acteurs pour assurer la surveillance COVID-19

médecins libéraux,
SAMU Centre 15
SOS médecins, médecins
urgentistes, réanimateurs,
Laboratoires de biologie
médicale hospitaliers et de
ville
Agences régionales de
santé (ARS)
et épidémiologistes

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



INSTITUT PASTEUR

CNR Virus des infections respiratoires



Sentinelles
Réseau Sentinelles

Inserm

Institut national
de la santé et de la recherche médicale

SFAR
Société Française d'Anesthésie et de Réanimation



**SORBONNE
UNIVERSITÉ**
CRÉATEURS DE FUTURS
DEPUIS 1257

**105 MÉDECINS
FRANCE**

srlf
SOCIÉTÉ
DE RÉANIMATION
DE LANGUE FRANÇAISE

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

FEDORU
Fédération des Observatoires Régionaux des Urgences

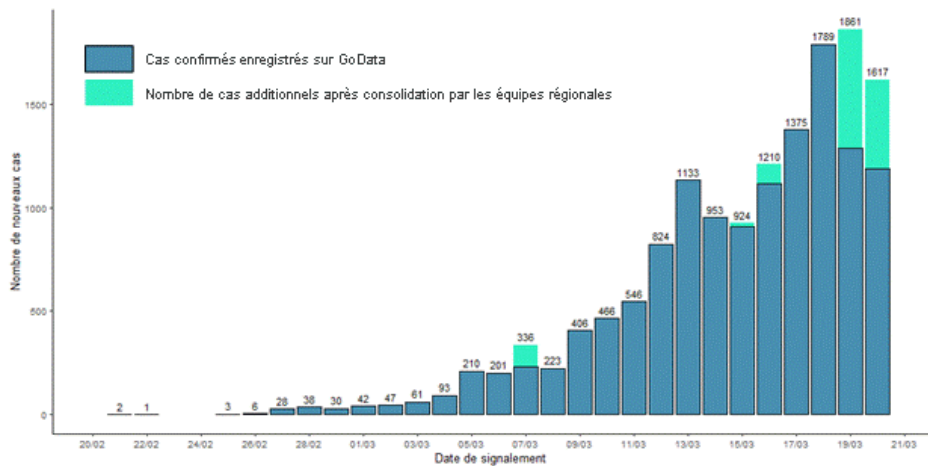
Inserm CépiDc

Caractéristiques des cas confirmés de COVID-19

Entre le 21 janvier 2020 et le 24 mars 2020, 22 302 cas de COVID-19 ont été signalés à Santé publique France. Ces données sont basées sur les cas enregistrés dans l'outil GoData jusqu'au 20 mars 2020 puis rapportées par les équipes régionales quotidiennement jusqu'au 24 mars 2020.

Le 21 mars 2020, la remontée systématique des données dans l'outil GoData a été arrêtée, ces remontées n'étant plus pertinentes dans la plupart des régions du fait de la restriction des indications de confirmation biologique des patients suspects de COVID-19 liées à l'évolution de l'épidémie et conduisant à sous-estimer le nombre réel de cas.

Figure 2. Nombre de nouveaux cas confirmés par date de signalement (source : GoData)



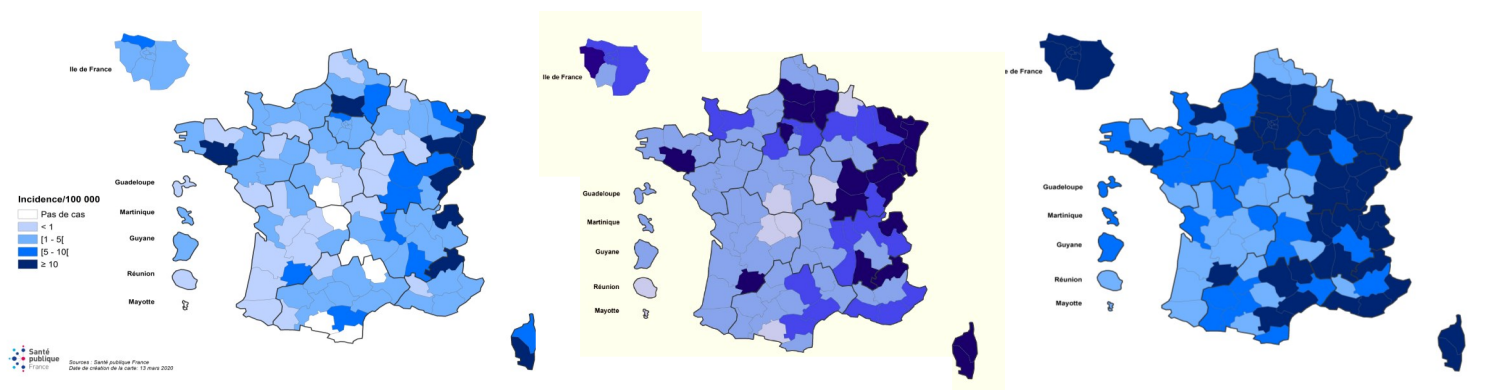
Ce bilan présente les données collectées jusqu'au 20 mars 2020, soit un total de 13 975 cas confirmés. La quasi-totalité des cas était des adultes dont 35% était âgés de 65 ans et plus (Tableau 1). L'ensemble des régions de France métropolitaine sont actuellement touchées malgré des disparités départementales qui diminuent au cours du temps (Figure 2).

Il s'agit du dernier bilan présentant les cas confirmés à partir de l'outil GoData.

Tableau 1. Nombre de cas confirmés COVID-19 selon la classe d'âge rapportés à Santé publique France (source : GoData)

Classes d'âge	Moins de 15 ans	15-44 ans	45-64 ans	65-74 ans	75 ans et plus
Cas confirmés*, n (%)	167 (1,3)	3 882 (30,6)	4 204 (33,1)	1 778 (14,0)	2 675 (21,1)

Figure 3. Evolution du taux d'incidence cumulée des cas confirmés de COVID-19 rapporté à Santé publique France par département de résidence, France, données des 11, 16 et 20 mars 2020 à 12h00 (source : GoData)

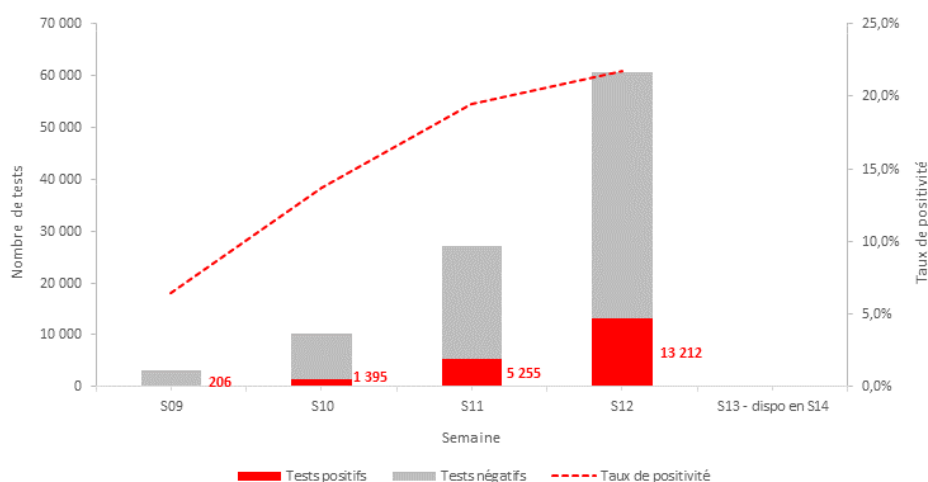


Surveillance virologique

Dans les établissements hospitaliers

Dans les établissements hospitaliers, au 24/03/2020, 101 046 tests ont été réalisés et 20 068 sont positifs pour le SARS-CoV-2. Le taux de positivité des tests augmente avec le temps et est de 22% au cours de la dernière semaine (S12) (Figure 4).

Figure 4. 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 22 mars 2020 (source : laboratoires hospitaliers)



Dans les laboratoires de biologie médicale

Dans le cadre de la surveillance du réseau 3 labo (Cerba, Eurofins Biomnis), 77 établissements de santé transmettent des données (53% des tests réalisés) et 465 laboratoires de ville.

Selon les données les premiers tests de diagnostic SARS-CoV-2 ont été rendus disponibles à compter du 9 mars 2020 dans les laboratoires d'analyse médicale de ville. Le 24/03/2020 (midi), sur 6500 tests réalisés, 1845 sont positifs pour le SARS-CoV-2 avec un taux de positivité de 28%. Les données des 3 derniers jours ne sont pas pris en compte car non consolidées. Le taux de positivité des tests augmente avec le temps et est de 31% au cours de la semaine 12 (Figure 5) témoignant d'une diffusion du COVID-19 dans la communauté. On observe une disparité régionale avec des taux de positivités plus élevés dans les régions GrandEst, Hauts-de-France et Ile-de-France.

La moyenne d'âge des patients testés positifs pour le SARS-CoV-2 est de 70 ans. Les données confirment le faible nombre d'enfants touchés en ville comme à l'hôpital.

Figure 5. Nombre de tests réalisés par les laboratoires de ville, nombre de tests positifs et taux de positivité pour le SARS-CoV-2 par jour, France, du 24 février au 24 mars 2020 (N total = 6500 tests, n

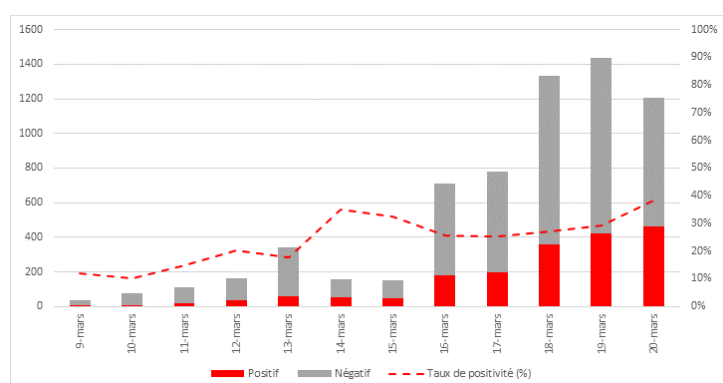
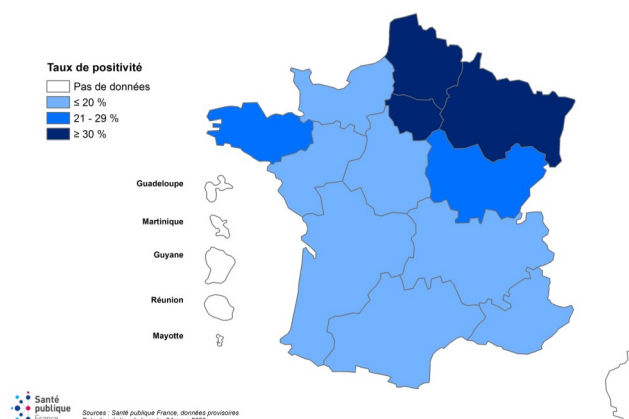


Figure 6. Répartition régionale du taux de positivité des tests pour le SARS-CoV-2 réalisés par les laboratoires de ville, France au 24 mars 2020 (source : Surveillance 3 labo)



Surveillance en médecine ambulatoire

En semaine 12 (du 16 au 22 mars), le taux de consultations (ou téléconsultations) pour une infection respiratoire aiguë (IRA) estimé à partir des données du **Réseau Sentinelles*** est de **445/100 000** habitants [intervalle de confiance à 95% : 421 – 469] en France métropolitaine. 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 64 cas pour 100 000 habitants (IC 95% [43; 84]). Il est estimé que **41 836 nouveaux cas de COVID-19 (IC95% [28 441; 55 231]) ont consulté un médecin généraliste en semaine 12.**

Cette surveillance spécifique au COVID-19 ayant été mise en place le 17 mars, une comparaison avec les données historiques ne peut pas être réalisée.

Sur les 116 prélèvements réalisés par les médecins généralistes et les pédiatres sentinelles en semaine 12, 16 (13,8%) se sont avérés positifs pour le SARS-CoV-2 et 21(18,1%) positifs pour la grippe. Il n'a été observé aucune co-infection virale SARS-CoV-2 / virus grippal.

La détection de patients positifs pour le SARS-CoV-2 par des médecins en médecine ambulatoire confirme une diffusion du virus dans la population générale.

Au niveau régional, les taux d'incidence les plus élevés ont été observés en : Ile-de-France (736 [640; 832]), Grand Est (659 [561; 757]), et Pays de la Loire (472 [336; 608]).

* Réseau Sentinelles, InSERM et Sorbonne Université

En semaine 12 (du 16 au 22 mars), les associations **SOS Médecins** ont rapporté 9 136 actes pour suspicion de COVID-19 représentant près de 15% de l'activité totale. Cet indicateur est en augmentation (2 304 actes et 3% de l'activité totale en semaine 11). Au total, depuis le 03 mars, 13 301 actes pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés avec 55% de ces actes observés chez les 15-44 ans (stable par rapport à S11). Les plus de 75 ans représentent 5% des actes médicaux (vs. 3,6% en S11) (Figures 7 et 8).

Il est également observé une hausse des actes médicaux pour dyspnée/insuffisance respiratoire chez les 15-64 ans.

Figure 7. Nombres quotidiens et cumulés d'actes SOS Médecins pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge depuis le 24 février (source : SOS Médecins)

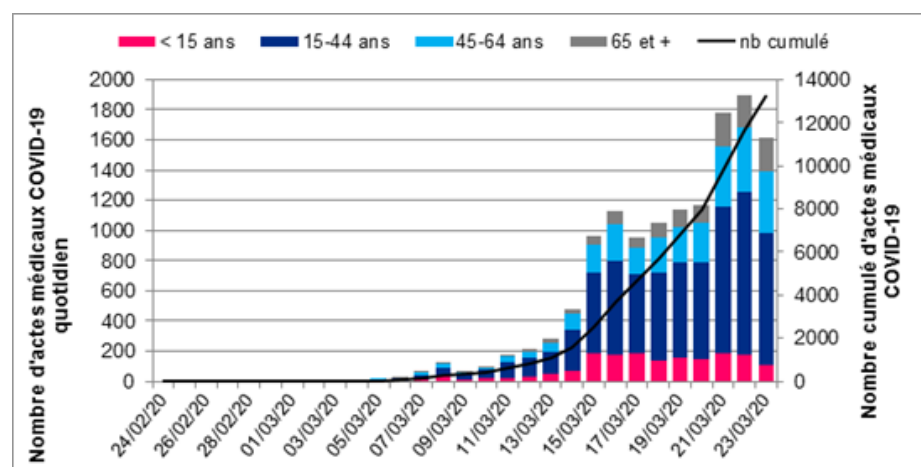
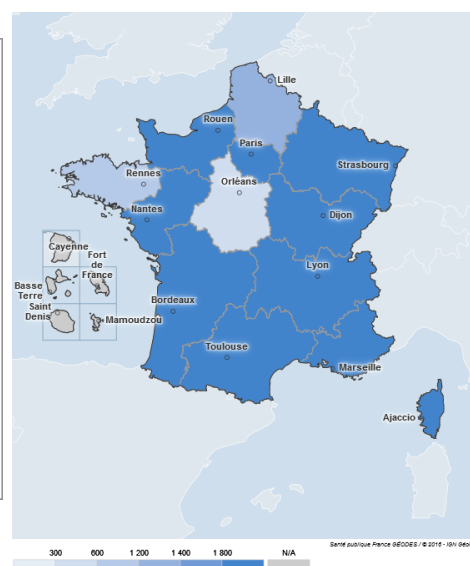


Figure 8. Taux d'actes médicaux SOS Médecins pour COVID-19, journée du 23/03/2020 (pour 10 000 actes) (source : SOS Médecins)



Surveillance en collectivités de personnes âgées

Depuis la semaine 10 (2 mars 2020), pour environ 10 000 collectivités de personnes âgées recensées en France, 188 épisodes de cas groupés d'infection respiratoire aiguë (IRA)¹ ont été signalés à Santé publique France via le portail des signalements. Parmi eux, 24 épisodes avec au moins un cas COVID-19 confirmé biologiquement² ont été rapportés, dont 2 en S10, 6 en S11 et 16 en S12. Ce système de signalement est en cours d'adaptation à la surveillance COVID-19 pour être en mesure de suivre en temps réel le nombre de cas et de décès par COVID-19 en Ehpad.

¹ Un épisode de cas groupés d'IRA est défini par la « survenue d'au moins 5 cas d'IRA dans un délai de 4 jours parmi les résidents ».

² Un épisode COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé biologiquement.

Surveillance en milieu hospitalier

Passages aux urgences pour suspicion de COVID-19

En semaine 12 (16 au 22 mars) 15 956 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés par le réseau OSCOUR®, représentant en semaine 12, 10% de l'activité totale. Cet indicateur est en augmentation en comparaison de la semaine précédente (S11 : 6 354 passages, 2,5% de l'activité totale).

Le nombre d'hospitalisation après passage aux urgences est en augmentation par rapport à la semaine 11 (S12 : 5969 vs. S11 : 2066). Près de 36 % de ces passages sont suivis d'une hospitalisation en S12, ce pourcentage était de 33% en S11.

Chez les 65 ans ou plus, plus de 2 personnes sur 3 sont hospitalisées après un passage et chez les 75 ans ou plus, 80% des patients sont hospitalisés après passage.

Il est également observé une hausse des passages pour dyspnée/insuffisance respiratoire, pneumopathie et toux dans toutes les classes d'âge.

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

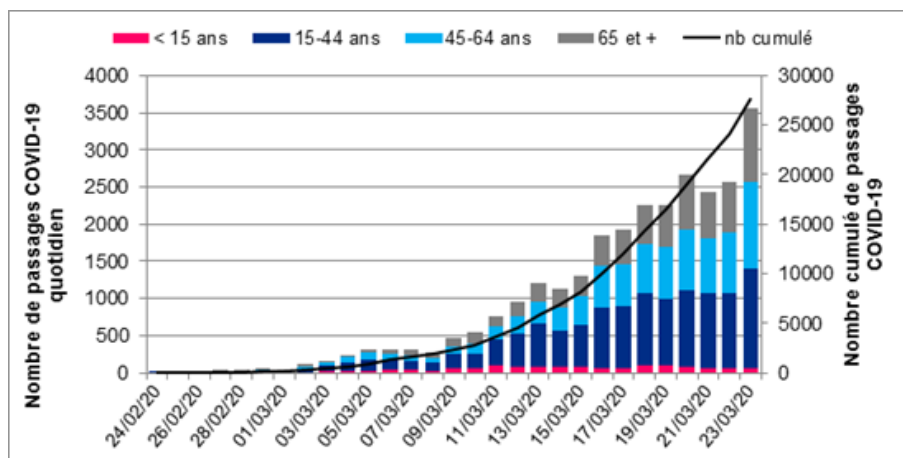
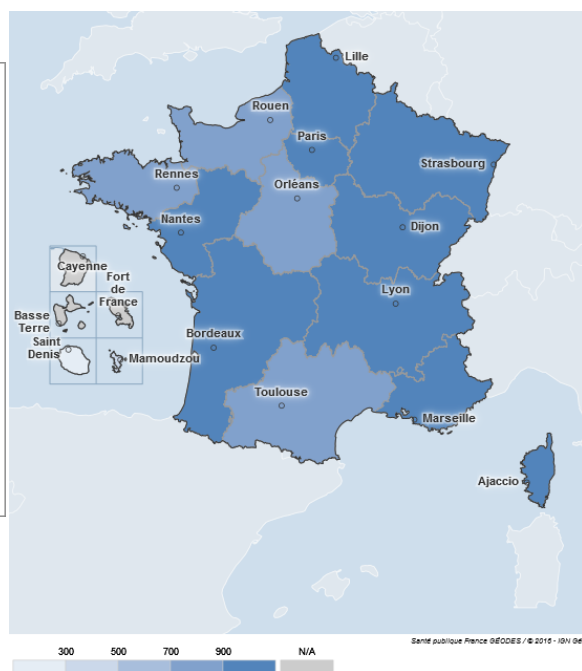


Figure 10. Taux de passage aux urgences pour suspicion de COVID-19, journées du 23/03/202 (pour 10 000 passages) (source : OSCOUR®)



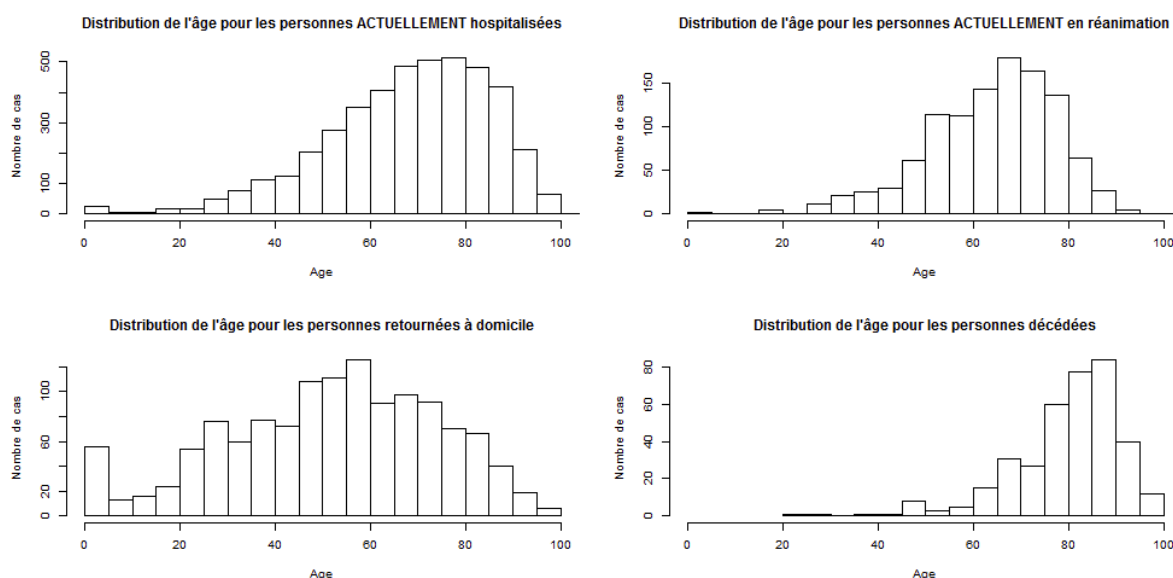
Hospitalisations, admissions en réanimation, sorties à domicile

Le 24 mars 2020 à 14h, 10 176 cas de COVID-19 étaient hospitalisés en France (données hors Guyane) d'après les données SI-VIC dont 2 516 étaient hospitalisés en réanimation. Depuis le 1^{er} mars 2020 (date des premières informations disponibles dans l'outil SI-VIC, 467 établissements déclarants à ce jour), 1 100 patients ayant été hospitalisés sont décédés (85% étaient âgés de 70 ans et plus) et 3 281 patients sont retournés à domicile (Tableau 2). L'âge médian des personnes hospitalisées au 24 mars était de 70 ans et celui des personnes hospitalisées en réanimation de 65 ans (Figure 11).

Tableau 2. Nombre de cas hospitalisés pour COVID-19, d'admissions en réanimation et de décès lors d'une hospitalisation (source : SI-VIC) par région de résidence, France, 24/03/2020, 14h.

Régions	Hospitalisations le 24/03/2020		Dont Réanimations le 24/03/2020		Retours à domicile jusqu'au 24/03/2020		Décès jusqu'au 24/03/2020	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Métropole								
Auvergne-Rhône-Alpes	981	10	190	8	314	10	86	8
Bourgogne-Franche-Comté	477	5	121	5	285	9	85	8
Bretagne	133	1	30	1	86	3	25	2
Centre-Val de Loire	137	1	44	2	24	1	9	1
Corse	70	1	9	0	51	2	7	1
Grand Est	2402	24	504	20	619	19	407	37
Hauts-de-France	711	7	208	8	250	8	109	10
Ile-de-France	3683	36	973	39	854	26	262	24
Normandie	170	2	40	2	32	1	15	1
Nouvelle-Aquitaine	263	3	69	3	78	2	16	1
Occitanie	382	4	125	5	149	5	39	4
Pays de la Loire	187	2	43	2	93	3	13	1
Provence-Alpes-Côte d'Azur	545	5	133	5	435	13	26	2
Outre-Mer								
La Réunion	3	0	3	0	0	0	0	0
Martinique	13	0	5	0	11	0	1	0
Guadeloupe	6	0	6	0	0	0	0	0

Figure 11 : Distribution par âge des cas hospitalisés (dont en réanimation) à ce jour, des personnes retournées à domicile et des cas décédés, épidémie de COVID-19, France métropolitaine, données au 24 mars 2020, 14h.



Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation

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

Depuis le 16 mars 2020, 362 cas ont été rapportés par 68 services de réanimation participant à la surveillance sentinelle, dont 173 cas en semaine 12. Parmi les 362 cas, 14 étaient des professionnels de santé.

Les cas ont été signalés par toutes les régions de France métropolitaine hormis la Corse, ainsi que par la Réunion et les Antilles.

L'âge moyen des cas est de 65 ans (26% sont âgés de plus de 75 ans). La majorité (67%) des cas présentent au moins un facteur de risque potentiel de complication de COVID-19. Les deux facteurs de risque les plus fréquemment rapportés sont le diabète (23%) et les pathologies cardiaques (22%) (Tableau 3).

A noter que la capacité à signaler les cas est très variable selon la région et le niveau de saturation du système de soins : la région Grand Est a rapporté seulement 8 cas et l'Île de France 23 cas.

Parmi les cas hospitalisés en réanimation, 59 cas, soit 17% étaient âgés de moins de 65 ans et ne présentaient pas de comorbidité.

Parmi l'ensemble des cas signalés, 22 décès ont été rapportés à ce jour. L'âge moyen des personnes décédées est de 75 ans, tous hormis un cas présentaient au moins un facteur de risque potentiel de complication du COVID-

Tableau 3 : Description des cas graves de COVID-19 admis en réanimation en France (données arrêtées le 23 mars 2020 à 14h), rapportés par les services de réanimation participant à la surveillance sentinelle

Sexe	n	%				
Homme	264	73				
Femme	94	26				
Facteurs de risque	n	%				
Aucun*	114	31				
Comorbidités	241	67				
Non renseigné	7	2				
Cas selon la classe d'âge	Sans comorbidités ¹		Avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	2	33	1	67	3	1
15-44 ans	14	52	13	48	27	8
45-64 ans	43	41	61	58	104	29
65-74 ans	31	24	97	74	128	36
75 et +	24	26	68	72	92	26
Total	114		240		354	
Eléments de gravité	n	%				
SDRA (syndrome de détresse respiratoire aigu)						
Pas de SDRA	97	27				
Mineur	27	8				
Modéré	88	24				
Sévère	141	39				
Type de ventilation initial						
Oxygénothérapie à haut débit	50	14				
VNI/Oxygénothérapie à haut débit	8	2				
Ventilation invasive	229	63				
ECMO/ECCO2R	5	1				
Décès selon la classe d'âge	Sans comorbidités		Avec comorbidités		Total	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0		0		0	0
15-44 ans	0		0		0	0
45-64 ans	0		2		2	9
65-74 ans	0		7		7	32
75 et +	1		12		13	59
Total	1		21		22	

*4 données manquantes pour le sexe et une donnée manquante pour l'âge.

¹ % présentés en ligne

² % présentés en colonne

Surveillance de la mortalité

Mortalité spécifique au COVID

Mortalité lors d'une hospitalisation (données SI-VIC, page 6) sur les 1 100 patients COVID-19 décédés au cours de leur hospitalisation depuis le 1er mars 2020, 37% ont été signalés dans la région Grand Est, 24% dans la région Ile-de-France et 10% dans les Hauts-de-France.

Mortalité issue de la certification électronique des décès

L'analyse de la mortalité issue de la certification électronique s'appuie sur les décès certifiés de façon dématérialisée et permet de connaître les causes médicales du décès. Début 2019, le taux de certification était proche de 20% de la mortalité nationale, hétérogène selon les régions (de 0% à 27%). Ce taux a pu évoluer depuis le début de l'épidémie de COVID-19, sans qu'il soit possible à ce stade, d'évaluer la montée en charge. Au 22 mars, près de 1000 établissements de santé ou médecins avaient certifié au moins un décès par voie électronique.

Parmi les certificats de décès rédigés par voie électronique et transmis à Santé publique France entre le 1^{er} et le 22 mars, 507 décès contiennent une mention de COVID-19 parmi les causes médicales de décès renseignées. L'âge moyen au décès est de 81,2 ans et 57% des certificats concernent des hommes. Des comorbidités étaient renseignées dans 288 soit 56,8% des certificats de décès certifiés par voie électronique.

2,4% des patients décédés sont âgés de moins de 65 ans et ne présentent pas de comorbidité.

Tableau 4 : Description des patients décédés COVID-19 admis en réanimation en France (données du 24 mars 2020), certification des décès

Sexe	n	%				
Hommes	291	57				
Facteurs de risque	n	%				
Comorbidités	288	57				
Sans ou non renseignés	219	43				
Cas selon la classe d'âges	Sans comorbidité ¹		avec comorbidités ¹		Total ²	
	n	%	n	%	n	%
0-14 ans	0	0	0	0	0	0,0
15-44 ans	0	0	5	100	5	1,0
45-64 ans	12	38	20	62	32	6,3
65-74 ans	23	32	50	68	73	14,4
75 ans ou plus	184	46	213	54	397	78,3

¹ % présentés en ligne

² % présentés en colonne

Mortalité toutes causes

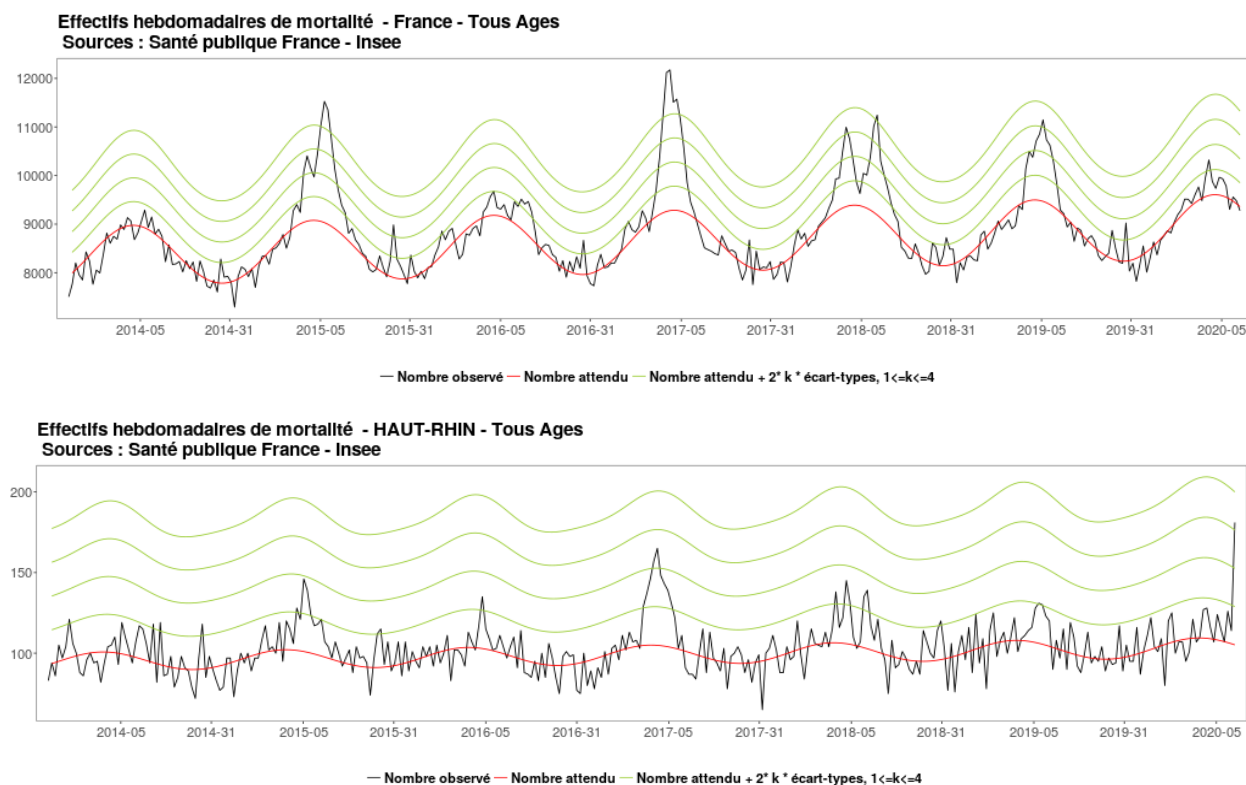
L'analyse de la mortalité toutes causes confondues s'appuie sur les données d'état-civil d'environ 3000 communes françaises, enregistrant 77% de la mortalité nationale. Elles ne permettent pas de disposer des causes médicales de décès. En semaine 11 (du 9 au 15 mars 2020), la mortalité toutes causes confondues au niveau national reste comparable à la mortalité attendue à cette période (Figure 12a).

Cette observation masque des disparités locales. Ainsi, une hausse marquée de la mortalité toutes causes confondues est observée sur cette semaine (S11) dans les départements du Haut-Rhin (Figure 12b) (estimation d'un excès de +75% par rapport à la mortalité attendue, données provisoires), de l'Oise (+40%), des Vosges (+35%) et des Alpes-de-Haute-Provence (+65%). Les hausses de mortalité dans ces quatre départements concernent essentiellement les personnes de 65 ans ou plus.

Du fait des délais habituels de transmission des 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 départements est probablement liée à l'épidémie de COVID-19, sans qu'il soit possible d'en estimer la part attribuable à cette date.

Figure 12 : Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues en France (12a) et dans le Haut-Rhin (12b) de la semaine 36/2013 à la semaine 11/2020



Surveillance psycho-comportementale

Le bon pilotage des actions de communication et des dispositifs de soutien à la population lors d'une pandémie virale comme celle du COVID-19 nécessite d'avoir des outils de monitoring non pas seulement de l'épidémie mais aussi des perceptions et réactions de la population, qu'elles soient psychologiques ou comportementales. Plusieurs pays ont construit des dispositifs de surveillance psycho-comportementale lors d'épidémies précédentes. La France construit un dispositif à partir de l'expérience acquise lors d'épidémies précédentes, notamment à l'international.

Les deux indicateurs principaux qui seront suivis sont les suivants :

- Evolution du niveau de risque perçu d'être contaminé par le virus (cet indicateur est celui qui est le plus corrélé à l'adoption des mesures de prévention, gestes barrières et distanciation sociale)
- Evolution du niveau d'anxiété et de dépression (échelle HAD)

Discussion et commentaires

La diffusion du SARS-CoV-2 s'intensifie en France. L'augmentation des cas confirmés se poursuit, cependant les données présentées sous-estiment le nombre réel de cas. Dans le cadre du passage en phase 3, les lignes directrices publiées le 13 mars par le Ministère des Solidarités et de la Santé stipulent que « les patients présentant des signes de COVID-19 ne sont plus systématiquement classés et confirmés par test biologique ». Les recommandations sont maintenant de réaliser un prélèvement à visée diagnostique qui tient compte des éventuelles comorbidités du patient, de son état clinique et de son contexte familial, professionnel (professionnels de santé) et social. Le nombre réel de cas de COVID-19 est ainsi supérieur au nombre de cas confirmés. L'analyse de l'évolution de l'épidémie s'appuie ainsi sur la complémentarité de différentes sources de données.

Les données du réseau Sentinelles permettant d'estimer que 41 836 (IC95% [28 411; 55 231]) patients infectés par le SARS-CoV2 ont consulté ou téléconsulté un médecin généraliste en semaine 12 (du 16 au 22 mars 2020) et l'augmentation des actes pour suspicion de COVID-19 par les associations de SOS Médecins confirment la circulation du virus dans la communauté.

Les taux de positivité des prélèvements à l'hôpital sont en nette augmentation et sont de 22% pour la semaine 12. Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 est également en augmentation et représente 10% de l'activité totale des urgences. Le 24 mars 2020, 10 176 cas de COVID-19 étaient hospitalisés d'après les données SI-VIC, dont 2 516 hospitalisés en réanimation.

La description des cas graves admis en réanimation ainsi que des décès pour liés au COVID-19 montrent que les personnes les plus âgées sont les plus durement touchées par le SARS-CoV-2 (26% des patients hospitalisés en réanimation ont 75 ans et plus, 62% ont plus de 64 ans) ; 78% des personnes décédées du COVID-19 étaient âgées de 75 ans et plus et 93% de 65 ans et plus. On estime cependant que 17% des patients hospitalisés en réanimation n'ont pas de comorbidité et sont âgés de moins de 65 ans. Ces mêmes patients représentent 2,4% des décès.

Certaines régions sont particulièrement touchées par l'épidémie, notamment le Grand-Est, l'Île-de-France, les Hauts-de-France et Auvergne-Rhône-Alpes. Une hausse de la mortalité toutes causes est rapportée dans le Haut-Rhin (+75%), dans l'Oise (+40%), dans les Vosges (+35%) et dans les Alpes de Haute-Provence (+65%), concernant essentiellement les personnes de 65 ans et plus. Ces résultats confirment l'impact important de l'épidémie de COVID-19 dans la population générale. Cependant, la part de la mortalité attribuable à cette épidémie reste à déterminer.

L'adaptation des systèmes de surveillance à la surveillance du COVID-19 va permettre de suivre, dans les semaines à venir, l'évolution de l'épidémie dans la population française.

Méthodes

La surveillance qui reposait sur le signalement individuel des cas confirmés, ne permet 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 est en cours de déploiement et permet 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.

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.

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).

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

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.

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 cas.

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

IRA en collectivités de personnes âgées : nombres de cas groupés d'IRA et de cas groupés confirmés COVID-19 en Ehpad ainsi que le nombre de cas et décès par établissement.

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)

Directrice de publication
Pr. Geneviève Chêne

Equipe de rédaction
Sophie Vaux, Christine Campese, Anne Fouillet, Céline Caserio-Schönemann, Yu Jin Jung, Yann Le Strat, Julien Durand, Etienne Lucas, Cécile Forgeot, Yves Gallien, Hélène Lepetit, Julie Figoni, Fatima Ait El Belghiti, Claire Sauvage, Marie-Michèle Thiam, Guillaume Spaccarelli, Patrick Rolland, Audrey Leon, Alexandra Mailles, Costas Danis, 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 :
25 mars 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 si vous avez voyagé dans une zone où circule le virus ou côtoyé des personnes qui y ont circulé.

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