

En collaboration avec :

Agence régionale de santé (ARS) Guyane, Médecins libéraux, SAMU Centre 15, ARAVEG, médecins urgentistes, réanimateurs, l'Institut Pasteur de Guyane, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et de médecine d'urgence



Situation épidémiologique en semaine 16 (du 19 au 25 avril 2021)

Le taux d'incidence hebdomadaire poursuit son augmentation et s'élevait à 241 cas pour 100 000 habitants la semaine dernière soit une hausse de +26 % par rapport à la semaine précédente. Au 27 avril, le taux de reproduction effectif (R effectif) des cas confirmés était estimé à 1,14 [1,06 - 1,23], en baisse par rapport à la semaine dernière traduisant à nouveau un léger ralentissement qui reste toutefois plus marqué dans l'île de Cayenne et Savanes. Dans l'Ouest, le nombre de cas a presque doublé en une semaine.

Le ralentissement observé est probablement en partie lié au renforcement des mesures de freinage qui ont été mises en place précocement début avril alors que cette 3ème vague débutait. Toutefois, la hausse se poursuit et la tendance n'a pas été inversé : l'incidence reste relativement élevée pour permettre une reprise plus soutenue des contaminations alors que le niveau de couverture vaccinale est trop faible (3,3%) pour protéger le territoire.

En parallèle, les hospitalisations dont les admissions en réanimation sont en hausse principalement l'Ouest traduisant le décalage de 2 à 3 semaines du démarrage de cette 3ème vague. Au CHC, la tendance des nouvelles admissions est stable depuis 2 à 3 semaines mais se maintient à un niveau relativement élevée. Comme observé lors des vagues précédentes, il n'est pas attendu de baisse significative des hospitalisations tant que le pic des cas confirmés n'aura pas été franchi et la tendance à la baisse significativement entamée.

Quatre nouveaux décès sont par ailleurs à déplorer la semaine dernière et le nombre total de décès depuis mars 2020 s'élève à 100.

Dans ce contexte, il est important de maintenir un haut niveau de vigilance en respectant les gestes barrières et mesures de distanciation sociale dans tous les milieux, privés et professionnels, afin de limiter les contaminations pour se protéger soi et les autres.

Indicateurs hebdomadaires semaine 16 (du 19 au 25 avril 2021)

Les données sont arrêtées au mercredi de la semaine en cours

| | S16 | S15 |
|--|------|------|
| Nombre de nouveaux cas confirmés de COVID-19 (SI-DEP) | 700 | 557 |
| Taux d'incidence pour 100 000 habitants (SI-DEP) | 241 | 192 |
| Taux de positivité en pourcentage (SI-DEP) | 9% | 8% |
| Taux de dépistage pour 100 000 habitants (SI-DEP) | 2765 | 2347 |
| Taux de consultations extrapolé pour infection respiratoire aiguë en médecine générale pour 100 000 habitants (Réseau de médecins sentinelles) | 127 | 105 |
| Nombre de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (OSCOUR) | 64 | 51 |
| Nombre de nouvelles hospitalisations (SI-VIC) | 51 | 33 |
| Nombre de nouvelles admissions en réanimation (SI-VIC) | 13 | 8 |
| Nombre de nouveaux décès (SI-VIC) | 4 | 2 |
| Nombre de nouveaux clusters identifiés (hors ESMS)* | 5 | 4 |
| Nombre de nouveaux clusters identifiés en ESMS avec hébergement* | 0 | 1 |

*la période d'analyse correspond à l'intervalle entre deux Point Epidemio donc du jeudi au mercredi

Surveillance virologique (source : SI-DEP)

Les objectifs de la surveillance virologique basée sur les laboratoires sont de suivre l'évolution des taux d'incidence et de positivité dans le temps, pour la région et par secteur. Les données sont consolidées dans le temps à partir des 3 derniers jours. Cette surveillance reposait sur la transmission des résultats par les laboratoires de Guyane à l'ARS et Santé publique France jusqu'au 30/06/2020. Depuis le 01/07/2020, elle s'appuie sur le système SI-DEP (Système d'information dépistage) qui collecte l'ensemble des tests réalisés pour recherche de Covid-19 par les laboratoires de ville et hospitaliers.

- ▶ En S16, **700 cas ont été confirmés** contre 557 en S15 soit un **taux d'incidence hebdomadaire de 241 cas** pour 100 000 habitants contre 192 cas pour 100 000 habitants en S15.
- ▶ En S16, **8038 tests** ont été réalisés en Guyane (contre 6822 en S15) soit un **taux de dépistage de 2765 tests** pour 100 000 habitants (contre **2347** en S15) .
- ▶ En S16, le **taux de positivité** s'élevait à 9%, contre 8% en S15.

Les indicateurs sont en faveur d'une tendance à la hausse (+26%) mais un léger ralentissement est à nouveau observé.

Figure 1. Nombre de tests et taux de positivité par semaine en Guyane

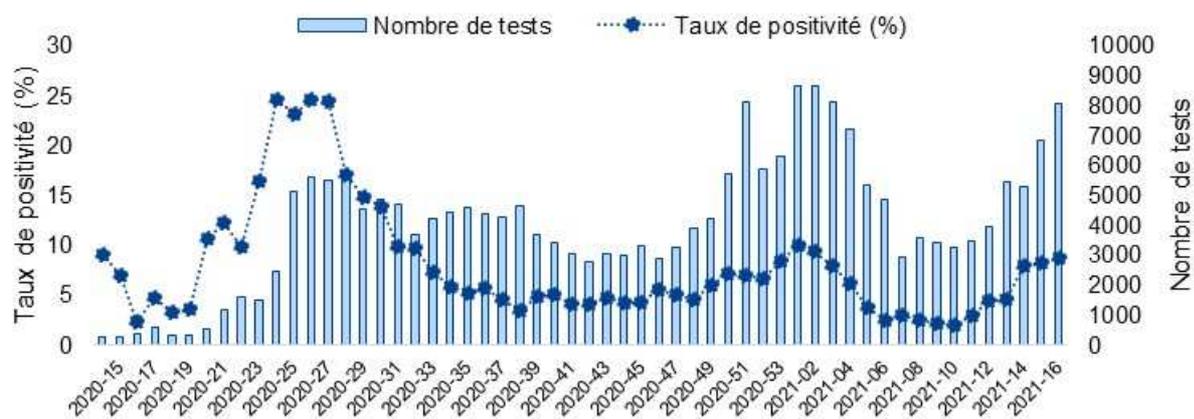
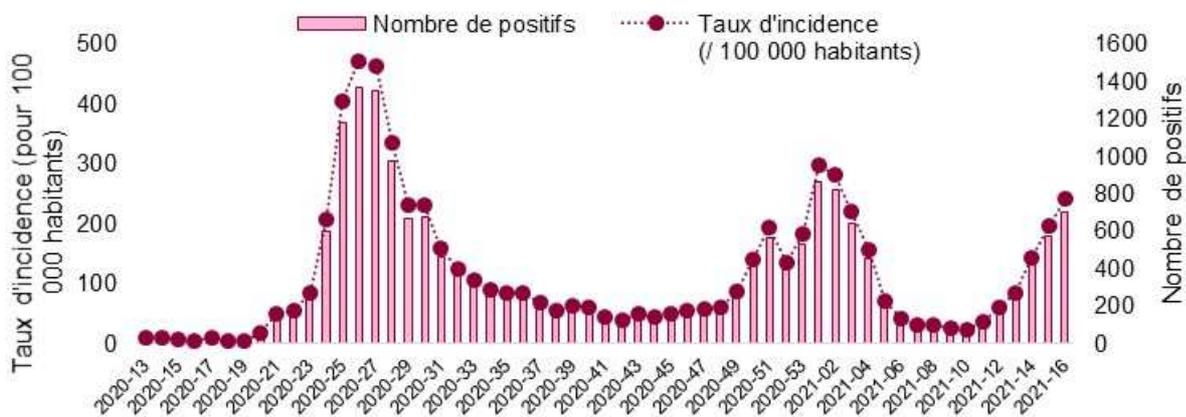


Figure 2. Nombre de positifs et taux d'incidence pour 100 000 habitants par semaine en Guyane



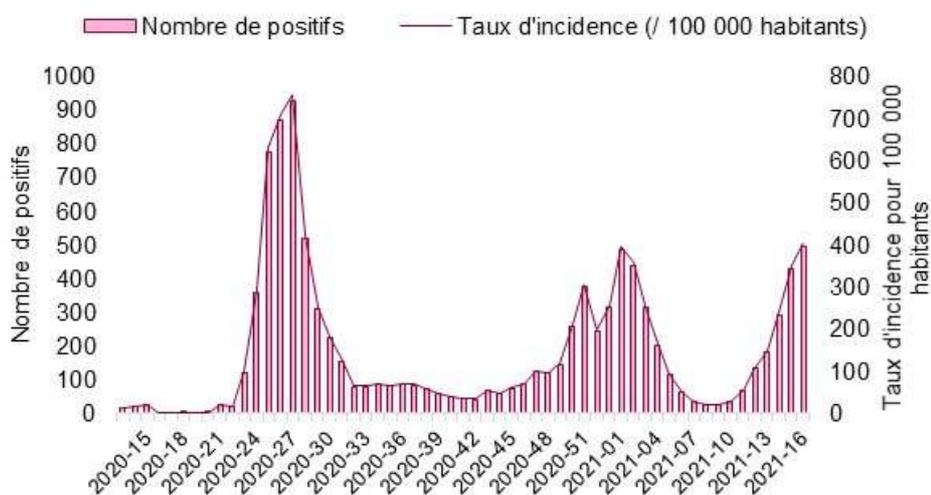
Surveillance virologique (source : SI-DEP)

Les données par secteur sont issues de SI-DEP et basées sur le lieu de résidence renseigné dans le système d'information.

Secteur Ile de Cayenne : Cayenne, Matoury, Rémire-Montjoly et Montsinéry-Tonnegrande

- ▶ En S16, 495 cas ont été confirmés dans ce secteur contre 425 en S15: le **taux d'incidence hebdomadaire** a augmenté à **405 cas pour 100 000 habitants** contre 347 pour 100 000 en S15.
- ▶ En S16, le **taux de positivité** était de 11%, contre 11% en S16. Le **taux de dépistage a également augmenté** (3762 tests pour 100 000 habitants en S16 contre 3264 tests pour 100 000 en S15).
- ▶ **La tendance est à la hausse (+16%) mais on observe également un ralentissement dans ce secteur.**

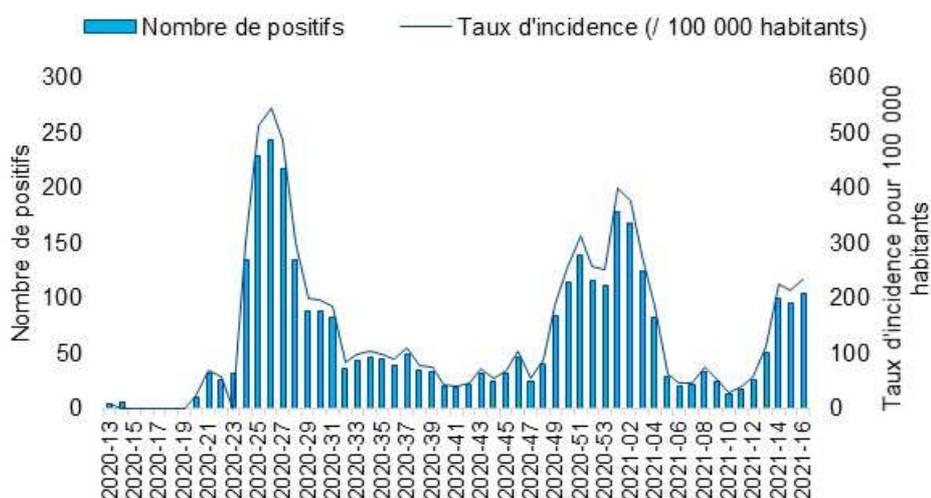
Figure 3. Nombre de nouveaux cas et taux d'incidence pour 100 000 habitants par semaine dans le secteur Ile de Cayenne



Secteur Savanes : Kourou, Macouria, Sinnamary et Iracoubo

- ▶ En S16, 104 cas ont été confirmés dans le secteur des Savanes contre 96 cas en S15 : le **taux d'incidence hebdomadaire était à 234 cas pour 100 000 habitants** contre 215 pour 100 000 habitants en S15.
- ▶ En S16, le **taux de positivité était stable à 8%**, tout comme en S15, et le **taux de dépistage en hausse** (3103 tests pour 100 000 habitants en S16 contre 2747 pour 100 000 en S15).
- ▶ **La tendance est stable dans ce secteur.**

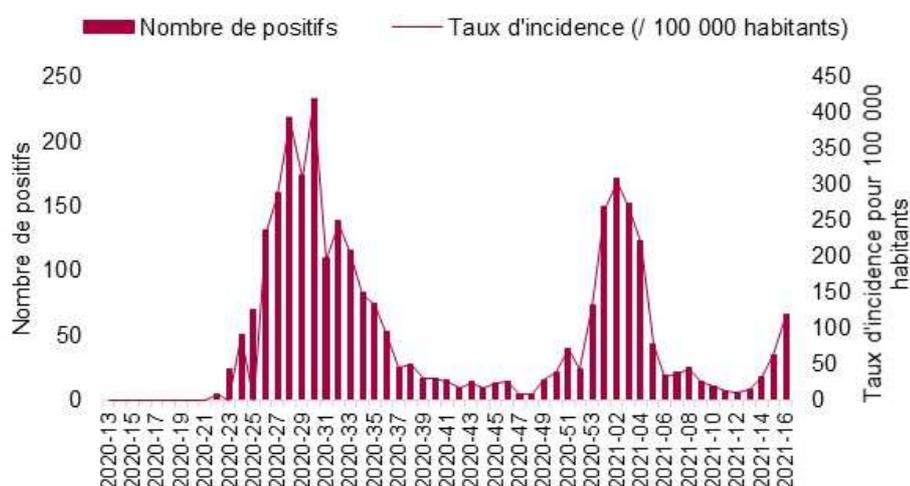
Figure 4. Nombre de nouveaux cas et taux d'incidence pour 100 000 habitants par semaine dans le secteur des Savanes



Surveillance virologique (source : SI-DEP)

Secteur Littoral Ouest : Saint-Laurent du Maroni, Awala-Yalimapo et Mana

Figure 5. Nombre de nouveaux cas et taux d'incidence pour 100 000 habitants par semaine dans le secteur Littoral Ouest



- ▶ En S16, le nombre de cas était en hausse, avec 66 cas contre 35 cas en S15.
- ▶ Le **taux d'incidence a doublé à 117** par 100 000 habitants contre 62 en semaine 15 pendant que le taux de dépistage a augmenté très peu (1596 tests / 100 000 habitants en S16 contre 1474 tests en S15).
- ▶ En S16, le **taux de positivité a augmenté à 7%**, contre 4% en S15.

La tendance est à la hausse (+89%) dans ce secteur.

Secteur Maroni : Apatou, Grand-Santi, Papaïchton et Maripasoula

- ▶ En S16, 14 cas ont été confirmés sur le Maroni, contre 3 cas en S15.
- ▶ Le **taux de positivité a atteint 11%** contre 4% en S15, et le **taux de dépistage reste à un niveau faible** avec 335 tests pour 100 000 habitants (contre 258 en semaine 15).
- ▶ En S16, 39 consultations pour suspicion de Covid-19 ont été réalisées dans les CDPS du Maroni dont 33 à Grand Santi.

▶ **La tendance est à la hausse dans ce secteur.**

Figure 6. Nombre hebdomadaire de consultations pour suspicion de COVID-19 dans les CDPS

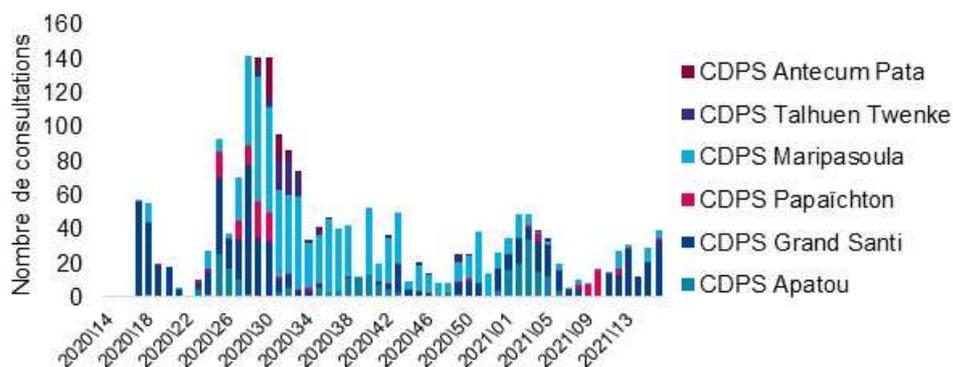
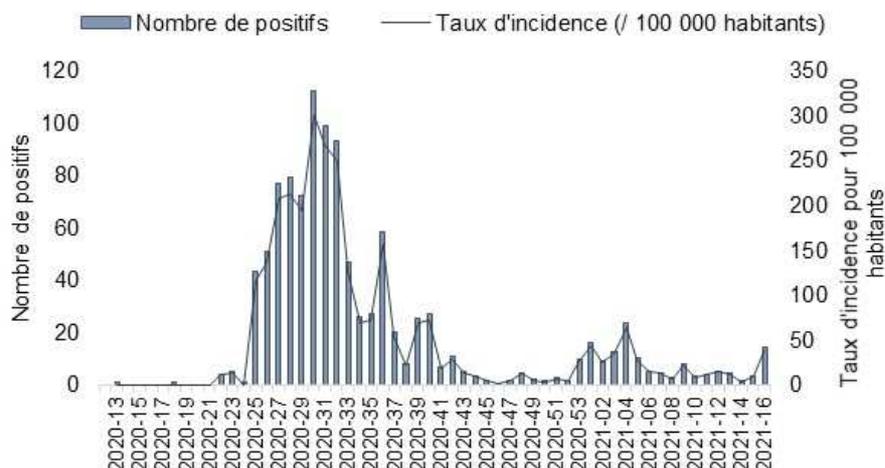


Figure 7. Nombre de nouveaux cas et taux d'incidence pour 100 000 habitants par semaine dans le secteur Maroni



Surveillance virologique (source : SI-DEP)

Secteur Oyapock : Saint-Georges, Ouanary et Camopi

- ▶ En S16, 6 cas ont été confirmés sur l'Oyapock, tout comme en semaine 15.
- ▶ En S16, le taux de positivité était de 7% contre 8% en S15, pendant que le taux de dépistage a légèrement augmenté (1438 tests pour 100 000 en S16 contre 1204 pour 100 000 en S15).
- ▶ En S16, 4 consultations pour suspicion de Covid-19 ont été réalisées en CDPS, contre 2 en S15.

Malgré une légère hausse observée les 2 dernières 2 semaines par rapport à la phase inter-épidémique de 0 cas, la circulation virale reste faible dans ce secteur.

Figure 8. Nombre de consultations pour suspicion de COVID-19 dans les CDPS par

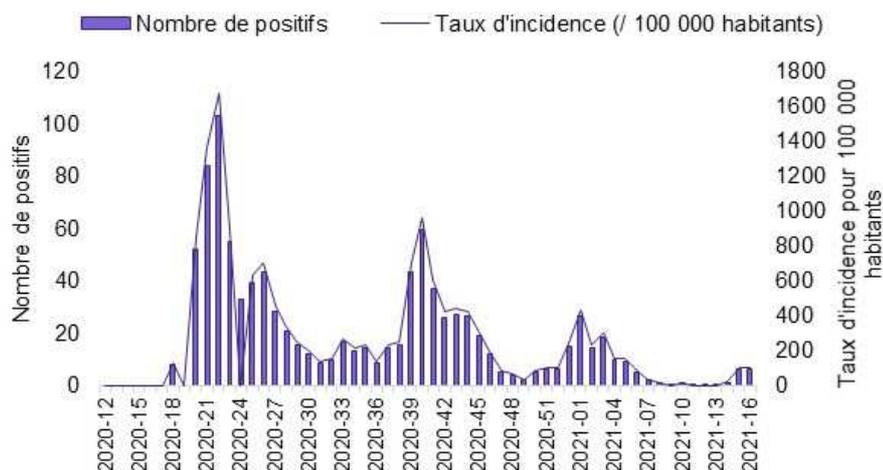
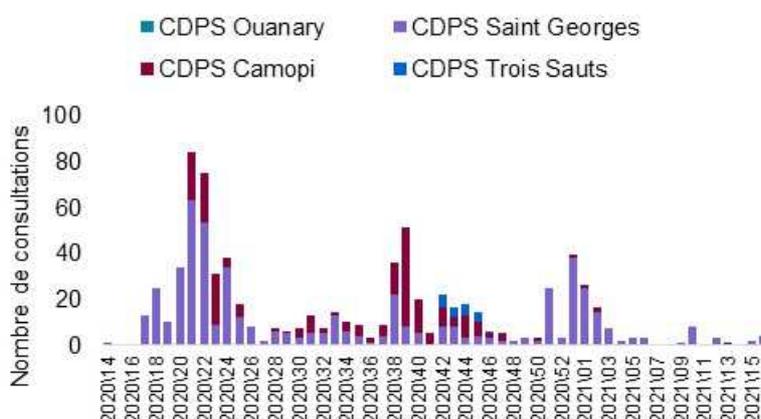
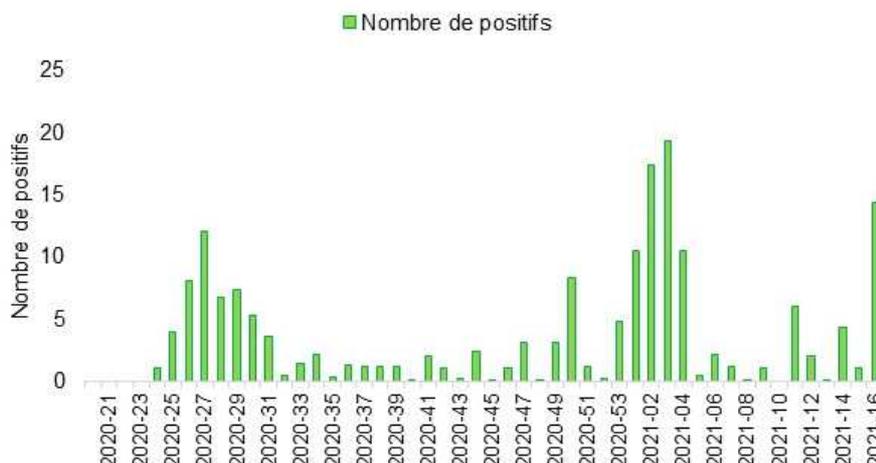


Figure 9. Nombre de nouveaux cas et taux d'incidence pour 100 000 habitants par semaine dans le secteur Oyapock

Communes de Régina, Roura, Saül et Saint-Elie

- ▶ En S16, 14 cas ont été confirmés dans ces communes (dont 9 à Régina et 5 à Roura) contre un cas en S15.
- ▶ La circulation a augmenté dans ces communes



Hospitalisations dont admissions en réanimation et décès (source : SI-VIC)

La surveillance des hospitalisations et des décès repose sur le système d'information SI-VIC (Système d'information des victimes) dans lequel les hôpitaux signalent les hospitalisations et les décès des patients en lien avec le Covid-19 survenus dans leur établissement. Cette surveillance permet de comptabiliser le nombre d'hospitalisations et de décès et suivre leurs tendances dans le temps.

- En semaine 16 (du 19 au 25 avril), **le nombre de nouvelles hospitalisations est en hausse avec 51 hospitalisations contre 33 en semaine 15.**
- Cette tendance concerne principalement le CHOG (10 hospitalisations en S16 contre 7 la semaine précédente) et le CHK (13 contre 2 en S15). Les hospitalisations sont stables au CHC (28 en S16 contre 24 en S15).
- Les **nouvelles admissions en réanimation sont en hausse avec 13 admissions en S16 contre 8 admissions en S15.** Comme pour les hospitalisations tous services confondus, cette hausse concerne principalement le CHOG (5 en S16 contre 1 en S15) et le CHK (2 en S16 contre 0 en S15).
- **Quatre décès en milieu hospitalier ont été enregistrés en semaine 16** versus 2 décès en semaine 15. Au total, entre le 04 mars 2020 et le 28 avril 2021 8h, 100 personnes sont décédées de la Covid-19.

Les hospitalisations tous services confondus sont stables au CHC depuis 3 semaines et les admissions en réanimation également depuis 2 semaines. Dans l'ouest on observe une tendance plus récente depuis 2 semaines, cohérente avec le décalage du démarrage de cette 3ème vague.

Figure 14. Nombre de nouvelles hospitalisations par semaine et par centre hospitalier en Guyane (source : SI-VIC)

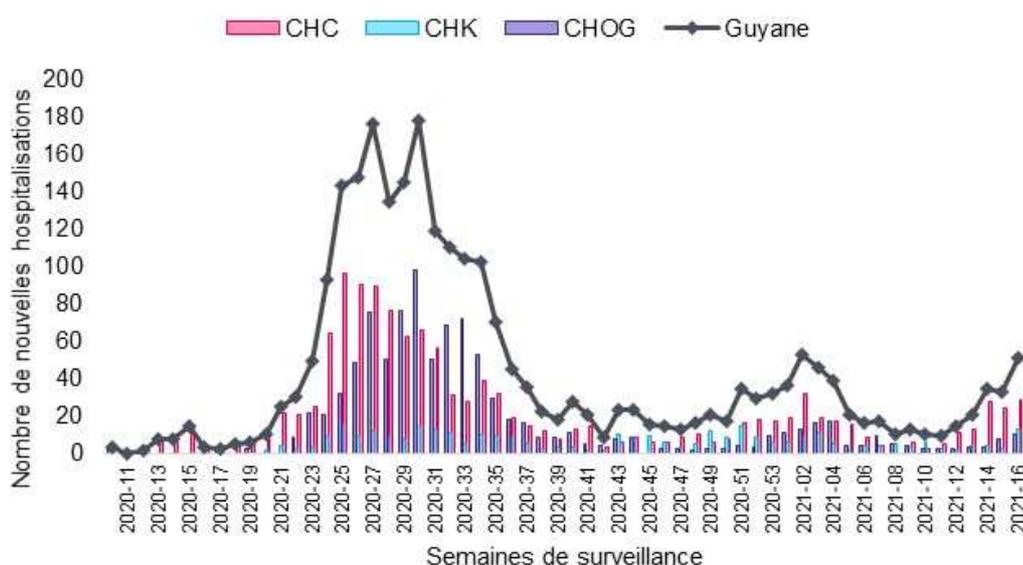
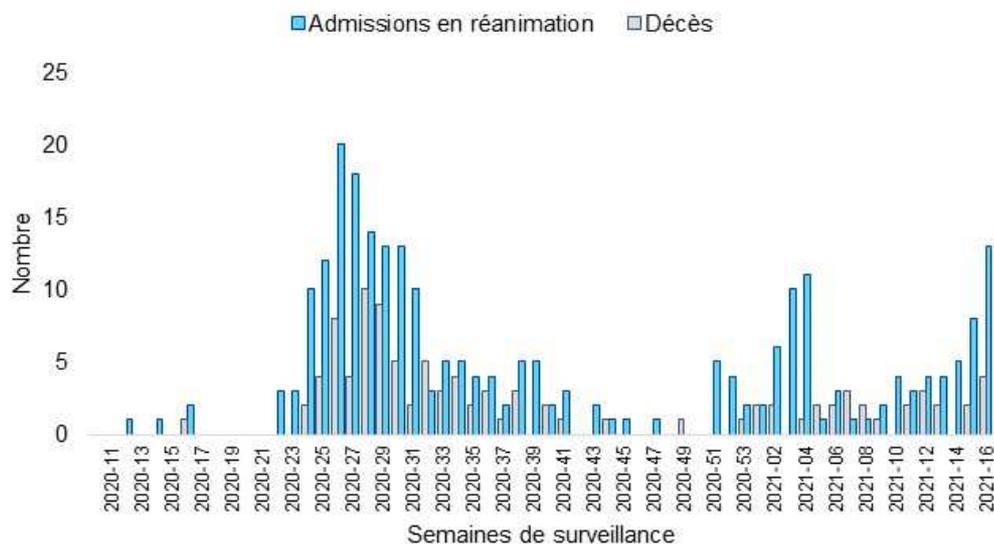


Figure 15. Nombre de nouvelles admissions en réanimation et de nouveaux décès par semaine en Guyane (source : SI-VIC)



Surveillance des variants d'intérêt

De nombreux variants du SARS-Cov-2 circulent dans le monde, dont certains sont qualifiés de « variants of concern (VOC) » ou « variant d'intérêt ». A ce jour 3 VOC ont été définis: 20I/501Y.V1 (Royaume-Uni), 20H/501Y.V2 (Afrique du Sud) ou 20J/501Y.V3 (Brésil).

PCR criblage: amplification et détection de séquences qui portent des mutations spécifiques de chaque type de variant. Depuis 2 semaines, les kits de criblage ont changé pour certains laboratoires et détecte 3 au lieu de 2 des mutations clé des VOC. **Ce nouveau kit permet donc la distinction du V2 et V3 en Guyane par PCR criblage.**

Séquençage du génome entier du virus: il permet d'identifier la souche exacte du virus et apporte des informations pour la recherche phylogénétique.

- ▶ Parmi les PCR criblés, 81% étaient du V2/V3 en S16. Cette proportion est stable depuis 4 semaines. Parmi les prélèvements séquencés, la proportion de V3 est très majoritaire (95% en S16). Ces résultats montrent que le variant V3 est très majoritaire parmi les souches circulantes en Guyane et représentent plus de 80% d'entre elles.
- ▶ En parallèle, le variant V1 représente entre 10 et 20% des PCR criblés depuis début mars et cette proportion est stable.
- ▶ Les souches non-VOC sont très minoritaires traduisant la baisse des souches historiques responsables des deux premières vagues en Guyane.
- ▶ Deux cas de variant V2 (RSA) ont été détectés en S14 et S15 à Kourou, faisant partie d'un même cluster en entreprise dont un cas probable est importé. Depuis, aucun autre cas de V2 n'a été détecté.

Tableau 1: Résumé des détections de VOC en Guyane par semaine de prélèvement depuis S2021-14 *Les données pour la semaine 16 ne sont pas encore consolidées, et seront modifiées par rapport aux résultats des analyses en cours.

| | S2021-14 | S2021-15 | S2021-16* |
|--------------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Total cas confirmés Covid-19 | 417 | 559 | 700 |
| dont testés en PCR de criblage | 206 | 272 | 238 |
| Nombre de V1 | 36 (17%) | 40 (15%) | 46 (19%) |
| Nombre de V2 ou V3 | 160 (78%) | 226 (83%) | 192 (81%) |
| Nombre de non-VOC | 10 (5%) | 6 (2%) | 0 (0%) |
| dont séquencés | 27 | 24 | 20 |
| Nombre de V1 | 2 (7%) | 3 (13%) | 1 (5%) |
| Nombre de V2 | 1 (4%) | 0 (0%) | 0 (0%) |
| Nombre de V3 | 23 (85%) | 21 (87%) | 19 (95%) |
| Nombre de non-VOC | 1 (4%) | 0 (0%) | 0 (0%) |

Figure 11:

Evolution de la part des variants et des souches non-VOC parmi les échantillons criblés et/ou séquencés en Guyane

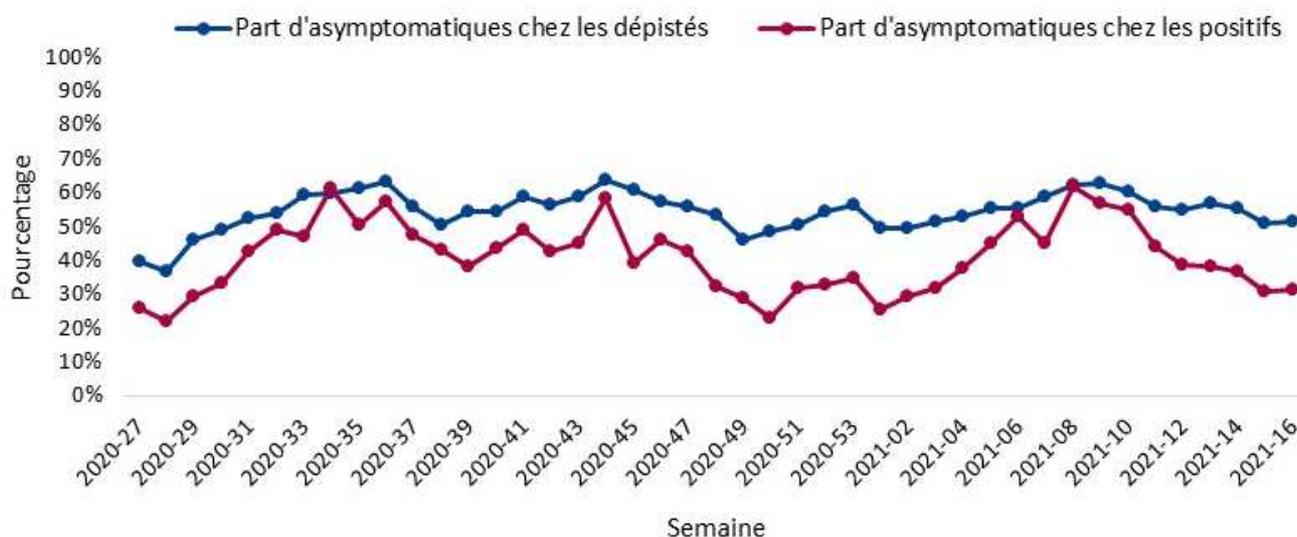


ASYMPTOMATIQUES

Source: SIDEP

- ▶ Parmi l'ensemble des personnes dépistées en semaine 16, 51% étaient asymptomatiques. Cette tendance est stable.
- ▶ Parmi l'ensemble des cas **positifs** identifiés en S16, **38% d'entre eux étaient asymptomatiques. La part de cas asymptomatiques était en baisse depuis quelques semaines traduisant la hausse de circulation du virus.** Ces chiffres rappellent l'importance de se faire dépister lorsqu'on est identifié cas-contact et ce même si l'on ne présente pas de symptômes évocateurs.

Figure 12: Proportion des formes asymptomatiques parmi les dépistés et les positifs

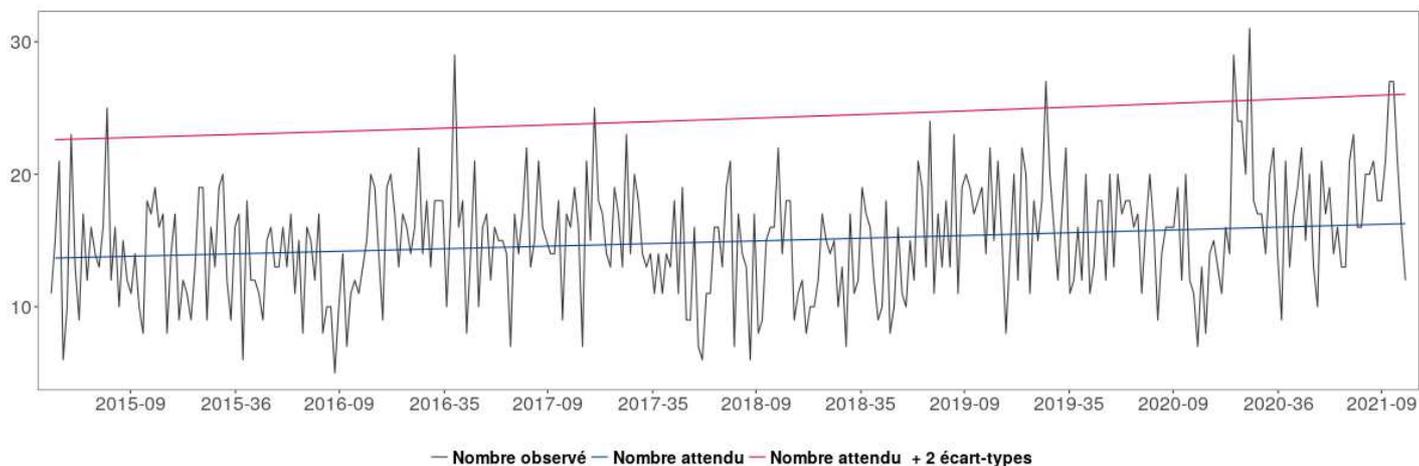


Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues jusqu'à la semaine 2021-15

Cette surveillance repose sur les données de mortalité de l'Insee. Les données sont consolidées à S-2.

Aucune variation significative de la mortalité n'est constatée actuellement. Les hausses de la mortalité observées peuvent être en lien avec l'épidémie de COVID-19, sans qu'il ne soit possible à ce jour d'en estimer la part attribuable précise.

Figure 13. Mortalité toutes causes, toutes classes d'âge confondues jusqu'à la semaine 2021-15



Couverture vaccinale

Au 27 avril 2021, 9508 personnes sont complètement vaccinées contre le Covid-19 soit 3,3% de la population totale. Cette couverture vaccinale est inférieure à la moyenne pour la France (DOM-TOM inclus) qui s'élève à 9,1%.

Chez les plus de 50 ans plus de 22% ont reçu leur première dose, dont environ 13% ont aussi reçu la deuxième. Toutefois, la hausse de CV chez les 75 ans et plus semble moins rapide par rapport à celle des classes d'âges inférieures.

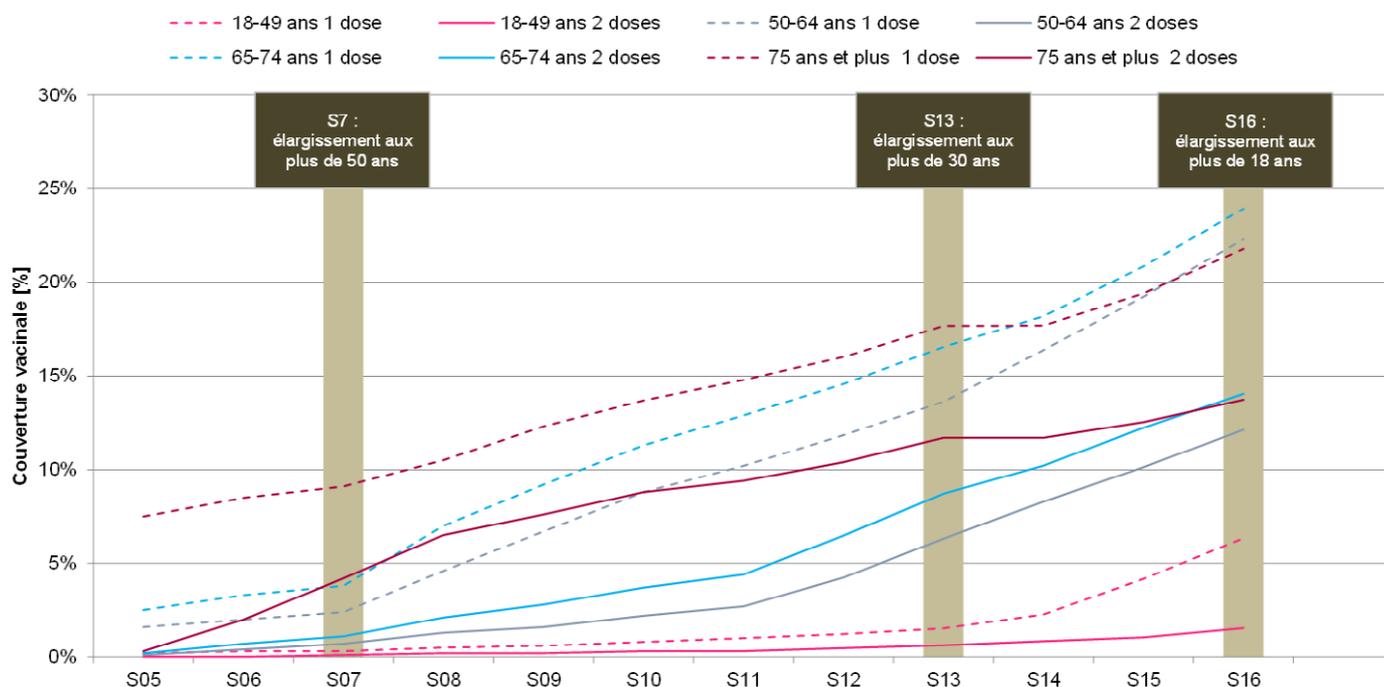
Ces CV sont en hausse mais restent encore trop faibles pour protéger l'ensemble du territoire. Une personne est complètement vaccinée lorsqu'elle a reçu 2 doses de vaccin. Depuis le 22 avril, la vaccination en Guyane est ouverte à toute la population >18 ans.

Tableau 2: Nombre cumulé de personnes vaccinées avec une et deux dose(s) par tranche d'âge en Guyane depuis le lancement de la campagne

Données au 27/04/2021

| Classe d'âge | 1 dose | | 2 doses | |
|----------------|-------------------------------|-------------|-------------------------------|-------------|
| | Nombre de personnes vaccinées | CV (%) | Nombre de personnes vaccinées | CV (%) |
| 18-49 ans | 8957 | 7,2% | 2167 | 1,7% |
| 50-64 ans | 8668 | 23,3% | 4713 | 12,7% |
| 65-74 ans | 2973 | 25,0% | 1741 | 14,6% |
| 75 ans et plus | 1367 | 22,4% | 876 | 14,4% |
| Non renseigné | 28 | | 11 | |
| Total | 21993 | 7,6% | 9508 | 3,3% |

Figure 16. Evolution hebdomadaire du niveau de couverture vaccinale à 1 et 2 doses par tranche d'âge en Guyane



Surveillance en médecine de ville : réseau de médecins sentinelles

Source : Réseau de médecins sentinelles et CNR grippe et virus respiratoires de l'Institut Pasteur de la Guyane, données consolidées jusqu'en semaine S15

Définition de cas : tout patient vu en (télé)consultation présentant une infection respiratoire aiguë caractérisée par l'association de fièvre ou sensation de fièvre d'apparition brutale et de signes respiratoires (toux, essoufflement, sensation d'oppression thoracique..)

En S16, l'incidence estimée des infections respiratoires aiguës (IRA) vues en médecine générale était en légère hausse avec **127 consultations pour 100 000 habitants** contre 105 en S15.

Figure 17. Nombre et taux extrapolés de consultations pour infections respiratoires aiguës pour 100 000 habitants vues par les médecins généralistes en Guyane



Passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (Oscour®)

Source : Réseau Oscour®,

En semaine 16 (du 19 au 25 avril), la **tendance des passages aux urgences** pour suspicion de Covid-19 était **stable** avec un total de 64 passages sur la semaine, contre 51 passages en S15.

Ces passages ont représenté **3,5% de l'activité totale**. La majorité des passages (41%) concernait le CHC.

Figure 18. Nombres quotidiens de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 en Guyane



Passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 (Oscour®)

Source : Réseau Oscour®,

En semaine 16, la tendance était stable aux urgences du CHC avec 41 passages pour suspicion de Covid-19 enregistrés, tout comme en S15. Ils représentaient 4% des passages aux urgences du CHC toutes causes confondues.

Au CHK, la tendance était en hausse avec 14 passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 (contre 8 en S15) qui représentaient 4% des passages au CHK.

La tendance était également en hausse au CHOG, avec 9 passages (contre 2 en S15) qui représentaient 5% de l'activité totale des urgences.

Figure 19. Nombres quotidiens de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 au CH de Cayenne

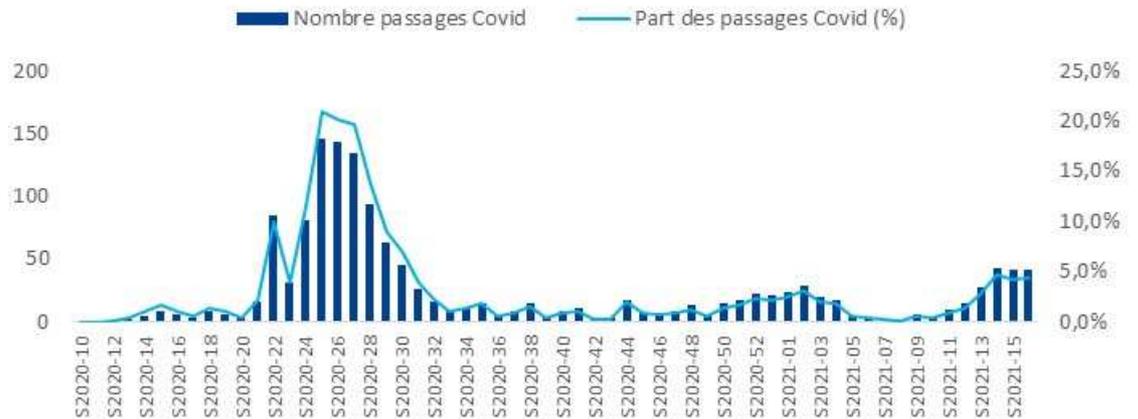


Figure 20. Nombres quotidiens de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 au CH de Kourou



Figure 21. Nombres quotidiens de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de COVID-19 au CH de Saint-Laurent du Maroni



Surveillance à visée d'alerte en collectivité

Définition d'un cluster : un cluster est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, et qui appartient à une même communauté ou ont participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non.

Afin de mieux apprécier les clusters relatifs à la circulation du virus post première et seconde vagues, la période de surveillance de suivi des clusters présentée ci-dessous a été adaptée. Ainsi, **les données présentées ci-dessous débutent au 01/03/2021**.

Du 22 au 29 avril 2021, 5 nouveaux clusters ont été déclarés dont 3 en milieu professionnel, 1 en milieu scolaire et 1 en centre pénitentiaire. Pour rappel, un cluster ne signifie pas que les cas sont liés entre eux et ne préjuge pas du lieu de contamination : ils ne se sont pas nécessairement contaminés dans la collectivité. Cette surveillance a avant tout un objectif de gestion en détectant précocement des situations à risque de diffusion en collectivité. Les actions mises en œuvre ont pour objectif d'empêcher cette diffusion. Les résultats de cette surveillance ne permettent en aucun cas d'identifier les principaux lieux de contamination en Guyane car elle ne concerne pas l'ensemble des événements et situations à risque.

- ▶ **Depuis le 1 mars 2021, 35 clusters** (hors EHPAD et milieu familial restreint) ont été détectés en Guyane dont 9 sont maîtrisés et 5 en cours d'investigation.
- ▶ Les clusters concernaient majoritairement les entreprises (n=23; 66%). Ils étaient constitués de 3 à 11 personnes, avec en moyenne 5 cas par cluster.

Tableau 3. Répartition par type de collectivités et statut des clusters, hors Ehpads et milieu familial restreint, rapportés en Guyane depuis le 01/03/2021 (Source : Surveillance MONIC, données arrêtées au 29/04/2021 à 9h)

| Type de collectivité | En cours d'investigation | Maîtrisé ¹ | Clôturé ² | Total |
|--|--------------------------|-----------------------|----------------------|-----------|
| Etablissements de santé (ES) | 0 | 0 | 2 | 2 |
| Entreprises privées et publiques (hors ES) | 3 | 8 | 12 | 23 |
| Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion | 0 | 0 | 0 | 0 |
| EMS de personnes handicapées | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Milieu familial élargi (plusieurs foyers familiaux) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Communauté vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire..etc) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Milieu scolaire et universitaire | 1 | 0 | 4 | 5 |
| Etablissement pénitentiaire | 1 | 0 | 0 | 1 |
| Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes | 0 | 1 | 1 | 2 |
| Unité géographique de petite taille (suggérant exposition commune) | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Crèche | 0 | 0 | 1 | 1 |
| Structure de l'aide sociale à l'enfance | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Transports (avion, bateau, train) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Autre | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 5 | 9 | 21 | 35 |

¹ Contacts suivis et absence de nouveaux cas 7 jours après le dernier cas

² 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

Surveillance en établissement et services médico-sociaux

- ▶ Entre le 15 et le 28 avril 2021, aucun signalement n'a été enregistré en établissement médico-social avec hébergement.
- ▶ Depuis le 5 octobre 2020, 14 signalements ont été rapportés par les établissements médico-sociaux avec hébergement, dont 2 était en EHPAD. Chaque signalement concernait entre 1 et 8 cas par structure avec en moyenne 2 cas par signalement. Au total, cela concernait 23 professionnels de santé et 10 résidents.

Caractéristiques des cas admis en réanimation

La surveillance des cas admis en réanimation a pour objectif de décrire les caractéristiques démographiques et cliniques des patients admis en réanimation. Elle n'a pas pour objectif de comptabiliser et suivre les tendances des admissions en réanimation. Pour cette raison, les données ci-dessous peuvent ne pas être exhaustives. Elle repose sur un réseau de services de réanimation qui renseignent une fiche clinique pour chaque patient admis et la transmettent à Santé publique France.

Depuis le 1er mars 2021, le variant V3 est majoritaire en Guyane. Le tableau permet de mettre en parallèle les caractéristiques des cas admis depuis le 1er mars 2021 par rapport à la période précédente au cours de laquelle les souches historiques circulaient majoritairement.

Les patients admis en réanimation étaient des hommes dans 56% des cas et l'âge moyen de 59 ans, sans différence significative entre les deux périodes. En revanche, les cas admis depuis le 1er mars 2021 avaient en moyenne moins de comorbidités mais toujours au moins une.

La part de décès est plus importante parmi les cas admis en réanimation depuis le 1er mars 2021 (29%) par rapport aux cas admis entre le 5 octobre 2020 et le 28 février 2021 (24%).

Toutefois il est important de rester prudent sur les interprétations car les cas admis lors de la première vague ne sont pas inclus. Or il est probable que les caractéristiques des cas admis lors de la 1ère et de la 2ème vague ne soit pas exactement la même bien qu'il s'agissait des mêmes souches virales.

Tableau 4. Caractéristiques des cas admis en réanimation

| | cas admis du 05/10/2020 au 28/02/2021 | | cas admis depuis le 1er mars 2021 | |
|---|---------------------------------------|-----|-----------------------------------|-----|
| | N | % | N | % |
| Cas admis en réanimation | | | | |
| Nb signalements reçus | 38 | | 37 | |
| Répartition par sexe | | | | |
| Homme | 22 | 58% | 20 | 54% |
| Femme | 16 | 42% | 17 | 46% |
| Inconnu | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Ratio | 1,4 | | 1,2 | |
| Âge | | | | |
| Moyen | 59,0 | | 58,1 | |
| Médian | 61,2 | | 58,3 | |
| Classe d'âge | | | | |
| 0-14 ans | 0 | 0% | 0 | 0% |
| 15-44 ans | 3 | 8% | 4 | 11% |
| 45-64 ans | 21 | 55% | 22 | 59% |
| 65-74 ans | 11 | 29% | 10 | 27% |
| 75 ans et plus | 3 | 8% | 1 | 3% |
| Non renseigné | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Délai entre début des signes et admission en réanimation | | | | |
| Moyen | 8,3 | | 10,6 | |
| Médian | 8 | | 10 | |
| Durée de séjour | | | | |
| Durée moyenne de séjour | 13,6 | | 7,7 | |
| Durée médiane de séjour | 10 | | 7 | |
| Type de ventilation** | | | | |
| O2 (lunettes/masque) | 5 | 13% | 0 | 0% |
| VNI (Ventilation non invasive) | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Oxygénothérapie à haut débit | 19 | 50% | 24 | 65% |
| Ventilation invasive | 12 | 32% | 7 | 19% |
| Assistance extracorporelle | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Non renseigné | 2 | 5% | 6 | 16% |
| | | | | |
| Syndrome de détresse respiratoire aigüe** | | | | |
| Pas de SDRA | 8 | 21% | 2 | 5% |
| Mineur | 2 | 5% | 0 | 0% |
| Modéré | 10 | 26% | 6 | 16% |
| Sévère | 17 | 45% | 13 | 35% |
| Non renseigné | 1 | 3% | 16 | 43% |
| Evolution | | | | |
| Evolution renseignée | 37 | 97% | 21 | 57% |
| - Transfert hors réanimation ou RAD | 26 | 70% | 14 | 67% |
| - Transfert vers autre réanimation | 2 | 5% | 1 | 5% |
| - Décès | 9 | 24% | 6 | 29% |
| Nombre de comorbidités | | | | |
| Aucune comorbidité | 7 | 18% | 6 | 16% |
| 1 comorbidité | 6 | 16% | 11 | 30% |
| 2 comorbidités | 6 | 16% | 10 | 27% |
| 3 comorbidités et plus | 19 | 50% | 10 | 27% |
| Non renseigné | 0 | 0% | 0 | 0% |
| Comorbidités | | | | |
| Au moins une comorbidité parmi : | 31 | 82% | 31 | 84% |
| - Obésité (IMC>=30) | 18 | 47% | 26 | 70% |
| - Hypertension artérielle | 21 | 55% | 18 | 49% |
| - Diabète | 18 | 47% | 9 | 24% |
| - Pathologie cardiaque | 5 | 13% | 3 | 8% |
| - Pathologie pulmonaire | 2 | 5% | 7 | 19% |
| - Immunodépression | 2 | 5% | 1 | 3% |
| - Pathologie rénale | 8 | 21% | 2 | 5% |
| - Cancer* | 1 | 3% | 0 | 0% |
| - Pathologie neuromusculaire | 2 | 5% | 0 | 0% |
| - Pathologie hépatique | 1 | 3% | 0 | 0% |

*Comorbidité non recherchée lors de la 1^{ère} phase de la surveillance

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

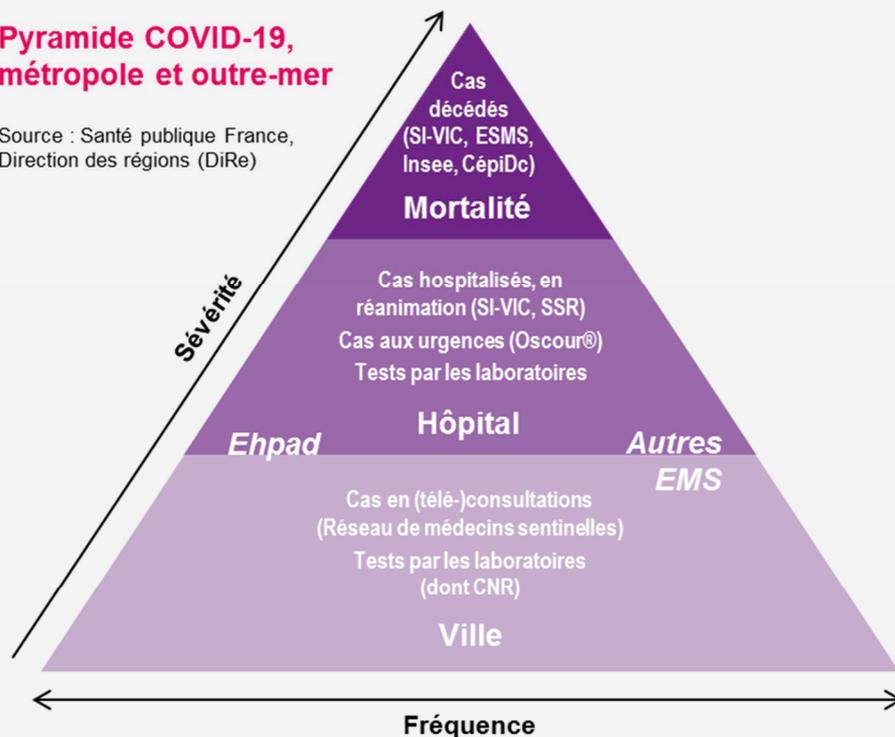
Nb: Un cas peut présenter plusieurs FDR et prises en charge ventilatoire

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, mobiliser la réserve sanitaire. En Guyane, coordonner la surveillance, investiguer, analyser les données, apporter une 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)



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

Rédacteur en chef

Dr Cyril Rousseau

Equipe de rédaction

Audrey Andrieu
Luisiane Carvalho
Fatima Etemadi
Alexandra Miliu
Julie Prudhomme
Tiphanie Succo
Santé publique France
Guyane

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

30 avril 2021

Numéro vert 0 800 130 000

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

Sites associés :

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

GÉODES
GÉO DONNÉES EN SANTE PUBLIQUE

ars
Agence Régionale de Santé
Guyane

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

ecdc
EUROPEAN CENTRE FOR
DISEASE PREVENTION
AND CONTROL



**World Health
Organization**