

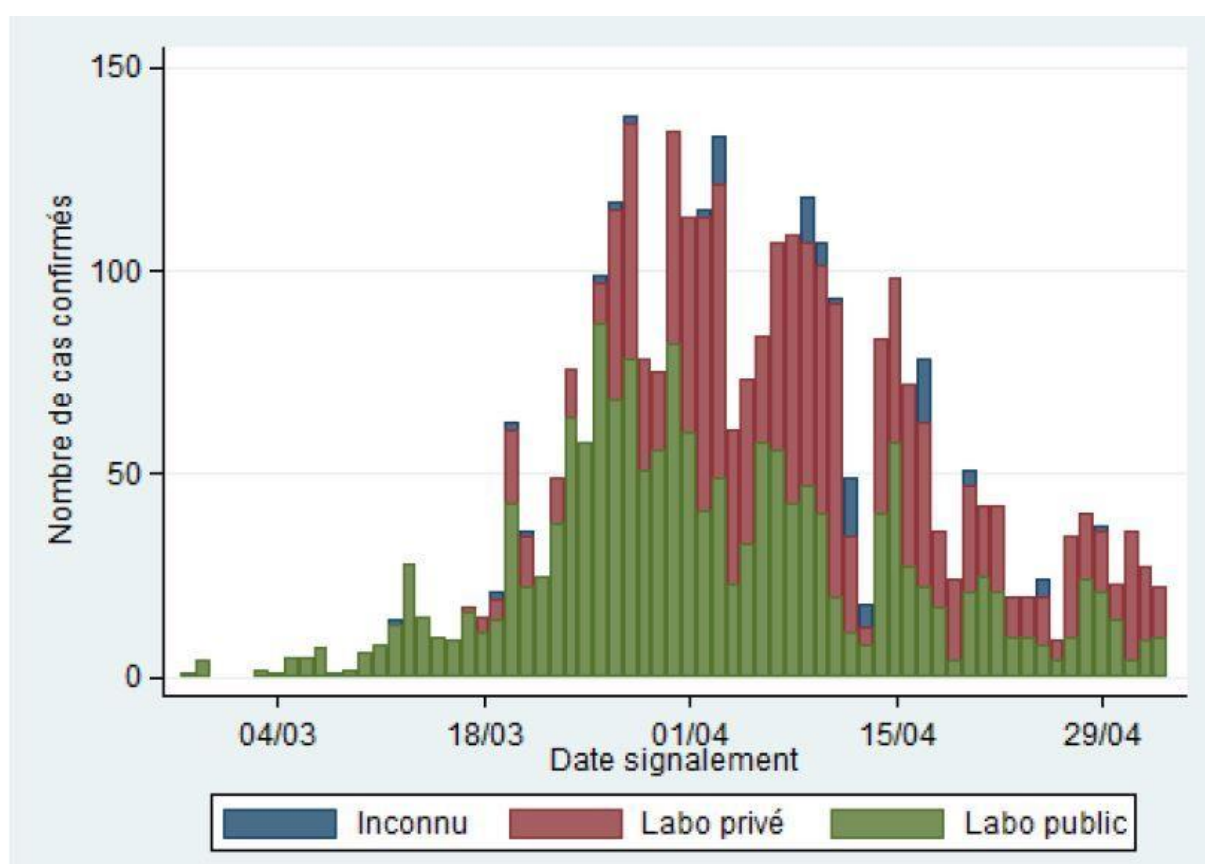
Précisions de l'ARS Pays de la Loire le 04 mai à 16 heures

Le nombre de nouveaux cas quotidiens continue de baisser dans la région.

Le nombre cumulé de cas confirmés COVID 19 par un prélèvement et une analyse PCR à visée diagnostique depuis le début de l'épidémie en Pays de la Loire est de 3097 cas au 04 mai 2020 à 16h.

Seulement 20 de plus qu'avant-hier, le 2 mai.

La baisse du nombre de nouveaux cas positifs se poursuit, traduisant l'effet du confinement strict de la population sur le cours de l'épidémie.



Graphique 1 : Nombre de cas positifs COVID-19 journalier recensés par l'ARS des Pays de la Loire selon la source laboratoire, Pays de la Loire (Les encoches représentent les variations liées aux jours non ouvrés)

Cependant le nombre de cas positifs ne reflète que la « partie émergée » de l'iceberg puisque tous les patients qui présentent des signes cliniques compatibles avec le Covid 19 ne sont pas systématiquement testés.

Et parce qu'un nombre indéterminé de patients ne présentent aucun signe de maladie, les personnes asymptomatiques alors même qu'ils ont été porteur du virus et probablement contagieux.

ARS Pays de la Loire – Mai 2020 – En savoir plus sur les données épidémiologiques – COVID 19 Dr Pierre Blaise – Directeur du Projet Régional de Santé Pays de la Loire

C'est pourquoi il a été décidé de retenir un autre paramètre que nous utilisons aussi régulièrement et dont il a souvent été question dans ces commentaires : le taux de passage pour suspicion de Covid 19 dans les services des urgences des hôpitaux. (Encadré)

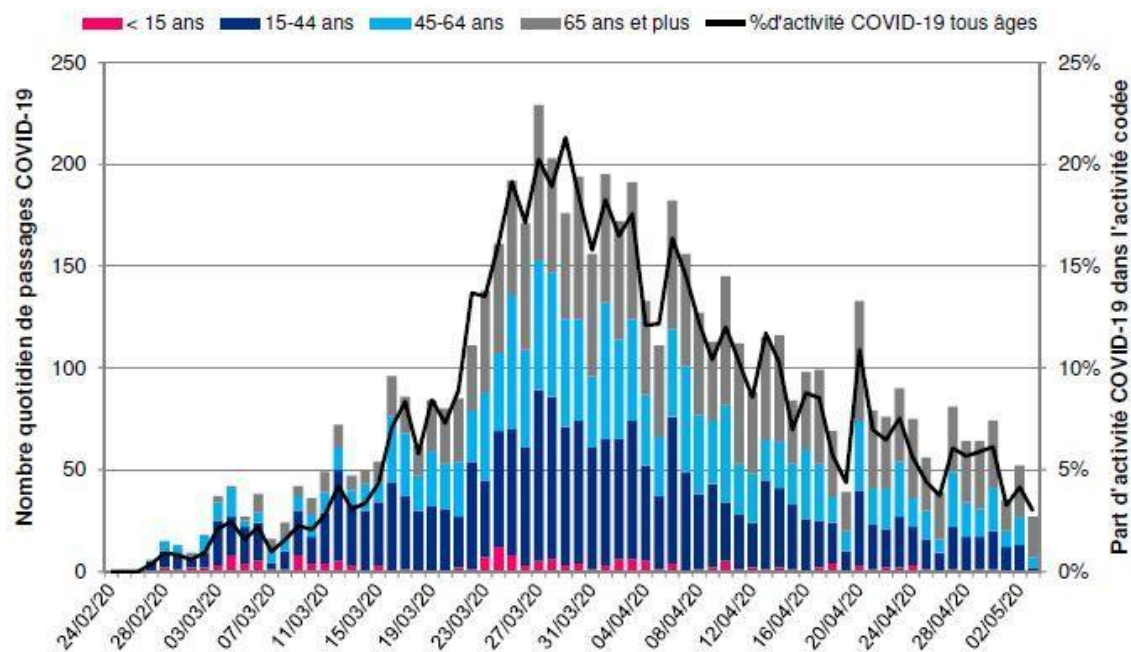
Les données utilisées pour cet indicateur sont issues du réseau Oscour et pour en lisser les variations quotidiennes, il est calculé selon la moyenne des 7 derniers jours. Les seuils ont été fixés sur la base de ce qui a été observé pendant la 1ère vague épidémique.

Cet indicateur a l'avantage d'être parmi les plus précoces dans le suivi de l'épidémie, et parmi les plus sensibles, c'est-à-dire qu'il évoluera rapidement en cas d'évolution de l'épidémie. Il a donc été choisi par le niveau national pour permettre de réagir le plus rapidement possible, et il est extrêmement important de pouvoir le surveiller quotidiennement.

Cet indicateur peut avoir des biais, en particulier en lien avec les modes de recours aux urgences: un recours plus faible aux services d'urgences d'un territoire peut faire augmenter mécaniquement la part des suspicions de COVID-19. Ou alors une attention plus soutenue au cas de covid 19 peut conduire signaler cette pathologie plus systématiquement que les autres et augmenter également mécaniquement la part des suspicions de COVID-19.

Toutefois, le recueil de cet indicateur présente l'avantage d'être standardisé, permettant des comparaisons à l'échelle nationale. C'est la raison pour laquelle il est utilisé depuis des années comme un des indicateur fiable pour identifier les événements épidémiologique (grippes, infections hivernales, intoxications aux champignons ou au monoxyde de carbone,...).

En pays de la Loire au niveau régional, cet indicateur continue de baisser il est désormais en moyenne régionale inférieur à 5% (Graphique 2)



Source : Oscore® - SurSaUD® / Santé publique France

Graphique 2 : Evolution du nombre quotidien de passages aux urgences et de la part d'activité (%) pour suspicion de COVID-19 par classe d'âges, établissements non constants sur la période du 24 février au 3 mai 2020, Pays de la Loire

Au niveau départemental cependant la dynamique de l'épidémie a suivi des évolutions différentes selon les départements. Dans nos commentaires du 24 avril nous montrions les variations entre les départements du nombre de cas positifs, rapportés à la population du département, exprimé en taux pour 100 000 pour rendre possible les comparaisons entre départements de tailles différentes.

Le nombre de passages aux urgences liés au COVID subit également des variations entre départements.

D'abord, ils n'ont pas connu la même intensité de circulation du virus et s'ils ont tous connu un pic à la fin du mois de mars, il n'a pas connu la même ampleur et leur décroissance n'a pas atteint le même niveau à ce jour.

Les facteurs de différence sont bien entendu la taille de la population – il y a plus de cas en Loire Atlantique qu'en Mayenne parce que la population est beaucoup plus nombreuse dans le premier que dans le second département.

C'est également la structure d'âge de la population. En effet lorsque la proportion de personnes âgées est plus importante, alors le nombre de cas rapporté à la population sera plus important car les personnes sont d'autant plus touchées par le Covid qu'elles sont âgées.

Mais ce qui a attiré tout l'attention lorsqu'on compare entre eux les départements ces derniers jours a été le franchissement ou non des seuils annoncés de 10% ou 6% des passages aux urgences liés au coronavirus.

Alors que les départements de Maine et Loire et de Vendée étaient en deçà du seuil de 6%, la Loire-Atlantique ne l'a franchi que le 2 mai.

En Mayenne comme dans d'autres départements français, les données ont dû être corrigées car les modalités de prise en compte des cas de Covid dans les passages aux urgences étaient surestimées en raison d'une sous-estimation bien connue antérieurement des autres motifs de passages aux urgences.

En Sarthe, la décroissance de la part des passages aux urgences pour Covid connaît depuis le pic une décroissance régulière mais elle est plus lente que pour les autres départements.

Il n'est pas impossible que la Sarthe ait été plus durement touchée par l'épidémie que les autres départements de la région sous une double influence :

D'une part la structure d'âge de la population avec une proportion importante de personnes âgées. D'autre part la proximité de l'Île de France où le virus a circulé intensément avec des interactions interrégionales importantes avant et peut-être pendant le confinement pour ceux qui travaillaient. La Sarthe est le département le plus à l'est de la région !

Enfin, certaines villes du 72 font face à des tensions en nombre de généralistes. Il est possible que la proportion, supérieure à 6% des passages aux urgences pour Covid, reflète ce recours habituellement important aux urgences de l'hôpital pendant l'épidémie alors que leur fréquentation pour les autres causes diminuait.

Toutes ces observations montrent deux aspects très importants dans le contrôle de cette épidémie nouvelle.

Tout d'abord, tout indicateur ... n'est qu'un indicateur ! Comme un thermomètre qui objective la fièvre mais n'en est ni responsable ni à lui seul un marqueur pronostic définitif, il est inutile de le mettre sous l'eau froide pour faire baisser la fièvre. Il permet en revanche d'indiquer de façon fiable l'effet des remèdes administrés et d'orienter les décisions appropriées pour la contrôler.

Ensuite comme tout comme pour la prise de température pour indiquer la fièvre, les conditions de sa mesure doivent être prises en compte pour en donner le résultat, voire le corriger. Ainsi on corrige la température axillaire par rapport à la température rectale. On sait que la température prise dans l'oreille n'a pas de valeur si les oreilles sont bouchées par du cérumen. C'est ce qui a été fait ces derniers jours.

Enfin la conclusion diagnostique et les décisions qui s'en suivent ne reposent pas sur ce seul élément diagnostique et d'autres signes sont pris en compte.

Ainsi pour apprécier le chemin qui reste à parcourir pour être sûr que le déconfinement ne risque pas de traduire par un sursaut non maîtrisable de nouvelles infections il est important de connaître de façon juste ce que traduit cet indicateur avec la bonne interprétation des conditions locales qui en déterminent le résultat quotidien.

C'est ce que font l'agence et Santé publique France chaque jour. Et que tentent de refléter régulièrement ces commentaires.

Précisions de l'ARS Pays de la Loire le 13 mai à 16 heures

A l'heure où la région se déconfiner la circulation du virus a été fortement réduite.

Le nombre cumulé de cas confirmés COVID-19 par un prélèvement et une analyse PCR à visée diagnostique depuis le début de l'épidémie en Pays de la Loire est de 3273 cas au 13 mai 2020 à 16h. Seulement 24 de plus qu'hier.

Depuis le 11 mai, les Pays de la Loire sortent progressivement de deux mois de confinement.

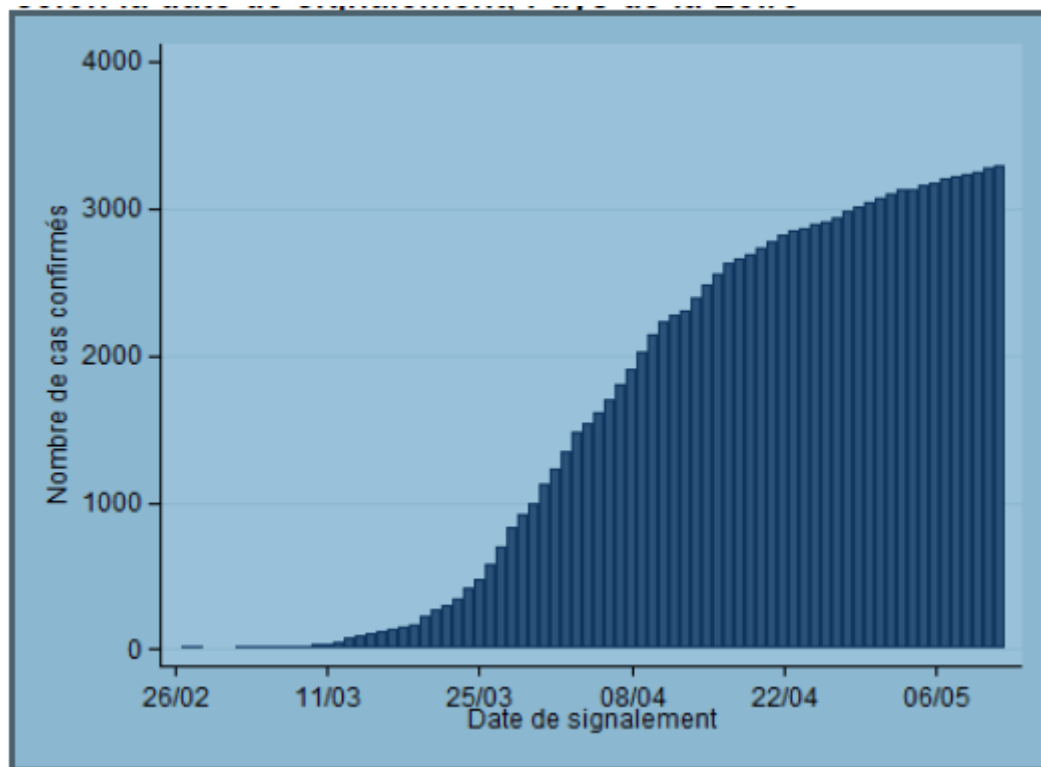
Lorsque le confinement a été décidé, le 17 mars, le virus, introduit dans la région le 27 février, commençait tout juste à circuler activement puisqu'il devenait impossible de reconstituer et de contrôler les chaînes de transmission avec les moyens de surveillance épidémiologique de routine dont disposent depuis de nombreuses années l'ARS et l'antenne régionale de Santé Publique France.

L'épidémie, une fois lancée, a continué à se propager sur son aire à partir des contaminations préexistantes au confinement.

Elle a logiquement amorcé une courbe d'accélération rapide. Cette situation a conduit avec quelques jours de décalage à une augmentation très rapide des entrées de malades en réanimation.

Mais grâce au confinement, cette ascension s'est ralentie.

Après avoir connu une accélération maximale au 31 mars, le nombre de cas cumulés a amorcé un plateau à partir du 22 avril. (Graphique 1).



Graphique 1 : Nombre cumulé de cas positifs COVID-19 recensés par l'ARS de Pays de la Loire selon la date de signalement, Pays de la Loire

Le nombre quotidien de nouveaux cas a ensuite diminué chaque jour. Il a rejoint aujourd'hui son étiage d'avant confinement.

Dans la population, l'évolution de l'épidémie peut être observée en suivant le nombre de tests PCR positif.

Mais cette appréciation est dépendante de la disponibilité des moyens de tests.

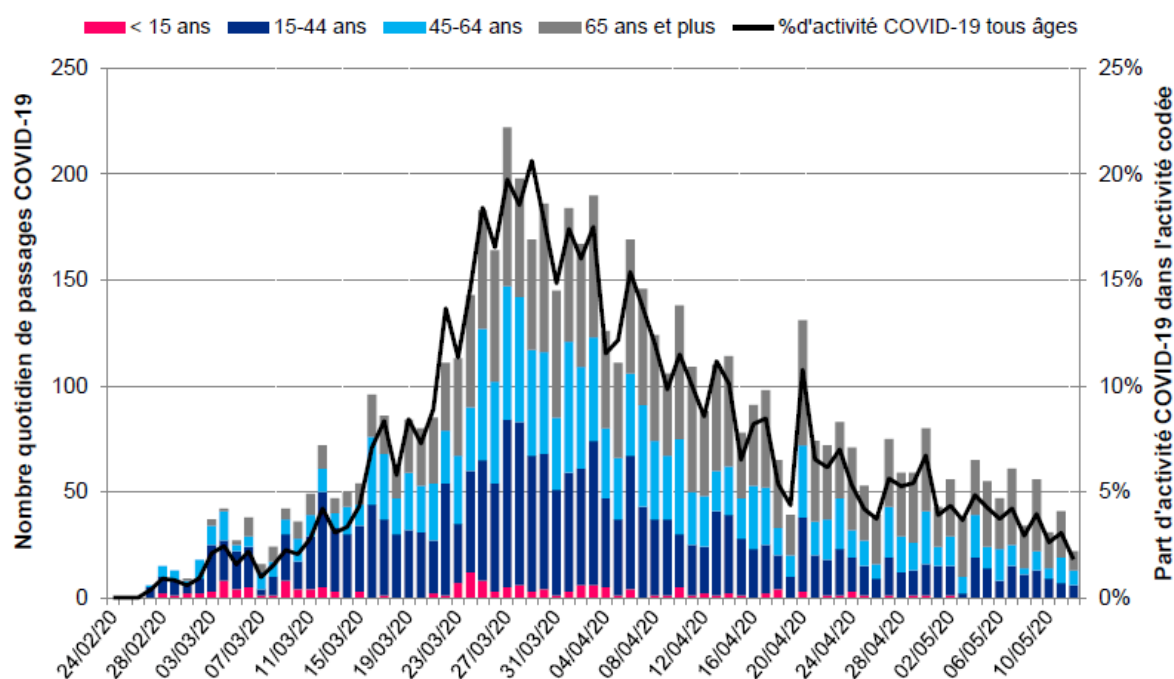
L'alternative retenue a été le nombre quotidien de passage aux urgences et surtout la proportion de ces passages pour suspicion de Covid-19. Le seuil retenu pour considérer que la circulation du virus est ralenti est un taux inférieur à 6% des passages aux urgences dus au Covid-19.

Dans les 5 départements ce taux (après analyse et retraitement de certaines données), comme l'épidémie, a donc suivi une classique courbe en cloche.

Sur une moyenne de 7 jours, pour la période du 5 au 12 mai, il est à ce jour à 3,1% en Loire-Atlantique, 2,1% en Maine et Loire, 4% en Mayenne, 4,9% en Sarthe et 2,7% en Vendée.

Il est donc actuellement inférieur à 6% sur l'ensemble du territoire (graphique 2).

C'est en quelque sorte le nouveau point de repère, au démarrage de la phase fait suite au confinement strict à domicile que la grande majorité de de la population vient de connaître.



Source : Oscour® - SurSaUD® / Santé publique France

Graphique 2 : Evolution du nombre quotidien de passages aux urgences et de la part d'activité (%) pour suspicion de COVID-19 par classe d'âges, établissements* non constants sur la période du 24 février à la journée d'hier, Pays de la Loire

Grâce au confinement, la hauteur du pic n'a pas atteint un nombre de cas menaçant l'accès aux services de réanimation.

Les équipes soignantes n'ont donc pas connu le risque redouté de perte de chance.

La région n'en a pas moins été fortement touchée par l'épidémie.

Le plus lourd tribut en termes de mortalité revenant aux personnes âgées de plus de 80 ans. La cible privilégiée du virus.

Pour autant le nombre de personnes qui ont développé la maladie et sont probablement immunisées aujourd'hui reste faible au regard de la population.

C'est insuffisant pour protéger les autres du virus.

A moins que le virus ne s'évanouisse, naturellement ou sous l'effet de la chaleur, ce qui n'est pas impossible (mais c'est une hypothèse trop incertaine aujourd'hui).

La probabilité que nous connaissions une deuxième vague reste forte et mieux vaut s'y préparer.

Maintenir une transmission faible, le défi de la nouvelle phase qui démarre.

En réalité, si l'épidémie a été contrôlée et semble aller vers sa fin c'est parce que les conditions normales de circulation du virus ont été fortement modifiées par le confinement.

Le nombre de personnes pouvant être contaminées par une personne infectée est passé de 3,3 à 0,7.

Mais avec la fin du confinement, l'épidémie ne demande qu'à repartir.

Nous ne pourrions la contrôler à nouveau qu'avec deux leviers

Le premier consiste à réduire les probabilités de transmission par la pratique de tous et partout des gestes barrières et de la distanciation physique. Se laver les mains et ne pas se les contaminer, se tenir à un mètre de distance au moins les uns des autres ou porter un masque lorsque ce n'est pas possible.

Il s'agit en fait de reproduire le confinement dans l'espace public où nous nous côtoyons.

C'est, in fine, se protéger et protéger ses proches.

Le second consiste à systématiquement repérer, soigner, accompagner les personnes malades pour les encourager à s'isoler durant leur maladie.

Il est très important que toute personne qui présente ou ressent des symptômes du COVID-19 n'hésite pas à consulter un médecin.

Et surtout à identifier les personnes en contact rapproché qu'elles auraient pu contaminer afin qu'elles puissent s'isoler pour la durée de 14 jours où elles risquent de devenir eux même contagieux puis malades.

Un test de dépistage virologique leur sera systématiquement proposé, pour identifier se elles le sont déjà ou surveiller l'apparition des symptômes et le cas échéant proposer leur prise en charge précoce.

C'est le seul moyen d'interrompre très précocement les chaînes de transmission avant que le nombre de contaminations ne se multiplie trop vite.

Le dispositif est mis en place pour permettre ce dépistage, ciblé sur les personnes atteintes et leurs contacts, et leur apporter les mesures d'accompagnement nécessaires.

Dans les jours à venir il deviendra familier pour chacun/e d'entre nous.

Le moment est très important.

C'est celui d'être solidaire et attentif aux autres pour soutenir cette démarche et éviter grâce à la contribution de chacun/e, la deuxième vague épidémique que tout le monde redoute.

Précisions de l'ARS Pays de la Loire le 18 mai à 16 heures

La sortie du confinement généralisé s'accompagne d'un changement nécessaire de la stratégie de contrôle de l'épidémie... Et aussi de son système de surveillance.

Le confinement généralisé a permis la maîtrise de l'épidémie en freinant la transmission du virus.

Il se passait de l'identification des chaînes de transmission pour en isoler les porteurs puisque tout le monde était « isolé ».

Avec la fin du confinement, les interactions sociales reprennent au-delà du cercle familial et de quelques entreprises et commerces. La distanciation physique volontaire et l'observation des gestes barrières sont indispensables pour en conserver les effets.

Mais ils ne suffiront pas tant que le virus circule activement.

La stratégie doit changer radicalement.

A la distanciation physique et aux mesures barrières, il faut adjoindre une stratégie de confinement sélectif, cette fois restreint aux personnes qui présentent des symptômes dus au Covid-19, même mineurs. Et à leurs contacts 'à risques', c'est-à-dire les personnes qu'ils ont pu côtoyer sans distanciation suffisante ou sans mise en œuvre des gestes barrières.

Ce confinement sélectif jusqu'à quelques jours après la fin des symptômes pour les malades, pour 14 jours au plus pour les contacts asymptomatiques, a pour but de rompre efficacement les chaînes de transmission qui les concernent.

Il devient essentiel d'identifier, donc de tester cette fois-ci la plus grande partie des personnes contagieuses, qu'elles soient ou non symptomatiques : du moment que l'écouvillon naso-pharyngé révèle lors du test PCR la présence de virus, l'isolement est la seule façon de prévenir le risque de transmission.

En théorie, on pourrait imaginer qu'en testant toute la population française un jour donné, on pourrait identifier et isoler toutes les personnes positives. Mais alors il faudrait le faire tous les jours pendant une durée suffisante. En effet, une personne négative un jour peut se contaminer le lendemain et devenir positive deux semaines plus tard. Cela ne fait donc pas sens.

On ne sait pas aujourd'hui, mais on le saura demain, combien de personnes asymptomatiques contribuent à la transmission du virus. Ni quelles sont leurs caractéristiques. Les tester à l'aveugle ne fait pas non plus sens.

Il est beaucoup plus efficace d'orienter le dépistage actif « autour des personnes » confirmées positives parce qu'elles se sont manifestées spontanément, en raison de

symptômes, même mineurs auprès d'un médecin qui leur a proposé un test. La probabilité d'identifier une chaîne de transmission devient alors très élevée.

Si de surcroît, ces personnes travaillent, ou vivent dans des espaces où la distanciation physique et les gestes barrières sont difficiles à respecter, alors il devient également très utile de dépister plus largement le groupe de personnes avec laquelle la personne confirmée positive partage ces mêmes contraintes. Un lieu de vie communautaire par exemple.

Lorsque plusieurs cas surviennent successivement ou conjointement dans un espace où sont pourtant mis en œuvre les gestes barrière et la distanciation physique et où le risque de transmission est en principe maîtrisé, alors il est utile de vérifier si ces différents cas ne sont pas liés entre eux.

En effet la probabilité est beaucoup plus élevée de trouver ainsi une chaîne de transmission pour laquelle il sera alors très utile de proposer des mesures de prévention.

Mesures éventuellement applicables pour d'autres organisations du même type.

Lorsqu'une telle chaîne de transmission est mise en évidence on parle d'un « cluster » ou d'un foyer épidémique.

Son investigation peut être très complexe, peut demander du temps et relève des épidémiologistes de l'ARS et de Santé publique France.

A changement de stratégie de dépistage, changement de façon de mesurer l'apparition des cas pour surveiller l'épidémie.

Depuis le début de l'épidémie, l'ARS communiquait quotidiennement le nombre de cas confirmés positifs.

Ce chiffre se basait sur la compilation des résultats de tests transmis quotidiennement et directement à l'Agence Régionale de Santé puis vérifiés minutieusement et validés par Santé publique France pour s'assurer qu'il n'y avait pas compte double, entre la ville et l'hôpital ou encore de compilation de données de jours différents.

Avec la stratégie mise en œuvre depuis le 11 mai : confinement sélectif (personnes confirmées positives, symptomatique ou non et leurs contacts) appuyée sur une politique de tests massivement élargie à toutes les personnes présentant des symptômes, même mineurs et à la recherche active de tous leurs contacts à risque, on change d'échelle.

La comparaison d'un jour à l'autre du nombre de cas positifs, au moment où la stratégie et les modalités de reporting changent est inévitablement biaisée.

Du seul fait de tester plus largement, on s'attend bien évidemment à une forte augmentation, non du nombre absolu de cas dans la population que l'on ne connaît pas, mais du nombre de cas désormais détectés dans la population.

Le changement d'échelle dans la pratique des tests a nécessité une organisation nouvelle correspondant à des moyens nouveaux ; Ils ont été déployés durant les deux dernières semaines. La capacité de tests dans la région a été multipliée par 40, passant de 200 tests par jour au début de l'épidémie à près de 8000 aujourd'hui.

Il en va de même pour l'augmentation des capacités de repérage des cas et des chaînes de contacts. Les médecins généralistes ont été mobilisés et seront rémunérés pour cette activité, nouvelle pour eux sous cette forme. 200 personnes ont été recrutées par l'assurance maladie pour téléphoner aux contacts et reconstituer avec eux les chaînes de transmission. Les équipes de l'ARS et de santé publique France en région ont été renforcées.

Des systèmes d'information tout à fait nouveaux ont été créés spécifiquement pour ce repérage des chaînes de transmission. Ils ont fait l'objet d'une grande attention de toutes les parties prenantes pour les ajuster à notre corpus juridique afin que la vie privée soit respectée.

Ils sont enfin opérationnels et commencent à se « peupler » de données.

A ce jour, le dispositif est encore en rodage et se déploie dans les meilleures conditions.

La bascule de l'ancien système de reporting vers le nouveau se fait progressivement avec des ajustements pour rendre compatibles les systèmes d'information des différents maillons de la chaîne d'information, praticiens libéraux, laboratoires médicaux et non médicaux, hôpitaux, assurance maladie, ARS etc.

Le compteur de surveillance de l'épidémie est remis à zéro au 11 mai, départ de la stratégie post-confinement

Le 15 mai, le nombre cumulé de cas positifs publié dans le bulletin de l'ARS pour la région Pays de la Loire d'élevait à 3300 cas confirmés. 11 de plus que la veille.

Dernière publication du système de décompte en vigueur depuis le début de l'épidémie.

Le 13 mai la transmission des résultats à la base de données SI DEP (Système d'Information pour le DEPistage) par les laboratoires a commencé à devenir significative.

Et 123 nouveaux cas positifs ont été inscrits entre le 11 mai et le 18 mai dans la base de données.

Ils sont le produit de 7050 tests réalisés en 7 jours avec en particulier les dépistages de cas groupés.

Leur interprétation ainsi, que la comparaison entre départements n'a pas de sens à ce stade de transition et mise en route d'un nouveau système d'information.

En effet, nous traversons inévitablement un double cône d'ombre en termes de comparaison de l'évolution des données d'un jour à l'autre.

Ombre dans la mesure de l'intensité de la transmission (la mesure du 'R0', le nombre de contacts qu'une personne contagieuse contamine en moyenne) que la fin du confinement généralisé fera varier d'une amplitude qui ne pourra être mesurée que rétrospectivement.

Ombre dans le suivi de la courbe épidémique, mesurée par l'accroissement ou la réduction du nombre de nouveaux cas chaque jour. L'échelle de mesure change puisqu'on dépiste désormais tous les cas même très peu symptomatiques et tous leurs contacts. Ils seront plus nombreux parce que recherchés plus activement, sans que cela ne traduise nécessairement une intensification de l'épidémie.

Cette période d'incertitude sera de courte durée et les comparaisons permettant un suivi de la progression ou de la régression de l'épidémie redeviendront rapidement pertinentes sitôt que l'exhaustivité des données, basculées d'un système à l'autre, sera garantie et qu'un lapse de temps sera suffisant pour une observation interprétable.

Le nombre rapporté de cas dépistés est de bonne augure.

Il ne signifie pas que le nombre de cas positifs explose.

Il semble rester plutôt stable à ce jour.

Il traduit plutôt la montée en puissance de la capacité régionale à identifier le moindre cas pour lui proposer de se protéger et protéger ses proches et ainsi participer à rompre les chaînes de transmission.

En témoigne également l'identification de foyers de cas groupés, ce qui rassure sur la capacité à repérer les 'départs de feu' ou les 'feux de braise' qu'il faut connaître pour les éteindre et protéger les populations concernées.

Précisions de l'ARS Pays de la Loire le 25 mai à 16 heures

- Des indicateurs qui restent orientés à la baisse

Le déconfinement, prudent et par étape, a commencé à se mettre en œuvre dans notre région depuis le 11 mai.

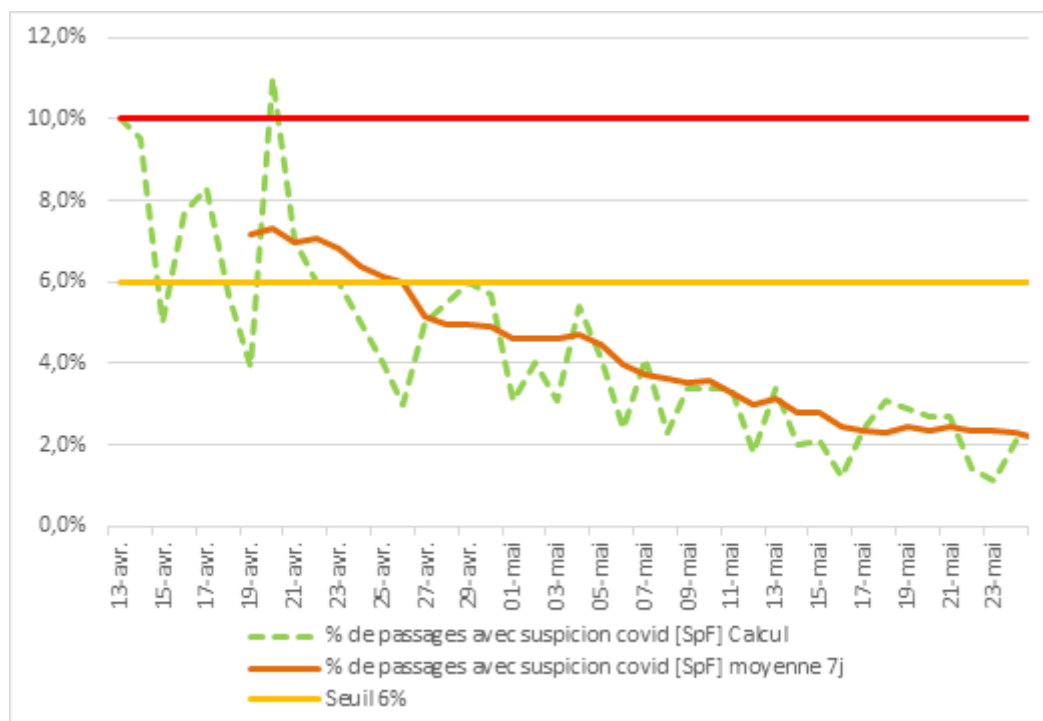
L'indicateur proposé pour mesurer l'intensité de la circulation du virus était **le taux de passage pour suspicion de Covid-19 dans les services d'accueil des urgences de la région.**

Le critère retenu pour décider de l'opportunité du déconfinement était un taux de passage aux urgences pour Covid, avec un seuil fixé à moins de 6% des passages.

Le 11 mai, tous les départements de la région avaient franchi à la baisse ce seuil et la région, classée verte sur cet indicateur et sur les deux autres indicateurs retenus, était éligible à des mesures moins contraignantes.

Le déconfinement se met depuis en œuvre cependant **de façon prudente.**

Sa grande progressivité est justifiée par la crainte de voir l'épidémie reprendre et le risque de survenue d'une deuxième vague qui dépasse les capacités du système de santé. Un suivi très rapproché est donc mis en œuvre.



Graphique 1 : Evolution du pourcentage de passage aux urgences avec suspicion de Covid 19 (brut et lissé sur 7 jours) avant et après déconfinement. Et seuils de 10% et 6% (Source des données Santé Publique France, Extrapolation ARS Pays de la Loire)

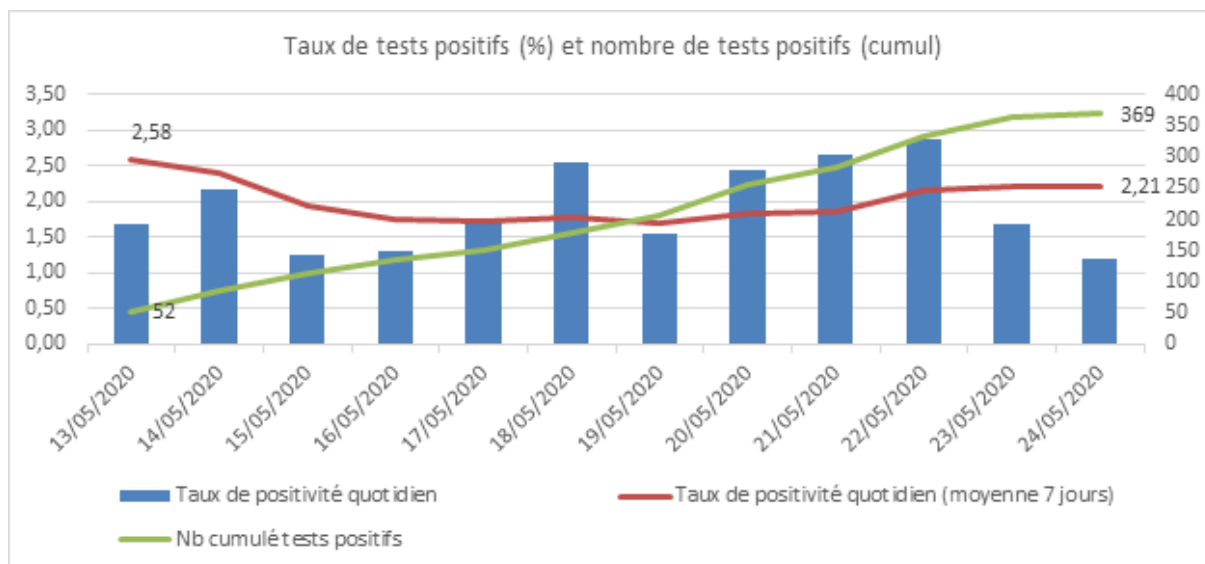
A ce jour, l'indicateur de taux de passage aux urgences pour suspicion de Covid reste **orienté à la baisse** (graphique 1) dans la région Pays de la Loire. Comme nous le soulignons dans les commentaires qui accompagnaient le bulletin du 18 mai, nous sommes entrés dans une nouvelle phase de contrôle de l'épidémie. Grâce à la mise en œuvre des mesures de distanciation physique et des gestes barrières par chaque citoyen dans tous les espaces d'interaction sociale. Et par l'identification des chaînes de transmission, par le dépistage systématique de toute personne présentant des signes de la Covid 19, même mineurs et plus largement des lieux à risque accru de contamination. Complétée par le repérage et l'accompagnement des contacts des personnes testées positives. Afin de permettre aux uns et aux autres de protéger leurs proches en s'isolant pour quelques jours.

C'est ce que l'on appelle le **contact-tracing**. Il permet de rompre les chaînes de transmission. Il est développé à grande échelle depuis le 11 mai, facilité par des capacités de réalisation des tests RT-PCR qui ont été multipliées par 20. Il est mis en œuvre par les médecins, en première intention, appuyés par la plateforme de l'assurance maladie pour la prise en charge des contacts et relayés par l'ARS pour conduire l'investigation de clusters, foyers d'épidémie, et lorsque des dépistages de grand ampleur doivent être envisagés. L'ARS a la responsabilité de la coordination du dispositif.

Une grande vigilance est de mise, car le recul n'est que de deux semaines depuis le début du déconfinement.

Certes, la décroissance continue du nombre de passages aux urgences montre que le confinement continue à produire ses effets. Certes, comme nous le précisons dans les commentaires qui accompagnaient le bulletin du 18 mai, l'interprétation à compter du 11 mai des variations à la hausse ou à la baisse du nombre de nouveaux cas dépistés est délicate. En effet, l'intensité accrue du dépistage, axe stratégique majeur du déconfinement, change nos repères.

Depuis le 11 mai, **ce sont pourtant 369 cas positifs supplémentaires** qui ont été dépistés. Certes, au plus fort de la vague, le taux de tests positifs parmi l'ensemble des tests réalisés était de 21% au 31 mars, témoignant de l'intensité de la circulation du virus. Alors qu'il n'est aujourd'hui que de 2,2%. Mais la tendance ne diminue plus depuis le 17 mai, 5 jours après le déconfinement. (Graphique 2)



Graphique 2 : Variation du nombre de tests positifs cumulés, et du taux tests positifs parmi les tests réalisés depuis déconfinement* (Source SI DEP) (*Les données entre le 11 et le 13 mai ne sont pas rapportés car ils correspondent à la période de rodage du système d'information SIDEP).

Cette stagnation peut s'expliquer par une identification accrue de nouveaux cas positifs en raison de l'intensité du dépistage. Mais elle peut également marquer la fin de la décroissance de circulation du virus, et une potentielle reprise de l'épidémie. **Les tous prochains jours et semaines qui viendront confirmeront la tendance.** En attendant, la mobilisation de tous pour maîtriser la circulation du virus et la maîtrise de tout 'départ de feu' doit absolument rester de mise pour ne pas perdre les acquis du confinement mis en œuvre avec détermination par l'ensemble de la population.