

En collaboration avec :
Agence régionale de santé (ARS)
Réunion, Assurance Maladie,
Médecins libéraux, SAMU Centre
15, SOS médecins, médecins
urgentistes, réanimateurs,
laboratoires de biologie médicale
hospitaliers et de ville, Sociétés
savantes d'infectiologie, de
réanimation et de médecine
d'urgence, laboratoire Processus
infectieux en milieu insulaire
tropical



Focus de la semaine : évolution et profil des décès avec mention COVID-19 (p.5)

Indicateurs clés – Semaine 10 (du 08 mars au 14 Mars 2021)

Stabilisation du nombre de cas mais une dégradation des indicateurs d'impact sanitaire

CIRCULATION VIRALE ACTIVE

Incidence ↘
101/100 000 habitants > seuil
d'alerte

Taux de positivité ↗
4,9 % < seuil de vigilance

Taux de dépistage ↘
2 083/100 000 habitants

IMPACT SANITAIRE

103 passages aux urgences pour
suspicion de COVID-19 ↗

87 hospitalisations ↗

30 admissions en réanimation ↗

11 nouveaux décès ↔

Analyse de la situation

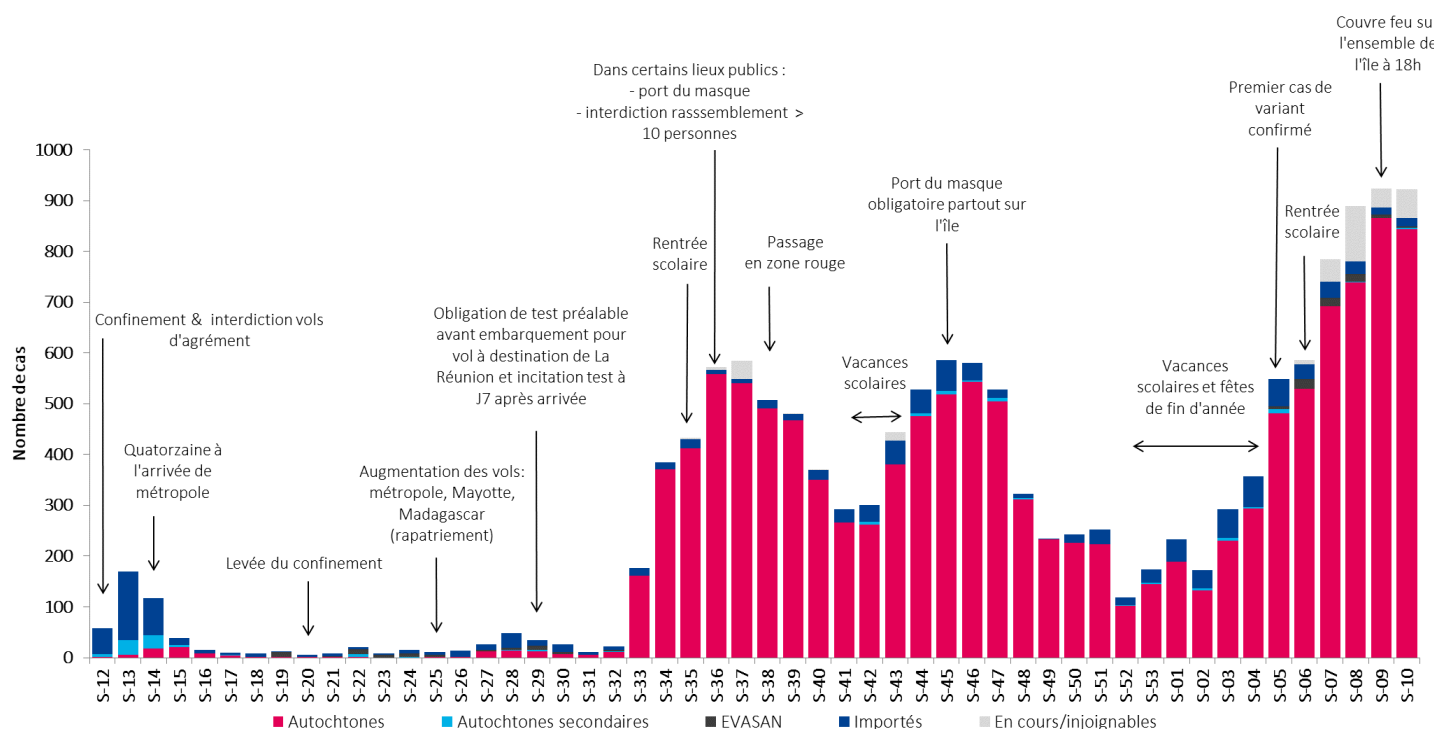
- A la Réunion, le taux d'incidence est en diminution, mais il s'accompagne d'une diminution du taux de dépistage et d'une augmentation du taux de positivité. Les nombres d'hospitalisations et d'admissions en réanimation augmentent avec une diminution préoccupante de la moyenne d'âge des patients. **La proportion de 42% de variant sud-africain parmi les échantillons criblés oriente vers une circulation prédominante de ce variant sur notre territoire.**
- Face à un niveau de circulation du virus qui reste élevé et au risque de tension sur le système de soins, dans un contexte de circulation concomitante de la dengue, **l'application rigoureuse de l'ensemble des mesures individuelles et collectives de prévention est plus que jamais indispensable.**
- **En parallèle, de nombreux clusters continuent d'être identifiés.** Les dernières vagues de l'étude coviprev, non déclinée dans les DROM (panel BVA non constitué) mettent en avant un **relâchement des mesures** au niveau national; c'est également ce qui est rapporté des investigations menées autour des clusters identifiés à la Réunion. En S10, les investigations mettent également en évidence un besoin de préciser les pratiques à adopter pour les personnes qui sont cas et/ou contacts. Ainsi il convient de rappeler que chaque personne contact d'un cas COVID-19 est incitée :
 - À réaliser un test diagnostic à J0 dans les plus brefs délais,
 - À s'isoler (au domicile, pas de travail en présentiel) pendant 7 jours,
 - Et à réaliser un nouveau test diagnostic à J7,

Avec la recrudescence des cas sur le territoire et l'arrêt des appels des contacts par l'assurance maladie (remplacés par les envois de sms), l'utilisation des outils numériques (#TousAntiCovid) est recommandée pour renforcer les mesures de suivi des contacts et d'isolement rapide.

- Au 17/03/2021 (données Vaccin-Covid), **27 772 personnes ont été vaccinées** à la Réunion avec au moins une dose, soit **une couverture vaccinale en population générale de 3,2%** dont 12 576 (soit **1,5%**) avec deux doses. A l'échelle nationale, la couverture vaccinale en population générale est de 7,9% pour une dose et de 3,4% pour deux doses.
- Afin de protéger les personnes les plus fragiles vis-à-vis de la COVID-19, réduire la circulation actuelle élevée du virus et une saturation du système hospitalier, il est préconisé :
 - de limiter ses contacts et de réaliser un test diagnostic à J0 dès l'apparition des premiers symptômes
 - en cas de confirmation d'une infection par la Covid-19, **avertir soi-même au plus tôt les personnes avec qui un contact a eu lieu après la dernière exposition à risque avec le cas COVID-19** (contact warning de seconde génération) ;
 - un **isolement de 10 jours** pour tous les cas confirmés et probables, qu'il s'agisse du virus sauvage ou des variants d'intérêt ;
 - **isolement** de 7 jours en cas de contact à risque hors du foyer et de 17 jours si le cas est dans le foyer (soit 7 jours en plus des 10 jours d'isolement du cas).

Surveillance individuelle

Figure 1. Evolution du nombre de cas confirmés de SARS-CoV-2, par type de cas et semaine de prélèvement, S12/2020 à S10/2021 (sources : ARS, Assurance maladie, 17/03/2021)



► Depuis l'apparition du premier cas le 11 mars 2020, **14 631 cas** confirmés ont été signalés (données ARS au 16/03/2021). Le nombre de nouveaux cas semble se stabiliser, avec **955 nouveaux cas** en S10 (Figure 1).

► Le nombre de nouveaux cas importés est égal à 17 en S10 (13 cas importés en S09 et 24 en S08) (Figure 1). La part des cas importés est stable à **2%** (précédemment 5% en S08 et S07, et 10% en S05). La diminution du nombre de cas importés est probablement en lien avec la réinstauration en S04 des motifs impérieux pour les voyages, obligatoirement contrôlés par la préfecture avant le voyage depuis la fin de la S08.

► La circulation du virus se maintient à un niveau élevé dans un contexte de diffusion de variants plus transmissibles, et il faut rester particulièrement vigilant en cette période de vacances (réentrée scolaire la semaine prochaine).

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

► Onze **clusters** ont été signalés en S10 (du 08 au 14/03/2021) et sept depuis le début de la S11.

► Depuis juin 2020, **188 clusters** ont été signalés dont 150 ont été clôturés soit 79% des clusters.

► Parmi les **31 clusters actifs** (en cours d'investigation ou maîtrisés), 13 sont à criticité limitée, 9 à criticité modérée et 9 à criticité élevée. Depuis leur ouverture et jusqu'à ce jour, les clusters actifs regroupent près de 220 personnes contaminées. Face au nombre important de nouveaux clusters signalés chaque semaine les clusters en milieux familiaux ne sont plus traités. Ils peuvent néanmoins représenter une part non négligeable des contaminations en cette période de vacances.

► A ce jour, les collectivités concernées par les clusters actifs sont : **les milieux professionnels (21)**, les **établissements de santé (3)**, un EPHAD (1), un établissement médico-social d'accueil de personnes handicapées (1), un établissement social d'hébergement et d'insertion (1) et des établissements scolaires (2).

Au sein de ces clusters liés à des collectivités, ont été identifiées des expositions à risque concernant des agents partageant un même bureau ou qui partagent le même véhicule. **Il est essentiel de sensibiliser à la distanciation sociale au sein du même environnement de travail et également à l'isolement dès l'apparition de symptômes.**

► Sur l'île, **10 communes** sont concernées par ces clusters actifs dont 7 communes par des clusters à criticité élevée : Saint-Paul (2 clusters), Saint-Pierre (3), Saint-Louis (1), Saint-Joseph (1), Sainte-Marie (1) et Etang-Salé (1).

Surveillance virologique

► Le taux d'incidence en S10 était de **101 cas pour 100 000 habitants** (comparé à 123/100 000 en S09). Il est en **diminution pour la première fois depuis 8 semaines, mais reste supérieur au seuil d'alerte**. En France métropolitaine, le taux d'incidence en S10 était de 252/100 000 habitants. A la Réunion l'activité de dépistage était en diminution avec un taux de dépistage de **2 083 tests pour 100 000 habitants**, comparé à 2 809/100 000 habitants en S09 (Figure 2). Le taux de dépistage en France métropolitaine était de 3 363/100 000 habitants en S10.

► En S10, une **diminution** du taux d'incidence a été observée pour les toutes les classes d'âges et principalement chez les 65-75 ans (-32%) ainsi que chez les moins de 15 ans (-26%), mais en tenant compte des petits effectifs de ces classes d'âge. La diminution du taux d'incidence est moins marquée chez les 75 ans et plus (-2,5%).

Le taux d'incidence restait supérieur à 100/100 000 habitants pour les **15-45 ans** (137/100 000) et les **45-65 ans** (109/100 000). Il était compris entre 50 et 100/100 000 habitants pour les moins de 15 ans (50/100 000), les 65-75 ans (56/100 000) et les 75 ans et plus (87/100 000) (Figure 4).

► En S10, le taux de positivité augmentait à 4,9%, juste en dessous du seuil de vigilance de 5%. Au niveau national, il était à 7,5% (Figure 2).

► A la Réunion en S10, neuf communes avaient un taux d'incidence supérieur à 100/100 000 habitants avec plus de 10 cas. Une seule d'entre elles avait un taux d'incidence supérieur à 150/100 000 habitants, il s'agit du Port (233/100 000) mais la commune de Saint-Leu présente un TI de 148/100 000 habitants (Figure 3).

Figure 2. Evolution des taux d'incidence, de dépistage et de positivité de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), Réunion et France, S32/2020 à S10/2021 (source SI-DEP, 18/03/2021)

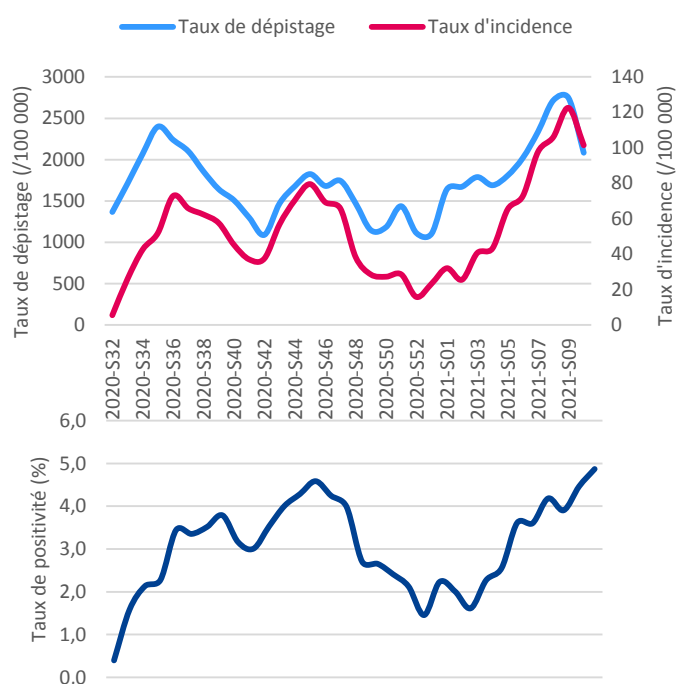


Figure 3 Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par commune, La Réunion, du 08/03 au 14/03/2021 (source SI-DEP, 18/03/2021)

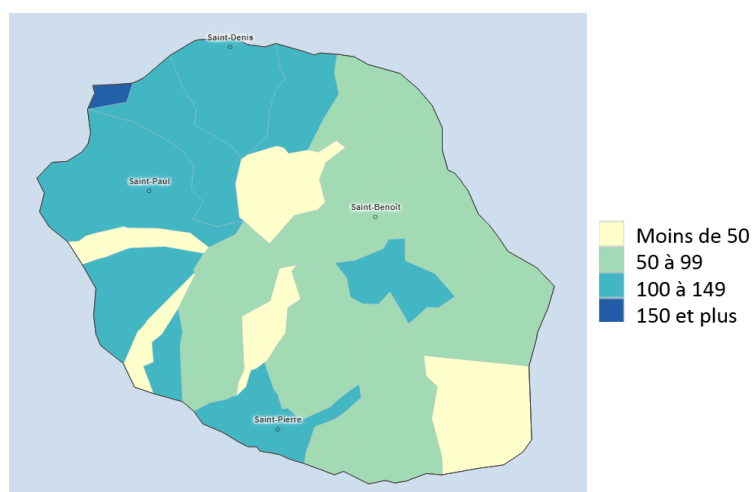
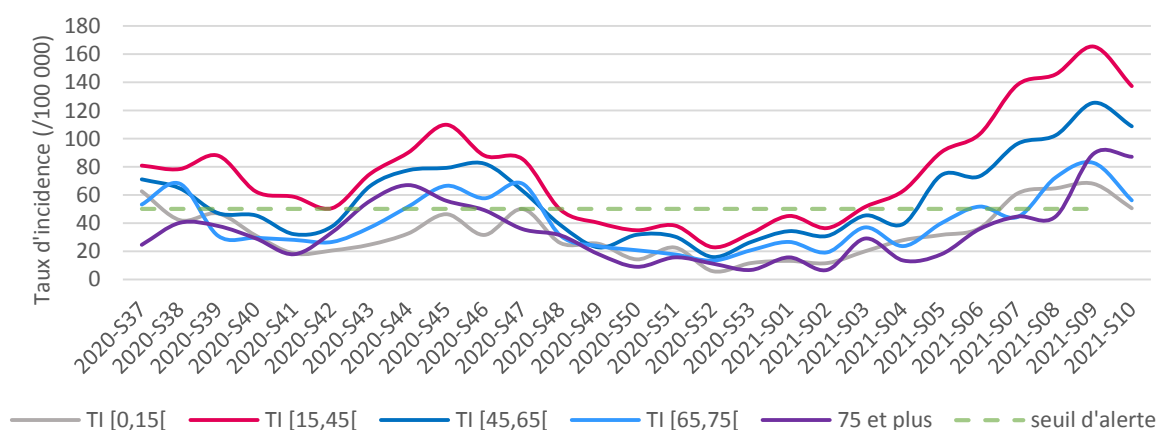


Figure 4. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par classes d'âges, La Réunion, de la S37/2020 à la S10/2021 (source SI-DEP, 17/03/2021)



► Nombre de reproduction effectif (R_{eff})

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

En S10, l'estimation du R_{eff} selon les données de laboratoires (SI-DEP) était de 0,92 (0,86-0,98), soit inférieure à 1. L'estimation du R_{eff} selon les données de passages aux urgences (OSCOUR) était de 1,37 (1,13-1,64), soit significativement supérieure à 1.

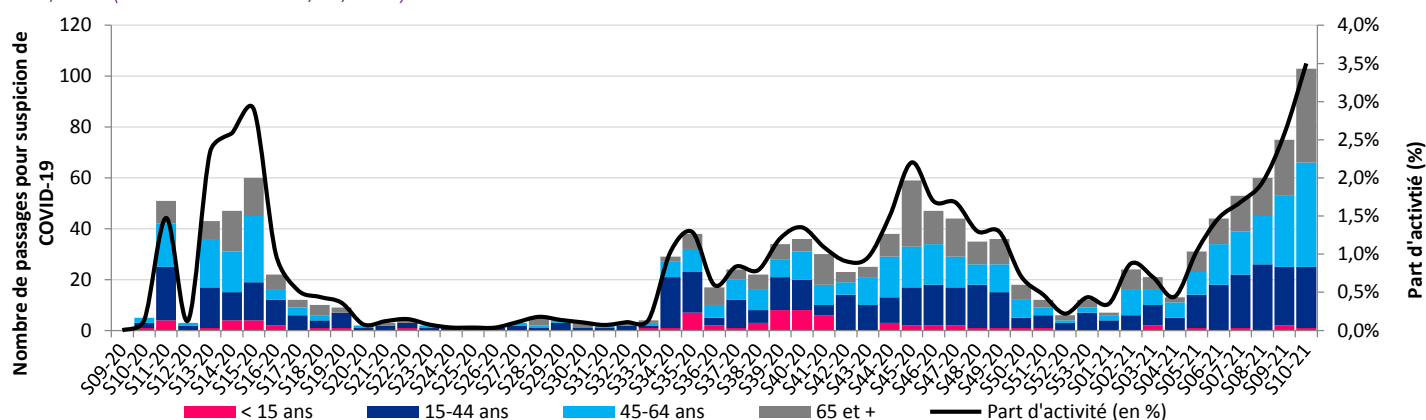
Les estimations SI-DEP et OSCOUR prennent en compte les données jusqu'au samedi 13 mars.

Surveillance à l'hôpital

Passages aux urgences

► Pour la 6^{ème} semaine consécutive, les passages aux urgences augmentaient (de 73 passages en S09 à 103 en S10 soit +41%) comme la part d'activité des services d'urgence (de 2,5% en S09 à 3,5% en S10) pour suspicion de COVID-19 (Figure 5). Cette augmentation concerne plus particulièrement les classes d'âge 45-64 ans (+46%) et les 65 ans et plus (+68%).

Figure 5. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 par classes d'âges et part d'activité (en %), La Réunion, S09/2020 à S10/2021 (Source Oscour® - 18/03/2021)



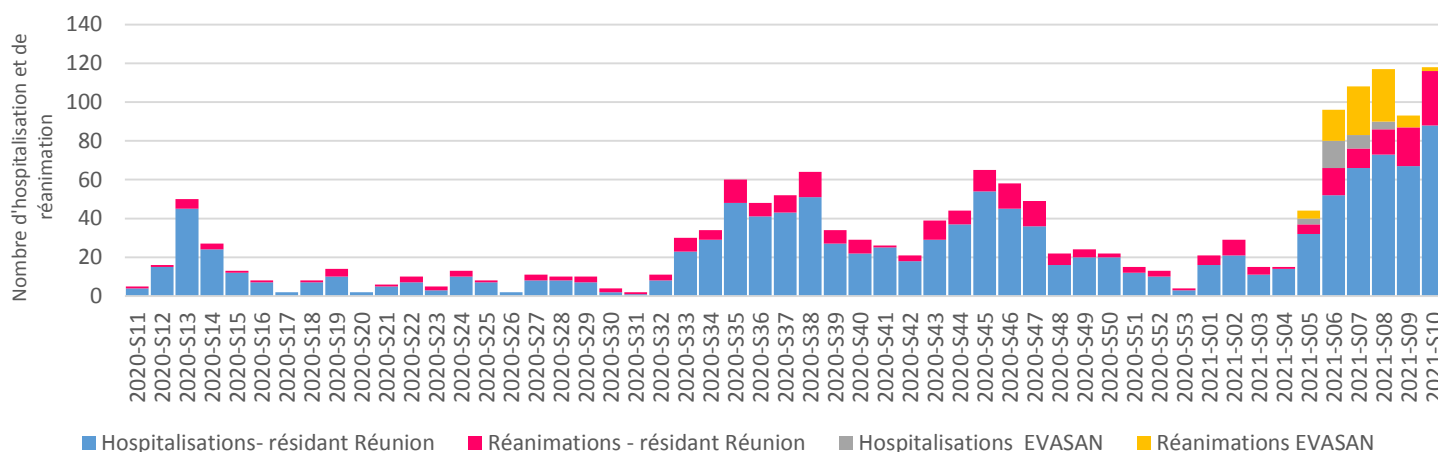
Hospitalisations et admission en réanimation (données SIVIC)

► Le nombre de nouvelles hospitalisations a augmenté en S10 avec 87 hospitalisations comparé à 67 hospitalisations en S09 soit une augmentation de 30% (Figure 6).

► Le nombre de nouvelles admissions en réanimation a également augmenté (+20%) avec 30 nouvelles admissions en réanimation (dont 6 EVASAN) en S10 vs 26 en S09 (Figure 6).

► L'impact sanitaire de la COVID-19 en termes d'indicateurs de gravité repart à la hausse, malgré une réduction du nombre d'EVASAN, avec la majorité des nouveaux cas en réanimation en S10/2021 qui a concerné des personnes résidant à la Réunion.

Figure 6. Nombre hebdomadaire d'hospitalisations et d'admissions en réanimation pour suspicion de COVID-19 à La Réunion, S11/2020 à S10/2021 (Source : SIVIC - 18/03/2021)



Surveillance en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

► En S10, des cas de COVID-19 ont été signalés au sein d'un IME avec un total de 7 cas au 17/03/2021, il s'agit donc d'un cluster. De plus, des cas ont été détectés au sein d'un EHPAD, et cet autre cluster comptait au 17/03/2021 un total de 6 cas (4 résidents et 2 membres du personnel). Un cluster a également été signalé au sein d'un ESAT qui comptabilisait, au 17/03/2021, un total de 5 cas.

Surveillance de la mortalité

Mortalité non spécifique

► Aucun excès significatif de mortalité, toutes causes et tous âges confondus, n'a été observé en semaine S10 (*source Insee*).

Mortalité spécifique, en lien avec la COVID-19

► SI-VIC : entre le 1er mars 2020 et le 17 mars 2021, 91 décès de patients hospitalisés ont été signalés. En S10, 11 décès ont été recensés comparé à 12 décès en S09 et 7 en S08.

► **Certificats de décès électroniques** : entre le 01/03/2020 et le 16/03/2021, 89 certificats de décès électroniques comprenant la mention COVID-19 ont été établis. Le sex-ratio (H/F) était de 1,4. Toutes les personnes décédées étaient âgées de plus de 15 ans et 59% avaient plus de 65 ans. Parmi les 89 certificats de décès, 55% présentaient au moins une comorbidité, 35% des personnes décédées avait au minimum une pathologie rénale, 39% de l'hypertension artérielle et 37% un diabète.

► **Certificats de décès papiers** : Aucun certificat de décès papier portant une mention relative à l'infection à la COVID-19 n'a été signalé en S10 au 18/03/2021.

Vaccination COVID-19

► Au 17/03/2021 (données Vaccin-Covid), 27 772 personnes ont été vaccinées à la Réunion avec au moins une dose, soit **une couverture vaccinale en population générale de 3,2% dont 1,5% avec deux doses**. A l'échelle nationale, la couverture vaccinale en population générale est de 7,9% pour une dose et de 3,4% pour deux doses.

► **Pour la population des 75 ans et plus, 10 372 personnes ont été vaccinées avec au moins une injection représentant une couverture vaccinale de 23,2% dont 13,2% avec un schéma vaccinal complet.**

► Au 17/03/2021, **la couverture vaccinale des résidents en Ehpad était de 71,5% avec au moins une première dose et de 61,7% avec un schéma vaccinal complet.**

Variants

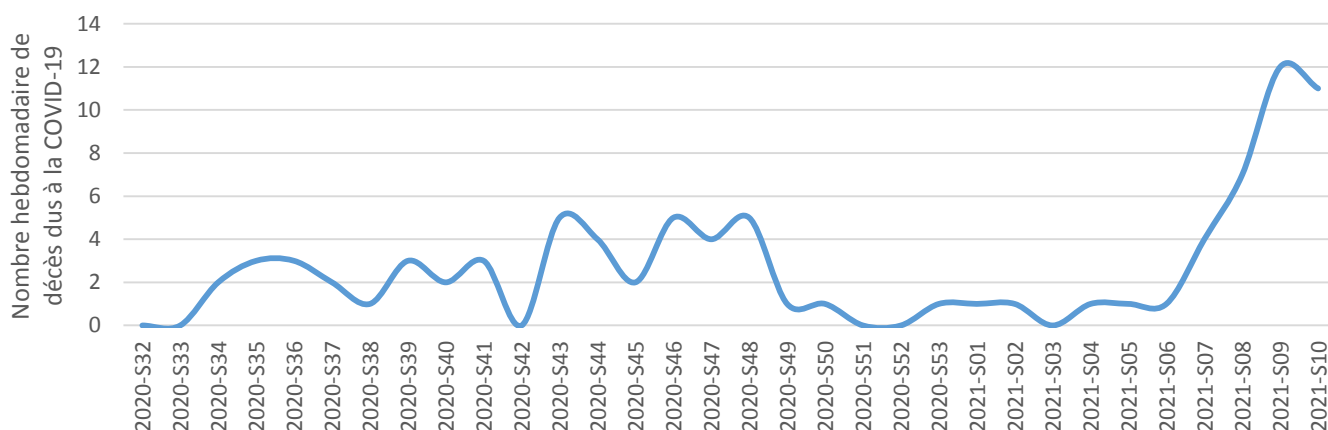
► Du 08 au 14/03/2021, **489 échantillons (soit près de 50% des échantillons des cas positifs)** ont été renseignés dans SIDEP comme ayant été criblés. Parmi ces données renseignées on comptait **255 suspicions de variants** : 205 suspicions du variant sud-africain 20H/501Y.V2 ou du variant brésilien 20J/501Y.V3 et 50 suspicions du variant britannique 20I/501Y.V1 (*données SpF*). **La proportion de 42% de variant sud-africain parmi l'ensemble des échantillons criblés oriente vers une circulation prédominante de ce variant sur notre territoire, comparé à 10% pour le variant britannique.**

FOCUS de la semaine : évolution et profil des décès avec mention COVID-19

Evolution temporelle du nombre de décès

- Du 1^{er} mars 2020 au 17 mars 2021, 91 patients infectés par le SARS-CoV-2 et hospitalisés à La Réunion sont décédés selon les **données SIVIC**.
- Une **augmentation du nombre de décès par semaine d'admission à l'hôpital** est observée depuis la S07-2021 (15 au 21 février 2021) (Figure 7). La proportion de décès parmi les patients hospitalisés a également augmenté et atteint 18% en S09-2021.
- Cette augmentation pourrait être expliquée par plusieurs facteurs : une augmentation du nombre de nouvelles hospitalisations et admissions en réanimation (Figure 6), en lien avec l'accélération de la circulation du virus jusqu'en S09-2021 (Figure 2) ou encore une modification du profil (âge, comorbidités, sévérité de la maladie, critères d'admission) des patients hospitalisés.

Figure 7. Nombre hebdomadaire de décès avec mention COVID-19 à La Réunion, S32/2020 à S10/2021 (Source : SIVIC – 17/03/2021)



Profil des personnes décédées

- La majorité (79%) des personnes hospitalisées décédées avaient **entre 60 et 89 ans**; **cette proportion n'a pas évolué depuis la S07-2021** ; 23% avaient plus de 80 ans (Tableau 1) (source : SIVIC).
- Depuis mars 2020, 89 certificats de décès électroniques portaient la mention COVID19. Ces certificats concernaient pour plus de la moitié des hommes (58%) avec un **sexe ratio H:F de 1,4**. Toutes les personnes décédées avaient plus de 15 ans ; 66% des personnes avaient plus de 65 ans. Parmi ces personnes décédées, **55% (n=49) présentaient au moins une comorbidité** dont les plus fréquentes étaient une hypertension artérielle (39%) et un diabète (37%) (Tableau 2). La proportion des personnes décédées présentant au moins une comorbidité par classe d'âge était de 50% pour les 15-44 ans, 68% pour les 45-64 ans, 43% pour les 65-74 ans et 55% pour les 75 ans ou plus.

Tableau 1. Nombre de décès avec mention COVID-19 et proportion par classé d'âges (source : SIVIC - 17/03/2021)

Classes d'âges	Nombre de décès	Proportion (%)
10-19	1	1%
20-29	1	1%
30-39	1	1%
40-49	3	3%
50-59	13	14%
60-69	22	24%
70-79	29	32%
80-89	20	22%
90+	1	1%
Total	91	100%

Tableau 2. Proportion de décès avec mention COVID-19 par catégorie de comorbidité (source : certificats électroniques - 17/03/2021)

Catégories de comorbidités	Proportion des décès (%)
Obésité	20%
Diabète	37%
Pathologie respiratoire	16%
Pathologie cardiaque	24%
Hypertension artérielle	39%
Pathologie neurologiques*	10%
Pathologie rénale	35%
Immunodéficience	8%

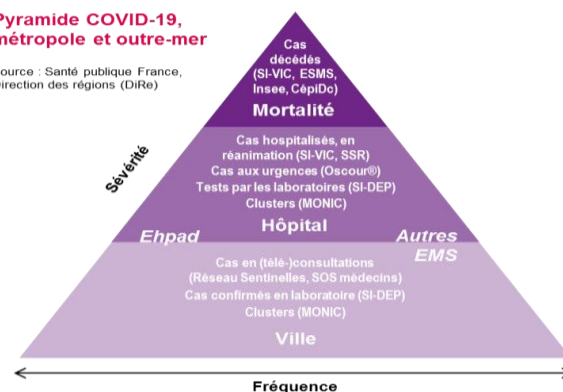
* ce groupe inclut les pathologies neuro-vasculaires et neuro-musculaires

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.

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/sos intensifs

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

Actuellement, l'adoption des gestes barrières (distanciation physique, lavage des mains, port du masque...) est la seule façon d'éviter de contracter la Covid-19. Retrouvez l'ensemble des outils de prévention (Affiches, spots radio, spots vidéo...) régulièrement mis à jour et destinés tant aux professionnels de santé qu'au grand public sur le site [Santé publique France](https://www.santepubliquefrance.fr)



Vaccins Covid – Se faire vacciner

Janvier 2021

Comment se passe la vaccination ?

Où se faire vacciner ?

Vous pouvez vous faire vacciner dans un centre de vaccination ou par une équipe mobile.

Pour vous inscrire dans le centre de vaccination près de chez vous :

- par téléphone : 0800 009 110 (appel gratuit)
- sur Internet : www.sante.fr
- vous pouvez vous renseigner auprès du médecin, pharmacien, de la mairie.

En pratique

Le vaccin est gratuit pour tous.

Gardez le document avec le nom du vaccin (pour avoir 2 injections du même vaccin).

Prenez votre carte Vitale. Si vous n'en avez pas, vous pourrez quand même être vacciné.

Avant le vaccin

Au moment du rendez-vous pour le vaccin, le professionnel va vérifier que le vaccin est bien recommandé pour vous.

Il répondra à vos questions et vous demandera si vous êtes d'accord pour vous faire vacciner : vous êtes libre d'accepter ou de refuser.

Le vaccin

Pour être protégé, il faut 2 injections à quelques semaines de distance.

Après le vaccin

Il y a très peu d'effets liés au vaccin. Pendant 1 ou 2 jours, on peut ressentir : douleur dans le bras, à la tête, ou de la fièvre.

Des questions ? Demandez à un professionnel de santé, un travailleur social, votre mairie

OU SUR [VACCINATION INFO SERVICE.FR](https://www.vaccination-info-service.fr)

Pour se faire vacciner : 0 800 009 110 (appel gratuit)

OU SUR [Santé.fr](https://www.sante.fr)

Annexe. Méthodologie des dispositifs de surveillance COVID-19

► SI-DEP

Depuis le 11 mai 2020, le contact-tracing autour des cas confirmés signalés dans SI-DEP (système d'information de dépistage) est assuré par la plateforme régionale réunissant les compétences de l'Assurance maladie et de l'Agence régionale de santé avec l'appui de la cellule régionale de Santé publique France. Données ARS-AM

► Clusters

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

Depuis le mois de septembre, les données concernant les **clusters familiaux** élargis n'étaient plus rapportées dans cette synthèse mais, dans le contexte actuel de détection et de diffusion de variants, ces derniers seront investigués et signalés dans la mesure où ils auront pu être identifiés. Le signalement dans les meilleurs délais de cas groupés de COVID-19, qu'ils soient suspectés ou avérés, à l'ARS (ars-reunion-signal@ars.sante.fr) permet de rapidement déclencher l'investigation épidémiologique autour des cas pour casser les chaînes de transmission.

► Surveillance virologique

Depuis le 13 mai 2020, la surveillance virologique s'appuie sur SI-DEP (système d'information de dépistage), qui permet un suivi exhaustif de l'ensemble des personnes testées dans les laboratoires de ville et hospitaliers. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR. L'intégration des tests antigéniques renseignés dans l'outil SI-DEP dans le calcul des différents indicateurs sera disponible à partir de la semaine prochaine.

Des différences peu importantes, et qui ne modifient pas significativement les différents taux, existent si les extractions de la base SI-DEP sont effectuées en considérant les sites de prélèvements (finess laboratoire) au lieu des codes postaux de résidence des personnes prélevées.

► Passages aux urgences

A la Réunion, le réseau OSCOUR® repose sur l'ensemble des structures d'urgences qui transmettent quotidiennement leur données d'activité à Santé publique France. Depuis le 24 février 2020, un indicateur de suivi des suspicions de COVID-19 vues aux urgences a été mis en place. Les données issues de cette surveillance sont sous-estimées : les patients suspects de Covid se rendant aux urgences sont redirigés vers le dispositif de drive du CHU et ne sont donc pas comptabilisés dans les RPU.

► R effectif

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

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

► ESMS

Depuis le 23 mars, les ESMS peuvent signaler les cas de COVID-19 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/psiq_ihm_utilisateurs/index.html#/choixSignalementPS. Cette surveillance vise à détecter la survenue de cas possibles afin de mettre en place rapidement des mesures de gestion ; assurer le suivi du nombre de cas et de décès liés à la COVID-19 en temps réel ; aider à la gestion des épisodes.

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