

En collaboration avec :

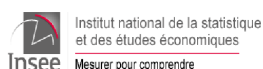
Agence régionale de santé
(ARS) Guyane, Médecins
libéraux, SAMU Centre 15,
ARAVEG, médecins urgen-
tistes, réanimateurs, l'Insti-
tut Pasteur de Guyane,
laboratoires de biologie
médicale hospitaliers et de
ville, Sociétés savantes
d'infectiologie, de réanima-
tion et de médecine d'ur-
gence



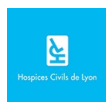
ARAVEG



Institut national
de la santé et de la recherche médicale



CNR Virus des infections respira-



Résumé

Analyse de la situation épidémiologique en Guyane au 29/04/2020 à 13h

Le premier cas de COVID-19 a été confirmé le 4 mars 2020 en Guyane. Depuis, 125 cas ont été confirmés et 17 clusters détectés dont la moitié sont familiaux (personnes vivant sous le même toit). Depuis trois semaines, la survenue de cas sporadiques a ralenti et tous les cas ont pu être rattachés à un cluster. Quasiment tous les cas qui sont actuellement confirmés sont détectés grâce au contact-tracing réalisé par l'ARS et Santé publique France suite à la détection d'un précédent cas. Ceci permet de détecter précocement les cas secondaires.

Cette situation incite à maintenir efficacement les opérations de contact-tracing afin d'éviter l'installation de chaîne active de transmission non contrôlée.

Quelles sont les implications de santé publique dans la région ?

Le confinement est en place en Guyane depuis le 17 mars 2020 avec pour objectif de freiner les contaminations. Des mesures supplémentaires sont mises en place ponctuellement pour contrôler chaque nouveau foyer local de transmission, dans la communauté ou en collectivité (dépistage, confinement), avec l'appui et la participation de la population et de ses représentants.

Indicateurs-clés (données au 29/04/2020 à 13h)

Surveillance individuelle

- ▶ 125 cas confirmés de COVID-19 en Guyane soit 18 cas supplémentaires par rapport au dernier point épidémiologique daté du 23 avril 2020
- ▶ 40% des cas sont rattachés à une transmission autochtone
- ▶ 17 clusters et, parmi eux, 2 dont le dernier cas date de moins de 14 jours
- ▶ Bilan des investigations d'un cluster détecté dans la commune de Grand-Santi : page 5

Surveillance par le Réseau de médecins sentinelles

- ▶ 20 (télé) consultations pour infection respiratoire aiguë (IRA) pour 100 000 habitants en médecine de ville en semaine S2020-17 correspondant à une faible circulation
- ▶ Une part de ces IRA pourrait être attribuée au COVID-19

Surveillance des hospitalisations et des décès (source : SI-VIC)

- ▶ Aucune hospitalisation en cours
- ▶ Depuis fin février, 36 hospitalisations dont 3 en réanimation et parmi elles un décès.

Surveillance par les laboratoires

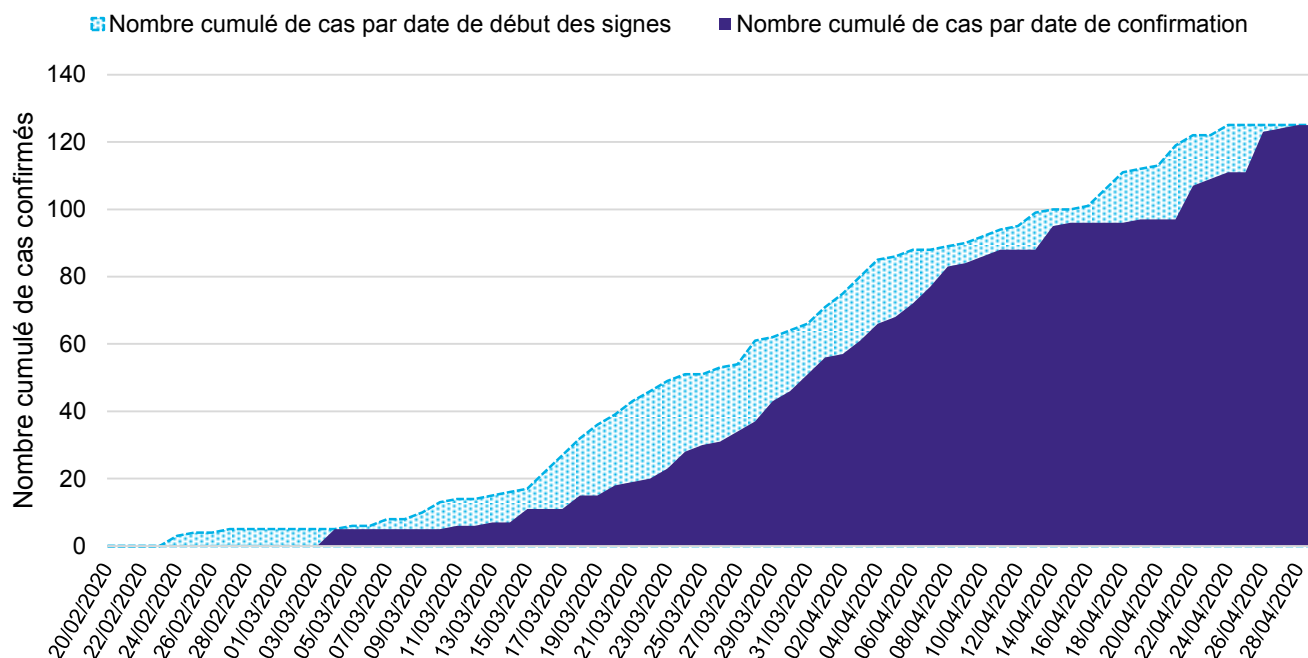
- ▶ 2025 prélèvements analysés depuis fin février : taux de positivité moyen de 8%

Surveillance individuelle

Source : Surveillance individuelle, au 29/04/2020 à 13h

Figure 1. Nombre cumulé de cas confirmés de COVID-19 rapportés à la cellule de Santé publique France par date de début des signes et par date de confirmation (données consolidées)

Aide à la lecture : l'aire bleu ciel représente le délai entre la date de début des signes des cas et la date de confirmation biologique : plus cette aire est petite, plus ce délai est court.



SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU COVID-19 EN GUYANE au 29 avril 2020 à 13h

Au 29 avril 2020, **125 cas confirmés de COVID-19** ont été détectés en Guyane. L'ensemble des sources de données suggèrent un **niveau de circulation relativement faible mais néanmoins suffisante pour permettre la survenue de clusters (cas groupés d'infections à Sars-CoV2)**.

La courbe du nombre de cas cumulé par date de début des signes montre une tendance à l'augmentation à partir de mi mars et un début de stabilisation autour du 20 avril qui devra être confirmé dans les semaines à venir (figure 1). Par ailleurs, les augmentations brutales récentes du nombre de cas par date de confirmation autour des 13, 20 et 26 avril) correspondent aux opérations de recherche active de cas et dépistage ciblé mises en œuvre par l'ARS et Santé publique France lors de la détection d'un cluster afin d'éviter la propagation du virus.

Depuis la semaine S2020-17, 40% des cas confirmés sont rattachés à une transmission autochtone ce qui reflète une situation épidémiologique dominée par la survenue de clusters (figure 3, page 4). En effet, depuis le 4 avril tous les cas confirmés sont en lien avec 4 clusters différents dont deux n'ayant pas produit de nouveau cas depuis plus de 14 jours. L'origine du cas primaire a été identifiée pour deux clusters. **Un bilan des investigations menées dans trois campous de la commune de Grand-Santi est présenté en page 5.**

Les données du réseau de médecins sentinelles suggèrent un faible **niveau de circulation des infections respiratoires aiguës (IRA) dans la communauté** avec **en moyenne 28** consultations pour IRA pour 100 000 habitants au cours des trois dernières semaines (de S2020-15 à S2020-17) (tableau 4, page 6).

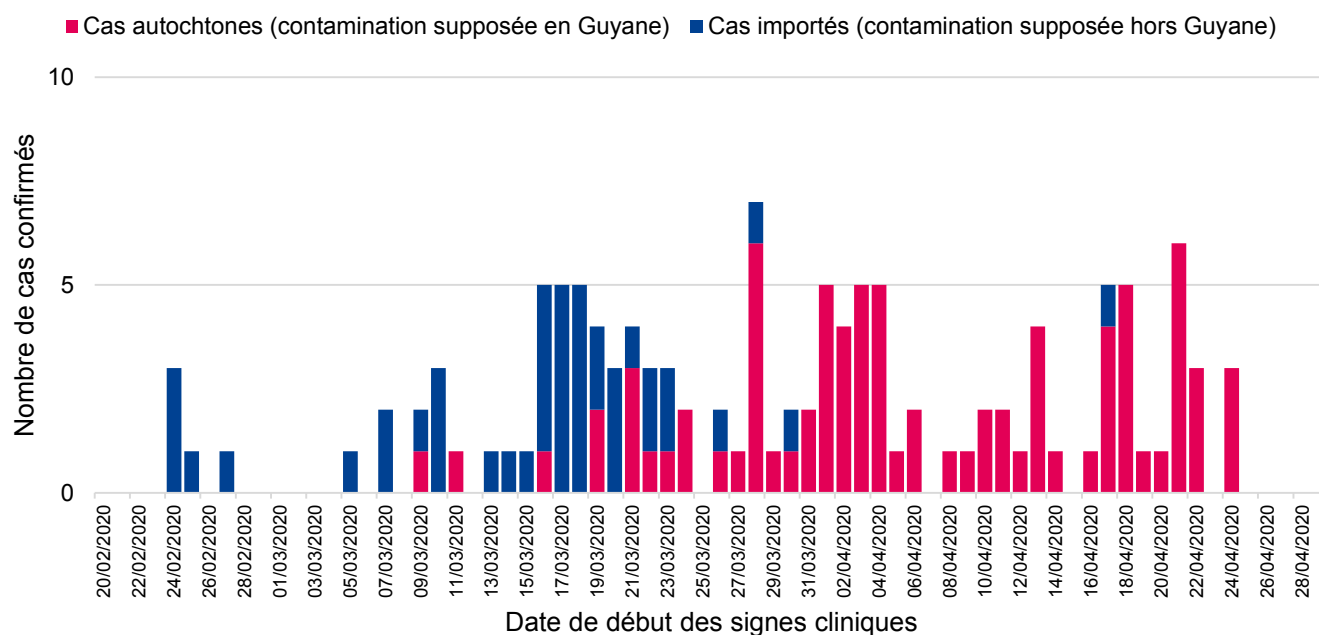
Depuis le 4 mars, plus de 2000 prélèvements ont été analysés pour une recherche de Sars-CoV2 : le taux de positivité moyen s'élève à 8%. L'évolution du taux de positivité par semaine montre une baisse qui correspond en fait à une augmentation du dépistage dans la population : le nombre de nouveau cas confirmé chaque semaine est relativement constant (figure 4, page 7).

Enfin, les passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 sont faibles et stables (figure 5, page 7).

Surveillance individuelle

Source : Surveillance individuelle, au 29/04/2020 à 13h

Figure 2. Evolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 rapportés à la cellule de Santé publique France par date de début des signes et origine de contamination (données consolidées)



La courbe épidémiologique ne montre pas de tendance à l'augmentation (figure 2). Parmi les 125 cas confirmés en Guyane, 25 (20%) ont débuté leurs signes cliniques il y a moins de 14 jours.

La majorité des cas sont âgés de 15 à 44 ans : cette classe d'âge représente 56% des cas (tableau 1).

Source : Surveillance individuelle, au 29/04/2020 à 13h

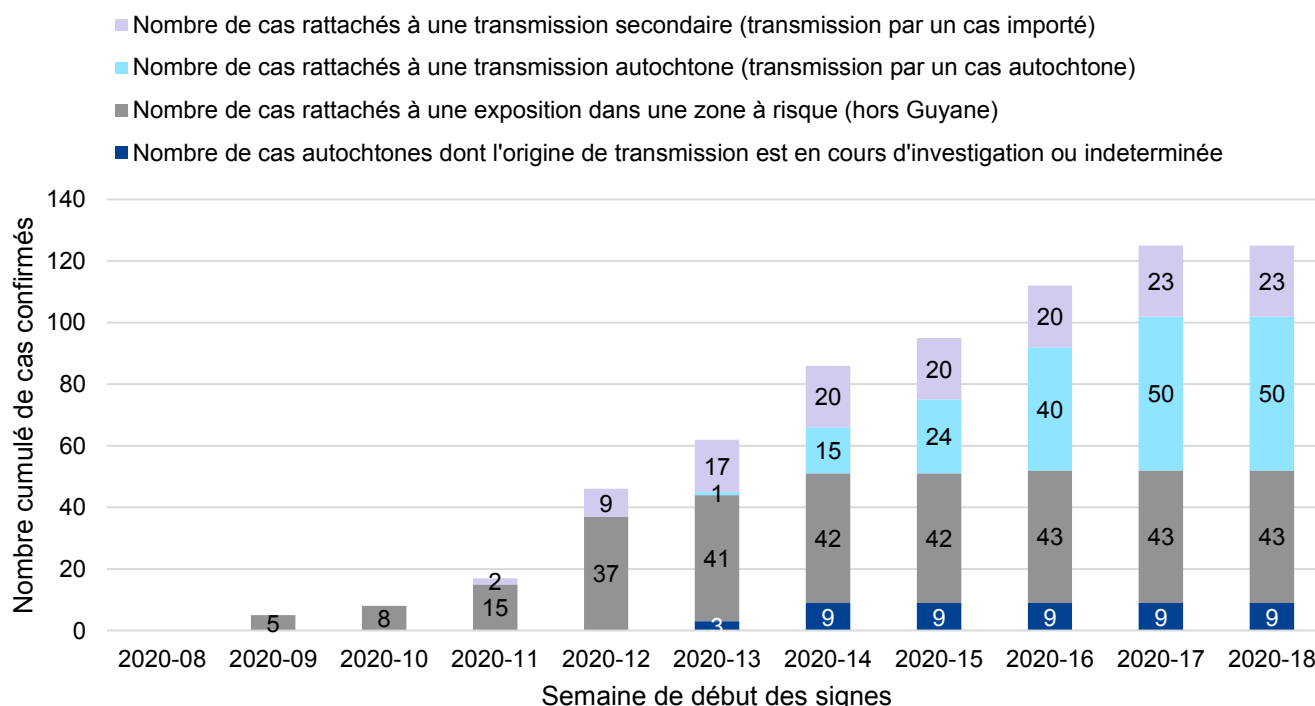
Tableau 1. Caractéristiques des cas confirmés de COVID-19, Guyane

	Cas confirmés	
Nombre de cas et taux pour 100 000 habitants	125	43 / 100 000
Type de cas		
Nombre des cas importés (contamination hors Guyane)	43	34,4%
Nombre de cas autochtones (contamination en Guyane)	82	65,6%
Expositions identifiées		
Nombre de cas rattachés à une exposition dans une zone à risque (hors Guyane)	43	34,4%
Nombre de cas rattachés à une transmission secondaire (transmission par un cas importé)	23	18,4%
Nombre de cas rattachés à une transmission autochtone (transmission par un cas autochtone)	50	40,0%
Nombre de cas autochtones dont l'origine de transmission est en cours d'investigation ou indéterminée	9	7,2%
Données démographiques		
Sexe ratio Homme/Femme	0,98	
Classes d'âges (données consolidées pour 120 patients)		
Moins de 15 ans	19	20,5 / 100 000
15-44 ans	67	53,2 / 100 000
45-64 ans	28	52,0 / 100 000
65-74 ans	4	33,6 / 100 000
75 ans et plus	2	32,8 / 100 000

Surveillance individuelle

Source : Surveillance individuelle, au 29/04/2020 à 13h

Figure 3. Nombre cumulé de cas confirmés de COVID-19 en Guyane par type d'exposition selon la semaine de début des signes
(S2020-18 en cours, données incomplètes)



Les cas rattachés à une transmission autochtone sont majoritaires depuis la semaine S2020-17. Ils représentent en effet 40% des cas. Sur le plan épidémiologique, la situation actuelle est dominée par l'apparition de clusters. Depuis le 4 avril, tous les cas détectés sont rattachés à 4 clusters différents dont deux pour lesquels la date de début des signes du dernier cas date de plus de 14 jours (signifiant l'absence de production de nouveau cas).

La moitié des 17 clusters détectés depuis le 4 mars sont restreints au cercle familial proche. Deux clusters communautaires comptent plus de 20 cas. (Village en périphérie de Cayenne, commune de Grand-Santi).

Source : Surveillance individuelle, au 29/04/2020 à 13h

Tableau 2. Caractéristiques des clusters de cas de COVID-19 identifiés en Guyane

Caractéristiques des clusters	Valeurs
Nombre de clusters* <i>*un cluster est défini comme un groupe d'au moins 2 cas constituant une chaîne de transmission</i>	17 clusters
Nombre MOYEN de cas par cluster	5,7 cas
Nombre MEDIAN de cas par cluster (min - max)	3 cas (2 - 24)
Nombre de clusters dont le dernier cas date de moins de 14 jours (DDS ¹ < 14 jours)	2 clusters
Délai moyen entre la DDS ¹ du cas primaire ² et la DDS ¹ du cas secondaire (n=14)	5,9 jours
Délai moyen entre la date de confirmation du cas primaire et la DDS ¹ du cas secondaire (n=17)	-3,6 jours
¹ DDS = date de début des signes	
² Pour les cas primaires importés dont la DDS précède leur arrivée en Guyane, c'est la date d'arrivée sur le territoire qui est prise en compte	
Typologie des clusters (n=17)	
Nombre de clusters familiaux (c'est-à-dire dont tous les cas vivent sous le même toit)	8 clusters
Nombre de clusters communautaires (c'est-à-dire dont tous les cas ne vivent pas sous le même toit)	9 clusters

Bilan des investigations menées dans la commune de Grand-Santi

Le 19 avril, un cas de COVID-19 a été confirmé à Saint-Laurent-du-Maroni. Les investigations épidémiologiques conduites par l'ARS Guyane et Santé publique France dès la confirmation du cas ont permis d'identifier plus de 70 sujets contacts dont certains résidant à Tonka sur le Maroni.

Grace à la mobilisation des Centres délocalisés de prévention et de santé et de l'unité des maladies infectieuses et tropicales du Centre hospitalier de Cayenne et des biologistes, une **recherche active de cas** a été réalisée à Tonka et dans deux campous situés à proximité afin de **repérer précocement toute personne malade** présentant des signes compatibles avec une infection par le Sars-CoV2. **Un dépistage était proposé sur place en cas de symptôme** et toutes les personnes dépistées ont été interrogées sur leurs déplacements dans les 14 jours ayant précédé l'apparition des signes cliniques (*back-tracking*) et dans les jours qui ont suivi (*contact-tracing*).

L'objectif de ces investigations était **d'évaluer la situation épidémiologique et de permettre des mesures adaptées**.

Au total, les investigations ont concerné les 247 personnes (58 foyers) vivant sur 3 campous et **77 (31,2%) d'entre elles ont été dépistées** car elles présentaient des signes compatibles avec le COVID-19. Au moins une personne a été dépistée dans près de 3 foyers sur 5. Parmi les personnes dépistées, **23 personnes ont été confirmées** pour le COVID-19 soit un **taux d'attaque global de 9,7%** et ce **taux d'attaque variait fortement entre les campous** : 30% à Tonka et de 1 à 3% pour les deux autres campous. La proportion de foyers avec au moins une personne positive était de 22% (13/58).

Les cas confirmés étaient âgés de 24 ans en moyenne et les signes cliniques étaient fièvre et céphalées (48%), anosmie (39%), agueusie (35%), asthénie et myalgies (26%), toux (17%) et dyspnées (9%).

Ces résultats mettent en évidence un taux d'attaque relativement important dans le campou initial de Tonka mais sans débordement dans les campous voisins où le nombre de cas confirmés est très faible malgré une forte pression de dépistage. **Les investigations se poursuivent autour des cas nouvellement confirmés et une surveillance active a été mise en place par les équipes locales**. Le secteur a été placé en confinement par arrêté préfectoral et une solution hôtelière proposée aux personnes malades ne pouvant se confiner dans de bonnes conditions.

Bilan du CONTACT TRACING (depuis le 4 mars 2020)

Source : Surveillance individuelle, au 29/04/2020 à 13h

Tableau 4. Bilan du *contact tracing*

Contact tracing	Valeurs	%
Nombre total de sujets contact	1176	
Nombre moyen de contacts par cas confirmé	9,2	
Nombre de cas à risque modéré ou élevé et proportion parmi les contacts	843	72%
Nombre de répondants aux appels et proportion parmi les contacts à risque modéré ou élevé	761	90%
Nombre de cas possibles et proportion parmi les répondants	124	16%
Nombre de cas qui ont été confirmés parmi les cas possibles et proportion	30	24%
Nature des contacts	Nombre	%
Contacts familiaux	226	19%
Contacts communautaires	221	19%
Contacts dans le cadre scolaire	327	28%
Contacts dans le cadre professionnel	137	12%
Contacts dans le cadre médical (soignant, cabinet médical..)	220	19%
Autres catégories	33	3%
Information manquante	12	1%

Qu'est ce que le *contact tracing* ?

Le *contact-tracing* est réalisé pour chaque cas confirmé afin **d'identifier toutes les personnes avec qui le cas confirmé a été en contact** dans les 24 heures qui ont précédé la survenue de ses signes cliniques et jusqu'à son isolement.

Chaque sujet contact est classé selon un niveau de risque faible ou modéré-élevé selon le type de contact. Un contact est classé modéré-élevé lorsqu'il est jugé suffisant pour avoir permis une transmission du virus.

Les sujets contact sont ensuite appelés par l'ARS et Santé publique France mais tous ne répondent pas. L'appel consiste à identifier la survenue de signes cliniques dans un délai compatible avec la date du dernier contact avec le cas confirmé : **le sujet contact devient un cas possible si il a eu des signes et est alors orienté vers le SAMU** afin d'être prélevé pour confirmation ou non. Les sujets contacts non malades sont mis en quatorzaine et doivent contrôler la survenue de signes cliniques.

Définitions

- Un **contact à risque modéré ou élevé** correspond à une personne qui, à partir de 24h précédant l'apparition des symptômes d'un cas confirmé, a partagé le même lieu de vie ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas ou pendant plus de 15 minutes, lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas dans un moyen de transport de manière prolongée ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats.
- Un **cas possible** correspond à toute personne présentant des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë avec une fièvre ou une sensation de fièvre.

Surveillance individuelle

Source : Surveillance individuelle, au 29/04/2020 à 13h

Tableau 3. Caractéristiques des symptômes déclarés par les cas confirmés de COVID-19 (n=114), Guyane

Symptômes déclarés par les cas confirmés (données consolidées sur 114 cas)	Nombre	%
Cas sans symptôme (cas n'ayant déclaré aucun signe clinique)	9	7,9%
Fièvre	59	51,8%
Syndrome fébrile sans fièvre	35	30,7%
Fatigue, asthénie, sensation de malaise	45	39,5%
Céphalées	64	56,1%
Toux	50	43,9%
Myalgies, courbatures	53	46,5%
Dyspnée	10	8,8%
Diarrhée	32	28,1%
Anosmie (perte d'odorat)	42	36,8%
Agueusie (perte du goût)	48	42,1%

Surveillance en médecine de ville : réseau de médecins sentinelles

Source : Réseau de médecins sentinelles ARAVEG, données consolidées jusqu'en semaine S2020-16 (du 13 au 19 avril 2020)

En semaine S2020-17, l'incidence estimée des infections respiratoires aiguës vues en médecine générale était de **20 consultations pour 100 000 habitants**. Les taux observés depuis 3 semaines ne mettent pas en évidence de tendance particulière et ce taux est nettement inférieur à ce qui est observé en période de circulation du virus grippal. Ces données ne suggèrent pas une circulation forte du virus.

En raison de la circulation d'autres virus respiratoires, **toutes les IRA ne sont pas liées au COVID-19**, et la surveillance virologique par le RMS, qui sera effective dans les semaines à venir, permettra d'estimer la part des IRA attribuable au SARS-CoV2.

Surveillance syndromique et virologique des infections respiratoires aiguës par le réseau de médecins sentinelles (RMS)

Cette surveillance s'appuie sur un réseau de médecins généralistes signalant chaque semaine le nombre de consultation pour IRA. Les données sont ensuite extrapolées à l'ensemble des médecins généralistes en tenant compte de la part d'activité de chacun.

La surveillance syndromique sera ensuite complétée par une surveillance virologique à partir de prélèvements réalisés par les médecins du réseau et analysés par l'Institut Pasteur de Guyane.

Le principal objectif de cette surveillance est de décrire la dynamique spatio-temporelle et estimer le fardeau lié à la circulation du SARS-CoV2 dans la communauté au niveau régional en Guyane.

Définition d'un cas d'une infection respiratoire aigue (IRA)

Apparition brutale de fièvre (ou sensation de fièvre), et de signes respiratoires (comme la toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression thoracique).

Source : Surveillance individuelle, au 29/04/2020 à 13h

Tableau 4. Taux d'infections respiratoires aiguës pour 100 000 habitants vu par les médecins généralistes en Guyane

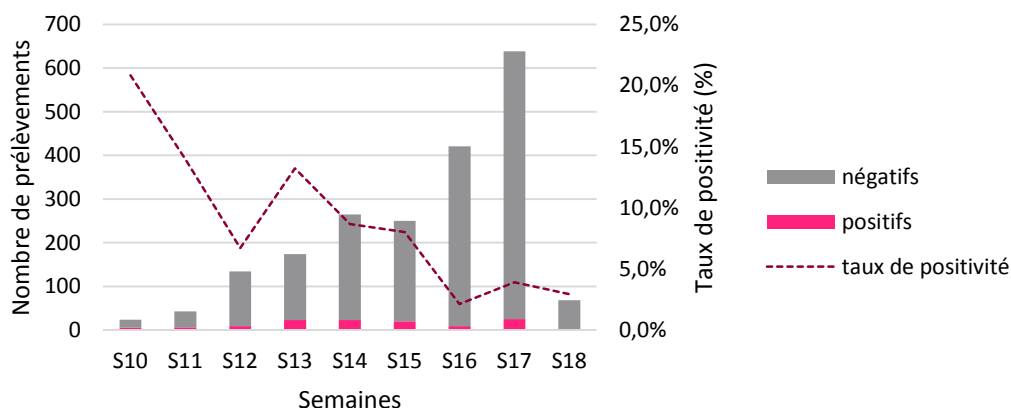
	S2020-15	S2020-16	S2020-17
Taux pour 100 000 habitants	25,7	36,8	20,1

Surveillance en laboratoires

Le nombre de tests hebdomadaires progresse sans discontinuer depuis plusieurs semaines en rapport avec l'élargissement des indications de dépistage et le dépistage actif de récents clusters.
Le taux de positivité moyen s'est établi à 8%, proche de 5% la semaine dernière.

Source : Institut Pasteur de Guyane, laboratoires des CH de Cayenne et Kourou, au 29/04/2020 à 13h

Figure 4. Evolution du taux de positivité des prélèvements par semaine d'analyse (S18 en cours, données incomplètes)



Surveillance des hospitalisations, admissions en réanimation et décès

Source : SI-VIC, au 29/04/2020 à 13h

Aucune hospitalisation actuellement en cours. Depuis la semaine S2020-09, 36 personnes ont été hospitalisées dont 3 en réanimation et parmi elles une personne est décédée.

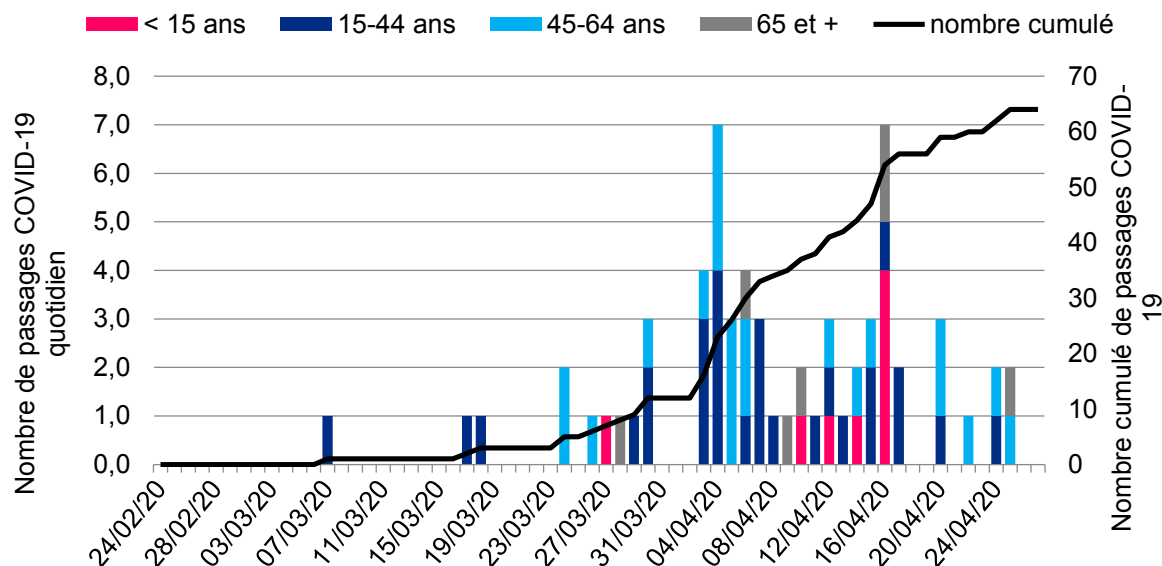
Surveillance des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19

Source : Réseau Oscour, au 27/04/2020

La surveillance des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ne met pas en évidence de tendance à l'augmentation.

Source : Réseau Oscour®, au 27/04/2020

Figure 5. Nombre de passages aux urgences quotidiens et cumulé pour suspicions de COVID-19

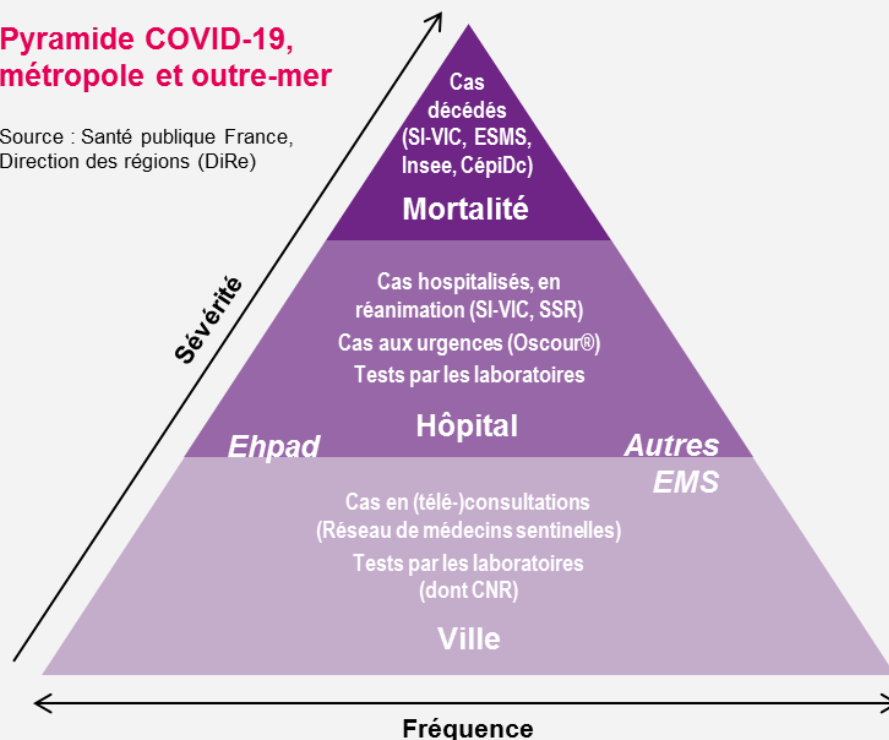


Mission de Santé publique France

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 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/soins intensifs

Rédacteur en chef

Dr Cyril Rousseau

Equipe de rédaction

Audrey Andrieu
Luisiane Carvalho
Manon Guidarelli
Julie Prudhomme
Roxane Schaub
Tiphany 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

29 avril 2020

Numéro vert 0 800 130 000

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

Sites associés :

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

GÉODES
GEO 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

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)