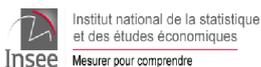


En collaboration avec :

Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, Médecins libéraux, SAMU Centre 15, SOS Médecins, médecins urgentistes, réanimateurs, laboratoires hospitaliers de biologie médicale (APHP et hors APHP), laboratoires de biologie médicale de ville, Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et de médecine d'urgence



CNR Virus des infections respira-



Editorial

Les Laboratoires de Biologie médicale et tous leurs personnels, confrontés à l'augmentation considérable de la circulation Covid-19, ont répondu unanimement à la demande d'Olivier VERAN et ont augmenté considérablement leur capacité afin d'effectuer plus d'un million de tests par semaine.

La suppression de l'obligation de présenter une ordonnance et la prise en charge à 100 %, qui répondait à un besoin réel de santé publique, a eu pour effet une augmentation exponentielle des demandes de la population avec parfois des effets délétères.

La conséquence fut une augmentation des délais de rendu des résultats, la courbe des demandes dépassant dramatiquement la capacité de 1 million. Il n'est pas concevable que des résultats soient rendus à plus de 48 heures.

Il a donc fallu s'adapter et "Prioriser" à l'aide de l'ARS et de l'URPS des Médecins. Une plateforme téléphonique d'orientation, destinée aux médecins pour les patients symptomatiques et les contacts Covid a été mise en place avec succès.

Les points de prélèvements temporaires installés avec l'ARS et les mairies doivent respecter des horaires de hiérarchisation stricts pour une efficacité renforcée et seront pourvus d'une saisie administrative locale pour accélérer les procédures.

Mais tout cela ne suffit pas. Il faudrait faire preuve d'audace innovante :

1. Nous avons un passif de près de 1 million de tests et nous en produisons 1 million par semaine, il faudrait prendre le risque de différer tous les prélèvements antérieurs à 3 ou 4 jours et réduire le nombre de prélèvements pendant 3 jours pour résorber le retard. Cela permettrait de rendre rapidement tous les nouveaux tests.

2. Il faut séparer les groupes de populations à tester en fonction du risque.

a) Les patients symptomatiques devraient bénéficier d'un test antigénique rapide (TDR) doublé d'une RTPCR en cas de négativité.

b) Il faut intensifier la recherche des patients contacts qui étaient évalués à 5 par positif et qui ne sont que 2 du fait de la difficulté de les trouver et de la réticence des patients à indiquer sans réserve leurs contacts. Ils bénéficieraient d'un test RTPCR.

c) Les personnels de santé, les personnels des EHPAD, certaines professions particulièrement exposées : RTPCR.

d) Les autres patients pour lesquels la prévalence de l'infection est potentiellement faible pour bénéficier d'un test RTPCR sur "pouillage" de 3, 5, 8 ou 10 prélèvements en fonction des recommandations à venir sur l'adaptation de la sensibilité du test.

3. Enfin, l'utilisation des tests salivaires par auto-prélèvement permettrait de fluidifier la partie pré-analytique.

L'efficacité de santé publique de ces actions, c'est à dire leur capacité d'amortissement de la diffusion de la maladie, dépend donc de la réactivité de leur mise en place dans un contexte épidémiologique évolutif. Les biologistes contribuent à ce mouvement. Leur action ne se limite toutefois pas à l'activité analytique, le contact avec le Biologiste et l'annonce de la positivité sont aussi l'occasion de rappeler au patient la nécessité de l'isolement.

*Dr Jean Claude AZOULAY
Président de l'URPS des Biologistes d'Île de France*

Résumé

Après une augmentation progressive des cas de Covid-19 début février, l'Île-de-France a connu en mars une diffusion rapide des cas en communauté, l'épidémie atteignant un pic en semaine 13, du 23 au 29 mars. L'impact de l'épidémie a été majeur en Île-de-France. Les Franciliens comptaient pour environ 40 % des décès pour Covid-19 recensés en France depuis le 1er mars, que ce soit à l'hôpital ou en Ehpad.

Le confinement a été suivi par une diminution nette des recours aux soins pour Covid-19. Cette tendance à la décroissance s'est inversée en semaine 26, du 22 au 28 juin. Durant la semaine 27 (29 juin au 5 juillet), la majorité des indicateurs épidémiologiques régionaux indiquaient une amorce de la reprise de la circulation du virus en Île-de-France et particulièrement à Paris.

Un rebond épidémique a pris de l'ampleur avec la fin de la période de congé et la rentrée scolaire, comme le montre l'émergence des clusters en milieu professionnel et actuellement en milieu scolaire et universitaire.

Les données d'incidence présentent cependant actuellement un biais qui limite l'appréciation de la situation épidémiologique. En effet, l'engorgement en cours des laboratoires de biologie médicale provoque la hausse des délais de mise à disposition des résultats : en semaine 34, 99 % des résultats des tests étaient remontés au bout de 6 jours ; en semaine 35, ce pourcentage diminuait pour atteindre 97 % et en semaine 36 ce pourcentage a poursuivi cette tendance passant sous la barre des 90 %. Les calculs d'incidence et du taux de reproduction R, calculés sur ces données, sont aussi sous-estimés dans la mesure où une partie des porteurs testés en semaine 37 sont en attente des résultats et ne sont donc pas comptabilisés comme cas. Ces phénomènes conduisent à considérer l'évolution du taux d'incidence avec prudence.

En semaine 37 (du 7 au 13 septembre), le taux d'incidence apparent s'établissait désormais à 103 nouveaux cas pour 100 000 habitants en région Île-de-France contre 114 la semaine précédente. Le taux le plus élevé se retrouvait à Paris (149). Les taux de positivité sont restés élevés (7,6 en semaine 37 versus 7,1 en semaine 36) notamment chez les symptomatiques (18 % contre 5 % chez les asymptomatiques). Il reste difficile de distinguer dans cette progression, l'effet d'une circulation accrue du virus, et l'effet du ciblage progressif des personnes symptomatiques.

Les indicateurs provenant des réseaux de surveillance en médecine de ville poursuivaient leur croissance initiée en semaine 34. Les actes médicaux pour suspicion de COVID-19 pratiqués par les associations SOS Médecins en Île-de-France montraient une augmentation de 93 % en S37 comparés à la semaine précédente. Sur la même période les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont augmenté de 50 %.

Les hospitalisations, qui réagissent avec un retard de 2 à 3 semaines par rapport aux infections, augmentaient clairement à leur tour, avec 4,3 hospitalisations pour 100 000 habitants en Île-de-France en S37 contre 3,2 en S36, et un doublement du taux d'hospitalisation parmi les résidents de Seine-Saint-Denis (8,6 en S37).

La classe des 20-30 ans reste la classe d'âge la plus fortement touchée par la diffusion du virus, avec des taux d'incidence deux fois plus élevés dans cette classe d'âge qu'en population générale. Les données d'activité en médecine de ville ou aux urgences confirment cette sur-incidence. On retrouve le même phénomène à l'hôpital, mais amorti par la moindre fréquence des cas graves chez les jeunes. Ainsi la répartition par classes d'âge des hospitalisations, qui n'avait pas varié au cours de la première vague, voit la part des 20-30 ans tripler (2,4 % des hospitalisations pour COVID-19 lors de la première vague *versus* 7,0 % depuis la reprise épidémique).

Si l'engorgement des laboratoires perturbe les indicateurs d'incidence de l'infection, son effet le plus préoccupant est la réduction de l'efficacité de l'isolement des cas et de leurs contacts. La période de contagiosité est en effet maximale durant la période pré-symptomatique et symptomatique (1 à 2 semaines dans la plupart des cas). Chaque jour perdu dans la remise des résultats entame sensiblement le bénéfice initié par le contact tracing. L'engorgement des laboratoires nécessite une réorganisation et une priorisation des analyses pour réduire le délai de rendu des résultats à 24h. On observe déjà une réduction spontanée du taux de dépistage de 15 % en semaine 37, du 7 au 13 septembre.

Progression générale de l'épidémie, notamment chez les jeunes, et premier impact sur l'activité hospitalière.

Surveillance virologique

- ▶ Dans le PER de la semaine dernière, le taux d'incidence avait décéléré entre les semaines 35 et 36 au niveau régional et dans l'ensemble des départements, sauf dans le Val-d'Oise. Avec une semaine de recul supplémentaire, nous observons que la pente des courbes d'incidence entre S35 et S36 a changé, indiquant que des analyses de RT-PCR supplémentaires ont été intégrées dans SI-DEP avec plus d'une semaine de retard. Ce retard est la conséquence d'un allongement des délais entre date de prélèvement et date d'analyse, lui-même dû à un afflux très important de personnes dans les laboratoires.
- ▶ Entre la semaine 36 et la semaine 37, nous observons le même ralentissement au niveau de la courbe d'incidence, qui est possiblement lié au délai grandissant pour analyser les prélèvements rendant les données SIDEP de la semaine 37 difficilement interprétables.
- ▶ Malgré tout, le taux d'incidence standardisé régional est supérieur à 100 /100 000 habitants, et supérieur au taux national (83,4 / 100 000 habitants). De plus, les taux d'incidence standardisés départementaux sont tous supérieurs à 50 / 100 000 habitants et les taux de positivité sont tous supérieurs à 5 % et en augmentation dans l'ensemble des départements sauf dans le Val-de-Marne, suggérant que l'épidémie continue de progresser.

Contact tracing

- ▶ Depuis le 8 mai, 351 clusters ont été déclarés, hors Ehpad, principalement dans des entreprises privées et publiques, des établissements de santé, les milieux scolaires et universitaires et des établissements sociaux d'hébergement et d'insertion.
- ▶ La semaine 37 voit une accentuation de l'augmentation du nombre de clusters identifiés. Par ailleurs, même si la part des clusters en milieu scolaire et universitaire est nettement plus élevée cette semaine, leur criticité reste majoritairement limitée.

Surveillance en médecine de ville

- ▶ En semaine 37, 1 472 actes médicaux pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés par les associations SOS Médecins en Île-de-France. Ces actes sont en hausse pour la 4^{ème} semaine consécutive, avec une augmentation de 93 % en S37 comparé à la semaine précédente (soit +711 actes, par rapport aux 761 actes enregistrés en S36). La part des actes médicaux pour suspicion de COVID-19 dans l'activité totale tous âges est en hausse à 11,1 % (vs 7,1 % en S36). Cette hausse a concerné toutes les classes d'âge, mais surtout les moins de 15 ans.

Surveillance dans les établissements sociaux et médico-sociaux

- ▶ Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 14 septembre inclus, 1 020 épisodes avec au moins un cas confirmé parmi les résidents ou le personnel dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpa) ont été signalés en Île-de-France (*versus* 973 au 7 septembre), dont 106 connaissaient un épisode actif au 14 septembre.
- ▶ Depuis le 1^{er} mars et jusqu'au 13 septembre inclus, il y a eu 4 482 décès de résidents en établissements sociaux et médico-sociaux, soit 3 nouveaux décès en semaine 37, tous les 3 en Ehpa.
- ▶ Dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux, 75 nouveaux épisodes de COVID-19 ont été signalés sur la semaine 37 (*versus* 76 en S36), correspondant à 108 cas confirmés chez les résidents et 82 cas confirmés chez le personnel.

Surveillance à l'hôpital

- ▶ **Réseau Oscour®** : En S37, 1 591 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés, représentant 2,9 % de l'activité totale codée sur la région. Ces passages sont en hausse de 52 % (tous âges) comparé à S36 (1 045 passages et 2,2 % d'activité). L'augmentation a concerné toutes les classes d'âge et notamment les moins de 15 ans. La hausse est observée dans tous les départements et notamment dans les Yvelines (+112 %), en Seine-Saint-Denis (+75 %), dans l'Essonne (+51 %) et en Seine-et-Marne (+48 %).
- ▶ **Si-VIC** : Sivic montre en S37 une évolution défavorable des hospitalisations qui augmentent dans 6 des 8 départements franciliens (stabilité en Seine-et-Marne, baisse en Essonne) et tout particulièrement en Seine-Saint-Denis où l'incidence standardisée sur l'âge double (8,6 en S37 contre 4,4 en S36). Elle atteint 4,3 hospitalisations pour 100 000 habitants en Île-de-France en S37 contre 3,2 en S36.
- ▶ Par ailleurs, la répartition par âge des hospitalisations en Île-de-France a changé entre la première vague épidémique et la reprise épidémique. Les plus de 60 ans qui comptaient pour 68 % des hospitalisations, comptent désormais pour 59 %. Les classes d'âge qui subissent les hausses les plus sensibles de leur part d'incidence sont les 20-30 ans (2,4 % de l'incidence lors de la première vague et 7,0 % dans la deuxième, soit +194 %), les 30-40 ans (5,3 % de l'incidence lors de la première vague et 8,8 % depuis la reprise épidémique, soit +66 %). Bien que concernant des effectifs faibles, les jeunes de 10-20 ans sont aussi impactés : 0,5 % de l'incidence lors de la première vague et 1,4 % depuis la reprise épidémique soit +134 %.
- ▶ Dans ces conditions, le nombre des personnes hospitalisées en fin de semaine 37 montre une augmentation hebdomadaire de l'ordre de 3 % (2 413 en fin de S36 contre 2 330 en fin de S37), du même niveau que celle observée au cours de la semaine précédente.

Surveillance de la mortalité

- ▶ Au niveau régional, pas d'excès de mortalité identifié dans les départements franciliens : la mortalité toutes causes et tous âges confondus est, en semaine 36, dans les marges de fluctuation habituelle .

Nombre reproduction : R-effectif

- ▶ Le R-effectif calculé sur les données de SI-DEP avec une fenêtre de 7 jours, poursuivait la baisse observée en semaine 36 et devenait inférieur à 1 en S37 (0,96 [0,94 - 0,97] contre 1,16 [1,15 - 1,17] en France métropolitaine). Cette baisse est en partie artificielle en lien avec l'engorgement des laboratoires de biologie médicale, dont les données alimentent le calcul.

Surveillance virologique

Tableau 1. Nombre de tests réalisés et positifs, taux d'incidence hebdomadaire standardisé par âge et sexe et taux de positivité par département en Île-de-France, du 31 août au 13 septembre 2020 (source SI-DEP, extraction au 16/09/2020)

Département	semaine 36					semaine 37				
	Taux de test pour 100 000	Nb de patients testés	Nb de patients positifs	Taux de positivité (%)	Taux Incidence pour 100 000	Taux de test pour 100 000	Nb de patients testés	Nb de patients positifs	Taux de positivité (%)	Taux Incidence pour 100 000
Paris	2 375	51 018	3 784	7,42	159,21	1 960	42 114	3 429	8,14	149,02
Seine-et-Marne	1 172	16 682	966	5,79	70,16	1 026	14 602	880	6,03	63,5
Yvelines	1 163	16 842	1 050	6,23	77,79	1 019	14 759	951	6,44	69,28
Essonne	1 275	16 827	1 000	5,94	78,22	906	11 954	741	6,2	57,5
Hauts-de-Seine	1 929	31 136	2 205	7,08	136,02	1 692	27 310	2 031	7,44	124,96
Seine-Saint-Denis	1 465	24 473	1 882	7,69	109,61	1 240	20 715	1 829	8,83	107,36
Val-de-Marne	1 733	24 363	2 007	8,24	142,15	1 439	20 226	1 631	8,06	114,92
Val-d'Oise	1 396	17 426	1 214	6,97	97,1	1 361	16 987	1 237	7,28	99,86
Île-de-France	1 619	198 767	14 108	7,1	113,74	1 374	168 667	12 729	7,55	102,83

La surveillance virologique s'appuie sur le système **SI-DEP** de remontée exhaustive des résultats PCR des laboratoires de ville et hospitaliers.

Depuis la semaine 36, les laboratoires d'analyse sont à leur capacité maximale d'analyse, puisque les délais entre date de prélèvement et date de remontée des résultats s'allongent. L'augmentation du taux d'incidence ralentit au niveau régional depuis la semaine 36 (Tableau 1 et Figure 1), et semble même décroître, ce qui est un artefact dû au retard de remontées des résultats. En effet, le taux de positivité, qui ne dépend pas du nombre de personnes testées mais uniquement du nombre de positifs parmi les testés, est bien en augmentation entre les semaines 36 et 37 (Figure 2).

L'augmentation du taux de positivité peut traduire en réalité deux phénomènes : une progression continue de l'épidémie dans la population et/ou une modification de la stratégie de dépistage, avec un ciblage des populations les plus à même d'être infectées (symptomatiques et sujets-contacts essentiellement), que ce ciblage soit institué officiellement ou qu'il soit mis en place de fait face à l'afflux de personnes venant se faire dépister dans les laboratoires.

Le taux de positivité chez les personnes symptomatiques est de 18 % *versus* 4,7 % chez les asymptomatiques, d'où l'importance de prioriser l'accès aux tests aux personnes symptomatiques.

Figure 1. Taux d'incidence hebdomadaire standardisé sur âge et sexe, des personnes testées pour le SARS-CoV-2 par département (source SI-DEP, extraction au 16/09/2020)

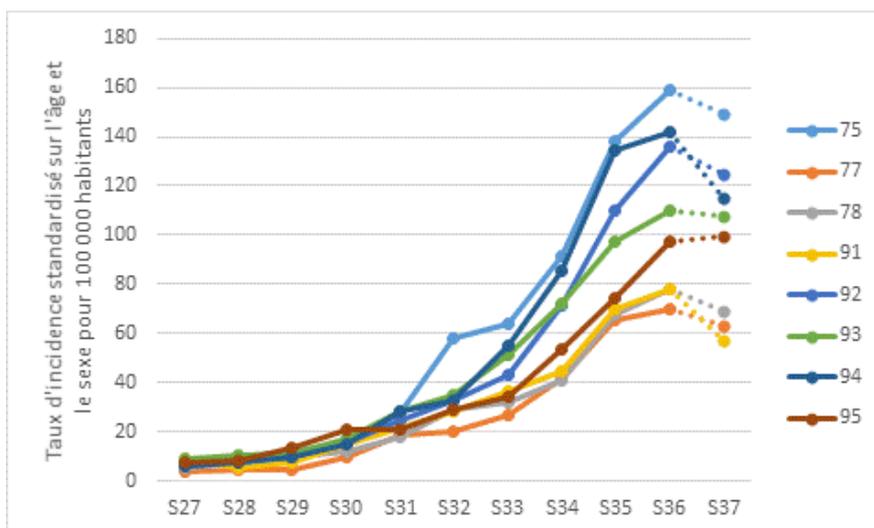
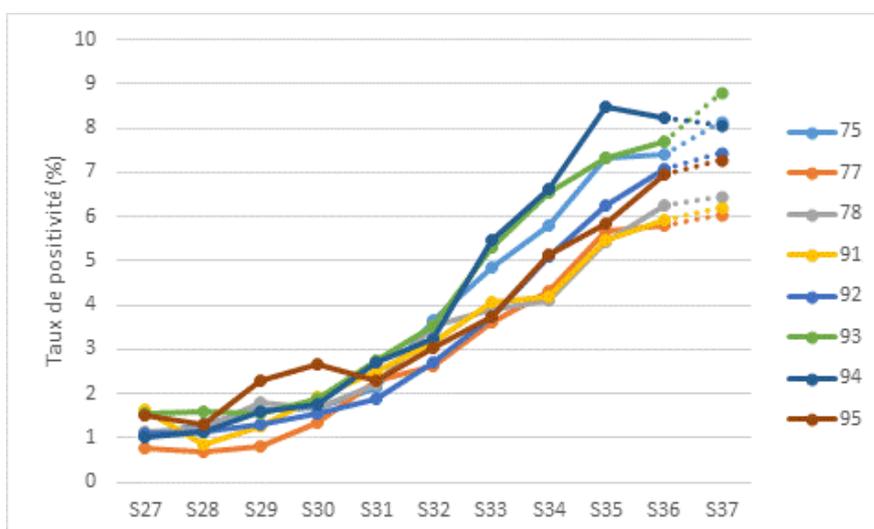


Figure 2. Taux de positivité hebdomadaire des personnes testées pour le SARS-CoV-2 par département (source SI-DEP, extraction au 16/09/2020)



Surveillance virologique (suite)

Figure 3. Taux d'incidence hebdomadaire par département francilien et par classes d'âge à la semaine 37 pour le SARS-CoV-2 (source SI-DEP, extraction au 16/09/2020)

Le taux d'incidence le plus élevé est toujours observé dans la tranche d'âge des 20-30 ans, pour laquelle il dépasse 100 / 100 000 habitants dans tous les départements (Figure 3) (232 / 100 000 en Île-de-France).

En S37, l'incidence est en légère baisse pour la classe d'âge des 20-40 ans et en légère hausse pour les classes d'âge des 0-20 ans et des plus de 70 ans, restant stable pour les autres classes. Cependant, les données d'incidence n'étant pas encore consolidées sur cette période (du 7 au 13 septembre), il s'agit potentiellement d'une baisse et d'une stabilité artificielles.

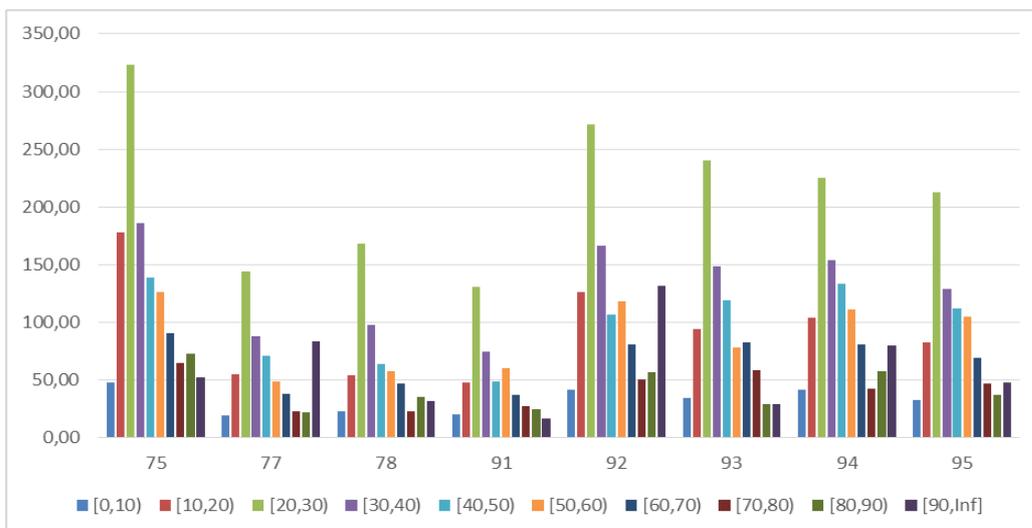


Figure 4. Evolution temporelle du taux d'incidence hebdomadaire par classes d'âge du SARS-CoV-2 en IDF (source SI-DEP, extraction au 16/09/2020)

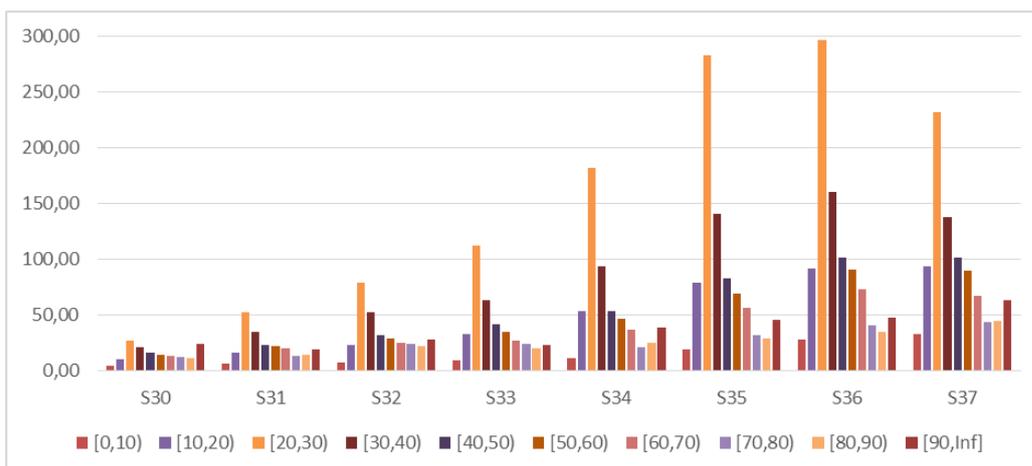
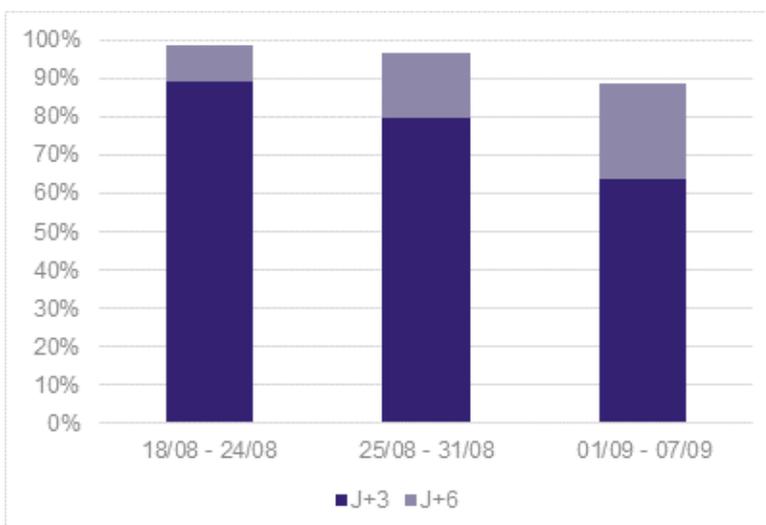


Figure 5. Evolution hebdomadaire du pourcentage des résultats des RT-PCR remontés dans SI-DEP à J+3 et à J+6 pour l'Île-de-France (source SI-DEP, extraction au 16/09/2020)

En Île-de-France, les délais entre date de prélèvement et date d'enregistrement du résultat de l'analyse augmentent depuis 3 semaines.

Sur la période du 1^{er} au 7 septembre, seulement 64 % des tests RT-PCR réalisés ont été analysés et remontés dans les trois jours qui suivent le prélèvement (jour du prélèvement, lendemain et surlendemain). Si l'on attend 3 jours de plus (J+6 par rapport à la date de prélèvement), ce sont 88 % des tests qui ont été analysés et remontés (Figure 5).



Surveillance des clusters (foyers de transmission)

Au 17 septembre 2020, le bilan (hors Ehpad et milieu familial restreint) s'élève à **351 clusters** inclus depuis le 8 mai en région Île-de-France (*versus* 290 au 2 septembre).

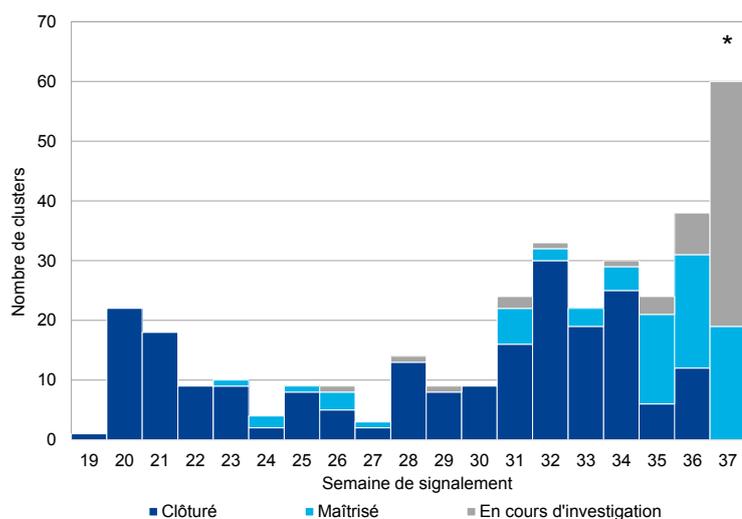
Les clusters de la région affectent principalement des entreprises privées et publiques (32,5 %), des établissements de santé (15,4 %), les milieux scolaires et universitaires (13,4 %) et des établissements sociaux d'hébergement et d'insertion (10,3 %).

De façon prévisible, la part des clusters en milieu scolaire et universitaire poursuit son augmentation. La part de ces clusters était de 5,2 % en semaine 36, 4,0 % en semaine 35 et atteint 13,4% en S37. Néanmoins, leur criticité reste majoritairement limitée (66,0 %) ou modérée (25,5 %).

Tableau 2. Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par département et par type de collectivité, inclus entre le 9 mai et le 16 septembre 2020 (N = 351) (Source : MONIC)

Type de collectivité	75	77	78	91	92	93	94	95	Île-de-France					
									mai-juin		juillet-août		Total	
									N	%	N	%	N	%
Milieu professionnels (entreprise)	38	5	10	11	13	16	14	7	5	6,0%	84	49,4%	114	32,5%
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	14	1	11	4	4	1	1	0	31	36,9%	4	2,4%	36	10,3%
Etablissements de santé	15	7	7	1	4	5	8	7	20	23,8%	20	11,8%	54	15,4%
EMS de personnes handicapées	0	3	1	2	1	3	6	4	8	9,5%	6	3,5%	20	5,7%
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	6	2	1	3	1	3	1	2	1	1,2%	15	8,8%	19	5,4%
Crèches	3	0	0	3	2	1	0	0	1	1,2%	7	4,1%	9	2,6%
Milieu scolaire et universitaire	13	3	2	3	11	7	5	3	2	2,4%	8	4,7%	47	13,4%
Etablissements pénitentiaires	1	2	0	2	1	0	2	1	2	2,4%	6	3,5%	9	2,6%
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1,2%	1	0,6%	2	0,6%
Structure de l'aide sociale à l'enfance	2	0	0	0	1	0	1	0	1	1,2%	1	0,6%	4	1,1%
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc)	1	2	0	0	0	1	0	0	1	1,2%	1	0,6%	4	1,1%
Autre	5	4	5	3	3	2	5	6	11	13,1%	17	10,0%	33	9,4%
TOTAL	99	29	37	33	41	39	43	30	84	100%	170	100%	351	100%

Figure 6. Distribution des clusters identifiés depuis le 8 mai, par semaine de signalement et par statut du cluster, données au 17 septembre 2020, région Île-de-France (source : MONIC)



* Données non consolidées

Cluster maîtrisé : Contacts suivis et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas

Cluster clôturé : Absence de nouveaux cas 14 jours après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine de tous les contacts

Criticité définie en fonction du potentiel de transmission et des critères de gravité des cas.

Tableau 3. Distribution des clusters par département et par niveau de criticité, données au 17 septembre 2020, région Île-de-France (source : MONIC)

	Niveau de criticité			
	Limité	Modéré	Elevé	TOTAL
Paris	31	31	19	81
Seine-et-Marne	3	9	11	23
Yvelines	11	18	4	33
Essonne	13	10	7	30
Hauts-de-Seine	14	10	3	27
Seine-Saint-Denis	13	14	5	32
Val-de-Marne	13	16	9	38
Val-d'Oise	12	12	2	26
IDF	N 110	120	60	290
	% 37,9%	41,4%	20,7%	100%

Au 16 septembre, l'augmentation du nombre de clusters constatée en S36 se poursuit nettement (Figure 6). L'accélération de l'augmentation des clusters en milieux scolaires et universitaires observée cette semaine (S37) peut être due à un rattrapage des signalements observés depuis la rentrée.

Surveillance en établissements sociaux et médico-sociaux

La surveillance des établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) s'appuie depuis le 01/07/2020 sur une enquête nationale de Santé Publique France.

Entre les semaines 32 et 36, le nombre de cas confirmés² chez les résidents et chez le personnel en EHPA a augmenté, ce qui est à mettre en lien avec une politique de test systématique des personnels revenant de vacances avant la reprise du travail. En semaine 37, le nombre de signalements¹ en EHPA se stabilise et le nombre de cas confirmés baisse un peu par rapport à la semaine 36 où une hausse importante avait été notée.

Dans les établissements pour personnes handicapées (PH), le nombre de signalements ainsi que le nombre de cas confirmés continue à augmenter, tout en restant à un niveau relativement faible.

Le nombre important de signalements en ESMS en regard du nombre relativement faible de cas confirmés montre que de nombreux signalements sont extrêmement précoces et ne concernent que peu de cas, voire uniquement des cas possibles³.

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

PH : Etablissements pour personnes handicapées [FAM, IME, autres établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, Instituts pour déficient auditifs et visuels)], autres établissements pour adultes (foyers de vie, foyers d'hébergement).

ASE : Aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS).

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

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

³ Cas 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 ESMS/EHPA.

Figure 7. Nombre de signalements¹ pour épisode de COVID-19 par type d'établissements sociaux et médico-sociaux, entre les semaines 32 et 37 (source enquête Voozano SPF, extraction au 16/09/2020)

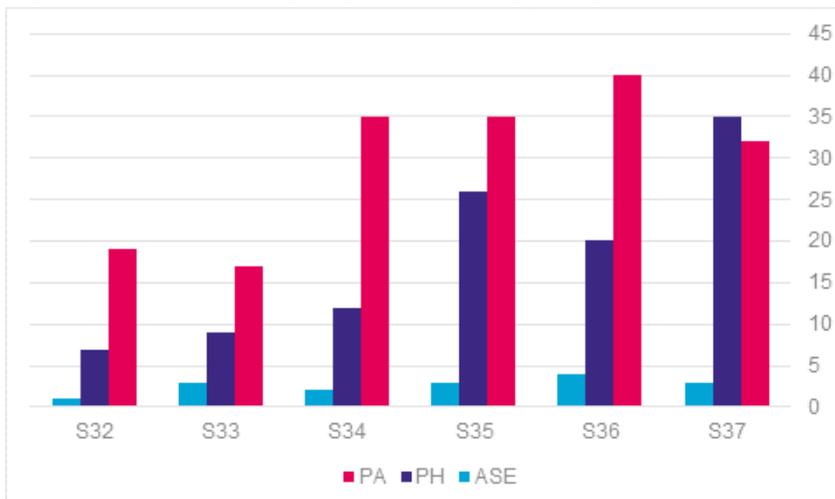


Figure 8. Nombre de cas confirmés² de COVID-19 chez les résidents par type d'établissements sociaux et médico-sociaux, entre les semaines 32 et 37 (source enquête Voozano SPF, extraction au 16/09/2020)

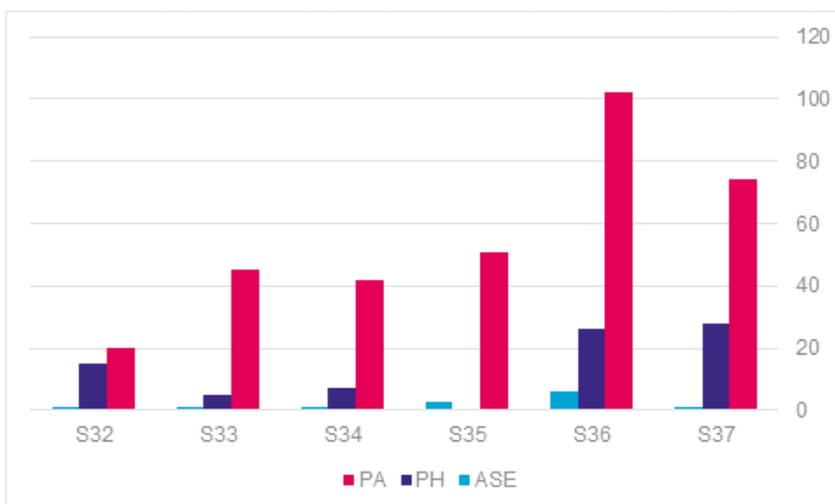
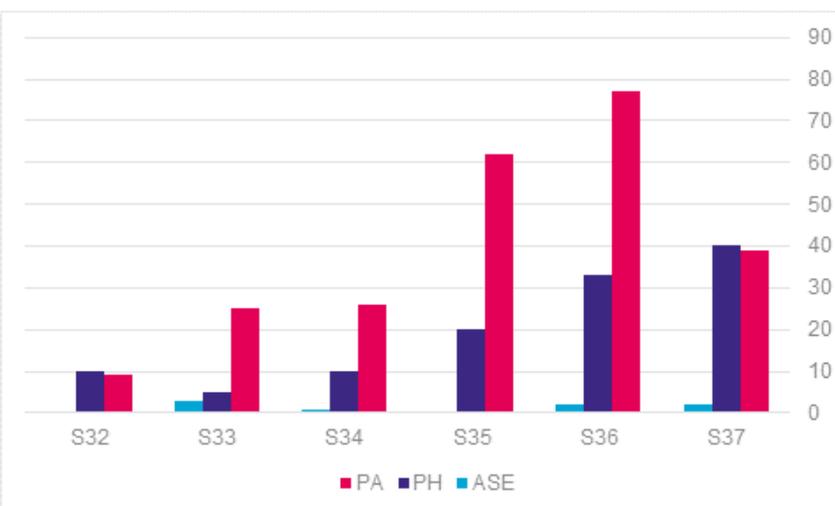


Figure 9. Nombre de cas confirmés² de COVID-19 chez le personnel par type d'établissements sociaux et médico-sociaux, entre les semaines 32 et 37 (source enquête Voozano SPF, extraction au 16/09/2020)

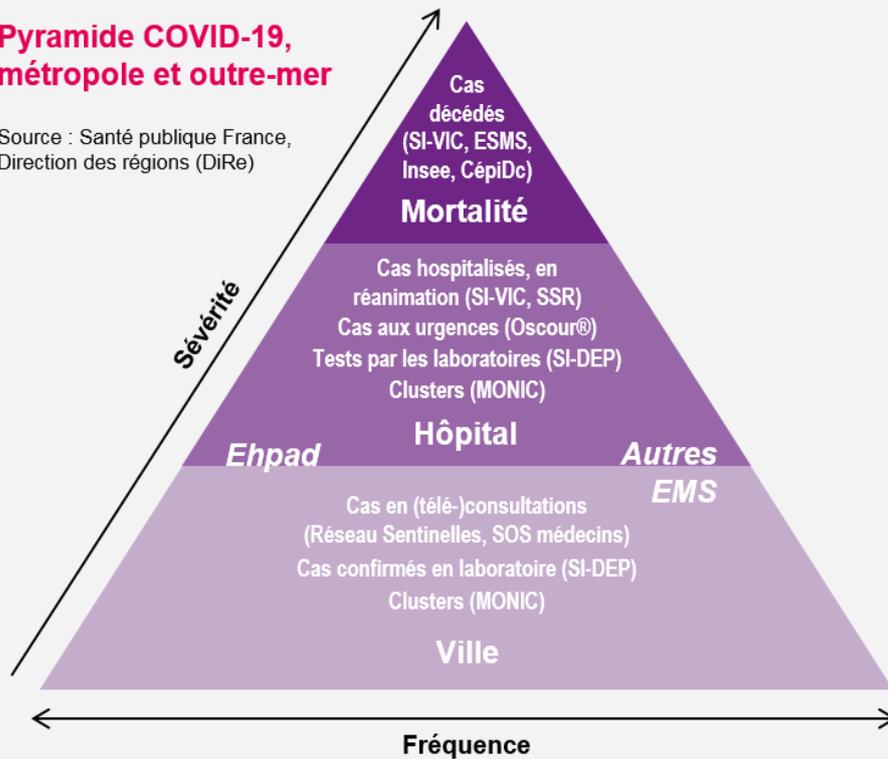


Mission de Santé publique France

Surveiller, comprendre la dynamique de l'épidémie, anticiper les scénarii, mettre en place des actions pour prévenir et limiter la transmission du virus, mobiliser la réserve sanitaire. En région, coordonner la surveillance, investiguer, analyser les données, apporter l'expertise à l'ARS pour l'aide à la décision.

Pyramide COVID-19, métropole et outre-mer

Source : Santé publique France, Direction des régions (DiRe)



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

Rédacteur en chef

Dr Anne LAPORTE

Equipe de rédaction

Santé publique France Ile-de-France

Pascal BEAUDEAU
Clémentine CALBA
Camille DAVISSE
Anne ETCHEVERS
Céline FRANCOIS
Florence KERMAREC
Sarah MAHDJOUR
Gabriela MODENESI
Annie-Claude PATY
Yassoung SILUE
Jeanne TAMARELLE
Aurélien ZHU-SOUBISE
Carole LECHAUVE
Luisa FLORES

Direction des régions (DiRe)

En collaboration à Santé publique France avec la Direction des maladies infectieuses (DMI), la Direction appui, traitements et analyse de données (Data)

Contact presse

presse@santepubliquefrance.fr

Diffusion Santé publique France

12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex

www.santepubliquefrance.fr

Date de publication

17 septembre 2020

Numéro vert 0 800 130 000

7j/7 24h/24 (appel gratuit)

Sites associés :

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



INFORMATION CORONAVIRUS COVID-19

QUE FAIRE DÈS LES PREMIERS SIGNES ?

Si vous avez de la fièvre, de la toux, mal à la gorge, le nez qui coule ou une perte du goût et de l'odorat :

- Consultez rapidement votre médecin pour qu'il décide si vous devez être testé
- En attendant les résultats, restez chez vous et évitez tout contact

0 800 130 000 (appel gratuit)

INFORMATION CORONAVIRUS COVID-19

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES

- Se laver régulièrement les mains ou utiliser une solution hydro-alcoolique
- Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir
- Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter
- Éviter de se toucher le visage
- Respecter une distance d'au moins un mètre avec les autres
- Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades
- Porter un masque quand la distance d'un mètre ne peut pas être respectée et dans tous les lieux où cela est obligatoire

0 800 130 000 (appel gratuit)