

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, laboratoire Processus infectieux en milieu insulaire tropical



Focus de la semaine : vaccination (p.6-7)

Indicateurs clés – Semaine 14 (du 05 au 11 avril 2021)

CIRCULATION VIRALE ACTIVE

Taux d'incidence ↔
116/100 000 habitants > seuil
d'alerte

Taux de positivité ↘
4 % < seuil de vigilance

Taux de dépistage ↗
2 904/100 000 habitants

IMPACT SANITAIRE

86 passages aux urgences pour
suspicion de COVID-19 ↘

63 hospitalisations ↘

15 admissions en réanimation ↘

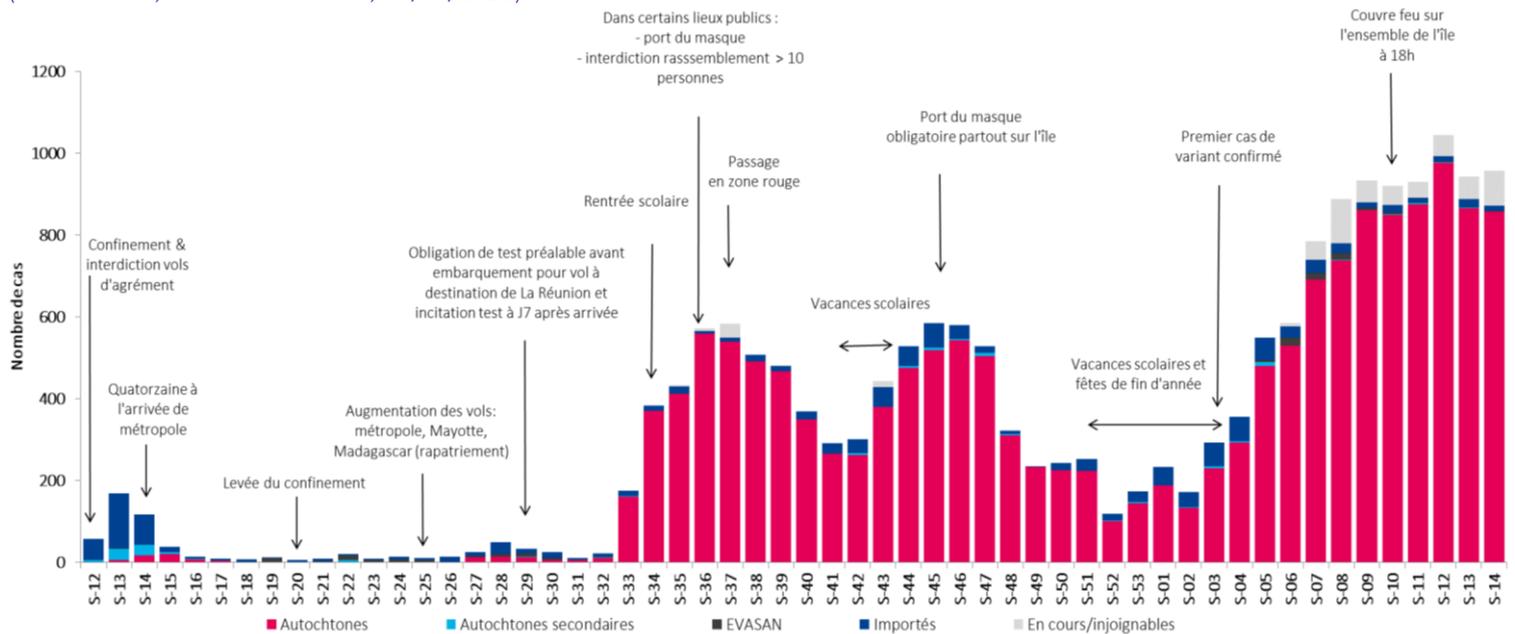
9 nouveaux décès ↗

Analyse de la situation

- En semaine 14 (du 05 au 11 avril 2021), les indicateurs épidémiologiques se maintenaient à un niveau élevé. Sur l'île, dix communes ont un taux d'incidence supérieur à 100 cas pour 100 000 habitants. Les clusters continuent d'être signalés dans l'ensemble de l'île et plusieurs situations en lien avec des rassemblements à l'extérieur du travail ont favorisé l'émergence de clusters en milieu professionnel.
- **La tendance de la circulation virale reste donc très active**, il faut d'ailleurs être précautionneux sur la stabilisation du taux d'incidence étant donné la possible baisse d'activité du dépistage du lundi de Pâques. L'activité d'un jour férié ressemblant à l'activité d'un dimanche, cette semaine 14 comporterait deux dimanches ce qui pourrait faire diminuer la valeur de l'incidence.
- A noter que malgré la baisse des indicateurs d'impact sanitaire, ces derniers **sont toujours à un niveau élevé** en semaine 14, ces indicateurs pourraient eux aussi être revus à la hausse dans les prochains jours à venir du fait du jour férié de Pâques.
- Par ailleurs, **la couverture vaccinale en population générale reste pour le moment insuffisante pour avoir un impact conséquent sur la diminution des indicateurs hospitaliers.**
- D'après les données de criblages, le **variant sud africain** reste prédominant sur le territoire, malgré une légère augmentation du variant anglais. Pour rappel, le variant sud africain augmenterait **la transmissibilité, le risque de mortalité** et favoriserait **l'échappement immunitaire post-infection**. Dans ce contexte de forte circulation du variant sud africain, l'adhésion aux mesures de prévention individuelles, le respect des mesures de freinage collectives ainsi que l'accélération de la vaccination restent donc des enjeux majeurs pour faire face au niveau de circulation encore élevé du virus.
- **Pour participer au freinage de l'épidémie il est essentiel de :**
 - limiter ses contacts et réaliser un test diagnostique dès l'apparition des premiers symptômes,
 - en cas de confirmation d'une infection par la COVID-19, **avertir soi-même au plus tôt les personnes avec qui un contact à risque a eu lieu,**
 - **s'isoler pendant 10 jours** en cas de confirmation du diagnostic ou de suspicion devant l'apparition de signes cliniques, quel que soit le virus à l'origine de l'infection (variant ou non),
 - **s'isoler 7 jours** en cas de contact à risque avec un cas hors du foyer et **s'isoler 17 jours** en cas de contact à risque avec un cas dans le même foyer (soient 7 jours en plus des 10 jours d'isolement du cas),
 - de se faire **vacciner**

Surveillance individuelle

Figure 1. Evolution du nombre de cas confirmés de SARS-CoV-2, par type de cas et semaine de prélèvement, S12/2020 à S14/2021 (sources : ARS, Assurance maladie, 13/04/2021)



► Depuis l'apparition du premier cas le 11 mars 2020, **18 425 cas confirmés ont été signalés** (données ARS au 13/04/2021). Le nombre de nouveaux cas entre le 03 et le 09 avril 2021 s'élève à 917, contre 922 entre le 27 mars et le 02 avril (Figure 1).

► Le nombre de nouveaux cas importés est de 13 en S14 (comparé à 19 cas importés en S13 et 12 en S12) (Figure 1). Depuis la réinstauration des motifs impérieux pour les voyages en S04, le nombre de cas importés a diminué et, depuis la S10, la part des cas importés est stable autour de 1%. La part de personnes injoignables ou dont la prise de contact est en cours est à la hausse depuis 3 semaines. Il est ainsi probable qu'il y ait des personnes contacts non répertoriés qui ne s'isolent pas et qui puissent favoriser la transmission de la COVID-19 sans le savoir, principalement dans la situation où le cas est asymptomatique.

► La circulation du virus se maintient donc à un niveau élevé dans un contexte de diffusion de variants plus transmissibles il est impératif de rester vigilant. Par ailleurs un rebond épidémique est possible dans les 7 prochains jours, dû aux regroupements familiaux pendant le long week-end de Pâques.

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

► **Onze clusters** ont été signalés en S14 (du 05 au 11/04/2021) et trois depuis le début de la S15.

► Depuis juin 2020, **227 clusters** ont été signalés dont 191 ont été clôturés soit 84% des clusters.

► Parmi les **27 clusters actifs** (en cours d'investigation ou maîtrisés), 9 sont à criticité limitée, 9 à criticité modérée et 9 à criticité élevée. Depuis leur ouverture et jusqu'à ce jour, les clusters actifs regroupent près de 219 personnes contaminées.

► A ce jour, les collectivités concernées par les clusters actifs sont : les **milieux professionnels (18)**, les **établissements de santé (5)**, le milieu scolaire et universitaire (2), un établissement d'accueil social (1) et une crèche (1).

► Sur l'île, **trois communes** sont concernées par les clusters actifs à criticité élevée : Le Port (1 cluster), Saint-Denis (5) et Saint-Pierre (3).

Les clusters se répartissent sur l'ensemble de l'île et dans plusieurs types de collectivités, ces situations illustrent bien la circulation active du virus dans le département. De plus en plus de regroupement de cas se déclarent au niveau des établissements de santé. A noter que professionnels de santé sont depuis 1 an au contact du virus de la COVID-19 et de plus en plus testés pour diminuer le risque de chaînes de transmissions.

Dans les milieux professionnels, **les recommandations d'isolement strictes des contacts à risques sont parfois non suivis/mal suivis** et cela favorisent de nombreuses chaînes de transmissions au sein de l'entreprise. Ces contaminations entraînent à leur tour des chaînes de transmissions dans le milieu familiale sans aucune maîtrise de la situation. Il est essentiel que tous adhèrent à ces mesures de freinage pour limiter la propagation du virus et son impact sanitaire.

Surveillance virologique (données SI-DEP au 15/03/2021)

► Le taux d'incidence en S14 était de **116 cas pour 100 000 habitants**, il reste stable par rapport à la semaine précédente, et reste supérieur au seuil d'alerte (Figure 2). Au niveau national, le taux d'incidence était de 344/100 000 habitants en S14. A la Réunion, l'activité de dépistage continue d'augmenter et était égal à **2 820 tests pour 100 000 habitants** en S14 comparé à 2 787/100 000 en S13 (Figure 2). Au niveau national, l'activité de dépistage était égale à 3 727/100 000 habitants. En S14, le **taux de positivité** était à 4%, soit en-dessous du seuil de vigilance de 5% (Figure 3), au niveau national, il était à 9,2%.

► Les indicateurs SI-DEP de la semaine 14 (du 05 au 11 avril) incluent le lundi de Pâques qui est un jour férié marqué par une forte diminution de l'activité de dépistage. Pour pallier l'effet des jours fériés dans le calcul d'indicateurs de suivi de l'épidémie de Covid-19, notamment les taux d'incidence et de dépistage, les données peuvent être corrigées afin de permettre un meilleur suivi de la dynamique de l'épidémie (mettre la référence de la méthode). Ainsi, à La Réunion, le taux d'incidence après prise en compte de l'effet du jour férié était de 134 « TI corrigé » (vs 117 en S13, soit +15%).

► Le taux d'incidence de la classe d'âges des 0-15 ans a augmenté de 24% et il était stable pour les 15-45 ans. Pour les autres classes d'âges, une **diminution** du taux d'incidence a été observée, de moins 8% chez les **45-64 ans**, moins 27% chez les **65-74 ans** et moins 24% pour les **75 ans et plus**.

Le taux d'incidence restait supérieur à 100/100 000 habitants uniquement chez trois classes d'âges les plus jeunes, soit les 0-15 ans (101/100 000), les 15-45 ans (151/100 000) et les 45-65 (103/100 000). Il était de 59/100 000 chez les 45-65 ans, et de 69/100 000 chez les 75 ans et plus.

Figure 2. Evolution des taux d'incidence, de dépistage et de positivité de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), Réunion et France, S32/2020 à S14/2021 (source SI-DEP, 15/04/2021)

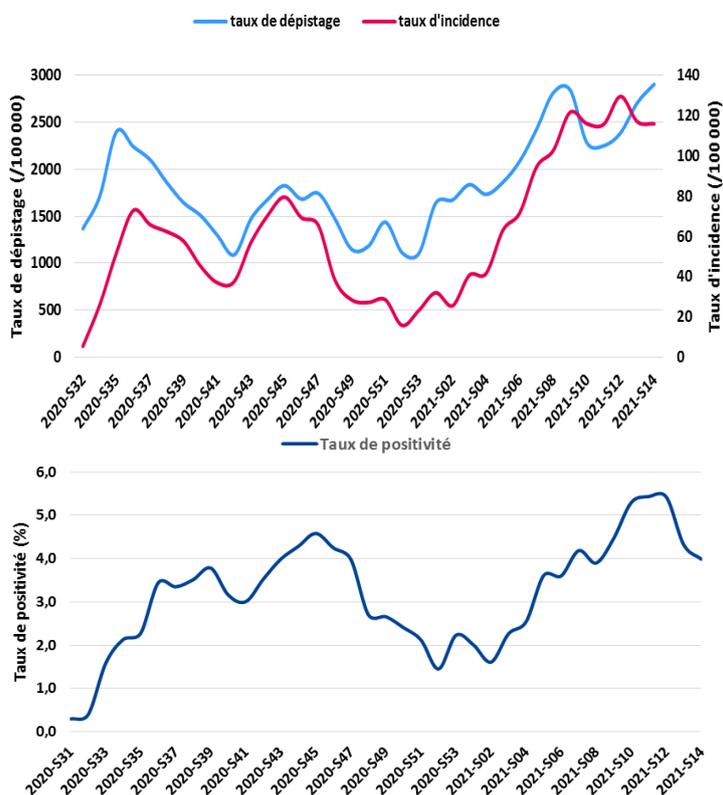
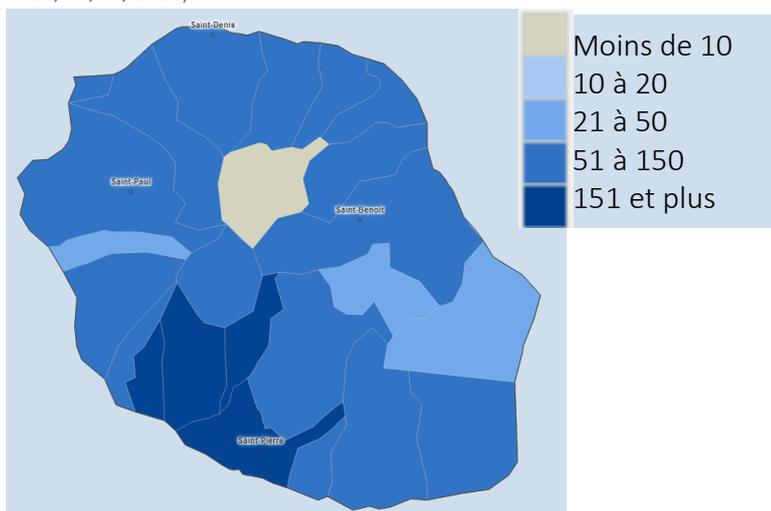
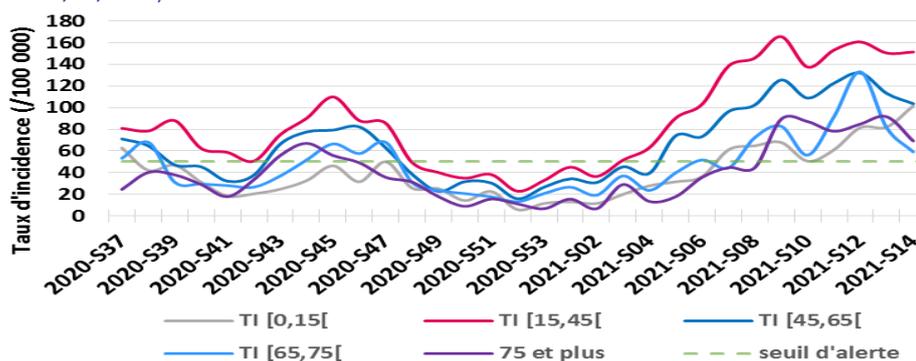


Figure 3 Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par commune, La Réunion, du 05 au 11/04/2021 (source SI-DEP, 15/04/2021)



► A la Réunion en S14, **quatre communes** avaient un taux d'incidence **supérieur à 150/100 000 habitants** (Figure 3) : Saint-Pierre (151/100 000), l'Etang-Salé (158/100 000) Saint-Louis (168/100 000) et Entre-Deux (475/100 000). Attention, le fort taux d'incidence à l'Entre-Deux est à interpréter avec précaution au vu d'une population de petite taille dans cette commune

Figure 4. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par classes d'âges, La Réunion, de la S37/2020 à la S14/2021 (source SI-DEP, 13/04/2021)



► Nombre de reproduction effectif (R_{eff})

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

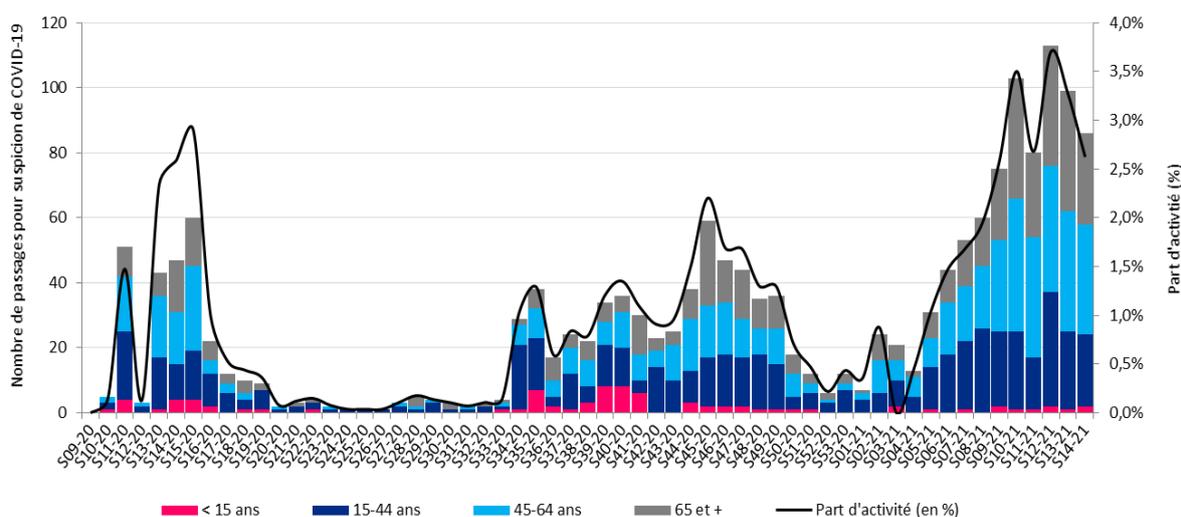
En S14, le nombre de reproduction effectif estimé selon les données de laboratoires (SI-DEP) était supérieur à 1 mais non significativement, il était de 1,05 (0,99-1,12). L'estimation du R_{eff} selon les données de passages aux urgences (OSCOUR) était de 0,92 (0,74-1,12), il était inférieur à 1. Ces estimations prennent en compte les données jusqu'au samedi 10 avril 2021.

Surveillance à l'hôpital

Passages aux urgences

► Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 est en baisse avec 86 passages en S14 (-13%) par rapport à la semaine précédente (n=99). La part d'activité passe de 2,6% en S14 contre 3,3% en S13 (Figure 5). Cette diminution des recours aux urgences pour suspicion COVID-19 concerne uniquement les 15-44 ans (-31%). Pour la population des 45-64 ans et 65 ans plus, le nombre de passages aux urgences reste stable.

Figure 5. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 par classes d'âges et part d'activité (en %), La Réunion, S09/2020 à S14/2021 (Source Oscour® - 14/04/2021)

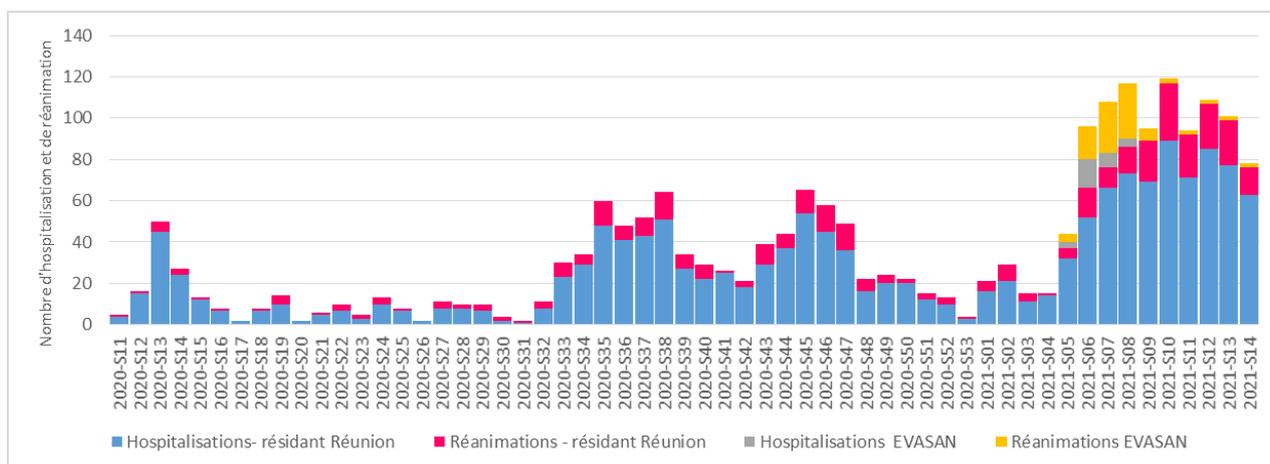


Hospitalisations et admission en réanimation (données SIVIC)

► Le nombre de nouvelles hospitalisations est en baisse pour la 2^{ème} semaine consécutive (-18%) en S14 (63 hospitalisations contre 77 en S13 (Figure 6). Cette baisse des hospitalisations entre la S12 et la S14 concerne plus particulièrement les personnes de 60-69 ans (-69%) et les 70 ans et plus (-55%).

► Le nombre de nouvelles admissions en réanimation est également en diminution de 37% (15 nouvelles admissions en réanimation, dont 2 EVASAN, en S14 vs 25 en S13) (Figure 6).

Figure 6. Nombre hebdomadaire d'hospitalisations et d'admissions en réanimation pour suspicion de COVID-19 à La Réunion, S11/2020 à S14/2021 (Source : SIVIC – 15/04/2021)



Surveillance en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

► En S14, aucun cas ou de décès de Covid-19 n'a été déclaré dans un ESMS par le nouveau dispositif de surveillance. A noter qu'il est essentiel que les établissements sociaux et médicaux-sociaux signalent les cas de COVID-19 au sein de leur établissement dans la nouvelle application. Cette dernière alerte sur des situations à risque et permet d'évaluer l'impact de la circulation de la COVID-19 dans les ESMS.

Surveillance de la mortalité

Mortalité non spécifique

► Aucun excès significatif de mortalité, toutes causes et tous âges confondus, n'a été observé en semaine S14 (source Insee)

Mortalité spécifique, en lien avec la COVID-19

► SI-VIC : entre le 01/03/2020 et le 14/04/2021, 140 décès de patients hospitalisés ont été signalés. En S14, 9 décès ont été recensés soit 2 de plus que la semaine précédente.

► **Certificats de décès électroniques** : du 01/03/2020 au 12/04/2021, 127 certificats de décès électroniques comprenant la mention COVID-19 ont été établis. Le sex-ratio (H/F) était de 1,7. Toutes les personnes décédées étaient âgées de plus de 15 ans et 66% avaient plus de 65 ans. Parmi les 127 certificats de décès, la proportion de personnes concernées présentant au moins une comorbidité était de (67%). Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle (40%), le diabète (40%), et une pathologie rénale (30%).

► **Certificats de décès papiers** : en S14, trois certificats de décès portant la mention COVID-19 nous ont été transmis, les personnes étaient décédées en S14, en S13 et en S12.

Variants

► En S14, **1 099 tests positifs (RT-PCR et TAG)** ont été signalés dont 840 RT-PCR positives. Parmi ces tests, **479 ont été criblés** soit 44% de l'ensemble des tests positifs soit 57% des tests RT-PCR positifs.

► Sur l'ensemble des tests criblés, 75 suspicions pour le variant UK (16%) et **286** étaient des variants **Brésilien ou Sud Africain** (60%); soit 361 suspicions de **variants d'intérêts** signalés. Les variants Sud-Africain ou Brésilien sont donc prédominants, la part du variant UK est assez stable. Ainsi la proportion de suspicion de variant d'intérêt (UK, AFS ou BRA) sur l'ensemble des tests criblés était de 75%.

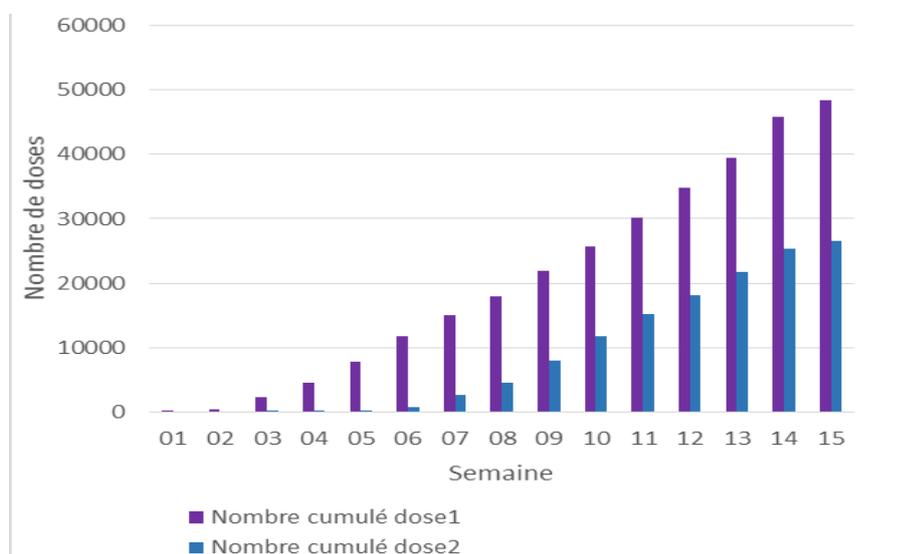
Tableau 1. Principaux indicateurs des données de criblages (données SPF, du 05 avril au 11 avril 2021)

Indicateurs	Pourcentage de tests criblés parmi tous les tests positifs (TAG + RT PCR)	Pourcentage De tests criblés parmi toutes les RT-PCR+	Pourcentage de suspicions de variant UK parmi tous les tests criblés	Pourcentage de suspicions de variant AFS ou BRA parmi tous les tests criblés	Pourcentage de suspicions de l'ensemble des variants d'intérêts (UK/AFS ou BRA) parmi tous les tests criblés
Données utilisées	$\frac{\text{PCR de criblage}}{\text{RT} + \text{PCR} + \text{TAG}}$	$\frac{\text{PCR de criblage}}{\text{Toutes les RT PCR} + \text{TAG}}$	$\frac{\text{Suspicion de variant UK}}{\text{Toutes les PCR de criblage}}$	$\frac{\text{Suspicion de variant AFS ou BRA}}{\text{Toutes les PCR de criblage}}$	$\frac{\text{Suspicion de tous les variants}}{\text{Toutes les PCR de criblage}}$
Résultats	44%	57%	16%	60%	75%

FOCUS de la semaine : Situation de la couverture vaccinale à la Réunion

► A La Réunion, la campagne de vaccination a débuté mi-janvier 2021. Les nombres de personnes ayant au moins reçu une dose et avec un schéma vaccinal complet ont augmenté de manière continue depuis le début de la campagne (Figure 1). Au 15 avril 2021, 48 408 personnes ont été vaccinées à la Réunion avec au moins une dose, dont 26 580 ayant reçu deux doses, soit une **couverture vaccinale en population générale de 5,6% pour une dose et 3,1% pour deux doses (schéma vaccinal complet)**. Néanmoins, **la couverture vaccinale à la Réunion est toujours inférieure à celle enregistrée à l'échelle nationale** avec une couverture vaccinale en population générale qui est de 16,9% pour une dose et de 5,9% une vaccination complète.

Figure 7. Nombre hebdomadaire cumulé de personnes ayant reçu au moins 1 dose et 2 doses de vaccin contre la COVID-19 (données SPF, du 05 au 11 avril 2021)



► **Les couvertures vaccinales les plus élevées** sont observées chez les personnes **les plus âgées (Figure 2)**. **Cela s'explique par la recommandation faite par la Haute Autorité de santé (HAS) de cibler en priorité des personnes âgées (résidents en EHPAD ou USLD, personnes de 55 ans et plus)**. **Pour les personnes âgées de 75 ans et plus, la couverture vaccinale pour au moins une dose est de 29,9% (deux doses : 21,3%)**.

► **Pour les résidents en EHPAD ou en USLD, 1 308 ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 en France, soit 85,5% des résidents et 1 208 ont reçu deux soit 67,2% des résidents**

Tableau2. Couverture vaccinale contre la COVID-19 par classe d'âge (données SPF, du 05 au 11 avril 2021)

Classe age	au moins 1 dose		2 doses	
	Nombre de personnes vaccinées	CV (%)	Nombre de personnes	CV (%)
18-49 ans	10045	2,9%	5102	1,5%
50-64 ans	12983	7,4%	6207	3,5%
65-74 ans	11959	17,7%	5709	8,4%
75 ans et plus	13404	29,9%	9552	21,3%
Non renseigné	17		10	
Total	48408	5,6%	26580	3,1%

► Au 13 avril 2021, 637 professionnels exerçant en EHPAD ou en USLD ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 à La Réunion. Ainsi la part des professionnels exerçant en EHPAD ou en USLD ayant reçu une première dose de vaccin est estimée à 68,4%. Les couvertures vaccinales de la première dose varient selon les régions métropolitaines entre 44,5% et 90,3%.

► Concernant les professionnels de santé, 8 897 ont reçu au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 et 5 437 en ont reçus deux. Ainsi la part **des professionnels de santé ayant reçu une première dose de vaccin contre la COVID-19** est estimée à **40,6%**, la part de ceux qui en ont schéma de vaccination complet **est estimée à 24,8%**. À l'échelle nationale, 68% des professionnels de santé ont reçu une première dose de vaccin contre la COVID-19 et 29,2% ont un schéma de vaccination complet.

Missions de Santé publique France

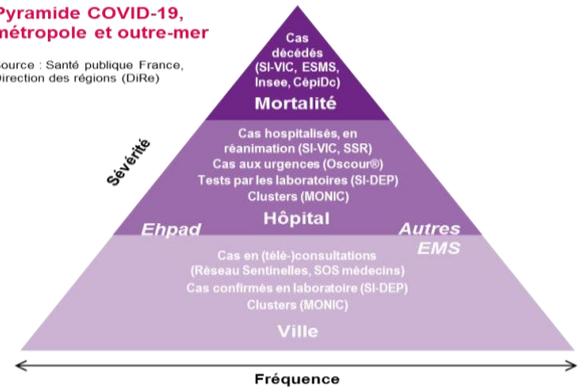
Surveiller, comprendre la dynamique de l'épidémie, anticiper les scénarii, mettre en place des actions pour prévenir et limiter la transmission du virus, mobiliser la réserve sanitaire. En région, coordonner la surveillance, investiguer, analyser les données, apporter l'expertise à l'ARS pour l'aide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

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

Actuellement, l'adoption des gestes barrières (distanciation physique, lavage des mains, port du masque...) est la seule façon d'éviter de contracter la Covid-19. Retrouvez 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](https://www.santepubliquefrance.fr)

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



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

Portez un masque chirurgical ou en tissu de catégorie 1 quand la distance de deux mètres ne peut pas être respectée

Respecter une distance d'au moins deux mètres avec les autres

Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)

Eviter de se toucher le visage

Aérer les pièces le plus souvent possible, au minimum quelques minutes toutes les heures

Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades

Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS

0 800 130 000
(appel gratuit)

Annexe. Méthodologie des dispositifs de surveillance COVID-19

► SI-DEP

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. Données ARS-AM

► 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.

Depuis le mois de septembre, les données concernant les **clusters familiaux** élargis n'étaient plus rapportées dans cette synthèse mais, dans le contexte actuel de détection et de diffusion de variants, ces derniers seront investigués et signalés dans la mesure où ils auront pu être identifiés. 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 rapidement déclencher l'investigation épidémiologique autour des cas pour casser les chaînes de transmission.

► 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.

► Passages aux urgences

A 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. Les données issues de cette surveillance sont sous-estimées : les patients suspects de Covid se rendant aux urgences sont redirigés vers le dispositif de drive du CHU et ne sont donc pas comptabilisés dans les RPU.

► R effectif

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 : 1) les données virologiques du dispositif SI-DEP (nombre quotidien de tests PCR positifs) et 2) les données des passages aux urgences (Oscour®).

[1] Cori et al. A new framework and software to estimate time-varying reproduction numbers during epidemics. Am. J. Epidemiol. 2013; 178, pp. 1505-1512

► ESMS

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. Cette surveillance vise à détecter 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 à la 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.