

Indicateurs clés

En collaboration
avec :

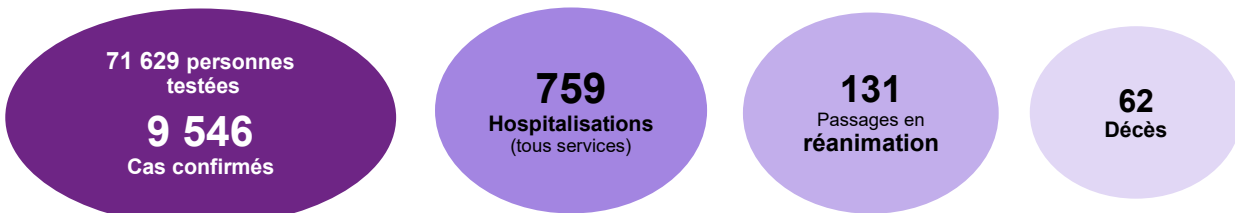
Agence régionale de
santé (ARS) Mayotte,

Centre Hospitalier de
Mayotte (CHM) :
services de médecine,
urgence SAMU Centre
15, réanimation,
pédiatrie, laboratoire

Laboratoire d'analyses
médicales de Mayotte
MAYO BIO

Caisse de Sécurité
Sociale de Mayotte
(CSSM)

Remerciements au
Réseau des médecins
sentinelles, au Réseau
des pharmaciens senti-
nelles, à l'équipe médi-
cale du SDIS, au Ser-
vice de Santé des
Armées, au CMIA, à
toutes les personnes
s'étant portées volon-
taires pour contribuer
aux investigations
autour du Covid-19 à
Mayotte.



	Maximum (Semaine)	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Evolution sur 3 semaines
► Nombre de nouveaux cas confirmés biologiquement	1159 (S4-2021)	539	749 +39 %	1159 +54,7%	
► Incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants	414,7 (S4-2021)	192,9	268,0	414,7	
► Taux de positivité parmi les individus testés (%)	38,7 (S18-2020)	13,0	13,7	16,9	
► Taux de dépistage hebdomadaire pour 100 000 habitants	2461,4 (S4-2021)	1 489,2	1 954,1	2 461,4	

L'épidémie de Covid-19 a débuté à Mayotte il y a près d'un an avec une **première vague épidémique relativement peu sévère** au tour du mois de mai 2020. Depuis, la circulation virale n'a jamais cessé sur le territoire et des recrudescences de cas ponctuelles ont été enregistrées au cours du deuxième semestre, en lien avec les congés scolaires, la survenue de clusters de taille importante et plusieurs campagnes massives de dépistage.

Fin décembre 2020, les premiers signaux suggérant une intensification de l'épidémie ont été détectés avec une augmentation des taux d'incidence et de positivité au Sars-Cov-2 dans l'ensemble des classes d'âge et des communes de l'île. Dans le même temps, le gouvernement sud-africain signalait, le 18 décembre, l'**émergence d'un variant désigné 501Y.V2**. Les séquençages génétiques indiquent sa présence en Afrique du Sud depuis novembre. Aujourd'hui, ce variant est responsable de la majorité des cas dans le pays. Il a été identifié dans 40 pays selon l'OMS dont plusieurs voisins de Mayotte tels que l'Union des Comores ou le Mozambique.

Depuis le début de l'année, l'ensemble des **indicateurs épidémiologiques sont en faveur d'une dégradation rapide et intense** de la situation sanitaire liée au Covid-19 à Mayotte. Cette dynamique préoccupante survient dans le contexte de la présence de variants plus transmissibles. Sur les trois dernières semaines, le taux d'incidence (TI) a plus que doublé. Le taux de positivité a triplé entre mi-décembre et fin janvier, notamment chez les 0-14 ans au cours des deux dernières semaines (+43%), invitant à une **vigilance particulière dans la population pédiatrique** qui ne semble plus épargnée par l'infection.

Les indicateurs hospitaliers témoignent de la **sévérité de cette nouvelle vague épidémique**. La cinétique des admissions de cas sévères au CHM est différente de la première vague : les formes respiratoires oxygène-réquerentes sont en augmentation, notamment dans les services d'urgence, médecine et réanimation. Après une période de 15 jours fin décembre sans aucune admission de cas de COVID-19 en réanimation, une recrudescence de cas graves est observée depuis la première semaine du mois de janvier. Le nombre de **patients admis chaque semaine en réanimation est en augmentation constante et rapide depuis 3 semaines** (10 admissions réanimatoires la semaine dernière et déjà 7 patients admis cette semaine au 4 février). Tant que l'île poursuivra son ascension vers le pic épidémique, le CHM devrait enregistrer une augmentation significative des admissions dans les dix à quinze jours suivants.

Dans l'objectif d'assurer une surveillance des nouveaux variants du Sars-Cov-2 à Mayotte (notamment le variant 501Y.V2) et de mieux en décrire les caractéristiques, un **protocole de séquençage** est actuellement en vigueur, en lien avec le Centre des virus respiratoires en métropole. A ce jour, 295 échantillons ont été séquencés et le variant sud-africain a été identifié sur 77 d'entre eux. Un échantillon a révélé la présence d'un variant anglais chez un patient ayant voyagé avec multiples escales. Compte tenu des difficultés de *contact tracing* et d'isolement des cas à Mayotte, une **circulation communautaire du variant 501Y.V2 est probable**.

Actuellement, des **incertitudes demeurent autour du variant 501Y.V2 et des mutations accumulées par celui-ci**. Se posent les questions de la réponse immunitaire, des risques de réinfection et de perte d'efficacité des vaccins. De nouvelles études doivent être menées pour déterminer les caractéristiques génétiques, immunologiques, cliniques et épidémiologiques des variants du Sars-Cov-2.

Ainsi, compte tenu de la transmissibilité bien plus élevée du variant sud-africain, il est probable que celui-ci atteignent plus facilement des personnes fragiles, **générant de plus en plus de formes graves de la maladie**. Néanmoins, à ce jour, aucun élément scientifique n'indique qu'il serait à l'origine de formes plus sévères ou d'un risque accru de décès chez les personnes infectées.

En parallèle de la reprise épidémique observée depuis début janvier, des mesures de contrôle adaptées au territoire ont été instaurées : confinement localisé par commune à forte incidence et rapidement évolutive, campagnes de vaccination, renforcement des capacités de prise en charge hospitalière. Alors que le couvre-feu instauré sur l'île depuis 15 jours n'a pas permis de ralentir l'épidémie, un **confinement généralisé** a été annoncé ce jour par la Préfecture. Celui-ci a pour but de réduire drastiquement les brassages des populations qui multiplient les risques de contamination. Ce deuxième confinement devrait être appliqué en parallèle de **mesures visant à ne pas accroître les inégalités de santé** que connaît le département (accès aux soins, à l'eau et à l'alimentation).

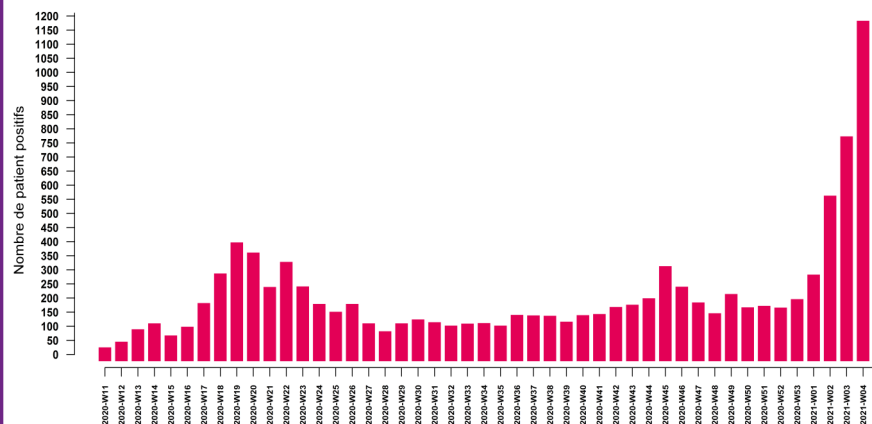
Au-delà des mesures de contrôle collectives, il reste essentiel que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de Covid s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les délais recommandés. L'augmentation effrénée des capacités de test n'est d'aucune utilité dans la lutte contre l'épidémie si elle n'est pas associée pour chaque cas, à des **mesures d'isolement et de prise en charge de l'entourage** (sensibilisation, isolement et dépistage des sujets contact). Il est également nécessaire de **favoriser l'accès aux masques chirurgicaux**, notamment pour les malades en phase de contagion.

A noter, l'arrivée de la nouvelle année coïncide habituellement avec les épidémies saisonnières de grippe et bronchiolite. La surveillance épidémiologique et virologique de ces pathologies respiratoires montre une absence de circulation des virus grippaux et VRS sur le département de Mayotte. C'est également le cas dans la plupart des régions métropolitaines et outre-mer.

Surveillance individuelle

Figure 1. Evolution du nombre de cas de COVID-19 confirmés biologiquement (RT-PCR et test antigénique) rapportés à la cellule de Santé publique France à Mayotte, par semaine de prélèvement

Source : laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte, laboratoire privé de Mayotte, SIDEPE et laboratoire du CHU de La Réunion (au 03/02/2021)



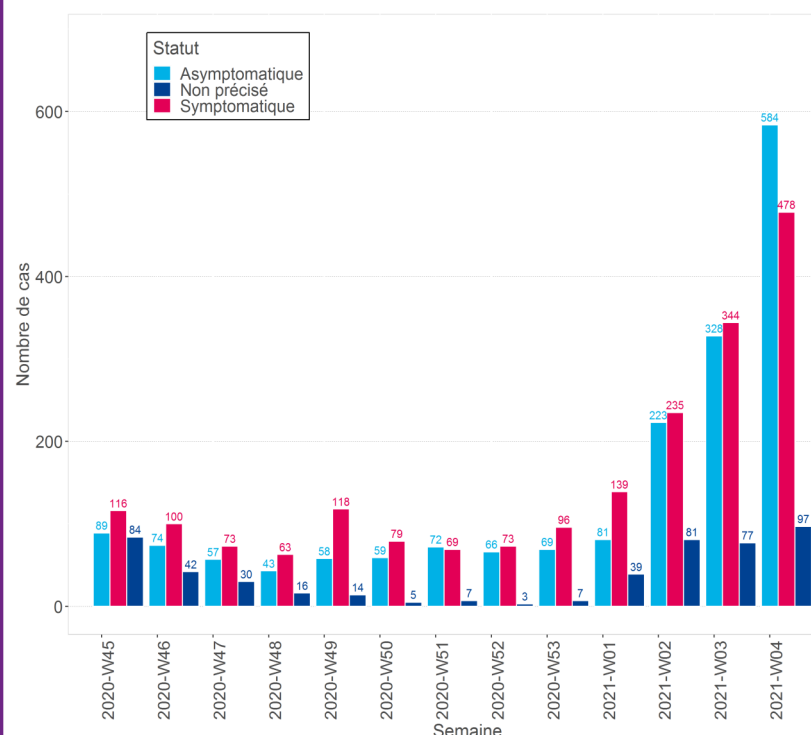
Avec une accélération de l'épidémie observée depuis la S1 de 2021, Mayotte fait actuellement face à une nouvelle vague épidémique de COVID-19. En effet, une recrudescence importante du nombre de cas est à noter depuis la S1-2021 atteignant jusqu'à 1 159 nouveaux cas en S4, soit un taux d'incidence de 415 cas pour 100 000 habitants.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer le changement de la dynamique épidémique : la circulation du variant 501Y.V2, la tenue de rassemblements (fêtes privées, cérémonies), le relâchement dans l'application des mesures barrières, y compris en milieu professionnel.

Des investigations sont menées autour de chaque cas confirmé de COVID-19 afin d'identifier l'origine de la contamination. Une exposition à risque est recherchée sur la période des 14 jours précédant la date des premiers signes cliniques (ou 7 jours avant la date de prélèvement pour les sujets asymptomatiques). Dans un second temps, le contact tracing est mené pour identifier l'ensemble des personnes contacts du cas confirmé. Les mesures de prévention et la conduite à tenir en cas d'apparition de symptômes sont dispensées aux contacts. Depuis la semaine S31, l'ensemble des sujets contacts sont invités à se faire dépister sans délais pour les personnes vivant dans le même foyer que le cas positif, et dans un délai de 5 à 7 jours suivant la date du dernier contact pour les personnes contacts extra-familiaux. Par ailleurs depuis le début de la semaine S38, la durée d'isolement des cas et des contacts a été réduite à 7 jours au lieu de 14 jours.

Figure 2. Evolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 selon la présence ou non de symptômes, par semaine de prélèvement, depuis la semaine 45 (N = 5 464)

Source : SIDEPE



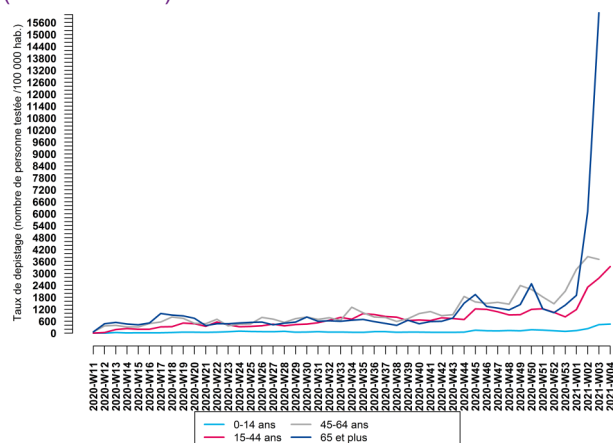
Depuis la S45, des variations autour de la forme clinique des cas confirmés de COVID-19 sont observées.

Entre la S45 de 2020 et la S3 de 2021, le nombre de cas confirmés de COVID-19 symptomatiques était supérieur à celui des asymptomatiques. Cette tendance s'est inversée en S4, avec 22% de plus de cas confirmés de COVID-19 asymptomatiques que de cas symptomatiques.

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce changement : hausse importante du nombre de cas confirmés entraînant le dépistage de nombreux sujets contacts (préférentiellement asymptomatiques), réalisation de campagnes de dépistages sur le territoire, tests systématiques des voyageurs (légaux et illégaux), hausse des données manquantes pour cette information.

De manière générale depuis fin décembre, le nombre de tests réalisés chez des personnes malades symptomatiques est en franche augmentation.

Figure 3. Evolution du taux de dépistage pour 100 000 habitants des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, à Mayotte
 Source : laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte, laboratoire privé de Mayotte, SIDEPE et laboratoire du CHU de La Réunion
 (au 03/02/2021)

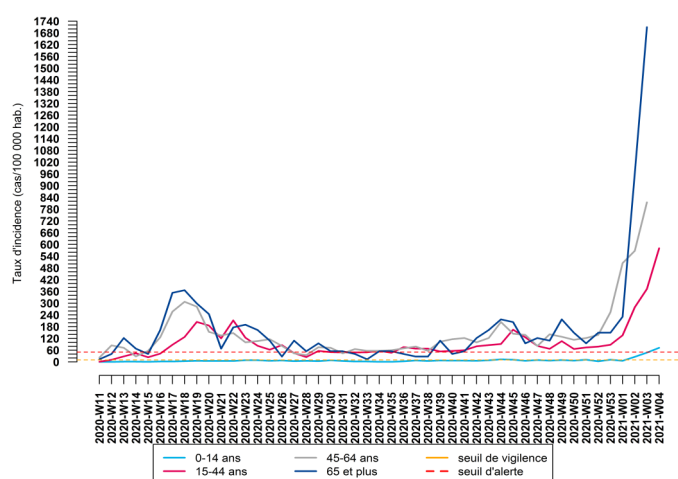


Au cours des fêtes de fin d'année 2020, une diminution du taux de dépistage (TD) a été observé en S52 et S53- 2020 dans l'ensemble des classes d'âge.

Depuis la S1-2021, le **taux de dépistage s'intensifie** : une forte hausse des TD est à noter, atteignant un pic en S4 avec un TD de 2 461 personnes testées pour 100 000 habitants.

Chez les personnes âgées de plus de 65 ans le TD a été multiplié par 11 entre S1 et S4 . Sur cette même période, chez les 15-44 ans le taux a été multiplié par 2 et chez les 45-64 et par 4 chez les 0-14 ans.

Figure 4. Evolution du taux d'incidence pour 100 000 habitants des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, à Mayotte
 Source : laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte, laboratoire privé de Mayotte, SIDEPE et laboratoire du CHU de La Réunion
 (au 03/02/2021)

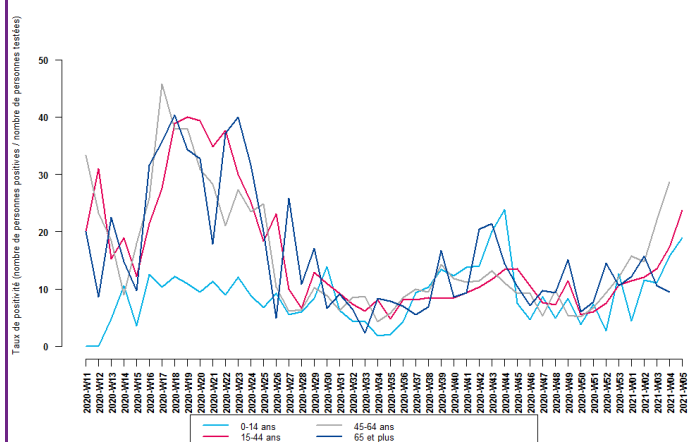


Depuis la S52, l'ensemble des classes d'âge connaît une augmentation importante du taux d'incidence (TI). En 3 semaines, le **taux d'incidence (TI) a plus que doublé** : $TI_{S02}=192,9$ cas pour 100 000 habitants vs $TI_{S04}=417,7$ cas pour 100 000 habitants.

En S4, le TI des personnes âgées de plus de 65 ans est le plus important : celui-ci a été multiplié par 7 depuis la S2 (à mettre en lien avec l'augmentation du taux de dépistage de cette classe d'âge).

Pour la première fois depuis le début de l'épidémie, depuis la S3, **les enfants âgés de moins de 15 ans présentent un TI supérieur au seuil d'alerte** de 50 cas pour 100 000 habitant.

Figure 5. Evolution du taux de positivité pour 100 000 habitants de COVID-19 selon les classes d'âge, à Mayotte
 Source : laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte, laboratoire privé de Mayotte, SIDEPE et laboratoire du CHU de La Réunion
 (au 03/02/2021)



En S4, pour l'ensemble des classes d'âge les taux de positivité (TP) sont au dessus du seuil d'alerte de 10% avec en moyenne un TP égale à 16,9%.

Le taux de positivité a triplé entre mi-décembre et fin janvier.

Depuis la S52-2020, le TP chez les personnes âgées de 15 à 64 ans est en constante et forte augmentation.

Les enfants âgés de moins de 15 ans connaissent une réelle augmentation du TP en S4 ($TP_{S4}=15,7\%$) tandis que chez les personnes âgées de plus de 65 ans le TP avait augmenté entre la S1 et la S3 ($TP_{S3}=15,7\%$) pour ensuite diminuer en S4.

Surveillance des clusters

Au 04/02/21, 133 clusters de COVID-19 ont été enregistrés depuis le début de l'épidémie, dont 111 clôturés et 22 encore actifs. Parmi les clusters actifs, 17 n'ont enregistré aucun cas au cours des 7 derniers jours (maîtrisés) et 5 sont en cours d'investigation. Par ailleurs, 5 clusters potentiels sont en cours de validation.

L'analyse des clusters en fonction de la date de début des signes du premier cas montre que 37% ont été identifiés entre décembre 2020 et février 2021, soit **plus du tiers de l'ensemble des clusters identifiés depuis le début de l'épidémie** à Mayotte, sur une période de 2 mois, en plein nouvelle vague de l'épidémie.

Ces 133 clusters ont été à l'origine de 1429 cas (15% des cas). Le nombre moyen de cas par cluster est de 11 cas (médiane : 6 cas, min : 3 cas, max : 236 cas). Plus du tiers des clusters identifiés (35%) ont été classés à un niveau de criticité élevé, la fermeture de la collectivité et le confinement des personnes étaient nécessaires pour 10 clusters, alors que 4 avaient fait l'objet d'un confinement localisé d'une partie de la population concernée.

La grande majorité des clusters ont été identifiés dans un milieu professionnel en entreprises publique ou privées (47%), dans une structure associative (21%) ou en milieu familiale élargie (17%) (Tableau 1)

Parmi les clusters actifs :

- 10 sont dans des entreprises publiques/privées hors ES professionnels
- 7 classés dans « autres », la plupart sont des associations
- 5 sont dans le milieu scolaire

L'identification des clusters est de plus en plus difficile en cette nouvelle vague d'une part en raison du retard pris sur le contact tracing lié à l'explosion du nombre de cas mais aussi en raison des difficultés à établir le lien entre les cas (difficultés de recueil des informations lors des entretiens d'investigation) Par conséquent, un certain nombre de clusters sont identifiés au stade de maîtrisé.

	N	%
Type de collectivités		
Entreprises publiques et privées hors ES	62	47%
Autre (association, quartier)	28	21%
Evénements privés/publics (mariage)	4	3%
Etablissements de santé	5	4%
Etablissements pénitentiaires	1	1%
Structure médico-sociale	2	2%
Transport (avion, bateau, train)	1	1%
Milieu scolaire et universitaire	7	5%
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	23	17%
Statut des clusters		
En cours d'investigation	5	3,8%
Maîtrisé	17	13%
Clôturé	111	83%
Criticité (potentiel de transmission ou critère de gravité)		
Elevée	46	35%
Modérée	53	40%
Limitée	34	26%
Nombre de cas		
< 5	54	41%
De 5 à 9	43	32%
> 9	36	27%
Nombre d'hospitalisations		
0	84	63%
De 1 à 5	48	36%
5 à 9	0	0%
> 9	1	1%
Nombre de décès		
Aucun	129	97%
Au moins un décès	4	3%

Tableau 1: Caractéristiques des clusters (N=133), Source SpF cellule Mayotte

Surveillance des variants du Sars-Cov-2

Dans l'objectif d'assurer une surveillance des nouveaux variants du Sars-Cov-2 à Mayotte (notamment le variant 501Y.V2, identifié en Afrique du Sud) et de mieux en décrire les caractéristiques, un protocole de séquençage est actuellement en vigueur, en lien avec le Centre National de Référence des virus respiratoires en métropole.

- 1) Cas positifs chez des personnes dont la contamination a probablement eu lieu hors de Mayotte
 - Voyageurs en provenance de pays étrangers
- 2) Cas positifs en population générale, diagnostiqués sur Mayotte
 - Cas positifs et contact d'un cas ayant voyagé à l'étranger dans les 14 jours précédant
 - Cas positifs issus de campagnes de dépistage organisées dans des zones avec taux d'incidence rapidement évolutif
 - Cas positifs issus de l'investigation de clusters en milieu scolaire
 - Cas positifs issus de l'investigation de clusters ayant des critères de transmissibilité particuliers
- 3) Cas positifs graves (soins critiques, soins en service de médecine et oxygéno-réquant) ou immunodéprimés

Entre le 5 et le 15 janvier 2021, 295 échantillons ont été séquencés et le variant Sud-Africain a été identifié sur 77 d'entre eux. Seul un échantillon a révélé la présence d'un variant anglais chez un patient ayant voyagé avec multiples escales. Une caractérisation plus précise de ces cas est en cours.

Surveillance à l'hôpital

Bilan de la surveillance hospitalière entre le 13 mars 2020 et le 03 février 2021

2 105

Passages aux urgences
du CHM pour suspicion de
COVID-19

15,6%

des passages aux
urgences pour
suspicion de COVID-
19 ont donné lieu à
une hospitalisation



759 hospitalisations

De cas confirmés ou probables de **COVID-19**
(toutes causes, toutes durées, sans notion d'imputa-
bilité de l'infection sur l'hospitalisation)

628 cas
en hospitalisation
conventionnelle

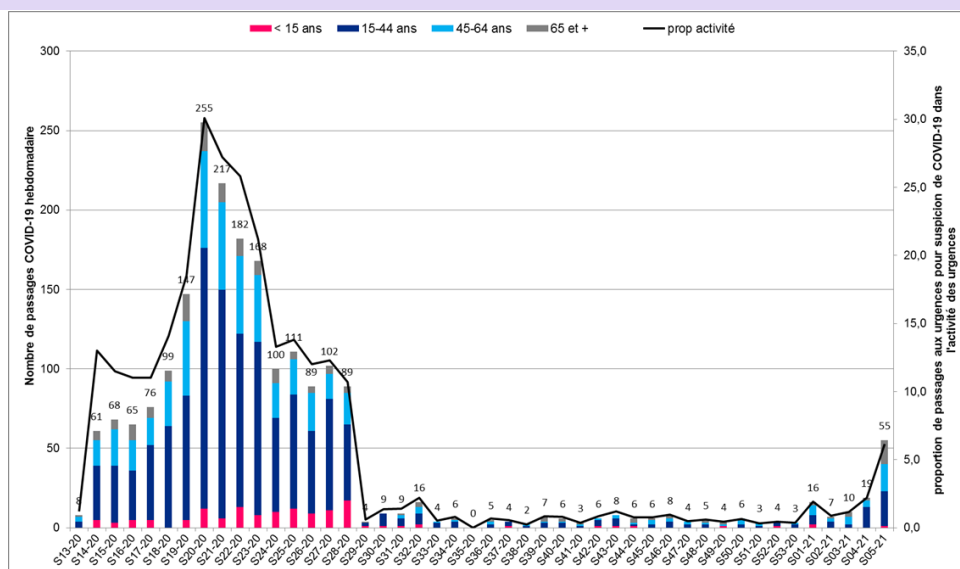
131 cas
en réanimation
dont 83 formes
pulmonaires

Passages aux urgences

La surveillance des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 est un **dispositif de surveillance syndromique**. La surveillance syndromique ne s'appuie pas sur la confirmation biologique mais sur le diagnostic clinique (tableau clinique évocateur), elle permet notamment de suivre la tendance des épidémies même quand les capacités de test sont dépassées.

Figure 6. Nombre hebdomadaire de passages dans le service d'urgence du CHM par classe d'âge et taux de passages pour suspicion de COVID-19 parmi l'ensemble des passages codés

Source : réseau Oscour® (service d'urgence du CHM), au 03/02/2021



Surveillance des hospitalisations

La surveillance des hospitalisations s'appuie sur :

- **Le dispositif national SI-VIC** utilisé en cas de « situations sanitaires exceptionnelles », géré par le ministère de la santé. Il a pour objectif d'aider les autorités sanitaires et les hôpitaux à anticiper les conséquences et besoins. Dans le cadre de l'épidémie COVID-19, il permet notamment de suivre le nombre quotidien de patients hospitalisés avec un diagnostic de COVID-19.
- **Une surveillance spécifique des formes graves mise en place par Santé publique France avec les cliniciens du services de réanimation du CHM.** Chaque cas admis dans ce service fait l'objet d'un questionnaire standardisé. Ce système de surveillance a pour objectif de suivre la dynamique épidémique par le nombre de formes graves, de décrire les caractéristiques épidémiologiques de ces cas et d'évaluer la sévérité de l'épidémie afin d'adapter les mesures de contrôle.

• 759 hospitalisations de patients ayant un diagnostic COVID-19 (données issues de SI-VIC)

Depuis le 13 mars 2020, 759 patients avec un diagnostic de COVID-19 (cas confirmés ou cas probables) ont été hospitalisés au CHM (toutes causes, toutes durées, sans notion d'imputabilité de l'infection sur l'hospitalisation).

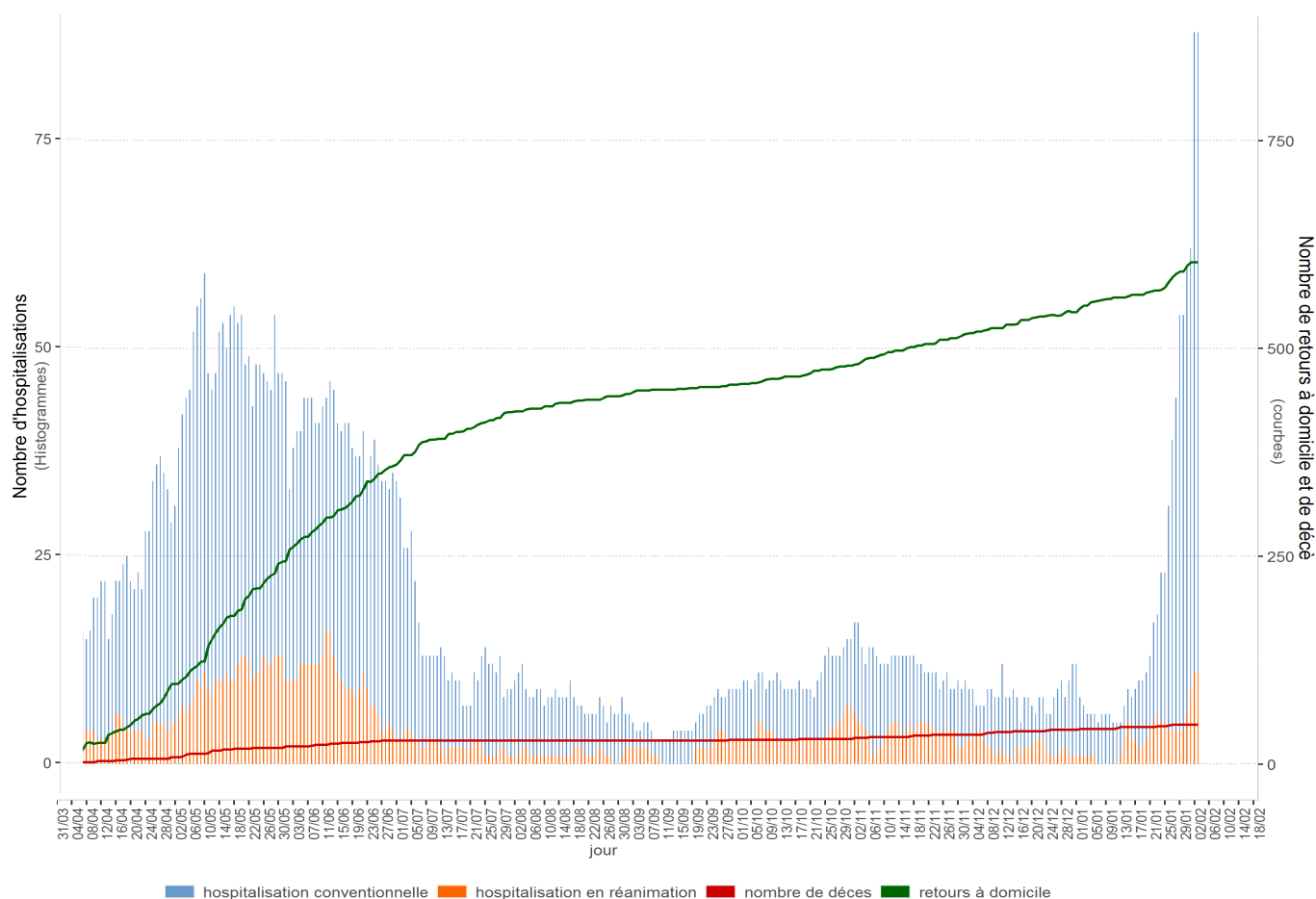
Rapporté à l'ensemble de la période (du 13 mars au 3 février), cela représente une occupation moyenne de 18 patients (figure 7). Lors de la première vague (mars à juin 2020), il y a avait en moyenne 32 patients en hospitalisation avec une infection Covid-19 dans l'hôpital contre 43 la semaine dernière (S4-2021).

Au 3 février 2021, parmi les 759 patients hospitalisés avec un diagnostic de COVID-19 :

- 633 sont retournés à domicile
- 47 patients sont décédés
- 79 sont toujours hospitalisés au CHM

Figure 7. Nombre de patients hospitalisés en réanimation et en hospitalisation conventionnelle, nombre cumulé de patients retournés à domicile et nombre cumulé de décès en milieu hospitalier

Source : SI-VIC, Santé publique France cellule Mayotte au 03/02/2021



Note de lecture : le 10 mai 2020, 59 patients étaient hospitalisés au CHM, 12 patients étaient décédés et 123 patients étaient retournés à domicile.

Surveillance des hospitalisations (suite)

• 131 patients hospitalisés en service de réanimation (surveillance spécifique des formes graves CHM/SpF)

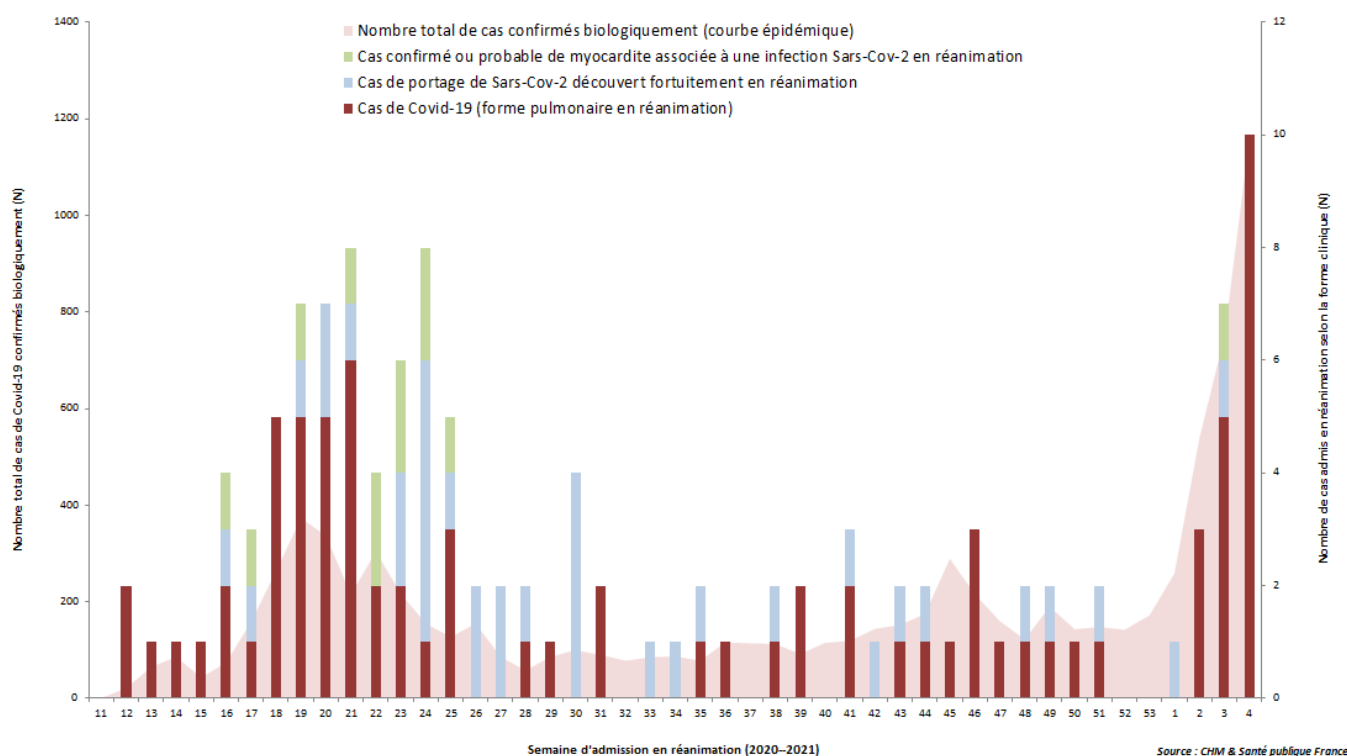
Entre le 13 mars 2020 et le 3 février 2021, 131 patients ont été admis en réanimation avec un diagnostic de COVID-19 : 87 hommes et 43 femmes (*sex ratio* H/F=2,0). L'âge médian était de **54 ans** [EIQ : 41-65] et 60% avaient moins de 60 ans. Il s'agissait de 119 adultes et 12 enfants. La figure 8 présente les données arrêtées au 31 janvier (S4-2021 complète).

Parmi ces patients, plus de la moitié ont présenté une **forme pulmonaire** du COVID-19 (63%). Dans 24% des cas, les patients étaient admis pour un autre motif et la découverte du portage Sars-Cov-2 était fortuite.

Les cas survenus chez les enfants correspondaient à 7 syndromes inflammatoires multi-systémiques post-infectieux (PIMS) et 4 formes asymptomatiques (motif d'admission en réanimation autre). Seul 1 cas pédiatrique a présenté une forme pulmonaire : un enfant de 10 ans admis au cours du mois de janvier sur une pathologie pulmonaire préexistante à l'infection par le Sars-Cov-2.

Figure 8. Répartition hebdomadaire des cas de COVID-19 admis dans le service de réanimation du CHM, selon la présentation clinique

Source : service de réanimation/soins intensifs du CHM, Santé publique France cellule Mayotte, du 13/03/20 au 31/01/2021



Focus sur les patients admis en réanimation suite à la reprise épidémique observée depuis fin décembre 2020

- Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 3 février 2021, **27 patients** ont été admis en réanimation avec un diagnostic de COVID-19 soit **20% de l'ensemble des cas admis sur toute la durée de l'épidémie**. Il s'agissait de 18 hommes et 9 femmes (*sex ratio* H/F=2,0). L'âge médian de ces cas était de 55 ans [EIQ : 44-65] et 59% avaient moins de 60 ans. Parmi ces 27 patients, la majorité d'entre eux (88%) ont présenté une **forme pulmonaire du COVID-19 (N=24)**. Il s'agissait de 25 adultes et 2 enfants (une forme pulmonaire et une forme de PIMS).
- Parmi les 24 cas présentant une forme pulmonaire :
 - Il s'agissait principalement de patients atteints **d'obésité (33%)**, **d'hypertension (33%)**, de **diabète (26%)**, d'une **pathologie rénale (11%)** ou **pulmonaire (7%)**.
 - 9 patients ne présentaient pas de comorbidités, soit 37% des cas. Il s'agissait de femmes enceintes (N=2), de personnes en surpoids (N=4) ou âgées de plus de 50 ans (N=3).
 - Au moins 9 patients développèrent un syndrome de détresse respiratoire aigu dont 8 formes sévères (investigations en cours de consolidation pour 14 patients).

Surveillance de la mortalité

Depuis le début de l'épidémie, **62 décès de patients infectés par le SARS-Cov2 (sans notion d'imputabilité) ont été répertoriés** (60 cas confirmés et 2 cas probables avec symptomatologie et TDM évocatrices de l'infection). Il s'agissait de 47 décès au CHM (dont 29 en réanimation et 17 en médecine), 8 décès à domicile, 5 décès en milieu hospitalier à La Réunion suite à des évacuations sanitaires et 2 décès sur la voie publique.

L'âge médian des cas décédés était de 64 ans et 45,2% avaient plus de 70 ans (42,5% sur la période 1 et 45,4% sur la période 2). Le sex-ratio H/F des patients décédés était de 1,48 (1,35 sur la période 1 contre 1,75 sur la période 2) (Figure 9).

Figure 9 Nombre de décès (N=62) et de cas confirmés par semaine (N=9546)

Source : surveillance individuelle, Santé publique France cellule Mayotte au 03/02/2021

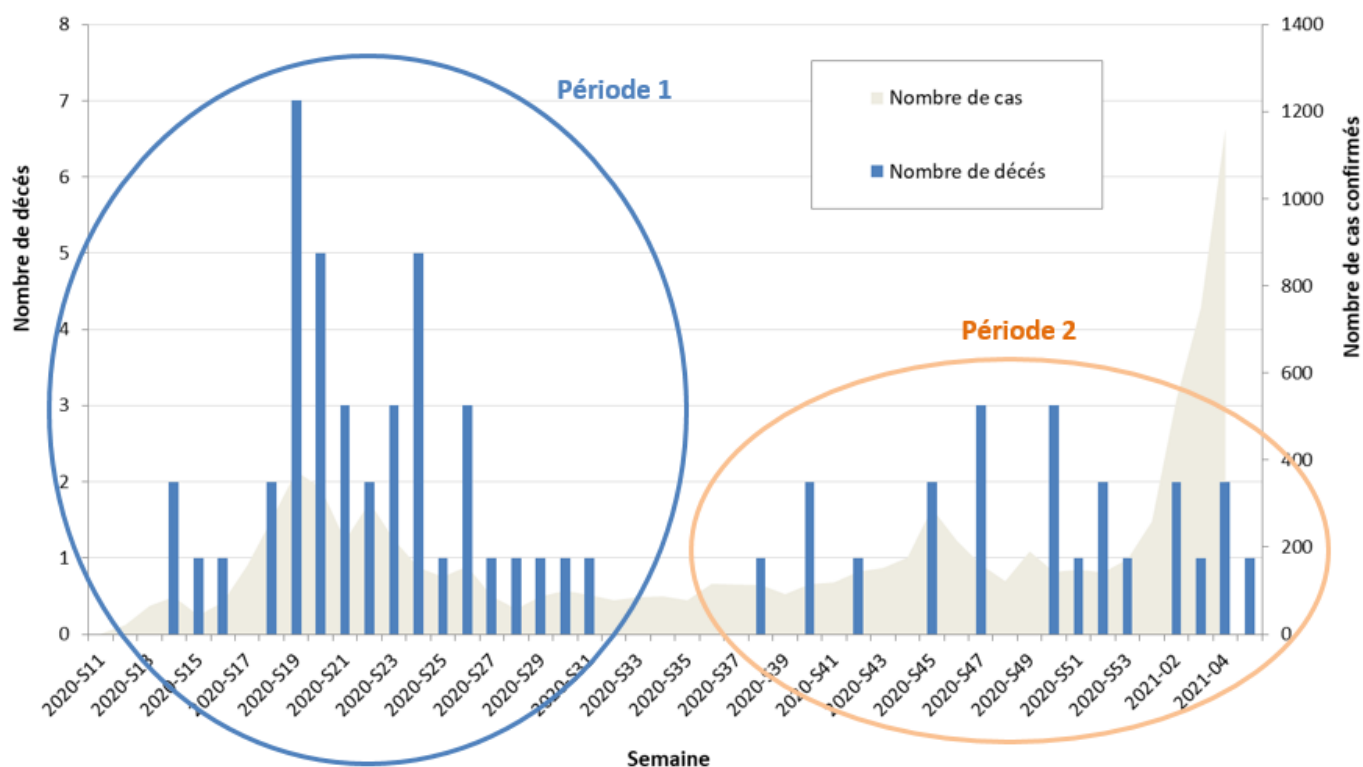
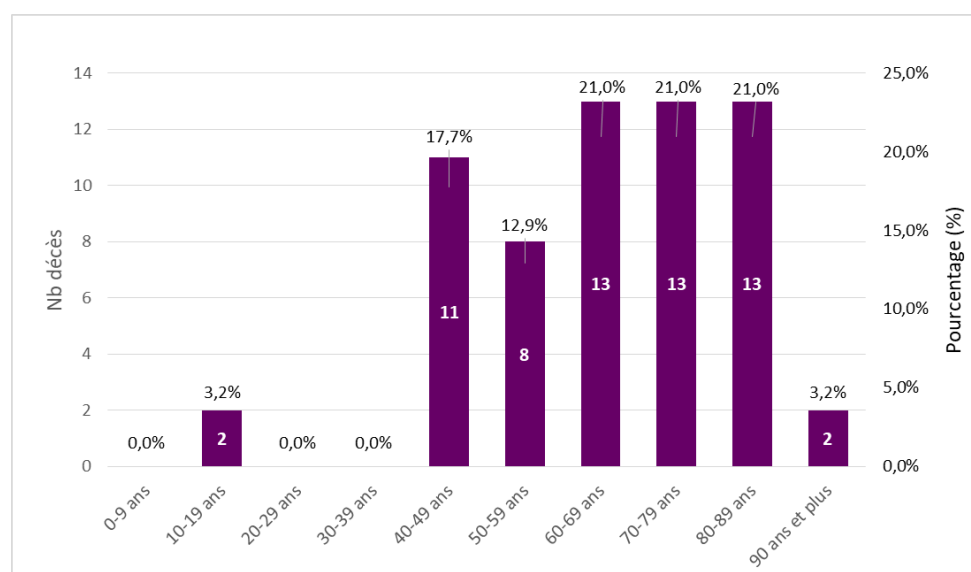


Figure 10. Répartition par classe d'âge des cas confirmés et cas probables de COVID-19 décédés à Mayotte, (N=62)

Source : surveillance individuelle, Santé publique France cellule Mayotte au 03/02/2021

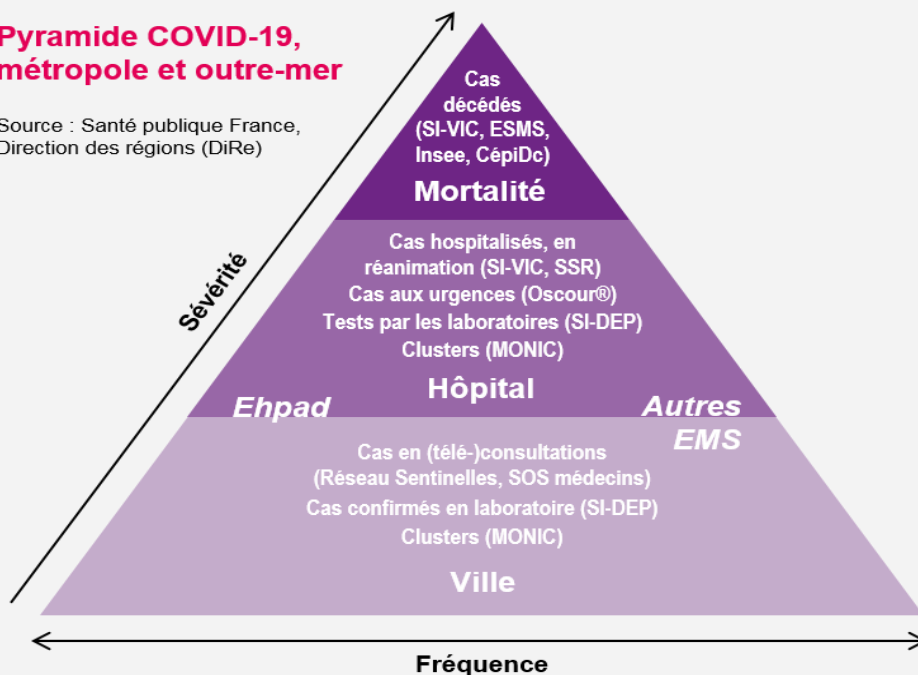


Mission de Santé publique France

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. A Mayotte, coordonner la surveillance, investir, analyser les données, apporter l'expertise à l'ARS pour l'aide à la décision.

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

Equipe de rédaction
Charlotte DELATOUR
Hadidja MINIHADJI
Fanny PARENTON
Ibtissame SOULAIMANA
Marion SUBIROS
Hassani YOUSSEF

Direction des régions (DiRe)

En collaboration à Santé publique France avec la Direction des maladies infectieuses (DMI), la Direction appui, traitements et analyse de données (Data)

Contact presse

presse@santepubliquefrance.fr

Diffusion Santé publique France

12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
www.santepubliquefrance.fr

Date de publication

4 février 2021

Numéro vert ARS Mayotte

0 801 90 24 15

(appel gratuit)

Sites associés :

- [SurSaUD®](#)
- [OSCOUR®](#)
- [SOS Médecins](#)
- [Réseau Sentinelles](#)
- [SI-VIC](#)
- [CépiDC](#)

QUE FAIRE DÈS LES PREMIERS SIGNES ?

Si vous avez de la fièvre, de la toux, mal à la gorge, le nez qui coule ou une perte du goût et de l'odorat :



Consultez rapidement votre médecin pour qu'il décide si vous devez être testé



En attendant les résultats, restez chez vous et évitez tout contact

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 mouchoir dans un mouchoir à usage unique puis le jeter



Éviter de se toucher le visage



Respecter une distance d'au moins un mètre avec les autres



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



Porter un masque quand la distance d'un mètre ne peut pas être respectée et dans tous les lieux où cela est obligatoire