

En collaboration avec :

Agence régionale de santé (ARS) Réunion, Assurance Maladie, Médecins libéraux, SAMU Centre 15, SOS médecins, médecins urgentistes, réanimateurs, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et de médecine d'urgence, laboratoire Processus infectieux en milieu insulaire tropical



Focus de la semaine : CONTACT COVID-19(p.7)

Indicateurs clés – Semaine 21 (du 24 mai au 30 mai 2021)

CIRCULATION VIRALE ACTIVE

Taux d'incidence ↔
160*/100 000 habitants

Taux de positivité ↘
5 % (> seuil de vigilance)

Taux de dépistage ↗
3210*/100 000 habitants

IMPACT SANITAIRE

124 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ↗

78 hospitalisations ↔

22 admissions en réanimation ↔

11 nouveaux décès ↗

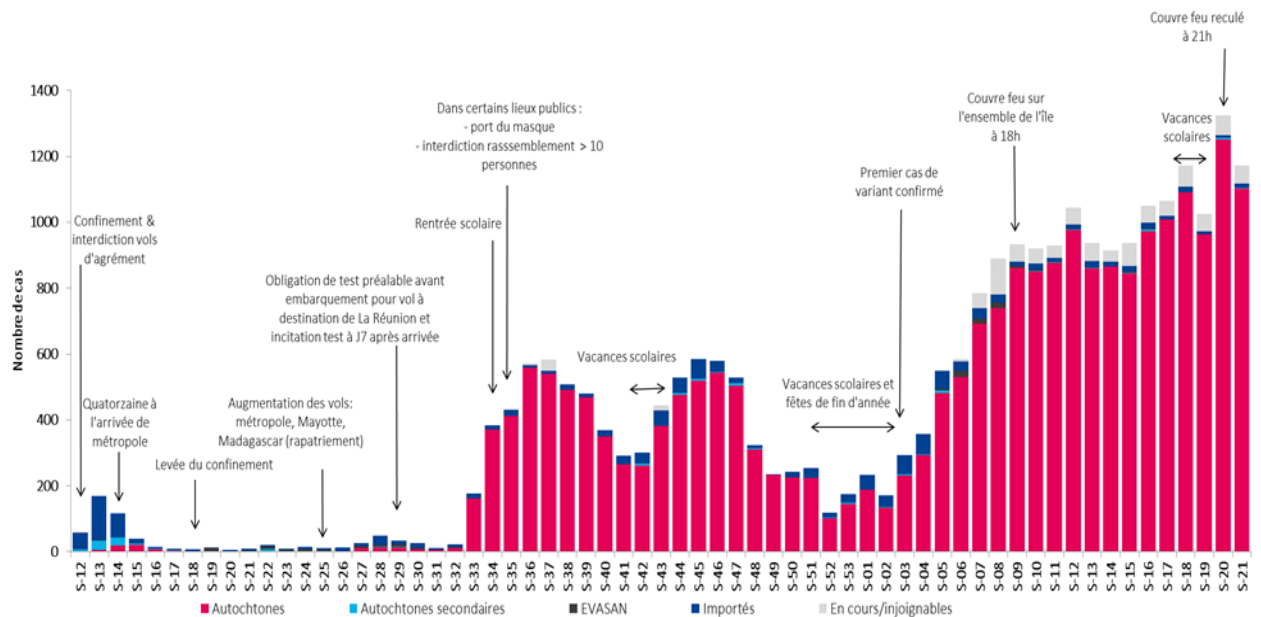
Analyse de la situation

- A la Réunion la situation sanitaire reste préoccupante; la circulation virale n'a jamais été aussi importante, et parallèlement à cela les indicateurs de la pression sanitaire continuent d'augmenter.
- L'ensemble du territoire est concernée par cette circulation active. En effet en semaine 21, 13 communes avaient un **taux d'incidence** supérieur à 100/100 000 habitants avec plus de 10 cas signalés, dont 7 **communes** avec un taux d'incidence **supérieur à 150/100 000 habitants**.
- La circulation de variants plus transmissibles sur le territoire participe à propagation du virus et cela dans un contexte de levée progressive des mesures de restriction où les bonnes pratiques sont de moins en moins exécutées.
- Dans le cadre des investigations clusters, un constat est fait, plusieurs situations préoccupantes pourraient être évitées (cf. page 2).
- Les cas qui sont appelés lors du contact tracing énumèrent de moins en moins de contacts alors que le nombre de nouveaux positifs est à la hausse. Il est essentiel de prévenir les personnes contacts soi-même et de les renseigner lors du contact tracing.
- Durant ce mois de mai il y a de nombreux signalements de clusters au sein des diverses collectivités de l'île dont les EHPAD, où des professionnels non vaccinés sont en cause.
- Pour participer au **freinage de l'épidémie**, il est essentiel de :
 - limiter ses contacts et réaliser un test diagnostic 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

*Taux d'incidence corrigé

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 S21/2021 (sources : ARS, Assurance maladie, 01/06/2021)



- ▶ Depuis l'apparition du premier cas le 11/03/2020, **26 075 cas ont été investigués** (données ARS au 01/06/2021). Le nombre de nouveaux cas hebdomadaires est en diminution avec 1 172 cas en S21 comparés à 1325 cas en S20 (Figure 1).
- ▶ Le nombre de nouveaux cas importés est de 13 en S21 (Figure 1). La part des cas importés est stable autour de 1% à 2% depuis la S09. La part de personnes injoignables ou dont la prise de contact est en cours est stable autour de 5% depuis la S09.

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

- ▶ **Dix clusters** ont été signalés en S21 (du 24 au 30/05/2021) et quatre clusters ont été signalés depuis le 31/05/2021.
- ▶ Depuis juin 2020, **300 clusters** ont été signalés dont 258 ont été clôturés soit 86% des clusters.
- ▶ Parmi les **42 clusters actifs** (en cours d'investigation ou maîtrisés), 12 sont à criticité limitée, 16 à criticité modérée et 14 à criticité élevée. Depuis leur ouverture et à ce jour, les clusters actifs regroupent près de 502 personnes contaminées.
- ▶ A ce jour, les collectivités concernées par les clusters actifs sont : les **milieux professionnels (29)**, les **établissements de santé (3)**, un **ESH** (établissement social d'hébergement et d'insertion), des EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (4), le milieu scolaire et universitaire (1), les crèches (3) et un établissement religieux.
- ▶ Sur l'île, **six communes** sont concernées par les clusters actifs à criticité élevée : Le Port (3), Saint-Denis (1), Saint-Paul (5), Saint-André (1), Saint-Louis (1), et Saint-Pierre (1).

Dans les milieux professionnels, **les recommandations d'isolement strictes des contacts à risques ne sont pas toujours suivies** avec rigueur, ce qui favoriserait la diffusion du virus au sein de l'entreprise. Ces contaminations professionnelles accentuent à leur tour des chaînes de transmissions dans le milieu familial, qui peuvent ensuite diffuser à d'autres milieux professionnels. Il est essentiel de poursuivre l'accompagnement à l'adhésion aux mesures de freinage pour limiter la propagation du virus et son impact sanitaire

En ce qui concerne les EHPAD, plusieurs situations sont en lien avec une faible couverture vaccinale des professionnels exerçant au sein de ces structures. Les campagnes de sensibilisation et de prévention autour de la vaccination sont donc indispensables.

Surveillance virologique (données SI-DEP)

Une correction a été appliquée aux taux d'incidence et de dépistage des semaines incluant un jour férié afin de prendre en compte son effet sur l'activité de dépistage. La méthodologie a été présentée dans le [Point épidémiologique du 15 avril 2021](#) et [une note](#) la décrivant plus précisément est disponible sur le site internet de Santé publique France. Les données de la semaine 21 (taux d'incidence et de dépistage) présentées dans ce chapitre ont été corrigées pour prendre en compte l'effet du lundi 24 mai férié.

► En S21, le **taux d'incidence corrigé** était de 160 cas pour 100 habitants, en S20 il était de 153/100 000 habitants en S20 (Figure 2), il reste donc stable à un niveau élevé (Figure 2). Augmentation du taux d'incidence chez les 0-15 ans (+9%) et diminution dans l'ensemble des autres classes d'âges (Figure 4).

► Le **taux de dépistage corrigé** était en augmentation, en effet il était de 3 210 pour 100 000 habitants en S21 comparé à 2 453/100 000 habitants en S20. (Figure 2).

► Le **taux de positivité** des personnes testées était de 5% soit en légère baisse par rapport au taux consolidé de la semaine précédente qui était de 6% (Figure 3).

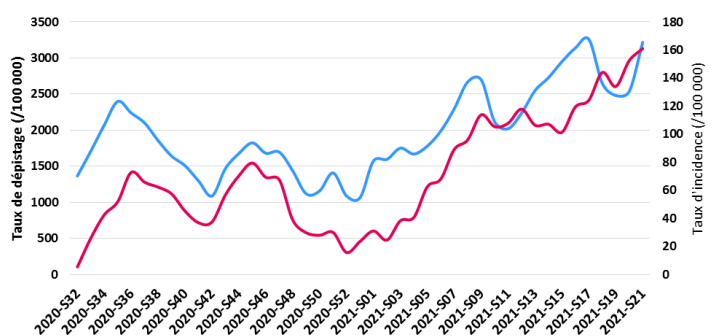


Figure 2. Evolution des taux d'incidence et de dépistage de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), La Réunion, S32/2020 à S21/2021 (source SI-DEP, 02/06/2021)

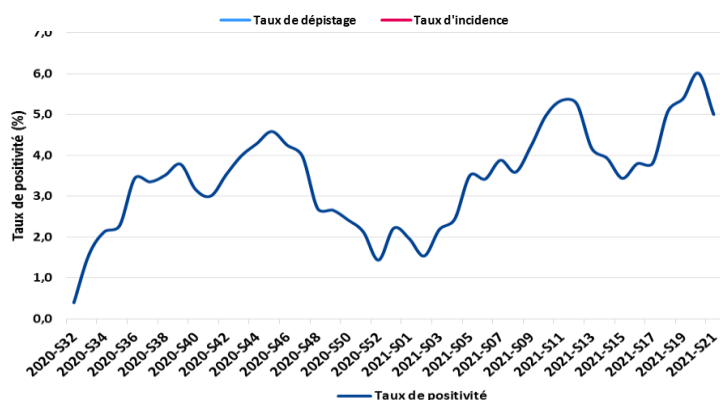


Figure 3. Evolution du taux de positivité de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), La Réunion, S32/2020 à S21/2021 (source SI-DEP, 02/06/2021)

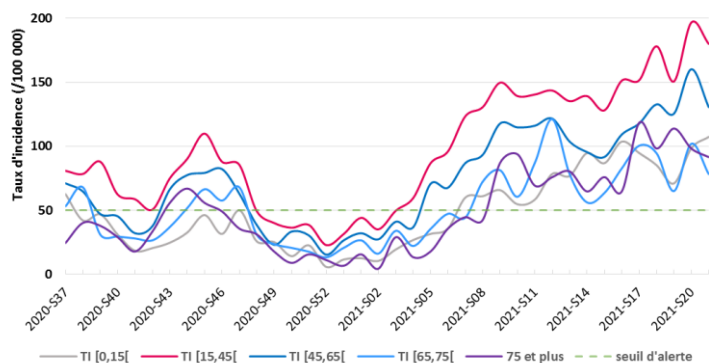


Figure 4. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par classes d'âges, La Réunion, de la S37/2020 à la S21/2021 (source SI-DEP, 02/06/2021)

Analyse infra-départementale

► A La Réunion en S21, 13 communes avaient un **taux d'incidence** (TI) supérieur à 100/100 000 habitants avec plus de 10 cas signalés, dont sept **communes** avec un taux d'incidence **supérieur à 150/100 000 habitants** : Le Port (370/100 000), Bras Panon (241/100 000), Les Trois bassins (237/100 000), Saint-Louis (229/100 000), L'Entre-Deux (216/100 000), Saint-Leu (172/100 000) et Saint-Paul (152/100 000). Les TI sont particulièrement élevés dans l'Ouest de l'île (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 L'Entre-Deux (11,6%), Saint-Louis (7,9%) Les Trois Bassins (7,6%) et Bras-Panon(7,4%).

► Les **taux de dépistage** (TD) étaient supérieurs à 3 000 tests pour 100 000 habitants dans les communes du Port, de Saint-Leu, de Saint-Louis, de Saint-Paul, la Possession et des Trois Bassins. Ils étaient inférieurs à 2 000/100 000 habitants dans huit communes, avec les taux les plus bas dans les communes du Tampon, de Cilaos, de Petite-île et de Salazie.

► Les communes de l'Entre-Deux, de Sainte-Marie, de Saint-Pierre de Saint-Benoît et de Saint-Louis présentaient :
un TI supérieur à 100/100 000 habitants,
un TP élevé supérieur à 5%,
un TD inférieur à 3 000/100000 habitants.

Cette combinaison d'indicateurs de suivi épidémiologique est à surveiller.

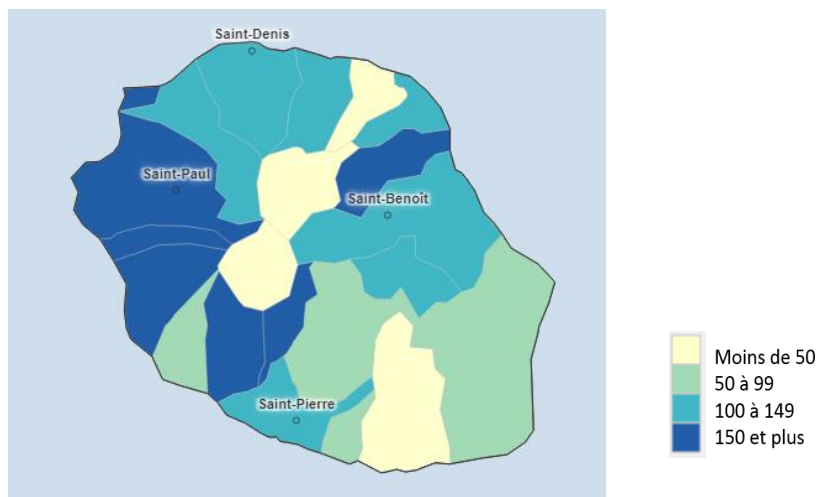


Figure 5. Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par commune, La Réunion, du 24 mai au 30 mai 2021 (source SI-DEP, 02/06/2021)

► Nombre de reproduction effectif (R_{eff})

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

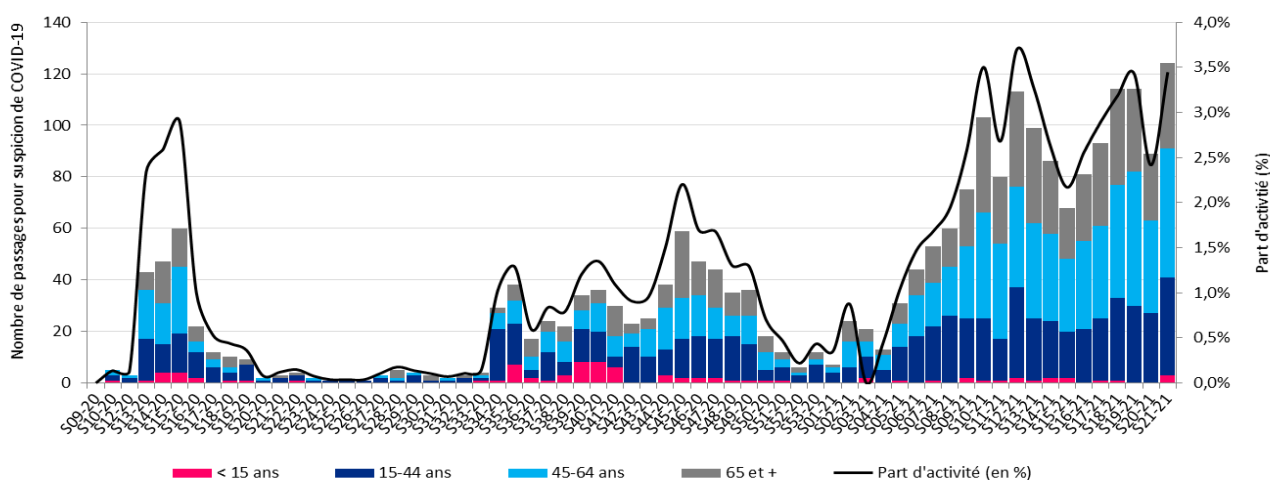
En S21, à La Réunion, l'estimation du nombre de reproduction à partir des données virologiques (SI-DEP) était de 1,03 (0,97-1,09), soit supérieure à 1 de façon non significative. Selon les données de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR®), l'estimation du Reff était de 1,13(0,93-1,34) soit supérieure à 1 de façon non significative. Ces estimations se basent sur les données au samedi 29 mai 2021.

Surveillance à l'hôpital

Passages aux urgences (données OSCOUR)

► Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 repart à la hausse avec 124 passages en S21 (+39%) par rapport à la semaine précédente (n=89) (Figure 6). Il s'agit du nombre de passage hebdomadaire le plus élevé depuis la S9 en 2020. La part d'activité est reparti également à la hausse (3,4% en S21 vs 2,4% en S20). Cette augmentation des recours aux urgences pour suspicion de COVID-19 concerne toutes les classes d'âges: 15-44 ans (+41%), 45-64 ans (+39%) et 65 ans et plus (+27%).

Figure 6. 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 S21/2021 (Source Oscour® - 02/06/2021)

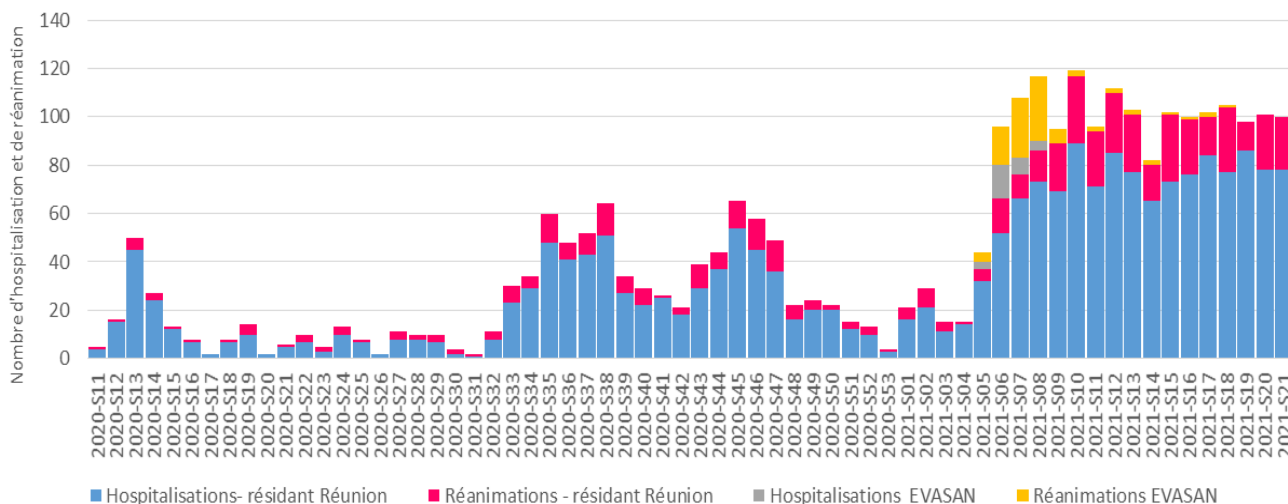


Hospitalisations et admission en réanimation (données SIVIC)

► Le nombre de nouvelles hospitalisations fluctue mais se maintient à un niveau haut entre 70 et 90 hospitalisations chaque semaine depuis le mois de février avec 78 hospitalisations en S21.

► Le nombre de nouvelles admissions en réanimation est toujours à un haut niveau avec 22 nouvelles admissions en réanimation en S21 (23 en S20) après une importante baisse à 12 nouvelles admissions en S19 (Figure 7).

Figure 7. 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 S21/2021 (Source : SIVIC – 02/06/2021)



Surveillance en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

► En S21, 4 cas confirmés de COVID-19 parmi les résidents au sein d'un ESMS a été déclaré dans le nouveau dispositif de surveillance Voozanoo. A noter qu'il est essentiel que les établissements sociaux et médicaux-sociaux signalent les cas de COVID-19 au sein de leur établissement dans la nouvelle application. Cette dernière alerte sur des situations à risque et permet d'évaluer l'impact de la circulation de la COVID-19 dans les ESMS.

Surveillance de la mortalité

Mortalité non spécifique

► Aucun excès significatif de mortalité, toutes causes et tous âges confondus, n'a été observé en semaine S19 (source Insee).

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

► Entre le 01/03/2020 et le 30/05/2021, 206 décès de patients hospitalisés ont été signalés. En S21, 11 décès ont été recensés comparés à 9 décès la semaine précédente.

► Certificats de décès électroniques

Du 01/03/2020 au 30/05/2021, 191 certificats de décès électroniques comprenant la mention COVID-19 ont été établis. Le sex-ratio (H/F) était de 1,48. Toutes les personnes décédées étaient âgées de plus de 15 ans et 70% 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 (47%), le diabète (43%), et une pathologie cardiaque (31%).

Vaccination

► Au 01/06/2021, **171 714 personnes ont été vaccinées** à la Réunion avec au moins une dose, dont 87 129 ont reçu 2 doses, soit une couverture vaccinale en population générale de **20% pour une dose et 10% avec un schéma vaccinal complet**. Au niveau national, **39% de la population a bénéficié d'une 1^{ère} dose et 18,6% d'un schéma vaccinal complet**.

► Pour la population des **75 ans et plus**, 20 461 personnes ont été vaccinées avec au moins une injection représentant une couverture vaccinale de **47,8% avec une injection et 38,3% avec deux injections**. Le gain le plus important de couverture vaccinale concerne la population des **18-49 ans (+4,1%)**.

► Pour les **professionnels de santé (médecine libérale, hospitaliers...)**, la couverture vaccinale avec une **1^{ère} dose est de 64% et 54% 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

► En S21, **1 411 tests positifs (RT-PCR et TAG)** ont été signalés dont 1 085 RT-PCR positives. Parmi ces tests, **616 ont été criblés** soit 44% de l'ensemble des tests positifs et 57% des tests RT-PCR positifs.

► Sur l'ensemble des tests criblés, il y avait 18 suspicions pour le **variant anglais (3%)**, soit une diminution par rapport aux précédentes semaines, et 415 suspicions pour les variants **brésilien ou sud-africain (67%)** qui est en augmentation, soit 433 suspicions signalées de **variants d'intérêt (70%)**. Le **variant sud-africain reste prédominant, et la part du variant anglais diminue**.

Tableau 1. Principaux indicateurs des données de criblages (données SpFrance, du 24 au 30/05/2021)

| Indicateurs | Pourcentage de tests criblés parmi tous les tests positifs (TAG + RT-PCR) | Pourcentage de tests criblés parmi toutes les RT-PCR+ | Pourcentage de suspicions de variant UK parmi tous les tests criblés | Pourcentage de suspicions de variant AFS ou BRA parmi tous les tests criblés | Pourcentage de suspicions de l'ensemble des variants d'intérêt (UK/AFS ou BRA) parmi tous les tests criblés |
|-------------|---|--|--|--|---|
| Calculs | $\frac{\text{PCR de criblage}}{\text{RT-PCR} + \text{TAG}}$ | $\frac{\text{PCR de criblage}}{\text{Toutes les RT-PCR+}}$ | $\frac{\text{Suspicion de variant UK}}{\text{Toutes les PCR de criblage}}$ | $\frac{\text{Suspicion de variant AFS ou BRA}}{\text{Toutes les PCR de criblage}}$ | $\frac{\text{Suspicion de tous les variants}}{\text{Toutes les PCR de criblage}}$ |
| Résultats | 44% | 57% | 3% | 67% | 70% |

FOCUS de la semaine : contact COVID

Le contact-tracing (CT) a pour objectifs : de limiter au maximum la diffusion du virus à partir des nouveaux cas; de détecter et briser prospectivement les chaînes de transmission le plus rapidement possible par l'identification des personnes contacts à risque et leur isolement; de détecter d'éventuels épisodes de cas groupés en vue de leur investigation et leur contrôle.

► Délai moyen DDS-DDP

Depuis la S17 les cas attendent en moyenne deux jours et demi avant de réaliser leur prélèvement alors qu'ils ont déjà des symptômes. Le délai DDS-DDP semble s'allonger à la hausse après une légère baisse en S19. De même à la Réunion en S21 le délai moyen DDS-DDP était de 2,7 jours, il s'agit d'un des délais les plus longs parmi les départements français. La sensibilisation autour du test immédiat à réaliser dès l'apparition des premiers symptômes est indispensable.

► Proportion de cas précédemment connus comme personnes-contacts

Stabilisation de la proportion de cas connu comme contact depuis la semaine 11. En S21, environ 35% des cas étaient connus comme contacts, la majorité des cas n'était donc pas identifié comme contact. Le contact à risque/l'exposition de ces cas non connus comme des contacts n'a donc pas été identifié, soit **65% des situations non identifiées**

► Contact devient cas

En S21 la proportion de contacts qui sont ensuite devenus des cas était 15%, avec une tendance à l'augmentation. Ainsi, 15% des contacts identifiés par les appelants sont devenus des cas. En S21, La Réunion fait partie des régions qui ont identifié le plus de contacts qui deviendront ensuite des cas. Attention il faut mettre cela en parallèle avec le niveau de circulation du virus dans les autres régions également.

► Nombre moyen de contacts par cas

En S21, à la Réunion pour un cas 2,3 contacts ont été identifiés en moyenne, il s'agit depuis la mise en place de la plateforme Contact Tracing d'une moyenne très basse. Cette moyenne n'est d'ailleurs pas cohérente avec la circulation très active du virus de la COVID-19 sur le territoire.

Figure 08. Délai moyen (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement de la RT-PCR par semaine du 1^{er} janvier 2021 au 30 mai 2021 (source : ContactCovid – Cnam)

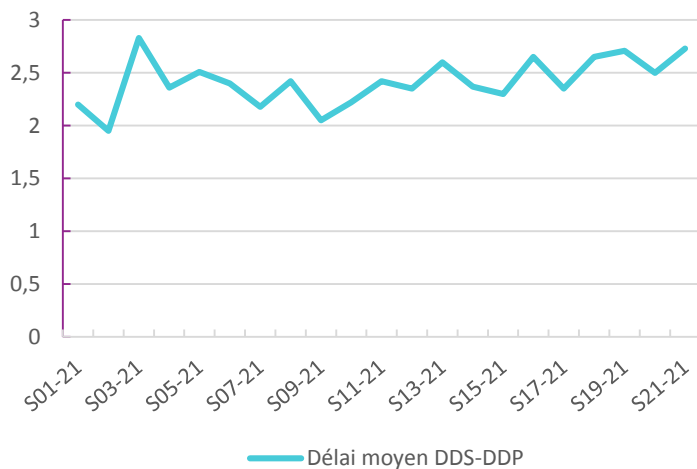


Figure 09. Proportion de cas précédemment connus comme personnes-contacts par semaine du 13 mai 2020 au 30 mai 2021 (source : ContactCovid – Cnam)

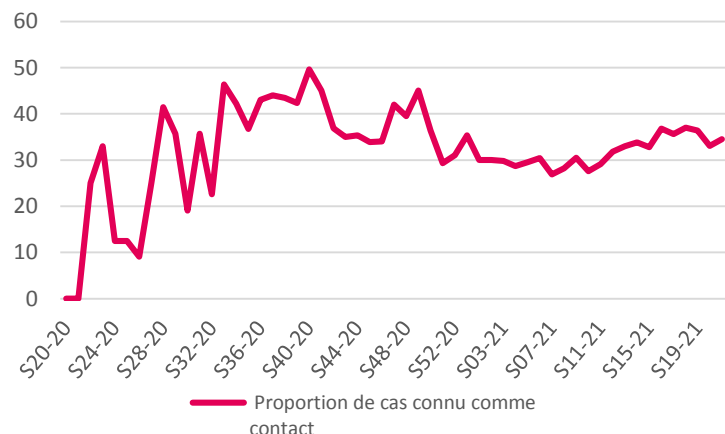


Figure 10. Proportion de contacts devenant des cas par semaine du 13 mai 2020 au 30 mai 2021 (source : ContactCovid – Cnam)

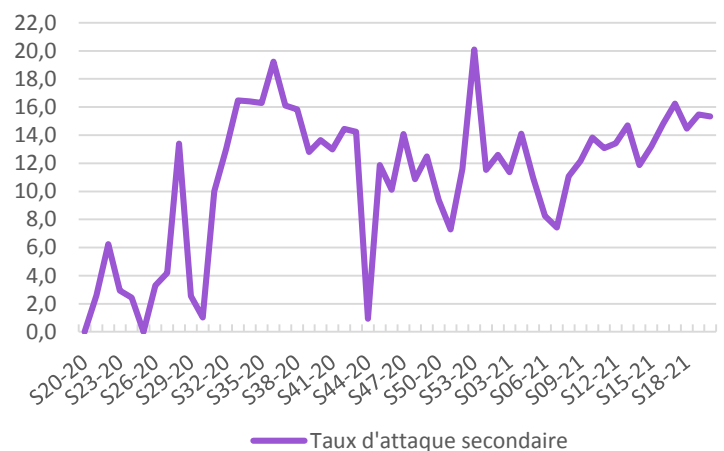
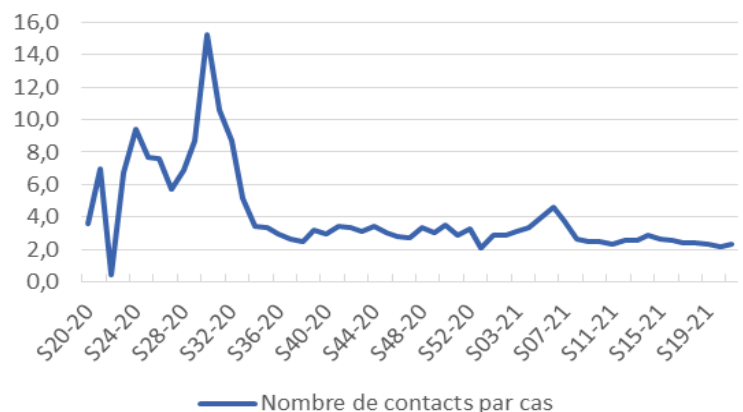


Figure 10. Nombre moyen de contacts à risque par cas par semaine du 13 mai 2020 au 30 mai 2021 (source : ContactCovid – Cnam)



Missions de Santé publique France

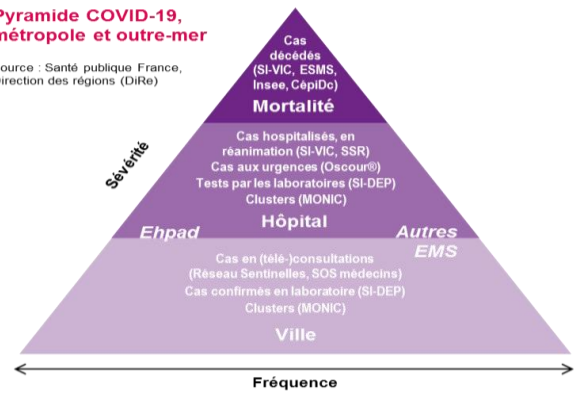
Surveiller, comprendre la dynamique de l'épidémie, anticiper les scénarii, mettre en place des actions pour prévenir et limiter la transmission du virus, mobiliser la réserve sanitaire. En région, coordonner la surveillance, investiguer, analyser les données, apporter l'expertise à l'ARS pour l'aide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

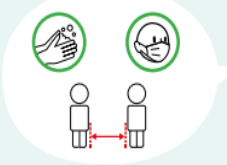
Vaccins Covid-19, les infos à connaître

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.

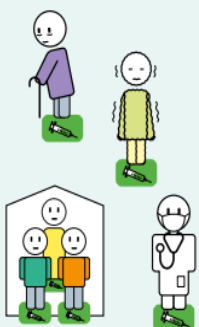


Même vaccinés, nous devons continuer les gestes barrières (masque, lavage de mains, distance).

Qui peut se faire vacciner ?

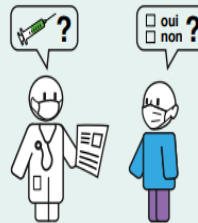
Le vaccin est proposé à tous les adultes. Certains sont prioritaires :

- 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 ?



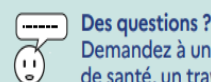
Le vaccin n'est pas obligatoire : il faut donner son accord (consentement).

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.

► ESMS

Cette surveillance concerne les établissements disposant de places d'hébergement. Tous les Ehpad et les EMS sont invités à signaler le nombre de cas possibles et confirmés de COVID-19, dès le premier cas possible ou confirmé, parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel, via le portail de signalement:

https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ihm_utilisateurs/index.html#/choixSignalementPS. Cette surveillance vise à détecter la survenue de cas possibles afin de mettre en place rapidement des mesures de gestion ; assurer le suivi du nombre de cas et de décès liés à la COVID-19 en temps réel ; aider à la gestion des épisodes.

► 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 |