

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



Service Médical
Réunion



Indicateurs clés – Semaine 17 (du 26 04 au 02 05 2021)

CIRCULATION VIRALE ACTIVE

Taux d'incidence ↗
145/100 000 habitants* > seuil d'alerte

Taux de positivité ↔
3,9 % < seuil de vigilance

Taux de dépistage ↗
3 759/100 000 habitants*

IMPACT SANITAIRE

94 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ↗

80 hospitalisations ↗

16 admissions en réanimation ↘

6 nouveaux décès ↗

Analyse de la situation

- En semaine 17 (du 26 avril au 02 mai 2021), **les indicateurs épidémiologiques poursuivent leurs hausse**. Le taux d'incidence a augmenté de 18 points (+14%), et est supérieur au seuil d'alerte. Le taux de dépistage a également augmenté, et reste supérieur au taux de dépistage national.
- Sur l'île, **14 communes** ont un taux d'incidence supérieur à 50 cas pour 100 000 habitants (avec plus de 10 cas), dont 9 communes avec un taux d'incidence supérieur à 100/100 000 habitants.
- A l'exception des admissions en réanimation, **les indicateurs d'impact sanitaire sont en augmentation**, et traduisent toujours une pression sur le milieu hospitalier exacerbée par une épidémie concomitante de la dengue.
- La **circulation virale, avec une prédominance du variant sud africain reste donc active**, avec une augmentation du nombre de nouveaux cas et de nouveaux clusters.
- Au 04/05/2021, **85 451 personnes** ont été vaccinées avec au moins une dose de vaccin contre la COVID-19 à la Réunion (9,9%) et 40 306 ont été complètement vaccinées (4,7%).
- Pour participer au **freinage de l'épidémie** il est essentiel de :
 - limiter ses contacts et réaliser un test diagnostique 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 à risque a eu lieu**,
 - **s'isoler pendant 10 jours** en cas de confirmation du diagnostic ou de suspicion devant l'apparition de signes cliniques, quel que soit le virus à l'origine de l'infection (variant ou non),
 - **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),
 - de se faire **vacciner**

COVID-19 : ACCELERATION DE LA VACCINATION : un dispositif unifié de liste d'attente a été mis en place par l'ARS Réunion cette semaine, permettant aux personnes volontaires, et ne relevant pas encore des publics éligibles, de se faire connaître et d'être appelées en cas de disponibilité de rendez-vous en fin de journée, en attendant l'ouverture de la vaccination à la population générale de plus de 18 ans à partir du 24 mai.

Toute l'information et la prise de rendez-vous ici :

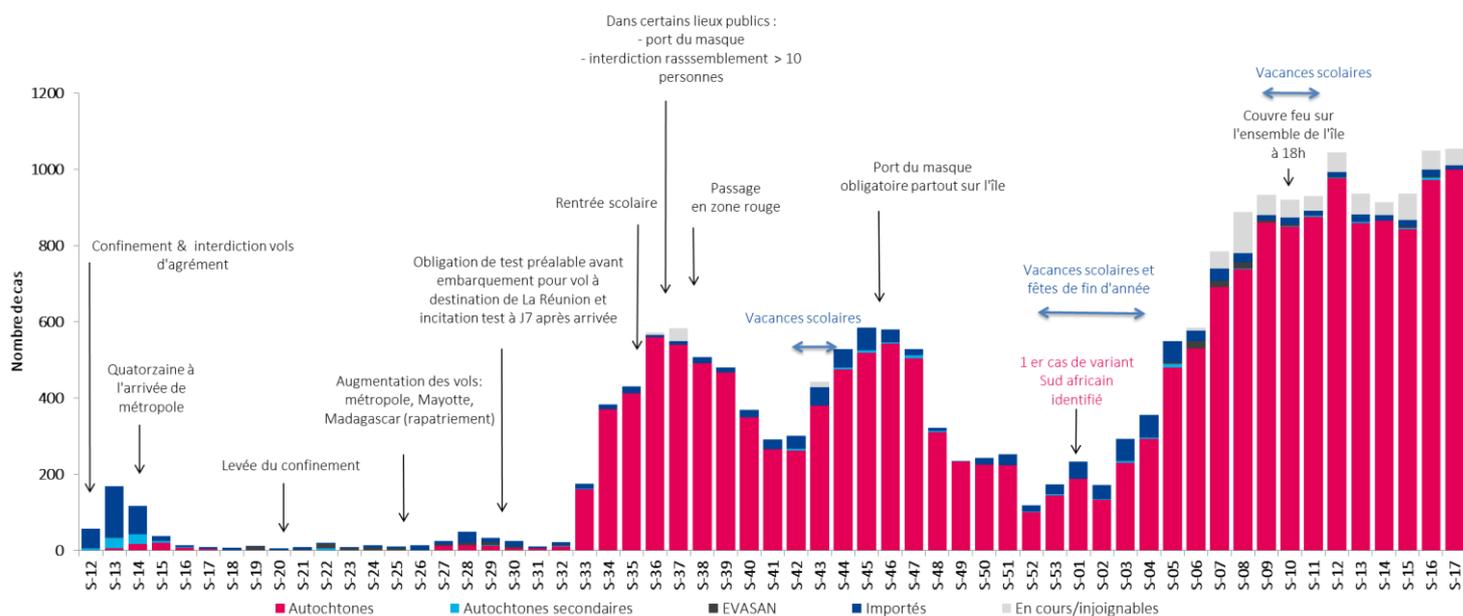
<https://www.lareunion.ars.sante.fr/covid-19-ou-et-comment-se-faire-vacciner>

* Taux d'incidence et taux de dépistage corrigés prenant en compte le samedi férié de la semaine 17.



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 S17/2021 (sources : ARS, Assurance maladie, 05 mai 2021)



► Depuis l'apparition du premier cas le 11 mars 2020, **21 671 cas confirmés ont été signalés** (données ARS au 05/05/2021). Le nombre de nouveaux cas hebdomadaires reste stable avec 1 055 cas en S17 comparés à 1 049 en S16 (Figure 1).

► Le nombre de nouveaux cas importés est de 11 en S17 (comparé à 17 cas importés en S16 et 16 en S15) (Figure 1). Depuis la réinstauration des motifs impératifs pour les voyages en S04, le nombre de cas importés a diminué. La part des cas importés est stable autour de 2% depuis la S09. La part de personnes injoignables ou dont la prise de contact est en cours est à la hausse depuis 3 semaines. Il est ainsi probable qu'il y ait des personnes contacts non répertoriées, qui ne s'isolent pas et qui, étant positives, pourraient favoriser la transmission de la COVID-19 sans le savoir, surtout lorsqu'il s'agit de cas asymptomatiques.

► La circulation du virus se maintient donc à un niveau élevé dans un contexte de diffusion de variants plus transmissibles, il est donc impératif de rester vigilant.

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

► **Huit clusters** ont été signalés en S17 (du 26/04 au 02/05/2021).

► Depuis juin 2020, **259 clusters** ont été signalés dont 216 ont été clôturés soit 83% des clusters.

► Parmi les **33 clusters actifs** (en cours d'investigation ou maîtrisés), 13 sont à criticité limitée, 11 à criticité modérée et 9 à criticité élevée. Depuis leur ouverture et à ce jour, les clusters actifs regroupent près de 245 personnes contaminées.

► A ce jour, les collectivités concernées par les clusters actifs sont : les **milieux professionnels (25)**, les **établissements de santé (3)**, le milieu scolaire et universitaire (2), un centre pénitencier (1) et une association (2).

► Sur l'île, **sept communes** sont concernées par les clusters actifs à criticité élevée : Saint-Denis (3), Cilaos (1), Entre-Deux (1), Saint-Louis (1), Saint-Paul (1), Saint-Pierre (1) et Sainte-Suzanne (1).

Les clusters se répartissent sur l'ensemble de l'île et dans plusieurs types de collectivités. De plus en plus de regroupement de cas se déclarent au niveau des établissements de santé.

Dans les milieux professionnels, **les recommandations d'isolement strictes des contacts à risques ne sont pas toujours suivies**, du moins correctement, ce qui favorise la diffusion du virus au sein de l'entreprise. Ces contaminations entraînent à leur tour des chaînes de transmissions dans le milieu familial sans aucune maîtrise de la situation. Il est essentiel que tous adhèrent à ces mesures de freinage pour limiter la propagation du virus et son impact sanitaire.

Surveillance virologique (données SI-DEP au 22/04/2021)

► Le taux d'incidence corrigé en S17 était de **145 cas pour 100 000 habitants**. Il poursuit son augmentation pour la deuxième semaine consécutive (128/100 000 en S16), et est **supérieur au seuil d'alerte** (Figure 2). Au niveau national, le taux d'incidence corrigé était de 241/100 000 habitants en S17.

Cette augmentation est principalement observée chez les personnes âgées de **75 ans et plus (+84%)** (Figure 4). Le taux d'incidence a également augmenté pour les 45-65 ans (+10%) et les 65-74 ans (+29%). Une diminution a cependant été observée chez les personnes âgées de **moins de 15 ans (-9%)**. Le taux d'incidence est resté stable pour les **15-45 ans**. Le taux d'incidence était supérieur à 100/100 000 habitants pour toutes les catégories d'âge excepté les 0-14 ans (99/100 000). Il était le plus élevé chez les **15-45 ans** (165/100 000).

► A la Réunion, l'**activité de dépistage** poursuit son augmentation avec un taux de dépistage qui était égal à **3 759 tests pour 100 000 habitants** en S17 comparé à 3 303/100 000 en S16 (Figure 2). Il dépasse le taux de dépistage national qui était égal à 3 269/100 000 habitants en S17. En S17, le **taux de positivité** était stable et égal à 3,9%, soit en-dessous du seuil de vigilance de 5% (Figure 2). Au niveau national, il était à 7%.

► A la Réunion en S17, quatre communes avaient un taux d'incidence supérieur à 150/100 000 habitants avec plus de 10 cas signalés : Le Port (347/100 000), Saint-Louis (239/100 000), La Possession (226/100 000) et Saint-Denis (159/100 000) (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, S32/2020 à S17/2021 (source SI-DEP, 05/05/2021)

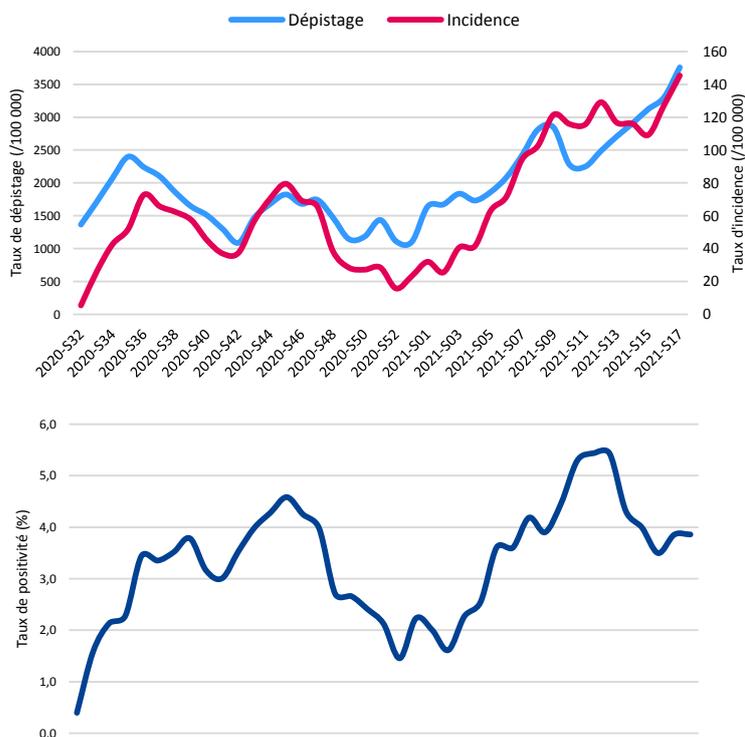


Figure 3 Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par commune, La Réunion, du 26 avril au 02 mai 2021 (source SI-DEP, 06/05/2021)

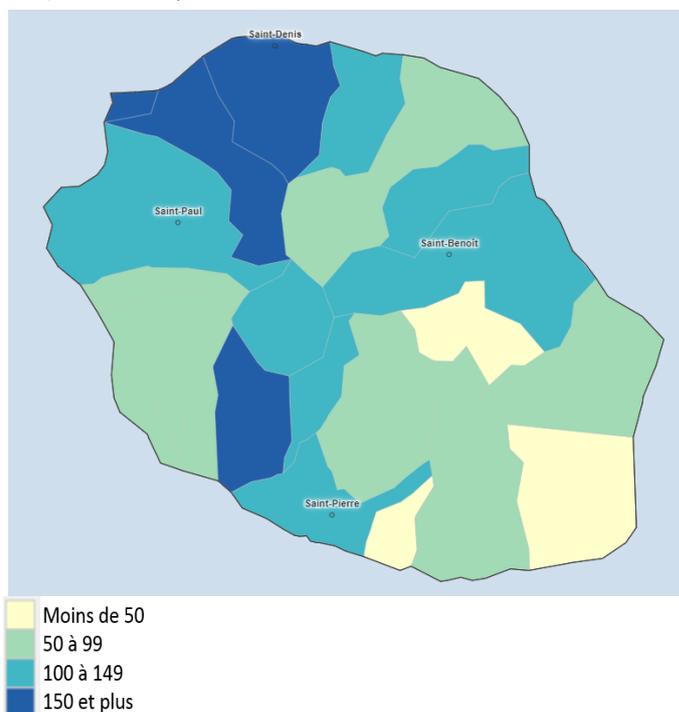
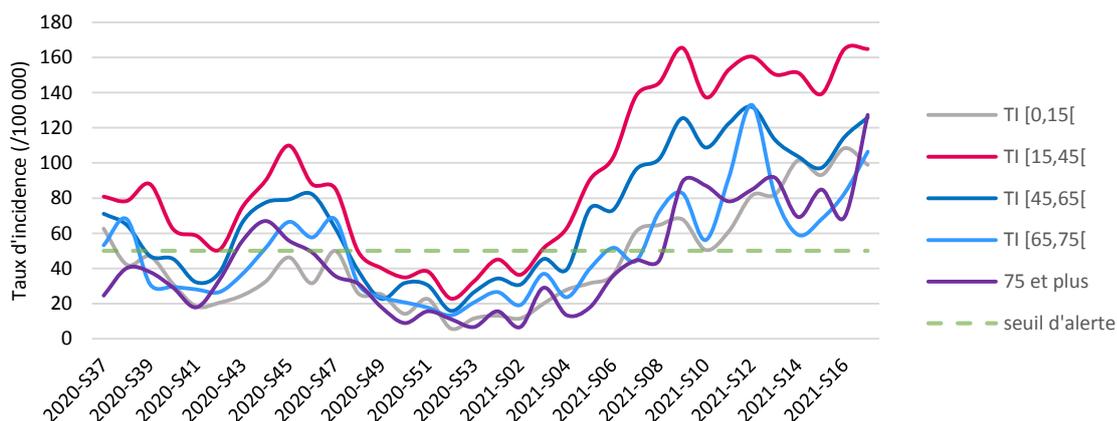


Figure 4. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par classes d'âges, La Réunion, de la S37/2020 à la S17/2021 (source SI-DEP, 06/05/2021)



► Nombre de reproduction effectif (R_{eff})

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

En S17, les estimations du nombre de reproduction effectif (R_{eff}) étaient non significativement supérieures à 1.

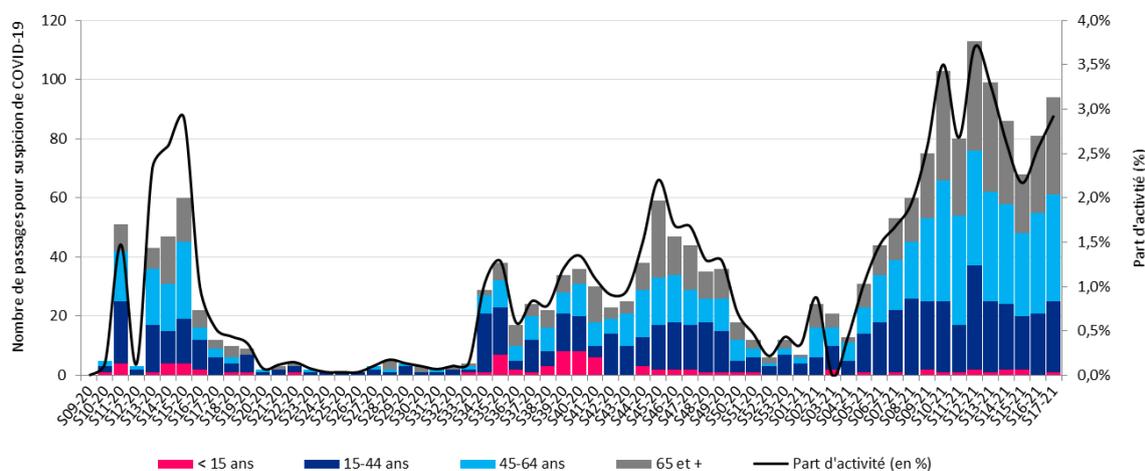
L'estimation du R_{eff} était de 1,02 (0,96-1,08) selon les données de laboratoires (SI-DEP) et de 1,09 (0,88-1,32) selon les données de passages aux urgences (OSCOUR). Ces estimations prennent en compte les données jusqu'au samedi 1^{er} mai 2021.

Surveillance à l'hôpital

Passages aux urgences (données OSCOUR)

► Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 poursuit sa hausse avec 94 passages en S17 (+16%) par rapport à la semaine précédente (n=81). La part d'activité passe à 2,9% en S17 contre 2,6% en S16 (Figure 5). Cette augmentation des recours aux urgences pour suspicion COVID-19 concerne spécialement les 65 ans et plus (+27%). Pour les autres catégories d'âge : 15-44 ans (+14%), 45-64 ans (+6%) et un seul passage pour les moins de 15 ans.

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 S17/2021 (Source Oscour® - 05/05/2021)

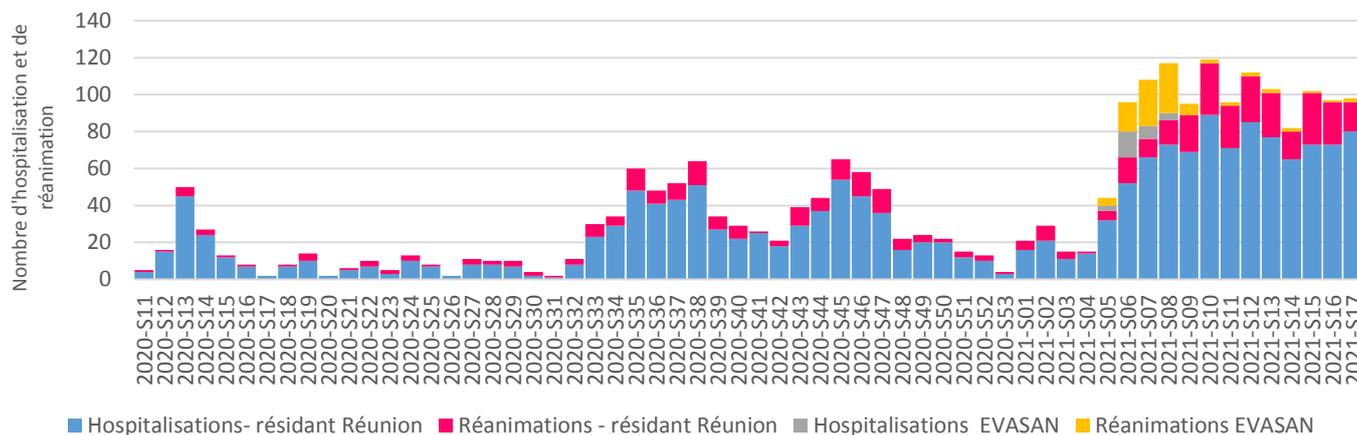


Hospitalisations et admission en réanimation (données SIVIC)

► Le nombre de nouvelles hospitalisations était en augmentation avec 80 hospitalisations en S17 comparées à 73 en S16 (Figure 6).

► Le nombre de nouvelles admissions en réanimation était en diminution (-30%) avec 16 nouvelles admissions en réanimation comparées à 23 en S16 (Figure 6).

Figure 6. Nombre hebdomadaire d'hospitalisations et d'admissions en réanimation pour suspicion de COVID-19 à La Réunion, S11/2020 à S17/2021 (Source : SIVIC - 05/05/2021)



Surveillance en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

► En S17, 2 cas confirmés de Covid-19 au sein d'un ESMS ont été déclarés dans le nouveau dispositif de surveillance Voozаноо: 1 résident et 1 personnel. **A noter qu'il est essentiel que les établissements sociaux et médicaux-sociaux signalent les cas de COVID-19 au sein de leur établissement dans la nouvelle application.** Cette dernière alerte sur des situations à risque et permet d'évaluer l'impact de la circulation de la COVID-19 dans les ESMS.

Surveillance de la mortalité

Mortalité non spécifique

► Aucun excès significatif de mortalité, toutes causes et tous âges confondus, n'a été observé en semaine S16 (source Insee).

Mortalité spécifique, en lien avec la COVID-19

► SI-VIC : entre le 01/03/2020 et le 02/05/2021, 161 décès de patients hospitalisés ont été signalés. En S17, 6 décès ont été recensés comparés à 3 décès la semaine précédente.

► **Certificats de décès électroniques** : du 01/03/2020 au 03/05/2021, 145 certificats de décès électroniques comprenant la mention COVID-19 ont été établis. Le sex-ratio (H/F) était de 1,5. Toutes les personnes décédées étaient âgées de plus de 15 ans et 66% avaient plus de 65 ans. La proportion de personnes concernées présentant au moins une comorbidité était de 52%. Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle (42%), le diabète (42%), et une pathologie rénale (32%).

► **Certificats de décès papiers** : En S17, aucun certificat de décès portant la mention COVID-19 nous a été transmis. Un total de deux personnes sont décédées au mois d'avril 2021. Il s'agit de deux femmes âgées de plus de 90 ans.

Vaccination

► Au 04/05/2021, **85 451 personnes ont été vaccinées** à la Réunion avec au moins une dose, dont 40 306 ont reçu 2 doses, soit une couverture vaccinale en population générale de **9,9% pour une dose et 4,7% pour deux doses**.

► Pour la population des **75 ans et plus**, 17 228 personnes ont été vaccinées avec au moins une injection représentant une couverture vaccinale de 38,5% et 26,9% avec un schéma vaccinal complet.

► La couverture vaccinale des **résidents en Ehpad** est de 88,2% avec au moins une première dose et de 77,9% avec un schéma vaccinal complet.

► Pour les **professionnels de santé**, la couverture vaccinale avec une 1^{ère} dose est de 76,6% et 45,7% pour deux doses.

Variants

► En S17, **1 224 tests positifs (RT-PCR et TAG)** ont été signalés dont 974 RT-PCR positives. Parmi ces tests, **571 ont été criblés** soit 47% de l'ensemble des tests positifs et 59% des tests RT-PCR positifs.

► Sur l'ensemble des tests criblés, il y avait 50 suspicions pour le **variant anglais** (9%), soit une diminution par rapport aux précédentes semaines, et 296 suspicions pour les variants **brésilien ou sud-africain** (52%), soit 346 suspicions de **variants d'intérêts** signalées (61%). Le variant sud-africain reste prédominant, et la part du variant anglais diminue.

Tableau 1. Principaux indicateurs des données de criblages (données SpFrance, du 26 avril au 02 mai 2021)

Indicateurs	Pourcentage de tests criblés parmi tous les tests positifs (TAG + RT-PCR)	Pourcentage De tests criblés parmi toutes les RT-PCR+	Pourcentage de suspicions de variant UK parmi tous les tests criblés	Pourcentage de suspicions de variant AFS ou BRA parmi tous les tests criblés	Pourcentage de suspicions de l'ensemble des variants d'intérêts (UK/AFS ou BRA) parmi tous les tests criblés
Calculs	$\frac{\text{PCR de criblage}}{\text{RT} - \text{PCR} + \text{TAG}}$	$\frac{\text{PCR de criblage}}{\text{Toutes les RT-PCR} +}$	$\frac{\text{Suspicion de variant UK}}{\text{Toutes les PCR de criblage}}$	$\frac{\text{Suspicion de variant AFS ou BRA}}{\text{Toutes les PCR de criblage}}$	$\frac{\text{Suspicion de tous les variants}}{\text{Toutes les PCR de criblage}}$
Résultats	47%	59%	9%	52%	61%

Missions de Santé publique France

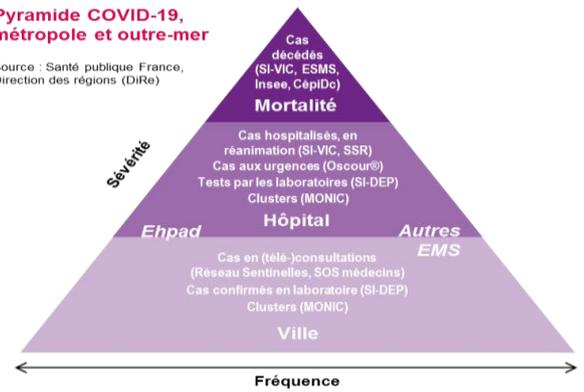
Surveiller, comprendre la dynamique de l'épidémie, anticiper les scénarii, mettre en place des actions pour prévenir et limiter la transmission du virus, mobiliser la réserve sanitaire. En région, coordonner la surveillance, investiguer, analyser les données, apporter l'expertise à l'ARS pour l'aide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



INFORMATION CORONAVIRUS **COVID-19**

PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES

Se laver régulièrement les mains ou utiliser une solution hydro-alcoolique

Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir

Se moucher dans un mouchoir à usage unique

Portez un masque chirurgical ou en tissu de catégorie 1 quand la distance de deux mètres ne peut pas être respectée

Respecter une distance d'au moins deux mètres avec les autres

Limiter au maximum ses contacts sociaux (6 maximum)

Eviter de se toucher le visage

Aérer les pièces le plus souvent possible, au minimum quelques minutes toutes les heures

Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades

Utiliser les outils numériques (TousAntiCovid)

GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS

0 800 130 000
(appel gratuit)



Zoom sur la Table ronde, mardi 25 mai, 14h à 16h

« La décision locale en santé publique en situation de crise sanitaire »

Participants :

Josiane Chevalier, Préfète du Bas-Rhin et de la région Grand-Est

Laurent Filleul, Responsable de SpFrance en Nouvelle Aquitaine

Serge Grouard, Maire d'Orléans

Etienne Nouguez, Sociologue au CSO (SciencesPo/CNRS)

Benoit Vallet, Directeur général de l'ARS des Hauts-de-France

Modérateurs : François Dabis (Isped, Université de Bordeaux), Patrick Rolland (SpFrance)

Quels acteurs, quelle organisation, quelles données pour proposer des mesures et des actions de santé publique dans un contexte d'incertitude ? Comment utiliser au mieux les expertises et les connaissances locales pour la décision et l'action ? Cette session invite à la discussion sur la nature des données utiles ainsi que du niveau géographique et du degré d'incertitude qui reste acceptable sur le plan de la précision des données en appui de la décision. Au regard de la crise sanitaire liée à la Covid 19, nous réfléchirons sur la manière d'articuler les organisations en anticipation de crises ultérieures : l'accès aux données, la répartition des rôles et des périmètres, la production d'indicateurs, l'acquisition et la diffusion des connaissances ainsi que leur accompagnement dans l'espace public.

Les **Rencontres de SpFrance** se tiendront en format virtuel les **25 et 26 mai**.

info@rencontressanpubliquefrance.fr

Je m'inscris !

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

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. 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.