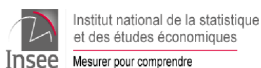


En collaboration avec :

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



INSTITUT PASTEUR

CNR Virus des infections respira-



## Editorial

Depuis une quinzaine de jours, nous assistons à une accélération du nombre d'admissions de patients dans les services d'accueil des urgences et en réanimation pour une forme grave de pneumonie liée à la COVID-19.

Après une circulation importante auprès des jeunes depuis cet été, le virus se répand désormais chez les personnes plus âgées et à risque de COVID-19 grave. Le système hospitalier est à nouveau menacé de ne pas réussir à tenir face à une possible déferlante de patients, en raison non seulement de la concomitance du rebond épidémique avec les pathologies hivernales habituelles (viroses, grippe et décompensation des maladies chroniques respiratoires et cardiaques) mais aussi au capacitaire limité des lits de réanimation médicale avec une activité à flux tendu quasi-permanente tout au long de l'année. Les personnels soignants, éprouvés par l'intense activité lors du pic épidémique de mars/avril, font désormais face à la dégradation de la situation sanitaire dont le retentissement au niveau de la réanimation est croissant. Il faut pourtant que l'hôpital public puisse accomplir sans faille sa mission d'accueil et de soins de tous les patients le justifiant et ne pas être réduit à privilégier certaines activités à d'autres en fonction du capacitaire.

Il faut le redire, la virulence du virus ne s'est pas atténuée cet été et la susceptibilité des personnes à risque reste intacte. L'immunité collective reste à un niveau bas (environ 10-12 % désormais) et courir derrière est un leurre dont la société pourrait payer chèrement la facture finale. Le profil épidémiologique avec une progression moins rapide du nombre de cas graves n'est attribuable qu'à l'application des mesures barrières par la population avec des contaminations qui se font avec de moindres charges virales. La stratégie de diagnostic par les tests, de traçage des sujets contacts et d'isolement des personnes contaminées et contact, inexistante en mars/avril, a aussi beaucoup contribué à ralentir le flot des admissions en réanimation suite au rebond.

En Ile-de-France, environ 45 % des lits de réanimation sont occupés à la mi-octobre par des patients avec la COVID-19. Les modélisations annoncent 90 % d'occupation des lits pour la fin octobre et 100% pour la mi-novembre, poussant les autorités sanitaires et les directions hospitalières à envisager un report ou une déprogrammation des interventions chirurgicales et de certaines activités médicales diagnostiques voire thérapeutiques non urgentes. Le but est de permettre un redéploiement du personnel soignant vers les secteurs de médecine et de réanimation prenant en charge les patients avec la COVID-19 en raison d'un alourdissement indéniable et prévisible de la charge en soins.

Le profil des patients admis en réanimation est maintenant très voisin de celui des patients hospitalisés lors du 1<sup>er</sup> pic épidémique en mars/avril 2020. A l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris, il s'agit essentiellement d'hommes (70 %), âgés de 65 ans et présentant des comorbidités (notamment cardiovasculaire mais également diabète, hypertension et surcharge pondérale). La proportion de patients plus âgés semble augmenter avec la progression des contaminations qui touchent cette tranche de la population et, par conséquent, la gravité des patients s'alourdit (environ 40 % des patients en ventilation mécanique invasive). Des progrès ont certes été réalisés dans la prise en charge des patients atteints de la COVID-19 et en insuffisance respiratoire aiguë avec le maintien tant que possible en oxygénothérapie à haut débit ou ventilation en pression positive (CPAP) pour retarder l'intubation trachéale, la pratique du décubitus ventral en ventilation spontanée, la prescription systématique de corticostéroïdes (dexaméthasone 6 mg/jour pendant 10 jours) dès le début de l'oxygène-dépendance et le recours à une anticoagulation préventive renforcée pour éviter le risque de thrombose, d'embolie pulmonaire et surtout de décès inopinés comme observé lors de la 1<sup>ère</sup> vague. Mais il faut encore craindre une mortalité importante des patients en réanimation (aux environs de 25 % voire plus), avec l'admission de patients transférés des services de médecine, plus âgés, plus multi-défaillants et surtout généralement après échec de la ventilation non-invasive et de la corticothérapie, c'est à dire avec des facteurs supplémentaires de mauvais pronostic par rapport aux patients pris en charge lors de la première vague.

C'est pourquoi il faut encore appeler tous nos concitoyens à rester vigilants et à appliquer strictement les mesures barrière et le port du masque, seuls garants du contrôle de l'épidémie pour le bien de tous, si l'on veut éviter le confinement, certes radicalement efficace pour inverser les courbes de contaminations mais source de maux économiques et sociaux qui risqueraient de se révéler encore plus problématiques.

Pr Bruno MEGARBANE

Réanimation Médicale et Toxicologique, Hôpital Lariboisière

### Poursuite de la diffusion du virus et accentuation de la progression de l'épidémie

#### Surveillance virologique

- ▶ Les taux d'incidence standardisés sont en franche augmentation en S41 au niveau régional ainsi que dans tous les départements franciliens, ce qui est partiellement lié à l'augmentation importante du taux de tests. Le taux d'incidence standardisé atteint 300 cas pour 100 000 habitants dans la région. A Paris, ce taux est de 398 cas pour 100 000 habitants, le plus élevé de la région.
- ▶ Le taux de positivité augmente également dans la région et dans tous les départements, indiquant une forte progression de l'épidémie.
- ▶ Les adultes de 20 à 29 ans constituent toujours la classe d'âge la plus affectée par la COVID-19, néanmoins le taux d'incidence poursuit son augmentation dans toutes les classes d'âge, sauf celle des 0 à 9 ans.

#### Clusters

- ▶ Depuis le 8 mai, 624 clusters ont été déclarés hors Ehpad (dont 157 actifs), regroupant 3,6 % des cas d'Île-de-France. Cet indicateur semble de moins en moins pertinent à la surveillance des modes de transmission actuels du SARS-CoV-2.
- ▶ Les clusters en établissements de santé et en EMS de personnes handicapées représentent plus de 70 % des clusters à criticité élevée, criticité due à la vulnérabilité des populations concernées.

#### Activité de suivi du contact tracing (ContactCovid)

- ▶ Le nombre de cas identifiés par le système ContactCovid au cours de la semaine 41 s'est élevé à 35 154 cas, avec une moyenne de 2,2 personnes-contacts identifiées par cas. Au niveau national, cette moyenne est légèrement supérieure avec 2,8 contacts identifié par cas. Le délai entre l'apparition de symptômes et la réalisation d'un prélèvement était de 2,9 jours en région en S41, légèrement supérieur à la valeur au niveau national qui était de 2,7 jours, mais tous deux sont en diminution par rapport à la semaine précédente.

#### Surveillance en médecine de ville

- ▶ **SOS Médecins** : En semaine 41, l'activité à SOS Médecins pour « suspicion de COVID-19 » était en hausse de 2 points atteignant 12,1 % de l'activité globale (n = 1 389 actes) *versus* 10,1 % en S40 (n = 1 140 actes). En S41, l'augmentation d'activité pour ce diagnostic concernait toutes les classes d'âge mais notamment les 45-64 ans.
- ▶ **Réseau Sentinelles** : En semaine 41, le taux d'incidence de consultations pour une IRA a été estimé à 174 /100 000 habitants (intervalle de confiance à 95 % : [113 - 235], supérieur à la semaine 40 (118 /100 000 habitants). Depuis la semaine 37, sur les 145 patients qui ont eu un prélèvement nasopharyngé (au niveau national), 60 % se sont révélés positifs pour un rhinovirus et 15 % pour le SARS-CoV-2. Aucun n'était positif pour un virus grippal.

### Surveillance dans les établissements sociaux et médico-sociaux

- ▶ Depuis le 1<sup>er</sup> mars et jusqu'au 12 octobre inclus, 1 265 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* 1 184 au 5 octobre).
- ▶ Depuis le 1<sup>er</sup> mars et jusqu'au 11 octobre inclus, il y a eu 4 520 décès de résidents en établissements sociaux et médico-sociaux, soit 12 nouveaux décès en S41, tous en Ehpa.
- ▶ Dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux, 185 nouveaux épisodes de COVID-19 ont été signalés sur la S41 (*versus* 145 en S40).

### Surveillance à l'hôpital

- ▶ **Réseau Oscour®** : Après une baisse entre S38 et S39 puis une relative stabilité en S40, l'activité aux urgences hospitalières pour « suspicion de COVID-19 » augmente en S41 atteignant 4,3 % *versus* 3,5 % en S40. Cette hausse est constatée pour tous les départements franciliens et est plus marquée en Seine-et-Marne et dans les Yvelines. L'augmentation a principalement concerné les adultes et notamment les 15-44 ans. A noter qu'en S41 le nombre de passages aux urgences pour « suspicion de COVID-19 » suivi d'une hospitalisation augmentait pour la 4<sup>ème</sup> semaine consécutive (n = 631 *versus* 539 en S40). Cette hausse était, une nouvelle fois, plus importante chez les 65 ans et plus. Le taux d'hospitalisation pour ce diagnostic restait stable à 32 % après 3 semaines de hausse.
- ▶ **Si-VIC** : Durant la semaine 41 au niveau des hospitalisations, 1 530 nouvelles entrées sont signalées contre 1 270 en S40 correspondant à une hausse de 20 %. Les établissements ont signalé 294 nouvelles admissions en services de réanimation, contre 283 en S40. Les décès déclarés sont en hausse de 20 % en S41 avec 126 nouveaux décès dans les hôpitaux. On note ainsi un accroissement continu de la pression sur le système hospitalier en région francilienne.

### Surveillance de la mortalité (source Insee)

- ▶ Après une hausse significative en S38, le nombre de décès toutes causes confondues et tous âges confondus se situe dans les marges de fluctuation habituelle sur la semaine 39 (du 21 au 27 septembre). A Paris, le nombre de décès toutes causes confondues est significativement supérieur au nombre attendu sur la semaine 40 (du 28 septembre au 4 octobre) chez les personnes de 65 ans ou plus.

### Nombre reproduction : R-effectif

- ▶ L'estimation du taux de reproduction à partir des données SI-DEP dans la région est significativement supérieure à 1 en semaine 41 s'élevant à 1,32 (IC95 % : 1,30-1,33). Elle présente une hausse sensible par rapport à la semaine précédente qui était déjà significativement supérieure à 1 avec une valeur qui était estimée à 1,12. Le R estimé à partir des autres sources disponibles : passages aux urgences et hospitalisation est également significativement supérieur à 1 dans la région Île-de-France ce qui n'était pas le cas la semaine précédente.

# Surveillance virologique

**Tableau 1.** Nombre de personnes testées et de personnes positives pour le SARS-CoV-2, taux de tests réalisés, taux de positivité et taux d'incidence standardisé par semaine, Île-de-France, (source SI-DEP au 14/10/2020)

Département	semaine 40 (28 septembre au 4 octobre)					semaine 41 (5 au 11 octobre)				
	Taux de tests pour 100 000	Personnes testées (nb)	Personnes positives (nb)	Taux de positivité (%)	Incidence Taux pour 100 000	Taux de tests pour 100 000	Personnes testées (nb)	Personnes positives (nb)	Taux de positivité (%)	Incidence Taux pour 100 000
Paris	2 161	46 424	6 659	14,3	283,1	2 590	55 634	9 303	16,7	398,0
Seine-et-Marne	1 134	16 147	1 929	11,9	138,3	1 229	17 493	2 979	17,0	213,8
Yvelines	1 183	17 126	1 997	11,7	143,4	1 458	21 122	3 201	15,2	228,5
Essonne	1 185	15 633	2 019	12,9	155,7	1 452	19 158	3 343	17,4	258,5
Hauts-de-Seine	1 794	28 951	3 717	12,8	228,4	2 093	33 773	5 303	15,7	325,3
Seine-Saint-Denis	1 284	21 453	3 401	15,9	203,7	1 549	25 872	4 917	19,0	293,5
Val-de-Marne	1 477	20 765	2 997	14,4	211,4	1 790	25 169	4 356	17,3	307,8
Val-d'Oise	1 320	16 479	2 382	14,5	191,8	1 659	20 711	3 742	18,1	299,5
<b>Île-de-France</b>	<b>1 490</b>	<b>182 978</b>	<b>25 101</b>	<b>13,7</b>	<b>203,0</b>	<b>1 783</b>	<b>218 932</b>	<b>37 144</b>	<b>17,0</b>	<b>299,9</b>

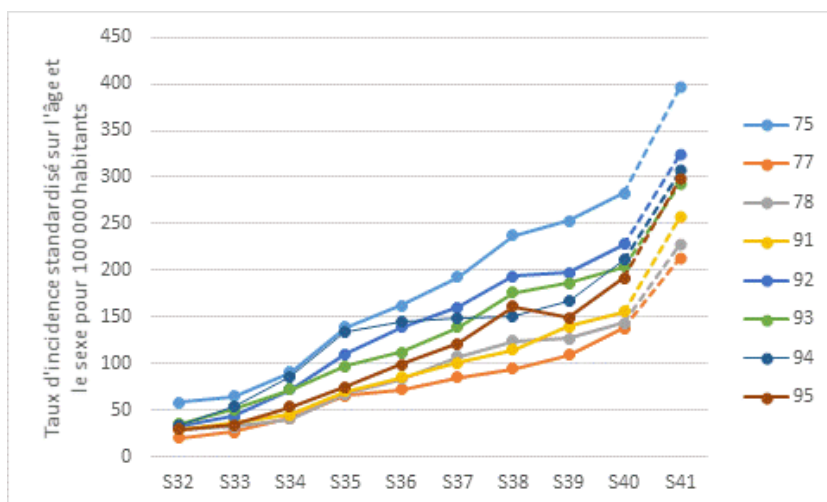
La surveillance virologique du SARS-CoV-2 s'appuie sur le système **SI-DEP** (système d'information de dépistage). Ce dispositif vise au suivi exhaustif de l'ensemble des personnes testées dans les laboratoires de ville et hospitaliers de France. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR réalisés.

Le taux d'incidence continue à fortement augmenter entre S40 et S41 au niveau régional et dans les départements franciliens. Il se situe à 300 cas pour 100 000 habitants en semaine 41 (203 en S40) (Tableau 1 et Figure 1). A Paris, le taux d'incidence dépasse 250 cas pour 100 000 habitants depuis la semaine 39. Cette augmentation reflète partiellement l'augmentation importante du taux de tests, qui atteint un niveau inédit.

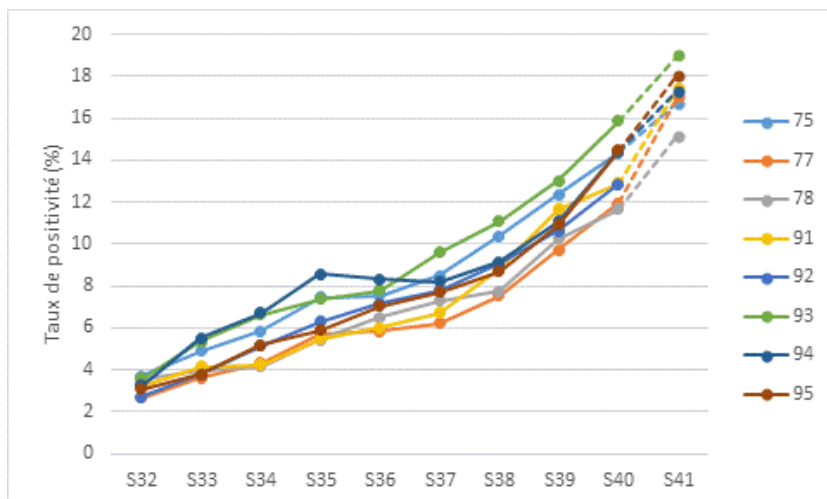
Les taux de positivité continuent leur progression sans montrer de signe de ralentissement, au niveau régional et dans tous les départements franciliens (Figure 2), ce qui indique que la circulation virale poursuit une nette progression en Île-de-France. On observe une accélération de l'augmentation du taux de positivité en Seine-et-Marne et dans l'Essonne. En semaine 41, ce taux est de 17,0 % en Île-de-France.

Le taux de positivité chez les personnes symptomatiques est de 33 % *versus* 10 % chez les asymptomatiques, confirmant l'importance de prioriser l'accessibilité des tests, notamment aux personnes symptomatiques. En semaine 41, les personnes symptomatiques représentent 60 % des personnes positives (66 % en S40).

**Figure 1.** Taux d'incidence standardisé des personnes testées pour le SARS-CoV-2 par semaine et par département (source SI-DEP, extraction au 14/10/2020)



**Figure 2.** Taux de positivité pour le SARS-CoV-2 par semaine et par département (source SI-DEP, extraction au 14/10/2020)



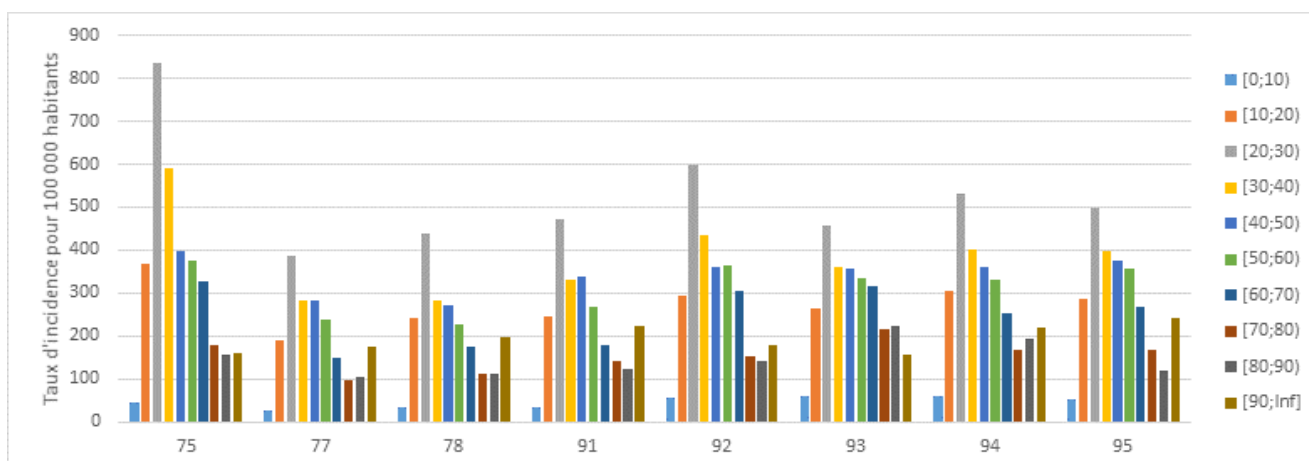
Les données représentées en pointillés sont susceptibles d'être consolidées suite à des remontées tardives de données dans SI-DEP.

## Surveillance virologique (suite)

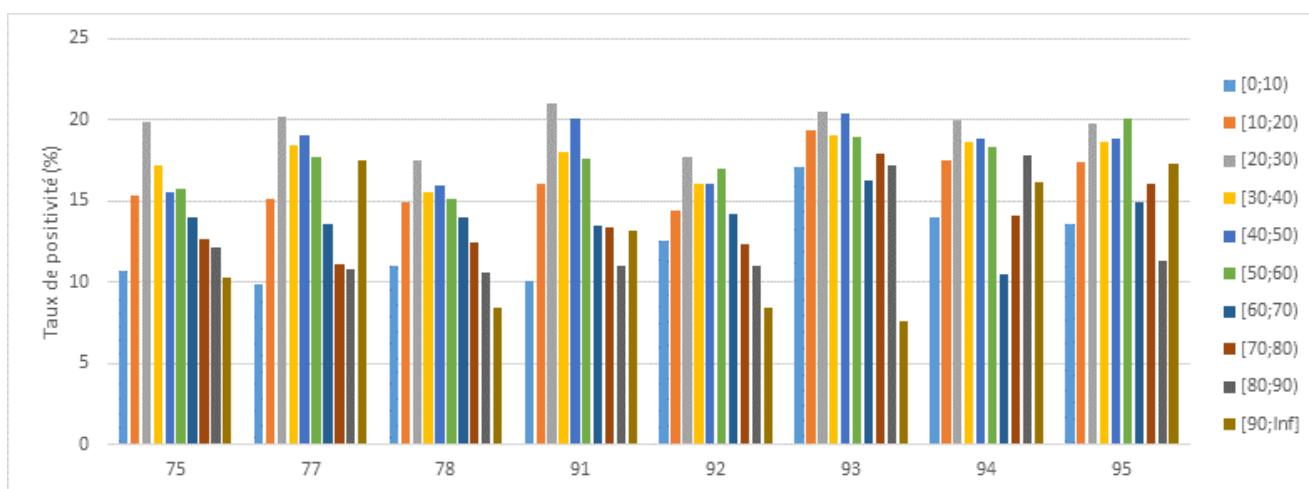
Les taux d'incidence les plus élevés sont toujours observés dans la tranche d'âge des 20-29 ans, pour laquelle ils dépassent 300 cas / 100 000 habitants dans tous les départements (Figure 3). A Paris, ce taux est de 836 / 100 000 et en Île-de-France de 569 / 100 000. La classe d'âge la moins touchée est celle des 0-9 ans dans tous les départements. Dans le Val d'Oise, un taux d'incidence élevé a été noté pour la classe d'âge des plus de 90 ans.

Le taux de positivité décliné par classe d'âge montre également que la classe des 20-29 ans est la plus touchée, mais d'autres classes d'âge ont des taux de positivité très proches (Figure 4). Globalement toutes les classes d'âge sont concernées, et ce dans l'ensemble des départements.

**Figure 3.** Evolution des taux d'incidence bruts en S41, par département et par classe d'âge, Île-de-France (source SI-DEP au 14/10/2020)



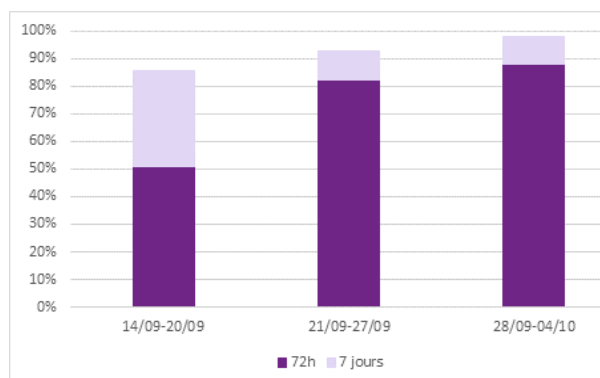
**Figure 4.** Evolution des taux de positivité en S41, par département et par classe d'âge, Île-de-France, (source SI-DEP au 14/10/2020)



**Figure 5.** Comparaison sur 3 périodes du délai d'obtention des résultats RT-PCR dans SI-DEP à 3 jours et à 7 jours, Île-de-France (source SI-DEP au 14/10/2020)

En Île-de-France, les délais entre date de prélèvement et date d'enregistrement des résultats des tests ont atteint un pic en semaine 38. Depuis, ces délais ont diminué.

Sur la période du 28 septembre au 4 octobre, 88 % des tests RT-PCR réalisés ont été analysés et transmis dans SI-DEP dans les trois jours suivant le prélèvement (82 % sur la période du 21/09 au 27/09, et 51 % sur la période du 14/09 au 20/09). Au bout de 7 jours, ce sont 98 % des tests qui sont transmis (92 % sur la période antérieure) (Figure 5).



## Surveillance des clusters (foyers de transmission)

**Au 14 octobre 2020**, le bilan (hors Ehpad et milieu familial restreint) s'élève à 624 clusters inclus depuis le 8 mai en région Île-de-France (*versus* 575 au 8 octobre), dont **157 actifs** (25,2 %). Cependant, en Île-de-France, outre une probable sous-estimation du nombre de clusters, seuls 3,6 % des cas (SI-DEP, période du 13/05/2020 au 11/10/2020) sont rattachés à un cluster. Cet indicateur semble de moins en moins pertinent à la surveillance des modes de transmission actuels du SARS-CoV-2.

Les clusters de la région affectent principalement les milieux scolaires et universitaires (27,6 %), des entreprises privées et publiques (25,0 %) et des établissements de santé (19,2 %) (Tableau 2). La part de ces derniers poursuit son augmentation par rapport aux semaines passées (17,9 % au 8 octobre, 14,3 % au 1<sup>er</sup> octobre).

En semaine 41, la part des clusters à criticité\* élevée se maintient (21,0 % versus 21,4 % en S40 et 19,0% en S39). La répartition de ces clusters continue de mettre en avant les collectivités regroupant des populations vulnérables, telles que les établissements de santé ou les EMS de personnes handicapées.

**Tableau 2.** Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par type de collectivité et par département, répartition des clusters à criticité\* élevée par type de collectivité, inclus entre le 9 mai et le 14 octobre 2020 (N = 624) (Source : MONIC)

Type de collectivité	Nombre de clusters en Ile-de-France										Criticité* élevée			
	75	77	78	91	92	93	94	95	Sept-Oct	Total	N	%		
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N				
Milieux professionnels (entreprise)	51	5	13	14	16	31	16	10	67	18,1	156	25,0	18	11,5
Etablissements sociaux d'hébergement	14	1	11	4	4	2	1	0	2	0,5	37	5,9	7	18,9
Etablissements de santé	42	8	8	3	10	10	26	13	80	21,6	120	19,2	49	40,8
EMS de personnes handicapées	1	5	4	3	3	3	7	4	16	4,3	30	4,8	11	36,7
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	7	3	3	4	1	6	1	3	12	3,2	28	4,5	5	17,9
Crèches	5	0	2	5	7	5	0	0	16	4,3	24	3,8	2	8,3
Milieu scolaire et universitaire	62	6	6	11	33	26	15	13	162	43,8	172	27,6	31	18,0
Etablissements pénitentiaires	2	2	0	2	1	0	2	1	2	0,5	10	1,6	2	20,0
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0,0	2	0,3	0	0,0
Structure de l'aide sociale à l'enfance	2	0	0	0	1	0	1	0	2	0,5	4	0,6	0	0,0
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc)	1	2	0	0	0	1	0	0	2	0,5	4	0,6	1	25,0
Autre	5	4	5	4	4	3	6	6	9	2,4	37	5,9	8	21,6
<b>TOTAL</b>	<b>193</b>	<b>36</b>	<b>52</b>	<b>51</b>	<b>80</b>	<b>87</b>	<b>75</b>	<b>50</b>	<b>370</b>	<b>100</b>	<b>624</b>	<b>100</b>	<b>134</b>	<b>21</b>

Les clusters en milieux professionnels d'Île-de-France se répartissent sur 39 divisions NAF (Nomenclature d'Activité Française, rev2, INSEE). Parmi ces 39 divisions, 5 regroupent au moins 5 clusters.

Le nombre moyen de cas rattachés à ces clusters oscille entre 5 et 7, reflétant de petits clusters dont les chaînes de transmission peuvent être rapidement maîtrisées (tableau 2). Du fait du nombre de cas peu élevé et du faible degré de vulnérabilité des populations de ces clusters, leur criticité\* est majoritairement limitée ou modérée (Tableau 3).

**Tableau 3.** Répartition des secteurs selon la division NAF, identifiés dans «Entreprises privées ou publiques», présentant plus de 5 clusters, selon leur niveau de criticité\*, et nombre de cas rattachés, données au 14 octobre 2020, région Île-de-France (source : MONIC)

Milieux professionnels de plus de 5 clusters	Ile-de-France				Nombre moyen de cas rattachés N
	Clusters N	Criticité*			
		Limitée	Modérée	Elevée	
Commerce de détail, à l'exception des automobiles et des motocycles	17	10	5	2	5,5
Transports terrestres et transports par conduite	6	4	1	1	6,7
Restauration	8	3	3	2	7,0
Activités des services financiers, hors assurance et caisses de retraite	8	4	4	0	6,0
Administration publique et défense ; sécurité sociale obligatoire	60	23	31	6	5,6
<b>TOTAL</b>	<b>99</b>	<b>44</b>	<b>44</b>	<b>11</b>	

\* La criticité des clusters est définie en fonction du nombre de cas confirmés, du facteur de vulnérabilité de la collectivité, des critères de sévérité des cas, etc.

## Surveillance à l'hôpital

A l'hôpital (**Si-VIC**), les déclarations de nouvelles hospitalisations COVID-19 durant la semaine 41 présentent une hausse de 20 % comparée à la semaine précédente, passant ainsi de 1 270 à 1 530 admissions hebdomadaires dans la région Île-de-France. Le taux d'incidence des hospitalisations dépasse ainsi les 13 hospitalisations pour 100 000 Franciliens, supérieur au niveau national s'établissant à 8,5 pour 100 000. Cette hausse des nouvelles déclarations d'hospitalisation se retrouve au niveau national, qui augmente de 19 %. L'Île-de-France constitue la première région avec le taux d'hospitalisation le plus élevé de France métropolitaine.

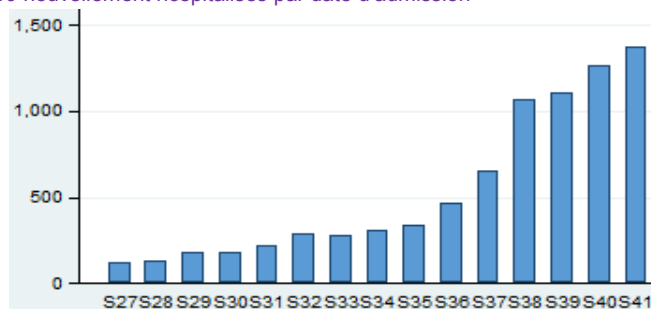
Les déclarations hebdomadaires de retour à domicile s'élèvent à 959, conduisant à un solde positif des entrées à l'hôpital pour la 3<sup>ème</sup> semaine consécutive.

Dans les services de réanimation, 294 nouvelles admissions en réanimation ont été déclarées en S41, correspondant à une élévation de 11 admissions supplémentaires par rapport à la semaine précédente. Cette augmentation est moindre que celles observées au cours des semaines précédentes. La dynamique est la même au niveau national, avec une augmentation des admissions en réanimation de 2 % en S41. Le nombre de nouveaux décès déclarés à l'hôpital augmente, lui, pour la deuxième semaine consécutive de plus de 20 % avec 126 nouveaux décès en S41. On note ainsi une nouvelle accentuation de la pression Covid sur l'entrée en secteur hospitalier, qui nécessitera une vigilance particulière sur le retentissement en service de réanimation dans les jours à venir, suite aux transferts des patients les plus graves.

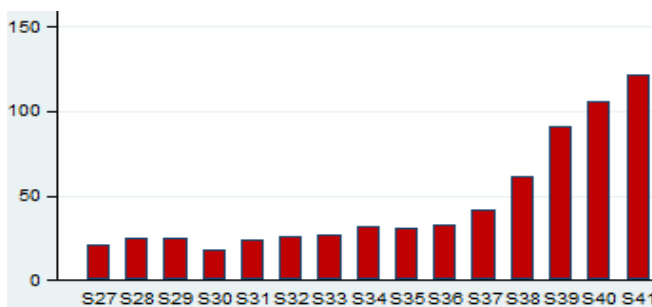
Le suivi des indicateurs hospitaliers sur les semaines précédentes (figures 6 à 8) permet d'apprécier l'accroissement progressif de la pression sur le système hospitalier, à la fois sur les hospitalisations conventionnelles et sur les services de réanimation.

Les données des dernières semaines présentées nécessiteront une phase de consolidation.

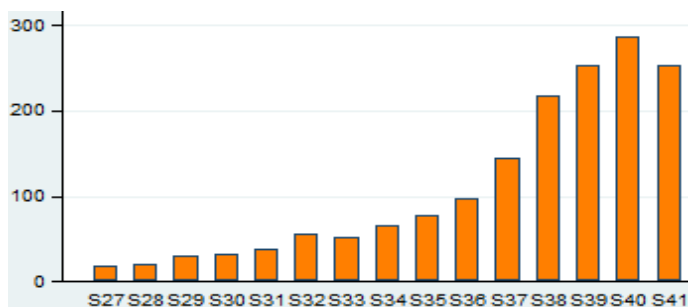
**Figure 6.** En région IdF : Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement hospitalisés par date d'admission



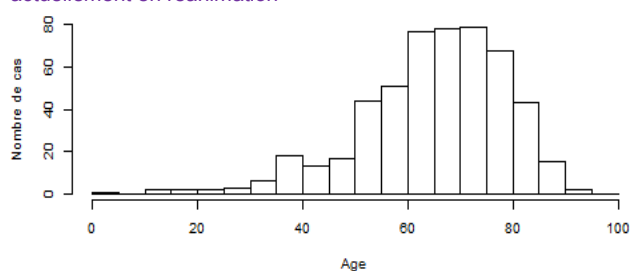
**Figure 8.** En région IdF : Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 décédés à l'hôpital par date d'admission



**Figure 7.** En région IdF : Nombre hebdomadaire de cas de COVID-19 nouvellement admis en réanimation par date d'admission



**Figure 9.** En région IdF : Distribution de l'âge des personnes actuellement en réanimation



En région Île-de-France, plus de 2 700 patients sont actuellement hospitalisés, dont plus de 500 dans des services de réanimation. Parmi les personnes hospitalisées, 56 % sont des hommes tandis que cette proportion atteint 73 % dans les services de réanimation. Cette répartition en fonction du sexe est également retrouvée au niveau national. Les patients âgés de 60 ans et plus représentent actuellement 71 % des patients en réanimation. Ainsi le profil des patients admis dans ces services s'est déplacé vers des populations plus âgées au cours des dernières semaines.

## Surveillance en établissements sociaux et médico-sociaux

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

Le nombre de signalements<sup>1</sup> en établissement pour personnes âgées (PA) fluctue entre 50 et 80 par semaine depuis S38, affectant entre 162 et 194 résidents par semaine. Sur la même période le nombre de cas confirmés<sup>2</sup> chez le personnel en EHPA augmente légèrement et progressivement.

Dans les établissements pour personnes handicapées (PH), le nombre de signalements ré-augmente depuis S39. Après une légère augmentation du nombre de cas confirmés chez les résidents et le personnel en S40, on observe une diminution des cas confirmés sur S41. Dans les structures d'aide sociale (ASE) à l'enfance, très peu de cas sont signalés, et essentiellement chez le personnel.

Le nombre important de signalements en ESMS en regard du nombre relativement faible de cas confirmés (en particulier en PH ET ASE) montre que de nombreux signalements sont extrêmement précoces et ne concernent que peu de cas, voire uniquement des cas possibles<sup>3</sup>.

**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 déficients auditifs et visuels)], autres établissements pour adultes (foyers de vie, foyers d'hébergement).

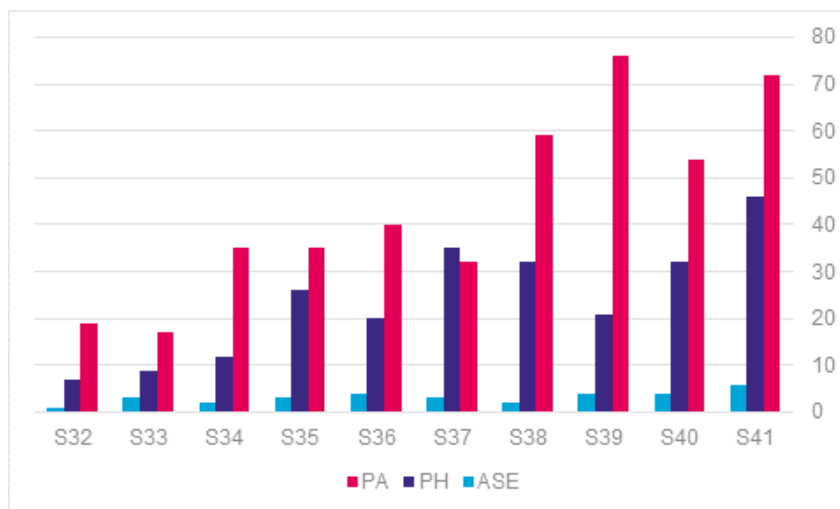
**ASE :** Aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS).

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

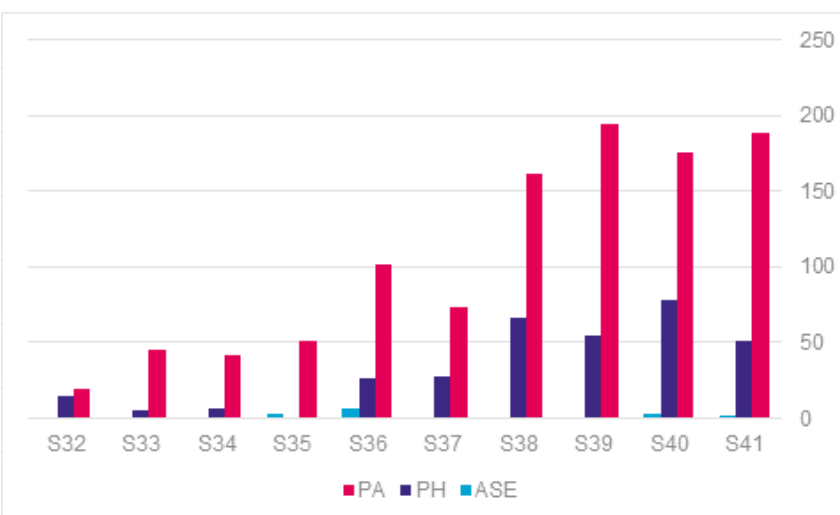
<sup>2</sup> Cas confirmé COVID-19 : toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le COVID-19 parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un ESMS/EHPA.

<sup>3</sup> 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.

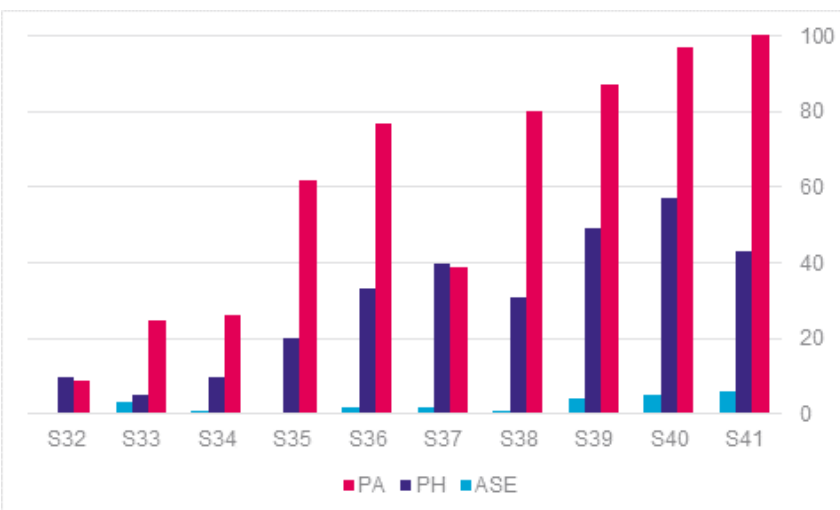
**Figure 10.** Nombre de signalements<sup>1</sup> pour épisode de COVID-19 par type d'établissements sociaux et médico-sociaux, entre les semaines 32 et 41 (source enquête Voozano SPF, extraction au 12/10/2020)



**Figure 11.** Nombre de cas confirmés<sup>2</sup> de COVID-19 chez les résidents par type d'établissements sociaux et médico-sociaux, entre les semaines 32 et 41 (source enquête Voozano SPF, extraction au 12/10/2020)



**Figure 12.** Nombre de cas confirmés<sup>2</sup> de COVID-19 chez le personnel par type d'établissements sociaux et médico-sociaux, entre les semaines 32 et 41 (source enquête Voozano SPF, extraction au 12/10/2020)





## Mortalité toutes causes

L'analyse de la mortalité toutes causes confondues s'appuie sur les données d'état-civil d'environ 370 communes franciliennes, enregistrant près de 80 % de la mortalité régionale. Du fait des délais habituels de transmission, les données récentes sont encore incomplètes et seront consolidées dans les prochaines semaines.

Source : Insee, au 14/10/2020 à 14h

L'Île-de-France a présenté un excès de mortalité toutes causes et toutes classes d'âges confondues en **semaine 38** (14 au 20 septembre 2020). Cet excès concernait principalement les personnes de 65 ans et plus et était constaté dans le Val-d'Oise, en Seine et Marne et en Essonne. Dans une moindre mesure, un excès de mortalité était également observé à Paris et en Seine-Saint-Denis chez les adultes de 15 à 64 ans.

En **semaine 39** (du 21 au 27 septembre), après consolidation des données, le nombre de décès revenait dans les marges de fluctuation habituelle.

En **semaine 40** (28 septembre au 04 octobre), un excès de mortalité chez les 65 ans et plus est identifié à Paris ; cette tendance devra être confirmée dans les semaines à venir avec la consolidation des données.

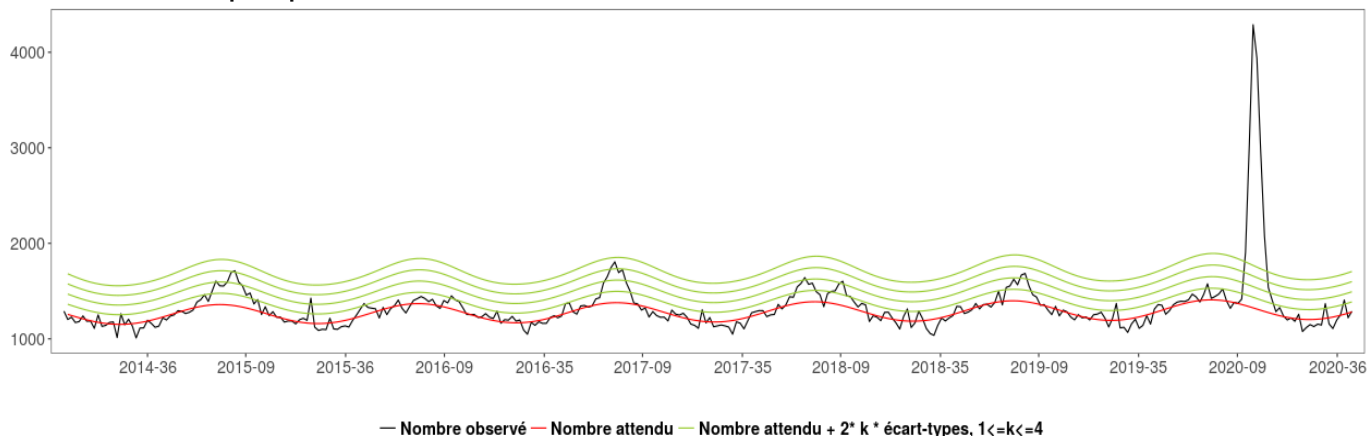
Tableau 4. Niveau d'excès de la mortalité toutes causes, toutes classes d'âge par département sur les semaines 38-2020 et 39-2020

Département	Semaine 1 (Pic 1 <sup>ère</sup> vague)		Semaine 38		Semaine 39	
	Excès en %	Z-score	Excès en %	Z-score	Excès en %	Z-score
75 - Paris	160%	21,1	12%	2,0	3%	0,6
77 - Seine-et-Marne	161%	12,2	24%	2,1	-3%	-0,3
78 - Yvelines	146%	11,5	13%	1,2	-21%	-2,1
91 - Essonne	187%	13,5	26%	2,3	-5%	-0,5
92 - Hauts-de-Seine	238%	21,2	12%	1,3	-2%	-0,2
93 - Seine-St-Denis	276%	23,8	-3%	-0,3	11%	1,2
94 - Val-de-Marne	232%	19	-9%	-0,9	-13%	-1,4
95 - Val-d'Oise	238%	19,9	30%	3,0	-12%	-1,4
<b>Ile-de-France</b>	<b>204%</b>	<b>39,4</b>	<b>12%</b>	<b>2,8</b>	<b>-4%</b>	<b>-0,9</b>

**Z-score** = (nombre observé – nombre attendu) / écart-type du nombre attendu  
 Cet indicateur standardisé permet notamment de comparer les excès de décès d'une zone géographique à une autre. Il est par définition centré sur 0. On considère que la mortalité observée est conforme à la mortalité attendue lorsque le Z-score fluctue entre -2 et 2.  
 Un excès de mortalité devient significatif lorsqu'il est supérieur à 2.

Figure 13. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues jusqu'à la semaine 39-2020

Effectifs hebdomadaires de mortalité - ILE-DE-FRANCE - Tous Ages  
 Sources : Santé publique France - Insee

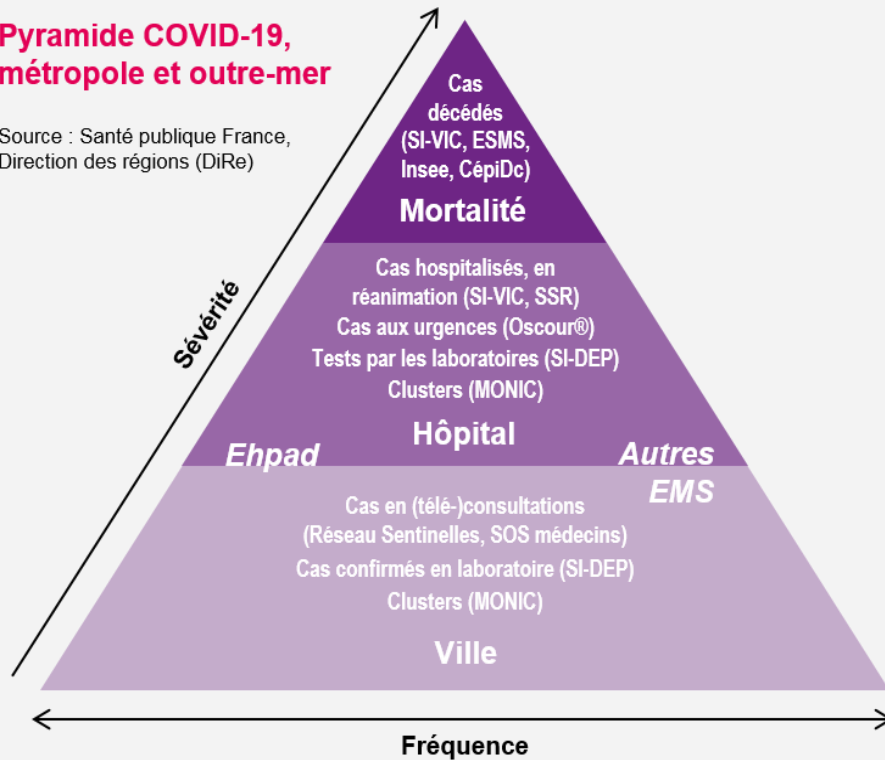


## Mission de Santé publique France

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

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](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)

Diffusion Santé publique France

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

[www.santepubliquefrance.fr](http://www.santepubliquefrance.fr)

Date de publication

15 octobre 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)