Point épidémio Régional La Réunion

COVID-19 24 décembre 2020

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 51 (du 14 au 20 décembre 2020)

Stabilisation des indicateurs de surveillance,
Anticipation nécessaire d'un possible rebond épidémique en fin d'année

CIRCULATION VIRALE ACTIVE

Incidence ↔
29/100 000 habitants < seuil d'alerte

Taux de positivité↔
2,1% < seuil de vigilance

Taux de dépistage ↗
1 426/100 000 habitants

IMPACT SANITAIRE

12 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ↘

12 nouvelles hospitalisations ↘

3 nouvelles admissions en réanimation ↔
Pas de nouveau décès à l'hôpital

Analyse de la situation

- En semaine 51, le taux d'incidence comme le taux de positivité restent stables, alors que le taux de dépistage augmente légèrement. Les indicateurs de surveillance hospitalière montrent un impact limité. Néanmoins, le virus circule toujours.
- Des clusters sont rapportés **en milieu professionnel, ainsi que suite à des activités de** loisirs rappelant la **nécessité de respecter les gestes barrières à tout moment** et **en tout lieu**, notamment lors des **temps de rassemblement et de pause/repas** (moments à risque élevé de transmission).
- En cette période de fête, il est nécessaire lors des investigations, de renseigner **les rassemblements familiaux et/ou amicaux afin d'identifier les clusters liés à ces rassemblements.**

A La Réunion (S51),
En vue de protéger les personnes les plus fragiles vis-à-vis de la COVID-19, et afin d'éviter une flambée épidémique et une possible saturation du système hospitalier, il est préconisé :

- le maintien des **mesures de prévention individuelles, de distanciation sociale** et de **réduction des contacts ;**
- **l'adaptation de la vie quotidienne** pour respecter ces mesures de protection, y compris **en temps de fêtes**;
- une communication ciblée sur les **voyageurs** entrants sur le territoire avec réalisation d'un test à J+4 de l'arrivée ;
- en cas d'apparition de **symptômes**, la nécessité d'un **isolement immédiat** et la **réalisation d'un test** dans les plus brefs délais.

La Covid-19 et le diabète à La Réunion

- Le diabète constitue un facteur de risque de gravité de la Covid-19, de même que les autres comorbidités que sont l'hypertension artérielle, l'obésité et les pathologies respiratoires ou cardiaques.
- A La Réunion, entre mars et décembre 2020, 39 % des cas de Covid-19 pris en charge dans un service de réanimation étaient diabétiques. Compte tenu de la prévalence élevée de cette pathologie à la Réunion, il était également pertinent de s'intéresser à l'impact que l'épidémie de Covid-19 pouvait avoir sur le recours aux soins des personnes diabétiques, et en particulier lors de la période de confinement qu'a connu La Réunion de la mi-mars à la mi-mai 2020.
- L'article en page 2 présente ainsi le travail d'analyses réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) à ce sujet dans le cadre du pôle d'animation de l'observation du diabète.

Nous remercions l'ORS pour sa contribution à ce Point épidémiologique.

Impact du confinement lié à l'épidémie de COVID-19 sur le recours aux soins des patients diabétiques à La Réunion

Contexte

Avec un taux standardisé du diabète traité pharmacologiquement de 10%[1] sur l'île (2 fois plus élevé que le taux national), les préoccupations locales étaient importantes sur la prise en charge et le suivi des patients diabétiques dès le début de la crise sanitaire, et tout particulièrement au moment du confinement.
Le premier cas confirmé de Covid-19 a été recensé le 11/03/2020 sur l'île. Du 17 mars au 11 mai 2020, la population réunionnaise a vécu les règles de confinement strictes mises en vigueur en France pour faire face à l'épidémie.
Dans le cadre du pôle d'animation de l'observation du diabète à La Réunion, l'ORS a souhaité mettre à disposition des éléments sur le recours aux soins des patients diabétiques à La Réunion lors du confinement.

Objectif et méthodes

L'objectif est de proposer des tendances sur l'impact de l'épidémie et du confinement sur le recours aux soins des personnes diabétiques à La Réunion. Deux indicateurs de recours aux soins ont été identifiés au regard de leur disponibilité et accessibilité :
-Le nombre de dosages d'hémoglobine glyquée (HbA1c) réalisés dans les laboratoires privés de l'île. Les deux principaux réseaux de l'île, représentant 84% de l'ensemble des laboratoires (une soixantaine de laboratoires de Réunilab et de Cerballiance) ont transmis leurs données d'activités mensuelles.
-Le nombre mensuel de consultations hospitalières externes réalisées sur place ou en téléconsultation par les équipes du CHU de La Réunion (sites Nord et Sud). Les données issues du PMSI ont été transmises par le Département d'Information Médicale (DIM) du CHU.

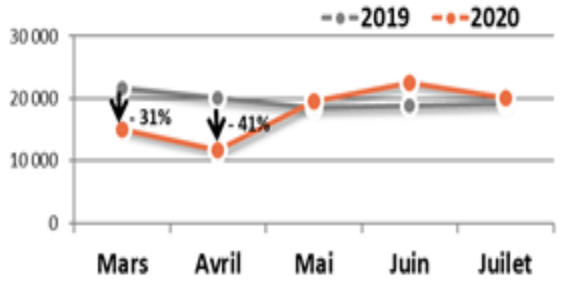
Résultats

Sur le mois d'avril 2020, mois complet de confinement, le nombre de dosages d'hémoglobine glyquée (HbA1c) en laboratoires de ville a diminué de 41% par rapport au mois d'avril 2019.
Cette moindre fréquentation générale des laboratoires découle en amont d'une moindre fréquentation des médecins généralistes. Par ailleurs, pendant le confinement, la fermeture et/ou la réduction des horaires d'ouverture des laboratoires ont aussi été un frein à l'accès aux soins des patients.

La baisse des consultations hospitalières a été atténuée en raison de la mise en place de la téléconsultation proposée par les médecins hospitaliers pour garantir la continuité des soins. Ainsi, les consultations sur place ont diminué de 60% sur les mois de mars et avril 2020 par rapport à la même période sur 2019. En incluant la téléconsultation, l'ensemble des consultations hospitalières ont baissé de 11% entre 2019 et 2020 sur les 2 mois.

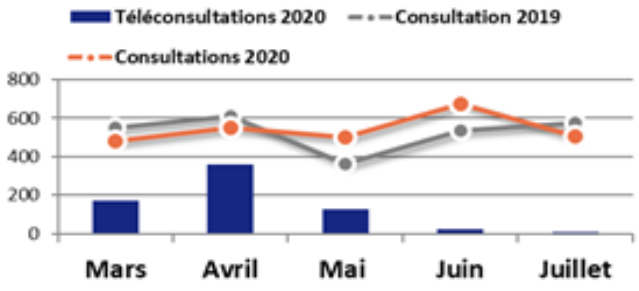
A partir de mai, mois du déconfinement, on observe des niveaux comparables entre 2019 et 2020 pour les recours aux soins des patients diabétiques (réalisation du dosage de l'HbA1c et consultations hospitalières), voire un peu plus élevés pour les mois de mai et juin.

Nombre de dosages d'HbA1c réalisés dans les laboratoires privés de La Réunion entre 2019 et 2020



Source : Réseaux de laboratoires privés (Cerballiance et Reunilab)
Exploitation ORS OI

Nombre de consultations hospitalières pour la prise en charge des patients diabétiques au CHU de La Réunion entre 2019 et 2020



Source : CHU de La Réunion Exploitation ORS OI
Note : les données présentées ne reflètent pas l'activité réelle des praticiens (ont été analysées uniquement les consultations facturées).

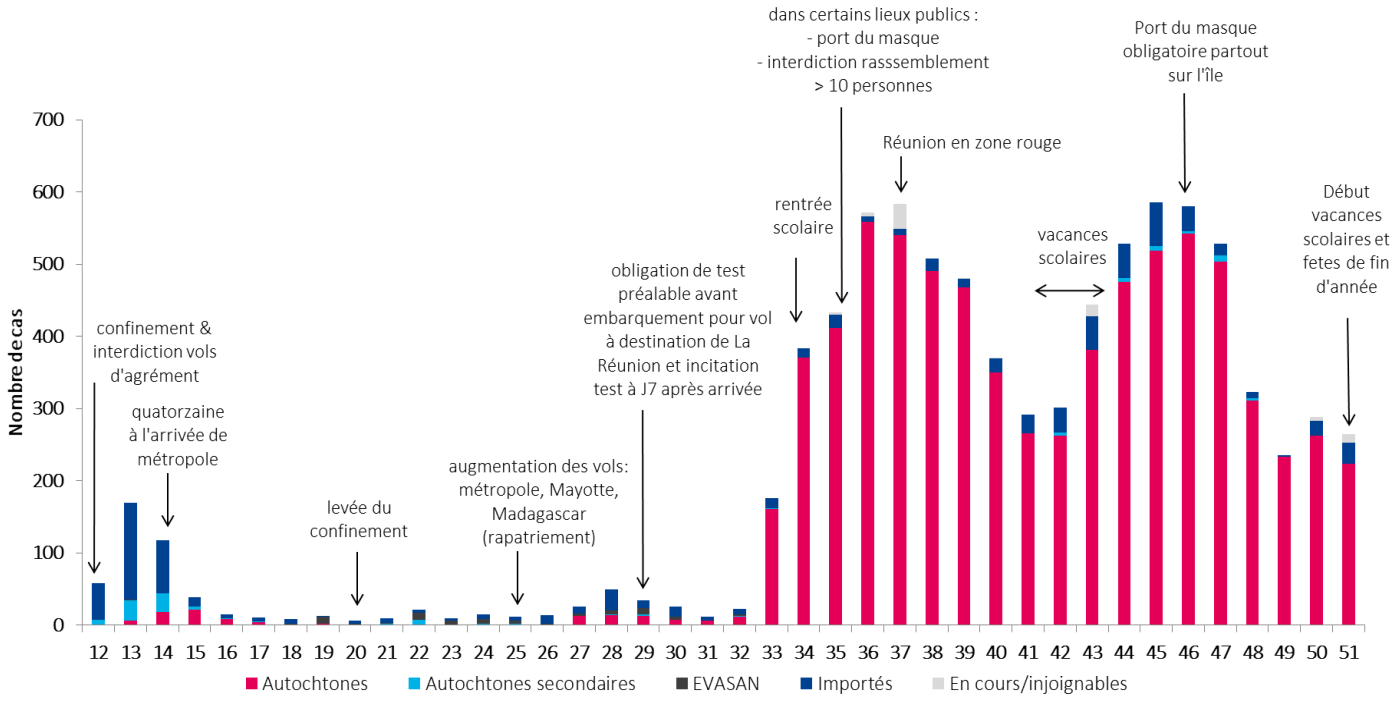
Conclusion

Les indicateurs présentés ne reflètent pas la réalité de la situation régionale mais permettent de fournir des tendances sur les effets du confinement et de la crise sanitaire sur le recours aux soins des patients diabétiques de l'île : une baisse d'accès aux soins a été confirmée pendant le confinement mais avec un « retour à la normale » après le déconfinement sur les 2 indicateurs observés. L'impact de l'épidémie sur le parcours de soins et sur l'état de santé des patients diabétiques et plus globalement des malades chroniques mérite d'être davantage exploré sur l'île : part de renoncement aux soins ? Impacts sur la prise en charge ? Types d'actions mises en place pour optimiser le suivie de la maladie ? Aggravation de la maladie et complications ?

Remerciements : les laboratoires privés de l'île (Cerballiance et Reunilab) et le CHU pour la mise à disposition des données, les membres du comité technique de l'observation du diabète à La Réunion.
Références :
[1] Surveillance du diabète traité pharmacologiquement – Santé publique France.

Surveillance individuelle

Figure 1. Evolution du nombre de cas confirmés, par type de cas et par semaine de prélèvement, S12 à S51/2020
(*sources : ARS, Assurance maladie, 23/12/2020*)



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 23 décembre 2020, plus de 8 645 cas confirmés ont été signalés.

► Depuis la S49, **le nombre de nouveaux cas se stabilise** autour de 260 cas hebdomadaires (Figure 1).

► Selon les résultats des investigations réalisées par l'Assurance Maladie, l'ARS et Santé publique France, en S51 :
- **11% des cas** ont été identifiés comme **importés** (n=29), contre 1% en S50 (sous-estimation probable du fait du dépistage non exhaustif de l'ensemble des voyageurs entre J2 et J4).
- *A ce jour, 92 cas autochtones confirmés sont liés à un cluster actif.*

La circulation du SARS-CoV-2 se stabilise mais reste active. En parallèle, la part des cas importés continue d'augmenter ce qui laisse craindre un prochain rebond de l'épidémie dans le contexte des congés scolaires et des fêtes de fin d'année.
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 continués 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 avait à nouveau fortement augmenté. Encore une fois, cette croissance a été précédée d'une augmentation du nombre de cas importés pendant la période des congés scolaires.
Après la semaine 46, le nombre de nouveaux cas a diminué, ce qui peut s'expliquer par l'instauration de l'obligation du port du masque sur l'ensemble du territoire, mais aussi, par le confinement en métropole qui a engendré une diminution de la circulation de voyageurs entre notre île et la France métropolitaine.

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.

► **Huit nouveaux clusters ont été signalés sur les semaines 51 et 52** *(données non consolidées – semaine 52 en cours).*

► Depuis juin 2020, **109 clusters** ont été signalés dont 86 % sont à ce jour clôturés (n=94/109).

Depuis le mois de septembre, les données concernant les clusters familiaux élargis n'étaient plus rapportées dans cette synthèse mais, dans le contexte des rassemblements festifs de fin d'année, ces derniers seront investigués et signalés dans la mesure où ils auront pu être identifiés.

► Parmi les **11 clusters actifs** (en cours d'investigation et maitrisés), 8 sont classés en criticité limitée, 1 en criticité modérée et **2 en criticité élevé**. Ces clusters regroupent plus de 87 personnes contaminées, dont au moins une a été hospitalisée.

► Les types de collectivités au sein desquels des clusters ont été identifiés depuis mars 2020 sont variés. A ce jour, les types de collectivité concernés par les clusters actifs sont : les milieux professionnels (7), les établissements de santé (1), les milieux scolaires et universitaires (2) et des structures sportives (1).

► Sur l'île, **7 communes** sont concernées par ces clusters actifs : Sainte-Marie (3); Saint-Benoît et Saint-Pierre (2); Saint-Louis, l'Etang-Salé, Bras-Panon qui 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** ou des **activités professionnelles dans des lieux connus comme à risque de transmission**, ont pu contribuer à favoriser la transmission. Des transmissions nosocomiales ne sont pas exclues.

► La diversité des collectivités concernées par les clusters identifiés et la répartition géographique diffuse des clusters sur l'île attestent d'une circulation active 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 chaines de transmission.

Tableau 1. Statuts des clusters identifiés de S26 à S52 (*source MONIC 23/12/2020*)

	CRITICITE			Total S52 – *non consolidé*	Total S51
	Limitée	Modérée	Elevée		
Statut du cluster (Effectif)					
En cours d'investigation	6	1	2	9	8
Maitrisé	2	0	0	2	2
Diffusion communautaire	0	1	3	4	4
Clôturé	42	29	23	94	94
TOTAL	**50**	**31**	**28**	**109**	**108**

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 !]

Depuis le 8 décembre, en plus des résultats des tests virologiques, ceux des tests antigéniques entrent dans la production des indicateurs épidémiologiques nationaux et territoriaux (taux d'incidence, taux de positivité et taux de dépistage). Par ailleurs, avec la prolongation de l'épidémie dans le temps et l'augmentation des capacités de dépistage, un nombre croissant de personnes peuvent faire plusieurs fois des tests qui s'avèrent négatifs sans que ceux-ci ne soient comptabilisés. SpFrance a donc ajusté sa méthode de comptabilisation de ces patients afin que les indicateurs reflètent au mieux, notamment, la proportion de personnes infectées dans la population testée.

Ces évolutions n'ont pas d'impact sur les tendances constatées et l'interprétation de la dynamique de l'épidémie (*Cf. PE 10/12/2020).*

► Après une diminution franche entre la S47 et la S48 (-43% de nouveaux cas), l'incidence à La Réunion reste stable. En S51, **le taux d'incidence était de 29/100 000 habitants** et restait en-dessous du seuil d'alerte de 50/100 000 pour la 3e semaine consécutive. Il était également en-dessous du seuil national qui se situait à 146**/100 000 habitants, ce dernier étant en légère hausse (116/100 000 habitants en S50**) (Figure 2).

► **En semaine 51 à La Réunion, toutes les classes d'âges présentaient un taux d'incidence inférieur au seuil d'alerte** (Figure 3). Les deux classes d'âges dont l'incidence a augmentée sont celles des 0-15 ans et des 75 ans et plus; cependant ces deux groupes présentant de faibles effectifs. Cette augmentation doit donc être interprétée avec prudence.

► Au niveau national, le taux d'incidence des cas confirmés était, en semaine 51, au-dessus du seuil d'alerte de 100/100 000 habitants dans 67 départements métropolitains (64 départements en S50) (Figure 4).

► A la Réunion en S51, la commune avec le taux d'incidence le plus élevé était Saint-Benoit avec un taux d'incidence de 108 cas pour 100 000 habitants (Figure 5).

► En S51, **à La Réunion** le **taux de positivité était stable à 2,1%** . Il était de 6,2% au niveau national.(Figure 6).

► A La Réunion, **le taux de dépistage**, augmente depuis la S49, **(1 426 /100 000 habitants)** (Figure 7).

Figure 2. Evolution du taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), Réunion et France, S37 à S51/2020 *(source SI-DEP, 24/12/2020)*

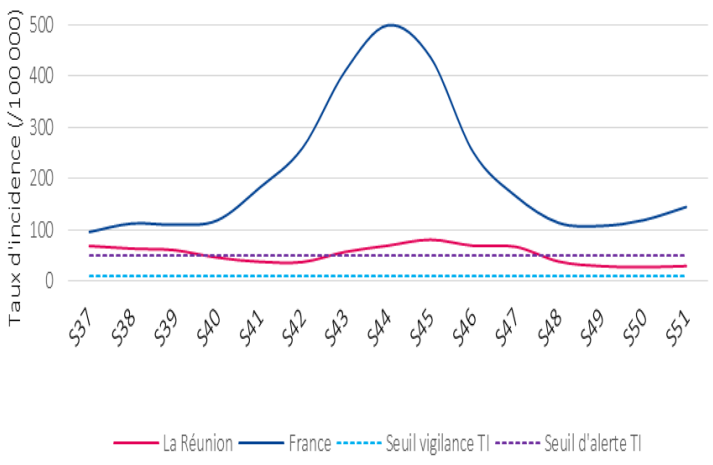
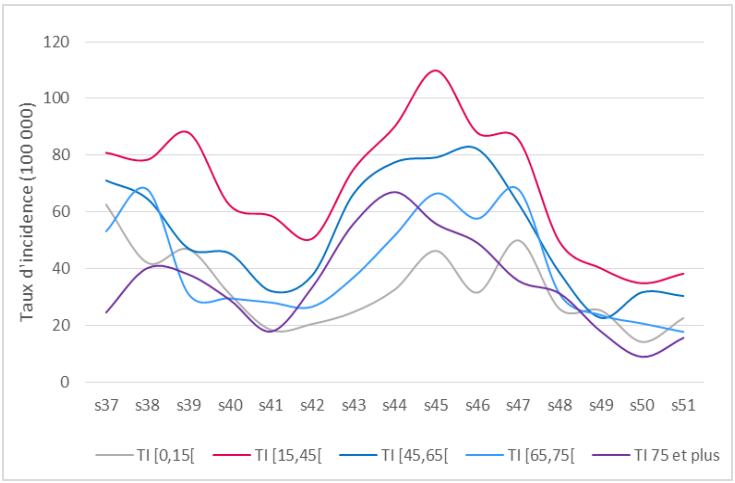


Figure 3. Evolution du taux d'incidence par classe d'âge de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), Réunion, S37 à S51/2020 *(source SI-DEP, 23/12/2020)*



Surveillance virologique

Figure 4. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 /100000 habitants) par département, France, du 14 au 20 décembre 2020 (source SI-DEP, 23/12/2020)

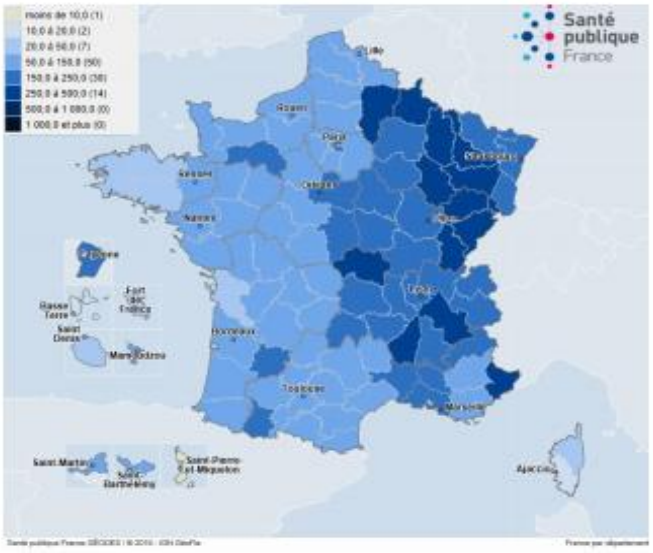


Figure 5 Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par commune, La Réunion, du 14 au 20 décembre 2020 (*source SI-DEP, 23/12/2020*)

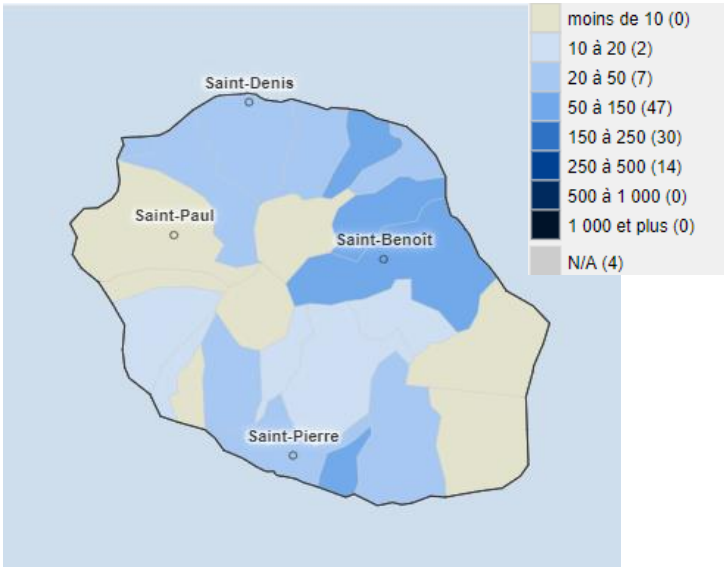


Figure 6. Evolution du taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2, Réunion et France, S20 à S51/2020 *(source SI-DEP, 23/12/2020)*

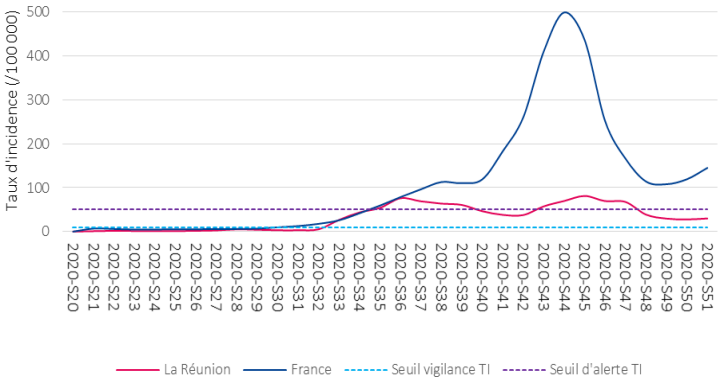
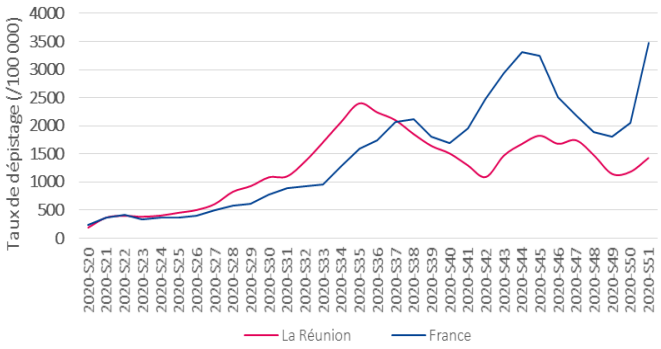


Figure 7. Evolution du taux de dépistage pour le SARS-COV- 2, Réunion et France, S20 à S51/2020 *(source SI-DEP, 23/12/2020)*



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 Reff est inférieur 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 S51, l'estimation du R_{eff} selon les données SI-DEP était supérieur à 1 et non significatif, 1,00 (0,88-1,13)

L'estimation du R_{eff} selon les données des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) était de 0,70 (0,40-1,09) en S51.

[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.

Contacts qui deviennent des cas (taux d'attaque secondaire)

Après une augmentation en S47 à la Réunion, le taux d'attaque secondaire est en baisse (sous les 10%) et se détache du taux d'attaque secondaire national, qui est lui en hausse (figure 9).

Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas en S51

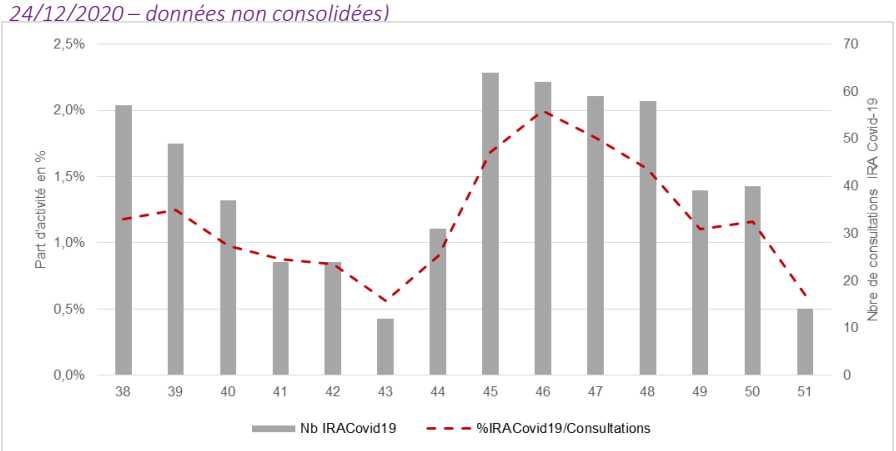
Le nombre moyen de personnes contacts à risque par cas en S51 est le plus élevé dans notre région égal à 3,2. Il est seulement de 1,7 au niveau national (figure 8).

Figure 8. Nombre moyen de personnes-contacts à risque par cas en S51 dans les région de France *(source : ContactCovid – Cnam)*

Note : Proportion calculée quand au moins 30 cas
Valeur nationale représentée par la ligne verticale.

Figure 9. Evolution du taux d'attaque secondaire à la Réunion et au niveau national S20 à S50/2020 *(source : ContactCovid – Cnam)*

Figure 10. Nombre hebdomadaire de consultations pour suspicion de COVID19 et part d'activité (en %), La Réunion, S38 à S51/2020 (*Source : Surveillance sentinelles® - 24/12/2020 – données non consolidées)*



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 S51, **la part des consultations pour infection respiratoire aiguë (IRA) de type Covid-19** rapportée par le réseau des médecins sentinelles à la Réunion **a diminué de moitié.** La part d'activité était de **0,6% en S51 versus 1,2%** en S50 (Figure 9).

Surveillance à l'hôpital

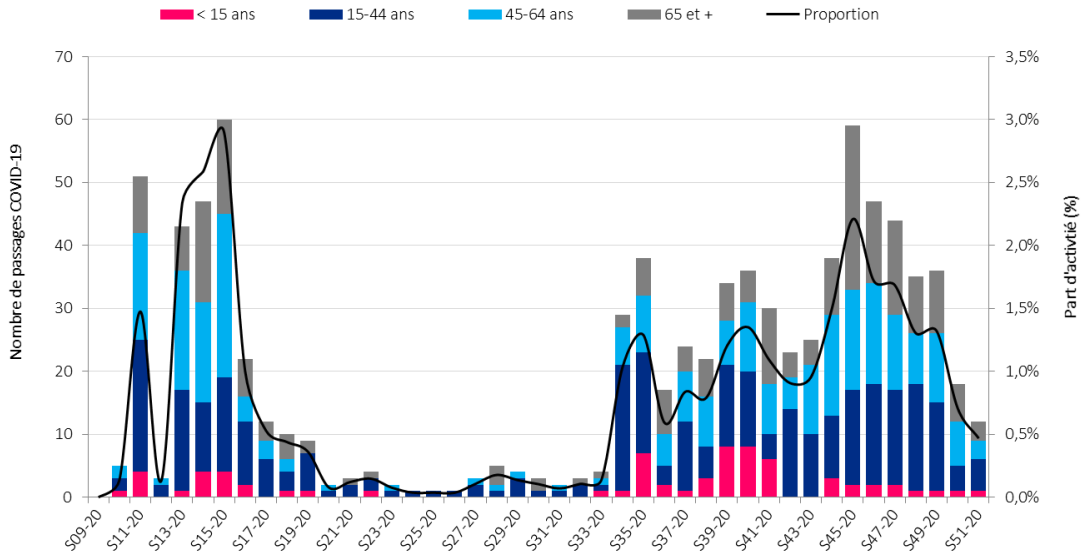
Passages aux urgences

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 (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.

► Le **nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 poursuit depuis 3 semaines consécutives sa baisse** (Figure 11). Entre la S50 et la S51 la décroissance a été de 33% tous âges confondus, avec 12 passages contre 18 la semaine précédente. Cette diminution concerne plus particulièrement la population vulnérable des 65 ans et plus avec seulement 3 passages aux urgences en S51 contre 10 en S49.

► **La part d'activité des services d'urgence pour suspicion de COVID-19** poursuit sa décroissance pour la 4ème semaine consécutive (Figure 11). Pour la S51, la part d'activité **se situait à un niveau faible (0,5%**) (Figure 12).

Figure 11. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID19 par classes d'âges et part d'activité (en %), La Réunion, S09 à S51/2020 (*Source : Oscour® - 23/12)*

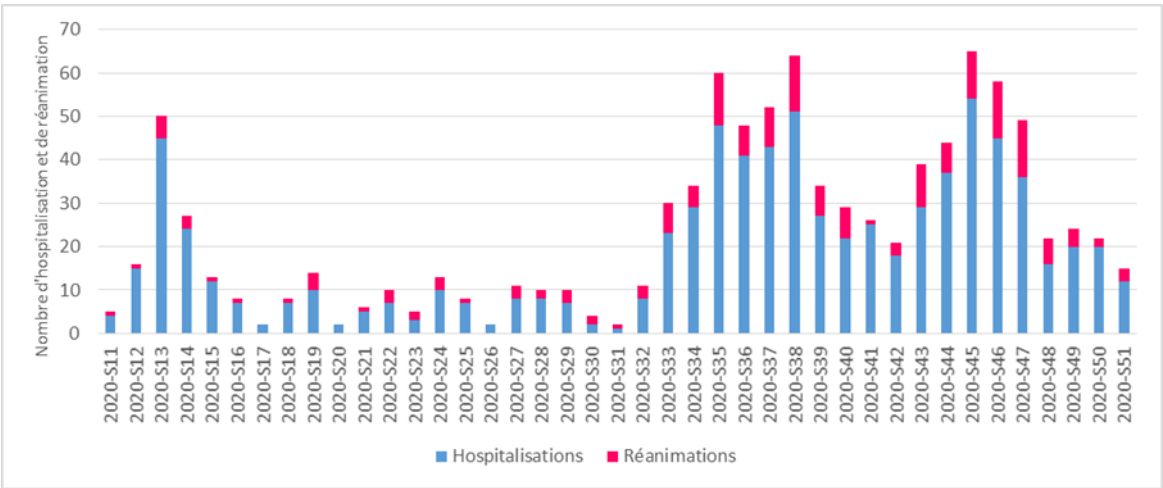


Hospitalisations et admission en réanimation (données SIVIC)

► Baisse de 40% des nouvelles hospitalisations entre la S50 (n=20) et la S51 (n=12), (Figure 12).

► Le nombre de nouvelles admissions en réanimation restait stable en S51 (Figure 12) avec 3 patients versus 2 la semaine précédente. Depuis la semaine 48, le nombre hebdomadaire moyen de nouvelles admissions en réanimation était égal à 4.

Figure 12. Nombre hebdomadaire d'hospitalisations et d'admissions en réanimation pour suspicion de COVID19 et La Réunion, S11 à S51/2020 (*Source : SIVIC - 24/12)*



Hospitalisations et admission en réanimation

Tableau 2. Caractéristiques des patients pris en charge en réanimation entre le 11/03 et le 24/12/2020 (*Source : Surveillance SpF*)

Cas admis en réanimation	
Nb signalements	131
Répartition par sexe	
Homme	83
Femme	48
Inconnu	0
Ratio	1,7
Age	
Moyen	62,9
Médian	65,2
Quartile 25	53,6
Quartile 75	74,3
Délai entre début des signes et admission en réanimation	
Moyenne	8,3
Médiane	8,0
Quartile 25	5,0
Quartile 75	11,0
Région de résidence des patients	
Hors région	17 (13%)
La Réunion	113 (87%)

Syndrome de détresse respiratoire aigue**	
Pas de SDRA	37 (30%)
Mineur	19 (16%)
Modéré	29 (24%)
Sévère	37 (30%)
Non renseigné	9
Type de ventilation**	
O2 (lunettes/masque)	15 (13%)
VNI (Ventilation non invasive)	5 (4%)
Oxygénothérapie à haut débit	65 (55%)
Ventilation invasive	28 (24%)
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	6 (5%)
Non renseigné	12
Durée de séjour	
Durée moyenne de séjour	12,1
Durée médiane de séjour	8,0
Durée quartile 25	4,0
Durée quartile 75	15,0

**Niveau de sévérité maximal observé et modalité de prise en charge la plus invasive mise en place au cours du séjour en réanimation

Classe d'âge	
0-14 ans	0 (0%)
15-44 ans	18 (14%)
45-64 ans	47 (36%)
65-74 ans	36 (28%)
75 ans et plus	29 (22%)
Non renseigné	1
Comorbidités	
Aucune comorbidité	12 (10%)
Au moins une comorbidité parmi :	111 (90%)
- Obésité (IMC>=30)	39 (49%)
- Hypertension artérielle	65 (53%)
- Diabète	50 (41%)
- Pathologie cardiaque	29 (24%)
- Pathologie pulmonaire	26 (21%)
- Immunodépression	11 (9%)
- Pathologie rénale	30 (24%)
- Cancer**	-
- Pathologie neuromusculaire	6 (5%)
- Pathologie hépatique	0 (0%)
Non renseigné	8
Evolution	
Evolution renseignée	125 (95%)
- Transfert hors réanimation ou retour à domicile	99 (79%)
- Décès	26 (21%)

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

► Au 23/12/2020, 3 personnes étaient toujours prises en charge dans un service de réanimation en lien avec la COVID-19.

► Depuis le début de l'épidémie, **131 personnes ont été admises dans un service de réanimation**. Les **hommes** restaient majoritaires avec un **sexe ratio H/F de 1,7**. **Le diabète, l'hypertension artérielle et l'obésité (IMC>=30)** demeuraient les comorbidités principales (Tableau 2). En termes de létalité, 26 personnes sont décédées soit 21% du total des patients pris en charge dans un service de réanimation. **Sept décès sur 10 sont rapportés dans la classe d'âge des 65 ans et plus. Alors que les femmes ne représentent que 36% des admissions en réanimation, 54% des décès les concernent**.

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.

► Pas de signalement réalisé en S51, pas de cluster actif à ce jour en ESMS.

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 49 (*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 23 décembre 2020, **51 décès de patients hospitalisés** ont été signalés le dernier datant de la semaine 50.

►**Certificats de décès électroniques** : entre le 1er mars et le 23 décembre 2020, **49 certificats de décès électroniques** comprenant la mention COVID-19 ont été établis. Le sex-ratio (H/F) était de 1,1. Toutes les personnes décédées étaient âgées de plus de 15 ans et 78% avaient plus de 65 ans.
Parmi les 49 certificats de décès électroniques comprenant la mention COVID-19, 29 personnes (60%) présentaient au moins une comorbidité, 38% des personnes décédées avait au minimum une pathologie rénale comme comorbidté.

►**Certificats de décès papiers** : en S51, il n'a pas été signalé de certificat de décès papier portant une mention relative à l'infection à la COVID-19.

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.

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.

► Pas de signalement réalisé en S51, pas de cluster actif à ce jour en ESMS.

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 49 (*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 23 décembre 2020, **51 décès de patients hospitalisés** ont été signalés le dernier datant de la semaine 50.

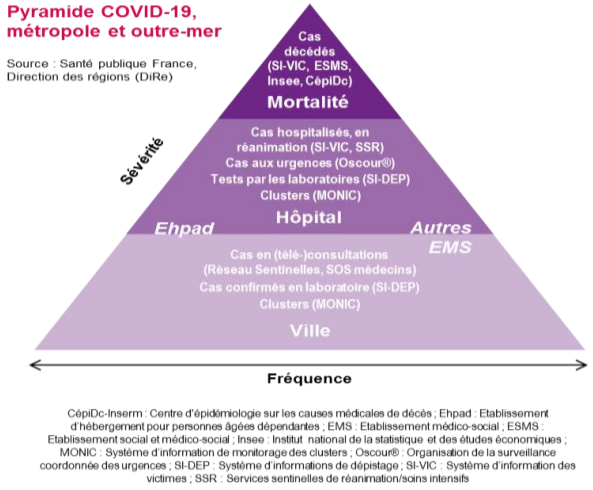
► **Certificats de décès électroniques** : entre le 1er mars et le 23 décembre 2020, **49 certificats de décès électroniques** comprenant la mention COVID-19 ont été établis. Le sex-ratio (H/F) était de 1,1. Toutes les personnes décédées étaient âgées de plus de 15 ans et 78% avaient plus de 65 ans.
Parmi les 49 certificats de décès électroniques comprenant la mention COVID-19, 29 personnes (60%) présentaient au moins une comorbidité, 38% des personnes décédées avait au minimum une pathologie rénale comme comorbidité.

► **Certificats de décès papiers** : en S51, il n'a pas été signalé de certificat de décès papier portant une mention relative à l'infection à la COVID-19.

Informations

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.

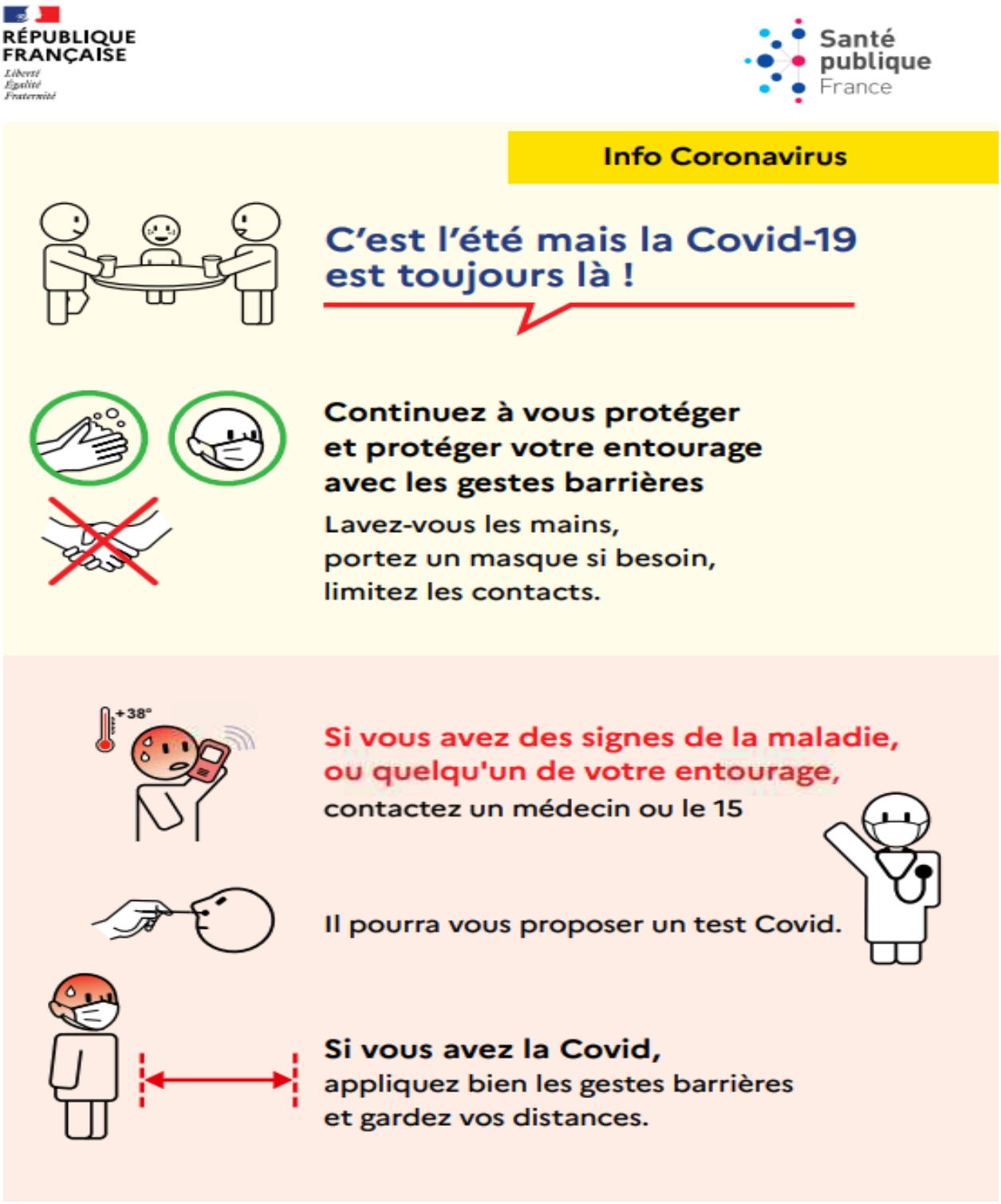


Outils d'information pour la prévention de la transmission du virus

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.

Les informations pour les voyageurs à destination de La Réunion sont disponibles sur le site de l'ARS La Réunion

Des outils de médiation créés par l'IREPS sont également disponibles à la demande sur le site de l'association.



Info Coronavirus

Le médecin vous aide à trouver une solution pour vous soigner et pour vos proches. Si besoin, vous pouvez être hébergé pendant la maladie (environ 2 semaines). **Dans tous les cas, c'est vous qui décidez.**

Le test et les hébergements sont gratuits.

Si vous avez la Covid, pourquoi en parler ?

Pour protéger votre famille et votre entourage.
Ils pourront faire le test si besoin.

Le médecin est là pour vous soigner. Il n'y a pas de conséquences sur vos papiers, le logement, etc.

Santé publique France - Septembre 2020 - Réf. CW-3001-005-3009

Vous avez des questions sur le coronavirus ?

gouvernement.fr/info-coronavirus

0 800 130 000
(appel gratuit)

Parlez-en à un médiateur, un travailleur social ou un professionnel de santé. Ils sont là pour vous aider.