

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



Indicateurs clés – Semaine 19 (du 10 mai au 16 mai 2021)

CIRCULATION VIRALE ACTIVE

Taux d'incidence 133/100 000 habitants* ↘ > seuil d'alerte

Taux de positivité 5,4 % > seuil de vigilance

**Taux de dépistage ↗
2 486/100 000 habitants***

IMPACT SANITAIRE

114 Passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ==

85 Hospitalisations ↗

12 Admissions en réanimation ↘

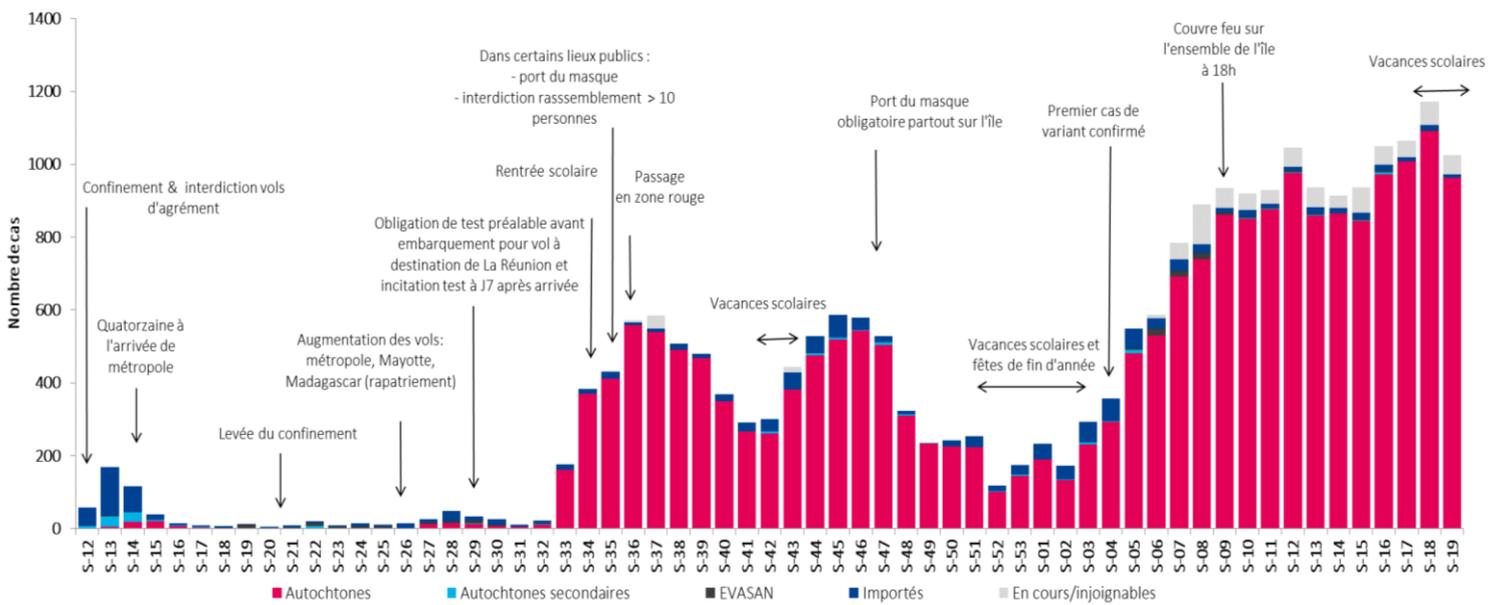
8 Nouveaux décès ↘

Analyse de la situation

- Cette semaine est marquée par l'évolution de la production des indicateurs SI-DEP intégrant la nouvelle méthode de pseudonymisation. Depuis avril, l'ancienne méthode surestimait d'environ 12% le taux d'incidence et de 8% le taux de positivité sans conséquence sur la dynamique de l'épidémie et son suivi.
- Santé publique France et l'ARS organisent la surveillance génomique des souches de Covid-19 à La Réunion en s'appuyant sur les capacités de séquençage disponibles sur l'île et avec la contribution active des laboratoires de biologie médicale et des centres hospitaliers. **Cette surveillance a permis d'identifier une nouvelle souche de variant nommée B.1.622.** Une analyse de l'état de santé des personnes ayant eu cette variante ne montre pas de différence sur la gravité par rapport aux autres personnes contaminées; elle n'implique pas non plus une diffusion plus importante sur le territoire au regard des données épidémiologiques et hospitalières disponibles à ce jour.
- La circulation du virus se maintient à un niveau élevé dans un contexte de diffusion de variants plus transmissibles et de levée progressive des mesures de confinement. **La circulation virale, avec une prédominance du variant sud africain, reste donc active.** Le nombre de cas incidents et de nouveaux clusters est toujours élevé.
- En semaine 19 (du 10 au 16 mai 2021), **les indicateurs épidémiologiques se maintiennent à un niveau élevé.** Le taux d'incidence a baissé de 12 points mais, reste supérieur au seuil d'alerte. **La pression sanitaire reste encore prégnante malgré une baisse des admissions en réanimation; baisse à confirmer dans les prochaines semaines.**
- Au 19/05/2021, **124 853 personnes ont été vaccinées** à La Réunion avec au moins une dose, dont 57 930 ont reçu 2 doses, soit une couverture vaccinale en population générale de **14,5% pour une dose et 6,7% avec un schéma vaccinal complet**
- Pour participer au **freinage de l'épidémie** il est essentiel de :
 - limiter ses contacts et réaliser un test diagnostique dès l'apparition des premiers symptômes,
 - en cas de confirmation d'une infection par la COVID-19, **avertir soi-même au plus tôt les personnes avec qui un contact à risque a eu lieu,**
 - **s'isoler pendant 10 jours** en cas de confirmation du diagnostic ou de suspicion devant l'apparition de signes cliniques, quel que soit le virus à l'origine de l'infection,
 - **s'isoler 7 jours** en cas de contact à risque avec un cas hors du foyer et **s'isoler 17 jours** en cas de contact à risque avec un cas dans le même foyer (soit 7 jours en plus des 10 jours d'isolement du cas),
 - **Se faire vacciner**

Surveillance individuelle

Figure 1. Evolution du nombre de cas confirmés de SARS-CoV-2, par type de cas et semaine de prélèvement, S12/2020 à S19/2021 (sources : ARS, Assurance maladie, 18 mai 2021)



► Depuis l'apparition du premier cas le 11 mars 2020, **23 566 cas confirmés ont été signalés** (données ARS au 18/05/2021). Le nombre de nouveaux cas hebdomadaires est en baisse avec 963 cas en S19 comparé à 1 171 en S18 (Figure 1).

► Le nombre de nouveaux cas importés est de 8 en S19 (comparé à 16 cas importés en S18) (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 4 semaines.

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

► **Quatre clusters** ont été signalés en S19 (du 10/05 au 16/05/2021).

► Depuis juin 2020, **277 clusters** ont été signalés dont **248** ont été clôturés soit 90% des clusters.

► 29 clusters actifs comptabilisant plus de 390 cas et concernant 18 entreprises, 3 établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS), 3 établissements de santé, 3 crèches, 1 établissement scolaire et 1 mairie.

► Parmi les clusters actifs, les 9 clusters à criticité élevée concernent les communes du Port (2), Saint-Paul (3), Saint-Denis (2), Saint-André (1) et Saint-Louis (1); les 12 à criticité modérée concernent les communes du Port (3), Saint-André (3), Saint-Benoit (2), Le Tampon (1), Saint-Denis (1), Saint-Louis (1) et Saint-Paul (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. Il est essentiel de poursuivre l'accompagnement à l'adhésion aux mesures de freinage pour limiter la propagation du virus et son impact sanitaire.

Surveillance virologique (données SI-DEP au 20/05/2021)

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. Désormais, 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) 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.

► En S19, **Le taux d'incidence corrigé** pour l'effet des jours fériés (nombre de nouveaux cas rapporté à la population) était de 134 pour 100 000 habitants en S19. Le taux d'incidence est en **diminution** par rapport au taux corrigé de la semaine précédente (144 cas/100 000 habitants en S18 (Figure 2)). **Le taux de dépistage corrigé** (nombre de personnes testées pour SARS-CoV-2 rapporté à la population) était de 2 481 pour 100 000 habitants en S19. Il est également en **diminution** par rapport au taux corrigé de S18 (2 876/100 000 habitants, soit -14%) (Figure 2).

► **Le taux de positivité à la Réunion** des personnes testées était de 5,4% (calculé sur les personnes testées et dont les tests sont valides) soit, en légère augmentation par rapport au taux consolidé de la semaine précédente (Figure 3).

► **Le taux d'incidence corrigé était en diminution** par rapport à la S18 dans toutes les classes d'âges sauf pour les personnes âgées de plus de 74 ans (+16%). La diminution la plus marquée était chez les 65-75 ans (-31%), les 0-15 ans (-17%), les 15-45 ans (-14%) et les 45-65 ans (-5%).

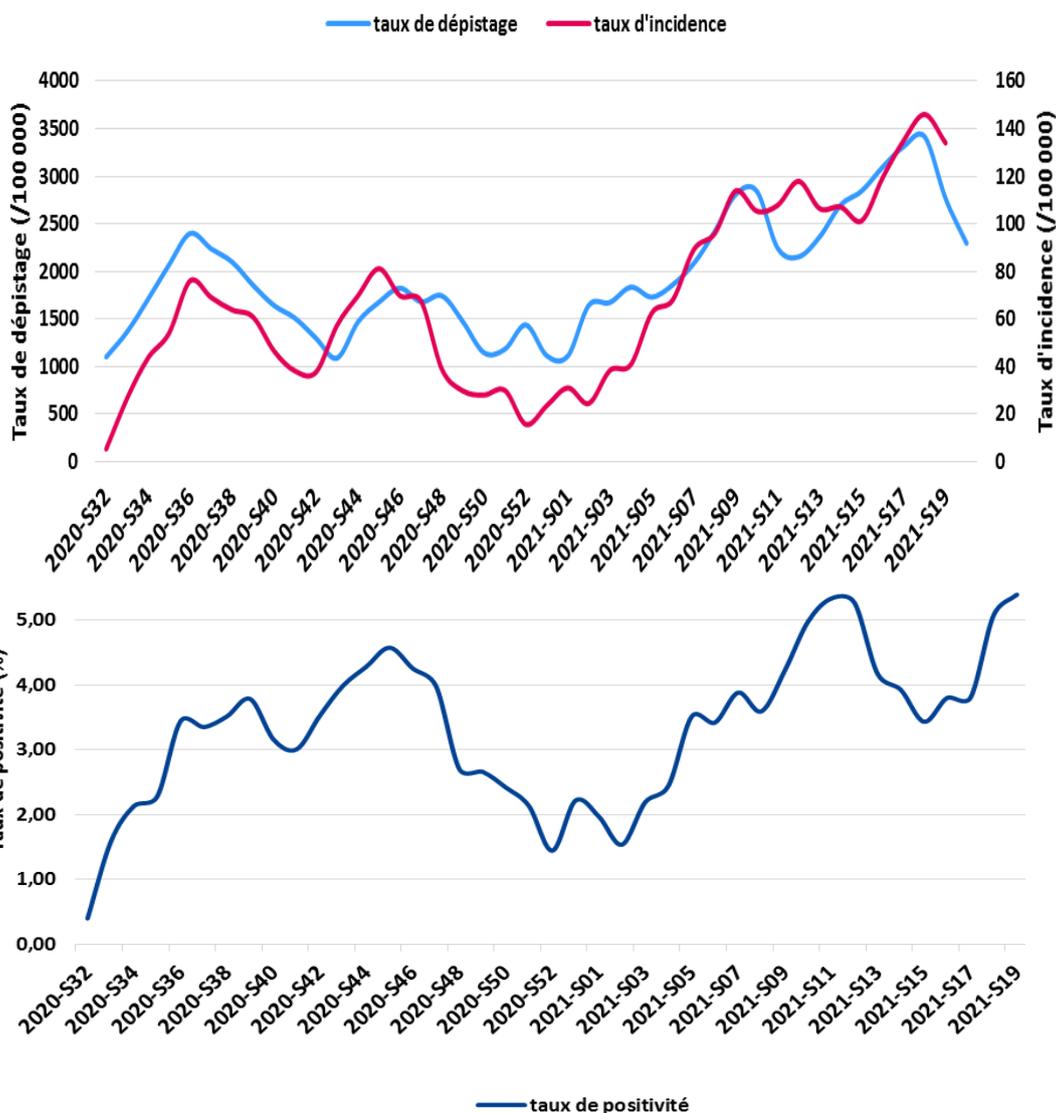


Figure 2. Evolution des taux d'incidence, de dépistage et de positivité de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), Réunion, S32/2020 à S19/2021 (source SI-DEP, 05/05/2021)

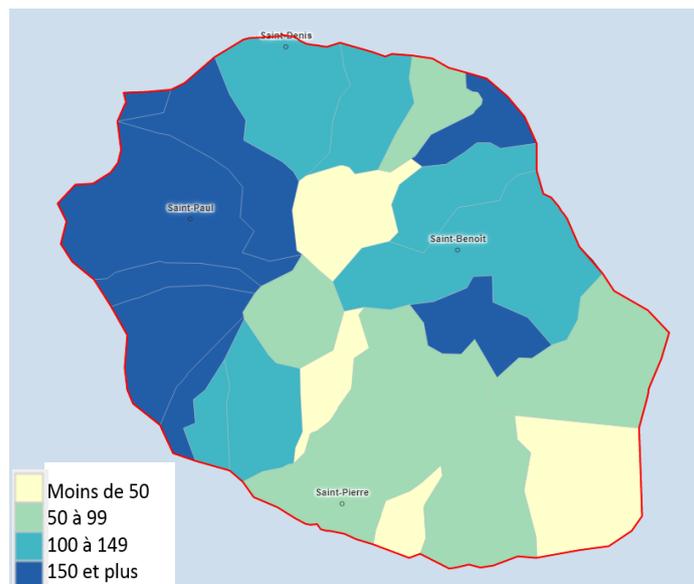
Figure 3. Evolution du taux de positivité de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants), Réunion, S32/2020 à S19/2021 (source SI-DEP, 05/05/2021)

Surveillance virologique (données SI-DEP au 20/05/2021)

► A la Réunion en S19, onze communes avaient un taux d'incidence supérieur à 150/100 000 habitants avec plus de 10 cas signalés :

Le Port (277/100 000), La Possession (262/100 000), Les Trois bassins (223/100 000), Les Avirons (184/100 000), Saint-Leu (175/100 000), Saint-Paul (167/100 000), Saint-André (158/100 000), Bras Panon (132/100 000), Saint-Benoît (129/100 000), Saint-Denis (120/100 000) et Sainte-Marie (115/100 000) Figure 4.

Figure 4 Taux d'incidence de l'infection par le SARS-CoV-2 (/100 000 habitants) par commune, La Réunion, du 10 mai au 16 mai 2021 (source SI-DEP, 06/05/2021)



Variants

► En S19, 1 183 **tests positifs (RT-PCR et TAG)** ont été signalés dont 936 RT-PCR positives. Parmi ces tests, **597 ont été criblés** soit, 50% de l'ensemble des tests positifs et 64% des tests RT-PCR positifs.

► Sur l'ensemble des tests criblés, il y avait 34 suspicions pour le **variant anglais** (6%), soit une diminution par rapport aux précédentes semaines et, 330 suspicions pour les variants **brésilien ou sud-africain** (55%), soit 346 suspicions signalées de **variants d'intérêts** (61%). **Le variant sud-africain reste prédominant, et la part du variant anglais diminue.**

Tableau 1. Principaux indicateurs des données de criblages (données SpFrance, du 10 mai au 16 mai 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'intérêts (UK/AFS ou BRA) parmi tous les tests criblés
Calculs	$\frac{\text{PCR de criblage}}{\text{RT} - \text{PCR} + \text{TAG}}$	$\frac{\text{PCR de criblage}}{\text{Toutes les RT PCR} +}$	$\frac{\text{Suspicion de variant UK}}{\text{Toutes les PCR de criblage}}$	$\frac{\text{Suspicion de variant AFS ou BRA}}{\text{Toutes les PCR de criblage}}$	$\frac{\text{Suspicion de tous les variants}}{\text{Toutes les PCR de criblage}}$
Résultats	50%	64%	6%	55%	61%

► L'ARS et Santé publique France organisent la surveillance génomique des souches de Covid-19 à La Réunion, compte tenu des capacités de séquençage disponibles sur l'île auprès du laboratoire PIMIT et avec la contribution active des laboratoires de biologie médicale et des centres hospitaliers.

► Le séquençage réalisé par le laboratoire PIMIT sur les prélèvements de personnes ayant été contaminées par le virus COVID-19 ont montré la présence d'une variante nouvellement identifiée. Sur les 1 230 échantillons séquencés par le PIMIT depuis le début de l'année 2021, 70 cas de cette variante jusqu'alors jamais décrite ont été détectés. La toute récente confirmation par le CNR de Lyon a permis de la déclarer dans la base internationale descriptive de l'ensemble des variantes connues. Elle a été nommée B.1.622. Après échange avec le CNR, dans l'état actuel des données, il a été décidé qu'elle ne sera pas listée dans les variantes préoccupantes.

► Les cas porteurs de cette variante étaient âgés entre 5 et 69 ans, avec une moyenne d'âge égale à la médiane de 33 ans. Les 4 secteurs de l'île sont concernés (15 communes réparties sur tout le territoire). Pour ce qui est des symptômes, 43% des cas sont asymptomatiques et 57% sont symptomatiques. Une personne de 69 ans a été admise à l'hôpital et est retournée à son domicile sans conséquence supplémentaire. Une personne de 57 ans a été admise en réanimation avec plusieurs comorbidités, elle a pu retourner à son domicile grâce à une évolution favorable de son état de santé. Aucun décès de personnes porteuses de ce variant n'a été constaté.

► Nombre de reproduction effectif (R_{eff})

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

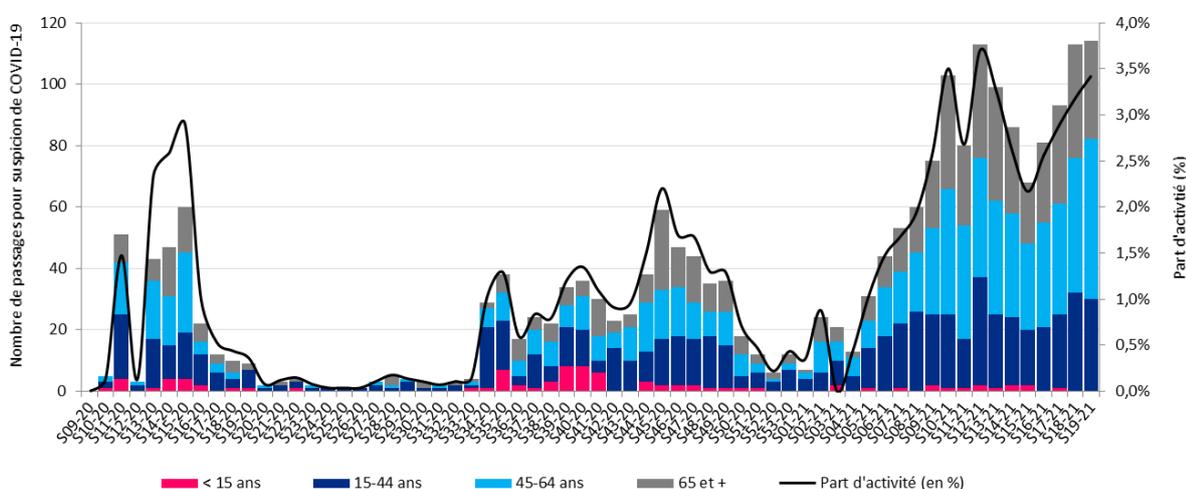
En S19, à La Réunion, les estimations du nombre de reproduction étaient supérieures à 1 de façon non significative à partir des passages pour suspicion de COVID-19 (OSOUR®) 1,06 (0,88-1,26) et des hospitalisations pour COVID-19 rapportées dans SI-VIC 1,06 (0,85-1,28). L'estimation est significativement inférieure à 1 à partir des tests virologiques (SI-DEP) 0,93 (0,87-0,98).

Surveillance à l'hôpital

Passages aux urgences (données OSCOUR)

► Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 reste stable avec 114 passages en S19 (Figure 5). Depuis 5 semaines, la part d'activité est en hausse (Figure 5). Cette augmentation des recours aux urgences pour suspicion de COVID-19 concerne spécifiquement les 45-64 ans (+18%). Pour les personnes de 65 ans et plus, le nombre de passages aux urgences est en baisse (-13%).

Figure 5. 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 S19/2021 (Source Oscour® - 19/05/2021)

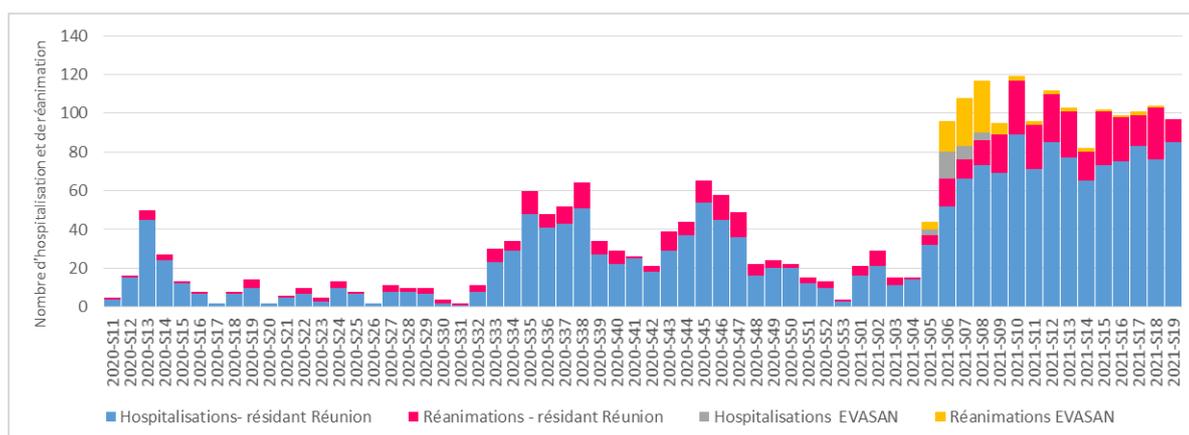


Hospitalisations et admission en réanimation (données SIVIC)

► Le nombre de nouvelles hospitalisations était en augmentation avec 85 hospitalisations en S19 contre 77 en S18 (Figure 6). Depuis 5 semaines, le nombre de nouvelles hospitalisations reste à un niveau élevé avec en moyenne 78 cas hospitalisés (Figure 6). Plus d'un tiers des hospitalisations concernent la classe d'âge des 40-59 ans.

► Le nombre de nouvelles admissions en réanimation était en forte baisse (-85%) avec seulement 12 nouvelles admissions en réanimation comparées à 27 en S18 (Figure 6). Cette dynamique à la baisse des cas graves reste à confirmer dans les prochaines semaines

Figure 6. Nombre hebdomadaire d'hospitalisations et d'admissions en réanimation pour suspicion de COVID-19 à La Réunion, S11/2020 à S19/2021 (Source : SIVIC - 19/05/2021)



FOCUS de la semaine : analyse des cas graves en réanimation

*Source de données : les données présentées sont issues de la surveillance sentinelle des cas graves en réanimation animée par Santé publique France.

**A ce jour les données pour le 1^{er} semestre en 2021 correspondent au cas du 1^{er} janvier au 18 mai 2021.

Démographie

Pour le sex-ratio, les hommes restent majoritaires (Figure 7). En comparant les 2 derniers semestres, le profil démographique des cas graves a évolué avec un rajeunissement des cas admis dans un service de réanimation. **Au 1^{er} trimestre 2021, l'âge médian est de 58,9 ans alors qu'en 2020 il était de 65,8 ans pour le second trimestre.** Ce rajeunissement de la population des cas graves est confirmé par une description des classes d'âges. En 2021, la classe d'âge 45-64 ans est devenue majoritaire avec 51% des cas graves contre 35% au second semestre 2020. **A l'inverse, le nombre de cas graves pour la classe d'âge des 75 ans plus a baissé de moitié entre le second trimestre 2020 et le 1^{er} trimestre 2021** (Figure 7). Cette situation est probablement à mettre à l'actif d'une couverture vaccinale de 43,4% au 19/05/2021 pour cette population.

Figure 7. Caractéristiques démographiques des cas admis dans un service de réanimation à La Réunion.

	2020-Semestre 2	2021-Semestre 1
Cas admis en réanimation		
Nb signalements	115	200
Répartition par sexe		
Homme	69 (60%)	133 (67%)
Femme	46 (40%)	66 (33%)
Inconnu	0 (0%)	1 (1%)
Ratio	1,5	2,0
Age		
Moyen	63,3	58,9
Médian	65,8	58,8
Quartile 25	53,6	51,0
Quartile 75	74,4	69,6
Classes d'âges		
0-14 ans	0 (0%)	0 (0%)
15-44 ans	16 (14%)	31 (16%)
45-64 ans	40 (35%)	101 (51%)
65-74 ans	33 (29%)	46 (23%)
75 ans et plus	26 (23%)	21 (11%)

Facteurs de risque et prise en charge clinique

Les comorbidités les plus fréquemment rapportées quelle que soit la période sont : **l'hypertension artérielle, l'obésité (IMC>+30) et le diabète** (Figure 8). On retrouve les mêmes comorbidités en métropole. Sur les deux périodes, on constate une évolution pour les patients ne présentant pas de comorbidité. Ainsi, **le nombre de cas sans comorbidité est passé de 9% pour la second trimestre 2020 à 15% en 2021.** Cette augmentation est probablement à relier à une baisse de l'âge des cas graves au 1^{er} trimestre 2021. Concernant la part des cas avec un SDRA sévère elle est restée identique entre les deux périodes. A l'inverse, **le nombre de cas sans SDRA a augmenté en 2021 par rapport au second trimestre de 2020.** Une augmentation des cas plus jeunes en 2021 pourrait également expliquer cette hausse d'absence de SDRA. En termes de prise en charge ventilatoire et indépendamment de la période retenue l'oxygénothérapie à haut débit et la ventilation invasive ont été les modes d'assistance respiratoires privilégiés. La durée médiane de séjour est restée identique, de 7 jours, entre les deux semestres.

Surveillance en établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

► En S19, 13 cas confirmés de Covid-19 au sein d'un ESMS ont été déclarés dans le nouveau dispositif de surveillance Voozаноо: 7 résidents et 6 personnels. **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 S17 (source Insee).

Mortalité spécifique, en lien avec la COVID-19

► SI-VIC : entre le 01/03/2020 et le 02/05/2021, 186 décès de patients hospitalisés ont été signalés. En S19, 8 décès ont été recensés comparés à 17 décès la semaine précédente.

► **Certificats de décès électroniques** : du 01/03/2020 au 17/05/2021, 169 certificats de décès électroniques comprenant la mention COVID-19 ont été établis. Le sex-ratio (H/F) était de 1,6. Toutes les personnes décédées étaient âgées de plus de 15 ans et 69% 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 (44%), le diabète (34%), et une pathologie rénale (30%).

► **Certificats de décès papiers** : En S19, aucun certificat de décès portant la mention COVID-19 nous a été transmis

Vaccination

► Au 19/05/2021, **124 853 personnes ont été vaccinées** à la Réunion avec au moins une dose, dont 57 930 ont reçu 2 doses, soit une couverture vaccinale en population générale de **14,5% pour une dose et 6,7% avec un schéma vaccinal complet**.

► Pour la population des **75 ans et plus**, 17 228 personnes ont été vaccinées avec au moins une injection représentant une couverture vaccinale de **43,4% une injection et 26,9% avec deux injections**.

► La couverture vaccinale des **résidents en Ehpad** est de **90% avec au moins une première dose et de 79 % avec un schéma vaccinal complet**.

► Pour les **professionnels de santé (médecine libérale, hospitaliers...)**, la couverture vaccinale avec une 1^{ère} dose est de **59,3% et 44,7% pour deux doses**.

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

Toute l'information et la prise de rendez-vous ici :

<https://www.lareunion.ars.sante.fr/covid-19-ou-et-comment-se-faire-vacciner>



Missions de Santé publique France

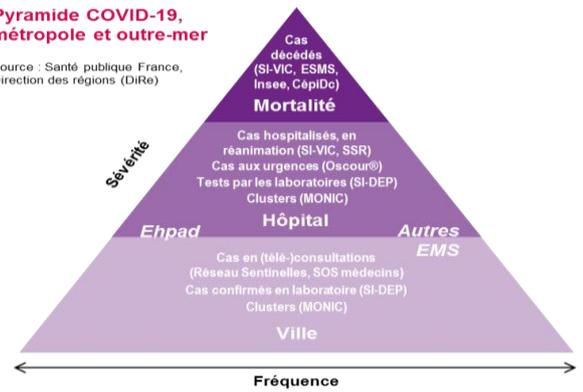
Surveiller, comprendre la dynamique de l'épidémie, anticiper les scénarii, mettre en place des actions pour prévenir et limiter la transmission du virus, mobiliser la réserve sanitaire. En région, coordonner la surveillance, investiguer, analyser les données, apporter l'expertise à l'ARS pour l'aide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

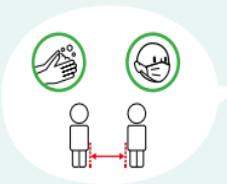
Vaccins Covid-19, les infos à connaître

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.

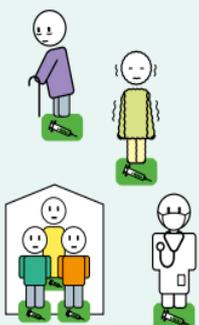


Même vaccinés, nous devons continuer les gestes barrières (masque, lavage de mains, distance).

Qui peut se faire vacciner ?

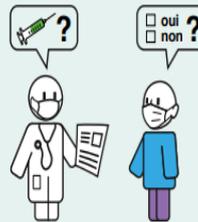
Le vaccin est proposé à tous les adultes. Certains sont prioritaires :

- 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



Zoom sur la Table ronde, mardi 25 mai, 14h à 16h

« La décision locale en santé publique en situation de crise sanitaire »

Participants :

Josiane Chevalier, Préfète du Bas-Rhin et de la région Grand-Est

Laurent Filleul, Responsable de SpFrance en Nouvelle Aquitaine

Serge Grouard, Maire d'Orléans

Etienne Nouguez, Sociologue au CSO (SciencesPo/CNRS)

Benoit Vallet, Directeur général de l'ARS des Hauts-de-France

Modérateurs : François Dabis (Isped, Université de Bordeaux), Patrick Rolland (SpFrance)

Quels acteurs, quelle organisation, quelles données pour proposer des mesures et des actions de santé publique dans un contexte d'incertitude ? Comment utiliser au mieux les expertises et les connaissances locales pour la décision et l'action ? Cette session invite à la discussion sur la nature des données utiles ainsi que du niveau géographique et du degré d'incertitude qui reste acceptable sur le plan de la précision des données en appui de la décision. Au regard de la crise sanitaire liée à la Covid 19, nous réfléchirons sur la manière d'articuler les organisations en anticipation de crises ultérieures : l'accès aux données, la répartition des rôles et des périmètres, la production d'indicateurs, l'acquisition et la diffusion des connaissances ainsi que leur accompagnement dans l'espace public.

Les **Rencontres de SpFrance** se tiendront en format virtuel les **25 et 26 mai**.

info@rencontressanpubliquefrance.fr

Je m'inscris !

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

► 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

À 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.

► 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/psiq_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.