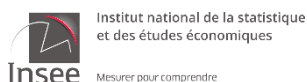


En collaboration avec :

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 : proportion des cas asymptomatiques (p.6-7)

Indicateurs clés – Semaine 12 (du 22 au 28 mars 2021)

CIRCULATION VIRALE ACTIVE

Taux d'incidence ↗
129/100 000 habitants > seuil
d'alerte

Taux de positivité ↔
5,4 % > seuil de vigilance

Taux de dépistage ↗
2 381/100 000 habitants

IMPACT SANITAIRE

111 passages aux urgences pour
suspicion de COVID-19 ↗

83 hospitalisations ↗

24 admissions en réanimation ↔

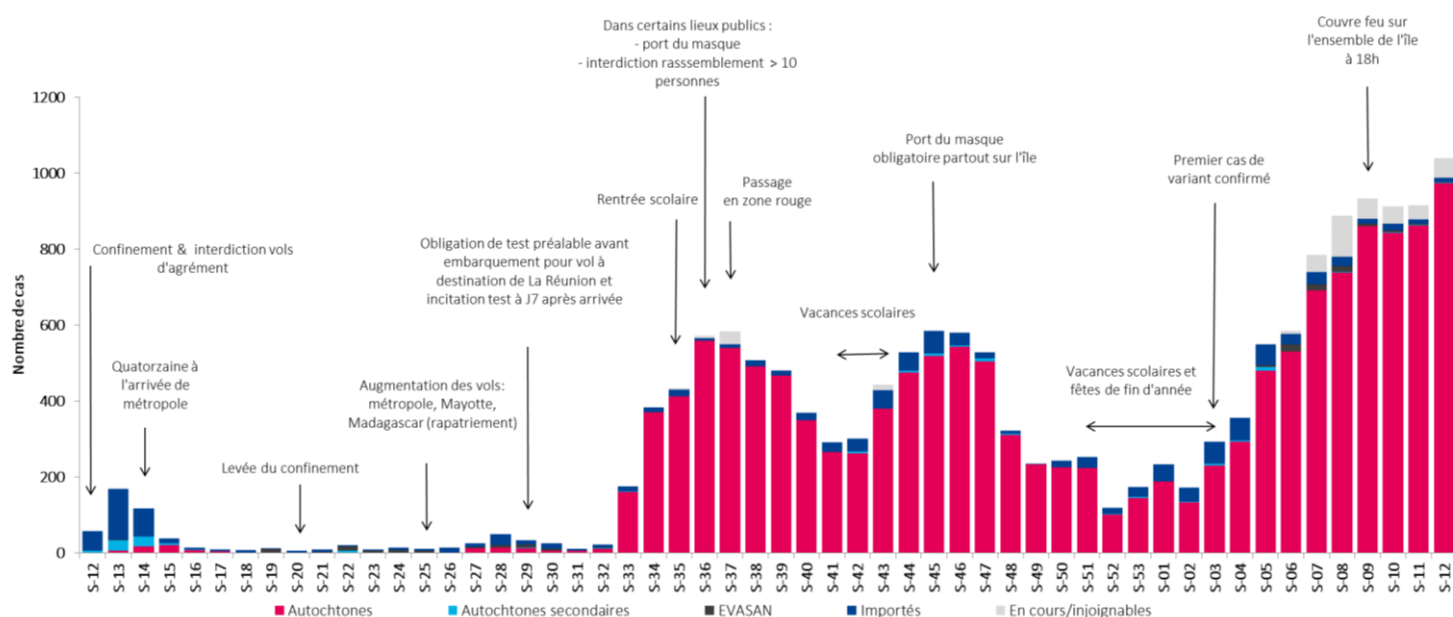
15 nouveaux décès ↘

Analyse de la situation

- Les indicateurs illustrent une **circulation très active du virus** : le nombre de nouveaux cas et le taux d'incidence sont élevés et poursuivent leur augmentation. Par ailleurs, le nombre de communes dont le taux d'incidence dépasse les 150 cas pour 100 000 habitants continue également d'augmenter, avec notamment trois communes présentant un taux d'incidence supérieur ou égal à 200/100 000 habitants. **La vigilance doit être renforcée en cette période de fêtes de Pâques pour limiter les contacts et respecter les gestes barrière.**
- Les indicateurs d'impact sanitaire **repartent à la hausse** en semaine 12, avec une augmentation du nombre d'hospitalisations et de passages aux urgences pour suspicion COVID-19, mais une stabilisation du nombre de nouvelles admissions en réanimation.
- En plus des personnes précédemment éligibles à la vaccination, les personnes âgées de 70 ans ou plus sans comorbidité pourront se faire vacciner à compter du 29 mars. La **couverture vaccinale en population générale (2,2% avec deux doses) est pour le moment insuffisante pour avoir un impact sur la circulation du virus.**
- Afin de protéger les personnes les plus fragiles vis-à-vis de la COVID-19, de réduire la circulation actuelle du virus et d'éviter la saturation du système hospitalier (dans un contexte d'épidémie de dengue concomitante), **l'application rigoureuse de l'ensemble des mesures individuelles et collectives de prévention est plus que jamais indispensable**, et reste également **valable pour les personnes vaccinées** :
 - **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 (soient 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 S12/2021 (sources : ARS, Assurance maladie, 01/04/2021)



► Depuis l'apparition du premier cas le 11 mars 2020, **16 586 cas** confirmés ont été signalés (données ARS au 30/03/2021). Le nombre de nouveaux cas augmente et a franchi le cap des 1 000 cas hebdomadaires, avec **1 086 nouveaux cas** en S12 (Figure 1).

► Le nombre de nouveaux cas importés est de **12** en S12 (10 cas importés en S11 et 17 en S10) (Figure 1). La part des cas importés est stable à **1%** (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 fêtes de Pâques pour limiter les contacts et respecter les gestes barrière.

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

► Douze **clusters** ont été signalés en S12 (du 22 au 28/03/2021) et deux depuis le début de la S13.

► Depuis juin 2020, **208 clusters** ont été signalés dont 172 ont été clôturés soit 86% des clusters.

► Parmi les **30 clusters actifs** (en cours d'investigation ou maîtrisés), 15 sont à criticité limitée, 5 à criticité modérée et 10 à criticité élevée. Depuis leur ouverture et jusqu'à ce jour, les clusters actifs regroupent près de 212 personnes contaminées.

► A ce jour, les collectivités concernées par les clusters actifs sont : les **milieux professionnels (23)**, les **établissements de santé (4)**, un EHPAD (1), et un établissement scolaire (2).

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

► Sur l'île, **7 communes** sont concernées par les clusters actifs à criticité élevée : l'Etang-Salé (1 cluster), Le Port (1), Saint-Denis (2), Saint-Louis (1), Saint-Joseph (1), Saint-Paul (2) et Saint-Pierre (2).

Surveillance virologique (données SI-DEP au 31/03/2021)

► Le taux d'incidence en S12 était de **129 cas pour 100 000 habitants**, comparé à 116/100 000 habitants la semaine précédente, et **reste supérieur au seuil d'alerte** (Figure 2). En France métropolitaine, le taux d'incidence était de 379/100 000 habitants en S12.

L'**augmentation** du taux d'incidence a été observée principalement chez les 65-75 ans (+45%) et chez les moins de 15 ans (+34%), ce qui poursuit la tendance de la semaine précédente. Le taux d'incidence restait supérieur à 100/100 000 habitants pour les **15-44 ans** (161/100 000), les **45-64 ans** (132/100 000) et les **65-74 ans** (133/100 000). Il était d'environ 80/100 000 habitants pour les moins de 15 ans et les 75 ans et plus (Figure 4).

► A la Réunion, l'activité de dépistage augmente et est à **2 381 tests pour 100 000 habitants** en S12 comparé à 2 150/100 000 en S11 (Figure 3).

► En S12, le taux de positivité était stable à 5,4% soit au-dessus du seuil de vigilance de 5% (Figure 3). Au niveau national, il était à 8,2%.

► A la Réunion en S12, **six communes** avaient un taux d'incidence **supérieur à 150/100 000 habitants** (Figure 3), dont la moitié avaient un taux d'incidence supérieur à 200/100 000 habitants : le Port (207/100 000), La Possession (202/100 000) et L'Etang-Salé (200/100 000). La commune de Saint-Denis présentait un taux d'incidence de 193/100 000.

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 S12/2021 (source SI-DEP, 01/04/2021)

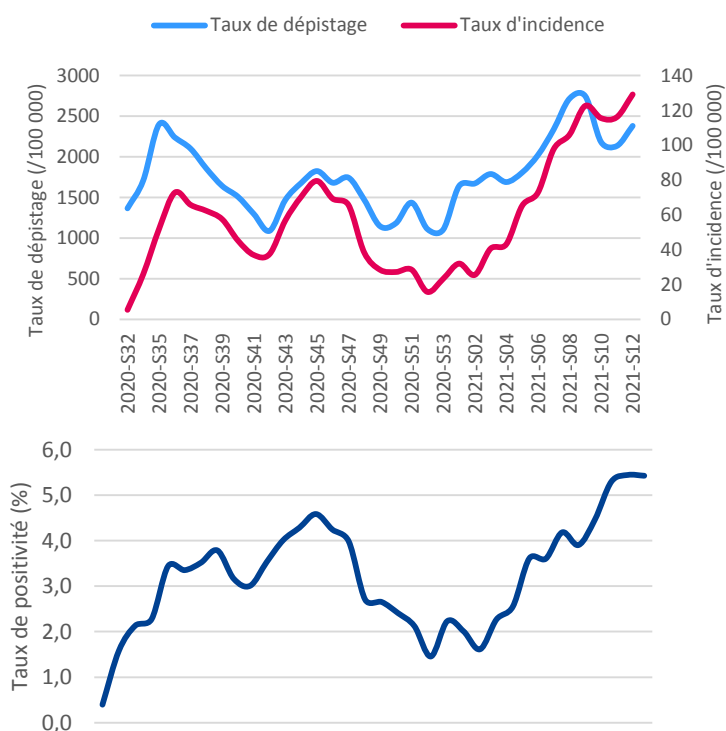


Figure 3 Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par commune, La Réunion, du 22 au 28/03/2021 (source SI-DEP, 01/04/2021)

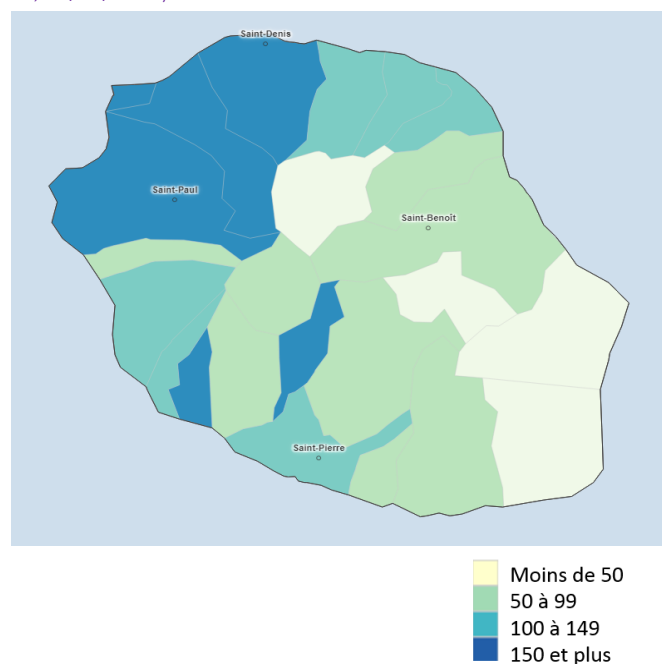
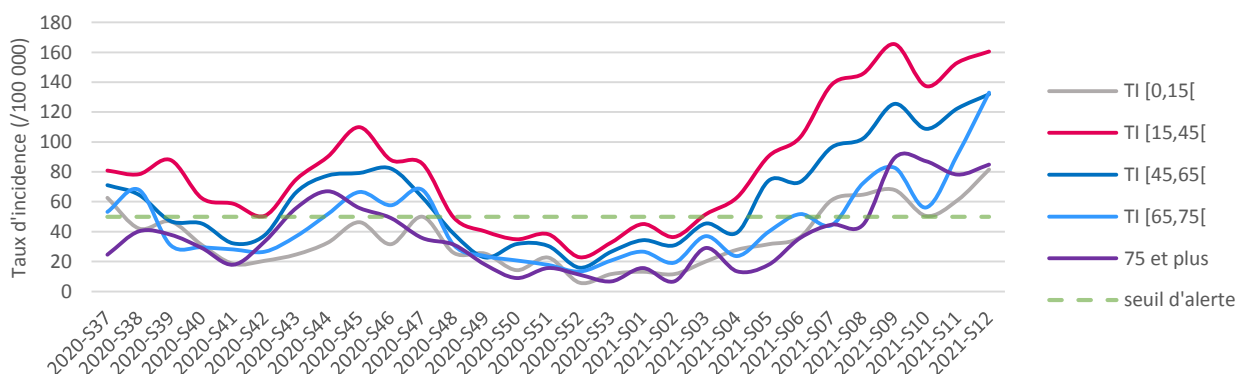


Figure 4. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par classes d'âges, La Réunion, de la S37/2020 à la S12/2021 (source SI-DEP, 01/04/2021)



► Nombre de reproduction effectif (R_{eff})

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

En S12, l'estimation du R_{eff} selon les données de laboratoires (SI-DEP) était de 1,05 (0,99-1,11). L'estimation du R_{eff} selon les données de passages aux urgences (OSCOUR) était de 1,45 (0,87-2,18).

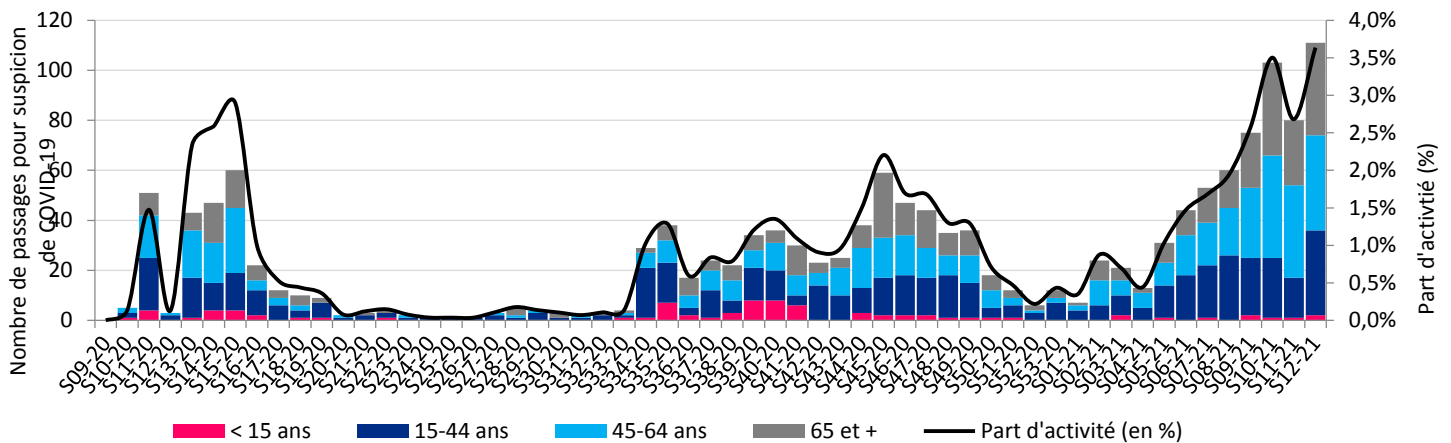
Ces estimations prennent en compte les données jusqu'au samedi 27 mars.

Surveillance à l'hôpital

Passages aux urgences

► Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 repart à la hausse avec 111 passages en S12 (+39%) comme la part d'activité des services d'urgence pour ce motif (de 2,7% en S11 à 4% en S12) (Figure 5). Cette augmentation des recours aux urgences concerne plus particulièrement les 45-64 ans (+113%) et les 65 ans et plus (+42%).

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 S12/2021 (Source Oscour® - 01/04/2021)



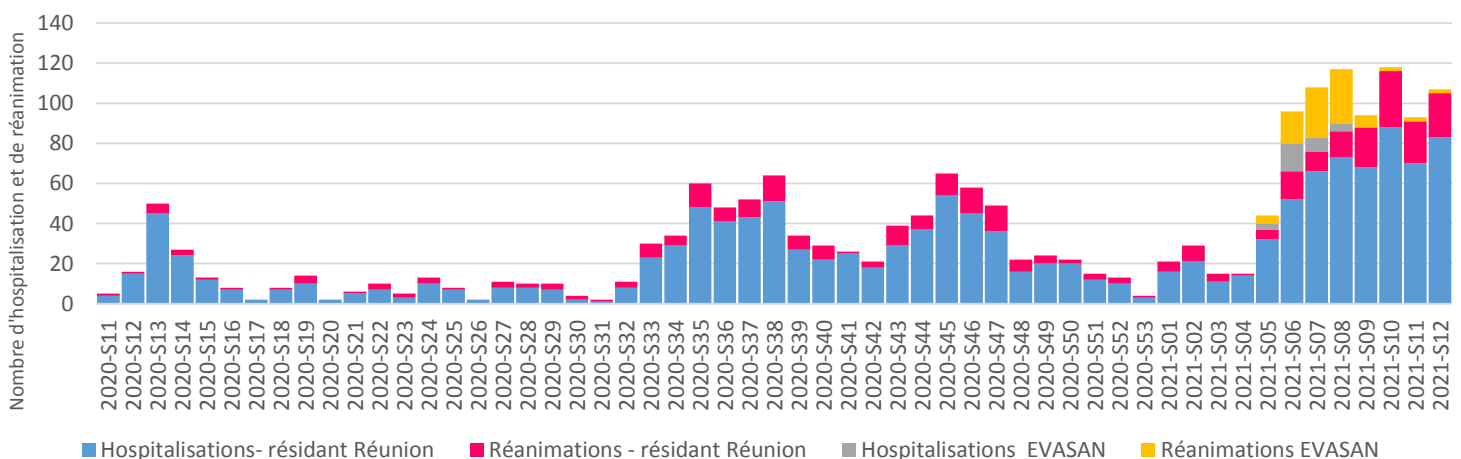
Hospitalisations et admission en réanimation (données SIVIC)

► Le nombre de nouvelles hospitalisations était en augmentation (+19%) en S12 (83 hospitalisations vs 70 en S11) (Figure 6).

► Le nombre de nouvelles admissions en réanimation était stable (24 nouvelles admissions en réanimation, dont 2 EVASAN, en S12 vs 23 en S11) (Figure 6).

► Les indicateurs hospitaliers repartent à la hausse en S12 et l'impact sanitaire de la COVID-19 se dégrade 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 S12/2021 (Source : SIVIC - 01/04/2021)



Surveillance en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

Evolution du dispositif de surveillance

► Le dispositif de surveillance des cas et des décès de COVID-19 en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS) parmi les résidents et le personnel, mis en place par Santé publique France le 27 mars 2020, a évolué le 19 mars 2021 (l'ancienne application a été fermée à partir du 16/03/2021, jusqu'à la mise en production de la nouvelle application le 19/03/2021, permettant l'intégration des données historiques).

► De ce fait, de nombreux ESMS sont actuellement en cours de mise à jour de leurs données ou de leur authentification pour accéder à la nouvelle application. Ainsi, les données issues de la surveillance ESMS COVID-19 ne sont pas encore consolidées.

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 01/03/2020 et le 28/03/2021, 124 décès de patients hospitalisés ont été signalés. En S12, 15 décès ont été recensés comparés à 18 décès en S11.

► **Certificats de décès électroniques** : du 01/03/2020 au 29/03/2021, 110 certificats de décès électroniques comprenant la mention COVID-19 ont été établis. Le sex-ratio (H/F) était de 1,6. Toutes les personnes décédées étaient âgées de plus de 15 ans et 64% avaient plus de 65 ans. Parmi les 110 certificats de décès, 54% présentaient au moins une comorbidité, 41% présentaient de l'hypertension artérielle, 37% un diabète et 32% une pathologie rénale.

► **Certificats de décès papiers** : deux certificats de décès papier portant une mention relative à la COVID-19 ont été signalés en S12 à l'ARS Réunion. Un total de 10 certificats de décès ont été reçus concernant des personnes décédées entre le 1^{er} et le 25 mars 2021, âgées de 58 à 93 ans.

Vaccination COVID-19 (données au 31/03/2021)

► 36 433 personnes ont été vaccinées à la Réunion avec au moins une dose, dont 18 619 ont reçu 2 doses, soit **une couverture vaccinale en population générale de 4,2% pour une dose et 2,2% pour deux doses**. A l'échelle nationale, la couverture vaccinale en population générale est de **12,3% pour une dose et de 4,1% pour deux doses**.

► Pour la population des **75 ans et plus**, **12 477 personnes ont été vaccinées avec au moins une injection représentant une couverture vaccinale de 27,9% et 18,9% avec un schéma vaccinal complet**.

► La **couverture vaccinale des résidents en Ehpad est de 80,5% avec au moins une première dose et de 65,3% avec un schéma vaccinal complet**.

► Pour les professionnels de santé, la **couverture vaccinale avec une 1^{ère} dose est de 33,4% et 15,7% pour deux doses**.

Variants

► Du 22 au 28/03/2021, 571 échantillons ont été renseignés dans SIDEp comme ayant été criblés soit 45% de PCR de criblage réalisées parmi l'ensemble des tests positifs (N=1 258). Parmi les échantillons criblés, 331 (58%) correspondaient à une suspicion de variants : 278 suspicions du variant 20H/501Y.V2 (sud-africain) ou du variant 20J/501Y.V3 (brésilien) (soit 49%) et 53 suspicions du variant 20I/501Y.V1 (britannique) (soit 9%) (données SpFrance).

► **Le variant 20H/501Y.V2 (sud-africain) est prédominant sur notre territoire.**

FOCUS de la semaine : proportion de cas asymptomatiques

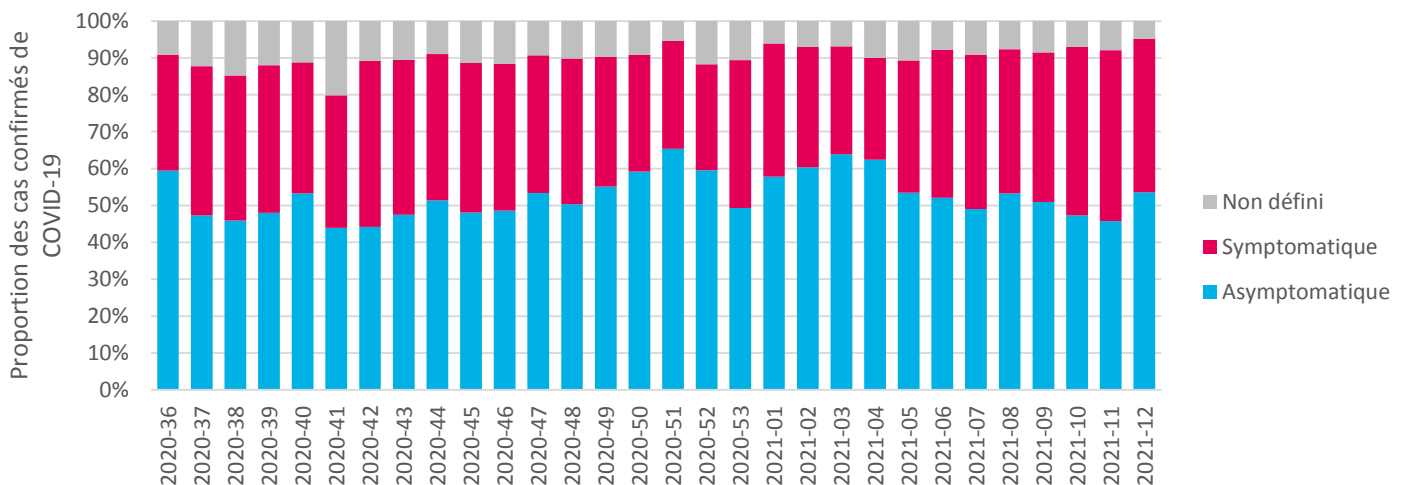
Evolution temporelle de la proportion de cas asymptomatiques

Formes symptomatiques et asymptomatiques

- ▶ Les premières descriptions de cas positifs au SARS-CoV-2 en janvier 2020 rapportaient peu de formes asymptomatiques, du fait d'une détection essentiellement basée sur la présence de signes cliniques. Une étude en Chine réalisée entre décembre 2019 et février 2020 indiquait une proportion de 1,2 % de cas asymptomatiques.
- ▶ Plus récemment, plusieurs études ont étudié la part de cas asymptomatiques parmi les cas confirmés de COVID-19 et ont montré que la part d'infections asymptomatiques est plus importante et hautement variable. Selon une synthèse réalisée par Santé publique France en juillet 2020 ([lien](#)), **24,3% des infections au SARS-CoV-2 serait des formes asymptomatiques**, soit près d'un quart des infections.
- ▶ A la Réunion, l'évolution de la part des cas asymptomatiques varie au cours du temps sans qu'une nette tendance ne se dessine, surtout dans le contexte récent d'introduction et diffusion de variants (essentiellement le variant sud-africain à la Réunion) (Figure 7).

Nous pouvons cependant noter qu'en **semaine 36-2020** (septembre 2020), la **proportion des cas asymptomatiques était de 60%** (inversion par rapport à la tendance en métropole ci-dessus du quart de formes asymptomatiques) alors qu'elle fluctue autour de **50% au cours des deux derniers mois (S05 à S12-2021)** (mars 2021).

Figure 7. Evolution de la proportion de cas symptomatiques et asymptomatiques de COVID-19 à La Réunion, par semaine de signalement, S36/2020 à S12/2021 (Source : SI-DEP au 01/04/2021)



FOCUS de la semaine : proportion de cas asymptomatiques

Proportion de cas asymptomatiques par classes d'âges

Etablissements scolaires

► A la Réunion, la proportion des cas asymptomatiques est restée plus ou moins stable à environ 50% pour toutes les classes d'âges sauf pour les jeunes de moins de 15 ans (Figure 8).

► Chez les jeunes de 0-15 ans, nous observerons une **augmentation du nombre de cas positifs** concernant majoritairement des **formes asymptomatiques**. Cette augmentation a débuté mi-février 2021, à partir de la semaine 07, soit deux semaines après la rentrée scolaire.

Elle coïncide avec la mise en place d'un **nouveau protocole** de gestion des contacts autour des cas de COVID-19 au sein des établissements scolaires suite à la diffusion de variants. Ce protocole stipulait entre autre la fermeture de la classe ainsi que l'isolement et le dépistage (J0 puis J7) de tous les élèves de la classe dès la détection d'un contact de contact de cas variant. Ce nouveau protocole a entraîné la fermeture de beaucoup de classes (plus de 20 classes par jour) et donc le dépistage et la détection de cas de COVID-19 au sein de cette population de moins de 15 ans.

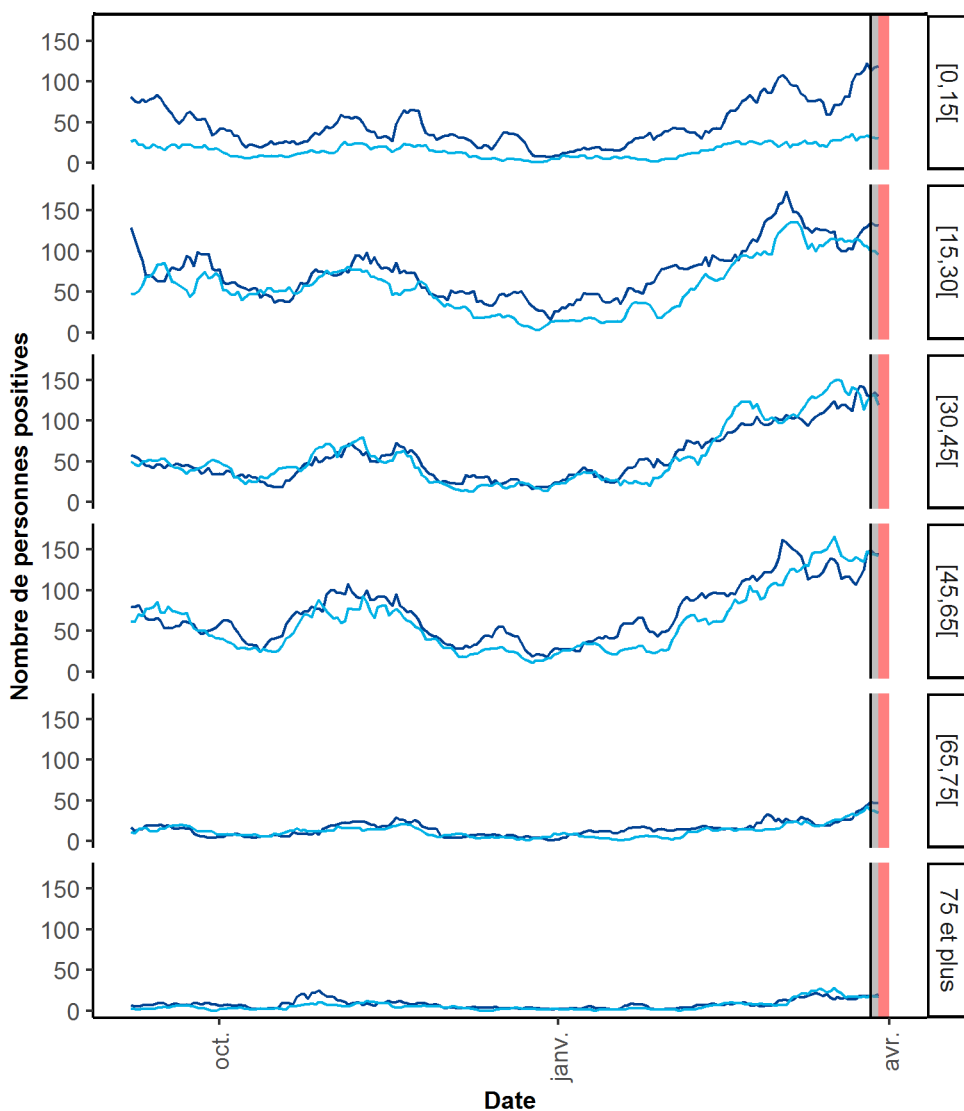


Figure 8. Evolution de la proportion de cas asymptomatiques de COVID-19 à La Réunion, par semaine de signalement et par classes d'âges, S36/2020 à S12/2021 (Source : SI-DEP au 01/04/2021)

— Asympto.
— Sympto.

Missions de Santé publique France

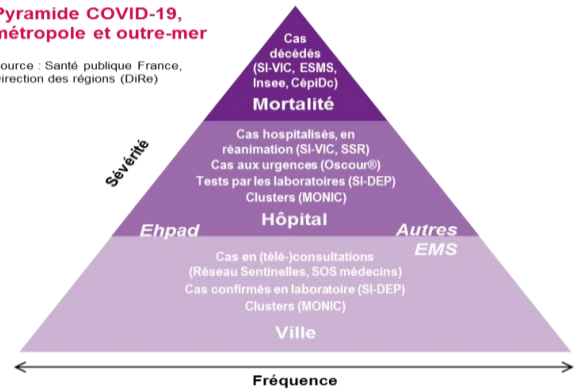
Surveiller, comprendre la dynamique de l'épidémie, anticiper les scénarii, mettre en place des actions pour prévenir et limiter la transmission du virus, mobiliser la réserve sanitaire. En région, coordonner la surveillance, investiguer, analyser les données, apporter l'expertise à l'ARS pour l'aide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



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)

GOVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS

0 800 130 000
(appel gratuit)

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.