

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 : cas graves en réanimation (p.6-7)

Indicateurs clés – Semaine 13 (du 29 mars au 04 avril 2021)

CIRCULATION VIRALE ACTIVE

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

Taux de positivité ↘
4,3 % < seuil de vigilance

Taux de dépistage ↗
2 702/100 000 habitants

IMPACT SANITAIRE

99 passages aux urgences pour
suspicion de COVID-19 ↘

75 hospitalisations ↘

23 admissions en réanimation ↔

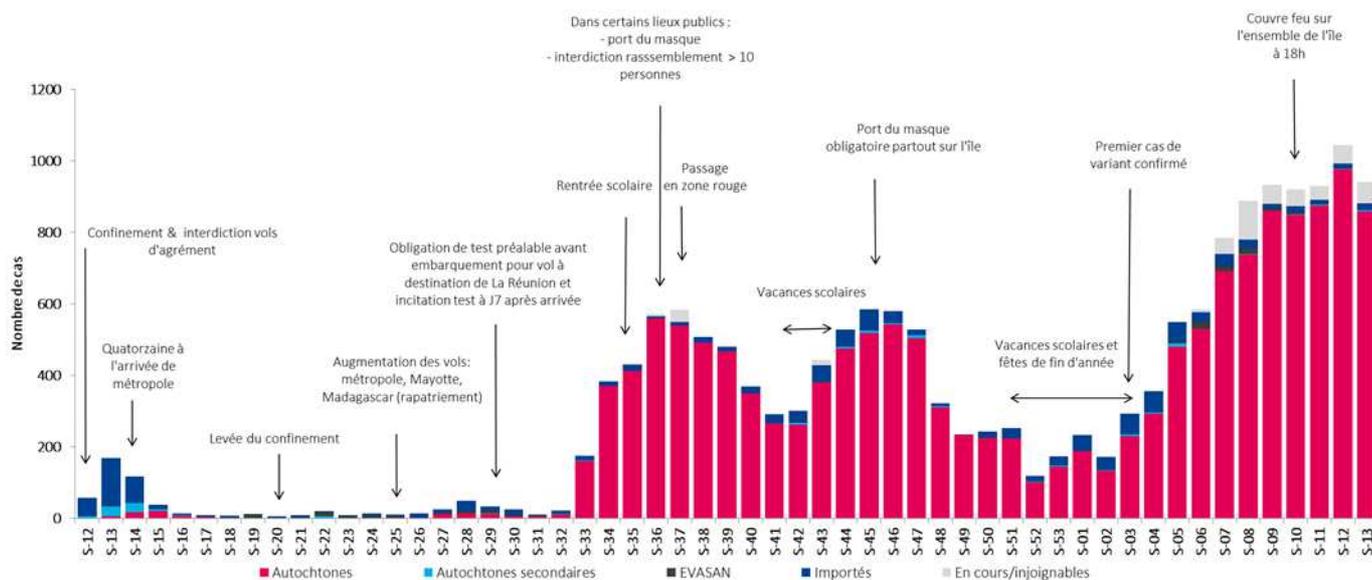
7 nouveaux décès ↘

Analyse de la situation

- Malgré une baisse des indicateurs, la circulation du virus reste toujours active: le nombre de nouveaux cas hebdomadaire est toujours supérieur à 900 avec, un taux d'incidence au-dessus de 100 cas/100 000 habitants depuis 6 semaines consécutives. Par ailleurs, 4 communes ont un taux d'incidence qui dépasse les 150 cas pour 100 000 habitants. **La vigilance et l'application stricte des gestes barrières restent donc de mise.**
- Les indicateurs d'impact sanitaire **diminuent mais, sont toujours à un niveau élevé** en semaine 13, avec une baisse du nombre d'hospitalisations et de passages aux urgences pour suspicion COVID-19, mais une stabilisation du nombre de nouvelles admissions en réanimation.
- **La couverture vaccinale en population générale (2,6% avec deux doses) est pour le moment insuffisante pour avoir un impact conséquent sur la diminution des indicateurs hospitaliers.**
- Afin de protéger les personnes les plus fragiles vis-à-vis de la COVID-19, de réduire la circulation actuelle du virus et d'éviter la saturation du système hospitalier (dans un contexte d'épidémie de dengue concomitante), **l'application rigoureuse de l'ensemble des mesures individuelles et collectives de prévention est plus que jamais indispensable**, et reste également **valable pour les personnes vaccinées** :
 - **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).

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 S13/2021 (sources : ARS, Assurance maladie, 07/04/2021)



► Depuis l'apparition du premier cas le 11 mars 2020, **17 508 cas** confirmés ont été signalés (données ARS au 60/04/2021). Le nombre hebdomadaire de nouveaux cas est en légère diminution en semaine S13 par rapport à la semaine précédente et repasse sous la barre des 1 000 cas hebdomadaires, avec **942 nouveaux cas** en S13 (Figure 1).

► Le nombre de nouveaux cas importés est de **19** en S13 (12 cas importés en S12 et 10 en S11) (Figure 1). La part des cas importés est de **2%** (précédemment 5% en S08 et S07, et 10% en S05). La diminution du nombre de cas importés est probablement en lien avec la réinstauration en S04 des motifs impérieux pour les voyages, obligatoirement contrôlés par la préfecture avant le voyage depuis la fin de la S08.

► Bien qu'en légère baisse la circulation du virus se maintient à un niveau élevé dans un contexte de diffusion de variants plus transmissibles, et il faut rester particulièrement vigilant. En effet, avec les fêtes de Pâques le week-end dernier, un rebond épidémique est possible dans les 15 prochaines jours.

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

► Six **clusters** ont été signalés en S13 (du 29 au 04/04/2021) et trois depuis le début de la S14.

► Depuis juin 2020, **215 clusters** ont été signalés dont 187 ont été clôturés soit 87% des clusters.

► Parmi les 20 **clusters actifs** (en cours d'investigation ou maîtrisés), 5 sont à criticité limitée, 8 à criticité modérée et 7 à criticité élevée. Depuis leur ouverture et jusqu'à ce jour, les clusters actifs regroupent près de 139 personnes contaminées.

► A ce jour, les collectivités concernées par les clusters actifs sont : les **milieux professionnels (14)**, les **établissements de santé (3)**, le milieu scolaire et universitaire (2) et la crèche (1).

Il est essentiel de sensibiliser à la distanciation sociale au sein d'un même environnement de travail et également à l'isolement dès l'apparition de symptômes.

► Sur l'île, **7 communes** sont concernées par les clusters actifs à criticité élevée : Cilaos (1 cluster), Le Port (1), Saint-Denis (5), Saint-Benoit (1), Saint-André (1), Saint-Paul (1) et Saint-Pierre (6).

Surveillance virologique (données SI-DEP au 31/03/2021)

► Le taux d'incidence en S13 était de **116 cas pour 100 000 habitants**, comparé à 129/100 000 habitants la semaine précédente, et **reste supérieur au seuil d'alerte** (Figure 2). En France métropolitaine, le taux d'incidence était de 401/100 000 habitants en S13.

Une **diminution** du taux d'incidence a été observée principalement chez les **65-74 ans** (-39%) et chez les **45-64 ans** (-14%),. Le taux d'incidence restait supérieur à 100/100 000 habitants uniquement chez les **15-44 ans** (150,3/ 100 000). Il était de 113/100 000 chez les **45-64 ans**, de 91/100 000 chez les **75 ans et plus**, de 82/100 000 habitants chez les **moins de 15 ans** et de 81/100 000 chez les **65-74 ans** (Figure 4).

► A la Réunion, l'activité de dépistage continue d'augmenter et était égal à **2 820 tests pour 100 000 habitants** en S13 comparé à 2 787/100 000 en S12 (Figure 3).

► En S12, le taux de positivité était en diminution à 4,3% soit au-dessous du seuil de vigilance de 5% (Figure 3). Au niveau national, il était à 7,5%.

► A la Réunion en S13, **six communes** avaient un taux d'incidence **supérieur à 150/100 000 habitants** (Figure 3), mais tous inférieurs à 200/100 000 habitants : le Port (195/100 000), Saint-Pierre (167/100 000), Saint-Louis (157/100 000), Saint-Philippe (170/100 000), Entre-Deux (188/100 000) et Cilaos (182/100 000). Pour ces 3 dernières communes, avec une population plus petite, cela ne représente toutefois qu'une dizaine de cas au cours de la semaine.

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 S13/2021 (source SI-DEP, 07/04/2021)

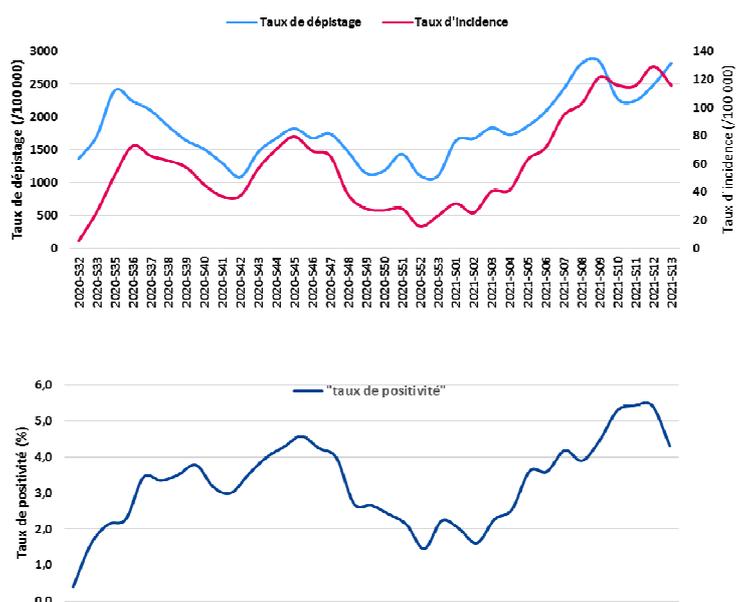


Figure 3 Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par commune, La Réunion, du 29/03/2021 au 04/04/2021 (source SI-DEP, 07/04/2021)

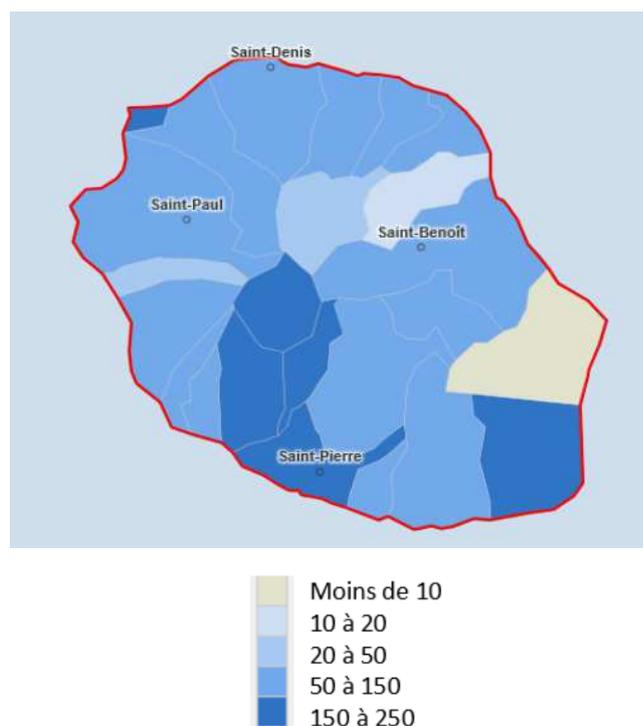
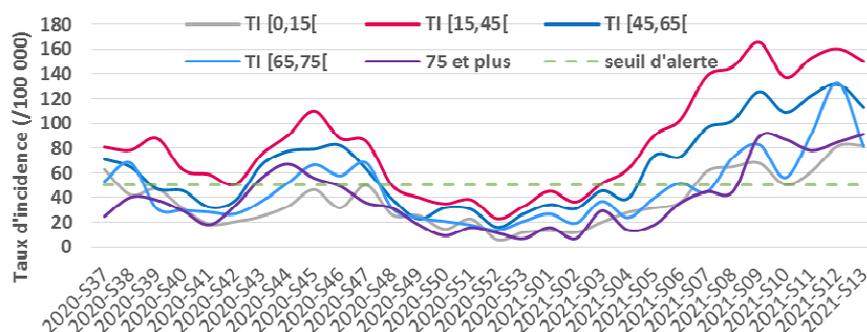


Figure 4. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par classes d'âges, La Réunion, de la S37/2020 à la S13/2021 (source SI-DEP, 07/04/2021)



► **Nombre de reproduction effectif (R_{eff})**

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

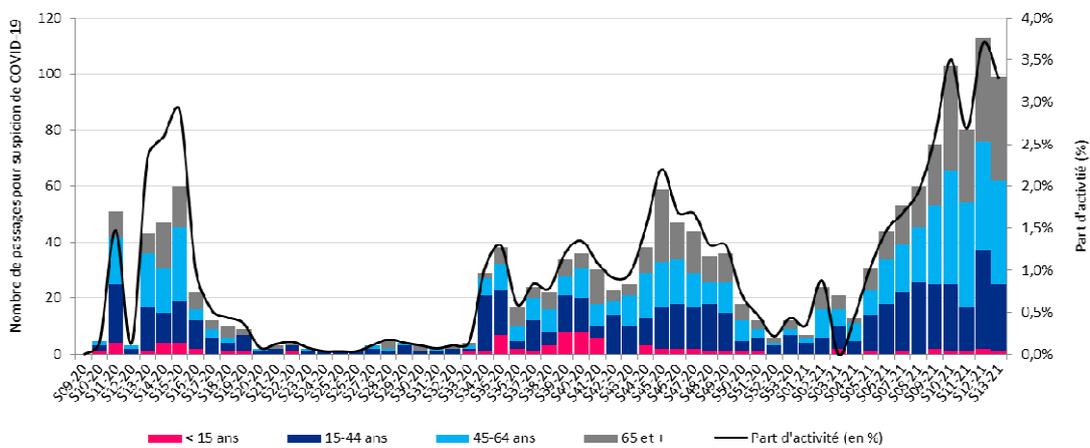
En S13, l'estimation du R_{eff} selon les données de laboratoires (SI-DEP) était de 0,98 (0,92-1,04). L'estimation du R_{eff} selon les données de passages aux urgences (OSCOUR) était de 0,97 (0,79-1,17). Avec un R_{eff} inférieur à 1 la circulation de la Covid-19 devrait être moindre. Ces estimations prennent en compte les données jusqu'au samedi 27 mars.

Surveillance à l'hôpital

Passages aux urgences

► **Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 est en baisse avec 99 passages en S12 (-11%) par rapport à la semaine précédente (n=111). La part d'activité passe de 3,3% en S13 contre 4% en S12 (Figure 5). Cette diminution des recours aux urgences 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.**

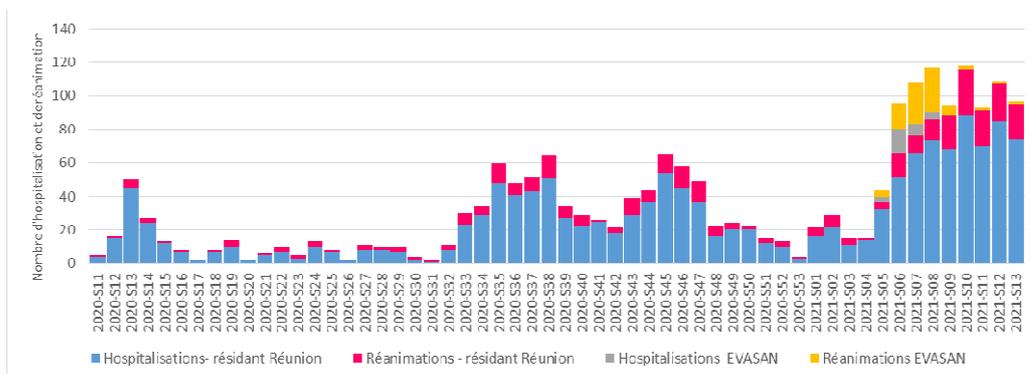
Figure 5. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 par classes d'âges et part d'activité (en %), La Réunion, S09/2020 à S13/2021 (Source Oscour® - 08/04/2021)



Hospitalisations et admission en réanimation (données SIVIC)

- **Le nombre de nouvelles hospitalisations était en recul (-12%) en S13 (75 hospitalisations vs 85 en S12 (Figure 6).**
- **Le nombre de nouvelles admissions en réanimation reste stable (23 nouvelles admissions en réanimation, dont 2 EVASAN, en S13 vs 25 en S12) (Figure 6).**
- **Si les indicateurs hospitaliers sont en baisse ils restent néanmoins à un niveau élevé attestant, de la prégnance de l'épidémie.**

Figure 6. Nombre hebdomadaire d'hospitalisations et d'admissions en réanimation pour suspicion de COVID-19 à La Réunion, S11/2020 à S13/2021 (Source : SIVIC – 08/04/2021))



Surveillance en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

- ▶ En S13 aucun cas ou de décès de Covid-19 n'a été déclaré dans un ESMS par le nouveau dispositif de surveillance.

Surveillance de la mortalité

Mortalité non spécifique

- ▶ Aucun excès significatif de mortalité, toutes causes et tous âges confondus, n'a été observé en semaine S11 (source Insee).

Mortalité spécifique, en lien avec la COVID-19

- ▶ SI-VIC : entre le 01/03/2020 et le 04/04/2021, 131 décès de patients hospitalisés ont été signalés. En S13, 7 décès ont été recensés soit 2 fois moins qu'en S12 (n=15).

- ▶ **Certificats de décès électroniques** : du 01/03/2020 au 05/04/2021, 118 certificats de décès électroniques comprenant la mention COVID-19 ont été établis. Le sex-ratio (H/F) était stable, de 1,6. Toutes les personnes décédées étaient âgées de plus de 15 ans et 65% avaient plus de 65 ans. Parmi les 118 certificats de décès, la proportion de personnes concernées présentant au moins une comorbidité était stable (54%). Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle (41%), le diabète (41%, proportion en augmentation), et une pathologie rénale (30%).

- ▶ **Certificats de décès papiers** : Aucun certificat de décès papier portant une mention relative à la COVID-19 ont été signalés en S13 à l'ARS Réunion. Un total de 10 certificats de décès ont été reçus concernant des personnes décédées entre le 1^{er} et le 08 avril 2021, âgées de 58 à 93 ans.

Vaccination COVID-19 (données au 07/04/2021)

- ▶ 40 066 personnes ont été vaccinées à la Réunion avec au moins une dose, dont 22 082 ont reçu 2 doses, soit **une couverture vaccinale en population générale de 4,7% pour une dose et 2,6% pour deux doses. A l'échelle nationale, la couverture vaccinale en population générale est de 14,2% pour une dose et de 4,8% pour deux doses.**

- ▶ Pour la population des 75 ans et plus, 12 155 personnes ont été vaccinées avec au moins une injection représentant une couverture vaccinale de 27,1% et 19,3% avec un schéma vaccinal complet.

- ▶ La couverture vaccinale des résidents en Ehpad est de 84,2% avec au moins une première dose et de 65,4% avec un schéma vaccinal complet.

- ▶ Pour les professionnels de santé, la couverture vaccinale avec une 1^{ère} dose est de 36,3% et 19,7% pour deux doses.

Variants

- ▶ Du 29/03 au 04/04/2021, 557 échantillons ont été renseignés dans SIDEP comme ayant été criblés soit 50% de PCR de criblage réalisées parmi l'ensemble des tests positifs (N=1 115). Parmi les échantillons criblés, 331 (58%) correspondaient à une suspicion de variants : 320 suspicions du variant 20H/501Y.V2 (sud-africain) ou du variant 20J/501Y.V3 (brésilien) (soit 57,5%) et 77 suspicions du variant 20I/501Y.V1 (britannique) (soit 14%) (données SpFrance).

- ▶ **Le variant 20H/501Y.V2 (sud-africain) est prédominant sur notre territoire.**

FOCUS de la semaine : analyse comparative des cas graves en réanimation* entre le 2ND semestre 2020 (juillet-décembre) et le 1^{er} semestre 2021** (janvier-juin)

*Source de données : les données présentées sont issues de la surveillance sentinelle des cas graves en réanimation animée par Santé publique France.

**A ce jour les données pour le 1^{er} semestre en 2021 correspondent au cas du 1^{er} janvier au 31 mars 2021.

Démographie

En terme de sex-ratio, les hommes ont toujours été majoritaires sur les deux périodes (Figure 7). Néanmoins, nous constatons que **la proportion des hommes s'accroît sur le 3 premiers mois de 2021 avec un sex-ratio H/F de 2,2 contre 1,5** lors du second trimestre en 2020. En comparant les deux périodes, le profil démographique des cas graves a évolué avec un rajeunissement des cas admis dans un service de réanimation. **Au 1^{er} trimestre 2021, l'âge médian est de 57,8 ans alors qu'en 2020 il était de 66 ans pour le second trimestre.** Ce rajeunissement de la population des cas graves est confirmé par une description de la classe d'âge. En 2021, la classe d'âge 45-64 ans est devenue majoritaire avec 57% des cas graves contre 33% au second semestre 2020. Il est intéressant de noter une baisse des cas graves dans la population des 75 ans et plus en 2021 (Figure 7).

Figure 7. Démographie des cas admis dans un service de réanimation à La Réunion.

	2020-S2	2021- S1
Nombre de signalements		
	115	162
Répartition par sexe		
Homme	69 (60%)	110 (68%)
Femme	46 (40%)	50 (31%)
Ratio	1,5	2,2
Age		
Moyenne	63,8	58,6
Médiane	66,0	57,8
Classe d'âge		
15-44 ans	16 (15%)	22 (14%)
45-64 ans	35 (33%)	92 (57%)
65-74 ans	31 (29%)	33 (20%)
75 ans et plus	25 (23%)	14 (9%)
Non renseigné	8	1

Facteurs de risque et prise en charge clinique

Les comorbidités les plus fréquemment rapportées quelque soit la période sont : l'hypertension artérielle, l'obésité (IMC>+30) et le diabète (Figure 8). Sur les deux périodes, on constate une évolution pour les patients ne présentant pas de comorbidité. Ainsi, **le nombre de cas sans comorbidité est passé de 9% pour le second trimestre 2020 à 15% en 2021.** Cette augmentation est probablement à relier à une baisse de l'âge des cas graves au 1^{er} trimestre 2021. Concernant la part des cas avec un SDRA sévère elle est restée identique entre les deux périodes (Figure 9). A l'inverse, **le nombre de cas sans SDRA a augmenté en 2021 par rapport au second trimestre de 2020.** Une recrudescence des cas plus jeunes en 2021 pourrait expliquer cette augmentation d'une absence de SDRA. En termes de prise en charge ventilatoire et indépendamment de la période retenue l'oxygénothérapie à haut débit et la ventilation invasive ont été les modes d'assistance respiratoires privilégiés. La durée médiane de séjour a légèrement baissé. Elle est de 6 jours sur la période de 2021 versus 7 jours au 2nd trimestre 2020.

FOCUS de la semaine : analyse comparative des cas graves en réanimation* entre le 2ND semestre 2020 (juillet-décembre) et le 1^{er} semestre 2021 (janvier-juin)

Figure 8. Distribution des comorbidités des cas admis dans un service de réanimation à La Réunion.

	2020-S2	2021-S1
Comorbidités		
Aucune comorbidité	10(9%)	23(15%)
Au moins une comorbidité parmi :	98(91%)	135(85%)
- Obésité (IMC \geq 30)	37(34%)	58(37%)
- Hypertension artérielle	59(55%)	81(51%)
- Diabète	46(43%)	58(37%)
- Pathologie cardiaque	27(25%)	30(19%)
- Pathologie pulmonaire	24(22%)	22(14%)
- Immunodépression	8(7%)	4(3%)
- Pathologie rénale	28(26%)	21(13%)
- Cancer*	1(1%)	7(4%)
- Pathologie neuromusculaire	6(6%)	14(9%)
- Pathologie hépatique	0(0%)	5(3%)
Non renseigné	7	4

Figure 9. Gravité et mode d'assistance ventilatoire des cas admis dans un service de réanimation à La Réunion.

	2020-S1	2021-S1
Syndrome de détresse respiratoire aigüe (SDRA)		
Pas de SDRA	29 (27%)	43 (38%)
Mineur	18 (17%)	5 (4%)
Modéré	26 (24%)	25 (22%)
Sévère	36 (33%)	39 (35%)
Type de ventilation		
O2 (lunettes/masque)	13 (12%)	8 (5%)
VNI (Ventilation non invasive)	5 (5%)	1 (1%)
Oxygénothérapie à haut débit	62 (57%)	70 (44%)
Ventilation invasive	22 (20%)	70 (44%)
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	6 (6%)	10 (6%)
Non renseigné	7	3
Durée de séjour		
Durée moyenne de séjour	11,8	9,8
Durée médiane de séjour	7	6

Missions de Santé publique France

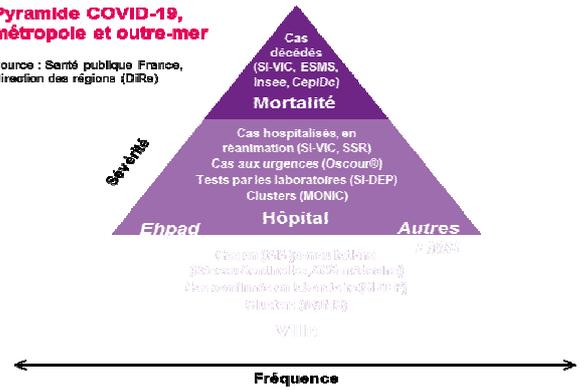
Surveiller, comprendre la dynamique de l'épidémie, anticiper les scénarii, mettre en place des actions pour prévenir et limiter la transmission du virus, mobiliser la réserve sanitaire. En région, coordonner la surveillance, investiguer, analyser les données, apporter l'expertise à l'ARS pour l'aide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



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'information de dépistage ; SI-VC : 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](https://www.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.