

En collaboration avec :

Agence régionale de santé (ARS) Martinique, Médecins libéraux, SAMU Centre 15, SOS médecins, médecins urgentistes, réanimateurs, infectiologues, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et de médecine d'urgence



Institut national de la santé et de la recherche médicale

Institut national de la statistique et des études économiques
Mesurer pour comprendre



INSTITUT PASTEUR

CNR Virus des infections respiratoires



Résumé : une circulation virale faible et stable

Qu'est-ce qui est déjà connu de la situation en Martinique ?

Depuis ces dernières semaines, la baisse progressive des indicateurs de surveillance épidémiologique, témoigne d'une très faible dynamique de l'épidémie.

Qu'est-ce qui est nouveau dans ce Point pour la région ?

La surveillance virologique s'appuie sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), opérationnel depuis le 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce nouveau système de surveillance vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR réalisés. Depuis la levée du confinement, l'ARS en lien avec la Cellule régionale de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters (ou foyers de transmission, épisodes de cas groupés). Le contact-tracing et le dépistage des personnes contact permettent de les contrôler. A ce jour, aucun cluster n'a été notifié dans notre département.

Quelles sont les implications de santé publique dans la région ?

La nouvelle organisation pour le contrôle de l'épidémie mise en place depuis le déconfinement associe plusieurs partenaires dont les médecins généralistes, l'Assurance maladie, l'ARS Martinique, Santé publique France Antilles, les laboratoires de ville et le CHUM. L'enjeu est de limiter au maximum la survenue de nouvelles chaînes de transmission. Les mesures barrières, de distanciation physique et de contact-tracing doivent être maintenues à leur maximum.

Indicateurs-clés

Surveillance virologique - dispositif SIDEPE en S21*

- Taux de positivité de 1% (3 patients positifs sur 293 prélèvements analysés)
- Taux d'incidence de 0,8 / 100 000 habitants (nombres de nouveaux cas rapportés à la population pour 100 000 habitants)

Clusters : aucun cluster mis en évidence depuis le déconfinement

Surveillance en ville en S21*

- SOS Médecins : 144 actes pour suspicion COVID-19 pour 10 000 actes, en augmentation par rapport à S20 (51 en S20* pour 10 000)
- Réseau Sentinelles : 1 (télé)-consultations pour IRA pour 10 000 habitants, en diminution par rapport à S20* (3 pour 10 000 habitants)

Surveillance dans les EMS dont les EHPAD

- 13 cas possibles, non confirmés, notifiés dans 4 EHPAD dont 11 chez les résidents et 2 chez le personnel

Surveillance à l'hôpital

- Passages aux urgences adultes: 6 passages pour suspicion de Covid-19 (28 en S20*), soit 0,6% de l'activité totale des urgences
- Services de réanimation/soins intensifs : 38 cas confirmés ou probables signalés dont 31 sont sortis et 7 sont décédés

Surveillance de la mortalité

- 14 décès rapportés chez des patients confirmés ou probables
- Pas d'excès de mortalité toutes causes et tous âges détecté jusqu'en semaine S20*

*S/S-1 : pour semaine S21 (du 18/05 au 24/05/2020) et semaine S20 (du 11/05 au 17/05/2020)

Surveillance virologique

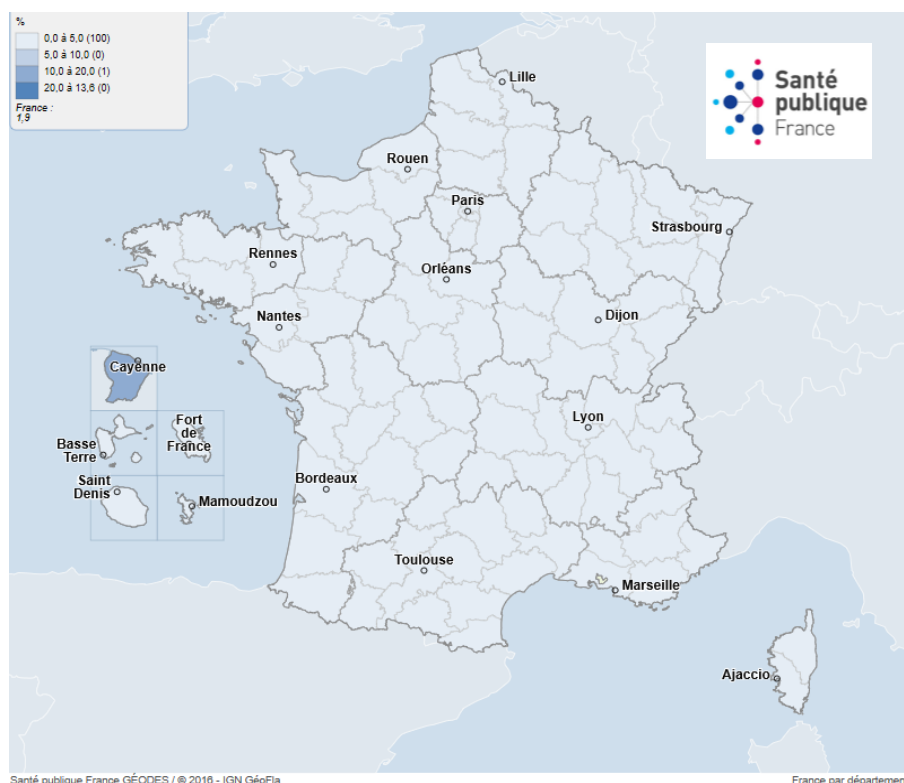
Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Des données sont consolidées dans le temps. Ces indicateurs permettent, associés aux autres indicateurs, de suivre la dynamique de l'épidémie.

Jusqu'à ces dernières semaines, la surveillance virologique s'appuyait sur les données transmises à Santé publique France par le réseau 3 labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie), par les laboratoires hospitaliers et par les laboratoires de ville. Désormais, elle s'appuie sur le système **SI-DEP (système d'information de dépistage)**, opérationnel depuis le 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce nouveau système de surveillance vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR réalisés. Prochainement, les données des sérologies seront également transmises.

Au 27 mai 2020 11h, au niveau national, la quasi-totalité des laboratoires (4 700 sites de prélèvements) a transmis des données. Des contrôles sont effectués afin d'améliorer la qualité et la complétude de ces données et de nouveaux laboratoires continuent à être intégrés dans le système. Au cours de la semaine 21 (18 au 24 mai 2020), 216 891 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et pour 4 119 patients, les tests se sont avérés positifs. **Le taux de positivité national hebdomadaire était de 1,9 %** (calculé sur les tests valides). Ce taux est comparable aux taux de positivité des semaines 19 et 20 (3 % et 2 %) issus des données du réseau 3 labo.

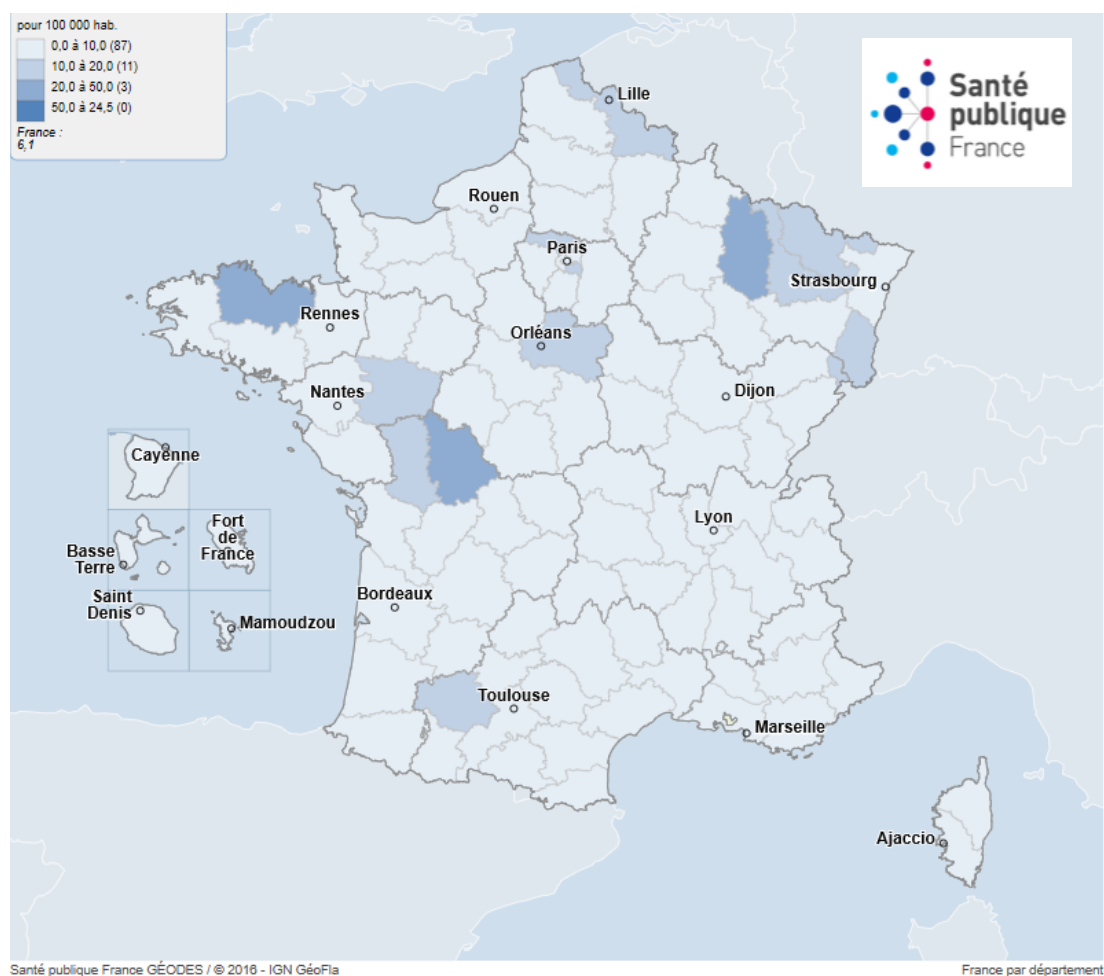
En France métropolitaine, le taux de positivité était inférieur à 5 % dans l'ensemble des départements (Figure 1). Le taux d'incidence (nombres de nouveaux cas rapportés à la population pour 100 000 habitants) était au niveau national de 6,1/100 000 habitants. Il était inférieur à 10/100 000 pour la très grande majorité des départements. Les taux d'incidence les plus élevés étaient observés dans la Vienne (24,7/100 000 habitants), les Côtes d'Armor (21,0/100 000 habitants) et la Meuse (22,6/100 000 habitants), départements où des clusters sont en cours d'investigation (Figure 2). **En outre-mer**, le taux de positivité en Guyane était de 14 %, département où des clusters sont également en cours d'investigation. Les données de Mayotte ne sont pas encore interprétables du fait d'une transmission de données encore trop partielle (données du 27 mai 2020 11h).

Figure 1. Taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2 par département, France, semaine 21 (18 au 24 mai 2020) (source SI-DEP)



Depuis la mise en place du dispositif SIDEV et jusqu'au 24 mai, les laboratoires ont transmis 633 analyses dont 6 se sont révélées positives au virus. En semaine 21 (18 au 24/05), 293 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et pour 3 patients, les tests se sont avérés positifs, soit un taux de positivité hebdomadaire de 1 %. En semaine 21, le taux d'incidence en Martinique était de 0,8 pour 100 000 habitants (nombres de nouveaux cas rapportés à la population pour 100 000 habitants), inférieur au taux d'incidence nationale (6,1 / 100000 habitants).

Figure 2. Taux d'incidence de SARS-CoV-2 pour 100 000 habitant par département, France, semaine 21 (18 au 24 mai 2020) (source SI-DEP)



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

Depuis la levée du confinement, le 11 mai 2020, les ARS en lien avec les Cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters (foyers de transmission ou épisodes de cas groupés) qui sont détectés, selon le guide en vigueur [1]. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler ces foyers. Un cluster est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, et qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non. Le système d'information **MONIC** (MONItorage des Clusters) permet de présenter ce bilan.

Au 27 mai 2020, en France, avec le développement de la capacité diagnostique, un total de **109 clusters** (hors Ehpad et milieu familial restreint) a été rapporté à Santé publique France : 104 clusters en France métropolitaine et 5 dans les départements régions d'outre-mer. On note une nette augmentation du nombre de clusters détectés et investigués (Figure 3). Parmi ces clusters, 64 % ont plus de 5 cas. Ils concernent notamment des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité (19 % en établissements d'hébergement social et d'insertion, et 6 % en communautés vulnérables), des établissements de santé (22 %) et plus largement des entreprises (20 % entreprises privées et publiques hors établissements de santé) (Tableau 1).

En termes de criticité (potentiel de transmission ou critères de gravité), 75 % des clusters ont été évalués de criticité modérée (37 %) à élevée (38 %). La majorité des clusters est en cours d'investigation (80 %, N=87) (clusters actifs en termes de nouveaux cas avec mise en place de premières mesures de contrôle), 13 % ont été maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7j après le dernier cas), 7 % sont clôturés (absence de nouveaux cas 14j après la date de début des signes du dernier cas ET la fin de la quatorzaine de tous les contacts).

Aucune diffusion communautaire (survenue de nouveaux cas hors de la collectivité et en lien avec le cluster) non contrôlée n'est rapportée.

Le signalement de ces clusters en phase de déconfinement n'est pas une situation inattendue du fait de la poursuite de la circulation du SARS-CoV-2 en France, de l'augmentation importante des capacités diagnostic et de la recherche active de cas autour de chaque patient infecté [2]. Leur identification résulte à la fois de signalements au niveau régional (point focal ARS), de l'identification et du suivi des contacts instauré sur le territoire, et des campagnes de dépistage. Pour l'ensemble de ces clusters, les mesures de contrôle sont en place et une forte vigilance est maintenue quant au risque de diffusion. Les clusters en Ehpad seront rapportés dans ce bilan des clusters dans le prochain Point épidémi.

Figure 3. Distribution par semaine de signalement des clusters, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés à Santé publique France (N=109) - 27 mai 2020 (source MONIC)

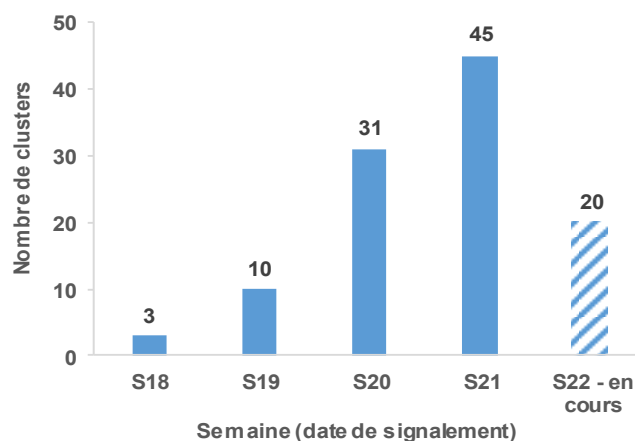


Tableau 1. Répartition par type de collectivités des clusters, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés à Santé publique France entre le 9 et le 27 mai 2020 (N=109) - 27 mai 2020 (source MONIC)

Type de collectivités	n	%
Etablissements de santé (ES)	24	22
Entreprises privées et publiques (hors ES)	22	20
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	21	19
EMS de personnes handicapées	11	10
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	7	6
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	6	6
Milieu scolaire et universitaire	3	3
Etablissement pénitentiaires	3	3
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	2	2
Crèches	1	1
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	1	1
Structure de l'aide sociale à l'enfance	0	0
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	0
Transport (avion, bateau, train)	0	0
Autres	8	7

[1] Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19. Saint-Maurice : Santé publique France. Version 25 mai 2020, 50 p. Disponible [ici](#)

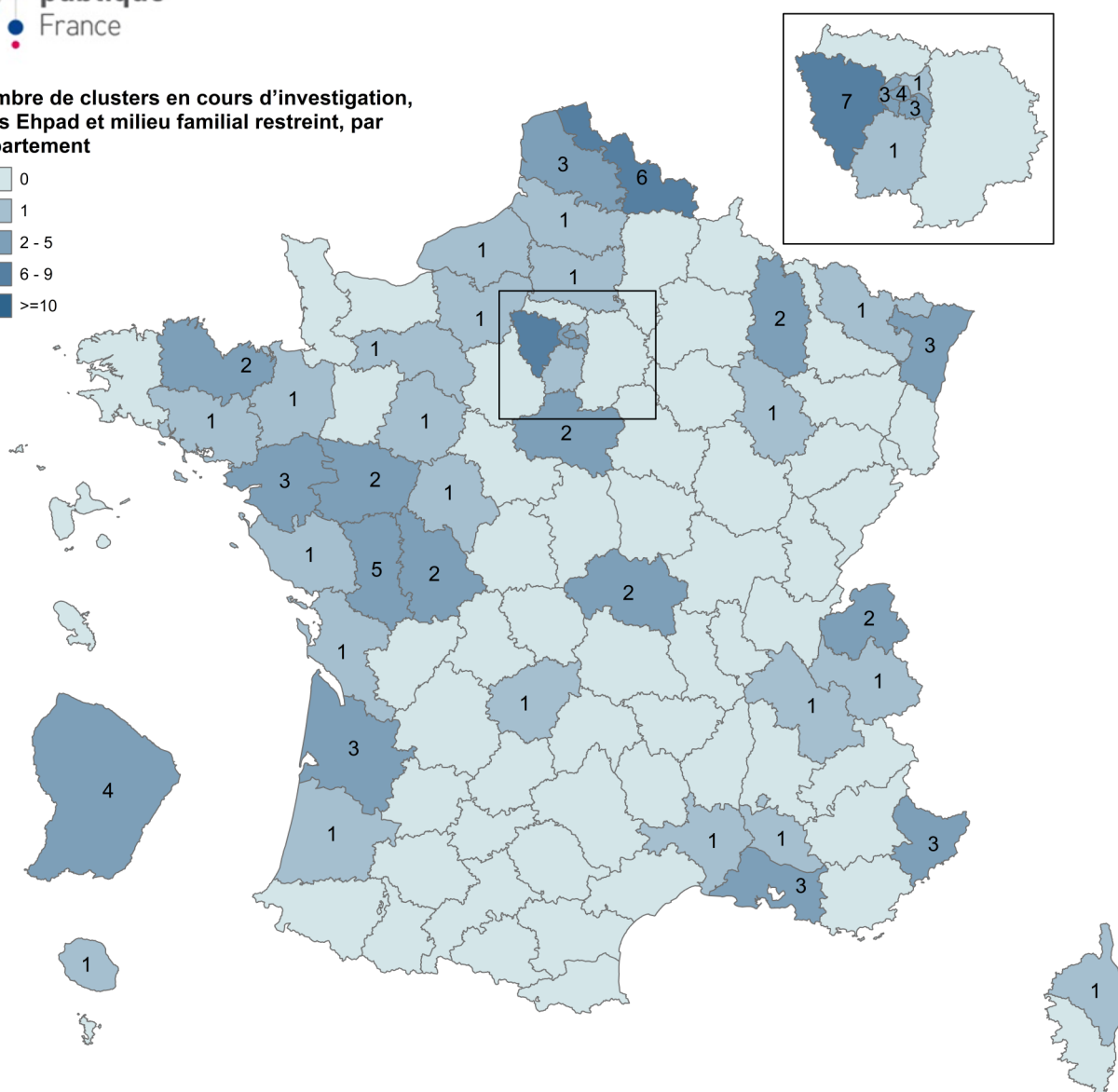
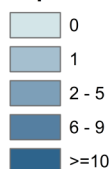
[2] DGS-Urgent. Prise en charge par les médecins de ville des patients de covid-19 en phase de déconfinement. Disponible [ici](#)

En Martinique, aucun cluster n'a été identifié entre le 09 mai et le 27 mai (Figure 4).

Figure 4 : Répartition par département des clusters en cours d'investigation, hors Ehpad et milieu familial restreint, rapportés à Santé publique France, entre le 9 et le 27 mai 2020 (N=87), 27 mai 2020 (source MONIC)



Nombre de clusters en cours d'investigation, hors Ehpad et milieu familial restreint, par département



Source : Santé publique France

Surveillance en ville

Le dispositif de surveillance en médecine de ville s'appuie sur les données de deux associations SOS Médecins (Sud et Centre) et le réseau de médecins généralistes sentinelles.

Du 18 au 24 mai (S21), 9 consultations ou visites pour suspicion de Covid-19 ont été réalisées par SOS Médecins (versus 3 la semaine précédente) soit environ 1,3 % de l'activité de l'association. La tendance est à l'augmentation (Figure 5).

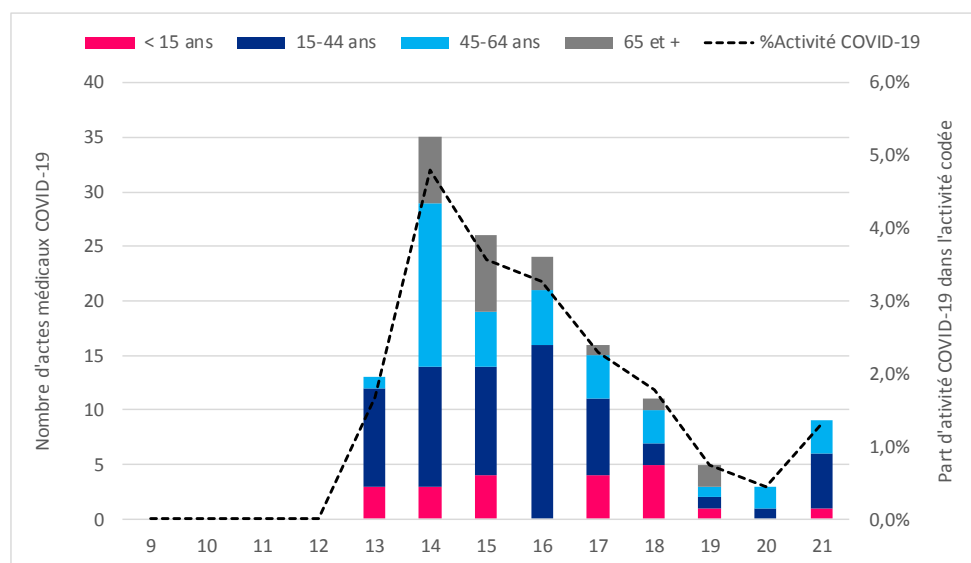
Le taux de (télé-)consultations pour une IRA estimé à partir du réseau de médecins généralistes sentinelles était de 1 pour 10 000 habitants en S21 en diminution par rapport à la semaine précédente (3 pour 10 000 habitants). En appliquant le taux de positivité des analyses biologiques rapporté dans SIDEV en S21 (1 %), aucune consultation pour IRA serait attribuable au COVID-19 (Figure 6).

Du 23 mars au 24 mai, 2270 cas évocateurs d'IRA ont été estimés en Martinique dont 395 seraient attribuables au Covid-19.

Actes/consultations pour suspicion de COVID-19

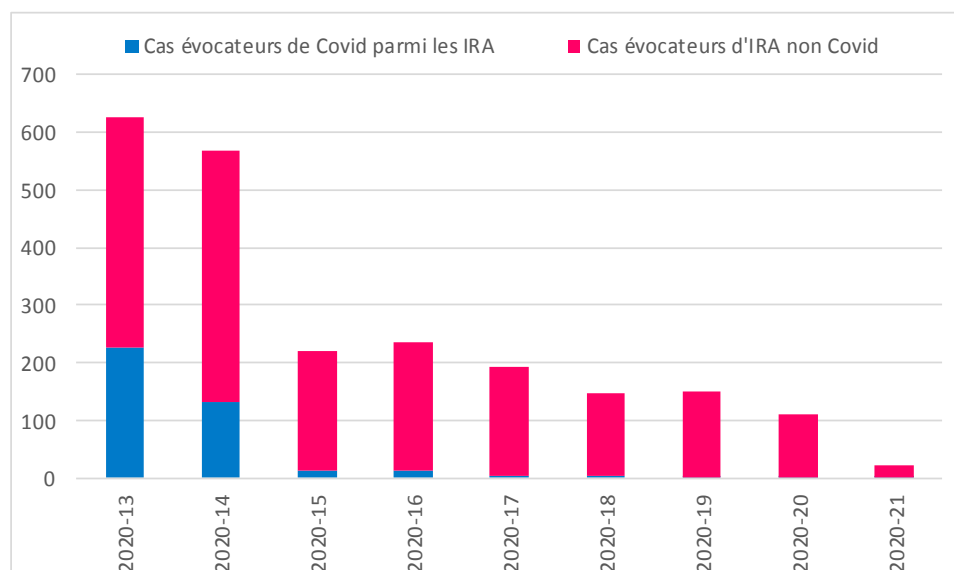
Source : SOS Médecins, au 24/05/2020 inclus

Figure 5. Nombre hebdomadaire d'actes et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge



Source : Réseau de médecins généralistes sentinelles de Martinique, au 24/05/2020 inclus

Figure 6. Nombre hebdomadaire estimé de consultations pour IRA et part attribuable au Covid-19, Semaines S13 à S21



Surveillance en ville

Les figures 7 et 8 sont des représentations spatiales de l'incidence hebdomadaire du nombre de cas d'IRA (infections respiratoires aiguës) estimé à partir des consultations des médecins généralistes sentinelles du 11 au 17 mai (S20 - Figure 7) et du 18 au 24 mai (S21 - Figure 8).

En semaine 20, des cas d'IRA ont été observés dans 8 des 28 communes couvertes par le réseau de médecins sentinelles. Une seule commune enregistre une incidence supérieure à 40 cas estimés / 10000 habitants, il s'agit de Trinité.

En semaine 21, des cas d'IRA ont été observés dans 3 des 28 communes couvertes par le réseau de médecins sentinelles, avec des incidences faibles (< à 20 cas estimés / 10000 habitants) : Gros-Morne, Morne-Rouge et Sainte-Luce.

Répartition spatiale de l'incidence hebdomadaire du nombre estimé de cas d'IRA

Figure 7. Répartition spatiale de l'incidence du nombre estimé de cas d'IRA pour 10000 hab.

Semaine du 11/05 au 17/05 (S20)

Source de donnée : Réseau de médecins généralistes sentinelles

Fond de carte : IGN GéoFla

Exploitation Santé publique France Antilles

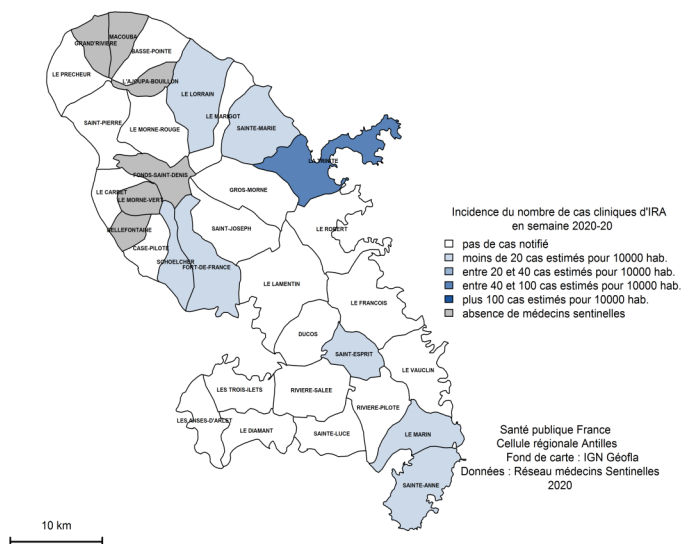


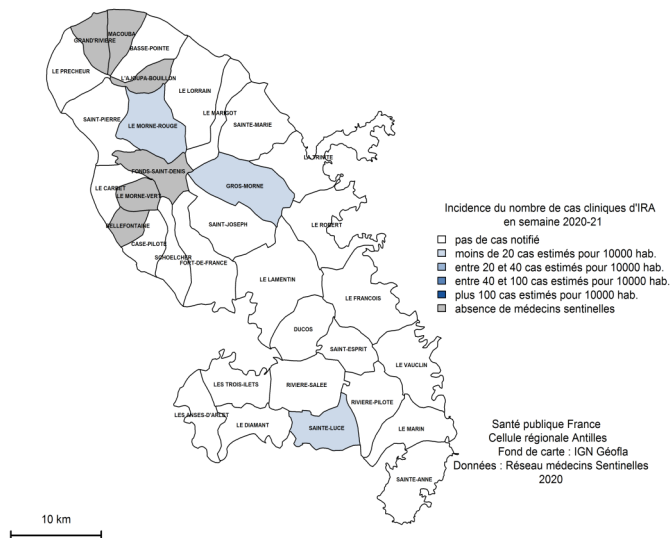
Figure 8. Répartition spatiale de l'incidence du nombre estimé de cas d'IRA pour 10000 hab.

Semaine du 18/05 au 24/05 (S21)

Source de donnée : Réseau de médecins généralistes sentinelles

Fond de carte : IGN GéoFla

Exploitation Santé publique France Antilles



Surveillance en établissements sociaux et médicaux

Le dispositif de signalement des cas de covid-19 dans les EHPAS/EMS a été déployé le 27 mars 2020. Depuis cette date, tout établissement social ou médico-social offrant un hébergement, est invité à signaler en temps réel, via l'application dédié disponible sur le portail national des signalements, les cas de covid-19 dès le premier cas possible ou confirmé dans l'établissement.

Cette surveillance a permis de recenser 6 signalements par quatre établissements d'hébergement pour personnes âgées en Martinique entre le 1er mars et le 26 mai 2020 (Tableau 2). Ces signalements émanaient de quatre établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) et concernaient 11 cas possibles non confirmés de covid-19 chez des résidents et 2 cas possibles non confirmés chez le personnel.

Tableau 2. Nombre de signalements en établissements sociaux et médico-sociaux de cas possibles ou confirmés de COVID-19 et de décès chez les résidents et le personnel rapportés du 1er mars au 26 mai 2020

Source : Surveillance dans les ESMS, au 26/05/2020 inclus

		EHPA ¹	Autres EMS ²	Total
Chez les résidents	Signalements ³	6	0	6
	Cas confirmés ⁴	0	0	0
	Cas possibles ⁵	11	0	11
	Nombre total de cas ^{4,5}	11	0	11
	Cas hospitalisés ^{4,5}	0	0	0
	Décès hôpitaux ⁶	0	0	0
	Décès établissements ⁶	0	0	0
Chez le personnel	Cas confirmés ¹	0	0	0
	Cas possibles ²	2	0	2
	Nombre total de cas ^{2,3}	2	0	2

¹Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements-EHPA, résidences autonomie, résidences seniors)

² Autres établissements sociaux et médico-sociaux

³Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible.

⁴Cas confirmé COVID-19 : toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le SARS-CoV-2 parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EHPA/EMS

⁵Cas possible COVID-19 : fièvre (ou sensation de fièvre) avec des signes respiratoires (comme la toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression thoracique) OU autre tableau clinique compatible avec le COVID-19 selon le médecin, parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EHPA/EMS

⁶Cas possibles et confirmés décédés

Surveillance à l'hôpital

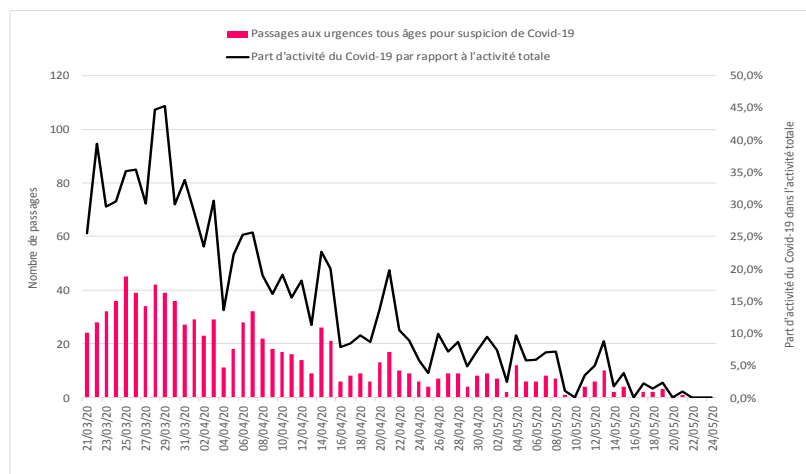
Du 18 au 24 mai (S21), le nombre de passages aux urgences adultes pour suspicion de Covid-19 était de 6, soit 0,6 % de l'activité totale. Cet indicateur continue sa diminution (Figure 9).

Depuis la mise en place de la surveillance et jusqu'au 26 mai, 112 personnes ont été saisies dans le dispositif SIVIC, dont 81 (72 %) personnes sont retournées à domicile (Tableau 3). Les nombres quotidiens d'hospitalisations et d'admissions en réanimation sont toujours en diminution et ce, depuis fin mars (Figure 10).

Passages aux urgences

Figure 9. Nombres quotidiens de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19, tous âges

Source : Service des urgences adultes du CHU de Martinique, site PZQ, au 24/05/2020 inclus



Hospitalisations, admissions en réanimation, retours à domicile

Tableau 3. Part (%) des hospitalisations pour COVID-19 dont les admissions en réanimation, et part (%) des retours à domicile par classes d'âge (N=112)

Source : SI-VIC, au 26/05/2020 inclus

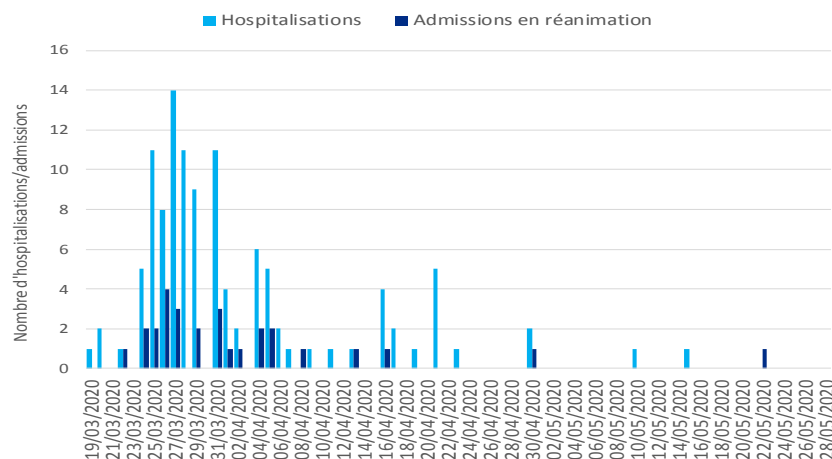
	Hospitalisations, N=17 (15 %)		Dont réanimation, N=2* (12 %)		Retours à domicile, N=81 (72 %)	
Classes d'âge (ans)	n	%	n	%	n	%
0-9	0	0	0	0	0	0
10-19	0	0	0	0	0	0
20-29	0	0	0	0	3	4
30-39	0	0	0	0	4	5
40-49	0	0	0	0	12	15
50-59	7	41	2*	100	19	23
60-69	5	29	0	0	20	25
70-79	4	24	0	0	16	20
80-89	1	6	0	0	6	7
90 et plus	0	0	0	0	1	1

Avertissement : un retard de notification ou d'actualisation de la situation dans l'application SI-VIC pourrait expliquer la discordance entre ces chiffres et la situation actuelle dans les services hospitaliers (en référence à la page 9 Tableau 6).

* dont personnes en rééducation post-réanimation

Figure 10. Nombre quotidien d'hospitalisations dont nombre en réanimation pour COVID-19

Source : SI-VIC, au 26/05/2020 inclus



Surveillance à l'hôpital (suite)

Le dispositif de surveillance des cas graves hospitalisés dans le service de réanimation du CHU de Martinique est animé par la Cellule régionale de Santé publique France Antilles. Il a permis de recenser au 26 mai, un total de 38 patients confirmés ou probables. Parmi eux, 7 (18,4 %) sont décédés et l'état de santé de 31 (81,6 %) patients s'est amélioré (transfert hors réa ou retour à domicile). Concernant l'âge des patients, 47,4 % étaient âgés de 65 ans. Trois patients sur quatre (73,7 %) étaient porteurs d'au moins un facteur de risque (Tableau 4).

Depuis le 15 mai, plus aucun patient n'est hospitalisé en réanimation (Figure 11).

Caractéristiques des patients admis en réanimation

Tableau 4. Description des cas (probables ou confirmés) de COVID-19 admis dans les services de réanimation.

Source : Services de réanimation/soins intensifs du CHU de Martinique, Santé publique France, au 26/05/2020 inclus

	N	%		N	%
Cas admis en réanimation			Co-infections	0	0,0%
Nombre de cas signalés	38		Prise en charge ventilatoire*		
Evolution			Oxygénation (masque/lunette)	11	28,9%
Evolution Renseignée	38	100,0%	Ventilation non invasive	2	5,3%
Transfert hors réa. ou retour à domicile ¹	31	81,6%	O2 à haut débit	5	13,2%
Décès ¹	7	18,4%	Ventilation invasive	21	55,3%
Répartition par sexe			Assistance extracorporelle	2	5,3%
Hommes	24	63,2%	Facteurs de risques (FDR)*		
Femmes	14	36,8%	Aucun facteur de risque	9	23,7%
Sexe-Ratio H/F	1,7		Avec facteur de risque parmi :	28	73,7%
Répartition par classe d'âge			Diabète de type 1 et 2	11	28,9%
0-14 ans	0	0,0%	HTA** depuis le 6/04	3	50,0%
15-44 ans	1	2,6%	Pathologie pulmonaire	8	21,1%
45-64 ans	19	50,0%	Pathologie cardiaque	3	7,9%
65-74 ans	9	23,7%	Pathologie neuro-musculaire	1	2,6%
75 ans et plus	9	23,7%	Pathologie rénale	1	2,6%
Région de résidence des patients			Immunodéficience	0	0,0%
Martinique	33	86,8%	Pathologie hépatique**	0	0,0%
Hors Région	5	13,2%	Surpoids / Obésité (IMC≥25)***	10	26,3%
Inconnue	0	0,0%	- Surpoids (IMC [25 ; 29])	1	2,6%
Délai entre début des signes et admission en réanimation			- Obésité (IMC [30 ; 39])	6	15,8%
Délai moyen / médian en jours [min ; max]	8,1 / 8	[0 ; 32]	- Obésité morbide (IMC ≥ 40)	3	7,9%
Syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA)	26	68,4%	- IMC non renseigné	0	0,0%
SDRA mineur	3	7,9%	Grossesse	0	0,0%
SDRA modéré	8	21,1%	Prématurité	0	0,0%
SDRA majeur	15	39,5%	Autres facteurs de risque	4	10,5%
SDRA - niveau non précisé	0	0,0%	NSP / Inconnu	1	2,6%

¹ Le % est calculé sur les déclarations dont l'évolution est renseignée

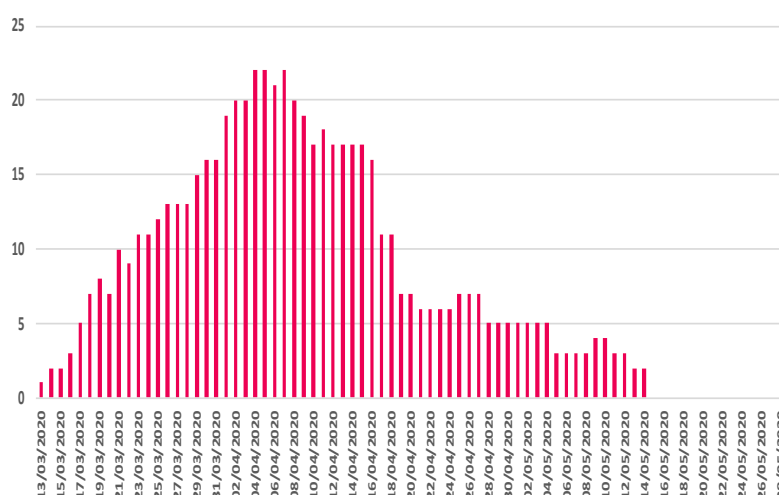
* Un cas peut présenter plusieurs FDR et prises en charge ventilatoire

** Analyse restreinte aux cas signalés à partir du 06/04 (recueil non systématique avant le 06/04)

*** Données potentiellement sous-estimées avant le 20/04 (recueil non systématique avant le 20/04).

Figure 11. Nombre cumulé de cas confirmés/probables de COVID-19 en cours d'hospitalisation dans le service de réanimation du CHUM, par jour

Source : Services de réanimation/soins intensifs du CHU de Martinique, Santé publique France, au 28/05/2020 inclus



Surveillance de la mortalité

Au total, 14 patients confirmés ou probables sont décédés au CHU de Martinique et ont fait l'objet d'une notification dans SI-VIC. Il s'agissait de 10 hommes et 4 femmes. Aucun décès n'est à déplorer chez les moins de 50 ans et la plus part (11 décès) sont survenus chez des personnes de plus de 70 ans (Tableau 5, Figure 12).

En S20, aucun excès significatif de la mortalité toutes causes, tous âges, n'a été observé en Martinique (Figures 13 et 14). En métropole, aucun département rapporte un excès de mortalité (Figure 15).

Mortalité spécifique au COVID

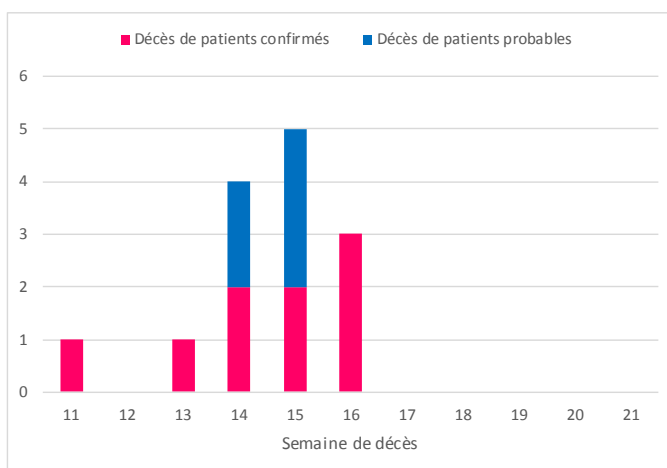
Tableau 5. Nombre par classes d'âge des cas de COVID-19 décédés au cours de leur hospitalisation (N=14)

Source : SI-VIC, au 25/05/2020 inclus

Classes d'âge (ans)	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90 ans et +
Décédés	0	0	0	0	0	1	2	4	5	2

Figure 12. Nombre hebdomadaire de décès en lien avec le covid-19 notifiés dans SI-VIC et à Santé publique France Antilles (N=14)

Source : Santé publique France Antilles, au 24/05/2020 inclus



Mortalité toutes causes

Figure 13. Mortalité toutes causes, tous âges, jusqu'à la semaine 20

Source : Insee, au 26/05/2020

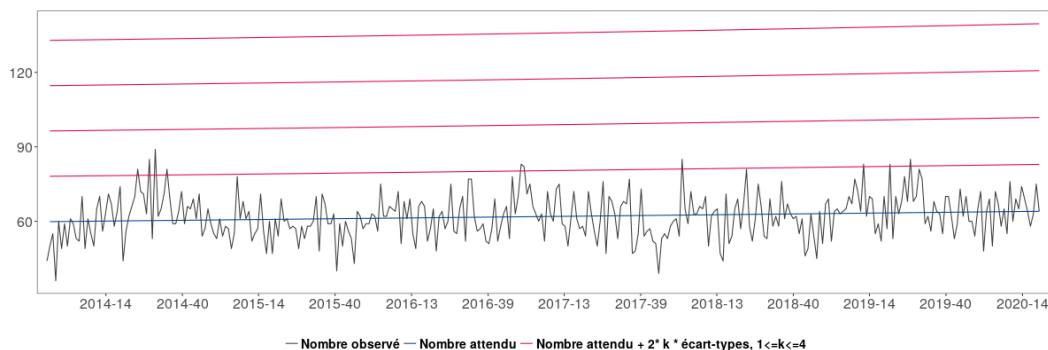


Figure 14 . Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues (tous âges), sur la semaine 19, par département

Source : Insee, au 26/05/2020

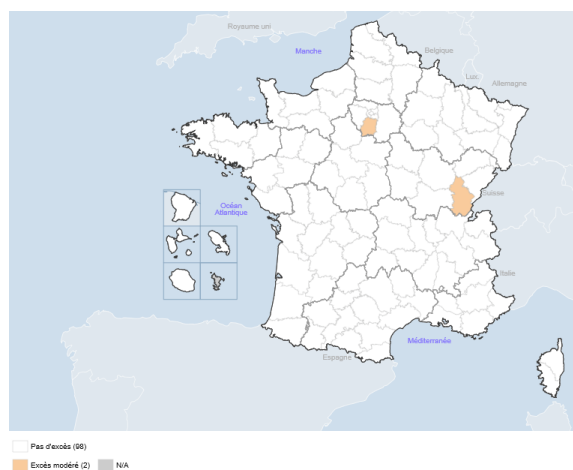
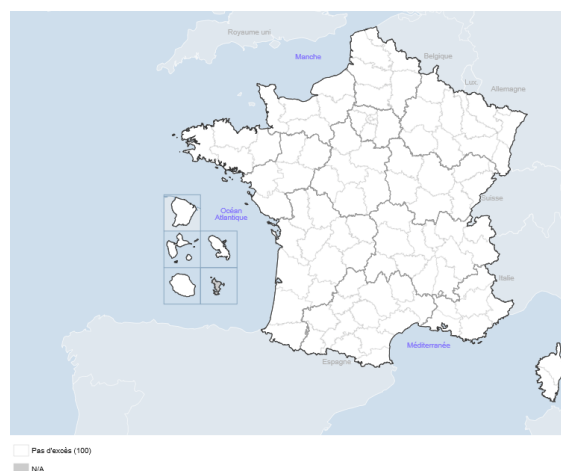


Figure 15. Niveau d'excès de mortalité toutes causes confondues (tous âges), sur la semaine 20, par département

Source : Insee, au 26/05/2020

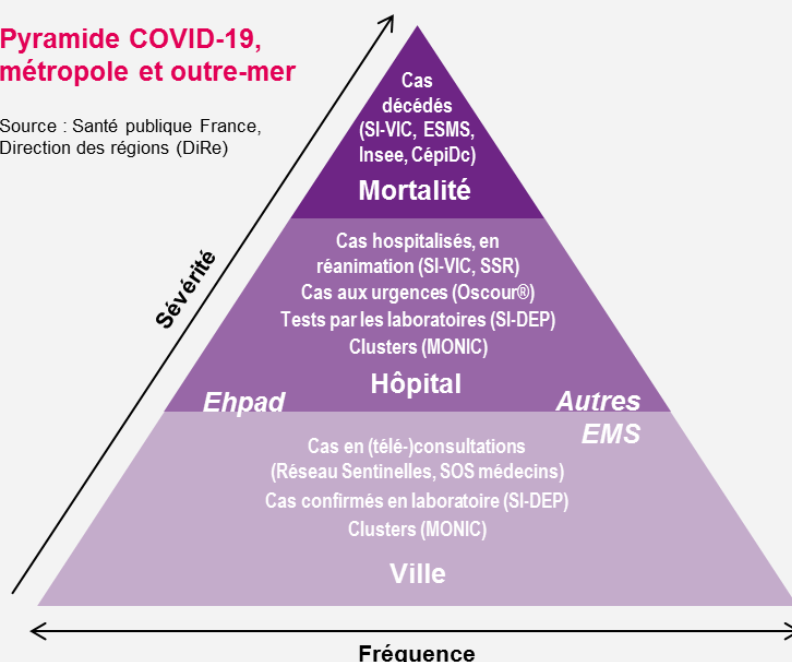


Mission de Santé publique France

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. Martinique, 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/soins intensifs

Rédacteur en chef

Jacques ROSINE

Equipe de rédaction

Santé publique France Antilles

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

28 mai 2020

Numéro vert 0 800 130 000

7j/7 24h/24 (appel gratuit)

Sites associés :

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

GÉODES
GÉO DONNÉES EN SANTÉ PUBLIQUE

ars
Agence Régionale de Santé Martinique

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

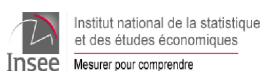
ecdc
EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL

World Health Organization



En collaboration avec :

Agence régionale de santé
(ARS) Martinique, Médecins
libéraux, SAMU Centre 15,
SOS médecins, médecins
urgentistes, réanimateurs,
infectiologues, laboratoires
de biologie médicale hospita-
liers et de ville, Sociétés
savantes d'infectiologie, de
réanimation et de médecine
d'urgence



INSTITUT PASTEUR

CNR Virus des infections respiratoires

