

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

Amélioration des indicateurs épidémiologiques et d'impact sanitaire

Indicateurs clés – Semaine 24 (du 14 au 20 juin 2021)

CIRCULATION VIRALE ACTIVE

Taux d'incidence ↘
123/100 000 habitants

Taux de positivité ↘
3,7 % (< seuil de vigilance)

Taux de dépistage ↗
3 313/100 000 habitants

IMPACT SANITAIRE

78 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ↘

55 hospitalisations ↘

12 admissions en réanimation ↘

7 nouveaux décès ↘

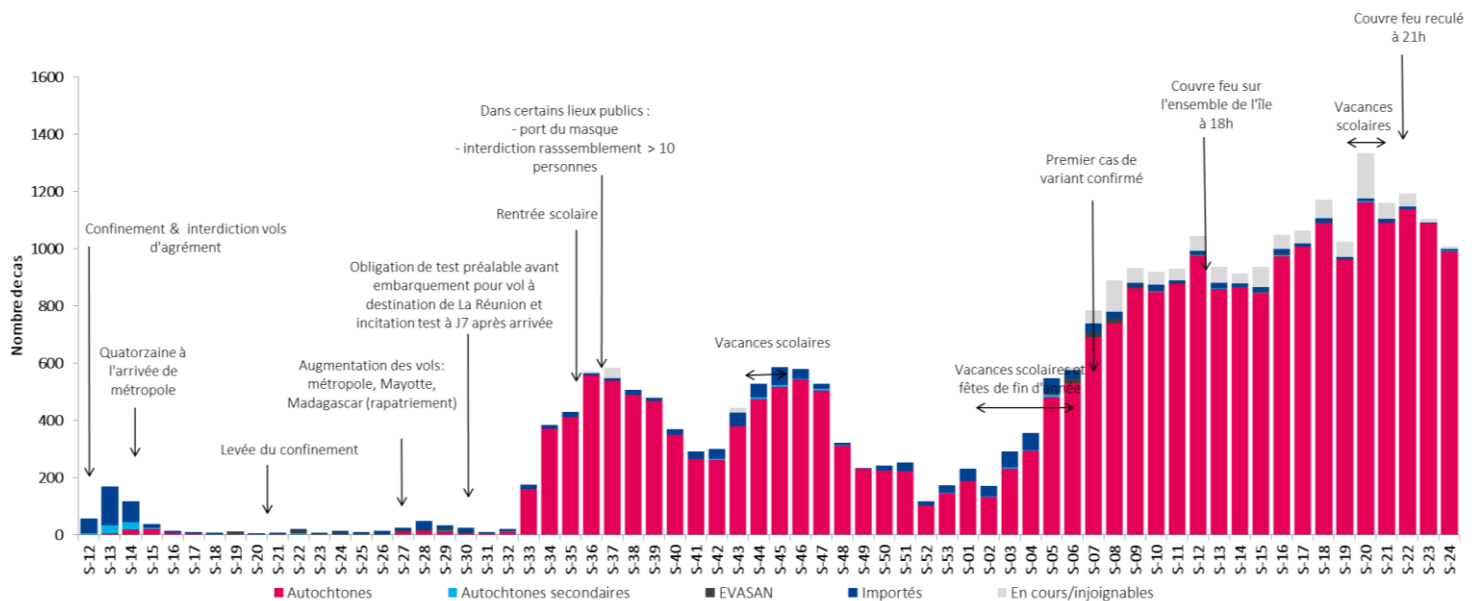


Analyse de la situation

- La situation s'améliore lentement à La Réunion avec une baisse des indicateurs de suivi épidémiologiques, cependant la **circulation virale restait active sur l'ensemble du territoire**. En S24/2021, 7 communes avaient des taux d'incidence supérieurs à 150/100 000 habitants.
- **Au 21/06/2021, 223 120 personnes ont été vaccinées à La Réunion avec au moins une dose, dont 156 251 ont reçu 2 doses, soit une couverture vaccinale en population générale de 25,9% pour une dose et 17,9% avec un schéma vaccinal complet.**
- Avec les vacances de juillet-août et l'augmentation du trafic aérien, l'introduction de nouveaux variants par des voyageurs infectés est possible, dont notamment le variant delta (indien) dont la contagiosité est 60% plus élevée que le variant alpha (anglais). La circulation de variants plus transmissibles participe à la propagation du virus dans un contexte de levée progressive des mesures de restriction et de relâchement des gestes barrières que nous pouvons supposer de moins en moins respectés.
- Pour participer au **freinage de l'épidémie**, il est essentiel pour les résidents réunionnais comme pour tous les voyageurs entrants sur le territoire de :
 - se faire **vacciner**
 - respecter les **gestes barrières**, et **limiter ses contacts** ;
 - réaliser un **test diagnostic** dès l'apparition de signes cliniques, ou en cas de contact à risque ;
 - **s'isoler** en attendant les résultats ;
- en cas de confirmation d'une infection par la COVID-19, **avertir soi-même au plus tôt les personnes avec qui un contact à risque a eu lieu**,
 - **s'isoler pendant 10 jours** en cas de confirmation du diagnostic
 - **s'isoler 7 jours** en cas de contact à risque avec un cas hors du foyer et s'isoler 17 jours en cas de contact à risque avec un cas dans le même 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 S24/2021 (sources : ARS, Assurance maladie, 22/06/2021)



- ▶ Depuis l'apparition du premier cas le 11/03/2020, **29 502 cas ont été investigués** (données ARS au 22/06/2021). Le nombre de nouveaux cas hebdomadaires était en baisse avec 1 014 cas en S24 comparés à 1 118 cas en S23 (Figure 1).
- ▶ Cinq nouveaux cas importés ont été identifiés en S24. Ce nombre sera certainement amené à augmenter dans les prochaines semaines avec le début des grandes vacances et la reprise du trafic aérien.

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

- ▶ **Neuf clusters** ont été signalés en S24 (du 14 au 20 juin 2021) et deux nouveaux clusters ont été signalés au cours de la S25 à ce jour.
- ▶ Depuis juin 2020, **345 clusters** ont été signalés dont 293 ont été clôturés soit 83% des clusters.
- ▶ Parmi les **40 clusters actifs** (en cours d'investigation ou maîtrisés), 16 sont à criticité limitée, 17 à criticité modérée et 7 à criticité élevée. Depuis leur ouverture et à ce jour, les clusters actifs regroupent près de 387 personnes contaminées.
- ▶ A ce jour, les collectivités concernées par les clusters actifs sont : les **milieux professionnels (28)**, le **milieu scolaire et universitaire (8)**, des **établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) (2)**, et les **établissements de santé (2)**.
- ▶ Sur l'île, **trois communes** sont concernées par les clusters actifs à criticité élevée : Saint-Paul (3), Saint-Pierre (3) et la Plaine-des-Palmistes (1).

La diffusion du virus au sein des **milieux professionnels** se maintient malgré **les recommandations d'isolement stricts des contacts à risques**. Ces contaminations dans le cadre du travail participent à leur tour à l'établissement de nouvelles chaînes de transmissions dans le milieu familial, qui peuvent ensuite diffuser à d'autres milieux. Il est essentiel de poursuivre l'accompagnement à l'adhésion aux mesures de freinage notamment l'utilisation du télétravail pour limiter la propagation du virus et son impact sanitaire en entreprise. Nous observons également une augmentation des clusters au sein d'**établissements scolaires** depuis début juin.

Surveillance virologique (données SI-DEP)

► Depuis 4 semaines consécutives le taux d'incidence était en baisse (Figure 2). En S24, il était de 123/100 000 habitants contre 132/100 000 la semaine précédente. Cette diminution concerne toutes les classes d'âges à l'exception des 15-45 ans (+6%) et les 75 ans et plus (+24%) (Figure 4).

► Le taux de dépistage était stable à 3 313/100 000 habitants en S24 comparé à 3 109/100 000 habitants en S23 (Figure 2).

► Le taux de positivité des personnes testées continue de baisser depuis 5 semaines consécutives (Figure 3). En S24, le taux de positivité était de 3,7% contre 4,2% la semaine précédente.

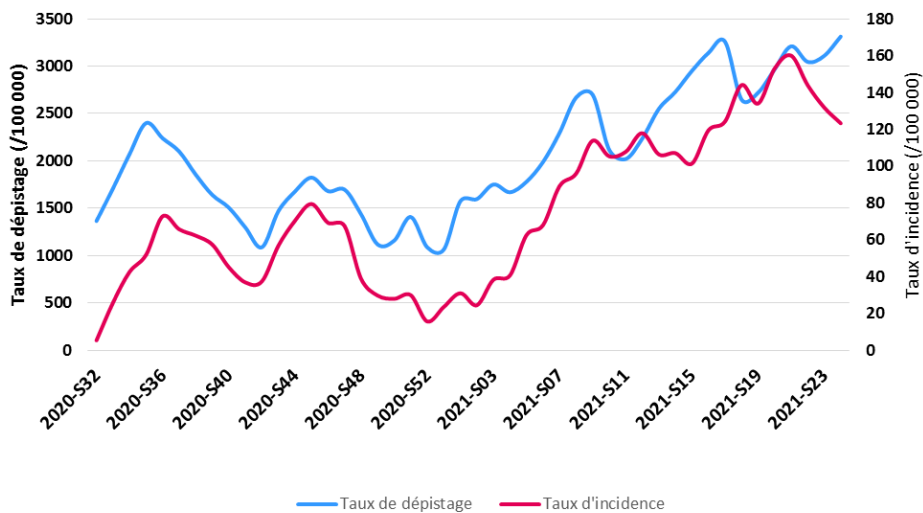


Figure 2. Evolution des taux d'incidence et de dépistage de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), La Réunion, S32/2020 à S24/2021 (source SI-DEP, 23/06/2021)

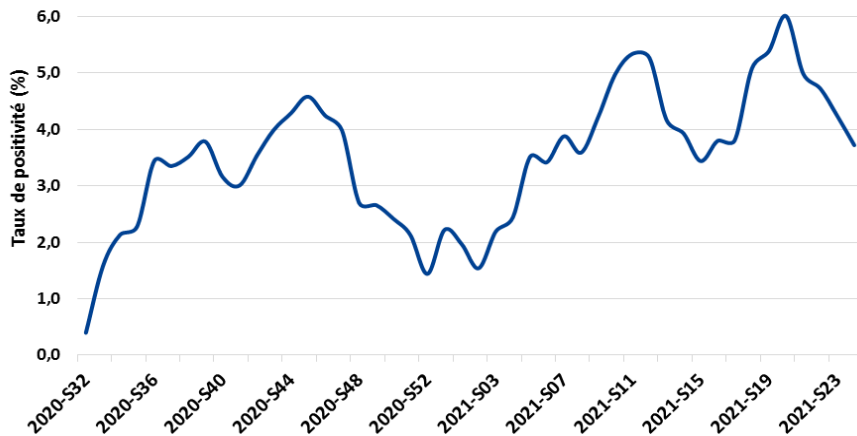


Figure 3. Evolution du taux de positivité de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), La Réunion, S37/2020 à S24/2021 (source SI-DEP, 24/06/2021)

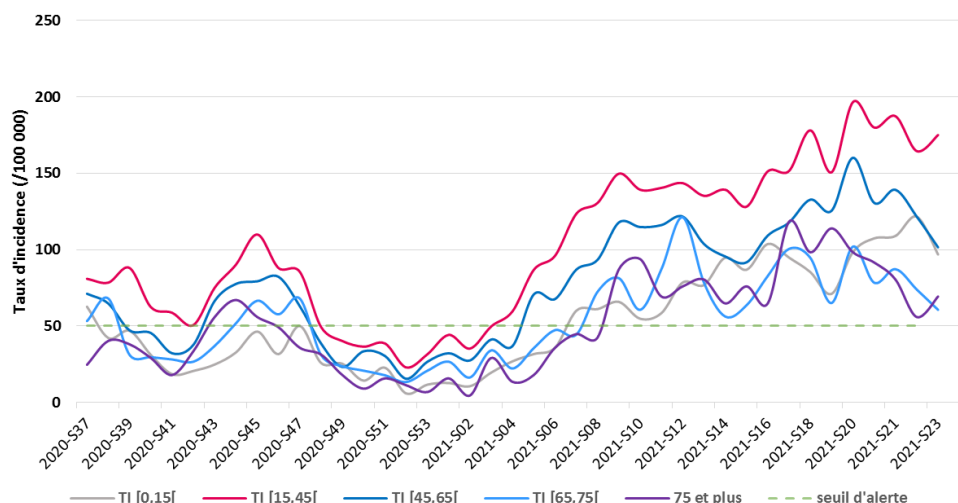


Figure 4. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par classes d'âges, La Réunion, de la S37/2020 à la S24/2021 (source SI-DEP, 24/06/2021)

Analyse infra-départementale

► A La Réunion en S24, 13 communes avaient un **taux d'incidence** (TI) supérieur à 100/100 000 habitants avec plus de 10 cas signalés, dont **7 communes** avec un taux d'incidence **supérieur à 150/100 000 habitants** : La Plaine des Palmistes (303/100 000), Le Port (294/100 000), Les trois-bassins (237/100 000), Saint-Leu (184/100 000), Petite-Île (172/100 000), Sainte-Marie (156/100 000) et Saint-Pierre (153/100 000) (Figure 5).

► Cinq communes parmi les 24 présentaient un **taux de positivité** (TP) supérieur à 5% (seuil de vigilance). Les TP les plus élevés ont été observés dans les communes des Trois-Bassins (7,9%), Petite-Île (6,6%) et Le Port (6,5%).

► Les **taux de dépistage** (TD) étaient supérieurs à 3 000 tests pour 100 000 habitants dans 12 communes. Ils étaient inférieurs à 2 000/100 000 habitants dans 2 communes (Entre-Deux et Salazie).

► Les commune des **Trois-Bassins et de Petite-Île** présentaient :

- un TI supérieur à 150/100 000 habitants,
- un TP élevé supérieur à 5%
- un TD inférieur ou égal à 3 000/100 000 habitants.

Cette combinaison d'indicateurs épidémiologiques est à surveiller.

► Les communes de Saint-Louis, Saint-Benoit et Saint-Denis présentaient les IRIS avec un faible taux dépistage et des taux d'incidence et de positivité les plus élevés.

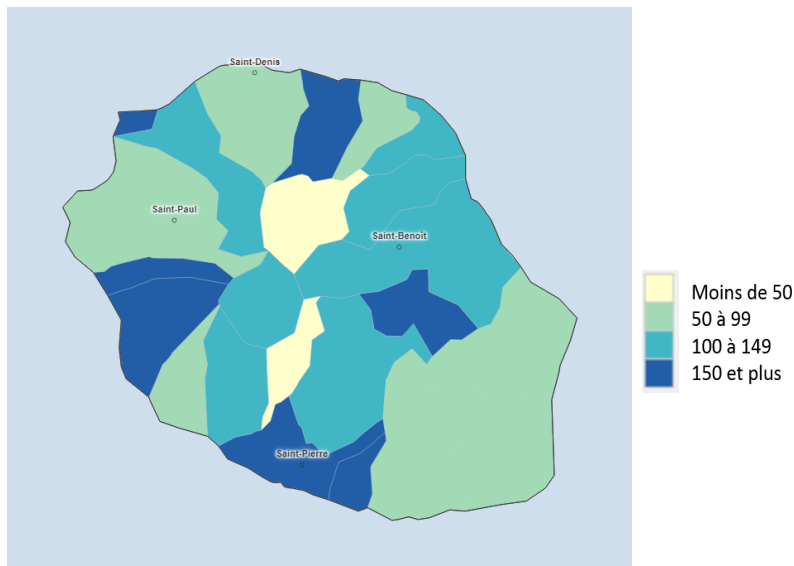


Figure 5. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par commune, La Réunion, du 14 au 20 juin 2021 (source SI-DEP, 23/06/2021)

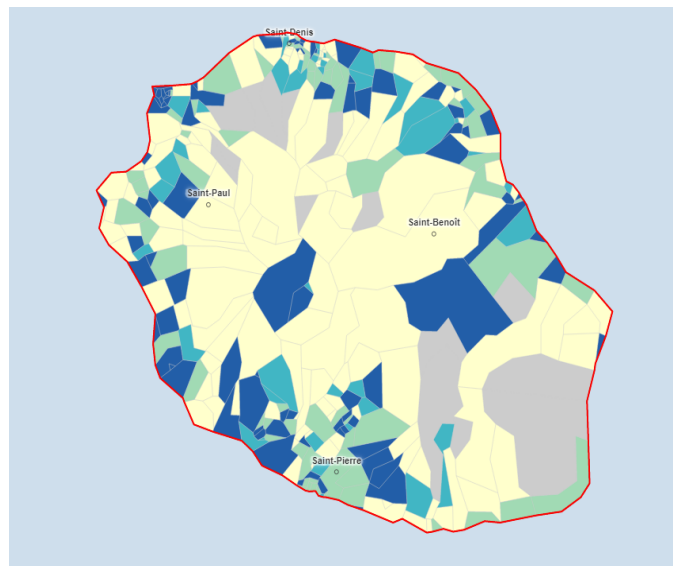


Figure 6. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par IRIS, La Réunion, du 14 au 20 juin 2021 (source SI-DEP, 23/06/2021)

► Nombre de reproduction effectif (R_{eff})

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

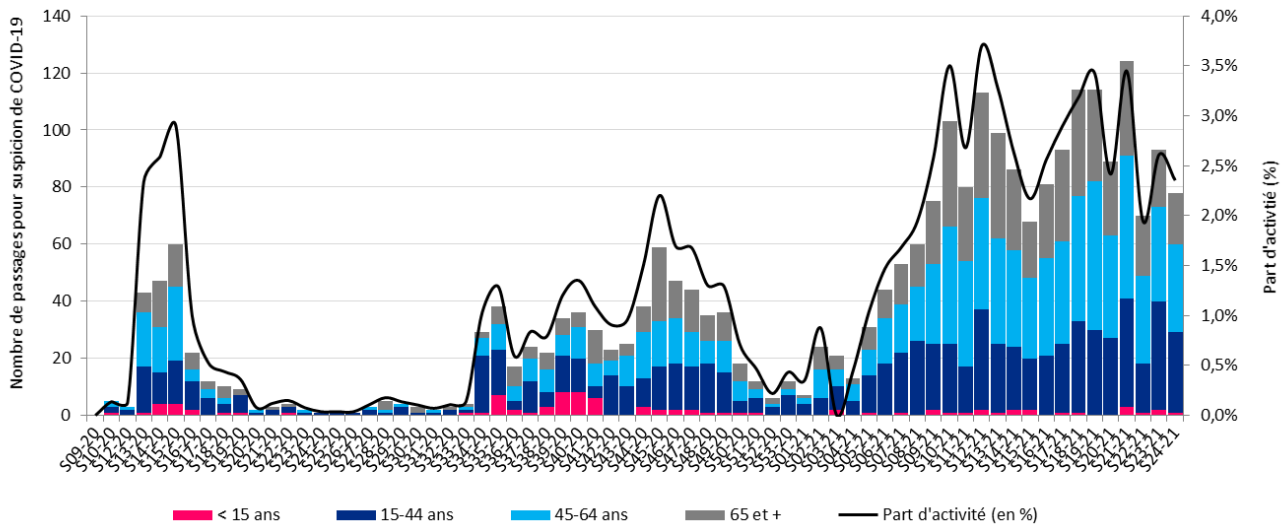
En S24, à La Réunion, l'estimation du nombre de reproduction effectif à partir des données virologiques (SI-DEP) était 0,95 (0,89-1,01), soit inférieur à 1 de manière non significative. Cette baisse, à confirmer dans les prochaines semaines, traduit un ralentissement de la circulation de la Covid-19. Selon les données de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR), l'estimations du Reff était de 0,96 (0,76-1,18), soit non significativement inférieure à 1.

Surveillance à l'hôpital

Passages aux urgences (données OSCOUR)

► Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 est en baisse avec 78 passages en S24 (-16%) par rapport à la semaine précédente (n=93) (Figure 7). La part d'activité baisse également (2,3% en S24 vs 2,6% en S23). **Toutes les classes d'âge sont concernées par cette décreue et plus particulièrement les 15-44 ans (-26%)**.

Figure 7. 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 S24/2021 (Source Oscour® - 23/06/2021)

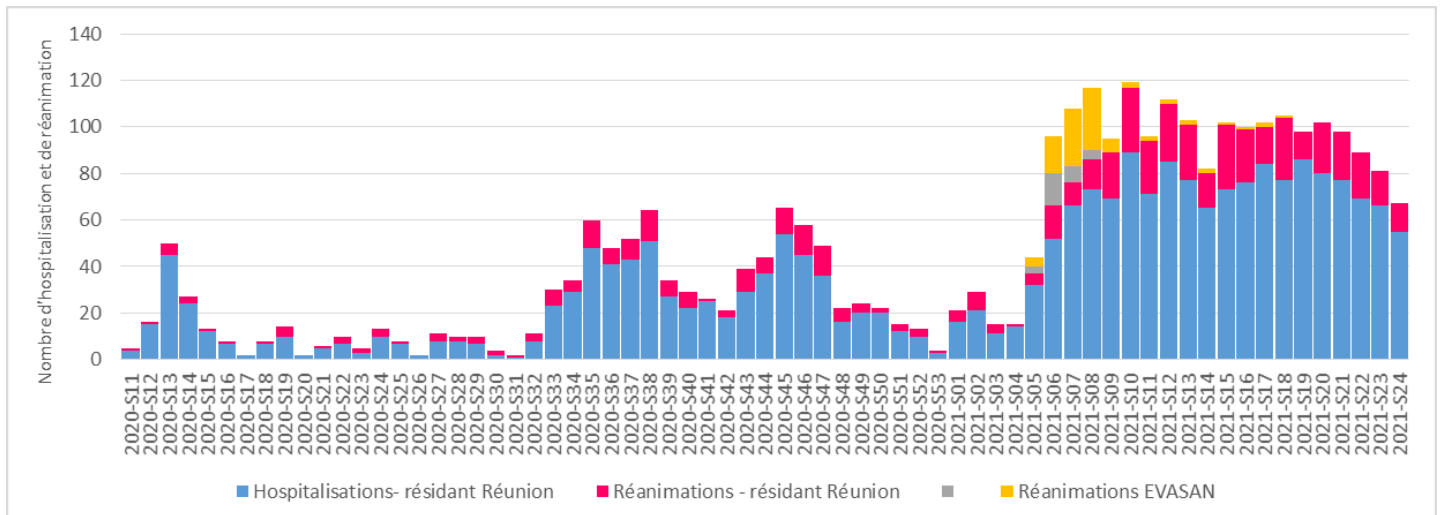


Hospitalisations et admission en réanimation (données SIVIC)

► Le nombre de nouvelles hospitalisations poursuit sa décreue entamée à partir de la S19/2021 (Figure 8). En S24/2021, 55 nouvelles hospitalisations ont été enregistrées versus 66 la semaine précédente soit une baisse de 17%. **L'impact sanitaire de la Covid-19 baisse en intensité et de manière pérenne.**

► Le nombre de nouvelles admissions en réanimation est également en diminution avec 12 nouvelles admissions en réanimation en S24 (15 en S23). **Depuis la S20, le nombre de cas en réanimation a décliné de 45%.**

Figure 8. Nombre hebdomadaire d'hospitalisations, d'admissions en réanimation et de décès en lien avec une suspicion de COVID-19 à La Réunion, S11/2020 à S24/2021 (Source : SIVIC - 23/06/2021)



Surveillance de la mortalité

Mortalité non spécifique

► Un **excès significatif** de mortalité, toutes causes et tous âges confondus, a été observé en semaine S22 (source Insee). Aucun excès significatif n'a été observé pour les catégories d'âge suivantes : moins de 15 ans, 15-64 ans et plus de 65 ans.

Mortalité spécifique, en lien avec la COVID-19 (SI-VIC)

► Entre le 01/03/2020 et le 23/06/2021, 233 décès de patients hospitalisés ont été signalés. En S24, 7 décès ont été recensés comparé à la semaine précédente (n=9).

Certificats de décès électroniques

Du 01/03/2020 au 21/06/2021, 212 certificats de décès électroniques comprenant la mention COVID-19 ont été établis. Le sex-ratio (H/F) était de 1,44. Toutes les personnes décédées étaient âgées de plus de 15 ans et 72% avaient plus de 65 ans. La proportion de personnes concernées présentant au moins une comorbidité était de 53%. Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle (47%), le diabète (45%), et une pathologie cardiaque (34%).

Vaccination

► Au 21/06/2021 en population générale : **223 120 personnes ont été vaccinées avec au moins une dose, dont 156 251 ont reçu 2 doses, soit une couverture vaccinale en population générale de 25,9% pour une dose et 17,9% avec un schéma vaccinal complet.**

► Pour la population des **75 ans et plus**, 24 300 personnes ont été vaccinées avec au moins une injection ce qui représente une couverture vaccinale de **54,3% avec une injection et 47% avec deux injections.**

Pour les 18-49 ans, **24,4% des personnes ont reçu une dose de vaccin et 13,1% ont reçu deux doses.**

<https://www.lareunion.ars.sante.fr/covid-19-ou-et-comment-se-faire-vacciner>



Variants

La stratégie de criblage des tests positifs à la recherche des trois variants préoccupants VOC 20I/501Y.V1 (Alpha) et indistinctement VOC 20H/501Y.V2 (Beta) et 20J/501Y.V3 (Gamma) est progressivement abandonnée au profit d'une nouvelle stratégie de criblage à la recherche de mutations d'intérêt E484K, E484Q et L452R en raison de leur impact sur la transmissibilité (L452R) ou l'échappement à la réponse immunitaire (E484K et E484Q).

Désormais, les kits de criblage utilisés vont cibler systématiquement **les trois mutations d'intérêt E484K, E484Q et L452R**, permettant un suivi réactif de la diffusion des variants porteurs de ces mutations d'intérêt au niveau national et dans les territoires les plus touchés, de **façon complémentaire à la stratégie nationale de surveillance génomique.**

En métropole, le variant **Alpha restait majoritaire**. En parallèle, une **émergence du variant Delta** était documenté avec plusieurs foyers de transmission communautaire identifiés. Une augmentation de ce variant dans les données de surveillance génomique était observée (variant Delta ou suspicion de variant Delta sur la base des données de criblage). Cette émergence du variant Delta est suivie avec la plus grande attention, compte-tenu de sa transmissibilité plus importante que les variants de référence (dont Alpha), et pour lequel l'efficacité vaccinale pourrait être diminuée.

A La Réunion, avec l'arrivée des vacances et la reprise d'un trafic aérien jusqu'à lors limité, **l'introduction et la diffusion sur le territoire de nouveaux variants (dont Alpha et Delta pour les VOC)** par des voyageurs infectés est possible.

Missions de Santé publique France

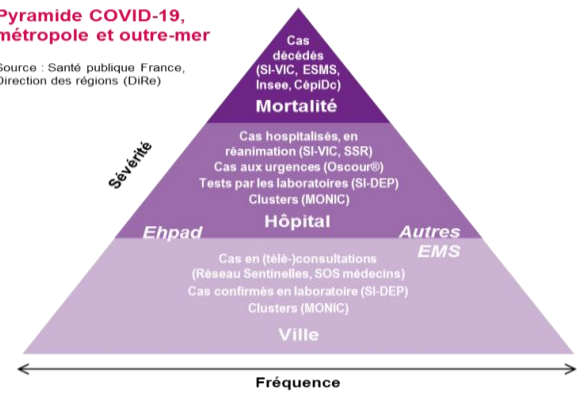
Surveiller, comprendre la dynamique de l'épidémie, anticiper les scénarii, mettre en place des actions pour prévenir et limiter la transmission du virus, mobiliser la réserve sanitaire. En région, coordonner la surveillance, investiguer, analyser les données, apporter l'expertise à l'ARS pour l'aide à la décision.

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

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

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



Vaccins Covid – Pour comprendre

Avril 2021

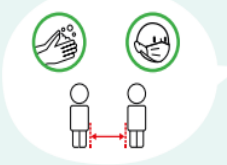
Vaccins Covid-19, les infos à connaître

À quoi servent les vaccins ?



Grâce aux vaccins, votre corps apprend à reconnaître la Covid et à se défendre.

Les vaccins Covid sont très efficaces pour se protéger des formes graves de la Covid.

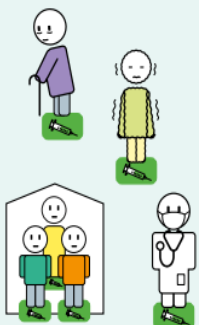


Même vaccinés, nous devons continuer les gestes barrières (masque, lavage de mains, distance).

Qui peut se faire vacciner ?

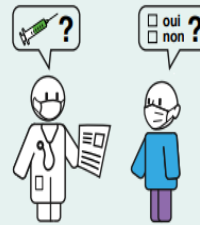
Le vaccin est proposé à tous les adultes. Certains sont prioritaires :

- personnes âgées
- personnes avec une santé fragile (par exemple cancer, maladies rares)
- personnes qui ont plus de risque d'attraper la Covid. Par exemple les personnes qui vivent en foyer, les professionnels de santé.



Parfois, le vaccin n'est pas recommandé. Par exemple : allergies graves, avoir eu la Covid il y a moins de 3 mois, etc.

Le vaccin est-il obligatoire ?



Le vaccin n'est pas obligatoire : il faut donner son accord (consentement).

Si vous refusez, cela n'a pas de conséquence sur votre accompagnement, vos papiers, votre hébergement.

Ces vaccins sont-ils sûrs ?



Ces vaccins sont sûrs. De nombreuses études ont été faites. Ces vaccins sont contrôlés, sécurisés, et continuent d'être surveillés, comme tous les vaccins.

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

ou sur [VACCINATION INFO SERVICE.FR](https://www.vaccinationinfoservice.fr)

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

ou sur [Santé.fr](https://www.santepubliquefrance.fr)

Vos contacts

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.

Évolution des méthodes et impact sur les indicateurs issus des données SI-DEP

Le système d'information SI-DEP se perfectionne en permanence avec une évaluation constante de la fiabilité des indicateurs par rapport aux réalités du terrain. En mars 2021, des écarts sont apparus entre les indicateurs produits par Santé publique France à partir de données anonymes (grâce à l'émission d'un pseudonyme) et ceux produits en régions à partir de données nominatives indispensables au contact tracing. L'origine de ces écarts a été identifiée et une solution trouvée. L'algorithme, qui attribue à une personne testée un pseudonyme, a été mis à jour et les saisies d'informations homogénéisées. Désormais, pour une même personne, le même pseudonyme est toujours produit, permettant de supprimer l'effet doublon, lors de la réalisation de plusieurs tests de dépistage, situation fréquente depuis l'apparition des variants. Santé publique France publie de nouveaux indicateurs corrigés en open data, après les avoir vérifiés et comparés sur une période de trois mois. Une surestimation des indicateurs a été constatée (12% pour le taux d'incidence et 8% pour le taux de positivité avec 335 000 cas en excès au niveau national) avec l'ancien algorithme, Cette surestimation est sans impact sur la dynamique de l'épidémie similaire quel que soit l'algorithme utilisé. Une note méthodologique précisant cette évolution est disponible sur le site de Santé publique France.

► 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. Les clusters sont qualifiés d'un niveau de criticité, évalué en fonction de leur potentiel de transmission communautaire et de critères de gravité. 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. Les données transmises concernent les tests RT-PCR et les tests antigéniques.

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.

SpF ne dispose juridiquement pas d'accès aux données nominatives de SI-DEP qui sont préalablement « pseudonymisées ». Mais l'algorithme de pseudonymisation implémenté est trop strict et peut générer des doublons. En effet, lorsque les données nominatives d'un même patient ne sont pas renseignées exactement de la même façon selon les pratiques de saisies, deux pseudonymes différents sont générés. Cette problématique a été identifiée avec la montée en charge des tests de criblage et de séquençage pour la détection des variants puisqu'il est devenu plus fréquent qu'une personne testée positive ait recouru à un second test pour préciser l'existence ou non d'une infection à un variant d'intérêt. Le nouveau processus de pseudonymisation a été adapté en normalisant la saisie des informations ainsi que les traits d'identité retenus, ce qui a permis d'homogénéiser le format des saisies. L'impact réel de cette nouvelle pseudonymisation sur le taux d'incidence transmis à la Réunion est d'environ 10 % à partir d'avril mais la dynamique de l'épidémie reste la même.

► 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.

Annexe. Méthodologie des dispositifs de surveillance COVID-19

► 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.

► Tableau de correspondance de la dénomination des variants VOC et VOI selon la nouvelle nomenclature de l'OMS du 31 mai 2021

	Nouvelle nomenclature de l'OMS	Lignage PANGO	Nomenclature Nextstrain	Première détection
VOC	Alpha	B.1.1.7	20I/501Y.V1	Royaume-Uni Septembre 2020
	Beta	B.1.351	20H/501Y.V2	Afrique du Sud Mai 2020
	Gamma	P.1	20J/501Y.V3	Brésil Novembre 2020
	pas de nom attribué	B.1.1.7+E484K/Q	VOC 202102/02	Royaume-Uni Janvier 2021
	Delta	B.1.617.2	21A/478K	Inde Octobre 2020
VOI	Iota	B.1.526	20C/484K ou 20C/477N	Etats-Unis Novembre 2020
	pas de nom attribué	B.1.616	20C/655Y	France Janvier 2021
	Eta	B.1.525	20A/484K	Royaume-Uni, Nigéria, Décembre 2020
	pas de nom attribué	B.1.1.318	20B/681H	Royaume-Uni, Nigéria, Janvier 2021
	Kappa	B.1.617.1	21A/154K	Inde Octobre 2020