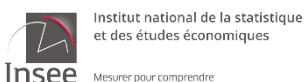


En collaboration avec :

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 50 (du 07 au 13 décembre 2020)

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

CIRCULATION VIRALE ACTIVE

Incidence ↘
28/100 000 habitants < seuil
d'alerte

Taux de positivité ↔
2,4% < seuil de vigilance

Taux de dépistage ↗
1 180/100 000 habitants

IMPACT SANITAIRE

18 passages aux urgences pour
suspicion de COVID-19 ↘

19 nouvelles hospitalisations ↔

2 nouvelles admissions en
réanimation ↘

1 décès à l'hôpital ↔

■ Analyse de la situation

- En semaine 50, le taux d'incidence comme le taux de positivité continuent de baisser légèrement, alors que le taux de dépistage augmente légèrement. Les indicateurs de surveillance hospitalière montrent un impact limité et en décroissance. Néanmoins, le virus circule toujours activement.
- Des clusters sont rapportés en milieu familial et sont identifiés, en milieu scolaire, professionnel ou lors des 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 France (S50),

- tendance à l'augmentation de la circulation du SARS-COV- 2, qui était déjà à un niveau élevé.
- accélération de la circulation du virus à l'approche d'augmentation des interactions sociales en période de fêtes de fin d'année dans un contexte d'allègement des mesures de confinement et d'arrêt des motifs impérieux pour les vols à destination de La Réunion.

A La Réunion (S50),

- **circulation** du virus Sars-Cov2 **toujours active**, à un niveau moins élevé qu'en France.
- **risque d'intensification de la circulation virale** dans un contexte de **fêtes de fin d'années** et via l'arrivée de **voyageurs potentiellement infectés** à La Réunion.

En vue de protéger les personnes 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** (cf. page 2) ;
- 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**, nécessité d'un **isolement immédiat** et **réalisation d'un test** dans les plus brefs délais.



<https://www.lareunion.ars.sante.fr/check-list-faites-la-fete-sans-covid-19>

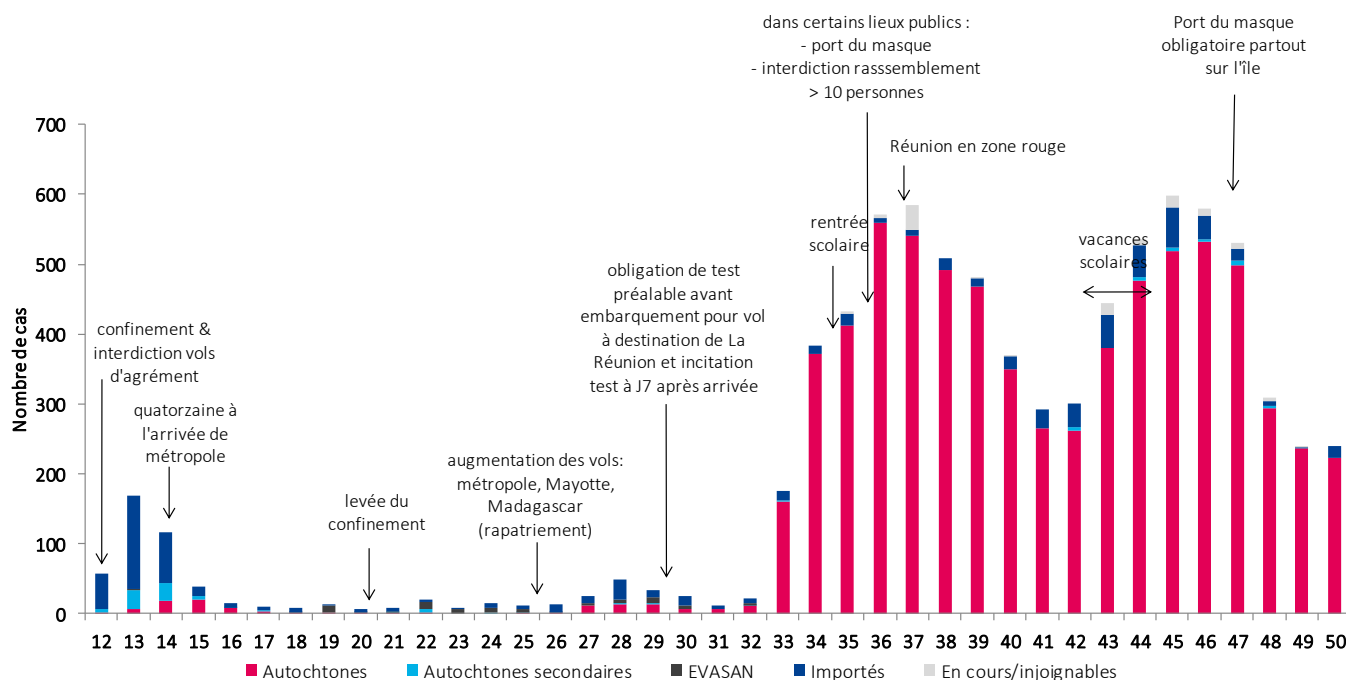
« Faites la fête sans Covid-19 ! »

Le nombre de cas est actuellement stable à La Réunion. Néanmoins, à l'approche des vacances et des fêtes de fin d'année, chacun doit renforcer sa vigilance pour éviter une intensification de la circulation virale sur l'île. Le respect des gestes barrière et des mesures de protection permet de limiter la transmission du virus, en particulier dans les circonstances les plus à risque que représentent les regroupements de personnes. C'est aussi une façon de protéger nos proches les plus fragiles. Adapter notre vie quotidienne pour respecter ces mesures de protection est possible, y compris en temps de fêtes !

La campagne « Faites la fête sans Covid-19 ! » vise à transmettre aux Réunionnais des conseils et astuces pour passer des moments conviviaux en petit comité, en famille ou entre amis, en respectant les gestes barrières et en protégeant leur entourage.

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

Figure 1. Evolution du nombre de cas confirmés, par type de cas et par semaine de prélèvement, S11 à S50/2020
(sources : ARS, Assurance maladie, 16/12/2020)



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 17 décembre 2020, plus de 8 590 cas confirmés ont été signalés.
- En S50, le nombre de nouveaux cas se stabilise autour de 250 cas. Il était stable et supérieur à 500 cas par semaine entre les S44 et S47 (Figure 1).
- Selon les résultats des investigations réalisées par l'Assurance Maladie, l'ARS et Santé publique France, en S50 :
 - 7% des cas ont été identifiés comme importés (n=17), contre 1% en S49 (sous-estimation probable du fait du dépistage non exhaustif de l'ensemble des voyageurs entre J2 et J4).
 - 12% des cas autochtones confirmés ont pu être liés à un cluster identifié (1% en S48 et 7% en S49) : cette augmentation peut être liée à la diminution du nombre de cas permettant un contrôle-tracing plus poussé.

Malgré la diminution importante du nombre hebdomadaire de nouveaux cas observée depuis la S48, la circulation du SARS-CoV-2 se stabilise et reste active. En parallèle, la part des cas importés commence à augmenter en S50, indiquant la nécessité d'anticiper un possible rebond épidémique en 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 continué à être identifiés en nombre limité.

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

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

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

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

- Trois **nouveaux clusters** ont été signalés en S50 et 4 clusters au cours de la S51 (données non consolidées – semaine en cours).
- Depuis juin 2020, **105 clusters** ont été signalés dont 85% sont à ce jour clôturés (n=89/105). Depuis septembre, les données concernant les clusters familiaux élargis ne sont plus rapportées ici.
- Parmi les **12 clusters actifs** (en cours d'investigation et maîtrisés), 5 sont classés en criticité limitée, 2 en criticité modérée et **5 en criticité élevée** (en lien avec un nombre de cas supérieur à 9). Ces clusters regroupent plus de 120 personnes contaminées, dont au moins 2 ont été hospitalisées.
- Les types de collectivités au sein desquels des clusters sont identifiés depuis mars sont variés. A ce jour, les types de collectivité concernés par les clusters actifs sont : les établissements de santé (1), les milieux scolaires et universitaires (3) et centres de formation (1), un établissement médico-social accueillant des personnes en situation de handicap (1), différents milieux professionnels (4) et des structures sportives (2).
- Sur l'île, **7 communes** sont concernées par ces clusters actifs : Saint-Pierre (6), Sainte-Suzanne, Saint-Benoît, Saint-Louis, l'Etang-Salé, Bras-Panon et Sainte-Marie 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.
- Les types de collectivités concernés par les clusters identifiés diversifiés et la répartition géographique diffuse des clusters sur l'île attestent d'une circulation de la COVID-19 à la Réunion.
- Le signalement dans les meilleurs délais de cas groupés de Covid-19, qu'ils soient suspectés ou avérés, à l'ARS (ars-reunion-signal@ars.sante.fr) permet de déclencher l'investigation épidémiologique autour des cas le plus rapidement possible afin de permettre de casser les chaînes de transmission.

Tableau 1. Statuts des clusters identifiés de S26 à S51 (source MONIC 16/12/2020)

	CRITICITE			Total S51 – non consolidé	Total S50	Total S49
	Limitée	Modérée	Elevée			
Statut du cluster (Effectif)						
En cours d'investigation	4	2	3	9	5	2
Maîtrisé	1	0	2	3	3	3
Diffusion communautaire	0	1	3	4	4	4
Clôturé	41	28	20	89	89	89
TOTAL	65	31	28	105	101	98

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. SPF 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 diminue plus légèrement entre S49 et S50 (-7%). En S50, le **taux d'incidence diminue légèrement à 28/100 000 habitants** (30/100 000 habitants en S49), et restait en-dessous du seuil d'alerte pour la 3^e semaine consécutive. Il était également en-dessous du seuil national qui se situait à 119/100 000 habitants et qui avait augmenté de +10% en S50) (Figure 2).

► Entre les S49 et S50, le **taux d'incidence (TI) diminuait pour toutes les classes d'âge sauf chez les 45-65 ans où il augmentait** (respectivement de 24/100 000 à 32/100 000 habitants) (Figure 3).

► En France, au niveau départemental, le taux d'incidence des cas confirmés était en S50, au-dessus du seuil d'alerte de 100/100 000 habitants dans 64 départements métropolitains (55 départements en S49) (Figure 4).

► A la Réunion, **4 communes** avaient un taux d'incidence supérieur à 50/100 000 habitants en S50 : **Saint-Louis** (65/100 000 habitants), **Saint-André** (62/100 000 habitants), **Saint-Benoit** (56/100 000 habitants) et **Le Port** (53/100 000), en diminution par rapport à la S49) (Figure 5).

► En S50, à La Réunion le **taux de positivité était en diminution à 2,4%** en S50 versus 2,7% en S49. Il était de 6,2% au niveau national pour cette même semaine (Figure 6).

► A La Réunion, le **taux de dépistage**, avait bien diminué entre S47 et S49, **augmente légèrement en S50 (1 180/100 000 habitants)** (Figure 7). En France, il était en augmentation de +14% en S50 à 1 699/100 000 habitants).

Figure 2. Evolution du taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), Réunion et France, S20 à S50/2020 (source SI-DEP, 16/12/2020)

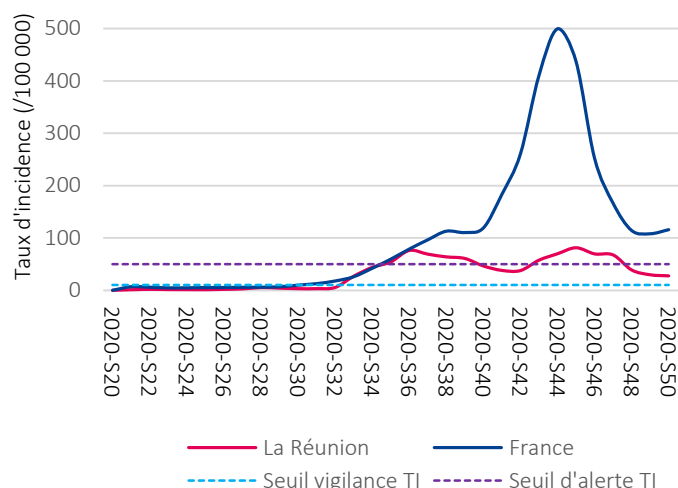
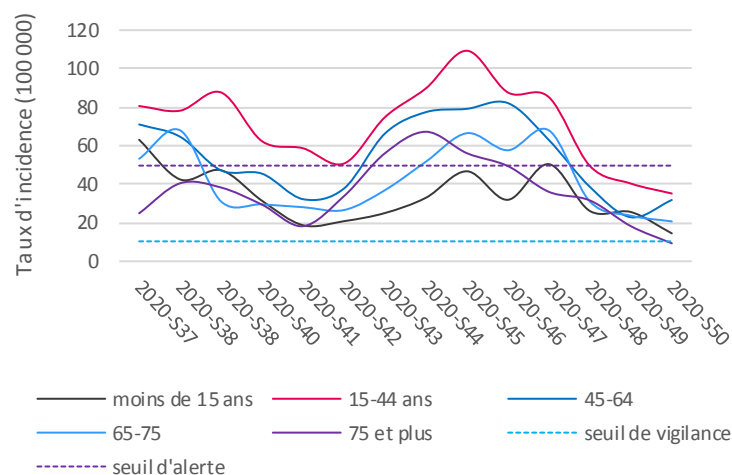


Figure 3. Evolution du taux d'incidence par classe d'âge de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), Réunion, S37 à S50/2020 (source SI-DEP, 16/12/2020)



Surveillance virologique

Figure 4. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100000 habitants) par département, France, du 07 au 13 décembre 2020 (source SI-DEP, 16/12/2020)

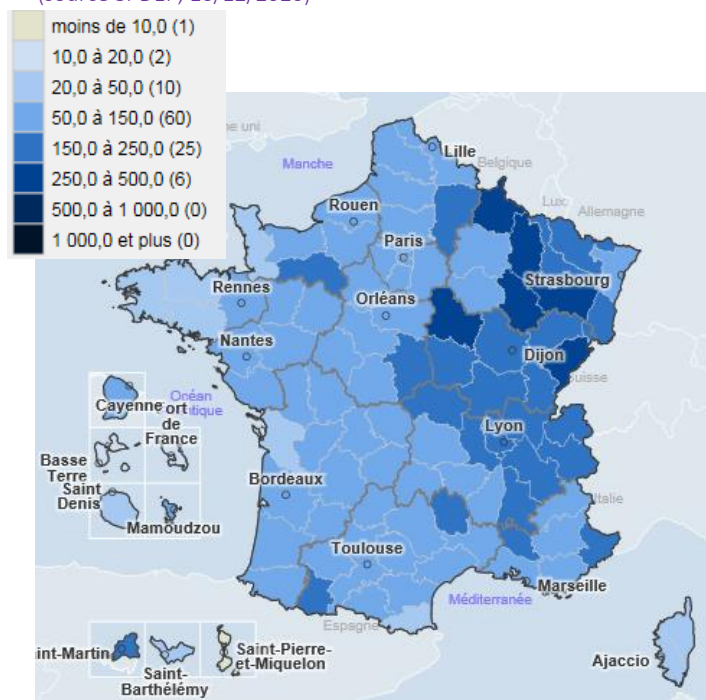


Figure 6. Evolution du taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2, Réunion et France, S20 à S50/2020 (source SI-DEP, 16/12/2020)

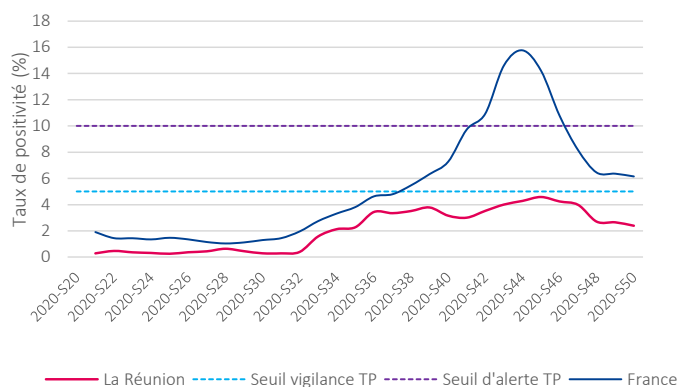


Figure 5 Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par commune, La Réunion, du 07 au 13 décembre 2020 (source SI-DEP, 16/12/2020)

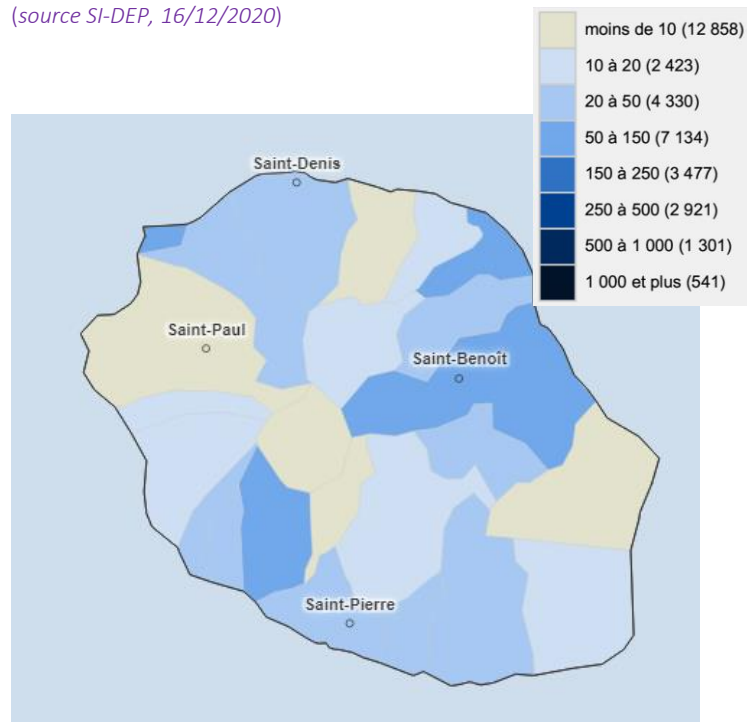
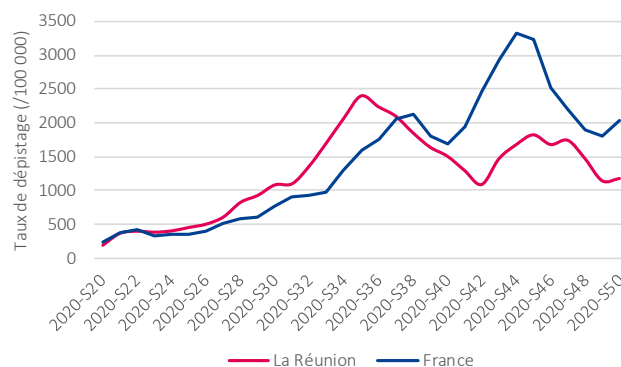


Figure 7. Evolution du taux de dépistage pour le SARS-COV- 2, Réunion et France, S20 à S50/2020 (source SI-DEP, 16/12/2020)



Nombre de reproduction effectif (R_{eff})

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

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

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

En S50, l'estimation du R_{eff} selon les données SI-DEP était significativement inférieure à 1 (0,85 (IC95% 0,75-0,96)).

L'estimation du R_{eff} selon les données des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) était également significativement inférieure à 1 (0,63 (IC95% 0,38-0,94)) en S50.

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

Contact tracing

Le contact-tracing (CT) a pour objectifs :

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

Nombre moyen de contacts par cas

Avec 3 cas, le nombre de personnes contacts par cas est stable depuis la S46 à la Réunion. Il restait supérieur à celui de la métropole (stable et < 2 cas depuis la S45). Cette différence s'explique vraisemblablement par le confinement tandis que la Réunion connaît une situation différente tant en termes de situation épidémiologique que des mesures de freinage.

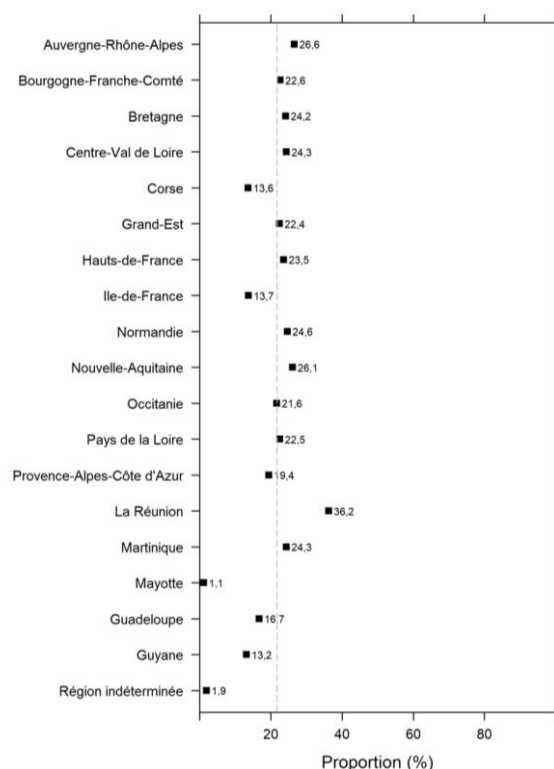
Proportion de cas précédemment connus comme personnes-contacts

Bien qu'en baisse cette semaine à la Réunion, la proportion de cas connus comme contacts (36,2% en S50) reste supérieure à la moyenne nationale (27,2%) où le CT n'est pas organisé de la même manière. (Figure 8). Par ailleurs, tant au niveau national qu'à la Réunion, entre 10 et 15% des contacts connus deviennent des cas (taux d'attaque secondaire).

Délai moyen DDS-DDP

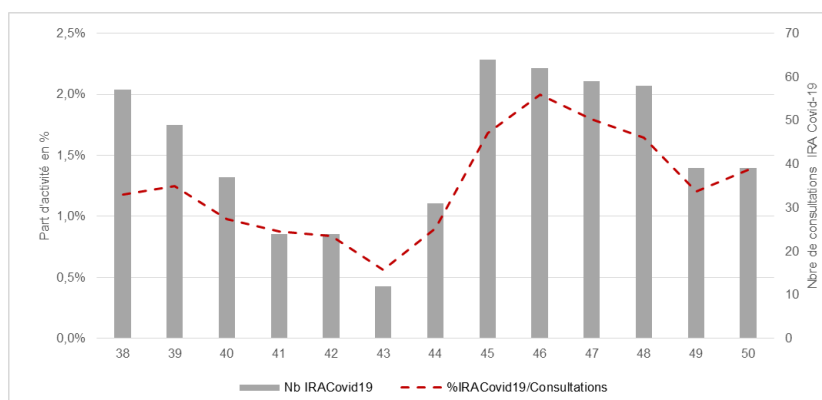
Le délai DDS-DDP est stable, autour de 3 jours, depuis la S41 à La Réunion. Au niveau national, ce dernier est en baisse progressive depuis la S46, il est maintenant de 2,2 jours.

Figure 8. Proportion de cas précédemment connus comme personne-contact en semaine 50 par région (source : ContactCovid – Cnam)



Note : Proportion calculée quand au moins 30 cas.

Figure 9. Nombre hebdomadaire de consultations pour suspicion de COVID19 et part d'activité (en %), La Réunion, S38 à S50/2020 (Source : Surveillance sentinelles® - 16/12/2020 – 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 S50, la part des consultations pour infection respiratoire aiguë (IRA) de type Covid-19 auprès du réseau des médecins sentinelles à la Réunion **augmentait légèrement**. La part d'activité était de **1,4%** (Figure 9).

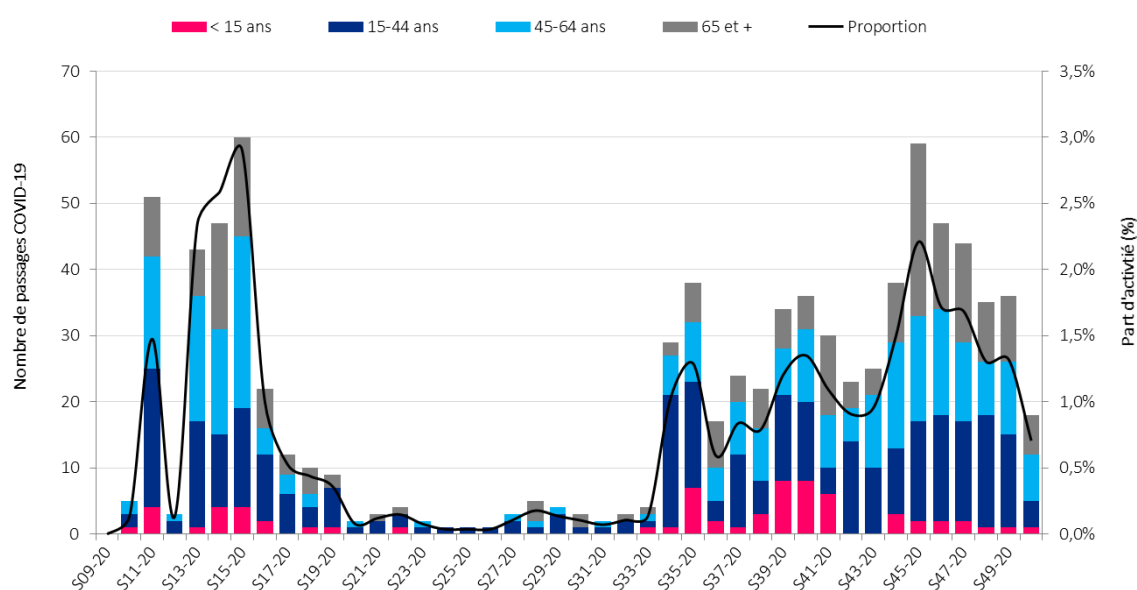
Passages aux urgences

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.

► En S50, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 avait diminué de moitié par rapport à la S49 (36 passages en S49 et 18 en S50). Cette diminution concernait entre S49 et S50 les classe d'âge suivantes: 15-44 ans (de 14 à 4 passages) ; 45-64 ans (de 11 à 7 passages) ; 65 ans et plus (de 10 à 6 passages). Pour les moins de 15 ans, l'activité était faible et stable avec 1 passage hebdomadaire depuis 3 semaine (Figure 10).

► La part d'activité pour suspicion de COVID-19 était en diminution depuis 3 semaines. Elle a été divisé par 1,9 entre S49 et S50, et se situait à un niveau faible (0,7% en S50) (Figure 11). Au niveau national, elle se situait en S50 à 2%.

Figure 10. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID19 par classes d'âges et part d'activité (en %), La Réunion, S09 à S50/2020 (Source : Oscour® - 16/12)

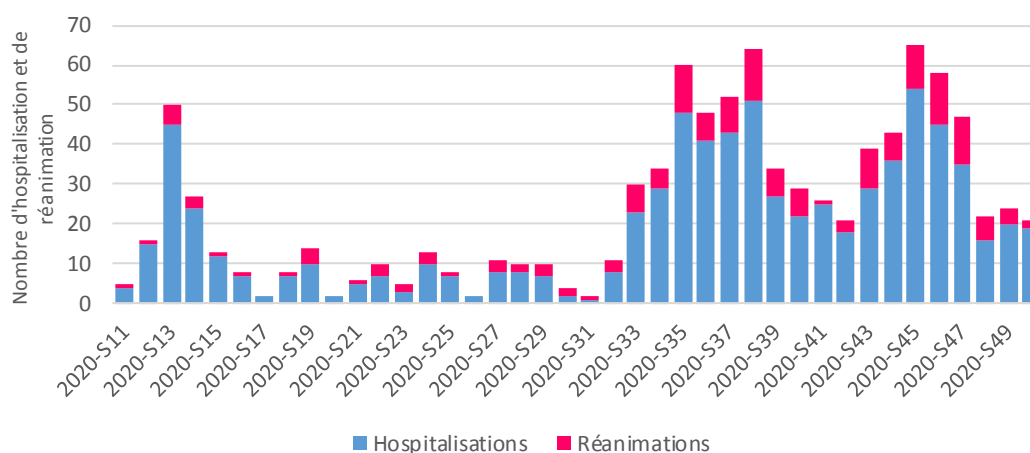


Hospitalisations et admission en réanimation (données SIVIC)

► Après une diminution importante des nouvelles hospitalisations entre la S45 (n=54) et la S48 (n=16), une stabilisation récente du nombre de cas a été constatée (20 cas en S49, 19 cas en S50) (Figure 11).

► Le nombre de nouvelles admissions en réanimation a diminué chaque semaine depuis la S46 (maximum de 13 cas). Il était de 4 cas en S49 et de 2 cas en S50 (Figure 11).

Figure 11. Nombre hebdomadaire d'hospitalisations et d'admissions en réanimation pour suspicion de COVID19 et La Réunion, S11 à S50/2020 (Source : SIVIC - 16/12)



Hospitalisations et admission en réanimation

Tableau 2. Caractéristiques des patients pris en charge en réanimation entre le 11/03 et le 15/12/2020 (Source : Surveillance SpF)

Cas admis en réanimation		Syndrome de détresse respiratoire aigue**	
Nb signalements	127	Pas de SDRA	35 (32%)
Répartition par sexe		Mineur	17 (15%)
Homme	81	Modéré	27 (24%)
Femme	46	Sévère	32 (29%)
Inconnu	0	Non renseigné	16
Ratio	1,8	Type de ventilation**	
Age		O2 (lunettes/masque)	13 (12%)
Moyen	62,7	VNI (Ventilation non invasive)	4 (4%)
Médian	64,2	Oxygénothérapie à haut débit	61 (57%)
Quartile 25	53,1	Ventilation invasive	24 (22%)
Quartile 75	74,4	Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	5 (5%)
Délai entre début des signes et admission en réanimation		Non renseigné	20
Moyen	8,4	Durée de séjour	
Médian	8,0	Durée moyenne de séjour	11,5
Quartile 25	5,0	Durée médiane de séjour	7,0
Quartile 75	11,0	Durée quartile 25	4,0
Région de résidence des patients		Durée quartile 75	14,0
Hors région	17 (13%)	**Niveau de sévérité maximal observé et modalité de prise en charge la plus invasive mise en place au cours du séjour en réanimation	
La Réunion	109 (87%)		
Non renseigné	1		
Classe d'âge			
0-14 ans	0 (0%)		
15-44 ans	18 (14%)		
45-64 ans	46 (37%)		
65-74 ans	33 (26%)		
75 ans et plus	29 (23%)		
Non renseigné	1		
Comorbidités			
Aucune comorbidité	12 (10%)		
Au moins une comorbidité parmi :	107 (90%)		
- Obésité (IMC>=30)	38 (49%)		
- Hypertension artérielle	62 (52%)		
- Diabète	47 (39%)		
- Pathologie cardiaque	29 (24%)		
- Pathologie pulmonaire	25 (21%)		
- Immunodépression	11 (9%)		
- Pathologie rénale	28 (24%)		
- Cancer**	-		
- Pathologie neuromusculaire	6 (5%)		
- Pathologie hépatique	0 (0%)		
Non renseigné	8		
Evolution			
Evolution renseignée	113 (89%)		
- Transfert hors réanimation ou retour à domicile	91 (81%)		
- Décès	22 (19%)		

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

► Au 17/12/2020, 13 personnes étaient toujours prises en charge dans un service de réanimation en lien avec la COVID-19.

► Depuis le début de l'épidémie, **127 personnes ont été admises dans un service de réanimation**. Les hommes étaient majoritaires avec un **sexe ratio H/F de 1,8**. Le **diabète, l'hypertension artérielle et l'obésité (IMC>=30)** demeuraient les comorbidités principales (Tableau 2). Pour 50% des personnes admises en réanimation, la durée de séjour était égale ou supérieure à 7 jours. L'oxygénothérapie haut débit était le mode de ventilation respiratoire privilégié pour le traitement d'un SDRA avec 57% de recours.

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](https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/choixSignalementPS)). Cette surveillance concerne les établissements disposant de places d'hébergement. Tous les Ehpad et les EMS sont invités à signaler le nombre de cas possibles et confirmés de COVID-19, dès le premier cas possible ou confirmé, parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel, via le portail de signalement:

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

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

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

- Après une augmentation du nombre de signalements réalisés par des établissements sociaux et médico-sociaux en novembre, seul 1 signalement a été réalisé en S50, concernant 1 cas possible dans un hébergement pour personnes handicapées.
- Un cluster dans un établissement médico-social accueillant des personnes en situation de handicap était encore actif en S50.

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 16 décembre 2020, **51 décès de patients hospitalisés** ont été signalés, dont 1 en S50.
- **Certificats de décès électroniques** : entre le 1^{er} mars et le 14 décembre 2020, **49 certificats de décès électroniques** comprenant la mention COVID-19 ont été établis soit 1 de plus qu'en S49. 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.
- **Certificats de décès papiers** : en S50, il n'a pas été signalé de certificat de décès papier portant une mention relative à l'infection à COVID-1.

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.