

En collaboration avec :

Agence régionale de santé (ARS) Réunion, Assurance Maladie, Médecins libéraux, SAMU Centre 15, SOS médecins, médecins urgentistes, réanimateurs, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et de médecine d'urgence



Indicateurs clés – Semaine 49 (30 novembre au 06 décembre 2020)

Stabilisation des indicateurs de surveillance

CIRCULATION VIRALE ACTIVE

Incidence \searrow
30/100 000 hbts < seuil d'alerte

Taux de positivité \leftrightarrow
2,7% < seuil de vigilance

Taux de dépistage \searrow
1 143/100 000 hbts

IMPACT SANITAIRE

36 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 \leftrightarrow

20 nouvelles hospitalisations \leftrightarrow

4 nouvelles admissions en réanimation \leftrightarrow

1 nouveau décès à l'hôpital \searrow

Analyse de la situation

- En semaine 49, le taux d'incidence continue de baisser légèrement, de même que le taux de dépistage. Les autres indicateurs, taux de positivité et indicateurs d'impact sanitaire, sont stables entre les semaines 48 et 49.
- Des clusters continuent à être identifiés, autant en milieu scolaire que professionnel: la nécessité de respecter les gestes barrières à tout moment et en tout lieu doit être rappelée, notamment lors des temps de rassemblement et de pause/repas qui sont des moments à risque élevé de transmission.
- Les transmissions en milieu familial ne sont plus rapportées dans la surveillance des clusters à ce jour mais les regroupements familiaux restent bien évidemment des moments à risque de transmission, notamment lorsque les mesures de protection ne sont pas respectées.
- Le respect des mesures de prévention individuelles, y compris dans la sphère privée, associées aux mesures collectives, sont actuellement les seuls moyens permettant de freiner la circulation du virus et de réduire l'impact sur le système de soins et la mortalité.
- Un certain nombre d'outils de prévention, tant nationaux que locaux existent ; chaque acteur est invité à s'en saisir pour sensibiliser son entourage, tant personnel que professionnel. Ces outils permettent à chacun d'adapter les différents moments de la vie quotidienne au respect des mesures de protection.
- Malgré une diminution puis une stabilisation des indicateurs de surveillance au cours des dernières semaines, la circulation du virus Sars-Cov2 est toujours active à La Réunion. Avec les vacances et les fêtes de fin d'année, une augmentation du nombre de voyageurs à destination de la Réunion est à prévoir. Afin de limiter l'introduction de nouveaux cas pouvant donner lieu à des chaînes de transmissions locales, une reprise épidémique, et une possible saturation du système de santé, une communication et des mesures spécifiques à destination des voyageurs sont impératifs.

Rôle clé des voyageurs arrivant à La Réunion : « J'aime La Réunion, je fais un test »

Les données de surveillance disponibles depuis mars illustrent l'impact sur la dynamique épidémique locale que peuvent avoir des personnes contaminées arrivant sur l'île. L'augmentation du nombre de cas importés observée à plusieurs reprises au cours de l'année a été systématiquement suivie d'une augmentation de cas autochtones relativement importante ; des chaînes de transmission secondaires à l'arrivée de personnes contaminées ont été mises en évidence, en milieu familial, professionnel ou scolaire.

Pour contenir au mieux la transmission du virus sur l'île, il est donc très important que les personnes venant à La Réunion fassent un test entre 2 et 4 jours après leur arrivée, et ce même si le résultat du test effectué avant le départ était négatif. Dans l'attente du résultat il est recommandé de s'isoler, et donc de réduire ses contacts au maximum. L'ensemble des gestes barrières et des mesures de protection doivent évidemment être respectés.

Les informations concernant les lieux de dépistage sont disponibles sur le [site de l'ARS La Réunion](#).

Respecter les gestes barrière et les mesures de protection dans tous les moments de la vie quotidienne, même en temps de fêtes, c'est possible !

Le respect des gestes barrière et des mesures de protection permet de limiter la transmission du virus, en particulier dans les circonstances les plus à risque que représentent les regroupements de personnes. C'est aussi une façon de protéger nos proches les plus fragiles.

Adapter notre vie quotidienne pour respecter ces mesures de protection est possible, y compris en temps de fêtes ! Des « *chek-list* » qui permettront à chacun d'avoir des idées pour cela et d'acquérir des bons réflexes est en cours de préparation.



Des ressources proposées par l'IREPS

Plusieurs outils sont disponibles sur le [site de l'IREPS](http://www.irepsreunion.org).

Un appui aux communes et aux associations de ces communes est proposé par l'IREPS en fonction des besoins et des demandes avec l'objectif d'élaborer un plan d'intervention local, ciblant et impliquant les lieux, modalités d'action et acteurs les plus adaptés.

Des spots vidéos ont en cours de production pour illustrer comment adapter chaque moment de vie quotidienne au respect des gestes barrière.



Retrouvez toutes ces ressources sur www.irepsreunion.org
Section «Services» puis «Ressources en ligne»

3 vidéos avec Maya Kamaty pour une promotion des gestes barrières sur les réseaux sociaux



4 outils de médiation pour sensibiliser la population réunionnaise sur la COVID-19



1 jeu de la ligne pour échanger sur les idées reçues sur la COVID-19



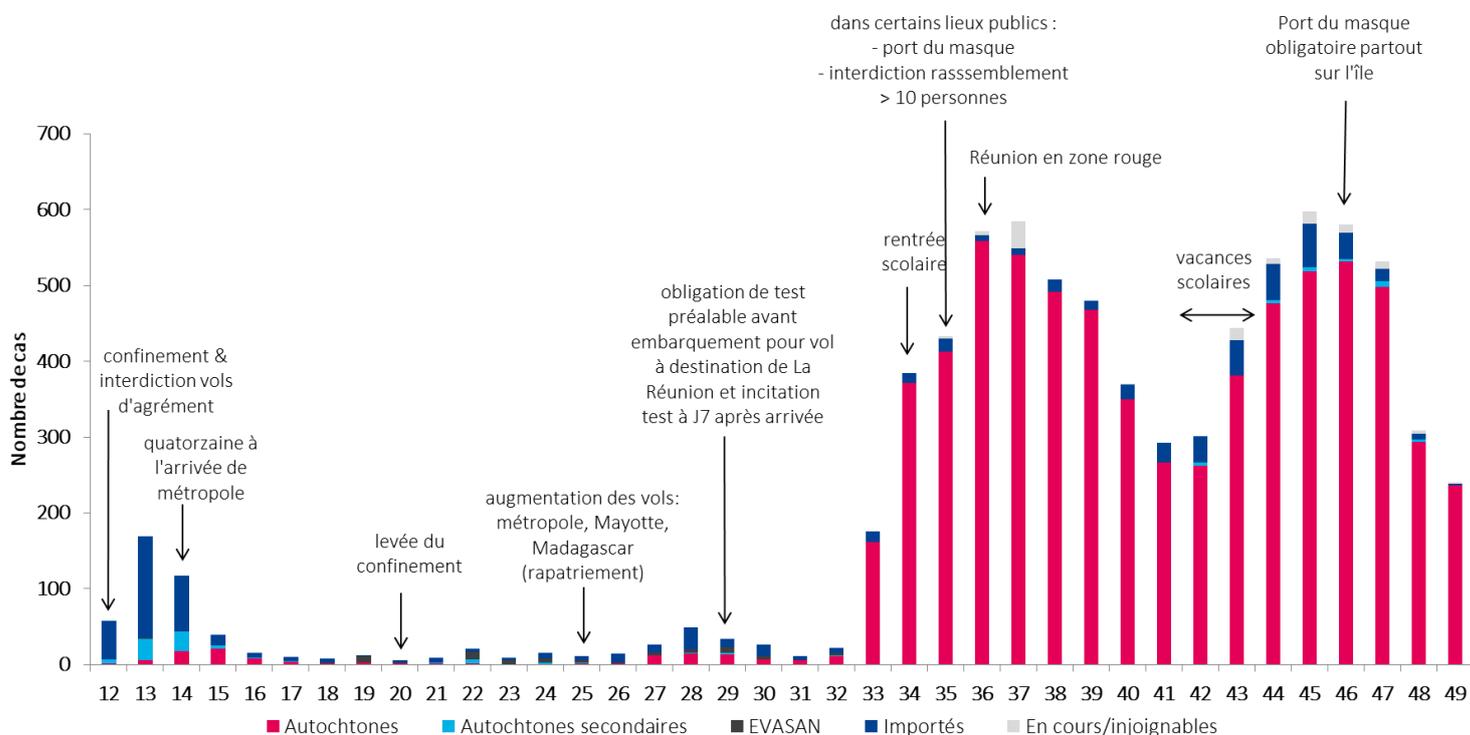
Appuis aux communes



Outils d'information pour la prévention de la transmission du virus

L'ensemble des outils de prévention (Affiches, spots radio, spots vidéo...) régulièrement mis à jour et destinés tant aux professionnels de santé qu'au grand public sur le site Santé publique France.

Figure 1. Evolution du nombre de cas confirmés, par type de cas et par semaine de prélèvement, S11 à S49/2020
(sources : ARS, Assurance maladie, 09/12/2020)



Depuis le 11 mai 2020, le contact-tracing autour des cas confirmés signalés dans SI-DEP (système d'information de dépistage) est assuré par la plateforme régionale réunissant les compétences de l'Assurance maladie et de l'Agence régionale de santé avec l'appui de la cellule régionale de Santé publique France.

- ▶ Entre le 11 mars et le 7 décembre 2020, 8 294 cas confirmés ont été signalés.
- ▶ En S49, le nombre de nouveaux cas continue de baisser alors qu'il était stable et supérieur à 500 cas par semaine entre les S44 et S47 (Figure 1).
- ▶ Selon les résultats des investigations réalisées par l'Assurance Maladie, l'ARS et Santé publique France, en S49 :
 - seuls 2 cas importés ont été identifiés (possible sous-estimation du fait du dépistage non exhaustif de l'ensemble des voyageurs entre J2 et J4)
 - 7% des cas autochtones confirmés ont pu être liés à un cluster identifié (1% en S48) : cette augmentation peut être liée à la diminution du nombre de cas permettant des investigations plus poussées.

Malgré la diminution importante du nombre hebdomadaire de nouveaux cas observée depuis la S48, la circulation du SARS-CoV-2 est toujours active à la Réunion.

Pour rappel (Figure 1), en mars et avril (S11 à S18), les cas confirmés à La Réunion étaient essentiellement importés. Le confinement précoce a permis de limiter la diffusion locale du virus.

Entre mai et juillet (S19 à S32), des cas, importés puis autochtones, ont continué à être identifiés en nombre limité.

La S33 a été marquée par une rapide et importante augmentation du nombre de cas, très majoritairement autochtones, précédée d'une augmentation du nombre de cas importés et concomitante à une évolution défavorable de la situation en métropole. Un pic a été observé en semaines 36-37, suivi d'une diminution depuis la S38 et pendant 4 semaines consécutives.

Entre la semaine 42 et 43 le nombre de cas a à nouveau fortement augmenté, augmentation encore une fois précédée d'une augmentation du nombre de cas importés pendant la période des congés scolaires.

Signalement à visée d'alerte des foyers de transmission (clusters)

Depuis le 11 mai 2020, les ARS en lien avec les Cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters détectés, selon le guide en vigueur (disponible [ici](#)). Un cluster est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables dans une période de 7 jours, qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même rassemblement de personnes. L'identification des clusters résulte de signalements au point focal de l'ARS, du suivi des contacts, et des campagnes de dépistage. Les clusters sont qualifiés d'un niveau de criticité, évalué en fonction de leur potentiel de transmission communautaire et de critères de gravité.

- ▶ Trois nouveaux clusters ont été signalés en S49 et 3 clusters au cours de la S50 (données non consolidées – semaine en cours).
- ▶ Depuis juin 2020, 101 clusters ont été signalés dont 82% sont à ce jour clôturés (n=83/101). Depuis septembre, les données concernant les clusters familiaux élargis ne sont plus rapportées ici.
- ▶ Parmi les 14 clusters actifs (en cours d'investigation et maîtrisés), 3 sont classés en criticité limitée, 2 en criticité modérée et **9 en criticité élevée (soit une part de cluster actifs de criticité élevée qui augmente)**. Ces clusters regroupent plus de 260 personnes contaminées, dont au moins 5 ont été hospitalisées.
- ▶ Les types de collectivités au sein desquels des clusters sont identifiés depuis mars sont variés. A ce jour, les types de collectivité concernés par les clusters actifs sont : les établissements de santé (1), les milieux scolaires et universitaires et centres de formation (4), un EHPAD (1), un établissement médico-social accueillant des personnes en situation de handicap (1), différents milieux professionnels (5) et une structure sportive (1).
- ▶ Sur l'île, 10 communes sont concernées par ces clusters actifs : Saint-Denis (2), Saint-Pierre (4) et La plaine des Palmistes, Sainte-Marie, Sainte-Suzanne, Saint-Benoît, Saint-Joseph, Saint-Louis, l'Etang-Salé, Le Port comptent toutes un cluster.
- ▶ En ce qui concerne les hypothèses d'exposition, les investigations des clusters révèlent que les temps de rassemblement, de pause/repas sont des moments à risque élevé de transmission. Des environnements mal aérés ont pu contribuer à favoriser la transmission. Des transmissions nosocomiales ne sont pas exclues.
- ▶ Les types de collectivités concernées par les clusters identifiés diversifiés et la répartition géographique diffuse des clusters sur l'île attestent d'une circulation de la COVID-19 à la Réunion.
- ▶ Le signalement dans les meilleurs délais de cas groupés de Covid-19, qu'ils soient suspectés ou avérés, à l'ARS (ars-reunion-signal@ars.sante.fr) permet de déclencher l'investigation épidémiologique autour des cas le plus rapidement possible afin de permettre de casser les chaînes de transmission.

Tableau 1. Statuts des clusters identifiés de S26 à S50 (source MONIC 10/12/2020)

	CRITICITE			Total S50 – non consolidé	Total S49	Total S48
	Limitée	Modérée	Elevée			
Statut du cluster (Effectif)						
En cours d'investigation	3	1	5	9	6	5
Maîtrisé	0	1	4	5	5	4
Diffusion communautaire	0	1	3	4	4	4
Clôturé	41	26	16	83	83	82
TOTAL	44	29	28	101	98	95

Surveillance virologique

Depuis le 13 mai 2020, la surveillance virologique s'appuie sur SI-DEP (système d'information de dépistage), qui permet un suivi exhaustif de l'ensemble des personnes testées dans les laboratoires de ville et hospitaliers. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR. L'intégration des tests antigéniques renseignés dans l'outil SI-DEP dans le calcul des différents indicateurs sera disponible à partir de la semaine prochaine.

Des différences peu importantes, et qui ne modifient pas significativement les différents taux, existent si les extractions de la base SI-DEP sont effectuées en considérant les sites de prélèvements (finess laboratoire) au lieu des codes postaux de résidence des personnes prélevées.

Méthodes [Nouveau !]

À partir du 08 décembre 2020, les données présentées prennent en compte des changements de calcul des indicateurs sans impact sur les interprétations de la dynamique de l'épidémie :

- **Intégration dans les indicateurs des résultats des tests antigéniques disponibles dans la base SI-DEP.**

⇒ Cette intégration des tests antigéniques modifie à la hausse le taux d'incidence au niveau national ; cette modification est très faible à La Réunion. La tendance de la dynamique de l'épidémie reste identique.

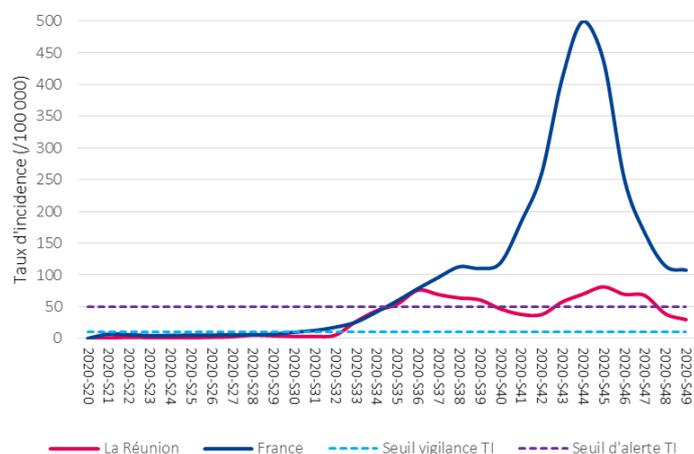
- **Nouveau calcul du nombre de personnes testées** : ce nombre, calculé sur une période de temps donnée (7 jours par exemple), correspond au nombre de personnes ayant réalisé au moins un test pendant cette période et qui n'ont jamais été testées positives dans les 60 jours précédant ce test. Cette période de 60 jours est la fenêtre de temps pendant laquelle la probabilité d'une réinfection est considérée négligeable.

- **Nouveau calcul du nombre de personnes testées positives** : ce nombre correspond au nombre de personnes qui présentent un test positif soit pour la première fois, soit plus de 60 jours après un précédent test positif. Le changement de calcul n'a pas d'impact significatif sur le taux d'incidence car le nombre de personnes ayant 2 tests positifs à plus de 60 jours d'intervalle est très faible.

⇒ Selon ces nouveaux calculs des nombres de personnes testées et testées positives, **le taux de positivité diminue** par rapport à celui qui résultait de l'ancien calcul ; **le taux de dépistage, à l'inverse, augmente** ; le taux d'incidence n'est pas affecté par ce changement de définition. **Pour autant, les tendances au cours du temps de ces deux indicateurs sont les mêmes que celles communiquées jusqu'à présent.** Ces nouveaux modes de calcul, centrés sur la personne, sont plus précis pour estimer la prévalence du virus dans la population testée. Ils sont désormais appliqués à l'ensemble des indicateurs produits et disponibles sur Géodes depuis mai 2020.

Les courbes présentées ci-dessous représentent les différences entre l'ancienne et la nouvelle définition pour les taux de positivité et de dépistage.

Figure 2. Evolution du taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), Réunion et France, S20 à S49/2020 (source SI-DEP, 10/12/2020)



► En S49, le taux d'incidence était égal à 30/100 000 habitants, en-dessous du seuil d'alerte pour la 2^e semaine consécutive et en-dessous du seuil national (96/100 000 habitants). Après une diminution franche entre la S47 et la S48, cette diminution était moins importante entre la S48 et la S49 (Figure 2). Deux communes avaient un taux d'incidence supérieur à 50/100 000 : Saint-Benoit (153/100 000, en augmentation par rapport à la S48) et Saint-André (53/100 000) (Figure 4).

► En S49, le taux de positivité était stable à 2,7% (Figure 5), tandis que le taux de dépistage (1 143/100 000) diminue depuis la S47 (Figure 6).

Figure 3. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 /100000 habitants) par département, France, du 30 novembre au 06 décembre 2020 (source SI-DEP, 10/12/2020)

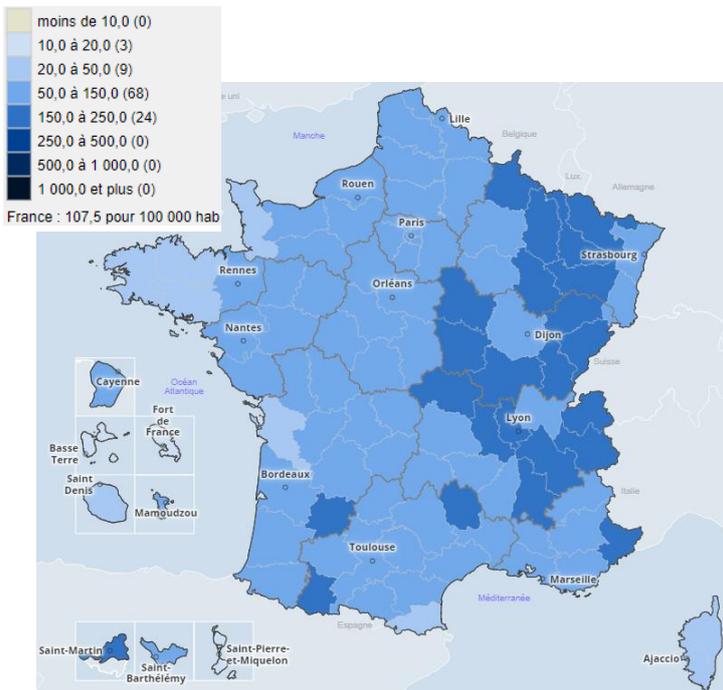


Figure 5. Evolution du taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2, Réunion, S20 à S49/2020 (source SI-DEP, 10/12/2020)

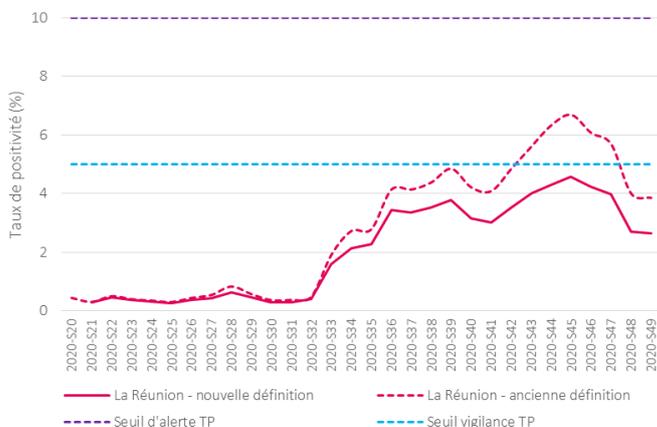


Figure 4. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par commune, La Réunion, du 30 novembre au 06 décembre 2020 (source SI-DEP, 10/12/2020)

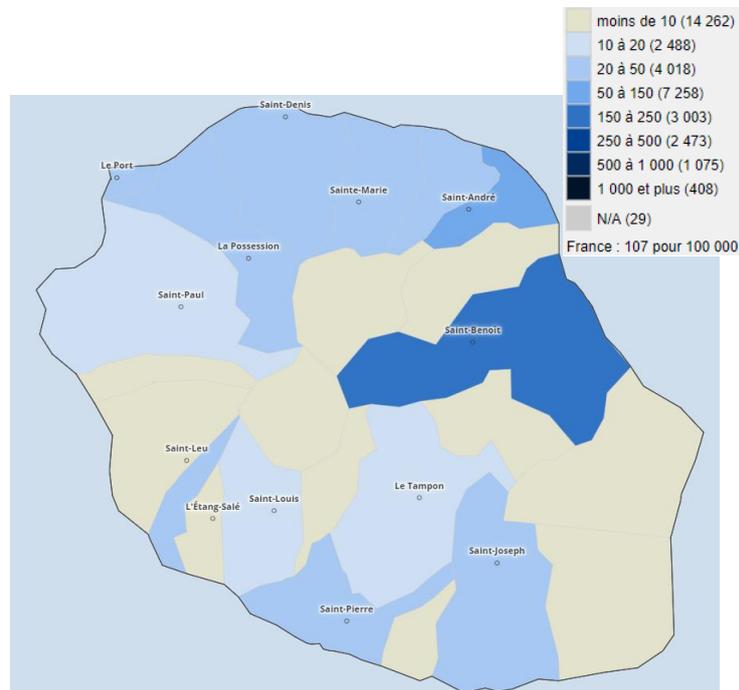
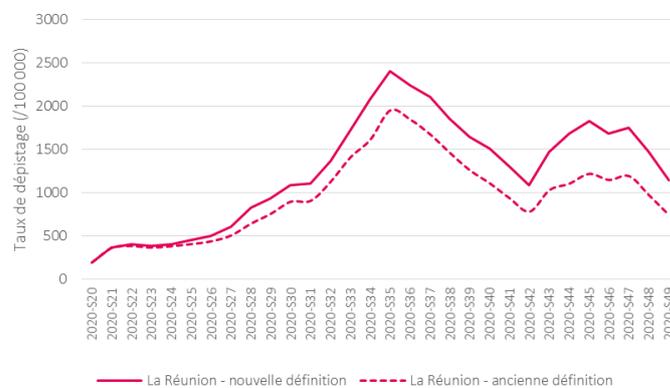


Figure 6. Evolution du taux de dépistage à La Réunion, S32 à S49/2020 (source SI-DEP, 10/12/2020)



Nombre de reproduction effectif (R_{eff})

Le nombre de reproduction effectif (R_{eff}) représente le nombre moyen de personnes infectées par un cas. Il est un indicateur de la dynamique de transmission du virus environ 1 à 2 semaines avant la date à laquelle il est estimé (cela intègre le délai entre la contamination et le test, et le fait que le calcul est effectué sur une période de 7 jours). Une valeur supérieure à 1 est en faveur d'une tendance à l'augmentation du nombre de cas. Lorsque la valeur du R_{eff} est inférieure à 1 cela signifie que l'épidémie régresse. Le nombre de reproduction est estimé avec un intervalle de confiance qui permet de mesurer la précision de l'estimation. L'estimation est réalisée selon la méthode de Cori [1], avec une fenêtre temporelle mobile de 7 jours, à partir de 2 sources de données

- > les données virologiques du dispositif SI-DEP (nombre quotidien de tests PCR positifs)
- > les données des passages aux urgences (Oscour®).

Les résultats des estimations doivent être mis en perspective avec les autres données épidémiologiques disponibles.

En S49, l'estimation du R_{eff} selon les données SI-DEP était significativement inférieure à 1 (0,60 (IC95% 0,52-0,69)) et en diminution par rapport à la S48. L'estimation du R_{eff} selon les données des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) était inférieure à 1 mais non significativement (0,94 (IC95% 0,65-1,28)).

[1] Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A new framework and software to estimate time-varying reproduction numbers during epidemics. Am. J. Epidemiol. 2013; 178, pp. 1505-1512

Contact tracing

Le contact-tracing (CT) a pour objectifs :

- 1- de limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas,
- 2- de détecter et briser prospectivement les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes contacts à risque et leur isolement,
- 3- de détecter d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle.

Nombre moyen de contacts par cas

Le nombre de personnes contacts par cas est stable, autour de 3, depuis la S34 ; il est supérieur à celui observé au niveau national, et ce d'autant plus depuis la S44 et le début du 2^e confinement instauré en métropole.

Proportion de cas précédemment connus comme personnes-contacts

La proportion de cas déjà précédemment connus comme contacts augmente en S49 à 45% (40% en S48), peut-être sous l'effet d'une baisse du nombre de cas en S48 qui a permis un CT plus approfondi. Cette proportion est toujours bien supérieure à la moyenne nationale où le CT n'est pas organisé de la même manière (Figure 7).

Délai moyen DDS-DDP

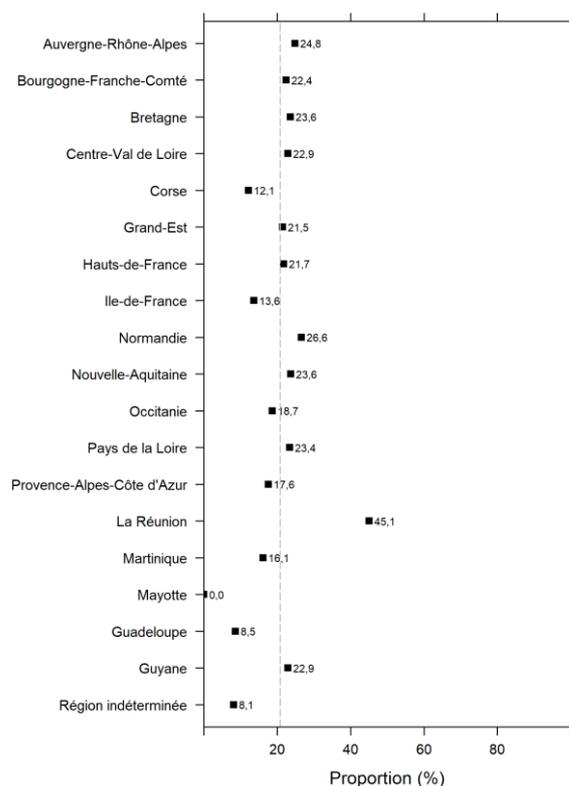
Depuis la S41, le délai moyen entre la date des premiers symptômes (DDS) et la date de prélèvement (DDP) est stable autour de 3 jours, et similaire au délai observé au niveau national.

Surveillance en médecine de ville – Le réseau de médecins sentinelles

Méthodologie : Le réseau de médecins sentinelles de La Réunion est actuellement composé de 46 médecins répartis sur 22 des 24 communes de l'île. De manière hebdomadaire, ces médecins transmettent à la Cellule régionale leurs données d'activité pour IRA et IRA de type Covid-19 à partir d'une définition de cas élaborée en concertation avec ce réseau. Cette surveillance clinique a été mise en place à partir de la semaine 38.

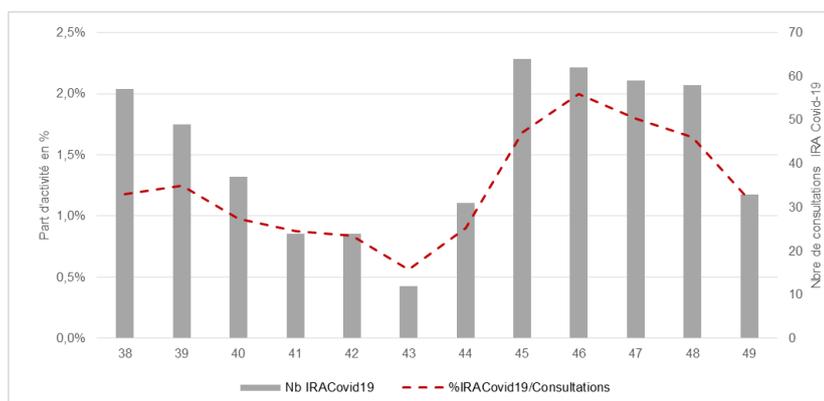
► En S49, la part des consultations pour infection respiratoire aiguë (IRA) de type Covid-19 auprès du réseau des médecins sentinelles à la Réunion est en baisse. La part d'activité était de 1,1% en S49 versus 1,6% la semaine précédente (Figure 8).

Figure 7. Proportion de cas précédemment connus comme personne-contact en semaine 49 par région (source : ContactCovid – Cnam)



Note : Proportion calculée quand au moins 30 cas.

Figure 8. Nombre hebdomadaire de consultations pour suspicion de COVID19 et part d'activité (en %), La Réunion, S38 à S49/2020 (Source : Surveillance sentinelles® - 10/12/2020 – données non consolidées)

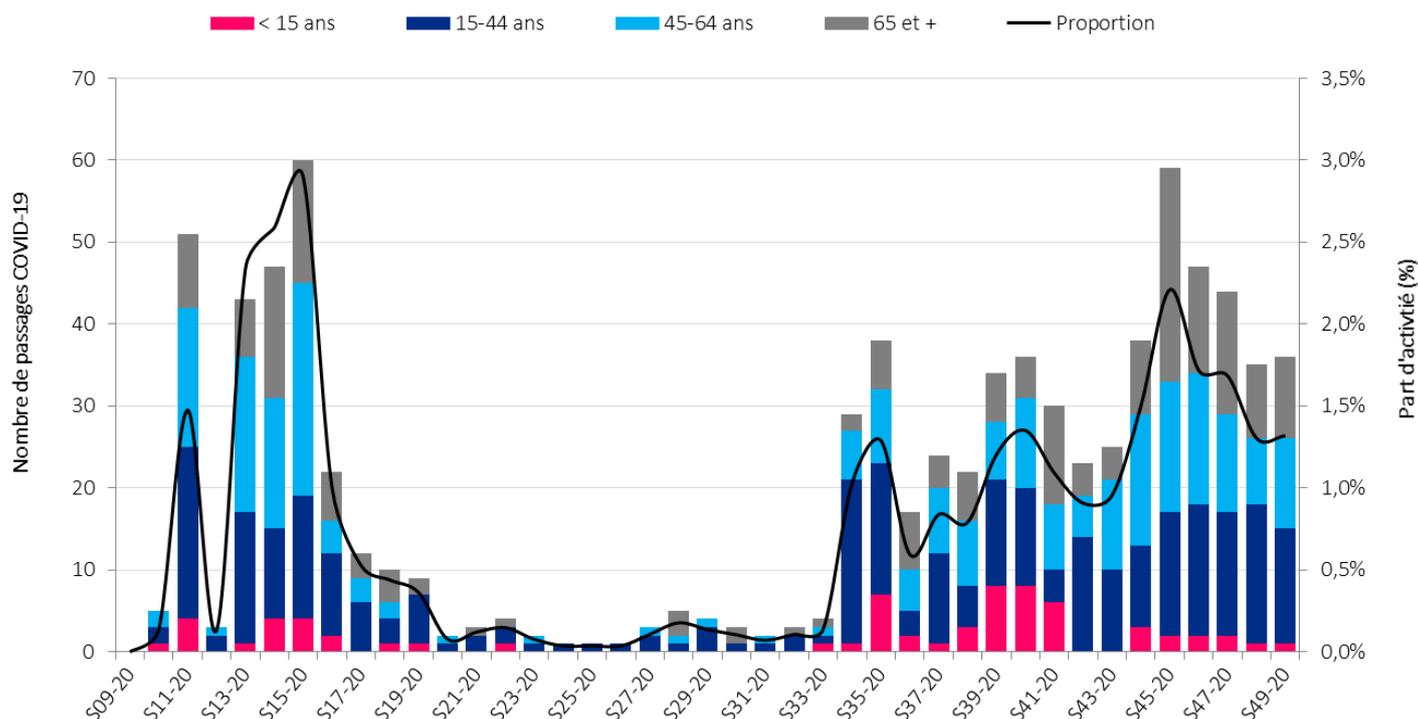


Passages aux urgences

À la Réunion, le réseau OSCOUR® repose sur l'ensemble des structures d'urgences qui transmettent quotidiennement leur données d'activité à Santé publique France. Depuis le 24 février 2020, un indicateur de suivi des suspicions de COVID-19 vues aux urgences a été mis en place (codes CIM 10 : B342, B972, U049, U071, U0710, U0711). Les données issues de cette surveillance sont sous-estimées : les patients suspects de Covid se rendant aux urgences sont redirigés directement vers le dispositif de drive du CHU et ne sont donc pas comptabilisés dans les RPU.

► En S49, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était stable par rapport à la S48 (n=36 et n=35), quelle que soit la tranche d'âge ; la part d'activité pour suspicion de COVID-19 était également stable et faible (1,3%) (Figure 9).

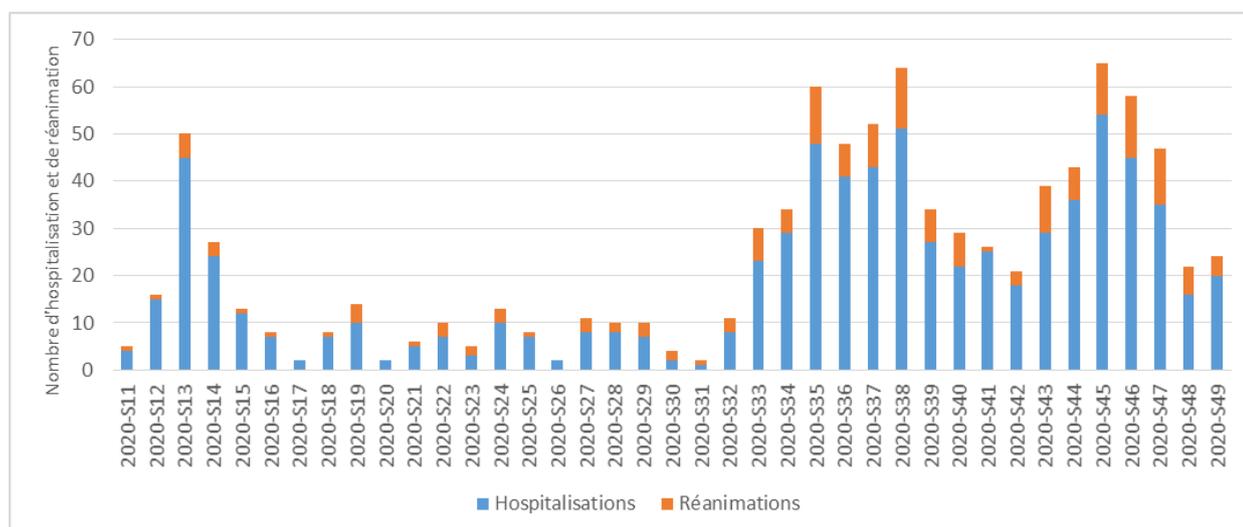
Figure 9. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID19 par classes d'âges et part d'activité (en %), La Réunion, S09 à S49/2020 (Source : Oscour® - 10/12)



Hospitalisations et admission en réanimation (données SIVIC)

► Après une diminution importante des nouvelles hospitalisations entre la S45 (n=54) et la S48 (n=16), une stabilisation voire une légère augmentation est observée en S49 (n=20). Le nombre de nouvelles admissions en réanimation était stable entre les S45 et S47 puis a diminué en S48 et S49 (6 et 4 admissions en réanimation, respectivement) (Figure 10).

Figure 10. Nombre hebdomadaire d'hospitalisations et d'admissions en réanimation pour suspicion de COVID19 et La Réunion, S09 à S49/2020 (Source : SIVIC - 10/12)



Hospitalisations et admission en réanimation

Tableau 2. Caractéristiques des patients pris en charge en réanimation entre le 11/03 et le 08/12/2020 (Source : Surveillance SpF)

Cas admis en réanimation		Syndrome de détresse respiratoire aiguë**	
Nb signalements	127	Pas de SDRA	34 (31%)
Répartition par sexe		Mineur	17 (16%)
Homme	81	Modéré	26 (24%)
Femme	46	Sévère	32 (29%)
Sexe ratio (H/F)	1,8	Non renseigné	18
Age		Type de ventilation**	
Moyen	62,7	O2 (lunettes/masque)	13 (12%)
Médian	64,2	VNI (Ventilation non invasive)	4 (4%)
Quartile 25	53,1	Oxygénothérapie à haut débit	60 (57%)
Quartile 75	74,4	Ventilation invasive	23 (22%)
Délai entre début des signes et admission en réanimation		Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	5 (5%)
Moyen	8,4	Non renseigné	22
Médian	8,0	Durée de séjour	
Quartile 25	5,0	Durée moyenne de séjour	11,4
Quartile 75	11,0	Durée médiane de séjour	7,0
Région de résidence des patients		Durée quartile 25	4,0
Hors région	17 (13%)	Durée quartile 75	14,0
La Réunion	109 (87%)	**Niveau de sévérité maximal observé et modalité de prise en charge la plus invasive mise en place au cours du séjour en réanimation	
Non renseigné	1		

Classe d'âge	
0-14 ans	0 (0%)
15-44 ans	18 (14%)
45-64 ans	46 (37%)
65-74 ans	33 (26%)
75 ans et plus	29 (23%)
Non renseigné	1
Comorbidités	
Aucune comorbidité	12 (10%)
Au moins une comorbidité parmi :	107 (90%)
- Obésité (IMC≥=30)	38 (49%)
- Hypertension artérielle	62 (52%)
- Diabète	47 (39%)
- Pathologie cardiaque	29 (24%)
- Pathologie pulmonaire	25 (21%)
- Immunodépression	11 (9%)
- Pathologie rénale	28 (24%)
- Cancer*	-
- Pathologie neuromusculaire	6 (5%)
- Pathologie hépatique	0 (0%)
Non renseigné	8
Evolution	
Evolution renseignée	111 (87%)
- Transfert hors réanimation ou retour à domicile	89 (80%)
- Décès	22 (20%)

*Comorbidité non recherchée lors de la première phase de la surveillance

- ▶ Selon les données de la surveillance sentinelle des cas graves de COVID-19, au 26 novembre, 2 nouvelles admissions en service de réanimation ont été signalées en S49.
- ▶ Au 10/12/2020, 14 personnes étaient toujours prises en charge dans un service de réanimation en lien avec la COVID-19.
- ▶ Depuis le début de l'épidémie, 127 personnes ont été prises en charge dans un service de réanimation. Les hommes étaient majoritaires avec un sexe ratio H/F de 1,8. Le diabète, l'hypertension artérielle et l'obésité (IMC≥=30) sont les comorbidités principales (Tableau 2). Plus de 75% des personnes admises en réanimations avaient moins de 75 ans. En terme de comorbidités, 9 patients sur 10 présentaient au moins un facteur de risque.

Surveillance en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

Depuis le 23 mars les ESMS ont la possibilité de signaler les cas possibles de COVID19 via le portail de signalement ([ici](#)). Cette surveillance concerne les établissements disposant de places d'hébergement. Tous les Ehpad et les EMS sont invités à signaler le nombre de cas possibles et confirmés de COVID-19, dès le premier cas possible ou confirmé, parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel, via le portail de signalement:

https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/choixSignalementPS.

Les objectifs de cette surveillance sont de détecter rapidement la survenue de cas possibles afin de mettre en place rapidement des mesures de gestion ; assurer le suivi du nombre de cas et de décès liés au COVID-19 en temps réel ; aider à la gestion des épisodes.

Du fait du délai court entre le signalement par les établissements et la production du point épidémiologique, les données les plus récentes pourront être consolidées ultérieurement.

► Après une augmentation du nombre de signalements réalisés par des établissements sociaux et médico-sociaux en novembre, seul 1 signalement a été réalisé en S49, concernant 1 cas confirmé dans un établissement de l'aide sociale à l'enfance.

Les clusters identifiés en ESMS sont désormais maîtrisés ou clôturés.

Surveillance de la mortalité

Mortalité non spécifique

► Aucun excès significatif de mortalité, toutes causes et tous âges confondus, n'a été observé jusqu'en semaine 48 (source Insee).

Mortalité spécifique, en lien avec la COVID-19

Certains décès peuvent être recensés à la fois dans la base SI-VIC et dans la base des certificats électroniques de décès.

► **SI-VIC** : entre le 1er mars et le 6 décembre 2020, 50 décès de patients hospitalisés ont été signalés, dont 1 en S49.

► **Certificats de décès électroniques** : entre le 1^{er} mars et le 8 décembre 2020, 48 certificats de décès électroniques comprenant la mention COVID-19 ont été établis soit 2 de plus qu'en S48. Le sex-ratio (H/F) était de 1,1. Toutes les personnes décédées étaient âgées de plus de 15 ans et 77% avaient plus de 65 ans.

Parmi les 48 certificats de décès électroniques comprenant la mention COVID-19, 29 personnes (60%) présentaient au moins une comorbidité.

► **Certificats de décès papiers** : en S49, 1 certificat de décès papier portant une mention relative à l'infection à COVID-19 a été signalé.

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.