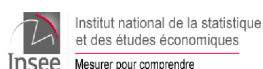


En collaboration avec :

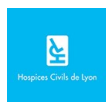
Agence régionale de santé (ARS) Guyane, Médecins libéraux, SAMU Centre 15, ARAVEG, médecins urgentistes, réanimateurs, l'Institut Pasteur de Guyane, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et de médecine d'urgence



ARAVEG



CNR Virus des infections respira-



Résumé

Analyse de la situation épidémiologique en Guyane au 23/04/2020 à 13h

Le premier cas de COVID-19 a été confirmé le 4 mars 2020 en Guyane. Depuis, 107 cas ont été confirmés. La majorité des cas détectés jusqu'au 20 mars étaient importés d'une zone à risque, progressivement remplacés par des cas acquis localement. Onze nouveaux cas ont été détectés depuis le dernier point épidémio du 16 avril. Cette augmentation est à rapprocher de la détection d'un nouveau cluster de 10 cas. Les investigations menées autour du premier cas détecté ont permis le dépistage de 9 autres cas qui avaient été en contact avec lui pendant sa période de contagiosité et la mise en œuvre d'autres mesures de gestion visant à contenir la chaîne de transmission.

Depuis deux semaines, le nombre de cas confirmés chaque jour a ralenti avec en moyenne 1 cas détecté chaque jour contre 3 pour les semaines antérieures. Ces résultats sont encourageants mais on compte encore 4 clusters, dont le dernier cas remonte à moins de 14 jours : un village en périphérie de Cayenne, un village en périphérie de Grand-Santi, un cluster concernant des personnels hospitaliers et un dernier cluster familial plus restreint. Ceci appelle des actions et une vigilance particulières.

Une estimation des infections respiratoires aiguës vues par le réseau de Médecins Sentinelles indique un très faible taux de (37 pour 100 000 habitants en semaine 16), très inférieur à ce que l'on observe en période épidémique pour la grippe saisonnière par exemple.

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 23/04/2020 à 13h)

Surveillance individuelle

- ▶ 107 cas confirmés de COVID-19 en Guyane soit 11 cas supplémentaires par rapport à la semaine S2020-16 : cette augmentation est à rapprocher de la détection d'un nouveau cluster en cours d'investigation
- ▶ 27 % des cas sont rattachés à une transmission autochtone
- ▶ 16 clusters avec parmi eux 4 dont le dernier cas date de moins de 14 jours
- ▶ 3 clusters significatifs depuis début avril : deux dans la communauté (21 et 10 cas) et un troisième en milieu hospitalier.

Surveillance par le Réseau de médecins sentinelles

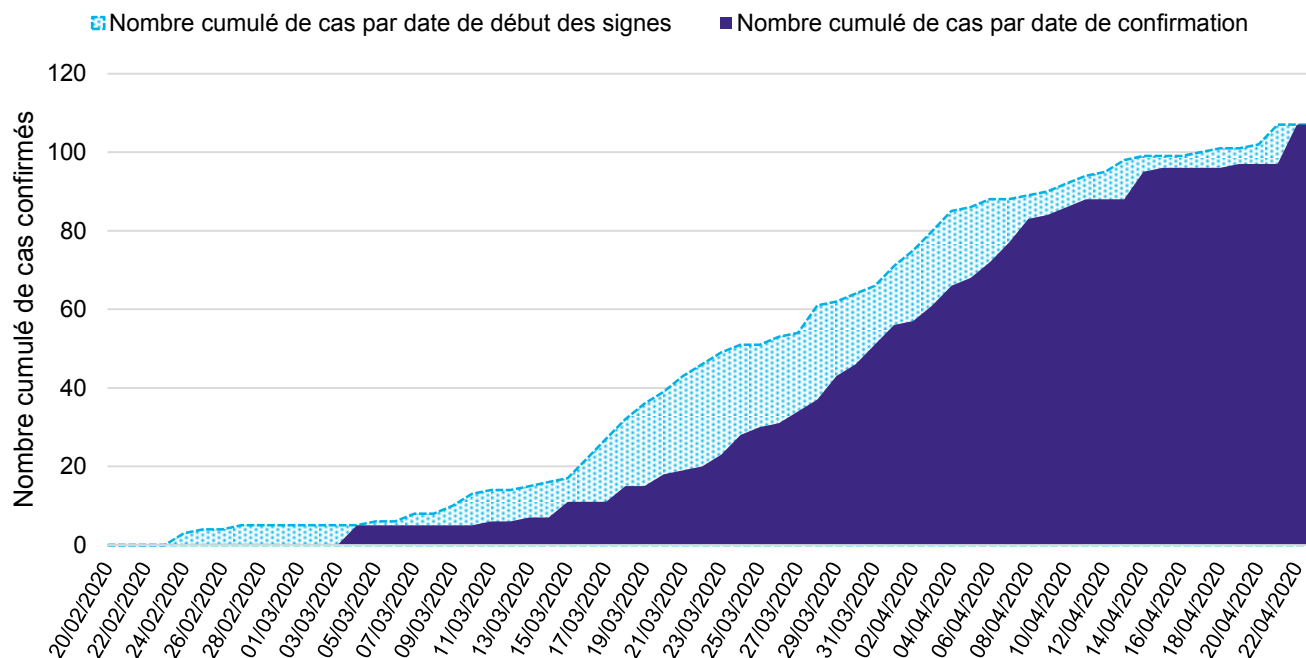
- ▶ 37 (télé) consultations pour infection respiratoire aiguë (IRA) pour 100 000 habitants en médecine de ville en semaine S2020-16. Une part de ces IRA pourrait être attribuée au COVID-19.

Surveillance individuelle

Source : Surveillance individuelle, au 23/04/2020 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 hachurée représente le délai entre la date de début des signes des cas et la date de confirmation : plus cette aire est petite, plus ce délai est court.



SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DU COVID-19 EN GUYANE au 23 avril 2020 à 13h

Au 23 avril 2020, **107 cas confirmés de COVID-19** ont été détectés en Guyane. Ces cas sont exclusivement autochtones depuis le 30 mars et ceci est à relier à la **baisse des importations** (figure 2). Le nombre de cas importés s'est stabilisé depuis la semaine S2020-13 (du 23 au 29 mars) et celui des cas rattachés à une transmission secondaire la semaine suivante (du 30 mars au 5 avril) : la baisse du nombre de cas importés limitent la production de cas secondaires (figure 3). A partir de la semaine S2020-15 (du 6 au 12 avril), les **cas rattachés à une transmission autochtone ont quant à eux augmenté**. Ces cas correspondent à des transmissions tertiaires et quaternaires liées à la survenue de clusters. Les opérations de *contact tracing* et de quatorzaine ont pour objectif de limiter ces transmissions pour éviter l'établissement de chaînes pérennes.

Au total 16 clusters ont été détectés, la plupart de petite taille et restreints au cercle familial. Trois **clusters communautaires de taille plus importante** (entre 10 et 20 cas) ont été détectés depuis début avril grâce aux opérations de *contact tracing* qui ont permis le dépistage actif et précoce des sujets contacts malades. La figure 1 montre **un ralentissement de la confirmation de nouveaux cas autour du 14 avril**. L'augmentation récente correspond aux mesures de dépistage actif mises en place suite à la détection d'un cas dans l'ouest. **Les nouveaux cas détectés ces derniers jours sont donc des cas produits par ces clusters**. Les données du Réseau de médecins sentinelles sont par ailleurs en faveur d'une faible **circulation des infections respiratoires aiguës dans la communauté** dont une part pourrait être attribuée au COVID-19.

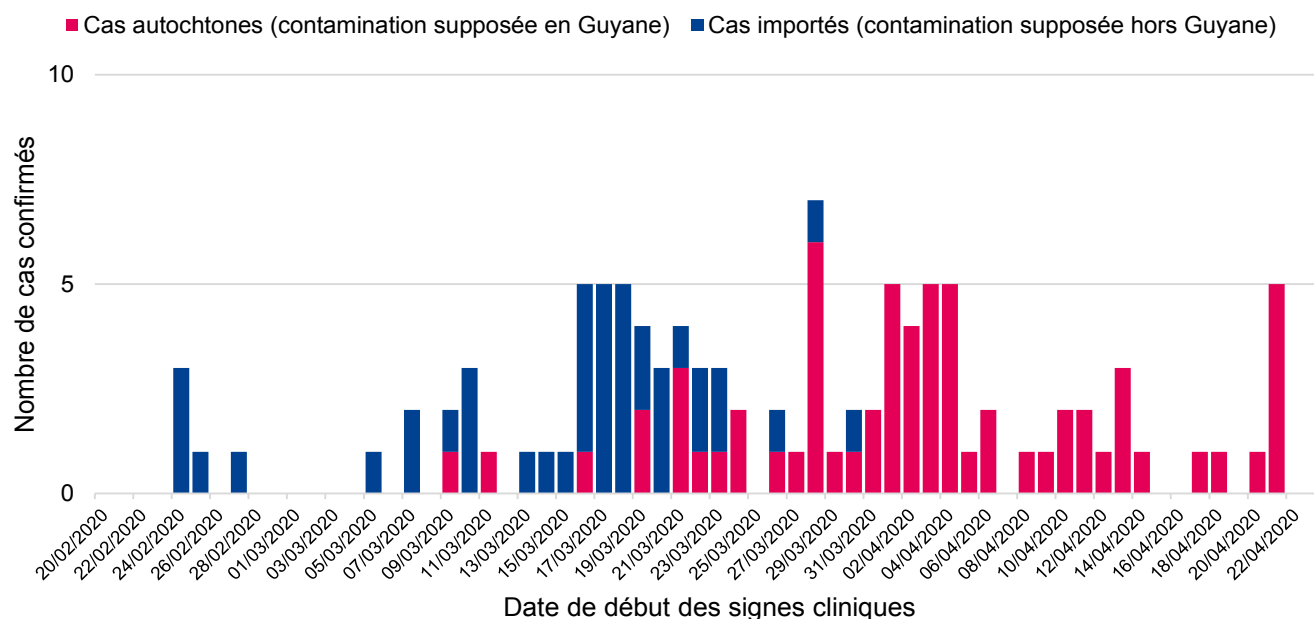
L'analyse plus fine des clusters a mis en évidence que les cas secondaires tombaient malades en moyenne 6 jours après le cas primaire ce qui témoigne d'une transmissibilité relativement rapide. Par ailleurs, les cas primaires sont confirmés en moyenne 3,7 jours après la date de début des signes du cas secondaire. Parmi les 16 clusters, le dernier cas est survenu depuis moins de 14 jours pour 4 clusters dont les 3 clusters de taille plus importante.

Les cas confirmés sont majoritairement des personnes âgées de 15 à 44 ans. Depuis le 20 mars, 36 personnes ont été hospitalisées dont 3 en réanimation et une personne initialement admise en réanimation est décédée.

Surveillance individuelle

Source : Surveillance individuelle, au 23/04/2020 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)



Aucun nouveau cas importé n'a été signalé depuis le 30 mars 2020 et depuis le 5 avril, en moyenne 1 cas seulement est survenu chaque jour. **La courbe ne montre pas de tendance à l'augmentation (figure 2).**

La majorité des cas sont âgés de 15 à 44 ans (tableau 1). Seulement 6 cas sont survenus chez les 65 ans et plus.

Source : Surveillance individuelle, au 23/04/2020 à 13h

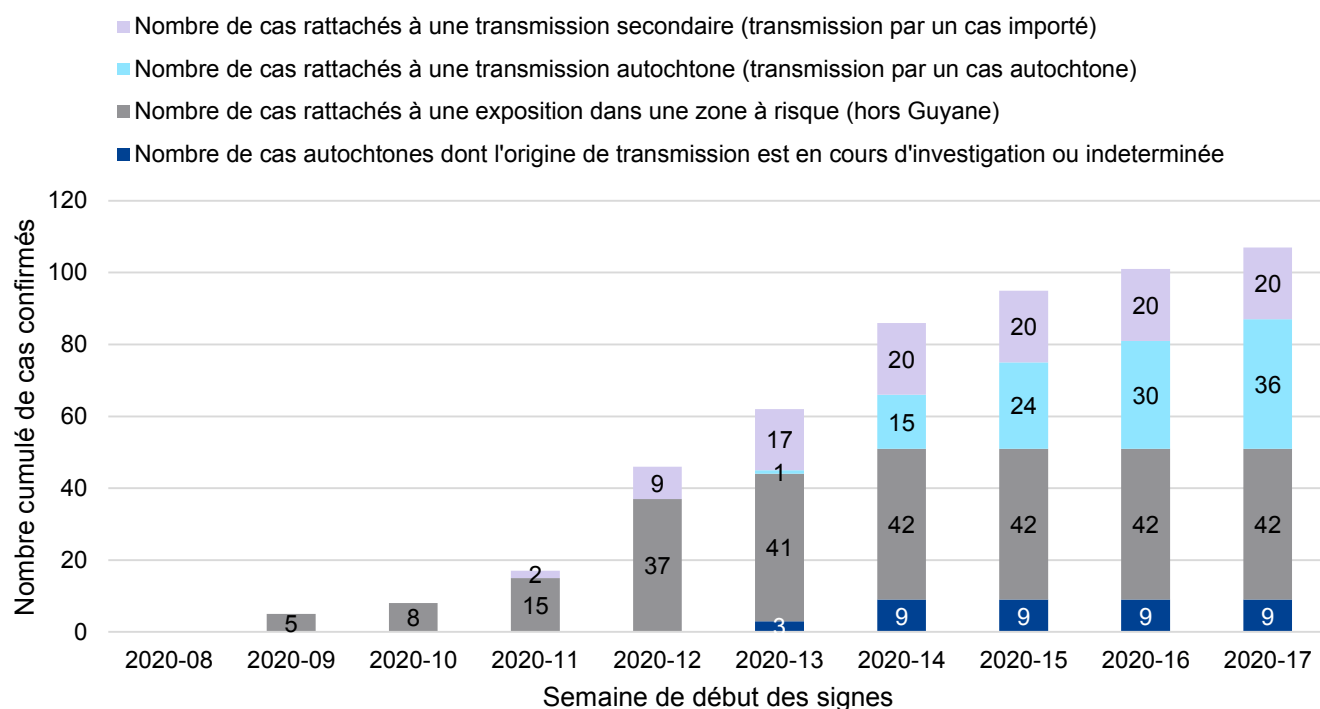
Tableau 1. Caractéristiques des cas confirmés de COVID-19, Guyane

Cas confirmés		
Nombre de cas et taux pour 100 000 habitants	107	37 / 100 000
Type de cas		
Nombre des cas importés (contamination hors Guyane)	42	39,3%
Nombre de cas autochtones (contamination en Guyane)	65	60,8%
Expositions identifiées		
Nombre de cas rattachés à une exposition dans une zone à risque (hors Guyane)	42	43,3%
Nombre de cas rattachés à une transmission secondaire (transmission par un cas importé)	20	20,6%
Nombre de cas rattachés à une transmission autochtone (transmission par un cas autochtone)	26	26,8%
Nombre de cas autochtones dont l'origine de transmission est en cours d'investigation ou indéterminée	9	9,3%
Données démographiques		
Sexe ratio Homme/Femme	0,89	
Classes d'âges (données consolidées pour 102 patients)		
Moins de 15 ans	17	18,3 / 100 000
15-44 ans	53	42,1 / 100 000
45-64 ans	26	48,2 / 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 23/04/2020 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
(S2020-17 en cours, données incomplètes)



Le nombre de cas rattachés à une exposition dans une zone à risque s'est stabilisé depuis la semaine S2020-13 tandis que les cas rattachés à un cas importés ont augmenté puis se sont stabilisés à partir de S2020-14 (figure 3). Ceci reflète la baisse des importations limitant du même coup leur capacité à produire des cas secondaires.

A partir de la semaine S2020-14, les cas rattachés à une transmission autochtone ont augmenté : ces cas correspondent à des transmissions tertiaires et quaternaires liées à la survenue de cluster.

Source : Surveillance individuelle, au 23/04/2020 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>	16 clusters
Nombre MOYEN de cas par cluster	4,9 cas
Nombre MEDIAN de cas par cluster (min - max)	3 cas (2 - 21)
Nombre de clusters dont le dernier cas date de moins de 14 jours ($DDS^1 < 14$ jours)	4 clusters
Délai moyen entre la DDS^1 du cas primaire ² et la DDS^1 du cas secondaire (n=16)	6,1 jours
Délai moyen entre la date de confirmation du cas primaire et la DDS^1 du cas secondaire (n=13)	-3,7 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 a été prise	
Typologie des clusters (n=15)	
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)	8 clusters

Surveillance individuelle

Source : Surveillance individuelle, au 23/04/2020 à 13h

Tableau 3. Caractéristiques des symptômes déclarés par les cas confirmés de COVID-19 (n=99), Guyane

Symptômes déclarés par les cas confirmés (données consolidées sur 92 cas)	Nombre	%
Cas sans symptôme (cas n'ayant déclaré aucun signe clinique)	8	8,1%
Fièvre	50	50,5%
Syndrome fébrile sans fièvre	31	31,3%
Fatigue, asthénie, sensation de malaise	38	38,4%
Céphalées	55	55,6%
Toux	44	44,4%
Myalgies, courbatures	48	48,5%
Dyspnée	9	9,1%
Diarrhée	32	32,3%
Anosmie (perte d'odorat)	35	35,3%
Agueusie (perte du goût)	40	40,4%

Bilan du CONTACT TRACING (depuis le 4 mars 2020)

Source : Surveillance individuelle, au 23/04/2020 à 13h

Tableau 4. Bilan du contact tracing

Contact tracing	Valeurs	%
Nombre total de sujets contact	1135	
Nombre moyen de contacts par cas confirmé	10,3	
Nombre de cas à risque modéré ou élevé et proportion parmi les contacts	812	72%
Nombre de répondants aux appels et proportion parmi les contacts à risque modéré ou élevé	733	90%
Nombre de cas possibles et proportion parmi les répondants	117	16%
Nombre de cas qui ont été confirmés parmi les cas possibles et proportion	27	23%
Nature des contacts	Nombre	%
Contacts familiaux	209	18%
Contacts communautaires	197	17%
Contacts dans le cadre scolaire	327	29%
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 dans le cadre des investigations épidémiologiques.

L'objectif est **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 des hospitalisations, admissions en réanimation et décès

Source : SI-VIC, au 23/04/2020 à 13h

Au 23 avril 13h, 3 personnes sont en cours d'hospitalisations conventionnelles : personne n'est actuellement hospitalisée en réanimation. Une personne est décédée du COVID-19.

Depuis la semaine S2020-09, 36 personnes ont été hospitalisées pour COVID-19 dont 3 en réanimation. Parmi elles, 32 personnes sont retournées à domicile. Les 3 personnes hospitalisées en réanimation étaient âgées de plus de 65 ans et présentaient au moins une comorbidité.

Un rattrapage récent de données non initialement transmises explique l'augmentation des effectifs d'hospitalisation dont la majorité sont rentrées à domicile par rapport au point épidémiologique du 16 avril 2020.

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 S2020-16, l'incidence estimée des infections respiratoires aiguës vues en médecine générale était de **37 consultations pour 100 000 habitants** contre 26 pour 100 000 en S2020-15.

Cependant, 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 consultations 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.

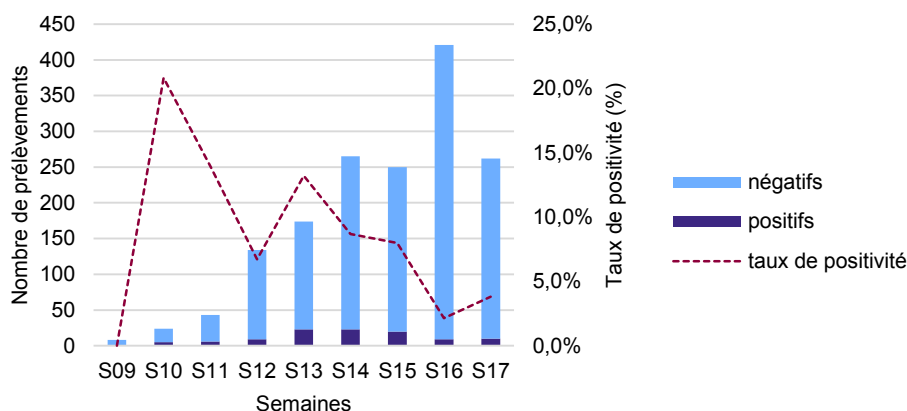
Définition d'un cas d'une infection respiratoire aigüe (IRA)

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

Surveillance en médecine de ville : réseau de médecins sentinelles

Source : Institut Pasteur de Guyane, laboratoires des CH de Cayenne et Kourou, au 23/04/2020 à 13h

Figure 4. Evolution du taux de positivité des prélèvements par semaine d'analyse (S17 en cours, données incomplètes)

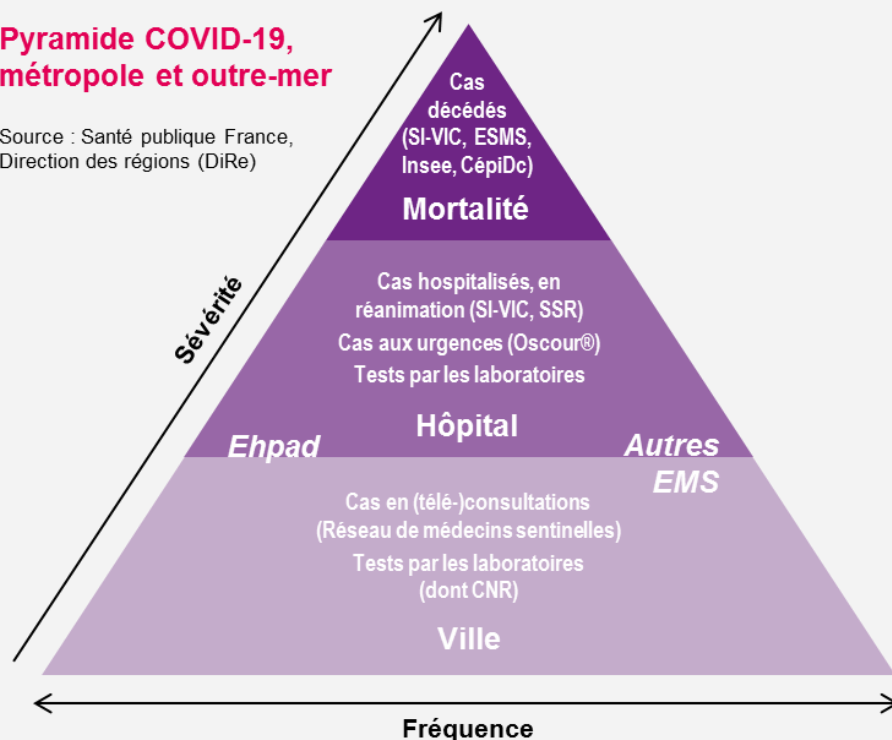


Mission de Santé publique France

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

23 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