

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



### Indicateurs clés – Semaine 52 (du 21 au 27 décembre 2020)

Diminution des indicateurs de circulation du virus, impact sanitaire stable et modéré  
Anticipation nécessaire d'un possible rebond épidémique en fin d'année

#### CIRCULATION VIRALE ACTIVE

Incidence ↘  
16/100 000 habitants < seuil d'alerte

Taux de positivité ↘  
1,5% < seuil de vigilance

Taux de dépistage ↘  
1 103/100 000 habitants

#### IMPACT SANITAIRE

6 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ↘

12 nouvelles hospitalisations ↔

4 nouvelles admissions en réanimation ↔  
Pas de nouveau décès à l'hôpital

### Analyse de la situation

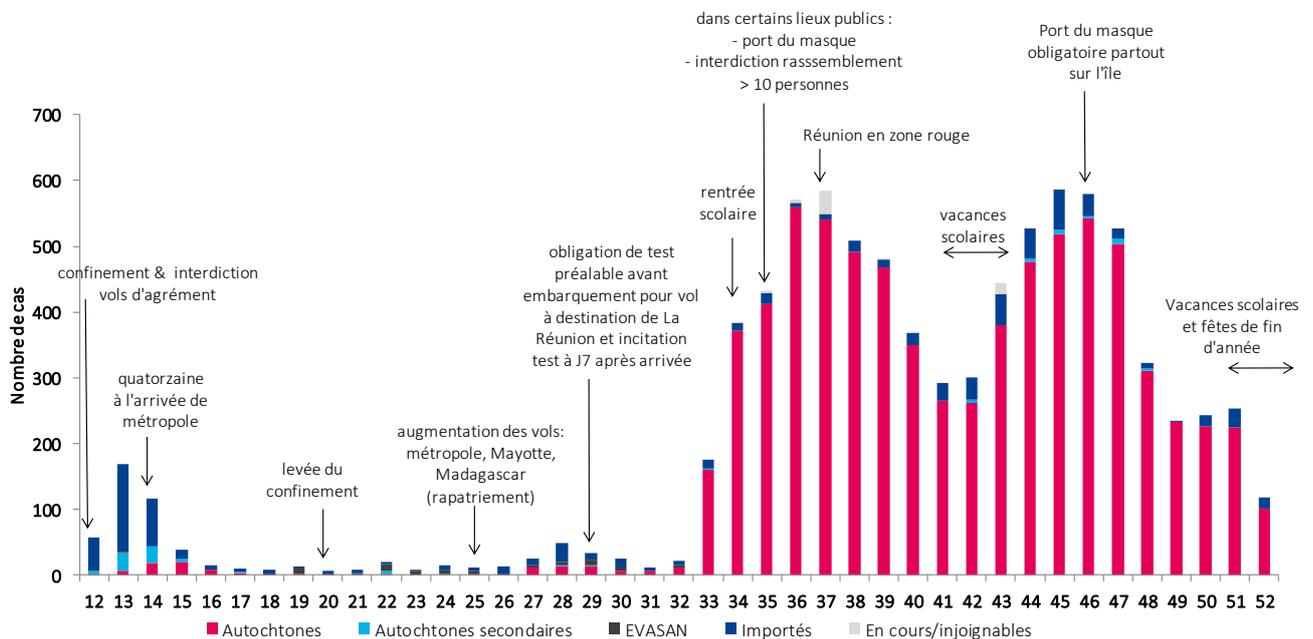
- En semaine 52, en raison de Noël (fête et jour férié), une diminution de l'activité de dépistage a été observée. Le nombre de nouveaux cas, comme le taux de positivité ont eux aussi diminué. Les indicateurs de surveillance hospitalière montrent un impact stable dans le temps et modéré. Néanmoins, le virus circule toujours, et de nouvelles introductions de virus en provenance des voyageurs sont identifiées.
- Des clusters sont rapportés en milieu professionnel, ainsi que suite à des activités de loisirs rappelant la nécessité de respecter les gestes barrières à tout moment et en tout lieu, notamment lors des temps de rassemblement et de pause/repas (moments à risque élevé de transmission).
- En cette période de fête, il est nécessaire lors des investigations, de renseigner les rassemblements familiaux et/ou amicaux afin d'identifier les clusters liés à ces rassemblements.

A La Réunion,

En vue de protéger les personnes les plus fragiles vis-à-vis de la COVID-19, et afin d'éviter une flambée épidémique et une possible saturation du système hospitalier, il est préconisé :

- le maintien des mesures de prévention individuelles, de distanciation sociale et de réduction des contacts ;
- l'adaptation de la vie quotidienne pour respecter ces mesures de protection, y compris en temps de fêtes ;
- une communication ciblée sur les voyageurs entrants sur le territoire avec réalisation d'un test à J+4 de l'arrivée ;
- en cas d'apparition de symptômes, la nécessité d'un isolement immédiat et la réalisation d'un test dans les plus brefs délais.

**Figure 1.** Evolution du nombre de cas confirmés de SARS-Cov-2, par type de cas et par semaine de prélèvement, S12 à S52/2020  
(sources : ARS, Assurance maladie, 30/12/2020)



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

- ▶ Entre le 11 mars et le 30 décembre 2020, plus de **8 972** cas confirmés ont été signalés.
- ▶ Après 3 semaines autour de 260 cas hebdomadaire, le **nombre de nouveaux cas avait diminué de moitié** en S52 (Figure 1). Cette diminution est interprétée en tenant compte d'une diminution d'un recours au dépistage de 23% pour S52. Le nombre de **prélèvements hebdomadaires a chuté à partir du 24/12** (100 tests cumulés sur 3 jours du 21 au 23/12 versus 40 cumulés sur 4 jours du 24 au 27/12).
- ▶ Selon les résultats des investigations réalisées par l'Assurance Maladie, l'ARS et Santé publique France, en S52 :
  - **13% des cas** ont été identifiés comme **importés** (n=16/102), contre 1% en S50. Cette proportion est sous-estimée du fait d'un dépistage non exhaustif de l'ensemble des voyageurs entre J2 et J4).

En partie lié la diminution de l'activité de dépistage (cf. p6) durant la semaine de Noël (-23 %), le nombre de nouveaux cas diagnostiqués en S52 a également diminué (-47 %). Le nombre de nouveaux cas hebdomadaire connaît son niveau le plus bas depuis la S33. Néanmoins, le virus circule toujours sur toute l'île, et le nombre comme la part des cas importés augmentaient peu à peu, pouvant annoncer un possible rebond de l'épidémie dans le contexte des congés scolaires et des fêtes de fin d'année.

Pour rappel (Figure 1), en mars et avril (S11 à S18), les cas confirmés à La Réunion étaient essentiellement importés. Le confinement précoce a permis de limiter la diffusion locale du virus. Entre mai et juillet (S19 à S32), des cas importés puis, autochtones, ont continués à être identifiés en nombre limité. La S33 a été marquée par une rapide et importante augmentation du nombre de cas, très majoritairement autochtones, précédée d'une augmentation du nombre de cas importés et concomitante à une évolution défavorable de la situation en métropole. Un pic a été observé en semaines 36-37, suivi d'une diminution depuis la S38 et pendant 4 semaines consécutives. Entre la semaine 42 et 43 le nombre de cas avait à nouveau fortement augmenté. Encore une fois, cette croissance a été précédée d'une augmentation du nombre de cas importés pendant la période des congés scolaires. Après la semaine 46, le nombre de nouveaux cas a diminué, ce qui peut s'expliquer par l'instauration de l'obligation du port du masque sur l'ensemble du territoire, mais aussi, par le confinement en métropole qui a engendré une diminution de la circulation de voyageurs entre notre île et la France métropolitaine.

## Signalement à visée d'alerte des foyers de transmission (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.

► **Trois nouveaux clusters ont été signalés en semaine 52.** A ce jour, aucun cluster n'a été identifié en S53 (données non consolidées – semaine 53 en cours).

► Depuis juin 2020, **109 clusters** ont été signalés dont 90 % sont à ce jour clôturés (n=98/109).

Depuis le mois de septembre, les données concernant les clusters familiaux élargis n'étaient plus rapportées dans cette synthèse mais, dans le contexte des rassemblements festifs de fin d'année, ces derniers seront investigués et signalés dans la mesure où ils auront pu être identifiés.

► Parmi les **7 clusters actifs** (en cours d'investigation et maîtrisés), 6 sont classés en criticité limitée, et **1 en criticité élevée**. Ces clusters regroupent plus de 84 personnes contaminés.

► Les types de collectivités au sein desquels des clusters ont été identifiés depuis mars 2020 sont variés. A ce jour, les types de collectivité concernés par les clusters actifs sont : les milieux professionnels (6), et une structures sportive (1).

► Sur l'île, **7 communes** sont concernées par ces clusters actifs : Sainte-Marie (3); Saint-Benoît; Saint-Louis, l'Etang-Salé, et Bras-Panon qui comptent toutes un cluster.

► En ce qui concerne les hypothèses d'exposition, les investigations des clusters révèlent que les **temps de rassemblement, de pause/repas sont des moments à risque élevé de transmission**. Des **environnements mal aérés** ou des **activités professionnelles dans des lieux connus comme à risque de transmission**, ont pu contribuer à favoriser la transmission. Des transmissions nosocomiales ne sont pas exclues.

► La diversité des collectivités concernées par les clusters identifiés et la répartition géographique diffuse des clusters sur l'île attestent d'une circulation active de la COVID-19 à la Réunion.

► 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](mailto:ars-reunion-signal@ars.sante.fr)) permet de déclencher l'investigation épidémiologique autour des cas le plus rapidement possible afin de permettre de casser les chaînes de transmission.

Tableau 1. Statuts des clusters de SARS-Cov-2 identifiés à La Réunion, S26 à S53/2020 (source : MONIC 30/12/2020)

	CRITICITE			Total S53 – non consolidé	Total S52
	Limitée	Modérée	Elevée		
<b>Statut du cluster (Effectif)</b>					
En cours d'investigation	5	0	1	6	6
Maîtrisé	1	0	0	1	1
Diffusion communautaire	0	1	3	4	4
Clôturé	44	30	24	98	98
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>109</b>	<b>109</b>

# 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.

**Méthodes** Depuis le 8 décembre, en plus des résultats des tests virologiques, ceux des tests antigéniques entrent dans la production des indicateurs épidémiologiques nationaux et territoriaux (taux d'incidence, taux de positivité et taux de dépistage). Par ailleurs, avec la prolongation de l'épidémie dans le temps et l'augmentation des capacités de dépistage, un nombre croissant de personnes peuvent faire plusieurs fois des tests qui s'avèrent négatifs sans que ceux-ci ne soient comptabilisés. SpFrance a donc ajusté sa méthode de comptabilisation de ces patients afin que les indicateurs reflètent au mieux, notamment, la proportion de personnes infectées dans la population testée. Ces évolutions n'ont pas d'impact sur les tendances constatées et l'interprétation de la dynamique de l'épidémie (Cf. PE 10/12/2020).

► Après une diminution franche entre la S47 et la S48 (-43% de nouveaux cas), l'incidence à La Réunion était stable jusqu'en S51. En S52, l'incidence diminuait à **16 nouveaux cas / 100 000 habitants**, et se situait en dessous du seuil d'alerte de 50/100 000 pour la 5<sup>e</sup> semaine consécutive. Le taux d'incidence était également en-dessous du seuil moyen national qui se situait à 123/100 000 habitants (Figure 2).

► En semaine 52 à La Réunion, **toutes les classes d'âges présentaient un taux d'incidence inférieur au seuil d'alerte** (Figure 3). A noter que pour les 65-75 ans et les 75 ans et plus, les effectifs étaient faibles.

► Au niveau national, le taux d'incidence des cas confirmés était en semaine S52, au-dessus du seuil d'alerte de 100/100 000 habitants dans 62 départements métropolitains (67 départements en S51) et > 50/100 000 habitants dans 26 départements (23 en S51) (Figure 4).

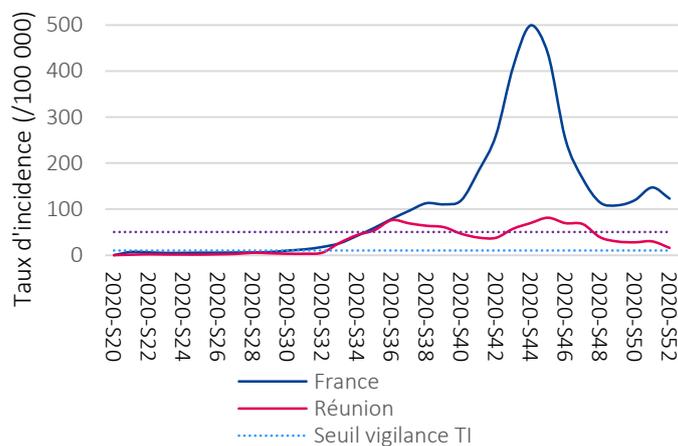
► A La Réunion en S52, une seule commune avait un taux d'incidence au dessus du seuil d'alerte de 50/100 000 habitants. Il s'agissait de **Bras-Panon** (70/100 000 habitants) (Figure 5).

► En S52, à La Réunion le **taux de positivité diminuait** de 2,1% en S51 à **1,5% en S52**. Il était de 2,9% au niveau national, également en diminution (Figure 6).

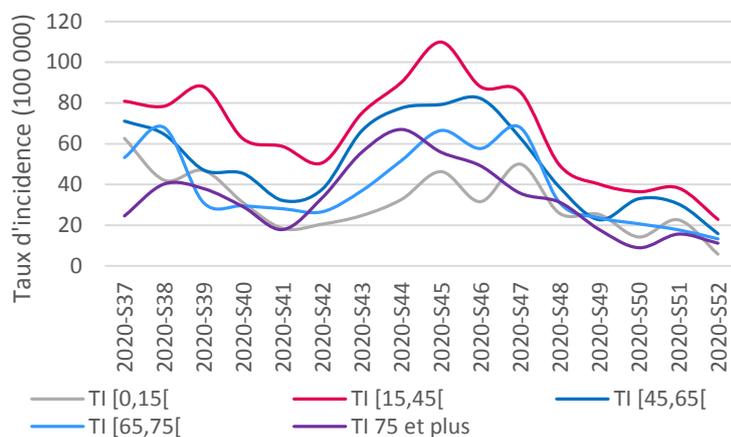
► A La Réunion, **l'activité de dépistage a diminué de plus de 20%** entre S51 (plus de 12 300 tests) et S52 (près de 9500 tests). Le taux de dépistage se situait en S52 à **1 103 /100 000 habitants** (Figure 7). Il était de 4 291/100 000 habitants en France pour la S52 ; en lien avec une forte activité de dépistage à l'approche des fêtes).

► Un premier cas d'infection **au nouveau variant VOC 202012/01** (variant identifié au Royaume-Uni) a été confirmé en France métropolitaine le 25 décembre 2020 (cf. page 10).

**Figure 2.** Evolution du taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), Réunion et France, S37 à S52/2020 (source SI-DEP, 30/12/2020)

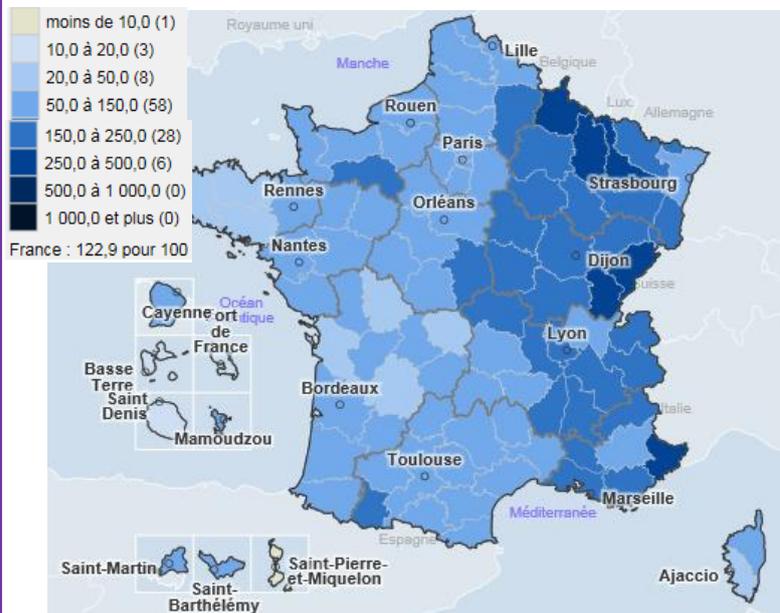


**Figure 3.** Evolution du taux d'incidence par classe d'âge de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), Réunion, S37 à S52/2020 (source SI-DEP, 30/12/2020)

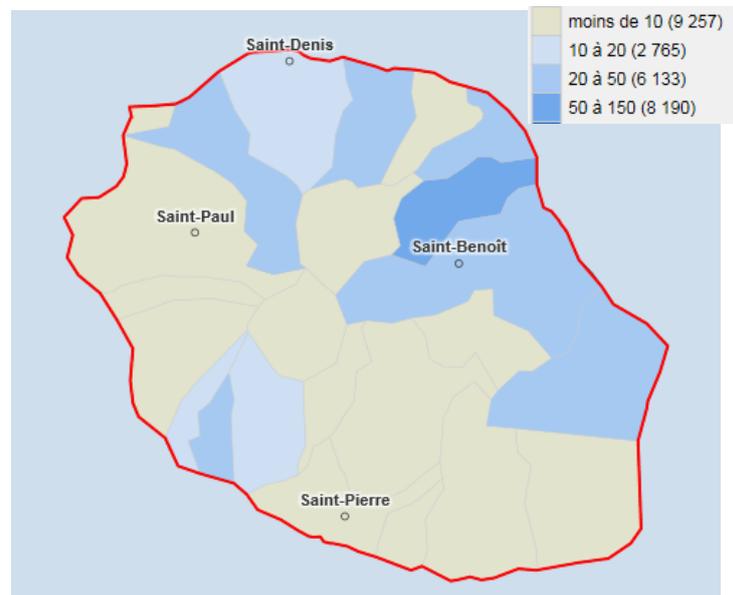


# Surveillance virologique

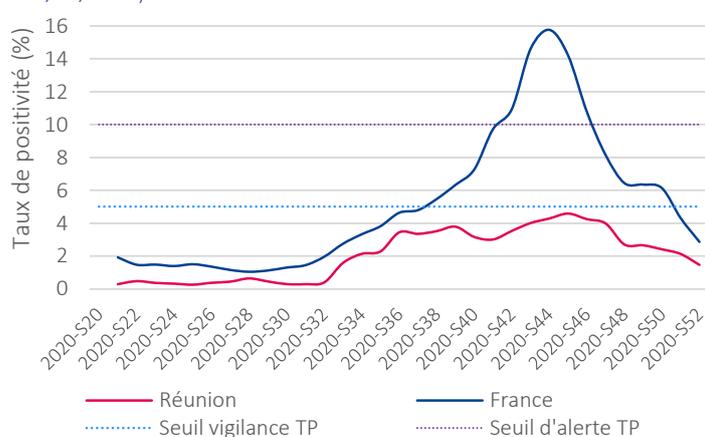
**Figure 4.** Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 /100000 habitants) par département, France, du 21 au 27 décembre 2020 (source SI-DEP, 30/12/2020)



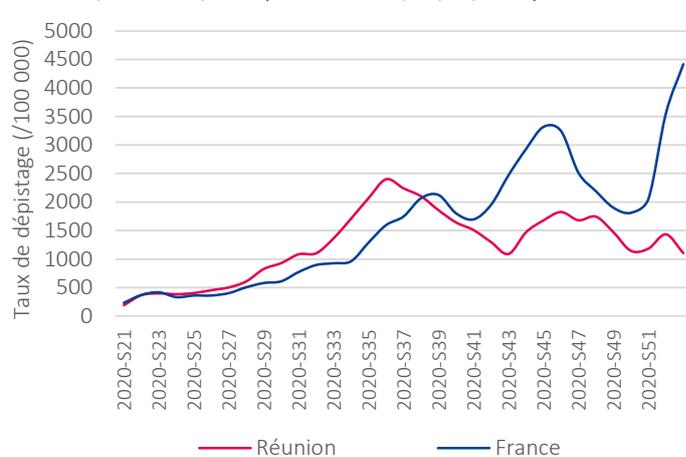
**Figure 5** Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par commune, La Réunion, du 21 au 27 décembre 2020 (source SI-DEP, 30/12/2020)



**Figure 6.** Evolution du taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2, Réunion et France, S20 à S52/2020 (source SI-DEP, 30/12/2020)



**Figure 7.** Evolution du taux de dépistage pour le SARS-COV-2, Réunion et France, S20 à S52/2020 (source SI-DEP, 30/12/2020)



## Nombre de reproduction effectif ( $R_{eff}$ )

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

- > les données virologiques du dispositif SI-DEP (nombre quotidien de tests PCR positifs)
- > les données des passages aux urgences (Oscour®).

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

En S52, l'estimation du  $R_{eff}$  selon les données SI-DEP était inférieure à 1 et significatif : 0,62 (0,52-0,73)

L'estimation du  $R_{eff}$  selon les données des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) était non calculable.

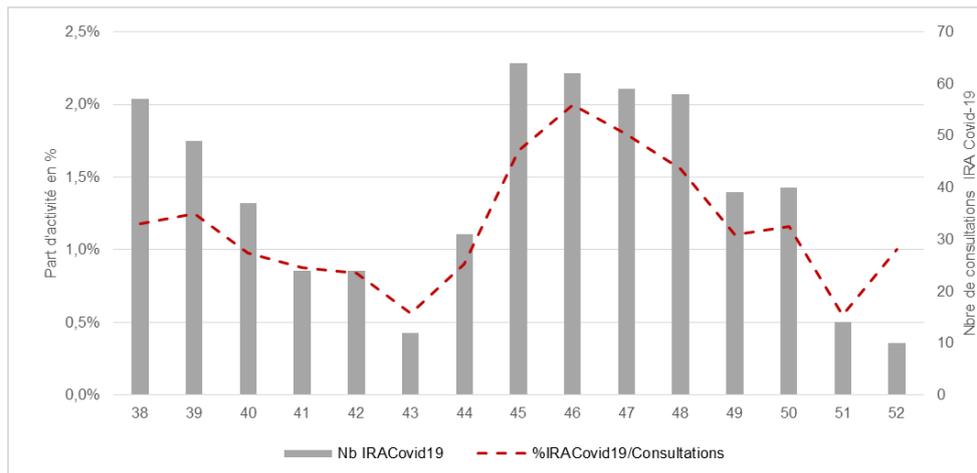
[1] Cori A, Ferguson NM, Fraser C, Cauchemez S. A new framework and software to estimate time-varying reproduction numbers during epidemics. Am. J. Epidemiol. 2013; 178, pp. 1505-1512

# Surveillance en médecine de ville – Le réseau de médecins sentinelles

*Méthodologie :* Le réseau de médecins sentinelles de La Réunion est actuellement composé de 46 médecins répartis sur 22 des 24 communes de l'île. De manière hebdomadaire, ces médecins transmettent à la Cellule régionale leurs données d'activité pour IRA et IRA de type Covid-19 à partir d'une définition de cas élaborée en concertation avec ce réseau. Cette surveillance clinique a été mise en place à partir de la semaine 38.

► En S52, la part des consultations pour infection respiratoire aiguë (IRA) de type Covid-19 rapportée par le réseau des médecins sentinelles à la Réunion est en augmentation. La part d'activité était de 0,5 % en S51 à 1% en S52 (Figure 9).

**Figure 10.** Nombre hebdomadaire de consultations pour suspicion de COVID19 et part d'activité (en %), La Réunion, S38 à S52/2020 (Source : Surveillance sentinelles® - /12/2020 – données non consolidées)



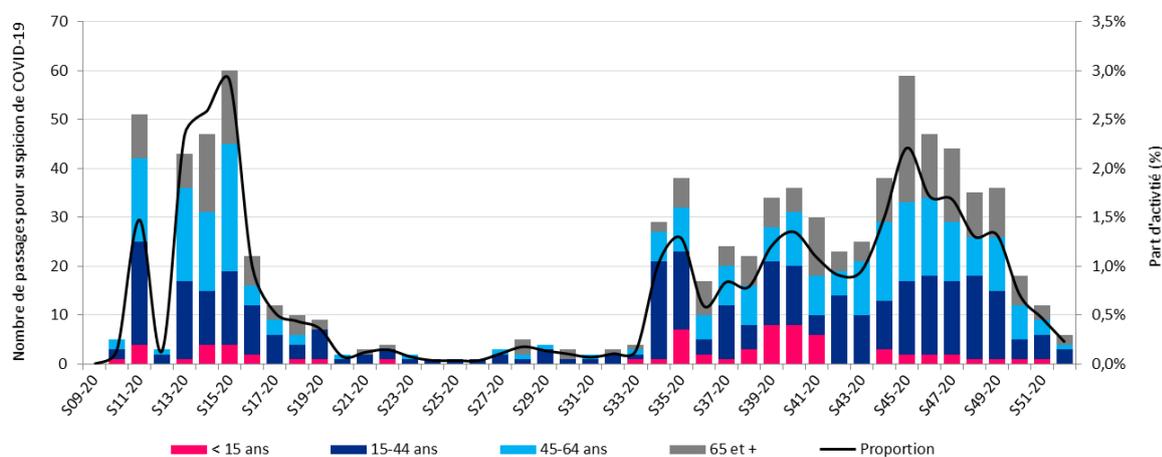
## Passages aux urgences

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 (codes CIM 10 : B342, B972, U049, U071, U0710, U0711). Les données issues de cette surveillance sont sous-estimées : les patients suspects de Covid se rendant aux urgences sont redirigés directement vers le dispositif de drive du CHU et ne sont donc pas comptabilisés dans les RPU.

► **La baisse des passages aux urgences se poursuit.** Entre la S51 et la S52, la diminution a été de 50% tous âges confondus, avec 6 passages contre 12 la semaine précédente. Cette baisse des effectifs concernait toutes les classes d'âge.

► **La part d'activité des services d'urgence pour suspicion de COVID-19 diminue pour la 4<sup>ème</sup> semaine consécutive (Figure 11).** Pour la S52, la part d'activité se situait à un niveau très faible (0,2%) (Figure 12).

**Figure 11.** Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 par classes d'âges et part d'activité (en %), La Réunion, S09 à S52/2020 (Source : Oscour® - 30/12)



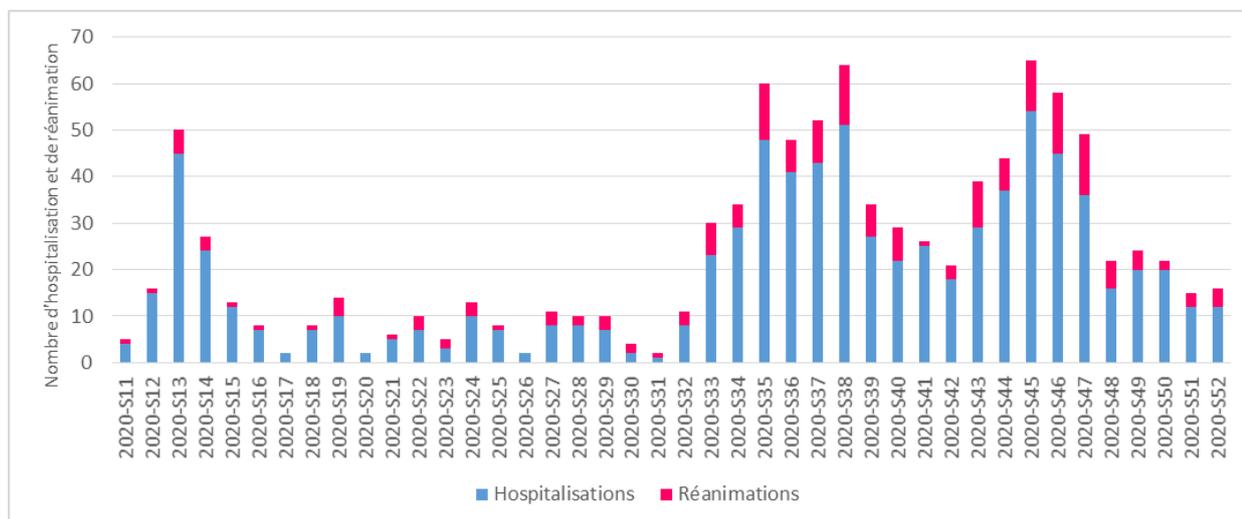
## Hospitalisations et admission en réanimation (données SIVIC)

► Le nombre de nouvelle hospitalisations en S52 était stable (n=12) par rapport à la semaine précédente (Figure 12).

► Le nombre de nouvelles admissions en réanimation restait stable en S52 avec 4 patients versus 3 la semaine précédente (Figure 12).

► **Depuis la S48, l'impact sanitaire de la COVID-19 demeurait modéré** avec en moyenne 16 nouvelles hospitalisations et 4 admissions en réanimation.

**Figure 12.** Nombre hebdomadaire d'hospitalisations et d'admissions en réanimation pour suspicion de COVID19 et La Réunion, S11 à S52/2020 (Source : SIVIC - 30/12)



## Admissions en réanimation

Tableau 2. Caractéristiques des patients pris en charge en réanimation entre le 11/03 et le 30/12/2020 (Source : Surveillance SpF)

Cas admis en réanimation		Syndrome de détresse respiratoire aigüe**	
Nb signalements	134	Pas de SDRA	39 (31%)
Répartition par sexe		Mineur	19 (15%)
Homme	85	Modéré	29 (23%)
Femme	49	Sévère	37 (30%)
Ratio	1,7	Non renseigné	10
Age		Type de ventilation**	
Moyen	62,7	O2 (lunettes/masque)	16 (13%)
Médian	64,7	VNI (Ventilation non invasive)	5 (4%)
Quartile 25	53,6	Oxygénothérapie à haut débit	66 (55%)
Quartile 75	73,8	Ventilation invasive	28 (23%)
Délai entre début des signes et admission en réanimation		Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	6 (5%)
Moyen	8,2	Non renseigné	13
Médian	8,0	Durée de séjour	
Quartile 25	5,0	Durée moyenne de séjour	12,0
Quartile 75	11,0	Durée médiane de séjour	8,0
Région de résidence des patients		Durée quartile 25	15,0
Hors région	19 (14%)	Durée quartile 75	0,0
La Réunion	114 (86%)	**Niveau de sévérité maximal observé et modalité de prise en charge la plus invasive mise en place au cours du séjour en réanimation	
Classe d'âge			
	0-14 ans		0 (0%)
	15-44 ans		19 (14%)
	45-64 ans		48 (36%)
	65-74 ans		37 (28%)
	75 ans et plus		29 (22%)
Comorbidités			
	Aucune comorbidité		14 (11%)
	Au moins une comorbidité parmi :		112 (89%)
	- Obésité (IMC>=30)		39 (48%)
	- Hypertension artérielle		65 (52%)
	- Diabète		50 (40%)
	- Pathologie cardiaque		29 (23%)
	- Pathologie pulmonaire		26 (21%)
	- Immunodépression		11 (9%)
	- Pathologie rénale		30 (24%)
	- Cancer*		-
	- Pathologie neuromusculaire		6 (5%)
	- Pathologie hépatique		0 (0%)
	Non renseigné		8
Evolution			
	Evolution renseignée		127 (95%)
	- Transfert hors réanimation ou retour à domicile		101 (80%)
	- Décès		26 (20%)

\*Comorbidité non recherchée lors de la première phase de la surveillance

► Au 30/12/2020, 4 personnes étaient toujours prises en charge dans un service de réanimation en lien avec la COVID-19.

► Depuis le début de l'épidémie, **134 personnes ont été admises dans un service de réanimation**. Les hommes restaient majoritaires avec un **sexe ratio H/F de 1,7**. Le **diabète, l'hypertension artérielle et l'obésité (IMC>=30)** restaient toujours les 3 comorbidités principales (Tableau 2). Seulement 11% (n=14) des cas admis en réanimation ne présentaient pas des comorbidités.

## Surveillance en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

Depuis le 23 mars les ESMS ont la possibilité de signaler les cas possibles de COVID19 via le portail de signalement ([ici](#)). 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](https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/choixSignalementPS).

Les objectifs de cette surveillance sont de détecter rapidement 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 au 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.

- ▶ Pas de nouveau signalement réalisé en S52, le dernier signalement date de la S50.
- ▶ Il n'y a pas de cluster actif à ce jour en ESMS.

## Surveillance de la mortalité

### Mortalité non spécifique

- ▶ Aucun excès significatif de mortalité, toutes causes et tous âges confondus, n'a été observé jusqu'en semaine 50 (*source Insee*).

### Mortalité spécifique, en lien avec la COVID-19

Certains décès peuvent être recensés à la fois dans la base SI-VIC et dans la base des certificats électroniques de décès.

- ▶ **SI-VIC** : entre le 1er mars et le 30 décembre 2020, **51 décès de patients hospitalisés** ont été signalés le dernier datant de la semaine 50.

- ▶ **Certificats de décès électroniques** : entre le 1<sup>er</sup> mars et le 29 décembre 2020, **50 certificats de décès électroniques** comprenant la mention COVID-19 ont été établis. Le sex-ratio (H/F) était de 1,1. Toutes les personnes décédées étaient âgées de plus de 15 ans et 78% avaient plus de 65 ans.

Parmi les 49 certificats de décès électroniques comprenant la mention COVID-19, 29 personnes (60%) présentaient au moins une comorbidité, 38% des personnes décédées avait au minimum une pathologie rénale comme comorbidité, 34% de l'hypertension artérielle, et 28% un diabète.

- ▶ **Certificats de décès papiers** : en S52, il n'a pas été signalé de certificat de décès papier portant une mention relative à l'infection à la COVID-19.

## Apparition de nouveaux variants du SARS-CoV-2

Le **Royaume-Uni** signalait le 14 décembre à l'OMS la circulation d'un variant particulier du SARS-CoV-2 identifié à partir du 20/09/2020 dans le Kent (Sud-est de l'Angleterre). Ce variant est dénommé **VOC 202012/01** pour « Variant Of Concern, year 2020, month 12, variant 01 ».

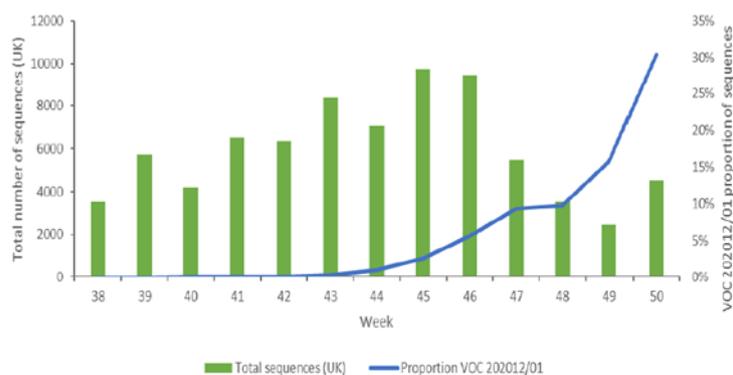
Au 28 décembre 2020, 3 384 cas VOC 202012/01 étaient recensés au Royaume-Uni, majoritairement dans 3 régions où l'incidence de la COVID-19 est par ailleurs la plus élevée depuis plusieurs semaines (région de Londres, Sud-est et Est de l'Angleterre).

Des travaux préliminaires suggèrent que la transmissibilité de ce variant est élevée mais aucun élément ne témoigne à ce jour d'une sévérité plus forte chez les personnes infectées ou d'une possibilité d'échappement à la réponse immunitaire.

L'évaluation de risque rapide de l'European Centre for Disease Control, en date du 29 décembre, estime que la probabilité d'introduction et de circulation de ce variant hors du Royaume-Uni est très élevée. Il est déjà retrouvé dans au moins 24 pays: 14 en Europe dont la France (1 cas) et 10 hors Europe, auquel s'ajoute également les Etats-Unis et le Chili.

Liste des pays disponibles dans l'évaluation de risque de l'ECDC : [cliquez ici](#).

**Figure 12.** Proportion des variants VOC 202012/01 par semaine parmi toutes les séquences analysées, au Royaume-Uni, données GISAID EpiCoV au 27 décembre 2020



**Figure 13.** Distribution géographique des cas confirmés VOC 202012/01 au Royaume-Uni, données au 25 décembre 2020



Source : évaluation de risque rapide de l'European Centre for Disease Control

**Afrique du Sud**, le gouvernement signalait, le 18 décembre 2020, l'émergence d'un autre variant désigné **501.V2**. Ce nouveau variant a été détecté par une plateforme de recherche (KRISP) qui conduit une surveillance génomique de routine du SARS-CoV-2 à partir d'échantillons collectés dans plus de 50 établissements de santé différents du Cap oriental, du Cap occidental et du KwaZulu-Natal. Ce variant présente plusieurs mutations, y compris la modification d'acide aminé N501Y qui est également présente dans le variant britannique.

L'analyse phylogénétique de 2 589 génomes entiers du SARS-CoV-2 d'Afrique du Sud recueillis du 5 mars au 25 novembre 2020 a identifié 190 cas de ce type. Ce variant serait vraisemblablement apparu début août dans la baie de Nelson Mandela située sur la côte de la province du Cap oriental. Début novembre, c'était la variante dominante dans les provinces du Cap oriental et du Cap occidental.

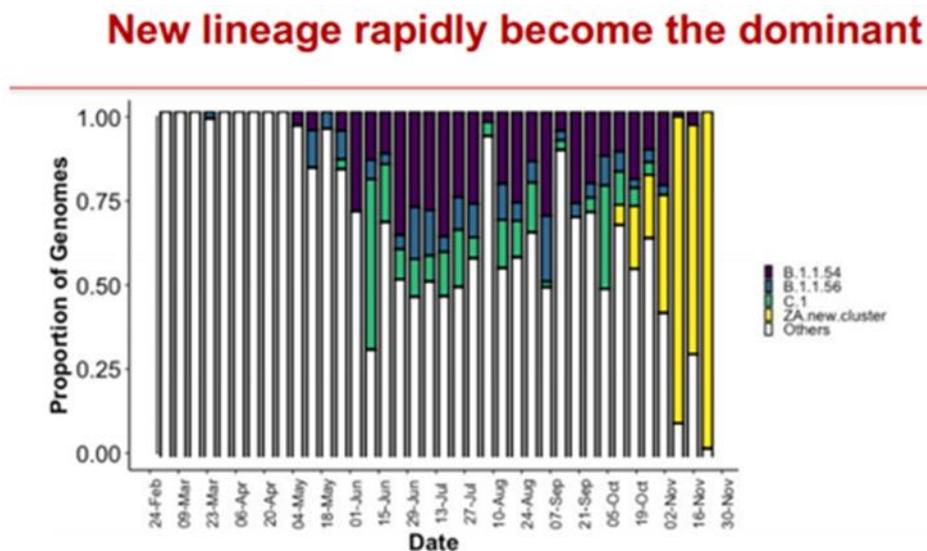
Des travaux préliminaires suggèrent que ce variant serait associé à une charge virale plus élevée et à une propagation plus rapide, ce qui peut être lié à une transmissibilité plus élevée. Aucun élément ne témoigne à ce jour d'une sévérité plus forte chez les personnes infectées ou d'une possibilité d'échappement à la réponse immunitaire.

A ce jour, plus de 300 cas de ce variant 501.V2 ont été confirmés en Afrique du Sud. Ce variant représentait la majorité (90%) des virus séquencés lors la semaine du 16 novembre (figure 14).

## Apparition de nouveaux variants du SARS-CoV-2

Le 22 décembre 2020, deux cas géographiquement distincts de ce nouveau variant ont été détectés au Royaume-Uni. Les deux sont des contacts d'individus symptomatiques revenant d'un voyage en Afrique du Sud. Un autre cas a été identifié en Finlande, avec un antécédent de voyage en Afrique du Sud.

Figure 14. Distribution des lignées en Afrique du Sud de Février à décembre 2020. Source : KRISP.



Pour en savoir + sur ces variants :

- Evaluation de risque de ECDC :

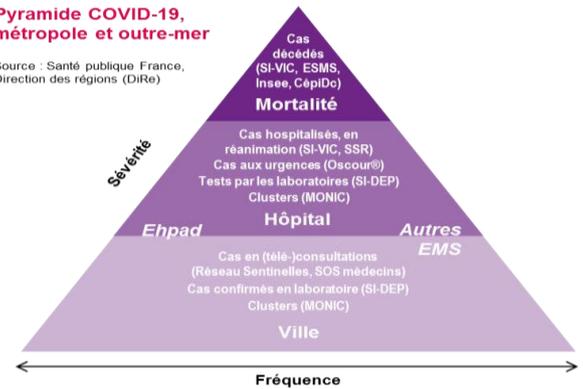
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-risk-related-to-spread-of-new-SARS-CoV-2-variants-EU-EEA.pdf>

## 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.

### 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 intensivité

## 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).

Les informations pour les voyageurs à destination de La Réunion sont disponibles sur le site de l'[ARS La Réunion](https://www.ars.reunion.fr)

Des outils de médiation créés par l'IREPS sont également disponibles à la demande sur le [site de l'association](https://www.ireps.org).

**OUTILS NUMÉRIQUES POUR LUTTER CONTRE LA COVID-19**

gouvernement.fr/info-coronavirus/tousanticovid

<https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/tousanticovid>

**GOVERNEMENT**  
Liberté  
Égalité  
Fraternité

Rechercher



L'actualité ▾ Les actions du Gouvernement ▾ Le Gouvernement et les institutions ▾

EN

**COVID-19**

MENU ^

Informations officielles

Comprendre la Covid-19

Ressources à partager

TousAntiCovid

Orientation médicale

Handicap

Les actions du Gouvernement

Carte et données

Questions / réponses

Numéros utiles

MIS À JOUR LE 2 DÉCEMBRE 2020

FRANÇAIS

FRANÇAIS SIMPLIFIÉ

ENGLISH