

En collaboration avec :

Agence de santé Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy (ARS), Caisse Générale de Sécurité Sociale de la Guadeloupe, Médecins libéraux, médecins urgentistes, infectiologues, réanimateurs, laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, Sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et de médecine d'urgence



Analyse de la situation épidémiologique en semaine 2021-32

Guadeloupe

Depuis mi-juillet (2021-28), la Guadeloupe est confrontée à une 4^e vague de SARS-CoV2 qui a atteint depuis trois semaines un niveau très élevé jamais observé jusqu'ici. La semaine dernière, la situation épidémiologique de la Covid-19 a continué à se dégrader : une augmentation de l'ensemble des indicateurs de surveillance se poursuivait. Les classes d'âge des 20-29 et 30-39 ans étaient particulièrement touchées. Un excès de mortalité, tous âges et toutes causes de décès, est enregistré depuis la semaine 2021-31.

En milieu hospitalier, la tension était critique avec un nombre extrêmement élevé de nouvelles hospitalisations tous services et en réanimation.

Le R-effectif calculé à partir des données SI-DEP pour les prélèvements réalisés entre le 8 et le 14 août 2021 était de 1,23 [1,21-1,26], significativement supérieur à 1.

Saint-Martin

A Saint-Martin, la circulation du virus Sars-CoV-2 est à un niveau élevé depuis mi-avril (2021-15). Cependant depuis 3 semaines, la situation épidémiologique se dégrade. En semaine 2021-32, les indicateurs virologiques, en l'occurrence les taux d'incidence et de dépistage, étaient encore en augmentation alors que le taux de positivité était stable mais à la limite du seuil d'alerte. La classe d'âge des 15-44 ans était principalement touchée. En milieu hospitalier, une augmentation du nombre de nouvelles hospitalisations tous services était observée.

Saint-Barthélemy

En semaine 2021-32, la situation épidémiologique était relativement stable dans un contexte de diminution du recours au dépistage. Pour autant, une tendance à l'augmentation des admissions à l'hôpital était observée. La classe d'âge des 15-44 ans était principalement touchée.

Focus variants/mutations d'intérêt

- Parmi les tests RT-PCR criblés recherchant les mutations d'intérêt, la mutation L452R (principalement portée par le variant Delta) a été identifiée majoritairement en Guadeloupe, à Saint-Martin, et à Saint-Barthélemy.

Focus prévention

- Au 16 août, la couverture vaccinale schéma complet chez les personnes âgées de 12 ans et plus était de 21,3 % et en population générale elle était de 18,5 %. A Saint-Martin, la couverture vaccinale schéma complet chez les personnes âgées de 12 ans et plus était de 33,3 % et en population générale elle était de 26,8 %. A Saint-Barthélemy, la couverture vaccinale schéma complet chez les personnes âgées de 12 ans et plus était de 60,5 % et en population générale elle était de 53,1 %.
- Dans ce contexte de forte circulation virale, de diffusion rapide du variant Delta et de congés estivaux, la vaccination de toutes les personnes éligibles – notamment celles au contact de personnes vulnérables – doit continuer à être fortement encouragée pour atteindre un niveau suffisant d'immunité collective et doit être associée à un haut niveau d'adhésion aux autres mesures de prévention, notamment le respect des mesures barrières, la limitation des contacts à risque et le respect de l'isolement en cas de symptômes, d'infection confirmée ou de contact avec un cas confirmé. La combinaison de l'accélération de la vaccination et des différentes actions qui limitent le taux de transmission peut avoir un impact important sur la dynamique des hospitalisations.

Les stratégies pour renforcer la couverture vaccinale doivent s'adapter en continu aux situations de chacun des départements et Santé Publique France reste en appui des ARS en tant que de besoin.

Le système d'information SI-DEP permet de suivre en temps réel sur tout le territoire le nombre total de cas de COVID-19, le taux d'incidence, le taux de positivité et le taux de dépistage. Ce système s'adapte en continu et intègre toutes les évolutions liées au dépistage (tests antigéniques, test salivaires, tests de criblage pour la suspicion des variants).

Une correction a été appliquée aux taux d'incidence et de dépistage des semaines incluant un jour férié/chômé afin de prendre en compte son effet sur l'activité de dépistage.

Prise en compte des jours fériés/chômés dans la construction des indicateurs épidémiologiques basés sur les tests biologiques

La production quotidienne d'indicateurs épidémiologiques sur une période de sept jours consécutifs repose sur la nécessité d'inclure l'ensemble des jours d'une semaine dans le calcul de ces indicateurs, étant donné que le volume des tests réalisés est variable d'un jour à l'autre au cours d'une semaine (saisonnalité hebdomadaire). **Cependant, lorsqu'un jour férié/chômé correspond à une journée d'activité comprise entre le lundi et le vendredi, les indicateurs de taux d'incidence et de taux de dépistage calculés sur sept jours glissants peuvent être affectés assez fortement.** En effet, l'activité d'un jour férié/chômé est assez proche de celle d'un dimanche. Ainsi, le nombre de personnes testées au cours des sept jours (et parmi elles les personnes testées positives) est mécaniquement plus faible que pour une période de sept jours ne comprenant pas de jour férié/chômé. **Les taux d'incidence et de dépistage sont donc plus faibles et la baisse observée, qui s'explique par une activité moindre, peut laisser penser à tort à un ralentissement voire à une diminution du nombre d'infections ou de dépistage.**

Pour **réduire l'impact des jours fériés/chômés sur la valeur des indicateurs épidémiologiques, et ceci afin de limiter les problèmes d'interprétation de leurs évolutions temporelles**, une méthode développée par Public Health England a été utilisée. Cette méthode repose sur deux hypothèses : 1/ un jour férié/chômé est considéré comme étant équivalent à un dimanche et 2/ le premier jour ouvré après un jour férié/chômé est considéré comme un lundi. L'hypothèse qu'un jour férié/chômé soit équivalent à un dimanche (en ce qui concerne les activités de déclaration) revient à remplacer la proportion de tests réalisés, associée au jour férié/chômé, à la proportion associée au dimanche. Le taux d'incidence corrigé du jour férié/chômé est donc plus élevé que le taux d'incidence non corrigé du jour férié/chômé. Lorsque le jour férié/chômé est un mardi, un mercredi ou un jeudi, le même type de correction s'applique. En revanche, lorsqu'un vendredi est férié/chômé, on peut lui attribuer la proportion associée à un dimanche, mais on ne considèrera pas le samedi comme un lundi. Une seule correction sur le vendredi est appliquée. Si le samedi est férié/chômé, on le considère comme un dimanche et si un dimanche est férié/chômé, aucune correction n'est appliquée. D'autres situations peuvent survenir (deux jours fériés/chômés consécutifs) et des attributions sont appliquées en fonction de ces situations, selon les jours de la semaine concernés.

La prise en compte des jours fériés/chômés a également un impact sur les taux de dépistage. En revanche, **le taux de positivité est inchangé puisque la même correction est appliquée au numérateur** (soit le nombre de personnes testées positives) **et au dénominateur** (soit le nombre de personnes testées dans la semaine).

Une [note méthodologique](#) décrivant plus précisément cette méthode est disponible sur le site internet de Santé publique France.

Indicateurs-clés en semaines 2021-32* et 2021-31*

* semaine 2021-32, du 9 au 15 août; semaine 2021-31, du 2 au 8 août

GUADELOUPE

Surveillance virologique des tests antigéniques, salivaires et RT-PCR - dispositif SIDEP (système d'information de dépistage). Ces données sont comptabilisées selon le lieu de résidence du patient, même si le prélèvement a été effectué hors de son lieu de résidence. **Données arrêtées au 18/08/2021.**

- ▶ **Nombre de cas positifs** : 8 125 cas en semaine 2021-32 (7 204 en semaine 2021-31) ;
- ▶ **Taux de dépistage** : 9 049/100 000 hab. en 2021-32 (7 502/100 000 hab. en 2021-31) ;
- ▶ **Taux de positivité** : 23,8 % en 2021-32 (25,5 % en 2021-31);
- ▶ **Taux d'incidence** : 2 156/100 000 hab. en 2021-32 (1 911/100 000 hab. en 2021-31).

Surveillance en ville (Réseau sentinelles) : 4 405 consultations estimées pour Infection Respiratoire Aiguë (IRA) en semaine 2021-32 (3 075 en 2021-31).

Surveillance à l'hôpital (Oscour®, SI-VIC et service de réanimation du CHU) : 609 passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 en semaine 2021-32 (28,0 % de l'activité totale) contre 409 en semaine 2021-31 (18,6 % de l'activité totale) ; 312 nouvelles hospitalisations (168 la semaine précédente) dont 40 en réanimation (41 en 2021-31).

Surveillance de la mortalité (SI-VIC et EuroMoMo) :

- ▶ Excès de mortalité tous âges et toutes causes de décès enregistré depuis la semaine 2021-31;
- ▶ Sur l'ensemble des décès survenus chez des personnes hospitalisées et positives à la Covid-19, plus de 20 % enregistrés au cours de la 4e vague.

SAINT-MARTIN

Surveillance virologique des tests antigéniques, salivaires et tests RT-PCR - dispositif SIDEP

- ▶ **Nombre de cas positifs** : 202 cas en semaine 2021-32 (190 en semaine 2021-31) ;
- ▶ **Taux de dépistage** : 6 260/100 000 hab. en 2021-32 (5 550/100 000 hab. en 2021-31) ;
- ▶ **Taux de positivité** : 9,1 % en 2021-32 (9,7 % en 2021-31) ;
- ▶ **Taux d'incidence** : 572/100 000 hab. en 2021-32 (538/100 000 hab. en 2021-31) ;

Surveillance en ville (Réseau sentinelles) : 140 consultations estimées pour IRA en 2021-32 contre 45 en 2021-31.

Surveillance à l'hôpital (Oscour® et SI-VIC) : 39 passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 en 2021-32 (14 % de l'activité totale) contre 26 en semaine 2021-31 (10 % de l'activité totale) ; 28 nouvelles hospitalisations en 2021-32 (14 en 2021-31).

Surveillance de la mortalité (SI-VIC) : un décès survenu à Saint-Martin a été enregistré en 2021-32 (1 en 2021-31).

SAINT-BARTHELEMY

Surveillance virologique des tests antigéniques, salivaires et tests RT-PCR - dispositif SIDEP

- ▶ **Nombre de cas positifs** : 74 cas en semaine 2021-32 (90 en semaine 2021-31) ;
- ▶ **Taux de dépistage** : 14 035/100 000 hab. en 2021-32 (16 695/100 000 hab. en 2021-31) ;
- ▶ **Taux de positivité** : 5,3 % en 2021-32 (5,4 % en 2021-31) ;
- ▶ **Taux d'incidence** : 743/100 000 hab. en 2021-32 (904/100 000 hab. en 2021-31).

Surveillance en ville (Réseau sentinelles) : 8 consultations estimées pour IRA en 2021-32 (11 en 2021-31).

Surveillance à l'hôpital (Oscour® et SI-VIC) : sept nouvelles admissions en 2021-32 (2 en 2021-31). Les données relatives aux passages aux urgences ne sont pas disponibles depuis la semaine 2021-19 (problème de remontée des données).

Surveillance de la mortalité (SI-VIC) : en 2021-32, aucun nouveau décès survenu à Saint-Barthélemy n'a été enregistré.

Deux seuils du taux de positivité sont fixés : un seuil de vigilance à 5 % et un seuil d'alerte à 10 %

Deux seuils du taux d'incidence sont fixés : un seuil de vigilance à 10/100 000 hab. et un seuil d'alerte à 50/100 000 hab.

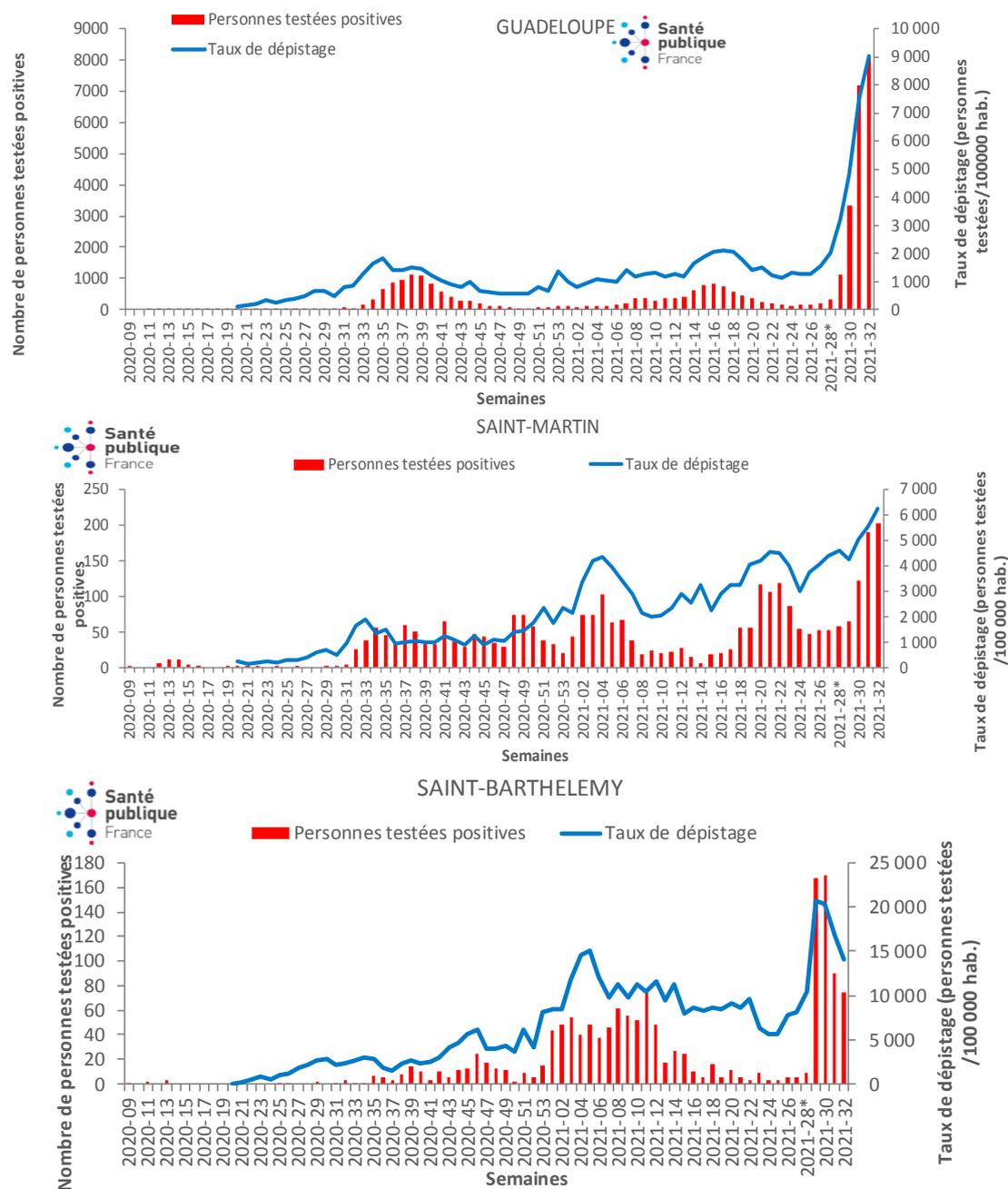
Nombre de patients positifs et taux de dépistage

En Guadeloupe, le nombre de personnes dépistées positives ayant une adresse connue en Guadeloupe et prélevées localement ou dans un autre département français était en augmentation de 13 % par rapport à celui de la semaine précédente (8 125 en 2021-32 contre 7 204 en 2021-31). Le taux de dépistage était de 9 049/100 000 hab., en augmentation de 21 % par rapport à la semaine précédente (7 502/100 000 hab.) [Figure 1].

A Saint-Martin, 202 nouveaux cas positifs ayant une adresse de résidence administrative à Saint-Martin ont été recensés en 2021-32 contre 190 en 2021-31. Le taux de dépistage était de 6 260 personnes testées pour 100 000 hab., en augmentation de 13 % par rapport à la semaine précédente (5 550/100 000 hab.) [Figure 1].

A Saint-Barthélemy, 74 nouveaux cas positifs ayant une adresse de résidence administrative à Saint-Barthélemy ont été recensés en 2021-32 contre 90 en 2021-31. Le taux de dépistage était de 14 035 personnes testées pour 100 000 hab., en diminution de 16 % par rapport à la semaine précédente 16 695/100 000 hab. [Figure 1].

Figure 1. Nombre de patients positifs pour SARS-CoV-2 par test RT-PCR et test antigénique et taux de dépistage, par semaine, Guadeloupe, Saint Martin et Saint-Barthélemy, du 24 février 2020 au 15 août 2021—Sources : IP Guadeloupe, laboratoires hospitaliers et laboratoires de ville / SI-DEP, exploitation Santé publique France - Données arrêtées le 18/08/2021



Pour en savoir plus sur les données SI-DEP consulter : [GEODES](#)

Taux de positivité et d'incidence

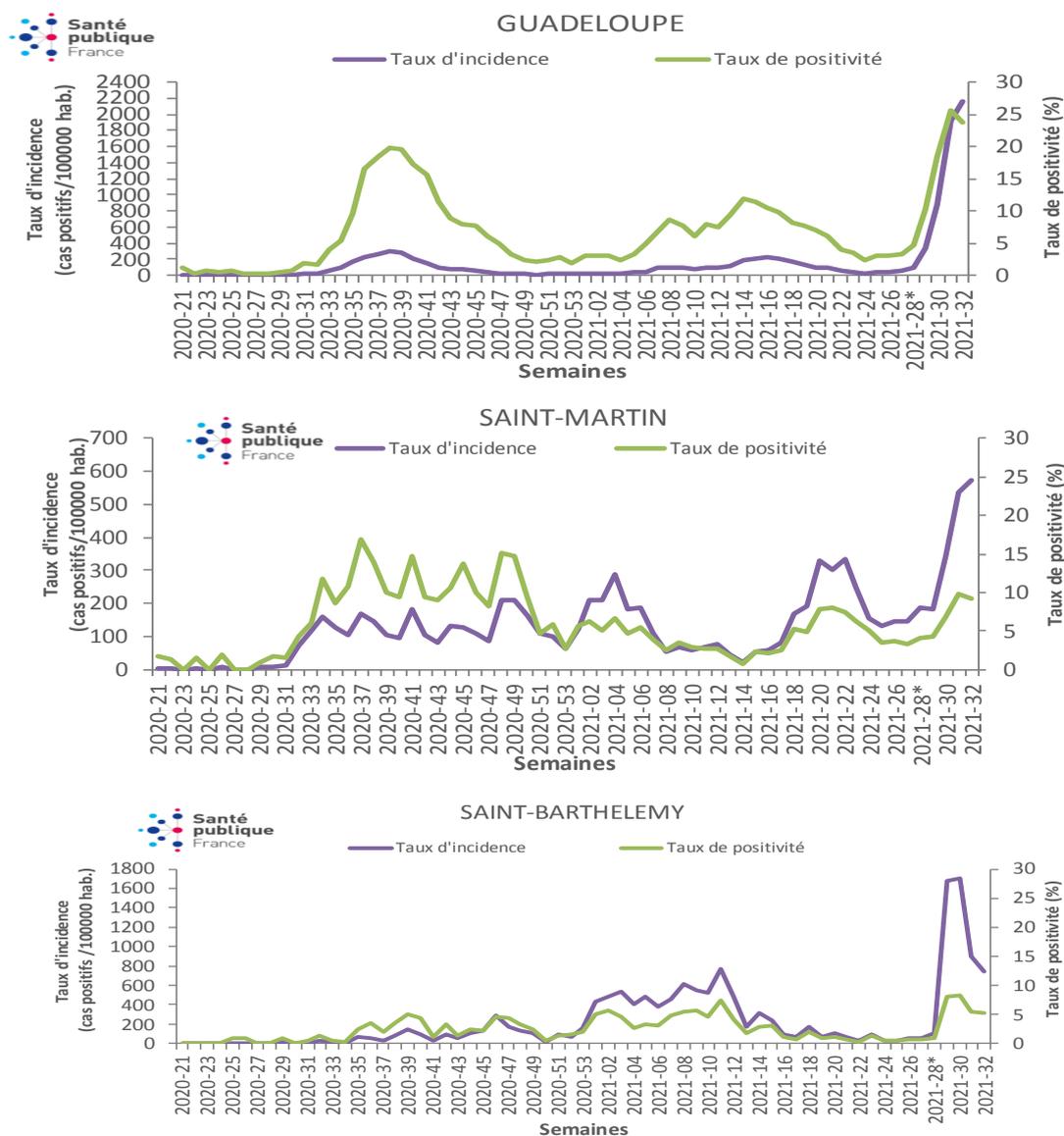
En Guadeloupe, le taux de positivité était de 23,8 %, supérieur au seuil d'alerte depuis mi-juillet (2021-29) mais en légère diminution par rapport à la semaine précédente (25,5 % en 2021-31, soit -1,7 point de pourcentage). Le taux d'incidence était en augmentation de 13 % avec 2 156/100 000 hab. (1 911/100 000 hab. en 2021-31) [Figure 2].

A Saint-Martin, le taux de positivité de 9,1 % était stable par rapport à la semaine précédente (9,7 % en 2021-31). Il est proche mais inférieur au seuil d'alerte. Le taux d'incidence était en augmentation de 6 % par rapport à la semaine précédente (572/100 000 hab. en 2021-32 contre 538/100 000 hab. en 2021-31). Il est supérieur au seuil d'alerte depuis la mi-avril (2021-15) [Figure 2].

A Saint-Barthélemy, le taux de positivité était de 5,3 %, stable par rapport à la semaine précédente (5,4 % en 2021-31), mais toujours supérieur au seuil de vigilance. Le taux d'incidence était de 743/100 000 hab., en diminution par rapport à la semaine précédente (904/100 000 hab. en 2021-31, soit - 18 %), mais toujours supérieur au seuil d'alerte [Figure 2].

A noter que compte tenu de l'effectif des populations de Saint-Barthélemy et Saint-Martin (inférieur à 10 000 hab. et 40 000 hab. respectivement), les taux d'incidence doivent être interprétés avec précaution.

Figure 2. Evolution des taux de positivité et d'incidence pour 100 000 hab. des cas de SARS-CoV-2, tous âges, par semaine, Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, du 18 mai 2020 au 15 août 2021—Source : SI-DEP, exploitation Santé publique France—Données arrêtées le 18/08/2021



Pour en savoir plus sur les données SI-DEP consulter : [GEODES](#)

Taux d'incidence par classe d'âge

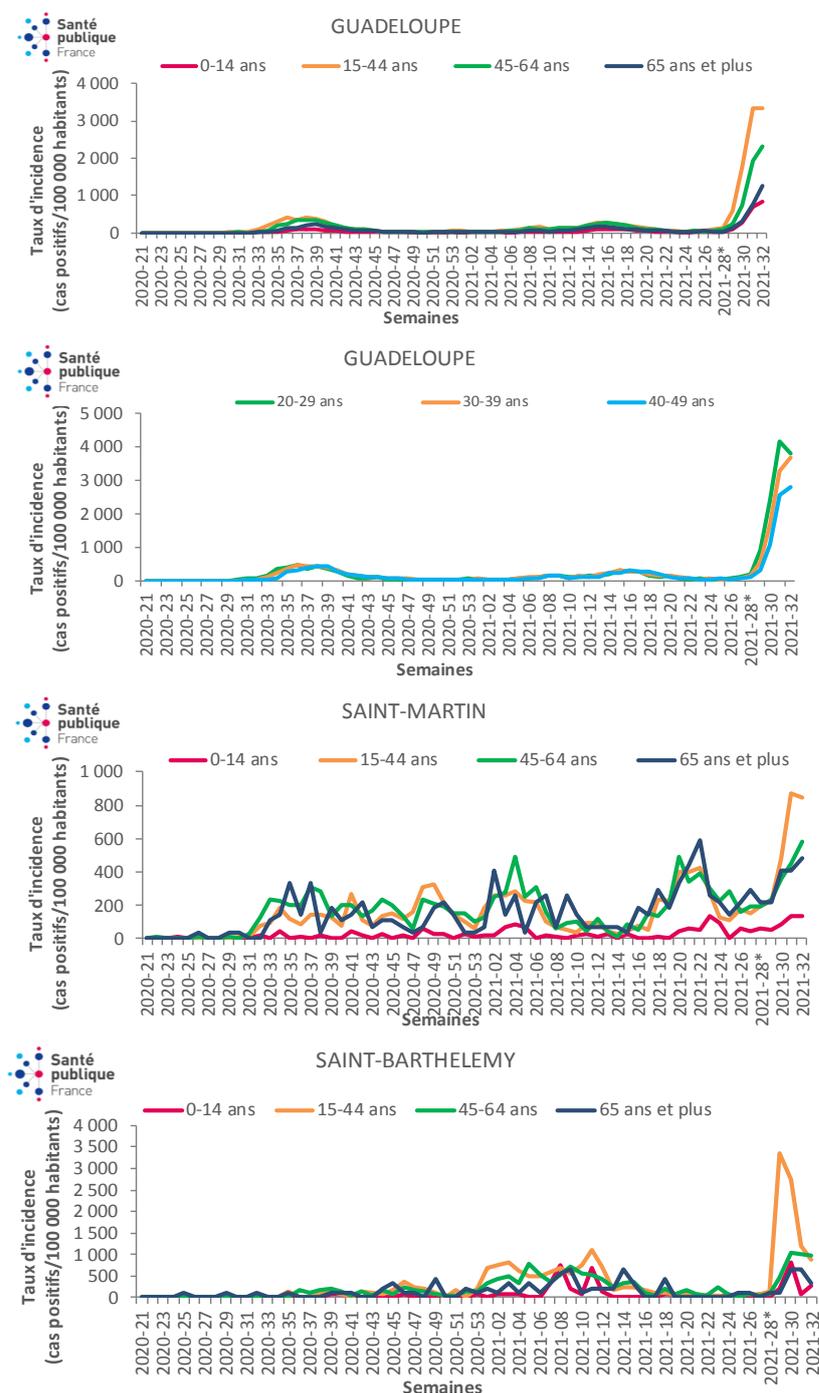
En Guadeloupe, le taux d'incidence était le plus élevé chez les 15-44 ans (3 338/100 000 hab.) et stable par rapport à la semaine précédente (3 330/100 000 hab.). Dans les autres classes d'âge, il était en augmentation de 19 % à 62 %. Le taux d'incidence chez les 65 ans et plus était de 1 243/100 000 hab. Le taux d'incidence chez les 65 ans et plus était de 1 243/100 000 hab. Au sein de la classe d'âge des 15-44 ans, le taux le plus élevé était encore observé chez les 20-29 ans (3 825/100 000 hab.) et les 30-39 ans (3 668/100 000)

A Saint-Martin, les taux d'incidence les plus élevés étaient observés parmi les classes d'âge des 15-44 ans (121 personnes dépistées positives) et des 45-64 ans (55 personnes dépistées positives). Treize personnes ont été dépistées positives chez les 65 ans et plus et chez les 0-15 ans

A Saint-Barthélemy, la classe d'âge des 15-44 ans a enregistré 39 personnes positives. Vingt huit personnes ont été positives chez les 45-64 ans. Les 0-14 ans et les 65 ans et plus ont enregistré moins de 5 positifs

A noter que compte tenu de l'effectif des populations de Saint-Barthélemy et Saint-Martin (inférieur à 10 000 hab. et 40 000 hab. respectivement), les taux d'incidence doivent être interprétés avec précaution.

Figure 3. Evolution des taux d'incidence pour 100 000 hab. des cas de SARS-CoV-2, selon les classes d'âge, par semaine, Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, du 18 mai 2020 au 15 août 2021—Source : SI-DEP, exploitation Santé publique France - Données arrêtées au 18/08/2021



Variants préoccupants et à suivre du SARS-CoV-2

De nombreux variants du SARS-CoV-2 circulent aujourd'hui sur le territoire, dont certains sont qualifiés de « variants préoccupants (VOC) » car leur impact (sur le plan de la transmissibilité, de la virulence ou de l'échappement immunitaire potentiel) justifie la mise en place d'une surveillance et de mesures de gestion spécifiques au niveau national, dans l'objectif de contenir leur progression. Des détails sont disponibles sur le site de [Santé publique France](#). À ce jour, cinq variants ont été qualifiés de préoccupants (VOC) en raison de leur transmissibilité augmentée et/ou d'un risque d'échappement à la réponse immunitaire, d'après [l'analyse de risque conjointe par le Centre national de référence des virus respiratoires et Santé publique France](#).

Dans les Antilles, les données de séquençage reposent actuellement sur un trop faible nombre d'échantillons. Cependant, les données de séquençage en **Guadeloupe**, confirment la prédominance de Delta sur Alpha depuis Flash #16. Source: [EMERGEN](#), Exploitation Santé publique France.

Tests de criblage

Pour une meilleure réactivité dans la prise en charge des cas et des chaînes de transmission impliquant un virus porteur d'une mutation d'intérêt, les tests de criblage permettent d'identifier rapidement certaines de ces mutations dont la plupart des VOC (hors variant Alpha) sont notamment porteurs. Depuis le 31 mai 2021, la stratégie nationale de criblage systématique par RT-PCR des tests positifs pour le SARS-CoV-2 permet de cibler les trois mutations d'intérêt E484K (portée notamment par les variants Beta et Gamma), E484Q et L452R (portée notamment par le variant Delta).

Au niveau national, la mutation L452R (portée essentiellement par le variant Delta) était détectée dans 94,7 % des prélèvements positifs criblés en 2021-32 (vs 93,2 % en 2021-31).

En Guadeloupe, la mutation L452R (portée essentiellement par le variant Delta), a été retrouvée dans 92,4 % des prélèvements positifs criblés en 2021-32). Aucune des mutations E484K et E484Q n'a été identifiée en 2021-32 [Tableau 1].

A Saint-Martin, la mutation L452R (portée essentiellement par le variant Delta) a été identifiée majoritairement (27 sur 33 tests RT-PCR criblés).

A Saint-Barthélemy, la mutation L452R a été majoritairement identifiée sur les prélèvements réalisés en 2021-32 (20 sur 22 tests RT-PCR criblés).

Tableau 1. Proportion de tests de criblage ayant retrouvé la présence des mutations E484K, E484Q ou L452R en semaine 2021-32, et les variants du SARS-CoV-2 qui les portent, Guadeloupe, données* au 18/08/2021

Mutation	Détections en Guadeloupe (N) Semaine 2021-32	Variants portant la mutation	Impact de la mutation
E484K	0	Beta 20H (V2, B.1.351)	Possible échappement à la réponse immunitaire
		VOC Gamma 20J (P.1)	
		- 20I/484K (B.1.1.7+E484K)	
		VOI Eta 21D (B.1.525)	
		- 20B (B.1.1.318)	
		- 20C (B.1.619)	
		VUM Iota 20C (B.1.526)	
Zeta 20B (P.2)			
E484Q	0	VOC - 20I/484Q (B.1.1.7+E484Q)	Possible échappement à la réponse immunitaire
		VOI Kappa 21H (B.1.617.1)	
L452R	562 (92,4 %)	VOC Delta 21A (B.1.617.2)	Transmissibilité accrue Possible échappement à la réponse immunitaire
		Kappa 21H (B.1.617.1)	
		VOI - 20I/452R (B.1.1.7 + L452R)	
		- 20D (C.36.3)	
		VUM Epsilon 21C (B.1.427 / B.1.429)	

Les données sont disponibles en open data sur la plateforme [Géodes](#).

*Sources de ces données et informations complémentaires sur ces mutations d'intérêt : [l'analyse de risque variants](#)

Surveillance en ville

Actes / consultations pour infection respiratoire aiguë

Le nombre de (télé-)consultations pour Infection Respiratoire Aiguë (IRA) enregistré par le réseau des médecins sentinelles généralistes concerne les patients vus en (télé-)consultations. Cette surveillance a débuté fin mars 2020 (2020-13). L'IRA est définie de la manière suivante : fièvre (ou sensation de fièvre) et signes respiratoires (comme la toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression thoracique).

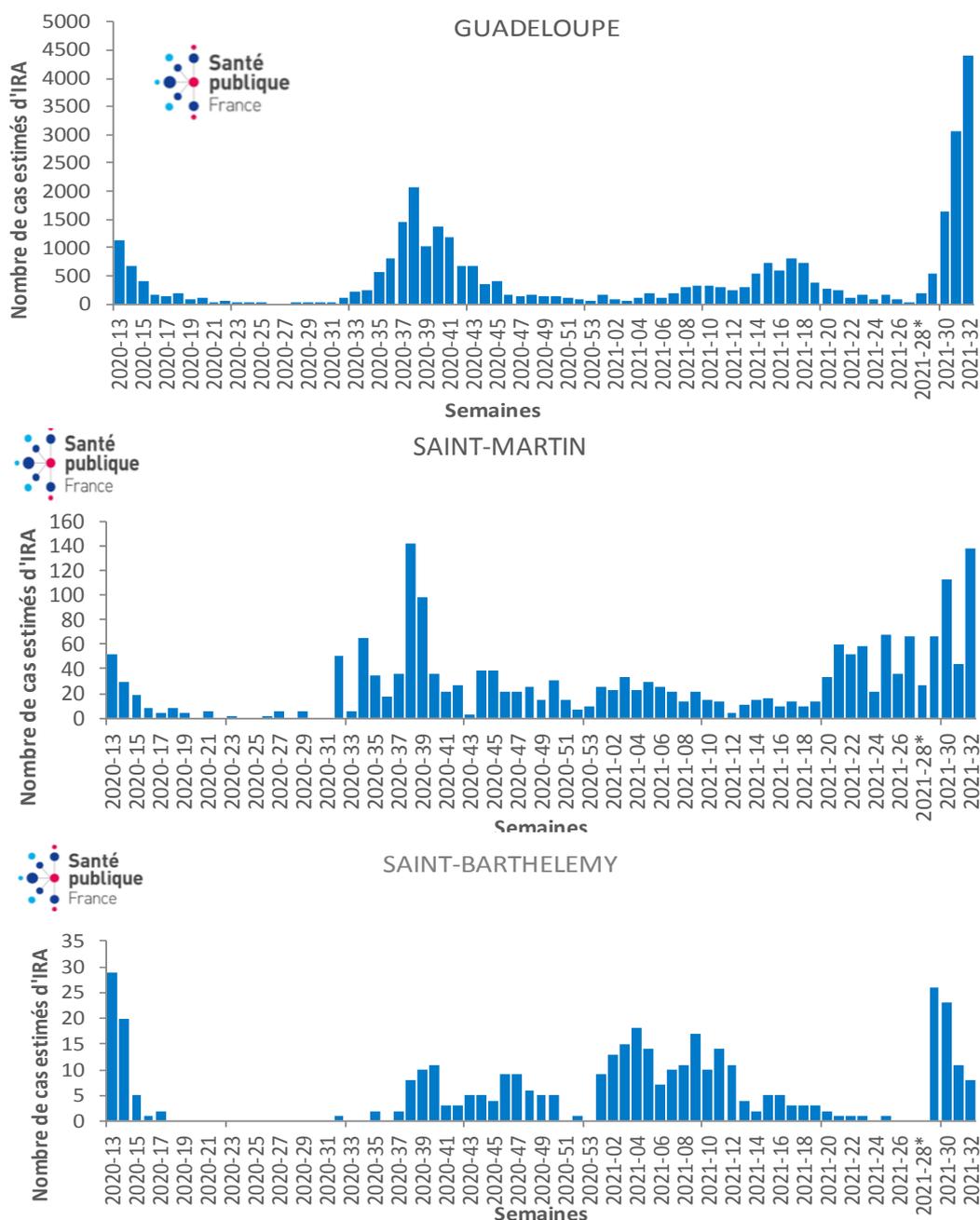
En Guadeloupe, le nombre de consultations hebdomadaires pour IRA était en augmentation par rapport à la semaine précédente, avec 4 405 cas estimés (contre 3 075 en 2021-31) [Figure 4].

A Saint-Martin, le nombre de consultations pour IRA était en augmentation avec 140 cas enregistrés (contre 45 en 2021-31) [Figure 4].

A Saint-Barthélemy, le nombre de consultations hebdomadaires pour IRA était de 8 en 2021-32 (11 en 2021-31) [Figure 4].

Figure 4. Nombre estimé de cas cliniquement évocateurs d'infection respiratoire aiguë, par semaine, du 23 mars 2020 au 15 août 2021, Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy

Source : Réseau des médecins généralistes sentinelles, exploitation Santé publique France



Surveillance à l'hôpital

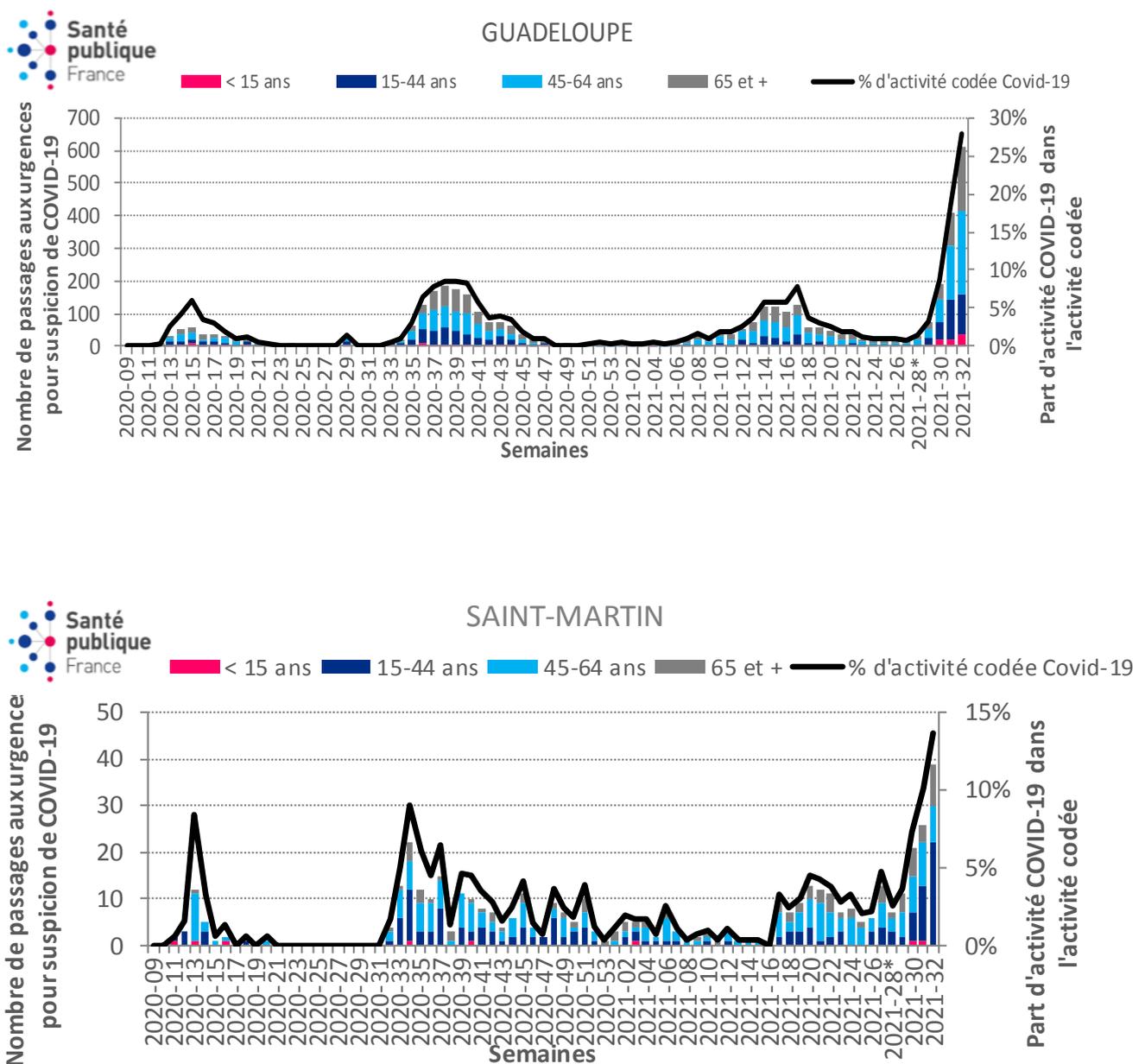
Passages aux urgences

En Guadeloupe, le nombre de passages aux urgences pour suspicion Covid-19 était en augmentation par rapport à la semaine précédente (609 passages en 2021-32 contre 409 en 2021-31). L'activité de la Covid-19 était également en augmentation et représentait 28 % de l'activité totale des passages (contre 18,6 % en 2021-31) [Figure 5].

A Saint-Martin, 39 passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 ont été enregistrés en 2021-32 (26 en 2021-31). L'activité de la Covid-19 sur l'activité totale des passages était en augmentation (14 % en semaine 2021-32 contre 10 % en 2021-32) [Figure 5].

A Saint-Barthélemy, les données relatives aux passages aux urgences ne sont pas disponibles depuis la semaine 2021-19 suite à un problème de remontée des données.

Figure 5. Nombre hebdomadaire de passages aux urgences et part d'activité (en %) pour suspicion de Covid-19 par classe d'âge, du 24 février 2020 au 15 août 2021, Guadeloupe, Saint-Martin - Source : Réseau Oscour®, CHU, CHBT, Clinique Eaux Claires, CH Louis Fleming, exploitation Santé publique France



Surveillance à l'hôpital (suite)

Hospitalisations, admissions en réanimation, retours à domicile

Les données relatives aux nouvelles admissions tous services en 2021-32 ne sont pas consolidées suite à un retard d'enregistrement des données dans l'application SIVIC.

En **Guadeloupe**, le nombre d'admissions à l'hôpital enregistré sur SI-VIC* était en forte augmentation (312 en 2021-32 contre 168 en 2021-31) [Figure 6].

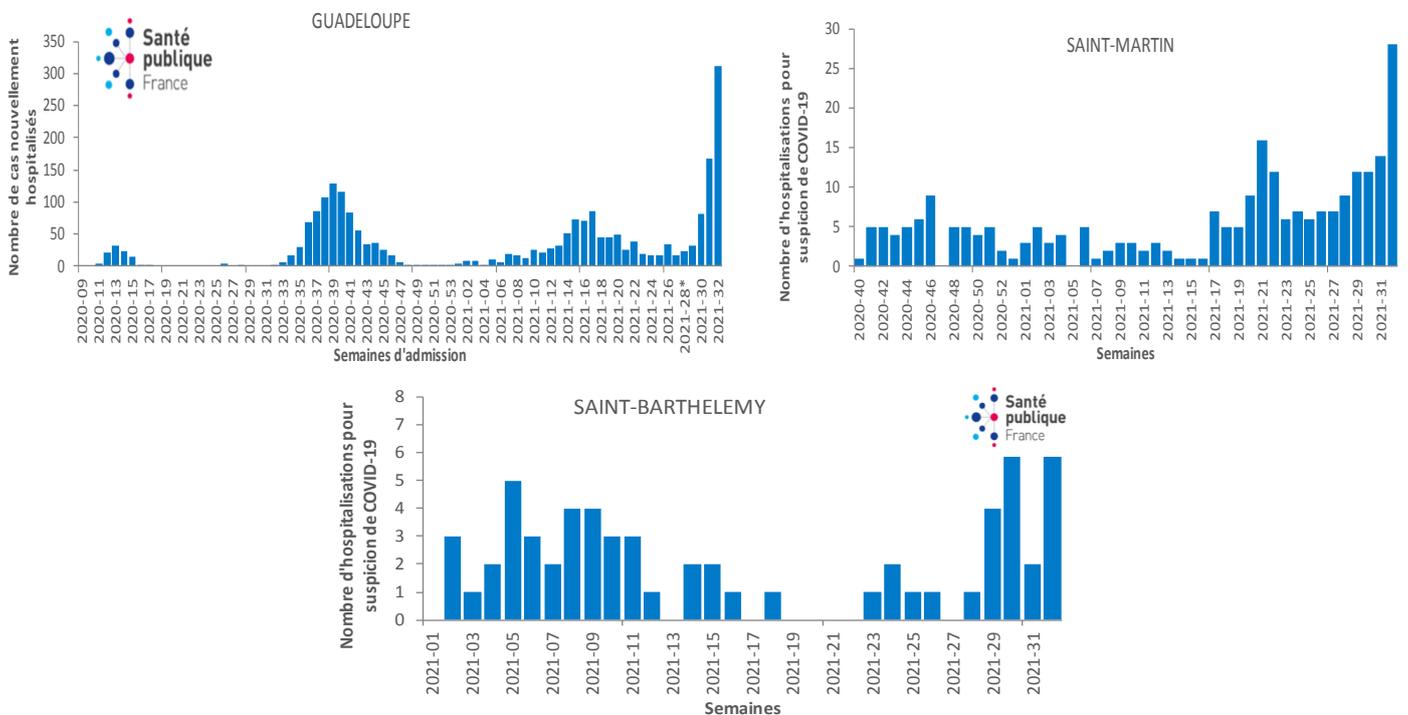
A **Saint-Martin**, le nombre d'admissions enregistré sur SI-VIC était en augmentation (28 contre 14 en semaine 2021-31) [Figure 6].

A **Saint-Barthélemy**, le nombre d'admissions enregistré sur SI-VIC était en augmentation (7 contre 2 en semaine 2021-31) [Figure 6].

Selon les services de réanimation adultes du CHU et du CHBT, une tendance à la stabilité était observée avec 40 admissions enregistrées (contre 41 en 2021-31) [Figure 7].

*Les données saisies dans SI-VIC sont en cours de consolidation (délai d'enregistrement des données) et sont donc à interpréter avec précaution.

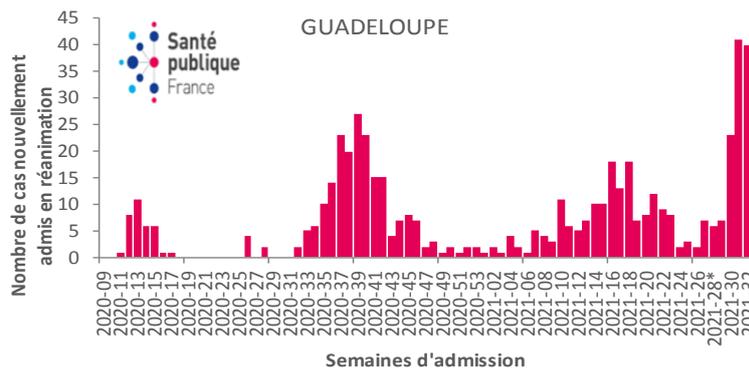
Figure 6. Nombre hebdomadaire de patients nouvellement hospitalisés dans un centre hospitalier de Guadeloupe, de Saint-Martin ou de Saint-Barthélemy et confirmés ou probables Covid-19, du 24 février 2020 au 15 août 2021 - Source : SI-VIC*, exploitation Santé publique France



* Avertissement : un retard de notification ou d'actualisation de la situation dans l'application SI-VIC pourrait expliquer la discordance entre ces chiffres et la situation actuelle dans les services hospitaliers.

Figure 7 Nombre hebdomadaire de patients nouvellement admis dans le service de réanimation du CHU de Guadeloupe et confirmés ou probables au Covid-19, du 24 février 2020 au 15 août 2021, Guadeloupe

Source : Services de réanimation et de soins intensifs, exploitation Santé publique France



Surveillance à l'hôpital (suite)

Caractéristiques des cas admis en réanimation

Depuis l'émergence de la Covid-19 aux Antilles et jusqu'à la semaine 2021-32, 531 patients ont été hospitalisés en réanimation du CHU ou du CHBT dont 459 (86,4 %) résidaient en Guadeloupe, 51 (9,6 %) à Saint-Martin et 5 à Saint-Barthélemy (0,9 %). Pour 530 patients dont le sexe était connu, 333 hommes et 197 femmes (sex-ratio=1,7) étaient comptabilisés. L'âge médian était de 61 ans [IIQ : 51—68] et 35,1 % des patients étaient âgés de 65 ans et plus [Tableau 2].

La durée médiane d'hospitalisation en réanimation était de 7 jours. Au total, 437 (82,3 %) patients ont été admis dans un contexte de détresse respiratoire aiguë dont elle était sévère pour 32 % d'entre eux au moment de l'admission. Concernant la prise en charge ventilatoire la plus invasive mise en place au cours de leur séjour, 55,2 % d'entre eux ont bénéficié d'une ventilation invasive et 24,9 % d'une oxygénothérapie à haut débit.

Au moins une comorbidité a été enregistrée chez 406 (76,5 %) patients, dont les plus fréquentes étaient l'hypertension artérielle, le surpoids/obésité et le diabète.

Le délai moyen entre le début des signes et l'admission en réanimation était de 8 jours. Au cours de leur séjour, un tiers des patients sont décédés.

Tableau 2. Description des cas de Covid-19 admis dans les services de réanimation ou de soins intensifs selon le lieu de prise en charge initiale, du 24 février 2020 au 15 août 2021, Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy

Sources : Services de réanimation/soins intensifs de Guadeloupe et Saint-Martin, exploitation Santé publique France

Cas admis en réanimation	Classes d'âge (ans)	%	Syndrome de détresse respiratoire aiguë**	%
Nombre de signalements	0-14	1	Pas de SDRA	30
Répartition par sexe	15-44	72	Mineur	46
Homme	45-64	249	Modéré	215
Femme	65-74	129	Sévère	170
Ratio H/F	75 et plus	45	SDRA - niveau non précisé	6
Age (ans)	Comorbidités	%	Non renseigné	64
Moyen	Aucune comorbidité	74	Type de ventilation**	%
Médian	Au moins une comorbidité parmi :	406	O2 (lunettes/masque)	37
Quartile 25	- Pathologie cardiaque	42	VNI (Ventilation non invasive)	5
Quartile 75	- Pathologie pulmonaire	48	Oxygénothérapie à haut débit	132
Délai entre début des signes et admission en réanimation	- Pathologie rénale	35	Ventilation invasive	293
Moyen	- Pathologie hépatique	4	Assistance extracorporelle (ECMO/ECCO2R)	2
Médian	- Pathologie neuromusculaire	19	Non renseigné	60
Quartile 25	- Cancer*	6	Durée de séjour	
Quartile 75	- Immunodépression	32	Moyenne	12
Région de résidence des patients	- Diabète	178	Médiane	7
Hors région	- Hypertension artérielle	241	Quartile 25	0
Guadeloupe	- Surpoids/Obésité	201	Quartile 75	102
Saint-Martin	- Autre comorbidité	31		
Saint-Barthélemy				
	Evolution	%		
	Evolution renseignée	475		
	- Transfert hors réanimation	279		
	- Transfert autre réanimation	19		
	- Décès	177		

* Comorbidité non recherchée lors de la première 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

Surveillance de la mortalité

Mortalité spécifique au COVID-19

Les données relatives aux nouveaux décès en 2021-32 ne sont pas consolidées suite à un délai important d'enregistrement des données dans l'application SIVIC [Figure 8].

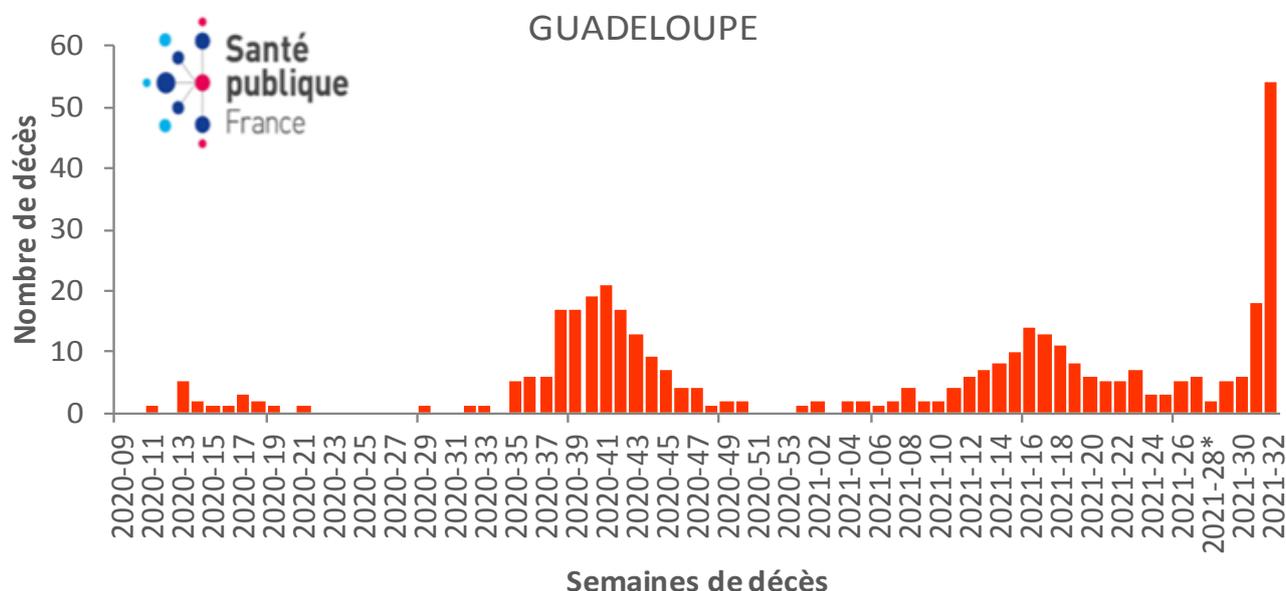
En Guadeloupe, 54 nouveaux décès ont été enregistrés dans un service hospitalier (18 en semaine 2021-31) [Figure 8]. Entre le 16 le 19 août, 38 nouveaux décès ont déjà été enregistrés.

A Saint-Martin, un nouveau décès survenu à Saint-Martin a été enregistré en semaine 2021-32 (vs 1 en semaine 2021-31). En ce début de semaine 2021-32, 1 nouveau décès est à déplorer. Au 19 août, 17 décès ont été enregistrés depuis le déploiement de SI-VIC (octobre 2020).

A Saint-Barthélemy, en semaine 2021-32, aucun nouveau décès survenu à Saint-Barthélemy n'a été enregistré. A la date du 19 août 2021, un décès était enregistré en milieu hospitalier depuis le déploiement de SI-VIC (janvier 2021).

Un excès de mortalité toutes causes confondues et tous âges est enregistré en Guadeloupe depuis la semaine 2021-31. Le nombre total de décès enregistrés dans SIVIC entre mars 2020 et le 15 août 2021 est de 432 décès (données non consolidées à la date de diffusion de ce point épidémiologique suite à un délai important d'enregistrement des décès). Près de 28 % des décès ont été enregistrés au cours de la 4e vague (démarrage en 2021-28) [Figure 9].

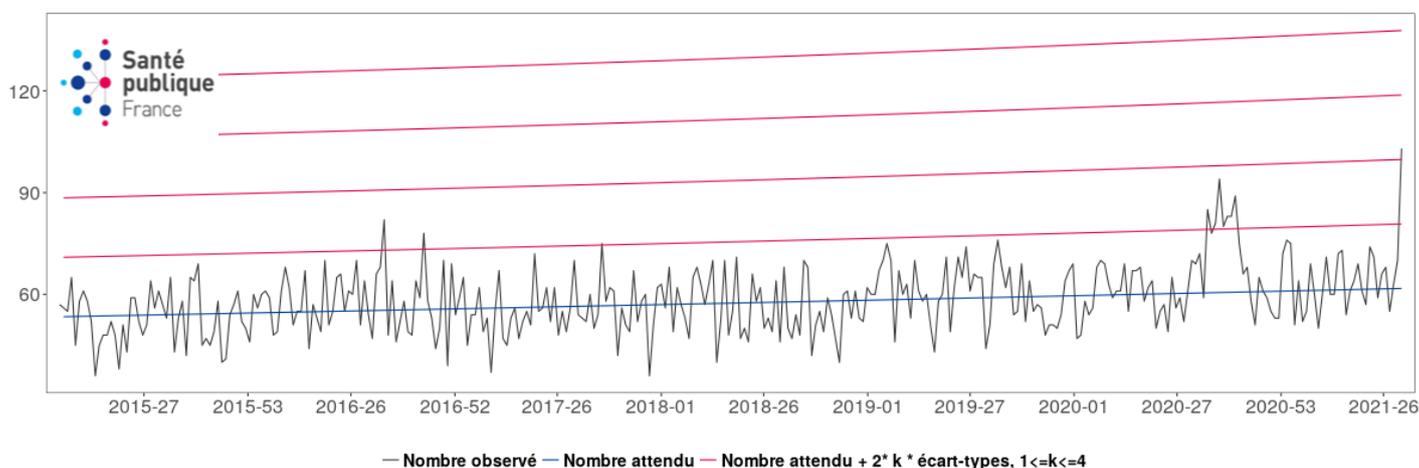
Figure 8. Nombre hebdomadaire de patients Covid-19 décédés au cours de leur hospitalisation selon la semaine de survenue du décès, en Guadeloupe, - Source : SI-VIC, exploitation Santé publique France



Mortalité toutes causes

Figure 9. Mortalité toutes causes, tous âges confondus, jusqu'à la semaine 2021-31, Guadeloupe

Source : Insee, exploitation Santé publique France

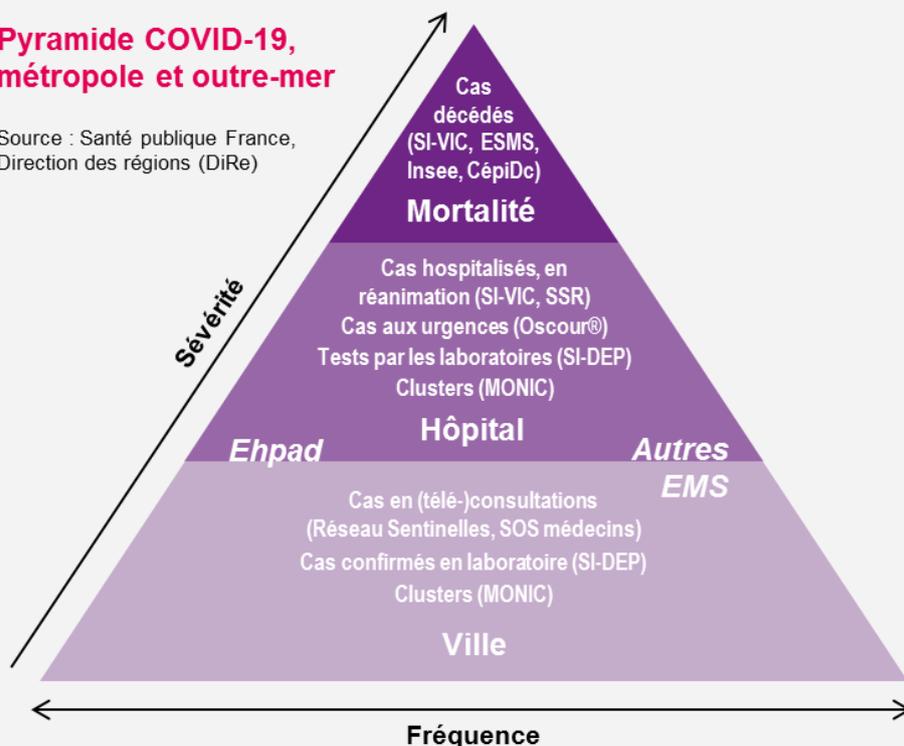


Mission de Santé publique France

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

Frank Assogba

Equipe de rédaction

Lydéric Aubert
Marie Barrau
Elise Daudens-Vaysse
Frédérique Dorléans
Lucie Léon
Abdoul Djamal Moukaila
Anne Teissier

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
94 415 Saint-Maurice
Cedex

www.santepubliquefrance.fr

Date de publication

19 août 2020

Numéro vert 0 800 200 000, 7j/7 24h/24 (appel gratuit)

Plateforme de contact et d'orientation « RIPOSTE Covid-19 » de l'ARS 0590 99 14 74

Sites associés :

- [SurSaUD@](#)
- [OSCOUR@](#)
- [SOS Médecins](#)
- [Réseau Sentinelles](#)

GÉODES
GEO DONNÉES EN SANTÉ PUBLIQUE

ars
Agence de Santé
Guadeloupe
Saint-Martin
Saint-Barthélemy

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

ecdc
EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL



World Health Organization

- [SI-VIC](#)
- [CépiDC](#)