

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 53 (du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021)

Augmentation des indicateurs de circulation du virus, impact sanitaire limité
Communication et renforcement sur le dépistage pour éviter la reprise épidémique

CIRCULATION VIRALE ACTIVE

Incidence ↗
24/100 000 habitants < seuil d'alerte
Taux de positivité ↗
2,2% < seuil de vigilance
Taux de dépistage ↔
1 072/100 000 habitants

IMPACT SANITAIRE

12 passages aux urgences pour
suspicion de COVID-19 ↗
4 nouvelles hospitalisations ↔
1 nouvelle admission en réanimation
↔
Pas de nouveau décès à l'hôpital

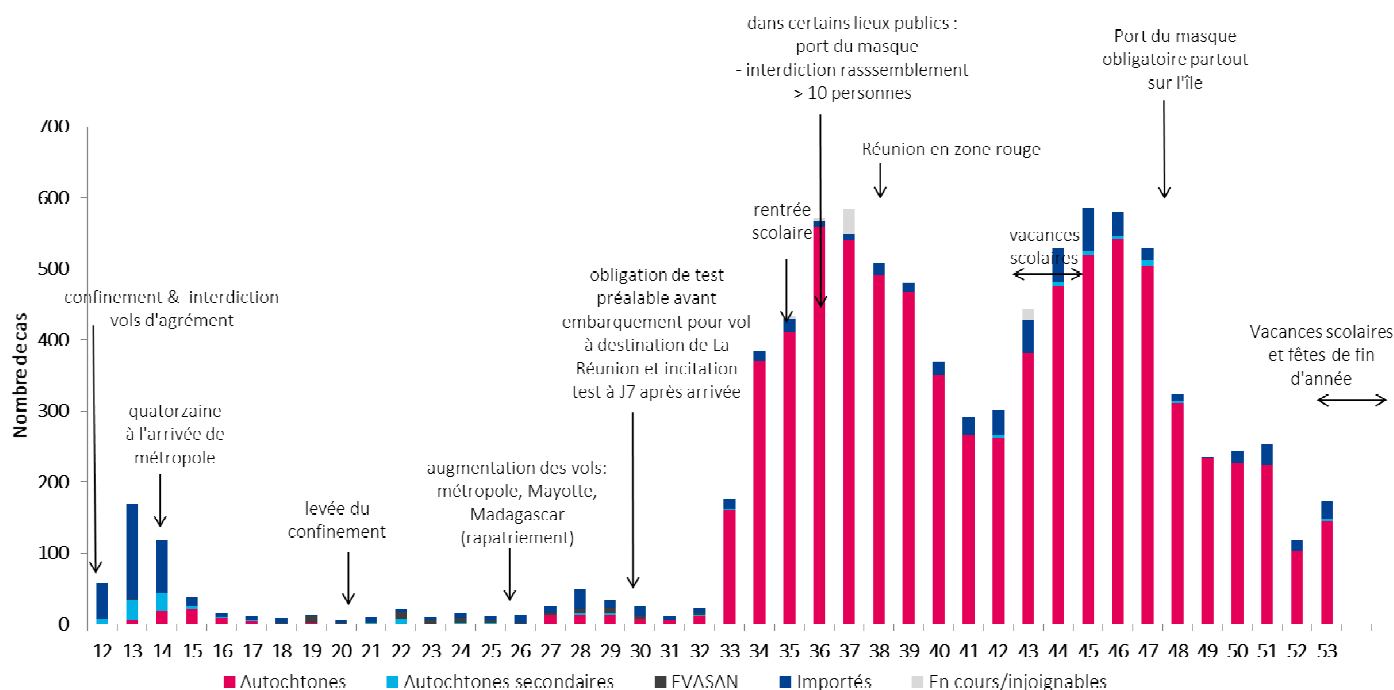
■ Analyse de la situation

- Avec les fêtes du nouvel an, l'activité de dépistage est restée stable. **Le nombre de nouveaux cas, comme le taux de positivité sont en augmentation.** Les indicateurs de surveillance hospitalière montrent pour l'instant un impact sanitaire limité ne suscitant pas de tensions hospitalières. **La tendance à la hausse du taux d'incidence et du taux de positivité sont en faveur du maintien d'une circulation du virus à La Réunion.**
- Pour cette première semaine de l'année, aucun cluster n'a été rapporté.
- En cette période de vacances, il est nécessaire lors des investigations, de renseigner les **rassemblements familiaux et/ou amicaux afin d'identifier les clusters** liés à ces rassemblements.
- **Un vigilance renforcée doit être menée dans l'identification des nouveaux variants (Royaume-Uni, Afrique du Sud et Nigéria) en renseignant lors des investigations les lieux de séjour.**

Afin 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 nécessaire de la vie quotidienne** pour respecter ces mesures de protection ;
- une communication pour sensibiliser l'ensemble de la population au dépistage et 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 S53/2020
(sources : ARS, Assurance maladie, 06/01/2021)



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 2020 et le 07 janvier 2021, plus de **9 173** cas confirmés ont été signalés.
- Au cours de la dernière semaine, le nombre de nouveaux cas identifiés à la Réunion est en augmentation (+ 57 cas).
- En lien avec la période des vacances de fin d'année et l'arrivée massive de voyageurs, le nombre de nouveaux cas importés est en croissance constante depuis la S50 (Figure 1). Entre la S50 et la S53-2020, le nombre de cas importés a augmenté de **7%**. Ce chiffre est certainement sous-estimé dans la mesure où la capacité de dépistage reste faible depuis la S51.

Alors que le taux de dépistage reste stable, le nombre de cas (autochtones et importés) est en hausse. Cette évolution, si elle se confirme, laisse craindre une reprise active et généralisée de l'épidémie à La Réunion.

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 la Réunion 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.

► Aucun cluster n'a été signalé en S53-2020.

► Depuis juin 2020, **109 clusters** ont été signalés dont 94 % sont à ce jour clôturés (n=103/109).

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 **2 clusters actifs** (en cours d'investigation et maîtrisés), sont tous à criticité limitée. Ces clusters regroupent une trentaine de personnes contaminées.

► 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, **1 commune** est concernée par ces clusters actifs : Sainte-Marie.

► 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) 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 S01/2021 (source : MONIC 06/01/2021)

	CRITICITE			Total S53
	Limitée	Modérée	Elevée	
Statut du cluster (Effectif)				
En cours d'investigation	2	0	1	3
Maîtrisé	0	0	0	1
Diffusion communautaire	0	1	3	4
Clôturé	48	30	25	103
TOTAL	<u>50</u>	<u>31</u>	<u>28</u>	<u>109</u>

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).

► En S53, le nombre de cas incidents à la Réunion est en augmentation. Le taux d'incidence est passé de 16/100 000 en S52 à 24/100 000 en S53 avec une capacité de dépistage stable. Malgré cette hausse, le taux incidence restait en-deca du seuil d'alerte fixé à 50/100 000 habitants.

► A l'exception des personnes de 75 ans et plus, toutes les autres classes d'âges montraient un taux d'incidence en hausse (Figure 3). Cette augmentation est notable pour la classe d'âge 15-44 ans avec une croissance du taux d'incidence de + 43% soit 32 cas positifs de plus par rapport à la semaine précédente alors que la capacité de dépistage était en baisse.

► A la Réunion en S53, une seule commune avait un taux d'incidence au dessus du seuil d'alerte de 50/100 000 habitants. Il s'agissait de **de la Plaine de Palmistes** (91/100 000 habitants) (Figure 5).

► Plusieurs communes présentaient un taux d'incidence en progression par rapport à la semaine précédente et se rapprocher du seuil d'alerte. Il s'agissait des communes de : La Possession (43/100 000), Saint-Denis (41/100 000), Sainte-Marie (33/100 000), Saint-Louis (30/100 000). Une vigilance doit se porter sur ces communes pour éviter une reprise épidémique exponentielle.

► En S53, à La Réunion le **taux de positivité augmentait à 2,2% versus 1,4% en S52**. Au niveau national, l'on retrouve une dynamique identique avec une hausse du taux de positivité (Figure 6)

► A La Réunion, **l'activité de dépistage était stable** entre la S53 et la S52 (en moyenne plus de 9000 tests). Le taux de dépistage se situait en S53 à **1 072 /100 000 habitants** (Figure 7).

► En France, sont recensés à ce jour, un total **19 cas d'infection à des variants émergents** : 16 cas du variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni) et 3 cas du variant 501_V2 (Afrique du Sud).

Figure 2. Evolution du taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), Réunion et France, S20 à S53/2020 (source SI-DEP, 06/01/2021)

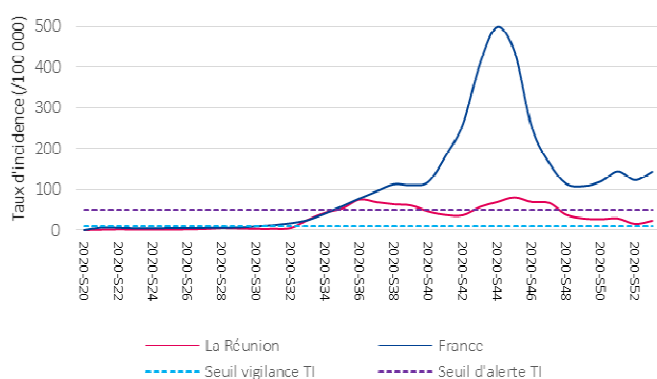


Figure 3. Evolution du taux d'incidence par classe d'âge de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), Réunion, S37 à S53/2020 (source SI-DEP, 06/01/2021)

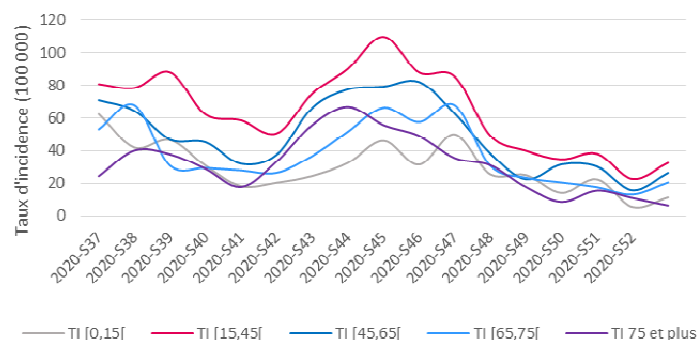


Figure 4. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 /100000 habitants) par département, France, du 28 décembre au 03 janvier 2021 (source SI-DEP, 06/01/2021)

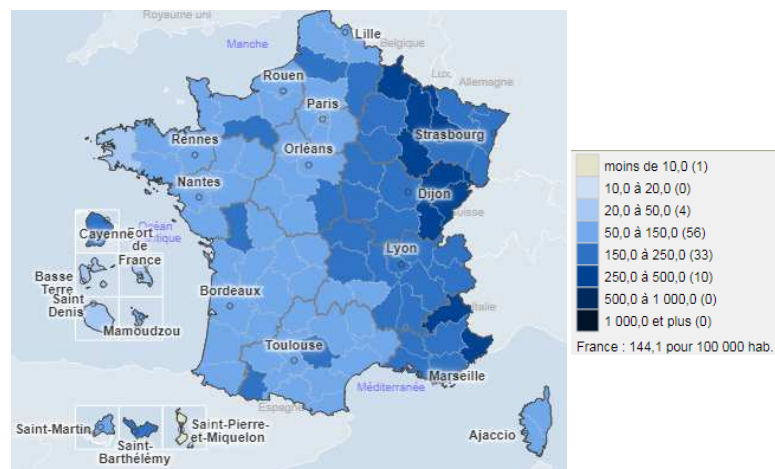


Figure 5 Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par commune, La Réunion, du 28 décembre au 03 janvier 2021 (source SI-DEP, 06/01/2021)

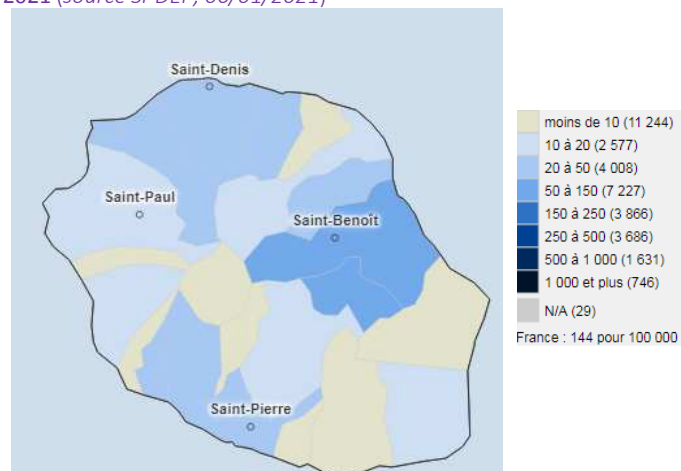


Figure 6. Evolution du taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2, Réunion et France, S20 à S53/2020 (source SI-DEP, 06/01/2020)

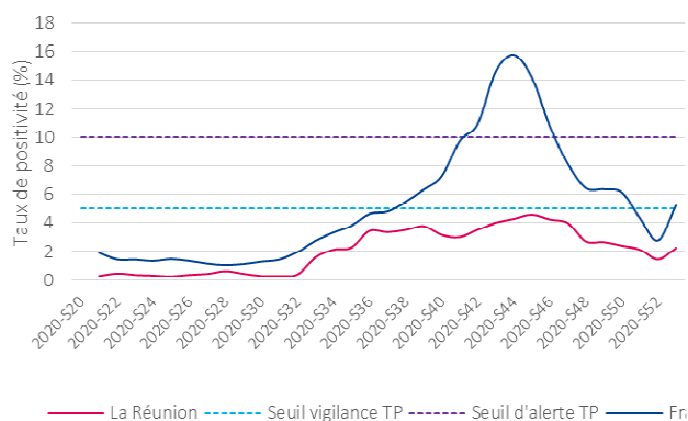
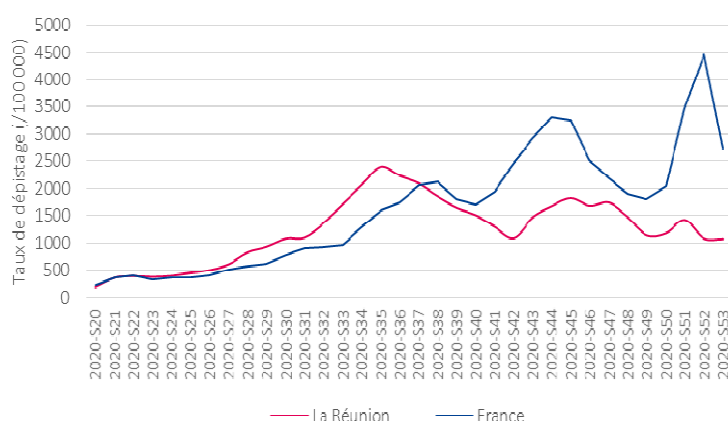


Figure 7. Evolution du taux de dépistage pour le SARS-COV- 2, Réunion et France, S20 à S53/2020 (source SI-DEP, 06/01/2021)



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 S53, l'estimation du R_{eff} selon les données SI-DEP était supérieur à 1 et significatif : 1,17 (1,03-1,17)

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

[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

Contact tracing

Le contact-tracing (CT) a pour objectifs :

- 1- de limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas,
- 2- de détecter et briser prospectivement les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes contacts à risque et leur isolement,
- 3- de détecter d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle.

Délai moyen (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement parmi les cas symptomatiques

A la Réunion, le délais de dépistage après l'apparition des signes est en moyenne de 2,9 jours et reste supérieur à la métropole (Figure 8). Le nombre de cas plus faible par rapport aux régions métropolitaines rend cependant cet indicateur très volatile et sujet à des variations individuelles importantes. **Un renforcement de la communication est nécessaire pour sensibiliser la population au dépistage.**

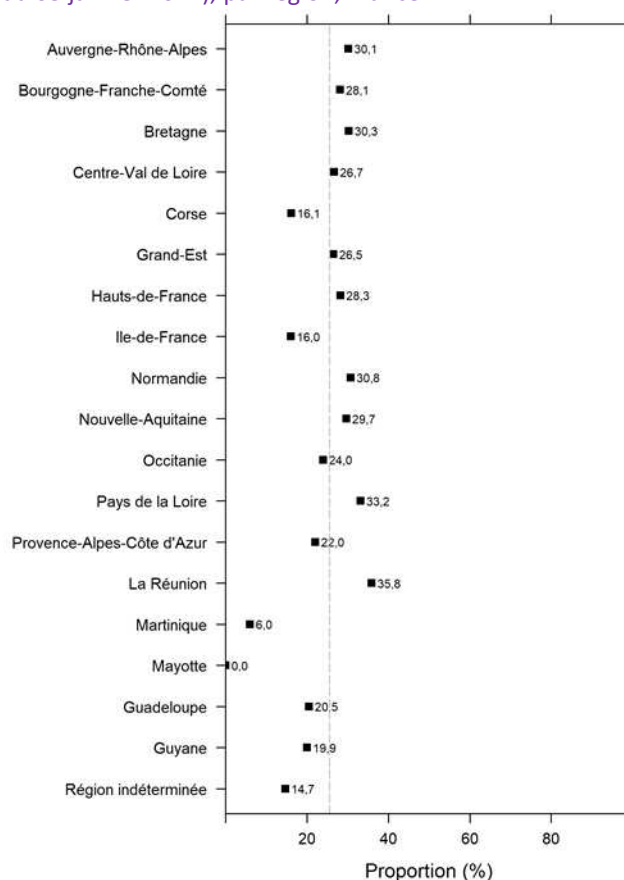
Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque

La proportion des nouveaux cas précédemment connus comme personne-contact à risque d'un autre cas est la plus haute à la Réunion (35,8%) (figure 9).

Figure 8 : Délai moyen (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement parmi les cas symptomatiques pour la semaine S53 de 2020 (du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021), par région, France



Figure 9 : Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque durant la semaine S53 (du 28 décembre 2020 au 03 janvier 2021), par région, France



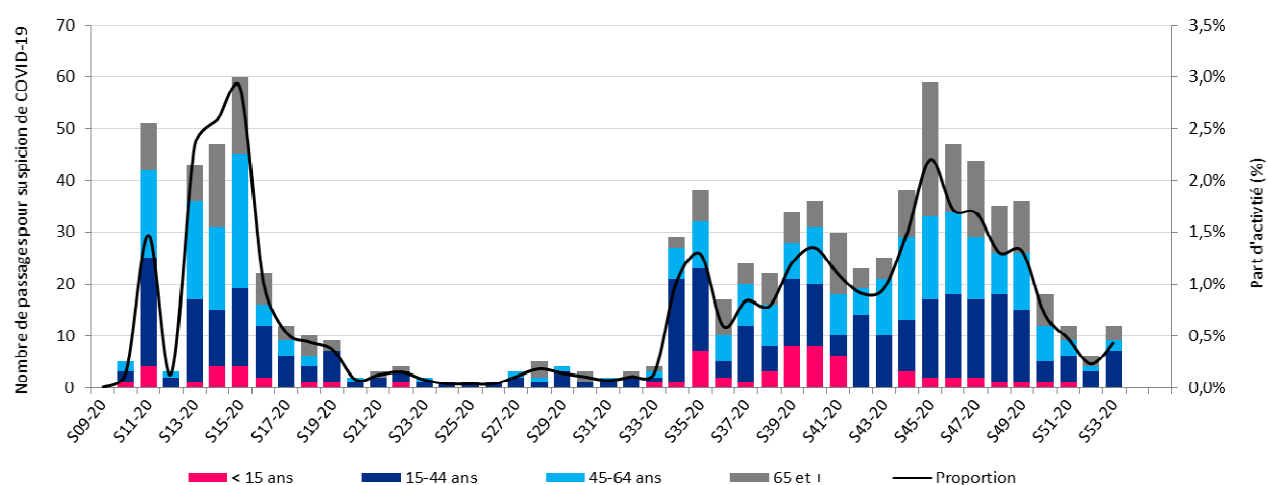
Passages aux urgences

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.

► **Reprise d'une augmentation des passages aux urgences.** Entre la S52 et la S53, la hausse a été de 50% tous âges confondus, avec 12 passages contre 6 la semaine précédente. Cette croissance des effectifs concernait plus particulièrement la classe d'âge des 15-45 ans avec 7 passages contre 3 en S52.

► Après 4 semaines de baisse constante, la **part d'activité des services d'urgence pour suspicion de COVID-19 repart à la hausse** (Figure 13). Néanmoins, elle se situait à un niveau encore bas (0,4%) (Figure 13).

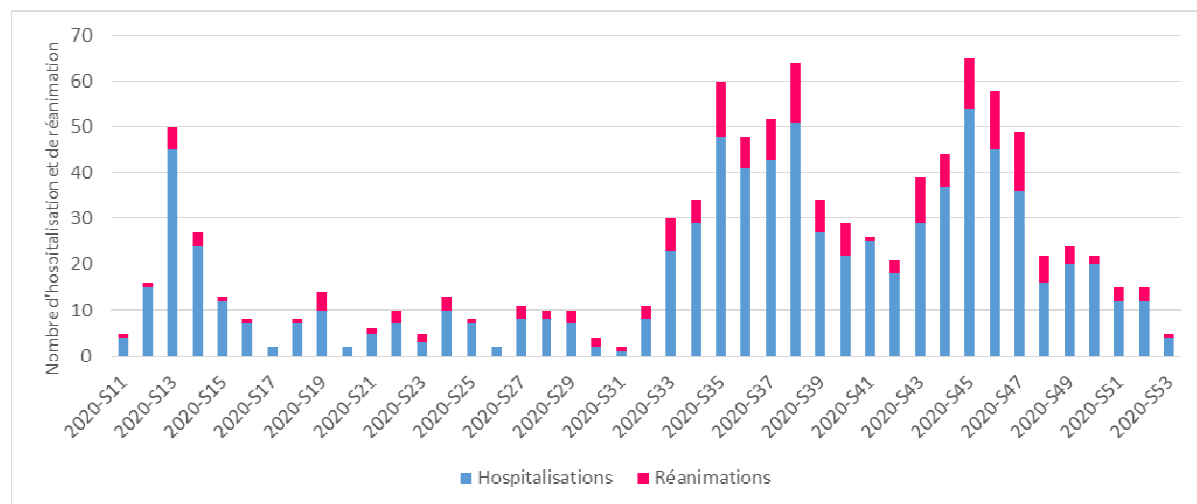
Figure 10. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 par classes d'âges et part d'activité (en %), La Réunion, S09/2020 à S53/2021 (Source : Oscour® - 06/01)



Hospitalisations et admission en réanimation (données SIVIC)

- Le nombre de nouvelle hospitalisations a baissé de 66% passant de 4 en S53 versus 12 en S52
- Le nombre de nouvelles admissions en réanimation était en baisse en S53 avec uniquement un patient versus 3 la semaine précédente (Figure 14).
- **L'impact sanitaire de la COVID-19 en termes d'indicateurs de gravité présente faible niveau.**

Figure 11. Nombre hebdomadaire d'hospitalisations et d'admissions en réanimation pour suspicion de COVID19 et La Réunion, S11/2020 à S53/2021 (Source : SIVIC - 06/01)



Admissions en réanimation

Tableau 2. Caractéristiques des patients pris en charge en réanimation entre le 11/03/2020 et le 07/01/2021 (Source : Surveillance SpF)

Cas admis en réanimation		Syndrome de détresse respiratoire aigüe**	
Nb signalements	136	Pas de SDRA	39 (31%)
Répartition par sexe		Mineur	21 (17%)
Homme	86	Modéré	29 (23%)
Femme	50	Sévère	38 (30%)
Ratio	1,7	Non renseigné	9
Age		Type de ventilation**	
Moyen	62,8	O2 (lunettes/masque)	18 (15%)
Médian	64,7	VNI (Ventilation non invasive)	6 (5%)
Quartile 25	53,6	Oxygénothérapie à haut débit	66 (53%)
Quartile 75	74,3	Ventilation invasive	28 (23%)
Délai entre début des signes et admission en réanimation		Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	6 (5%)
Moyen	5,4	Non renseigné	12
Médian	8,0	Durée de séjour	
Quartile 25	5,0	Durée moyenne de séjour	11,9
Quartile 75	11,0	Durée médiane de séjour	8,0
Région de résidence des patients		Durée quartile 25	8,0
Hors région	20 (15%)	Durée quartile 75	14,5
La Réunion	115 (85%)	**Niveau de sévérité maximal observé et modalité de prise en charge la plus invasive mise en place au cours du séjour en réanimation	
Non renseigné	1		
		Classe d'âge	
		0-14 ans	0 (0%)
		15-44 ans	19 (14%)
		45-64 ans	49 (36%)
		65-74 ans	37 (27%)
		75 ans et plus	30 (22%)
		Non renseigné	1
		Comorbidités	
		Aucune comorbidité	14 (11%)
		Au moins une comorbidité parmi :	114 (89%)
		- Obésité (IMC $\geq$ 30)	40 (48%)
		- Hypertension artérielle	67 (52%)
		- Diabète	50 (39%)
		- Pathologie cardiaque	29 (23%)
		- Pathologie pulmonaire	26 (20%)
		- Immunodépression	11 (9%)
		- Pathologie rénale	30 (23%)
		- Cancer*	-
		- Pathologie neuromusculaire	6 (5%)
		- Pathologie hépatique	0 (0%)
		Non renseigné	8
		Evolution	
		Evolution renseignée	130 (96%)
		- Transfert hors réanimation ou retour à domicile	103 (79%)
		- Décès	27 (21%)

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

► Au 07/01/2021, seulement deux personnes étaient toujours prises en charge dans un service de réanimation en lien avec la COVID-19.

► Depuis le début de l'épidémie, **136 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 $\geq$ 30)** étaient toujours les 3 comorbidités principales (Tableau 2).

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](https://signalement.social-sante.gouv.fr/psiq_ihm_utilisateurs/index.html#/choixSignalementPS)). 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/psiq_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.

► Un signalement en S53 dans établissement d'hébergement de personnes handicapées. Au 07/01/2021, 1 cas confirmé et 1 cas possible ont été identifiés. Un campagne de dépistage chez les résidents et le personnel est en cours.

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 1^{er} mars et le 07 janvier 2021, **52 décès de patients hospitalisés** ont été signalés le dernier datant de la semaine 53

► **Certificats de décès électroniques** : entre le 1^{er} mars et le 06 janvier 2021 **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 S53, 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

Vincent Maréchal, professeur de virologie et virologue au centre de recherche Saint-Antoine (Inserm/Sorbonne Université) fait le point sur l'apparition de nouveaux variants du coronavirus en France.

Depuis plusieurs semaines, un variant du coronavirus a été détecté en Grande-Bretagne, un autre en Afrique du Sud générant de plus en plus d'inquiétudes...

Dans le variant, apparu dans le sud de l'Angleterre, ce qui a alerté les autorités sanitaires, c'est l'importante capacité qu'il a à se transmettre. De plus en plus de données scientifiques vont en ce sens. Cette mutation rendrait le virus plus contagieux que les autres variants du coronavirus. Apparemment, ces mutations n'auraient pas d'impact sur sa virulence. Par contre, les patients porteurs de ce variant auraient une charge virale dans la salive deux à quatre fois plus importante. Par ailleurs, des modifications dans la protéine S (Spike) – essentielle pour la fixation du virus aux cellules – pourraient faciliter l'infection. Même si le taux de forme grave de la maladie reste le même, le nombre de personnes testées positives à ce variant en Angleterre augmente en flèche, ce qui aura mécaniquement un impact sur l'augmentation du nombre de malades.

Que doit-on faire pour s'en protéger ?

Ce virus, quelle que soit sa version, doit pouvoir être contrôlé en respectant les mesures barrières (port du masque, aux mesures de distanciation sociale, usage du gel hydroalcoolique notamment), éventuellement de façon plus stricte encore. Il est nécessaire de prendre conscience que ces mesures sont d'autant plus importantes à respecter si le variant circule sur le territoire, ce qui est avéré aujourd'hui. Se protéger de ce variant et de l'émergence potentielle d'autres variants, c'est d'abord limiter la multiplication du virus, et donc utiliser tout moyen pour limiter sa diffusion : renforcement des mesures barrières, isolement des porteurs, déploiement de la vaccination notamment, en espérant qu'elle bloquera aussi la transmission du virus.

Les enfants ne seraient pas des vecteurs de transmission du Covid-19...

Si le variant se transmet plus largement, les enfants peuvent devenir une préoccupation. On considère que les plus jeunes sont en général moins à risque d'être infectés et de transmettre le virus, il faudra s'assurer que les enfants ne sont pas contaminés plus facilement et/ou ne transmettent pas plus efficacement le variant. Aucune étude scientifique ne répond à cette question actuellement, mais c'est pour moi un sujet prioritaire car la réponse pourrait nous inciter à revoir la contribution des plus jeunes à la circulation du virus.

Peut-on suivre le développement de ces mutations ?

En Grande-Bretagne, les chercheurs séquent massivement les souches de coronavirus : quand nous publions une séquence virale, les Britanniques en publient près de 60, et les Australiens plus de 450. Cela permet d'exercer une surveillance plus précoce de l'émergence de nouveaux variants. En France ce choix n'a pas été fait, nous avons plus de difficulté à rendre publiques ce type de données. Nous avons un vrai retard sur ce point, qui a été souligné dès début novembre par les Académies de Science et de Médecine. Et pourtant, en analysant, presque en temps réel, le virus et ses différentes variations, nous pourrions disposer d'un système d'alerte plus précoce, limiter la diffusion des variants à haut risque et, in fine, mieux nous en protéger.

Est-ce possible de savoir si l'on est porteur d'un variant du Covid-19 ?

Aujourd'hui, on détecte les patients porteurs de ce variant un peu par défaut. Près de 90% des tests disponibles actuellement en France ne sont pas capables de détecter ce nouveau variant. Il est donc essentiel de revoir ces tests et/ou de les optimiser pour qu'ils puissent permettre de détecter ces mutations. En isolant les personnes atteintes de cette nouvelle forme du coronavirus, on pourra limiter sa diffusion temporairement. Sans cela, nous allons à nouveau nous retrouver dans une vague de cas positifs très importante. Ce n'est pas pour rien que Boris Johnson a annoncé le retour du confinement en Angleterre. Nous n'avons pas le droit à l'erreur avec l'apparition de ce variant, en espérant qu'il n'est pas déjà trop tard.

Les vaccins administrés sont-ils adaptés à cette nouvelle forme de la maladie ?

Aujourd'hui nous n'avons aucune raison de penser que les variants en circulation vont échapper aux vaccins. Les vaccins actuels préviennent les formes graves de la maladie, mais leur impact sur la transmission du virus n'est pas encore formellement établi. La vaccination sera probablement déterminante pour freiner l'expansion de l'épidémie. Si des variants devaient échapper aux premiers vaccins, la technologie des vaccins à ARNm développée pourrait sans doute permettre de produire une version 2 du vaccin en quelques mois. Rappelons que pour le virus de la grippe, les laboratoires pharmaceutiques fabriquent chaque année un nouveau vaccin, alors que les virus de la grippe sont beaucoup plus variables que les coronavirus.

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](#).

Les informations pour les voyageurs à destination de La Réunion sont disponibles sur le site de l'ARS La Réunion

Des outils de médiation créés par l'IREPS sont également disponibles à la demande sur le [site de l'association](#).

