

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



Focus de la semaine : Formes asymptomatiques (p.7-8)

Indicateurs clés – Semaine 22 (du 31 mai au 06 juin 2021)

CIRCULATION VIRALE ACTIVE

Taux d'incidence ↘
144/100 000 habitants

Taux de positivité ↘
4,7 % (< seuil de vigilance)

Taux de dépistage ↘
3 043/100 000 habitants

IMPACT SANITAIRE

70 passages aux urgences pour
suspicion de COVID-19 ↘

67 hospitalisations ↘

20 admissions en réanimation ↘

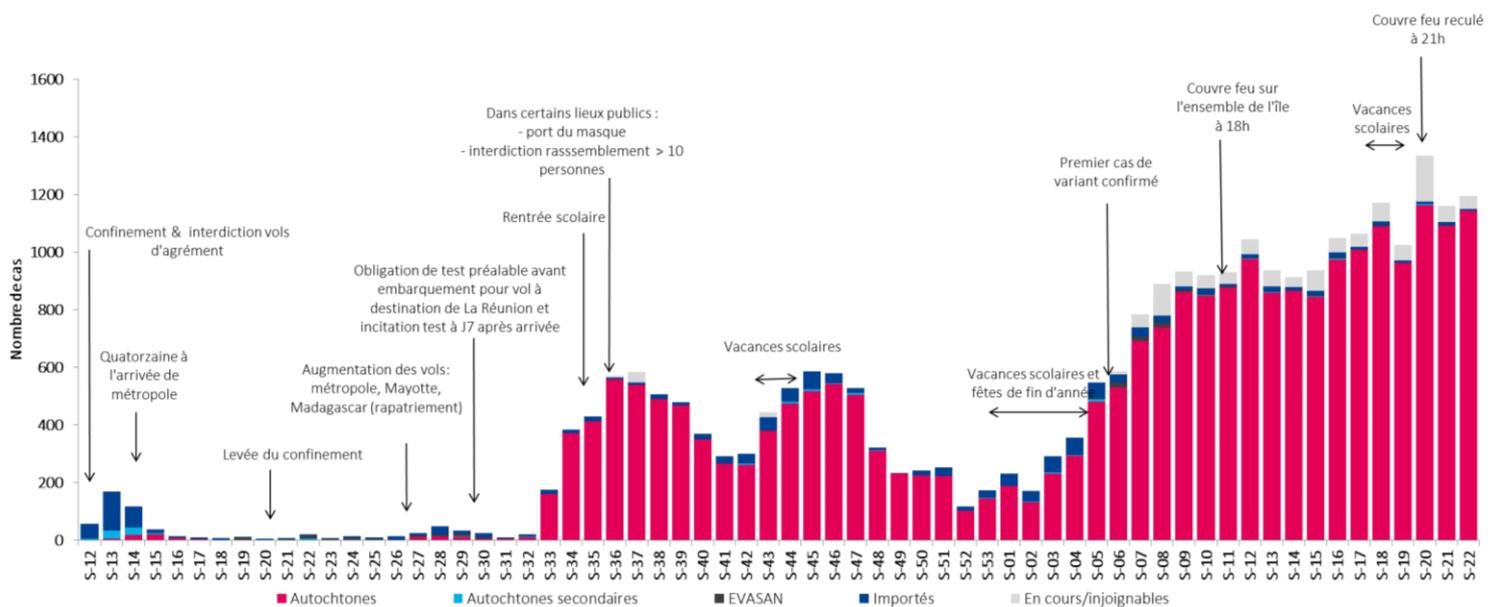
11 nouveaux décès ↔

Analyse de la situation

- A La Réunion, la situation sanitaire reste préoccupante. **La circulation virale se maintient à un niveau élevé sur l'ensemble du territoire** avec 14 communes présentant un taux d'incidence supérieur à 100/100 000 habitants (avec plus de 10 cas signalés), dont 10 communes avec un taux d'incidence supérieur à 150/100 000 habitants.
- La circulation de **variants plus transmissibles** sur le territoire participe à la propagation du virus et cela dans un contexte de levée progressive des mesures de restriction et de relâchement des gestes barrière de moins en moins respectés.
- Au 06/06/2021, 186 033 personnes ont été vaccinées à La Réunion avec au moins une dose, dont 99 392 ont reçu deux doses, soit une couverture vaccinale en population générale de **21,6% pour une dose de vaccin et 11,6% avec un schéma vaccinal complet**.
- Depuis quelques semaines, il y a de nombreux signalements de clusters au sein des diverses collectivités de l'île dont les **EHPAD**. Au sein de ces structures, les **professionnels non vaccinés** sont souvent à l'origine de la contamination des résidents dont l'état de santé est déjà fragilisé. Il est important afin d'éviter ces clusters d'augmenter la couverture vaccinale et de renforcer les gestes barrières, surtout chez les professionnels travaillant en lien avec ces structures.
- 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,
 - **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),
 - **se faire vacciner**

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 S22/2021 (sources : ARS, Assurance maladie, 08/06/2021)



► Depuis l'apparition du premier cas le 11/03/2020, **27 235 cas ont été investigués** (données ARS au 08/06/2021). Le nombre de nouveaux cas hebdomadaires est en légère diminution avec 1 160 cas en S22 comparés à 1 172 cas en S21 (Figure 1).

► Le nombre de nouveaux cas importés est de 8 en S22 (Figure 1). Depuis la S09, la part des cas importés est stable autour de 1% , et la part de personnes injoignables ou dont la prise de contact est en cours est stable autour de 5%.

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

► **Onze clusters** ont été signalés en S22 (du 31 mai au 06 juin 2021) et dix clusters ont été signalés depuis le 06 juin 2021.

► Depuis juin 2020, **329 clusters** ont été signalés dont 276 ont été clôturés soit 84% des clusters.

► Parmi les **42 clusters actifs** (en cours d'investigation ou maîtrisés), 19 sont à criticité limitée, 15 à criticité modérée et 8 à criticité élevée. Depuis leur ouverture et à ce jour, les clusters actifs regroupent près de 415 personnes contaminées.

► A ce jour, les collectivités concernées par les clusters actifs sont : les **milieux professionnels (32)**, les **établissements de santé (1)**, des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) (3), le milieu scolaire et universitaire (4), crèche (1) et un établissement religieux.

► Sur l'île, **trois communes** sont concernées par les clusters actifs à criticité élevée : Le Port (1), Saint-Paul (4) et Saint-Pierre (3).

Dans les milieux professionnels, la diffusion du virus au sein de l'entreprise se maintient malgré **les recommandations en cours d'isolement strictes des contacts à risques**. Ces contaminations professionnelles accentuent à leur tour des 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.

Surveillance virologique (données SI-DEP)

► En S22, le **taux d'incidence** était de 144/100 000 habitants, comparé à 160 en S21 (taux corrigé pour le jour férié) et 153 en S20 (Figure 2). Il était donc en diminution, mais toujours à un niveau élevé. Le taux d'incidence était 1) en augmentation chez les 15-44 ans (+4%), les 45-64 ans (+7%) et les 65-74 ans (+11%), 2) stable chez les 0-15 ans, et 3) en diminution chez les 75 ans et plus (-12%) (Figure 4).

► Le **taux de dépistage corrigé** était en légère diminution à 3 043/100 000 habitants en S22 comparé à 3 210/100 000 habitants (taux corrigé pour le jour férié) en S21. (Figure 2).

► Le **taux de positivité** des personnes testées était de **4,7%** soit en légère baisse par rapport au taux corrigé de la semaine précédente qui était de 5% (Figure 3).

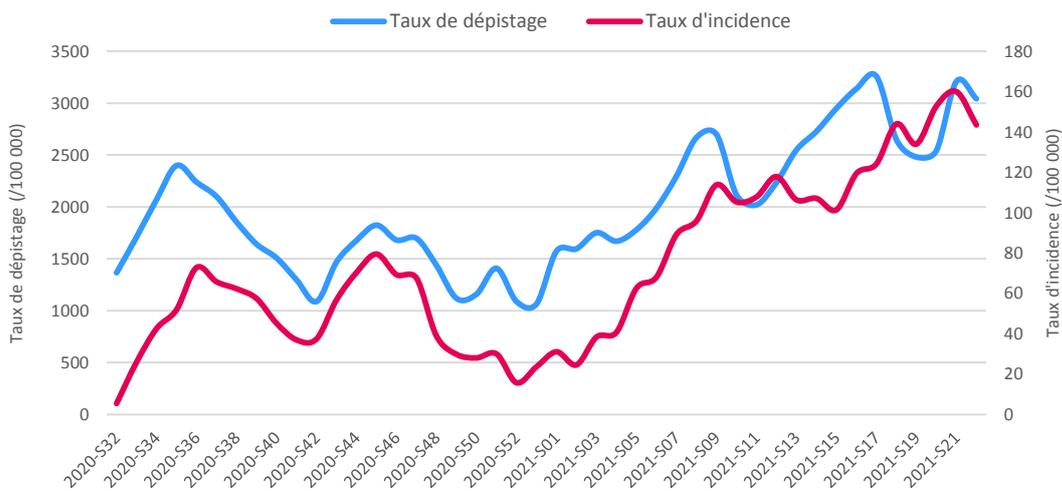


Figure 2. Evolution des taux d'incidence et de dépistage de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), La Réunion, S32/2020 à S22/2021 (source SI-DEP, 09/06/2021)

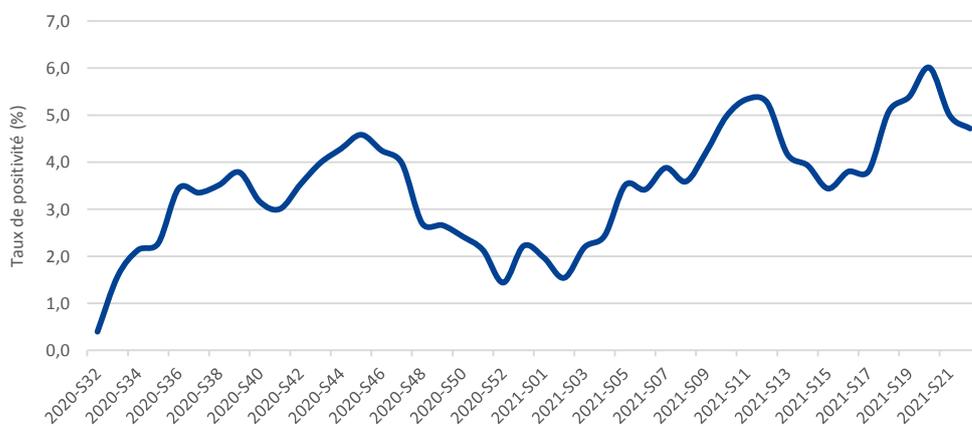


Figure 3. Evolution du taux de positivité de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), La Réunion, S32/2020 à S22/2021 (source SI-DEP, 09/06/2021)

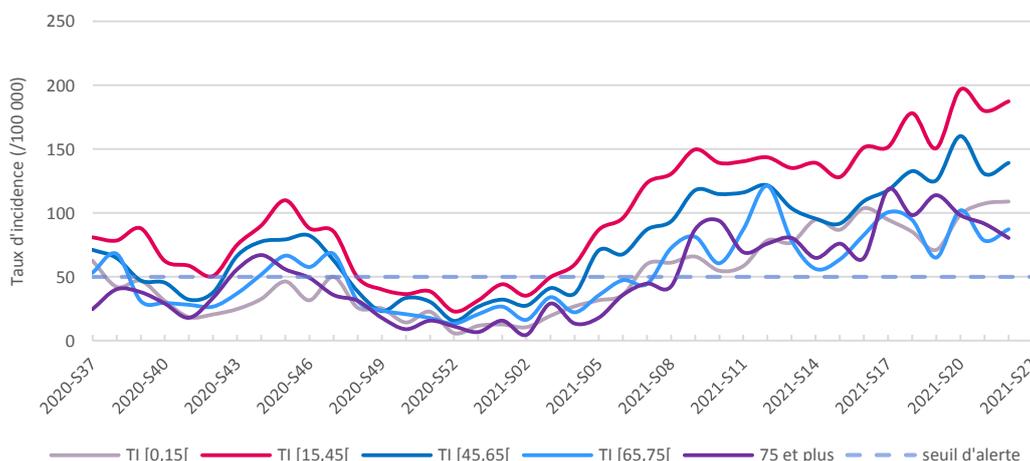


Figure 4. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par classes d'âges, La Réunion, de la S37/2020 à la S22/2021 (source SI-DEP, 09/06/2021)

Analyse infra-départementale

► A La Réunion en S22, 14 communes avaient un **taux d'incidence** (TI) supérieur à 100/100 000 habitants avec plus de 10 cas signalés, dont **10 communes** avec un taux d'incidence **supérieur à 150/100 000 habitants** : Le Port (472/100 000), Sainte-Rose (325/100 000), La Possession (190/100 000), Bras-Panon (186/100 000), Saint-André (184/100 000), Saint-Paul (182/100 000), Saint-Louis (166/100 000), L'Entre-Deux (158/100 000), Saint-Pierre (156/100 000) et Les Trois bassins (154/100 000) (Figure 5).

► Huit communes parmi les 24 présentaient un **taux de positivité** (TP) supérieur à 5% (seuil de vigilance), avec les TP les plus élevés observés dans les communes de Sainte-Rose (7,6%), Saint-André (7,4%), Saint-Louis (6,2%) et Saint-Pierre (5,9%).

► Les **taux de dépistage** (TD) étaient supérieurs à 3 000 tests pour 100 000 habitants dans les communes du Port, de la Possession, de Sainte-Rose, de Saint-Paul, de Bras-Panon et des Trois Bassins. Ils étaient inférieurs à 2 000/100 000 habitants dans six communes, avec les taux les plus bas dans les communes du Sud (Petite-Ile, Saint-Philippe, Saint-Joseph) et des cirques (Cilaos, Salazie).

► Les communes du Tampon, de Saint-Benoît, de Saint-André et de Saint-Pierre présentaient :

- un TI supérieur à 100/100 000 habitants,
- un TP élevé supérieur à 5%,
- un TD inférieur ou égal à 2 500/100000 habitants.

Cette combinaison d'indicateurs épidémiologiques est à surveiller.

► Au niveau des communes de Saint-André, Bras-Panon et Saint-Benoît, ce sont les IRIS les plus proches du littoral qui présentaient les TI les plus élevés (Figure 6). Au niveau de la commune de Sainte-Rose, ce sont les IRIS de La Rivière de l'Est, le Centre-Ville et Piton Sainte-Rose qui sont les plus touchés. Les cas semblaient plus dispersés dans les communes de Saint-Pierre et du Tampon.

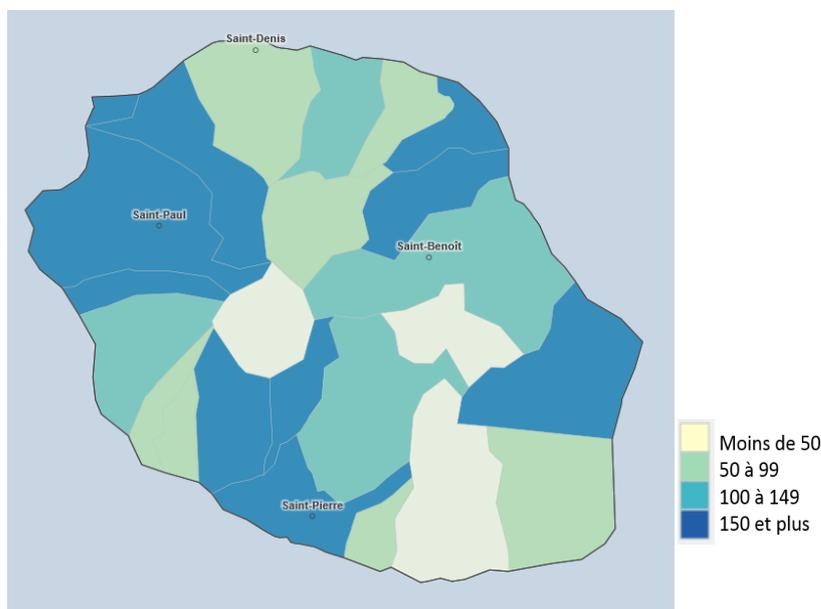


Figure 5. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par commune, La Réunion, du 31 mai au 06 juin 2021 (source SI-DEP, 09/06/2021)

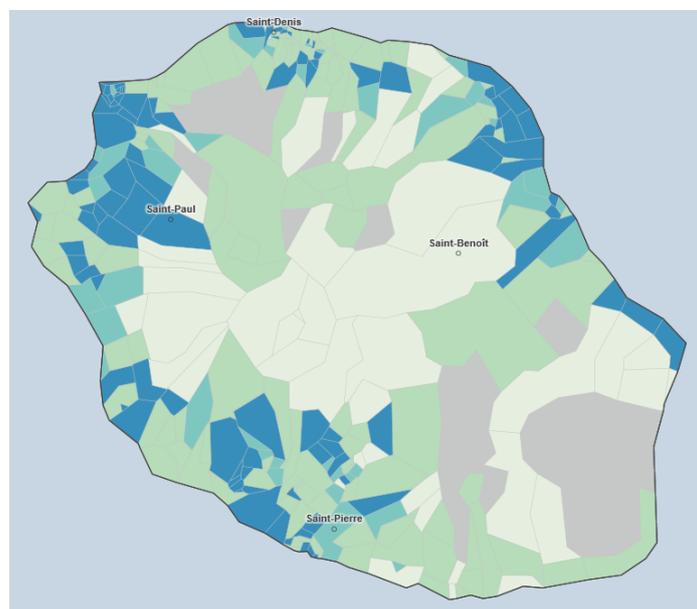


Figure 6. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par IRIS, La Réunion, du 31 mai au 06 juin 2021 (source SI-DEP, 09/06/2021)

► Nombre de reproduction effectif (R_{eff})

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

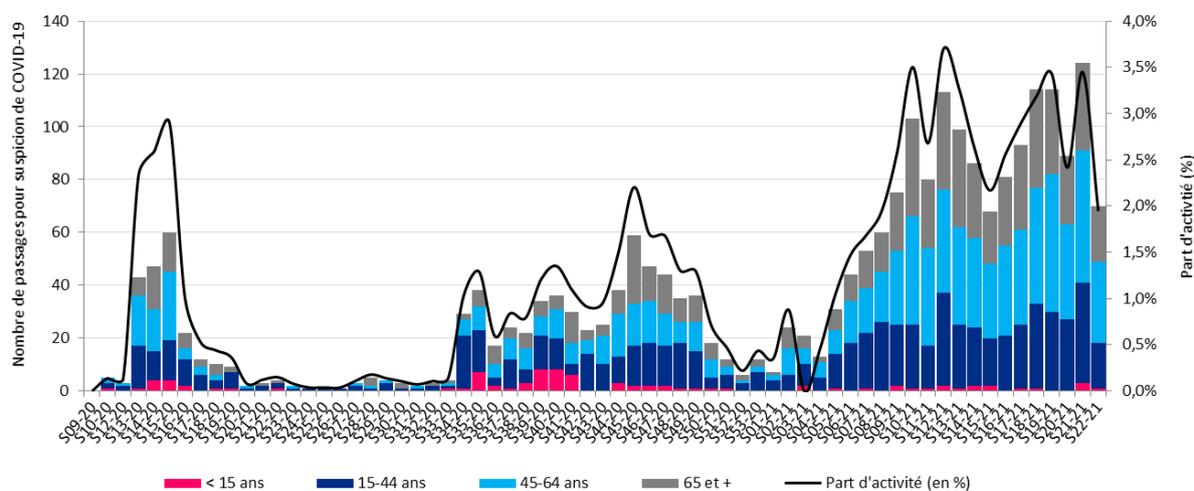
En S22, à La Réunion, l'estimation du nombre de reproduction à partir des données virologiques (SI-DEP) était de 1,04 (0,99-1,10), soit supérieure à 1 de façon non significative. Selon les données de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR), l'estimation du R_{eff} était de 0,83 (0,66-1,02) soit inférieur à 1 de façon non significative. Ces estimations se basent sur les données au samedi 5 juin 2021.

Surveillance à l'hôpital

Passages aux urgences (données OSCOUR)

► Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 était à la baisse avec 70 passages en S22 (-44%) par rapport à la semaine précédente (n=124) (Figure 7). La part d'activité est également à la baisse (1,9% en S22 vs 3,4% en S21). Cette diminution des recours aux urgences pour suspicion de COVID-19 concerne toutes les classes d'âges: 15-44 ans (-55%), 45-64 ans (-38%) et 65 ans et plus (-36%).

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 S22/2021 (Source Oscour® - 09/06/2021)

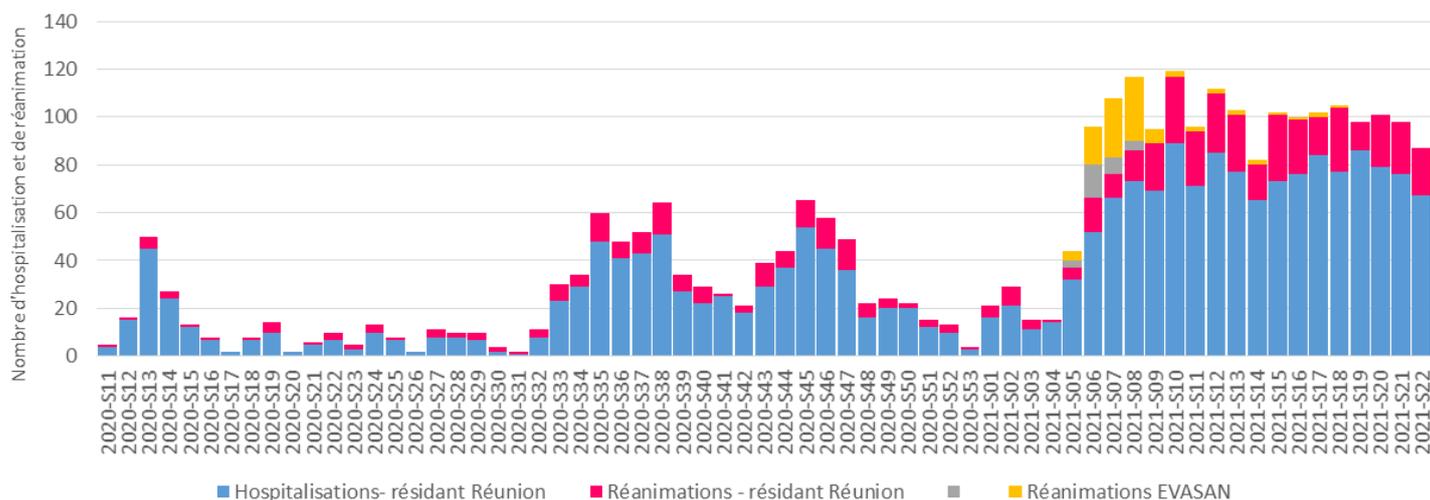


Hospitalisations et admission en réanimation (données SIVIC)

► Le nombre de nouvelles hospitalisations est en baisse avec 67 hospitalisations en S22 comparées à 76 en S21. On note une fluctuation à un niveau élevé (entre 65 et 90 hospitalisations chaque semaine) depuis février 2021 (Figure 8).

► Le nombre de nouvelles admissions en réanimation se maintient à un haut niveau avec 20 nouvelles admissions en réanimation en S22 (22 en S20), soit une stabilisation ces trois dernières semaines après une baisse à 12 nouvelles admissions en S19 (Figure 8).

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 S22/2021 (Source : SIVIC - 09/06/2021)



Surveillance de la mortalité

Mortalité non spécifique

▶ Aucun excès significatif de mortalité, toutes causes et tous âges confondus, n'a été observé en semaine S20 (source Insee).

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

▶ Entre le 01/03/2020 et le 09/06/2021, 217 décès de patients hospitalisés ont été signalés. En S22, 11 décès ont été recensés comme à la semaine précédente (n=11).

▶ Certificats de décès électroniques

Du 01/03/2020 au 07/06/2021, 201 certificats de décès électroniques comprenant la mention COVID-19 ont été établis. Le sex-ratio (H/F) était de 1,45. Toutes les personnes décédées étaient âgées de plus de 15 ans et 71% 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 (48%), le diabète (44%), et une pathologie cardiaque (33%).

Vaccination

▶ Au 06/06/2021, **186 033 personnes ont été vaccinées** à La Réunion avec au moins une dose, dont 99 392 ont reçu 2 doses, soit une couverture vaccinale en population générale de **21,6% pour une dose et 11,6% avec un schéma vaccinal complet**.

▶ Pour la population des **75 ans et plus**, 22 048 personnes ont été vaccinées avec au moins une injection ce qui représente une couverture vaccinale de **49,2% avec une injection et 40,3% avec deux injections**. Pour les 18-49 ans, 19,2% des personnes ont reçu une dose de vaccin et 5,9% ont reçu deux doses.

▶ Pour les **professionnels de santé (médecine libérale, hospitaliers...)**, la couverture vaccinale avec une **1^{ère} dose est de 65,2% et 56,2% pour deux doses**.

Depuis le 14 mai, la vaccination est ouverte à la population générale de plus de 18 ans.

Pour toute information et prise de rendez-vous :

<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). La diminution progressive de la réalisation des tests de criblage à la recherche des variants Alpha, Beta et Gamma a conduit à l'arrêt de leur partage en OpenData et les indicateurs produits dans ce Point épidémiologique doivent être interprétés avec prudence.

▶ En S22, **1 237 tests positifs (RT-PCR et TAG)** ont été signalés dont 1 117 RT-PCR positives. Parmi ces tests, **447 ont été criblés** (avec résultats interprétables disponibles) soit 36% de l'ensemble des tests positifs et 40% des tests RT-PCR positifs.

▶ Sur l'ensemble des tests criblés, il y avait 18 suspicions pour le variant **20I/501Y.V1 (Alpha, ayant émergé au Royaume-Uni)** (4%) et 272 suspicions pour les variants **20H/501Y.V2 (Beta, ayant émergé en Afrique du Sud)** ou **20J/501Y.V3 (Gamma, ayant émergé au Brésil)** (61%). De plus, 30% des tests criblés correspondaient à un variant indéterminé.

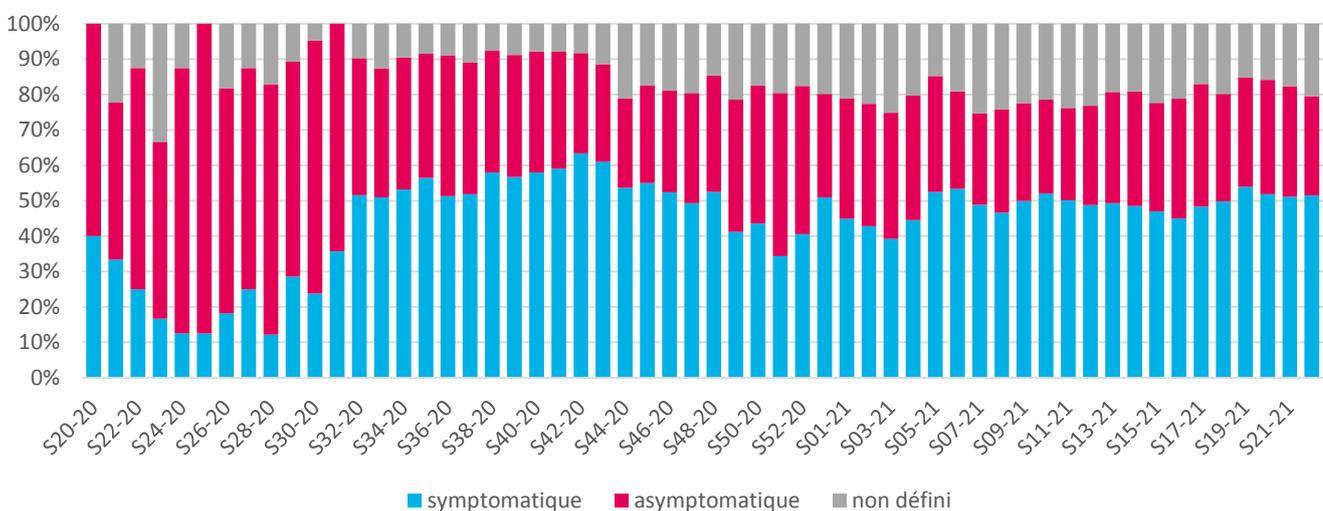
FOCUS de la semaine : proportion de cas asymptomatiques

Evolution temporelle de la proportion de cas asymptomatiques (source : Contact COVID)

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.
- ▶ Depuis, 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, surtout dans le contexte d'introduction et diffusion de variants (essentiellement le variant sud-africain à La Réunion) (Figure 9). Nous pouvons toutefois observer une **stabilisation depuis fin 2020 de la part des formes asymptomatiques autour des 30% et de la part des formes symptomatiques autour de 50%**. A noter l'inversion par rapport au début de l'épidémie (S20 à S32-2020) lorsque la part des cas asymptomatique était majoritaire par rapport aux cas symptomatiques.
- ▶ Nous ne notons donc pas de changement dans la proportion des cas asymptomatiques depuis la détection de **variants** sur le territoire réunionnais en ce début d'année 2021.
- ▶ Compte tenu de cette part de cas asymptomatiques, il est donc importance de **respecter les gestes barrières** en toute circonstance, et de respecter l'isolement pour toute personne contact.

Figure 9. Evolution de la proportion de cas symptomatiques et asymptomatiques de COVID-19 à La Réunion, par semaine de signalement, S20/2020 à S22/2021 (Source : données Contact COVID au 07/06/2021)



FOCUS de la semaine : proportion de cas asymptomatiques

Proportion de cas asymptomatiques par classes d'âges (source : SI-DEP)

► A La Réunion, les proportions des cas asymptomatiques et symptomatiques étaient plus ou moins similaires pour toutes les classes d'âges sauf pour **les jeunes de moins de 15 ans** (Figure 10). Depuis le début de l'année 2021, nous pouvons observer l'augmentation de la part des cas asymptomatiques alors que la part des cas symptomatiques restent plus ou moins constante. Cela traduit l'augmentation de l'offre de dépistage en milieu scolaire. En effet, l'augmentation s'est accentuée mi-février 2021, 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 (voir PE COVID Réunion du 1^{er} avril 2021).

Cette part importante des formes asymptomatiques se maintient à la hausse essentiellement chez les jeunes (Figure 10).

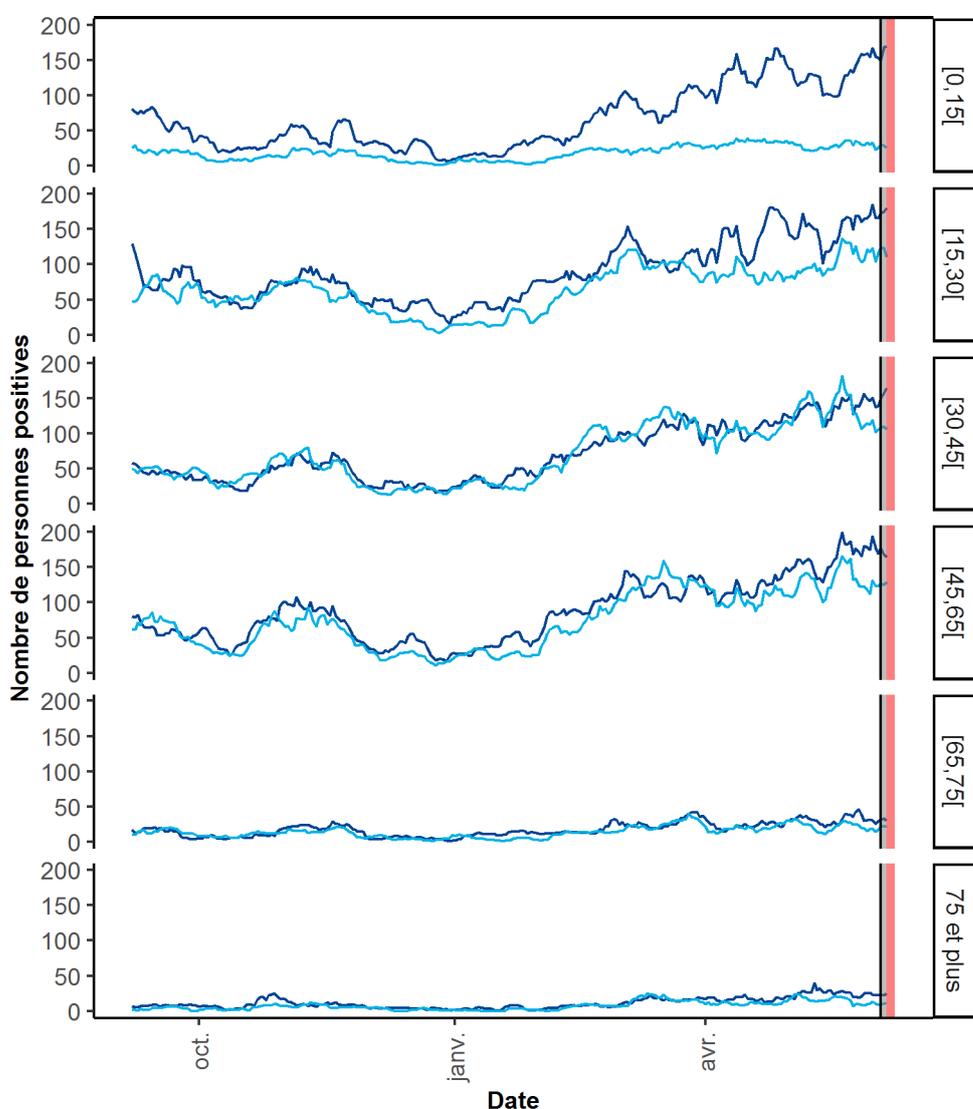


Figure 10. Evolution de la proportion de cas positifs de COVID-19 à La Réunion, par semaine de signalement, par classes d'âges et par présence de symptômes, S20/2020 à S22/2021 (Source : SI-DEP au 07/06/2021)

— Asympto.
— Sympto.

Missions de Santé publique France

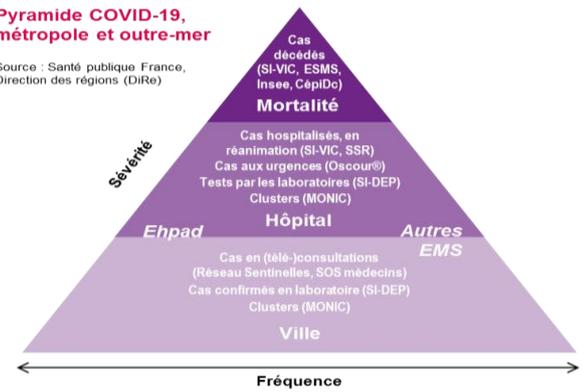
Surveiller, comprendre la dynamique de l'épidémie, anticiper les scénarii, mettre en place des actions pour prévenir et limiter la transmission du virus, mobiliser la réserve sanitaire. En région, coordonner la surveillance, investiguer, analyser les données, apporter l'expertise à l'ARS pour l'aide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



Vaccins Covid – Pour comprendre

Avril 2021

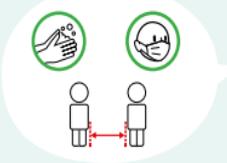
Vaccins Covid-19, les infos à connaître

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.

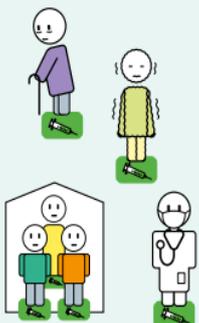


Même vaccinés, nous devons continuer les gestes barrières (masque, lavage de mains, distance).

Qui peut se faire vacciner ?

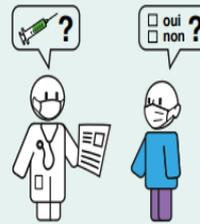
Le vaccin est proposé à tous les adultes. Certains sont prioritaires :

- 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