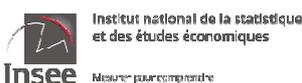


En collaboration avec :

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 02 (du 11 au 17 janvier 2021)

Hausse du taux d'hospitalisation mais impact sanitaire limité
Fluctuation du taux d'incidence

CIRCULATION VIRALE ACTIVE

Incidence ↘
27/100 000 habitants < seuil d'alerte

Taux de positivité ↘
1,6% < seuil de vigilance

Taux de dépistage
1 666/100 000 habitants ↔

IMPACT SANITAIRE

24 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ↗

20 nouvelles hospitalisations ↗

8 nouvelles admissions en réanimation ↗

Un nouveau décès à l'hôpital

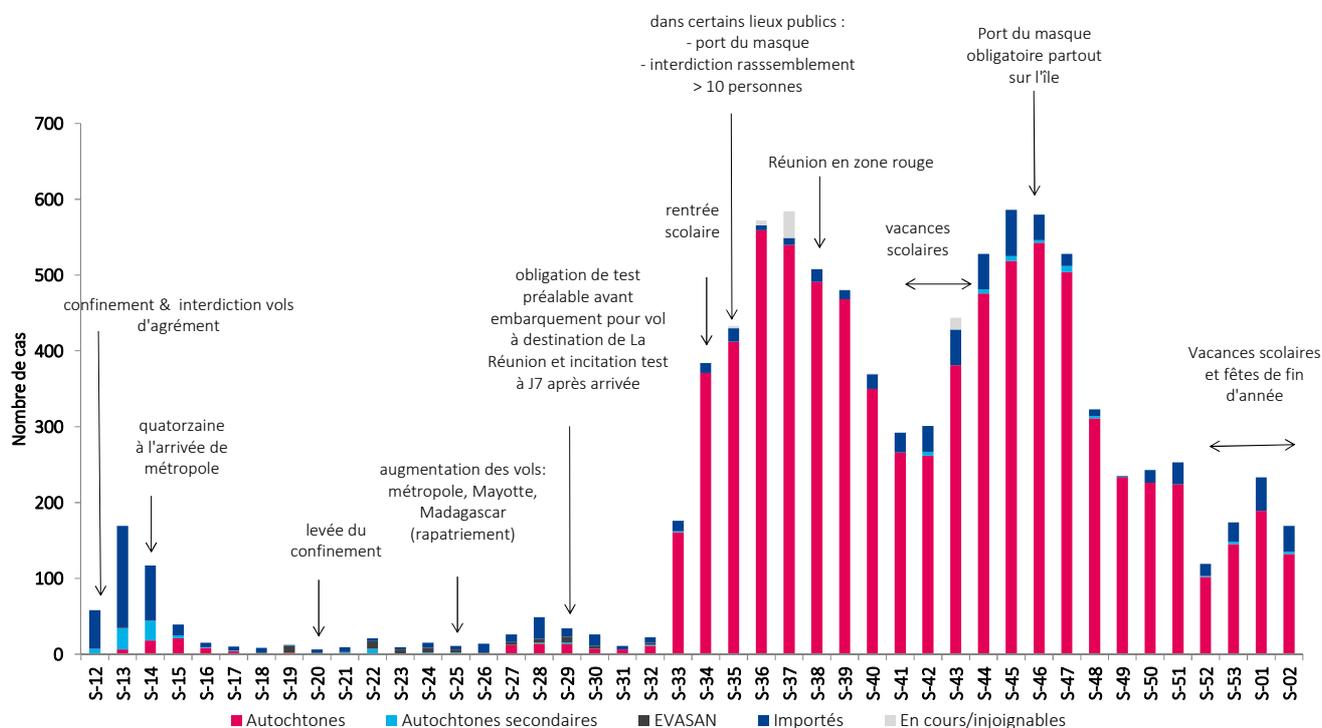
Analyse de la situation

- Le nombre de nouveaux cas ainsi que le taux d'incidence à La Réunion ont diminué en semaine S02-2021 par rapport à la semaine précédente. Le taux de positivité est également en baisse. Toutefois les indicateurs de surveillance hospitalière sont en forte progression: passages aux urgences, hospitalisation et admissions en réanimation; même si l'impact sanitaire ne suscite pas à ce jour de tensions hospitalières. **La circulation du virus est toujours active à la Réunion et la situation reste fragile,**
- En cette période de retour de vacances avant la rentrée scolaire il est nécessaire de renforcer la communication sur le **dépistage des voyageurs** pour limiter la reprise épidémique.
- **Trois cas importés du variant d'Afrique du Sud ont été identifiés sur l'île et sont actuellement hospitalisés. Une vigilance renforcée doit être menée dans l'identification des nouveaux variants en renseignant lors des investigations les lieux de séjour pour tout retour de voyage. Toute personne symptomatique ou non, ayant voyagé à Mayotte, aux Comores ou au Mozambique ces 14 jours derniers jours est incitée à effectuer un test RT-PCR dans les plus brefs délais afin de s'assurer qu'elles ne sont pas positives à la maladie Covid-19 ni porteurs éventuellement d'une souche variante 501-Y-V2.**
- **La campagne de vaccination dans les établissements d'accueil pour personnes âgées a débuté le 15/01/2021 et a déjà permis de vacciner plus de 500 résidents et autant de professionnels de santé.**

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 une communication ciblée pour les voyageurs pour inciter à un auto-isolement pendant les 7 jours suivant leur arrivée à la Réunion ;
- 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 S02/2021 (sources : ARS, Assurance maladie, 20/01/2021)



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 21 janvier 2021, plus de 9 406 cas confirmés ont été signalés.
- ▶ Au cours de la dernière semaine, le nombre de nouveaux cas identifiés à La Réunion est en diminution et se situe au même niveau que celui de la semaine S53-2020.
- ▶ En lien avec la période des vacances et les flux de voyageurs, le nombre de nouveaux cas importés est en augmentation croissante depuis la S49 (Figure 1). La proportion de cas importés est passée de 1% en S49-2020 à 19% en S02-2021. Ce chiffre est certainement sous-estimé dans la mesure où le test de dépistage J2-4 reste une simple recommandation et que le pourcentage de voyageurs réalisant ce test reste faible (22% en S01-2021),

Bien que le nombre total de cas soit en diminution en S02-2021 par rapport à la semaine précédente, la circulation du virus reste active. Avec la fin prochaine des vacances scolaires le flux des retours sur l'île depuis la métropole risque d'augmenter ainsi que le nombre de cas importés. La situation reste donc très fragile dans le contexte également de la menace d'introduction et de diffusion sur l'île d'un des nouveaux variants du virus.

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.

► **Trois clusters ont été signalés en S02-2021.**

► Depuis juin 2020, **113 clusters** ont été signalés dont 92 % à ce jour clôturés (n=104/113).

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 **5 clusters actifs** (en cours d'investigation et maîtrisés), 3 sont à criticité limitée et deux sont à criticité modérée.. Ces clusters regroupent une cinquantaine 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 (3), établissement d'accueil de la petite enfance - crèche (1) et un regroupement familial (1).

► Sur l'île, **4 communes** sont concernées par ces clusters actifs : Saint-Louis, Sainte-Marie, Sainte-Suzanne et le Tampon

► 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, S26/2020 à S02/2021 (source : MONIC 21/01/2021)

	CRITICITE			Total S02
	Limitée	Modérée	Elevée	
Statut du cluster (Effectif)				
En cours d'investigation	2	1	0	3
Maîtrisé	0	2	0	2
Diffusion communautaire	0	1	3	4
Clôturé	49	30	25	104
TOTAL	<u>51</u>	<u>34</u>	<u>28</u>	<u>113</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 S02, le nombre de cas incidents à la Réunion est en diminution. Le taux d'incidence est passé de 32/100 000 en S01 à 27/100 000 en S02 avec un taux de dépistage en légère augmentation. Le taux d'incidence reste en-dessous du seuil d'alerte fixé à 50/100 000 habitants.

► On observe **une diminution du taux d'incidence dans toutes les classes d'âges** (Figure 3).

► A la Réunion en S02, trois communes ont un taux d'incidence au dessus du seuil d'alerte de 50/100 000 habitants. Il s'agit de **Saint Benoît, Sainte-Rose et la Plaine de Palmistes** (Figure 5).

► En S02, à La Réunion le **taux de positivité est en diminution à 1,6%**. Au niveau national, il est en augmentation à 6,7% (Figure 6).

► A La Réunion en S02, **l'activité de dépistage est en légère augmentation** (plus de 14 000 tests hebdomadaires en S01 et S02). Le taux de dépistage se situe en S02 à **1 666 /100 000 habitants** (Figure 7).

► A La Réunion, à la date du 20/01/2021, **3 cas du variant 501_V2 (Afrique du Sud)** ont été identifiés. Il s'agit d'une personne évacuée sanitaire des Comores et de 2 cas importés, l'un en provenance de Mayotte et l'autre en provenance des Comores et ayant transité par Mayotte. Ces 3 personnes sont actuellement hospitalisées. En France, au 20/01/2021, **141 cas d'infection à des variants émergents** ont été recensés : 131 cas du variant VOC 202012/01 (Royaume-Uni) et 10 cas du variant 501_V2 (Afrique du Sud). Aucun cas d'infection au nouveau variant B.1.1.2.8 (Brésil) n'a été signalé à ce jour en France.

Figure 2. Evolution du taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), Réunion et France, S20/2020 à S02/2021 (source SI-DEP, 20/01/2021)

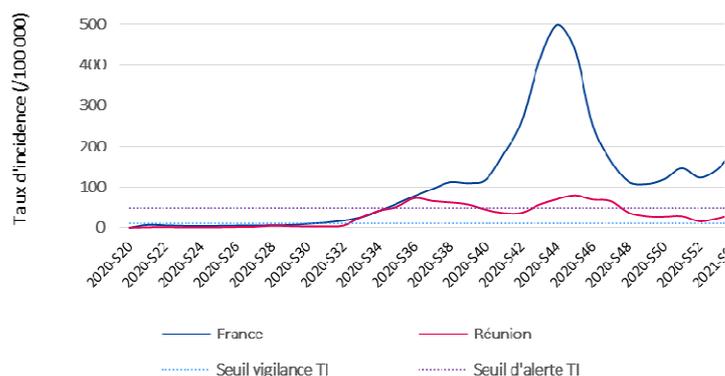


Figure 3. Evolution du taux d'incidence par classe d'âge de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), Réunion, S37 à S02/2021 (source SI-DEP, 20/01/2021)

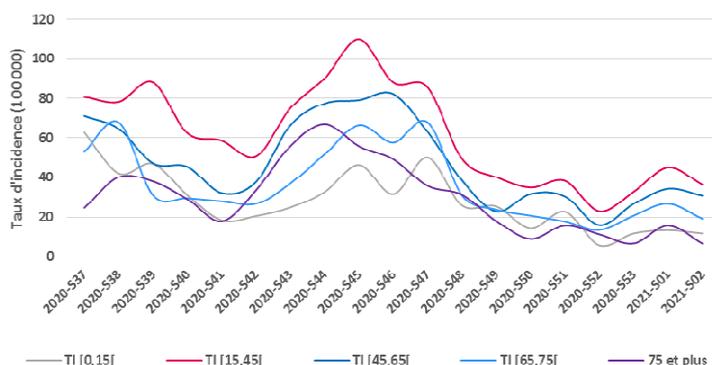


Figure 4. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 /100 000 habitants) par département, France, du 05 au 18 janvier 2021 (source SI-DEP, 20/01/2021)

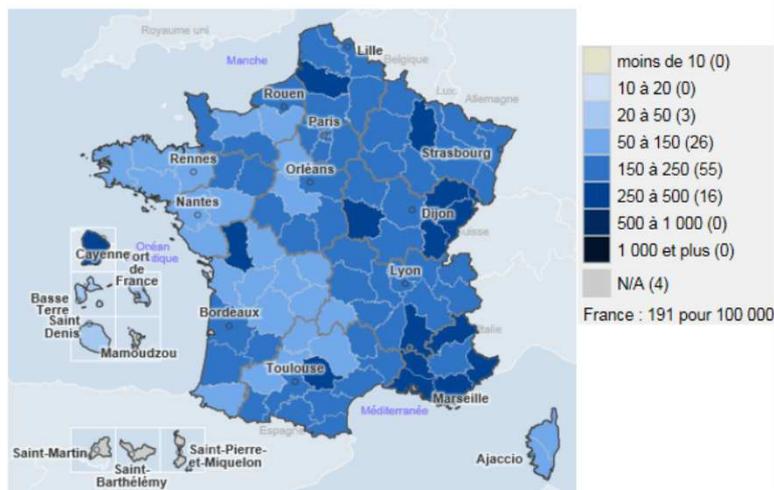


Figure 5 Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par commune, La Réunion, du 05 au 18 janvier 2021 (source SI-DEP, 20/01/2021)

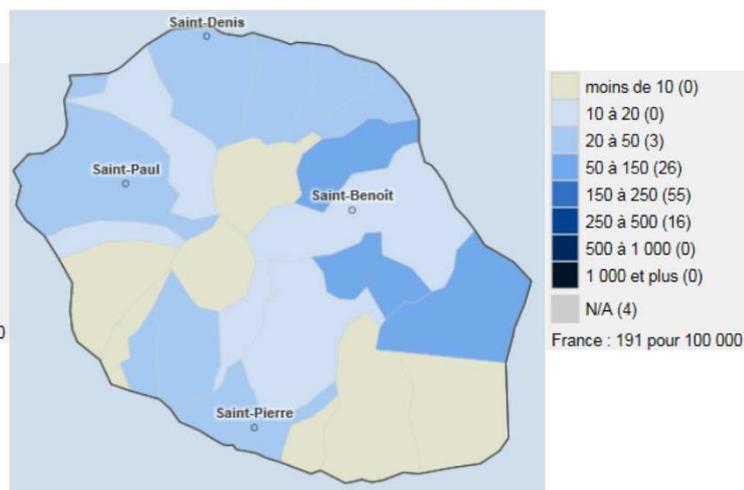


Figure 6. Evolution du taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2, Réunion et France, S20 à S02/2021 (source SI-DEP 20/01/2021)

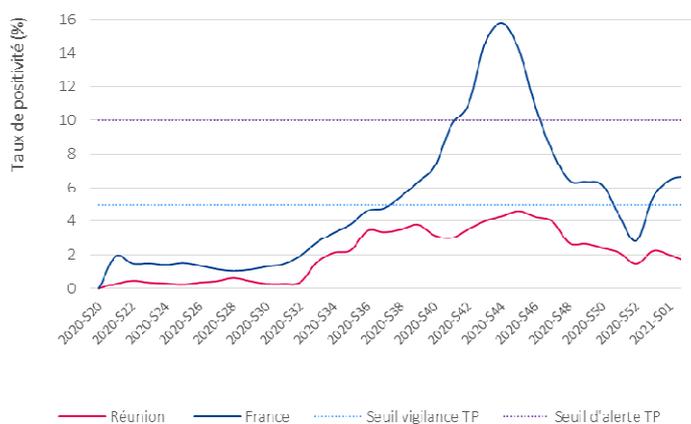


Figure 7. Evolution du taux de dépistage pour le SARS-COV-2, Réunion et France, S20 à S02/2021 (source SI-DEP, 20/01/2021)



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 S02, l'estimation du R_{eff} selon les données SI-DEP était supérieure à 1 mais non significatif : 0,97 (0,85-1,09)

L'estimation du R_{eff} selon les données des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®) était significativement supérieure à 1: 1,69 (1,05-2,47).

[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 délai de dépistage après l'apparition des signes est en moyenne de 2,1 jours (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 en légère hausse à La Réunion (31%) et est élevée par rapport aux autres régions (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 S02 de 2021 (du 11 au 17 janvier 2021), par région, France

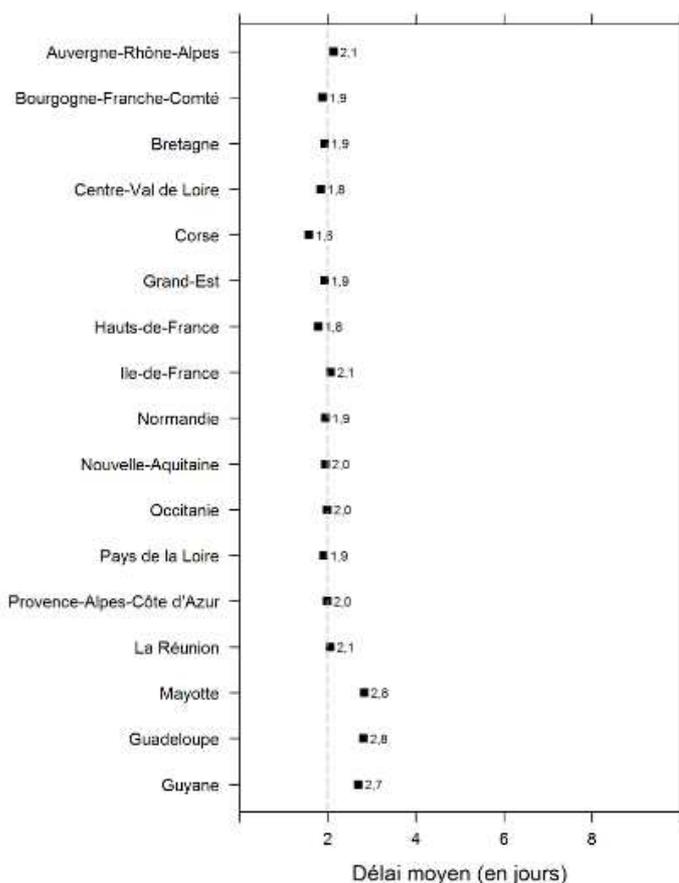
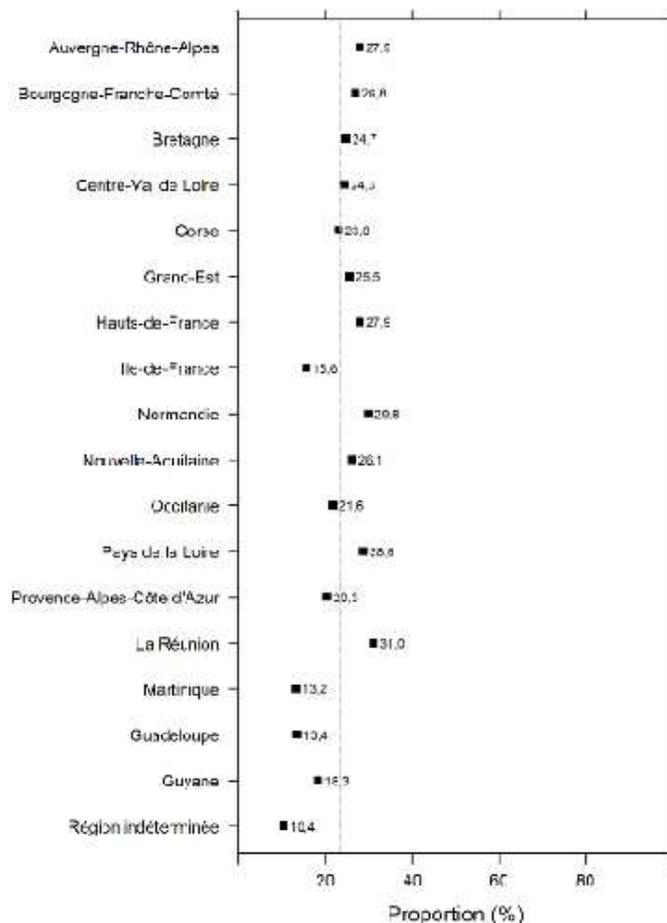


Figure 9 : Proportion des cas précédemment connus comme personne-contact à risque durant la semaine S02 (du 11 au 17 janvier 2021), par région, France

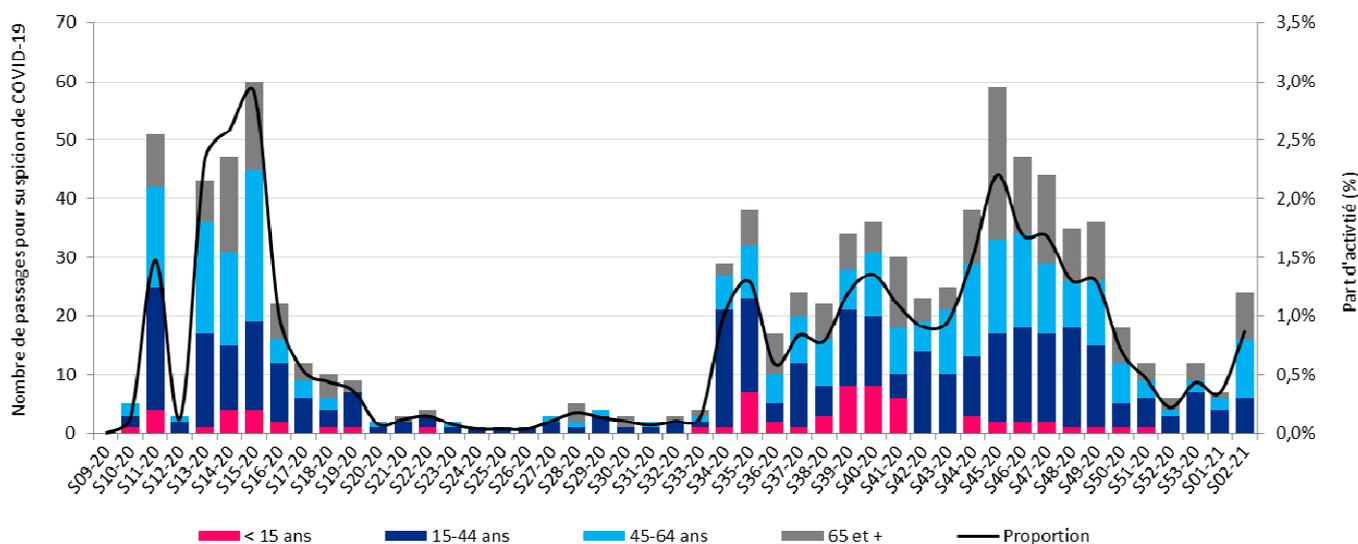


Passages aux urgences

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.

- **Nette augmentation des passages aux urgences et de la part d'activité des services d'urgence pour suspicion de COVID-19 en semaine S02 (Figure 10).**

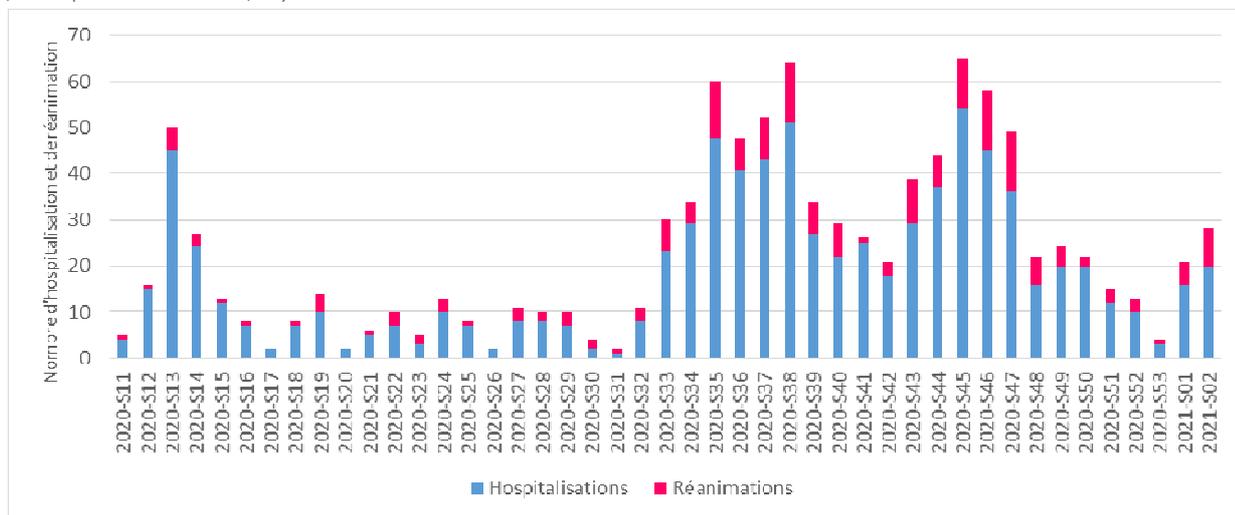
Figure 10. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 par classes d'âges et part d'activité (en %), La Réunion, S09/2020 à S02/2021 (Source : Oscour® - 20/01)



Hospitalisations et admission en réanimation (données SIVIC)

- Le nombre de nouvelles hospitalisations continue d'augmenter en passant de 4 en S53 à 16 en S01 et 20 en S02.
- Le nombre de nouvelles admissions en réanimation continue également à augmenter en passant de 1 en S53 à 5 en S01 et 8 en S02 (Figure 11).
- **L'impact sanitaire de la COVID-19 en termes d'indicateurs de gravité reste modéré mais augmente.**

Figure 11. Nombre hebdomadaire d'hospitalisations et d'admissions en réanimation pour suspicion de COVID19 et La Réunion, S11/2020 à S02/2021 (Source : SIVIC - 20/01)



Admissions en réanimation

Tableau 2. Caractéristiques des patients pris en charge en réanimation entre le 11/03/2020 et le 20/01/2021 (Source : Surveillance SpF)

Cas admis en réanimation		Classe d'âge	
Nb signalements	143	0-14 ans	0 (0%)
Répartition par sexe		15-44 ans	20 (14%)
Homme	92	45-64 ans	52 (37%)
Femme	51	65-74 ans	39 (27%)
Inconnu	0	75 ans et plus	31 (22%)
Ratio	1,8	Non renseigné	1
Age		Comorbidités	
Moyen	50,0	Aucune comorbidité	15 (11%)
Médian	64,6	Au moins une comorbidité parmi :	120 (89%)
Quartile 25	53,6	- Obésité (IMC>=30)	41 (48%)
Quartile 75	73,8	- Hypertension artérielle	68 (50%)
Entre début des signes et admission en réanimation		- Diabète	52 (39%)
Moyen	5,5	- Pathologie cardiaque	30 (22%)
Médian	8,0	- Pathologie pulmonaire	27 (20%)
Quartile 25	4,5	- Immunodépression	11 (8%)
Quartile 75	11,0	- Pathologie rénale	30 (22%)
Région de résidence des patients		- Cancer*	-
Hors région	20 (14%)	- Pathologie neuromusculaire	6 (4%)
La Réunion	122 (86%)	- Pathologie hépatique	0 (0%)
Non renseigné	1	Non renseigné	8
		Évolution	
		Evolution renseignée	134 (94%)
		- Transfert hors réanimation ou retour à domicile	107 (80%)
		- Décès	27 (20%)

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

Syndrome de détresse respiratoire aigüe**	
Pas de SDRA	43 (33%)
Mineur	21 (16%)
Modéré	29 (22%)
Sévère	38 (29%)
Non renseigné	12
Type de ventilation**	
O2 (lunettes/masque)	19 (15%)
VNI (Ventilation non invasive)	6 (5%)
Oxygénothérapie à haut débit	68 (53%)
Ventilation invasive	29 (23%)
Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	6 (5%)
Non renseigné	15
Durée de séjour	
Durée moyenne de séjour	11,8
Durée médiane de séjour	7,5
Durée quartile 25	4,0
Durée quartile 75	0,0

**Niveau de sévérité maximal observé et modalité de prise en charge la plus invasive mise en place au cours du séjour en réanimation

► Au 20/01/2021, sept personnes étaient toujours prises en charge dans un service de réanimation en lien avec la COVID-19.

► Depuis le début de l'épidémie, **143 personnes ont été admises dans un service de réanimation**. Les hommes restaient majoritaires avec un **sexe ratio H/F de 1,8**. **Le diabète, l'hypertension artérielle et l'obésité (IMC>=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](#)). 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.

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.

► Deux signalements en S02. L'un concernant un établissement d'hébergement pour personnes handicapées (IME) et l'autre dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dans chacun des établissements 1 cas a été confirmé chez un membre du personnel.

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 01 (données non disponible au-delà) (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 2020 et le 19 janvier 2021, **54 décès de patients hospitalisés** ont été signalés le dernier datant de la S02.

► **Certificats de décès électroniques** : entre le 1^{er} mars 2020 et le 18 janvier 2021 **52 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 79% avaient plus de 65 ans.

Parmi les 52 certificats de décès électroniques comprenant la mention COVID-19, 29 personnes (56%) 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 S01, il n'a pas été signalé de certificat de décès papier portant une mention relative à l'infection à la COVID-19.

Vaccination

► La campagne de vaccination dans les établissements d'accueil des personnes âgées (Ehpa, Ehpad) et les unités de soins de longue durée a débuté le 15/01/2021 à La Réunion. Au 20/01/2021, 1 014 personnes ont été vaccinées dont 522 résidents et 492 professionnels de santé.

