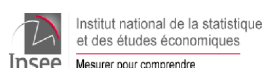


En collaboration avec :

Agence régionale de santé (ARS) Réunion, 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



Qu'est-ce qui est déjà connu de la situation à la Réunion ?

A La Réunion, la majorité des cas identifiés depuis le 11 mars était importée ; la transmission autochtone est restée limitée. Grâce à une réduction précoce des vols entrants, un début de confinement (17 mars) quelques jours après les 1^{ers} cas importés (11 mars) associés à une quatorzaine systématique à l'arrivée (centre d'hébergement obligatoire du 30 mars au 14 mai), le nombre d'entrants potentiellement contaminés et pouvant entraîner la diffusion du virus sur l'île a été limité. La mise en place de moyens de détection précoce (dépistage à l'aéroport et élargissement des indications de prélèvements en médecine de ville avec mise en place de drive dès fin mars), ont permis d'identifier les cas, de dépister leur contact, et donc de limiter fortement la transmission autochtone.

L'investigation individuelle des cas est, depuis le 12 mai réalisée par l'Assurance Maladie. Les caractéristiques des cas (description : âge, sexe, date de début des signes, type de transmission...) ne sont plus présentées dans ce point.

L'analyse de la situation épidémiologique est complétée par des indicateurs virologiques issus de l'outil SIDEPA (nombre de nouveaux cas confirmés au cours de la semaine passée, taux de positivité déjà transmis antérieurement).

Qu'est-ce qui est nouveau dans ce Point pour la région ?

En semaine 22, 4 cas autochtones secondaires à un cas importé ont été identifiés au sein d'un même foyer familial et un cluster de 4 cas en milieu familial élargi a été investigué. Ce cluster est maîtrisé (absence de nouveau cas signal sur une période de 7 jours). Ces signaux confirment néanmoins la vulnérabilité de l'île et la possibilité de démarrage d'une circulation virale locale, notamment à partir de cas importés.

Au cours de la semaine 23, les 9 nouveaux cas signalés étaient tous des cas importés de métropole ou de Mayotte. Aucun cluster n'a été identifié. Les taux d'incidence et de positivité (source SIDEPA) étaient inférieurs aux seuils de vigilance (<5 /100 000 et <5%, respectivement). L'activité pour suspicion de COVID19 dans les services d'urgences est restée stable et faible et aucun cas confirmé de COVID19 n'a été confirmé dans les ESMS.

Quelles sont les implications de santé publique dans la région ?

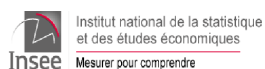
A ce jour, la situation épidémiologique reste fragile et dépend de notre capacité commune à poursuivre les mesures de contrôle mises en place.

Une nouvelle introduction de virus est possible en raison de l'augmentation de la fréquence des vols et du nombre de passagers entrant à la Réunion avec la poursuite de la circulation du virus en métropole (près de 3 000 cas en S23) ainsi qu'à Mayotte (212 cas confirmés et taux de positivité des tests de 21% en S23). Aussi le respect des mesures barrières (dont le port du masque) par tous est nécessaire. Pour les entrants, le respect de l'isolement strict au domicile ou en centre d'hébergement est impératif afin de limiter le risque d'installation de nouvelles chaînes de transmission autochtones.

Les étapes de détection et de gestion des chaînes de transmission et des situations de cas groupés (cluster) d'infection au SARS-CoV-2 sont primordiales afin de limiter la diffusion du virus. Ces étapes sont réalisées par les agences régionales de Santé (ARS) en lien avec les cellules régionales de Santé publique France à partir des données de l'Assurance Maladie.

En collaboration avec :

Agence régionale de santé
(ARS) Réunion, Médecins
libéraux, SAMU Centre 15,
SOS médecins, médecins
urgentistes, réanimateurs,
laboratoires de biologie médi-
cale hospitaliers et de ville,
Sociétés savantes d'infectio-
logie, de réanimation et de
médecine d'urgence



Indicateurs-clés

Surveillance virologique

- ▶ En semaine 23 (S^{*}), 3 058 tests ont été réalisés dont 0,4% étaient positifs
- ▶ En semaine 23, le nombre de nouveaux cas rapportés à la population est faible (1,3 cas / 100 000 habitants).

Surveillance à l'hôpital

- ▶ Réseau Oscour® : 2 passages pour suspicion COVID-19 en semaine S (4 en S-1*) en terme d'activité cela correspond à 0,08% en S (0,15% en S-1)
- ▶ Services sentinelles de réanimation/soins intensifs : aucun cas de COVID-19 n'est actuellement hospitalisé en service de réanimation. Au total, 18 patients ont été hospitalisés dont 6 Evassan de Mayotte; 50% des cas âgés de 65 ans et plus, et 78% des cas avec au moins un facteur de risque dont 39% présentaient une HTA.

Surveillance des clusters

- ▶ Aucun foyer épidémique n'a été identifié en semaine 23.

Surveillance dans les EMS dont les Ehpad

- ▶ Depuis le 23 mars et jusqu'au 10 juin 2020, 14 établissements ont signalé 15 épisodes concernant un ou plusieurs cas de COVID-19. Entre le 27/05 et le 10/06, aucun nouveau signalement n'a été fait.

Surveillance de la mortalité

- ▶ Pas d'excès de mortalité détecté jusqu'en semaine S-2

▶ Circulation autochtone virale faible et limitée.

*S/S-1 : pour semaine S (du 01/06 au 07/06/2020 ; semaine 23) et semaine S-1 (du 25/05 au 31/05/2020 , semaine 22)

Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux de positivité des tests dans le temps par région ou département, ainsi que le nombre de patients positifs pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population (taux d'incidence). Les données sont consolidées dans le temps. Ces indicateurs permettent, associés aux autres indicateurs, de suivre la dynamique de l'épidémie.

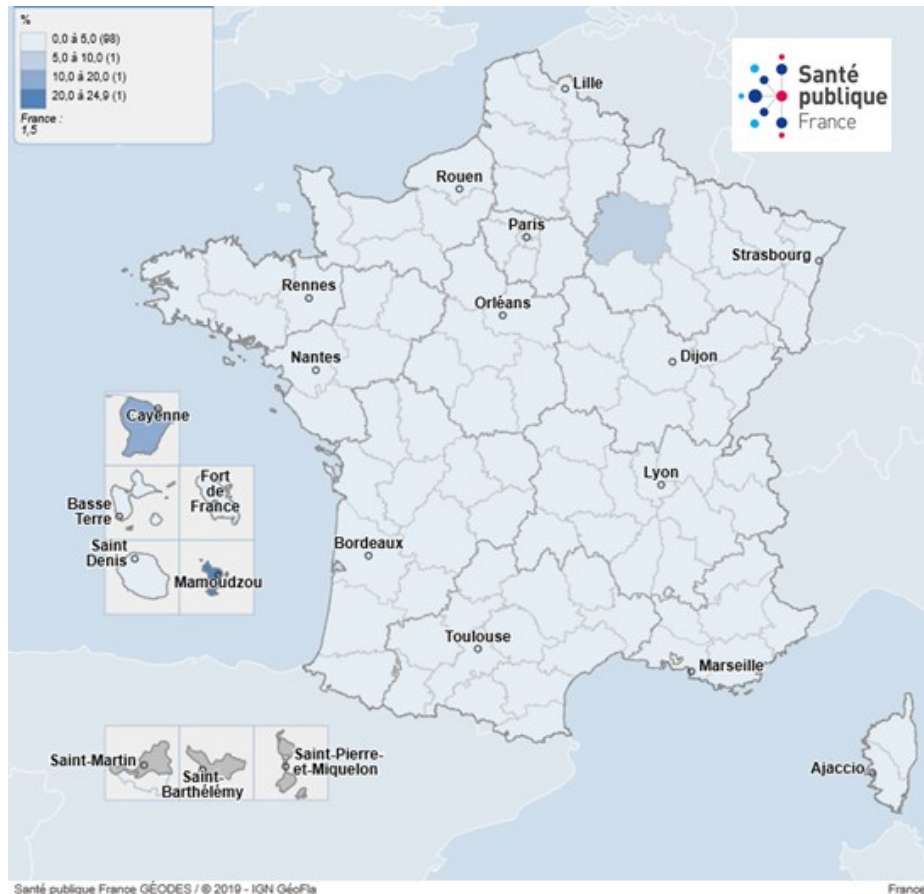
Jusqu'à ces dernières semaines, la surveillance virologique s'est appuyée sur les données non exhaustives transmises à Santé publique France par le réseau 3 Labo (Cerba, Eurofins-Biomnis, Inovie) et par les laboratoires hospitaliers. Depuis la semaine 20, elle s'appuie sur le système SI-DEP (système d'information de dépistage), opérationnel depuis le 13 mai 2020 et dont la montée en charge a été progressive. Ce nouveau système de surveillance vise au suivi exhaustif de l'ensemble des patients testés en France dans les laboratoires de ville et dans les laboratoires hospitaliers. Actuellement, les données transmises concernent les tests RT-PCR réalisés. Prochainement, les données des sérologies seront également transmises.

Au 9 juin à 11h, la quasi-totalité des laboratoires (5 164 sites de prélèvements) a transmis des données. Du 31 mai au 6 juin 2020, 194 099 patients ont été testés pour le SARS-CoV-2, et pour 2 899 patients, les tests se sont avérés positifs. Le taux national hebdomadaire de positivité était de 1,49% (calculé sur les tests valides). Ce taux est similaire à celui consolidé de la semaine précédente S22 (1,53%).

En France métropolitaine, le taux de positivité était inférieur à 5% dans l'ensemble des départements, sauf pour la Marne (6,5%) (Figure 1). Le taux d'incidence (nombre de nouveaux cas rapportés à la population pour 100 000 habitants) était au niveau national de 4,3/100 000 habitants. Il était inférieur à 10/100 000 pour la très grande majorité des départements. Les taux d'incidence les plus élevés ont été observés dans les départements de la Marne (19,3/100 000 habitants), la Meurthe et Moselle (20,9/100 000 h), la Meuse (26,4/100 000 h) (Figure 2).

En outre-mer: A Mayotte, le taux de positivité était de 24,9% et le taux d'incidence de 80,9/100 000 habitants. En Guyane, le taux de positivité était de 19,2% et le taux d'incidence de 26,8/100 000 habitants. Dans ce département, des clusters sont en cours d'investigation.

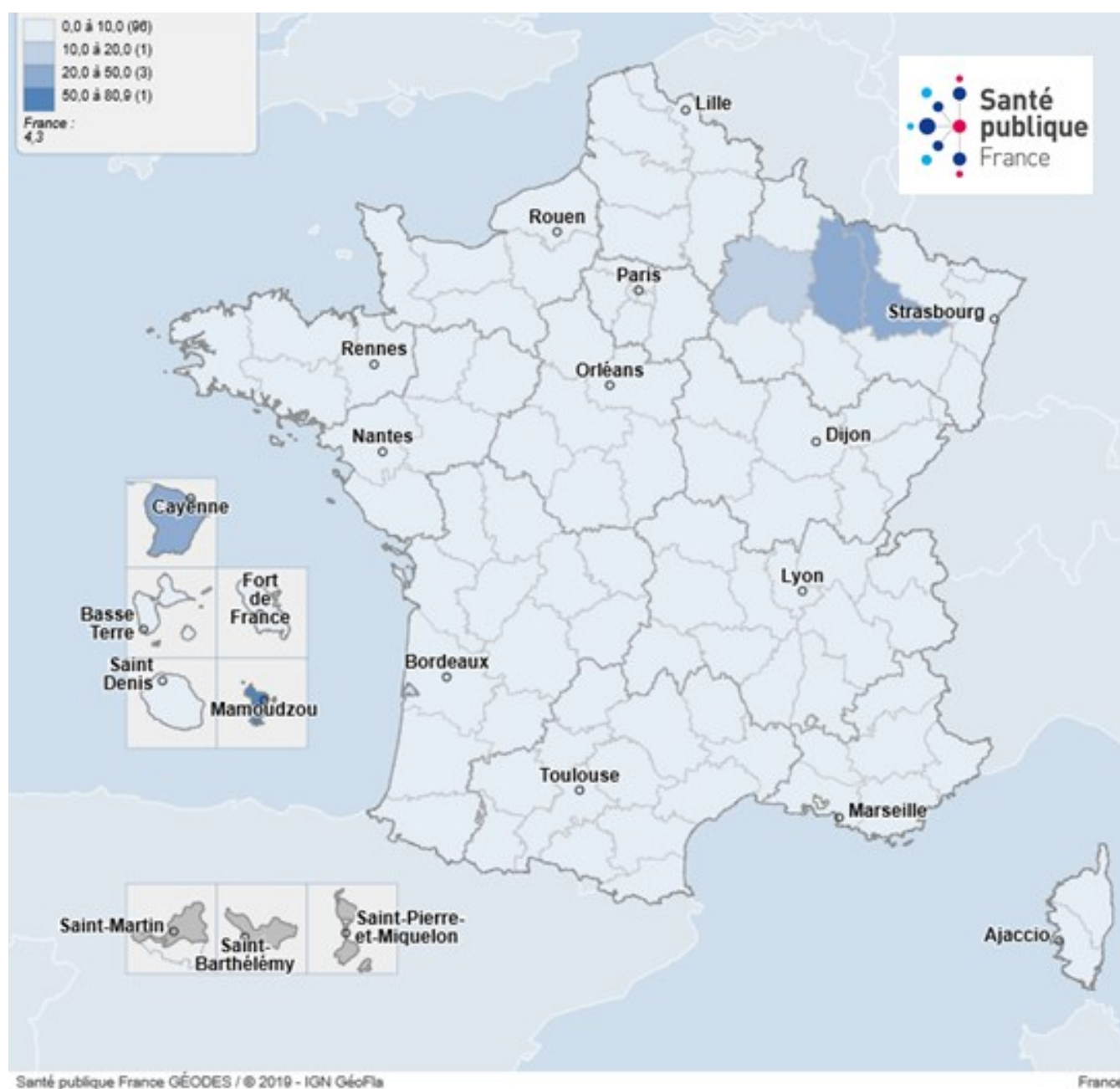
Figure 1. Taux de positivité des personnes testées pour le SARS-CoV-2 par département, France, semaine 23 (31 mai au 6 juin 2020) (source SI-DEP)



A La Réunion, en semaine 23, 3 058 tests ont été réalisés. Le taux de positivité hebdomadaire était faible (0,4%) et en dessous du seuil de vigilance (5%).

Le taux d'incidence (nombre de nouveaux résultats positifs rapporté pour 100 000 habitants) était faible (1,3/ 100 000) et lui aussi en-dessous du seuil de vigilance (20 / 100 000) (Figure 2), comme la majorité des régions de France.

Figure 2. Taux d'incidence de SARS-CoV-2 pour 100 000 habitants par département, France, semaine 23 (31 mai au 6 juin 2020) (source SI-DEP)



Passages aux urgences

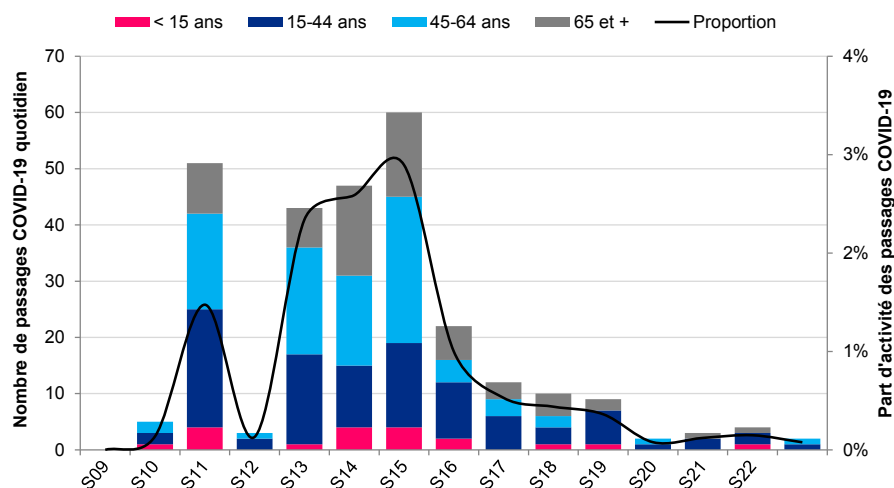
A la Réunion, le réseau OSCOUR® repose sur la participation de l'ensemble des structures d'urgences qui transmettent quotidiennement leur données d'activité à Santé publique France. Depuis le 24 février 2020, un indicateur de suivi des suspicions de COVID-19 vues aux urgences a été mis en place (codes CIM 10 : B342, B972, U049, U071, U0710, U0711).

Source : réseau Oscour®, au 11/06/2020 à 10h

Figure 3. Nombre quotidien de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 par classes d'âge, La Réunion, S09 à S23/2020

► Au total, 273 recours pour « suspicions de COVID-19 » ont été rapportés dans les services d'urgences de la Réunion.

► Depuis la semaine 16, une tendance à la baisse de l'activité pour suspicion de COVID-19 est observée à l'image de la situation épidémiologique. En S23, la part d'activité diminue par rapport à la semaine précédente avec 2 passages pour suspicion de Covid-19 en S23 pour 4 en S22 (Figure 3).



Caractéristiques des cas admis en réanimation (services sentinelles)

Tableau 1. Description des cas de COVID-19 admis dans les services sentinelles de réanimation, La Réunion .

Source : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs, Santé publique France, 11 mars 2020 au 11 juin 2020

N		N	
Cas admis en réanimation		Prise en charge ventilatoire*	
Nombre de cas signalés	18	Oxygénation (masque/lunette)	9
Dont nombre de cas décédés	1	Ventilation non invasive	2
Sex-Ratio (H/F)	7	O2 à haut débit	7
Répartition par classe d'âge		Ventilation invasive	5
0-14 ans	0	Assistance extracorporelle	0
15-44 ans	2	Facteurs de risque*	
45-64 ans	7	Aucun facteur de risque	3
65-74 ans	4	Avec facteur de risque parmi :	15
75 ans et plus	5	HTA**	7
Région de résidence des patients		Diabète de type 1 et 2	4
La Réunion	11	Pathologie cardiaque	2
Hors Région	7	Pathologie pulmonaire	2
Délai entre début des signes et admission en réanimation		Immunodéficience	3
Délai moyen en jours [min ; max]	11,50 [5 ; 28]	Pathologie rénale	2
Syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA)		Pathologie neuro-musculaire	0
SDRA mineur	2	Pathologie hépatique**	0
SDRA modéré	3	Obésité (IMC>=40)	0
SDRA majeur	1	Grossesse	0
Non renseigné	1	Prématurité	0
Co-infection		Autres facteurs de risque	0
	2	NSP / Inconnu	0

* Un cas peut présenter plusieurs facteurs de risque et prises en charge ventilatoire

** Données sous-estimées du fait du recueil tardif de ces variables

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

Préambule :

Depuis la levée du confinement, le 11 mai 2020, les ARS en lien avec les cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux, investiguent les clusters (foyers de transmission) qui sont détectés, selon le guide en vigueur [1]. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler ces foyers.

Un cluster est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, et qui appartiennent à une même communauté ou ont participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non. Le système d'information MONIC (MONItorage des Clusters), développé par Santé publique France, permet d'analyser les données recueillies et de présenter ce bilan.

Au 09 juin 2020, le bilan (hors Ehpad et milieu familial restreint) s'élève à 193 clusters inclus depuis le 9 mai : 179 clusters en France métropolitaine et 14 dans les départements régions d'outre-mer. Le nombre hebdomadaire de clusters signalés est en diminution en semaine 23 (n=27) comparativement aux 3 dernières semaines (Figure 4).

La moitié des clusters est en cours d'investigation (48%, N=92) (clusters actifs en termes de nouveaux cas avec mise en place de premières mesures) (Figure 5), 20 % ont été maîtrisés (suivi des contacts en cours et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas), 31 % sont clôturés (absence de nouveaux cas 14 jours après la date de début des signes du dernier cas et la fin de la quatorzaine de tous les contacts) et 1 % ont diffusé dans la communauté (2 clusters en Guyane). En termes de criticité (potentiel de transmission ou critères de gravité), 81% des clusters ont été évalués de criticité modérée (42%) à élevée (39%). Parmi ceux en cours d'investigation, 41 % ont une criticité élevée.

Parmi l'ensemble des clusters, 67 % ont plus de 5 cas. Ils concernent notamment des établissements de santé (29,5 %), des personnes en situation de précarité et de vulnérabilité (15,0 % en établissements d'hébergement social et d'insertion, et 5,7 % en communautés vulnérables), et plus largement des entreprises (15,5%, en entreprises privées et publiques hors établissements de santé) (Tableau 2) .

[1] Pour en savoir plus : Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19

Tableau 2. Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par type de collectivités, rapportés à Santé publique France entre le 9 mai et le 9 juin 2020 (N=193) (données au 9 juin 2020)

Type de collectivités	Ensemble des clusters		Clusters en cours d'investigation	
	N=193	%	N=92	%
Etablissements de santé	57	29,5	31	33,7
Entreprises privées et publiques (hors ES)	30	15,5	11	12,0
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	29	15,0	6	6,5
EMS de personnes handicapées	15	7,8	5	5,4
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	13	6,7	10	10,9
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc.)	11	5,7	6	6,5
Milieu scolaire et universitaire	7	3,6	3	3,3
Etablissement pénitentiaires	5	2,6	3	3,3
Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune)	3	1,6	2	2,2
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	2	1,0	1	1,1
Crèches	2	1,0	1	1,1
Structure de l'aide sociale à l'enfance	1	0,5	1	1,1
Structures de soins résidentiels des personnes sans domicile fixe	0	-	0	-
Transport (avion, bateau, train)	0	-	0	-
Autre	18	9,3	12	13,0

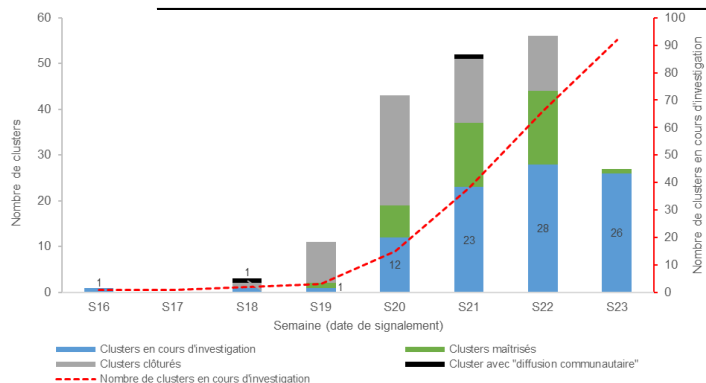


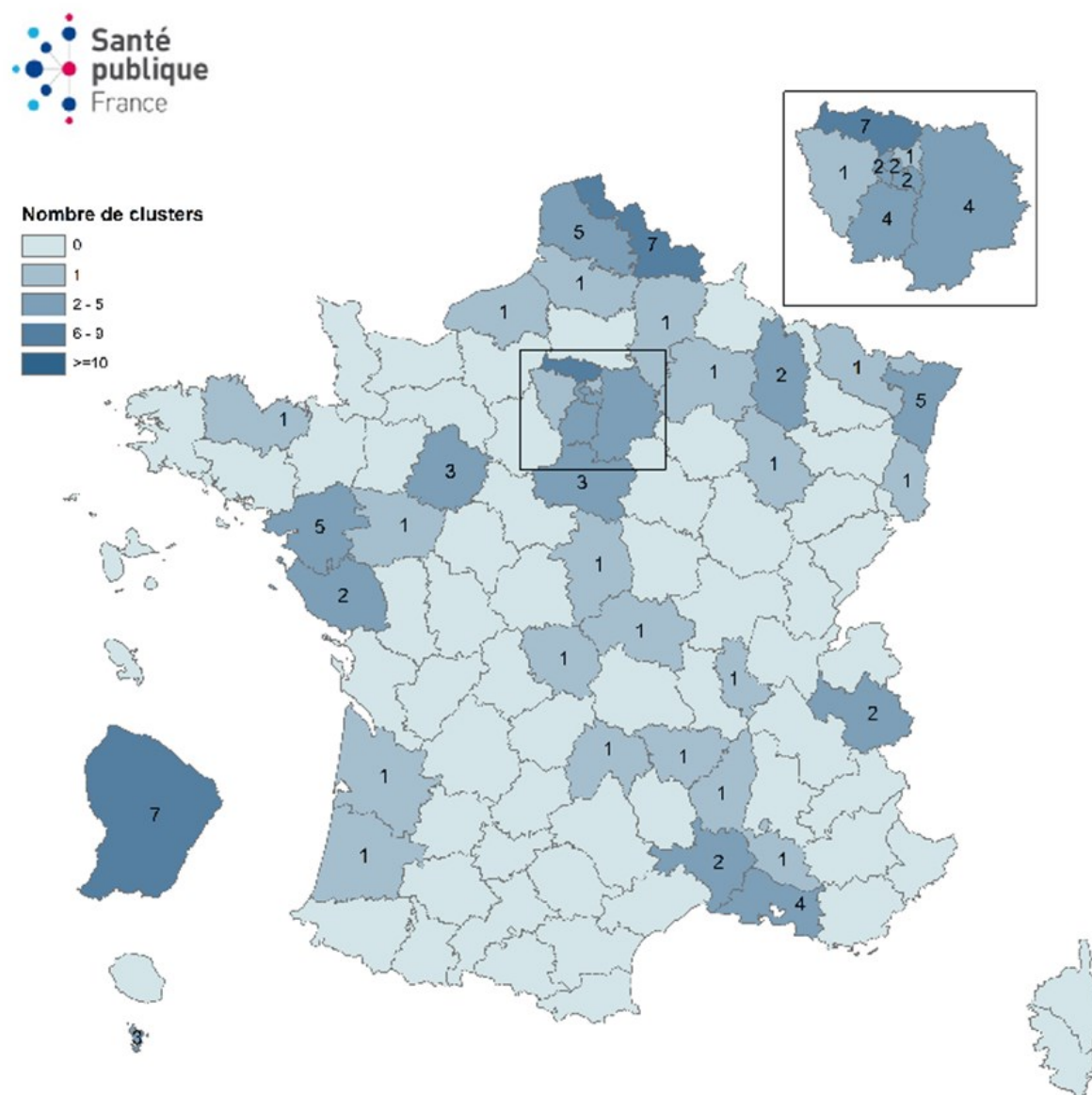
Figure 4. Distribution des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) par semaine de signalement, rapportés à Santé publique France entre le 9 mai et le 9 juin 2020 (N=193) (Source MONIC)

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

A **La Réunion**, 1 foyer de transmission en milieu familial élargi a été identifié au cours de la semaine 22. Ce cluster est maîtrisé (absence de nouveau cas signal sur une période de 7 jours).

Aucun cluster n'a été rapporté en semaine 23.

Figure 5 : Répartition des clusters (hors Ehpad et milieu familial restreint) en cours d'investigation par département, rapportés à Santé publique France, entre le 9 mai et le 9 juin 2020 (N=92) (données au 9 juin 2020) (Source MONIC)



Source : Santé publique France

Surveillance en établissements sociaux et médicaux

► Depuis le 23 mars et jusqu'au 10 juin 2020, à La Réunion, 14 établissements ont signalé 15 épisodes concernant un ou plusieurs cas de COVID-19. Il s'agissait de 6 signalements par des EHPA, 6 signalements par des établissements d'hébergement pour personnes handicapées, et 3 signalements par d'autres établissements.

Entre le 27/05 et le 10/06, aucun nouveau signalement n'a été fait.

► Au 10/06, l'ensemble des cas classés comme possibles correspondent à des personnes ayant eu une RT-PCR négative.

Source : Surveillance dans les ESMS, La Réunion, au 11/06/2020

Tableau 3. Nombre de signalements de cas COVID-19 chez les résidents et le personnel en ESMS rapportés, La Réunion, au 11/06/2020

		EHPA ¹	HPH ²	Aide sociale à l'enfance ³	Autres établissements ⁴	Total
Signalements ⁵		6	6	1	2	15
Chez les résidents	Cas confirmés ⁶	0	1	0	1	2
	Cas possibles ⁷	6	23	0	2	31
	Nombre total de cas⁶	6	24	0	3	33
Chez le personnel	Cas confirmés ⁶	5	0	0	0	5
	Cas possibles ⁷	7	2	1	3	13
	Nombre total de cas⁶	12	2	1	0	18

¹Etablissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD et autres établissements-EHPA, résidences autonomie, résidences seniors)

²Hébergement pour personnes handicapées (FAM, IME, autres établissements pour enfants (ITEP, EAAP, IEM, Instituts pour déficient auditifs et visuels), autre établissements pour adultes (foyer de vie, foyer d'hébergement)

³Aide sociale à l'enfance (centres départementaux de l'enfance, foyers de l'enfance, MECS)

⁴Autres établissements (LAM, LHSS, SCAPA avec hébergement)

⁵Un signalement COVID-19 est défini par la survenue d'au moins un cas COVID-19 confirmé ou possible.

⁶Cas confirmé COVID-19 : toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par le SARS-CoV-2 parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EHPA/EMS

⁷Cas possible COVID-19 : fièvre (ou sensation de fièvre) avec des signes respiratoires (comme la toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression thoracique) OU autre tableau clinique compatible avec le COVID-19 selon le médecin, parmi les personnes résidentes ou les membres de personnel d'un EHPA/EMS

Surveillance des professionnels en établissement de santé

Une surveillance a été mise en place le 22 avril 2020 avec pour objectif de recenser les professionnels salariés d'un établissement de santé, public ou privé, ayant été infectés par le SARS-CoV-2 depuis le 1er mars 2020. Les cas sont définis comme tout professionnel travaillant en établissement de santé dont l'infection par SARS-CoV-2 est confirmée par RT-PCR, mais également les cas probables (clinique, historique de contact ou imageries évocatrices), reconnus comme infectés par la cellule « COVID-19 » ou l'infectiologue référent de l'ES.

Ces données sont présentées dans le Point Epidémiologique National ([lien](#)). Cependant elles ne sont pas exhaustives pour La Réunion. Par ailleurs, cette surveillance ne concerne pas les professionnels de santé libéraux qui peuvent, s'ils ont été atteints, participer à l'enquête proposée sur le [site du Geres](#).

Surveillance de la mortalité

Mortalité spécifique au COVID

Depuis le début de l'épidémie, une surveillance des certificats de décès (papier et électronique) avec une mention COVID-19 a été mise en place par le Cellule régionale de Santé publique France. L'objectif de cette surveillance est de pouvoir décrire les comorbidités associées à la mortalité par COVID-19.

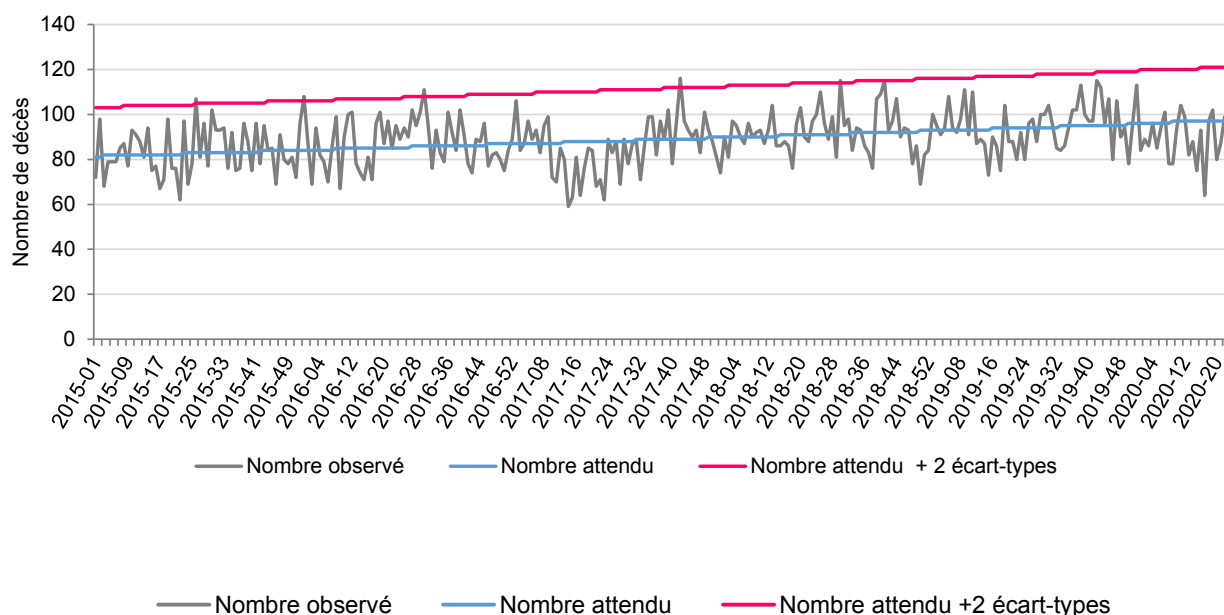
► Quatre certificats de décès contenant la mention COVID-19 ont été notifiés ; les RT-PCR à la recherche du SRAS-CoV-2 étaient négatives pour 3 d'entre-deux (investigation en cours pour le quatrième). Deux correspondaient à des personnes décédées à domicile ; 1 correspondait à 1 personne décédée à l'hôpital.

Mortalité toutes causes

L'analyse de la mortalité toutes causes confondues s'appuie sur les données d'état-civil de 16 communes de la Réunion qui transmettent leurs données depuis 2005. Ces données ne permettent pas de disposer des causes médicales de décès mais de suivre les tendances de la mortalité toutes causes.

Source : Insee, au 10/06/2020

Figure 6. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues (tous âges), La Réunion, S01/2015 à S22/2020



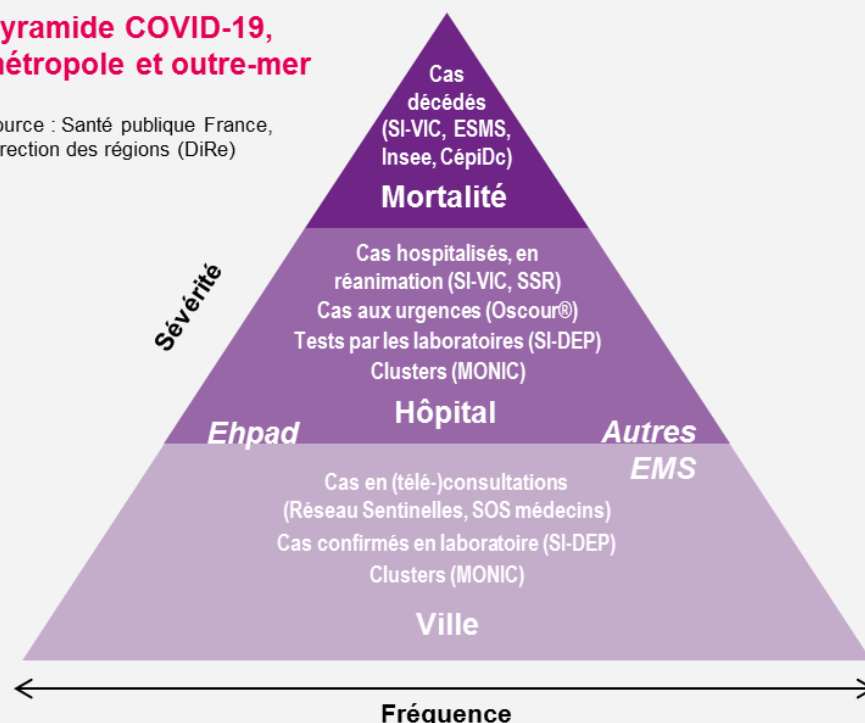
► En semaine 22 (25 au 31 mai), le nombre de décès observés se situait au niveau des valeurs attendues pour la région Réunion (Figure 6).

Mission de Santé publique France

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

Pyramide COVID-19, métropole et outre-mer

Source : Santé publique France,
Direction des régions (DiRe)



CépiDc-Inserm : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès ; Ehpad : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; EMS : Etablissement médico-social ; ESMS : Etablissement social et médico-social ; Insee : Institut national de la statistique et des études économiques ; MONIC : Système d'information de monitoring des clusters ; Oscour® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences ; SI-DEP : Système d'informations de dépistage ; SI-VIC : Système d'information des victimes ; SSR : Services sentinelles de réanimation/soins intensifs

Rédacteur en chef

Luce Menudier

Equipe de rédaction

Santé publique France
Réunion

Direction des régions (DiRe)

En collaboration à Santé publique France avec la Direction des maladies infectieuses (DMI), la Direction appui, traitements et analyse de données (Data)

Contact presse

presse@santepubliquefrance.fr

Diffusion Santé publique France

12 rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex
www.santepubliquefrance.fr

Date de publication

28 mai 2020

Numéro vert 0 800 130 000

7j/7 24h/24 (appel gratuit)

Sites associés :

- [SurSaUD®](#)
- [OSCOUR®](#)
- [SOS Médecins](#)
- [Réseau Sentinelles](#)
- [SI-VIC](#)
- [CépiDC](#)

GÉODES
GEO DONNÉES EN SANTÉ PUBLIQUE

**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**
Liberté
Égalité
Fraternité

ecdc
EUROPEAN CENTRE FOR
DISEASE PREVENTION
AND CONTROL

**World Health
Organization**

COVID-19

**ALERTE CORONAVIRUS
POUR VOUS PROTÉGER ET PROTÉGER
LES AUTRES, RESTEZ CHEZ VOUS.**

Tout déplacement est interdit
sauf muni d'une attestation pour :

- Allez travailler, si le télétravail est impossible
- Faire des courses de première nécessité
- Faire garder ses enfants ou aider des personnes vulnérables
- Aller chez un professionnel de santé si vous n'avez pas de signe de la maladie

L'attestation est téléchargeable sur le site du gouvernement.
Elle peut être imprimée ou recopiée à la main.

Vous avez des questions sur le coronavirus ?
GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS 0 800 130 000
appel gratuit

COVID-19

**ALERTE CORONAVIRUS
POUR SE PROTÉGER
ET PROTÉGER LES AUTRES**

- Se laver très régulièrement les mains
- Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir
- Utiliser un mouchoir à usage unique et le jeter
- Saluer sans se serrer la main, arrêter les embrassades

Vous avez des questions sur le coronavirus ?
GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS 0 800 130 000
appel gratuit