

En collaboration
avec :

Agence régionale de
santé (ARS) Mayotte,

Centre Hospitalier de
Mayotte (CHM) :
services de médecine,
urgence SAMU Centre
15, réanimation,
pédiatrie, laboratoire

Laboratoire d'analyses
médicales de Mayotte
MAYO BIO

Caisse de Sécurité
Sociale de Mayotte
(CSSM)

Remerciements au
Réseau des médecins
sentinelles, au Réseau
des pharmaciens senti-
nelles, à l'équipe médi-
cale du SDIS, au Ser-
vice de Santé des
Armées, au CMIA, à
toutes les personnes
s'étant portées volon-
taires pour contribuer
aux investigations
autour du Covid-19 à
Mayotte.

89 696
personnes testées
14 962
Cas confirmés

1 163
Hospitalisations
(tous services)

181
Passages en
réanimation

93
Décès

	Maximum (Semaine)	Semaine 4	Semaine 5	Semaine 6	Evolution sur 3 semaines
► Nombre de nouveaux cas confirmés biologiquement	2 414 (S5-2021)	1 159	2 414 +108 %	2 410 -0,17%	
► Incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants	863,8 (S5-2021)	414,7	863,8	862,3	
► Taux de dépistage hebdomadaire pour 100 000 habitants	3 356 (S5-2021)	2 461,4	3 356,0	2 831,1	
► Taux de positivité parmi les individus testés (%)	38,7 (S18-2020)	16,9	25,7	30,5	

Mayotte termine sa deuxième semaine de confinement général et le **Sars-Cov-2 continue de circuler activement** sur le territoire.

Si certains indicateurs semblent en faveur d'une tendance à la stabilisation, il convient **d'analyser la situation dans son ensemble** pour cerner l'évolution de l'épidémie. La deuxième semaine de février témoigne d'une stabilisation du taux d'incidence à un niveau toujours très élevé (860 cas pour 100 000 habitants) bien que le taux de dépistage ait diminué de 16% par rapport à la semaine précédente. Le nombre de nouveaux cas hebdomadaire et le taux d'incidence restent influencés par les **pratiques de test fluctuantes**. En revanche, le **taux de positivité au Sars-Cov-2 a poursuivi une franche augmentation** dans l'ensemble des classes d'âge entre les semaines S5 et S6. Il était estimé à 30,5% en S6, un chiffre proche du maximum observé en première vague (38,7%) alors que le taux de dépistage était à l'époque dix fois moins important (243/100 000 en S18-2020).

Si les personnes âgées de plus de 65 ans sont de plus en plus dépistées et présentent un taux de positivité en hausse, ce n'est pas le cas des enfants de moins de 15 ans dont le taux de positivité s'est stabilisé tout comme le taux d'incidence. Il s'agit de suivre ce phénomène pour évaluer l'impact de la fermeture des structures scolaires, notamment celles pour collégiens et lycéens, dont on sait qu'ils participent aux chaînes de transmission du virus.

Cette reprise épidémique survient dans le contexte de la **présence de variants plus transmissibles**, comme celui identifié en Afrique du Sud et dénommé 501Y.V2. Sa **transmissibilité serait environ 50% plus élevée** entraînant une diffusion plus rapide dans la population, y compris chez les personnes fragiles. Néanmoins, à ce jour, aucun élément scientifique n'indique qu'il serait à l'origine de formes plus sévères ou d'un risque accru de décès. Les premières analyses de criblage et séquençage sont en faveur d'une circulation du variant 501Y.V2 sur Mayotte. Le profil des cas ayant fait l'objet de ces analyses n'est cependant pas connu, ne permettant pas de conclure à la proportion de variant circulant sur le territoire. Des travaux sont en cours pour estimer des indicateurs fiables.

Le 16 février, le taux de reproduction effectif (Reff) était estimé à 1.13 (1.08-1.17) à partir des données SIDEP, à 1.58 (1.32-1.86) à partir des données OSCOUR et à 1.32 (1.39-1.98) à partir des données SIVIC. Les taux de reproduction doivent être mis en perspective du contexte local et des autres indicateurs de la dynamique épidémique. Bien que ces estimations soient inférieures à celles calculées il y a une semaine (Reff >1.5), elles sont toujours ont en faveur d'une transmission virale intense au sein de la population au cours des dernières semaines, comme en témoigne **l'augmentation du nombre de clusters** sur l'ensemble du territoire. Ceux-ci sont identifiés tardivement sans qu'il ne soit possible d'en maîtriser l'expansion.

Les indicateurs hospitaliers témoignent de la **sévérité de cette nouvelle vague épidémique**. La cinétique des admissions au CHM est différente de la première vague : les formes respiratoires oxygène-réquerentes sont en augmentation, notamment dans les services d'urgence, médecine et réanimation. Le nombre **de patients admis en réanimation est en augmentation constante et rapide depuis 4 semaines** : 30 admissions réanimatoires la semaine dernière et déjà 11 patients admis cette semaine au 17 février. Les cas graves de cette nouvelle vague représentent **42,5% de l'ensemble des cas graves admis sur toute la durée de l'épidémie**. Parmi les formes pulmonaires graves de la maladie, les **patients obèses** sont de plus en plus nombreux. Ils semblent **plus jeune** avec un âge médian significativement plus faible (56 ans versus 62 ans pour les patients admis avant la nouvelle vague).

Durant les semaines à venir, le CHM pourrait encore subir l'effet retardé de cette flambée épidémique sans précédent. La multiplication des évacuations sanitaires vers La Réunion a permis de soulager le CHM. Si elle est sans commune mesure avec celle de Mayotte, la situation est préoccupante chez nos voisins qui enregistraient cette semaine, une dégradation des indicateurs.

Le **confinement généralisé est en vigueur depuis 15 jours**. Si le respect de cette mesure ne peut être évalué, il est admis qu'elle réduit sensiblement, les brassages des populations et de fait, les risques de contamination. Les mesures **visant à ne pas accroître les inégalités de santé** (accès aux soins, à l'eau et à l'alimentation) doivent être adossées aux restrictions de déplacement.

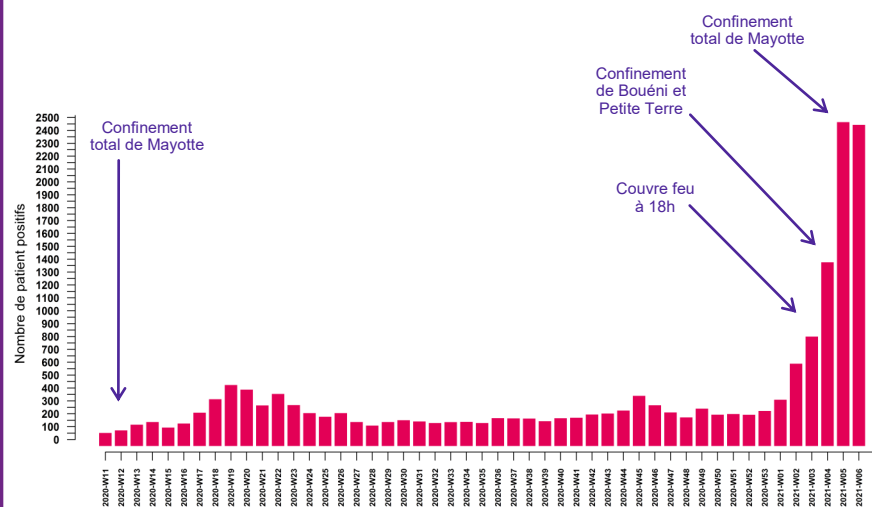
Au-delà des mesures de contrôle collectives, il reste essentiel que chaque personne présentant des symptômes évocateurs de Covid s'isole immédiatement et réalise un test diagnostique dans les délais recommandés. **Bien que difficile au quotidien, une vigilance constante permet d'éviter les expositions au virus**. Certaines situations particulièrement à risque de contamination doivent être contournées au maximum : lieux fermés non aérés quand on ne peut pas respecter les gestes barrières, repas entre collègues (salle de pauses étroites), grands rassemblements familiaux, covoiturage sans masque ou fenêtres fermées.

Enfin, l'été austral est habituellement propice aux épidémies saisonnières de grippe et bronchiolite mais cette année, les réseaux de surveillance (médecins sentinelles et passages aux urgences) rapportent une activité largement en dessous des seuils épidémiques. Cette situation, observée dans d'autres pays des hémisphères Nord et Sud, est probablement liée à l'impact des mesures de santé publique et de distanciation physique adoptées pour freiner la transmission du Sars-Cov. Néanmoins, la prudence reste de mise puisque ces virus pourraient faire leur apparition de manière tardive, comme dans certaines régions de France pour la bronchiolite.

Surveillance individuelle

Figure 1. Evolution du nombre de cas de COVID-19 confirmés biologiquement (RT-PCR et test antigénique) rapportés à la cellule de Santé publique France à Mayotte, par semaine de prélèvement

Source : laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte, laboratoire privé de Mayotte, SIDEV et laboratoire du CHU de La Réunion (au 18/02/2021)



Depuis début janvier, Mayotte fait face à une **nouvelle vague épidémique** avec un nombre de nouveaux cas hebdomadaire nettement **supérieur** à celui observé durant la première vague.

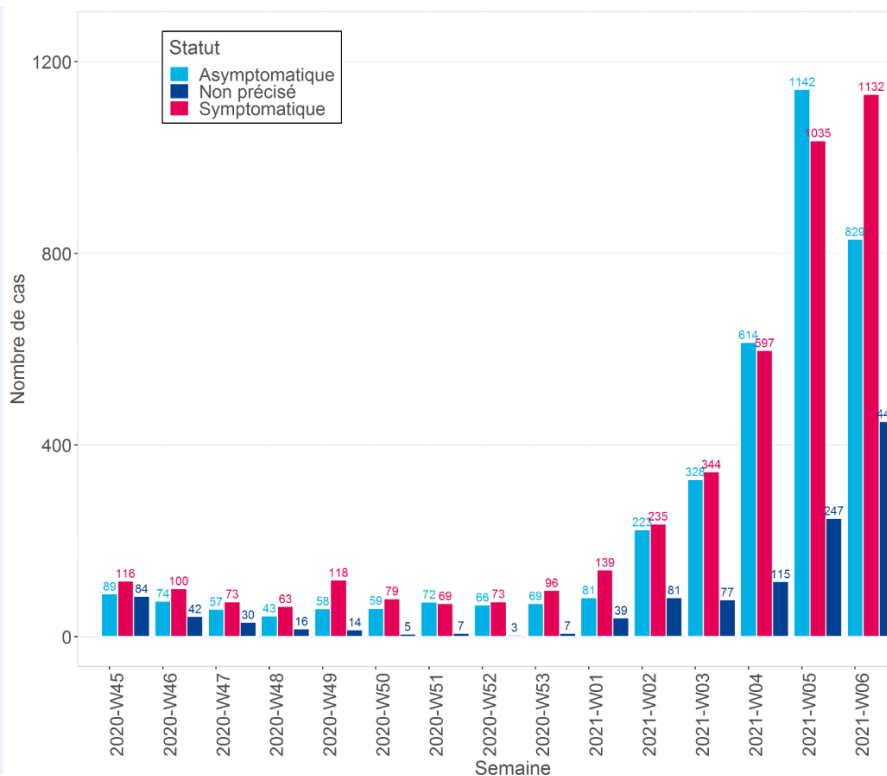
Avec **2 414** nouveaux cas détectés, la S5 est la semaine enregistrant le nombre maximum de nouveaux cas depuis le début de l'épidémie.

Une **stabilisation** du nombre de nouveau cas par semaine est observée entre la S5 et la S6 ($N_{S5}=2414$ vs $N_{S6}=2410$). Cet indicateur doit être mis **en lien avec une importante diminution du taux de dépistage** entre la S5 et la S6.

Des investigations sont menées autour de chaque cas confirmé de COVID-19 afin d'identifier l'origine de la contamination. Une exposition à risque est recherchée sur la période des 14 jours précédant la date des premiers signes cliniques. Dans un second temps, le contact tracing est mené pour identifier l'ensemble des personnes contacts du cas confirmé. Les mesures de prévention et la conduite à tenir en cas d'apparition de symptômes sont dispensées aux contacts. **Depuis la semaine S31, l'ensemble des sujets contacts sont invités à se faire dépister sans délais pour les personnes vivant dans le même foyer que le cas positif, et dans un délai de 5 à 7 jours suivant la date du dernier contact pour les personnes contacts extra-familiaux.** Par ailleurs depuis la semaine S38, la durée d'isolement des cas et des contacts a été réduite à 7 jours au lieu de 14 jours.

Figure 2. Evolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 selon la présence ou non de symptômes, par semaine de prélèvement, de S45-2020 à S6-2021, Mayotte

Source : SIDEV

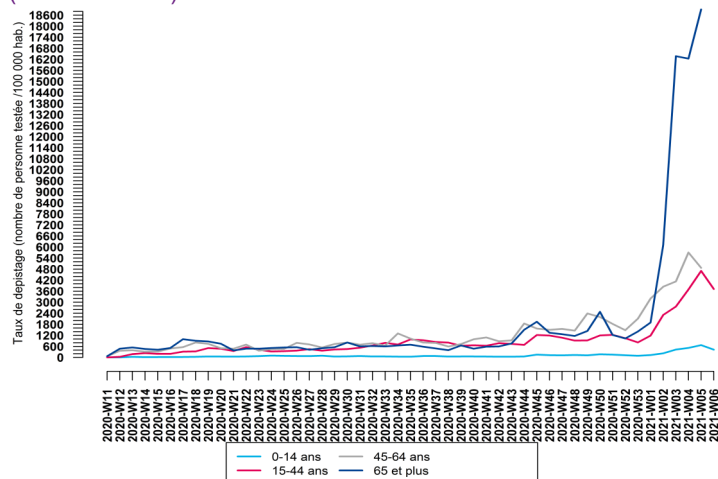


Alors que depuis la S3, le nombre de cas asymptomatiques était supérieur à celui des cas symptomatiques, la tendance s'est de nouveau inversée en S6 avec 36% de plus de cas symptomatiques que de cas asymptomatiques.

Cette inversion de la tendance pourrait s'expliquer par les effets du confinement. Les relations sociales étant limitées, le nombre de personnes dépistées dans le contexte de sujets contacts est moins conséquent, de ce fait le nombre de personnes positives asymptomatiques détectées diminue. Notons par ailleurs, le nombre important de cas pour lesquels, l'information est indisponible en S5 et S6.

Depuis début janvier, la surveillance met en évidence une **hausse importante du nombre de cas présentant des signes cliniques de la maladie**. Leur nombre a été **multiplié par 2** entre la S4 et la S6.

Figure 3. Evolution du taux de dépistage pour 100 000 habitants des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, à Mayotte
Source : laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte, laboratoire privé de Mayotte, SIDEPE et laboratoire du CHU de La Réunion (au 18/02/2021)

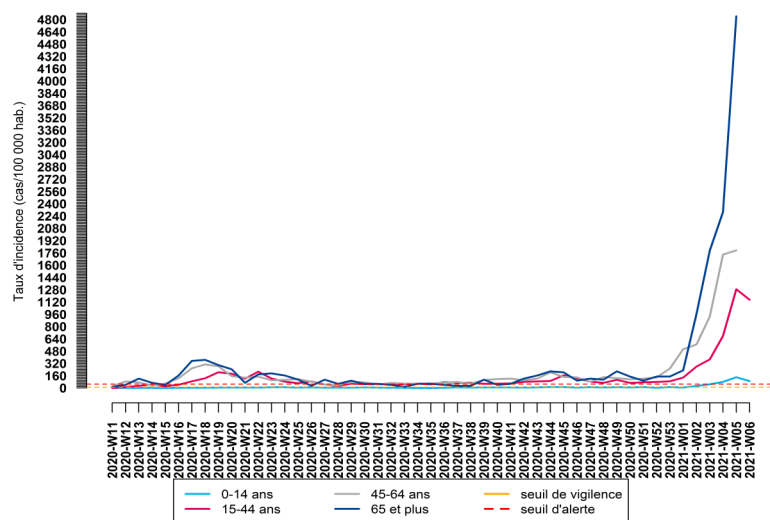


Depuis le début du mois de janvier jusqu'à la première semaine de février le taux de dépistage (TD) n'a pas cessé d'augmenter dans l'ensemble de la population. En revanche, **le TD est en diminution en S6** (3 356 patients testés pour 100 000 hab. en S5 contre 2 831 en S6) et sa dynamique apparaît différente entre les classes d'âges.

En effet, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, le TD continue de croître en S6 tandis que les autres classes d'âges voient leur TD diminuer :

- => -20% chez les 45-64 ans
- => -15% chez les 15-44 ans
- => -36% chez les moins de 15 ans

Figure 4. Evolution du taux d'incidence pour 100 000 habitants des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, à Mayotte
Source : laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte, laboratoire privé de Mayotte, SIDEPE et laboratoire du CHU de La Réunion (au 18/02/2021)



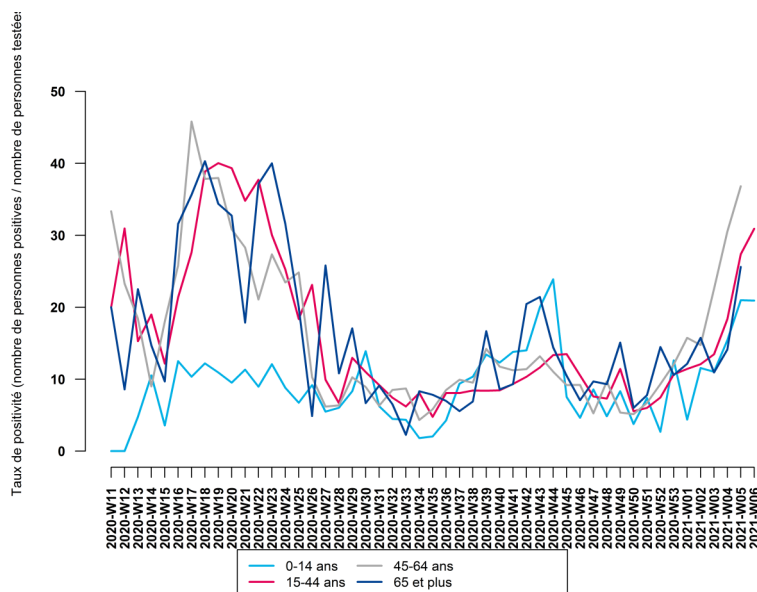
Bien que le taux d'incidence (TI) soit en constante augmentation dans l'ensemble des classes d'âge depuis le début de cette nouvelle vague, il se stabilise à 862 cas pour 100 000 hab. en S6.

Cette **apparente stabilisation de l'incidence totale doit être analysée au regard du TD.**

Entre la S5 et la S6, le TI continue de croître fortement chez les 65 ans et plus (doublement en une semaine). Le TI est stabilisé ou sensiblement diminué chez les moins de 65 ans :

- => +3% chez les 45-64 ans
- => -11% chez les 15-44
- => -37% chez les moins de 15 ans

Figure 5. Evolution du taux de positivité pour 100 000 habitants de COVID-19 selon les classes d'âge, à Mayotte
Source : laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte, laboratoire privé de Mayotte, SIDEPE et laboratoire du CHU de La Réunion (au 18/02/2021)



Depuis la première semaine de janvier, le **taux de positivité (TP) pour Sars-Cov-2 est en augmentation constante et rapide** (x1,7 entre la S4 et la S6).

Le TP a atteint son maximum pour cette nouvelle vague en S6, soit 30,5%. Ce TP s'approche du maximum observé lors de la première vague (38,7% en S18-2020) alors que les capacités de test étaient moindre (243 tests / 100 000 hbt).

Entre la S5 et la S6, **le TP semble se stabiliser chez les moins de 15 ans** (TP_{S5}=21,0% vs TP_{S6}=20,9%) alors que celui-ci **continue d'augmenter dans les autres classes d'âges et de façon marquée chez les personnes âgées** (+13% chez les 15-44 ans, +21% chez les 45-64 ans et +81% chez les plus de 64 ans).

Surveillance des clusters

Au 16 février 2021, **159 clusters** de Covid-19 ont été enregistrés depuis le début de l'épidémie à Mayotte, dont 132 clôturés et 27 actifs. La grande majorité des clusters ont été identifiés dans un milieu professionnel en entreprises publique ou privées (49%), dans une structure associative (19%) ou en milieu familiale élargie (14%) (Tableau 1).

Les 159 clusters enregistrés depuis le début de l'épidémie à Mayotte ont été à l'origine de 1 660 cas. Le nombre moyen de cas par cluster est de 10 cas (médiane : 6 cas, min : 3 cas, max : 236 cas). Sur 159 clusters, 40% ont été classés à un niveau de criticité modérée et 33% à un niveau de criticité élevée et 27% à un niveau de criticité limitée.

Parmi les clusters actifs, 63% sont survenus dans des entreprises publiques et privées hors établissement de santé, 26% dans un établissement de santé.

Les 7 clusters actifs en milieu de soins ont été identifiés dans différents services hospitaliers, fortement impactés par l'épidémie. Parmi ces clusters, l'un d'entre eux a été enregistré à un niveau de criticité élevée, 3 autres à un niveau de criticité modérée, et 3 à un niveau de criticité limitée.

La grande distribution, secteur toujours actif durant le confinement, est également impactée par l'épidémie. De plus en plus de cas sont identifiés parmi les personnels de caisse ou de sécurité.

L'identification des clusters est de plus en plus difficile de fait de la reprise épidémique d'une part (retard sur le *contact tracing* lié à l'explosion du nombre de cas) mais également en raison des difficultés d'identification des liens entre les cas (réticences à adhérer aux investigations). Par conséquent, un certain nombre de clusters sont identifiés au stade de maîtrise. Pour les mêmes raisons, le **nombre de clusters est actuellement nettement sous-estimé**.

Tableau 1: Caractéristiques des clusters de Covid-19 à Mayotte depuis le début de l'épidémie (N=159)

	N	%
Type de collectivités		
Entreprises publiques et privées hors ES	78	49%
Autre (association, quartier)	30	19%
Evènements privés/publics	4	3%
Etablissements de santé	12	8%
Etablissements pénitentiaires	2	1%
Structure médico-sociale	2	1%
Transport (avion, bateau, train)	1	1%
Milieu scolaire et universitaire	7	4%
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	23	14%
Statut des clusters		
En cours d'investigation	8	5%
Maîtrisé	19	12%
Clôturé	132	83%
Criticité (potentiel de transmission ou critère de gravité)		
Elevée	53	33%
Modérée	63	40%
Limitée	43	27%
Nombre de cas		
< 5	64	40%
De 5 à 9	51	32%
> 9	44	28%
Nombre d'hospitalisations		
0	84	53%
De 1 à 5	74	47%
5 à 9	0	0%
> 9	1	1%
Nombre de décès		
Aucun	155	97%
Au moins un décès	4	3%

Surveillance des variants du Sars-Cov-2

Dans l'objectif d'assurer une surveillance des nouveaux variants du Sars-Cov-2 à Mayotte (notamment le variant 501Y.V2, identifié en Afrique du Sud) et de mieux en décrire les caractéristiques, un protocole visant à cribler et séquencer un certain nombre d'échantillons est actuellement en vigueur à Mayotte, en lien avec le Centre National de Référence des virus respiratoires en métropole.

Criblage : cet outil permet de suspecter la présence d'un variant sur un échantillon. Le criblage des échantillons positifs à Mayotte est réalisé sous forme d'enquête flash, 2 fois par mois.

Séquençage : cette technique permet d'améliorer les connaissances sur le virus et de détecter l'émergence de nouveaux variants. Les échantillons destinés au séquençage doivent répondre à certains critères : cas graves, cas cliniques atypiques, cas issus de clusters originaux, cas issus de zone géographiques, voyageurs...

Depuis début janvier 2021, des évolutions ont été intégrées dans SI-DEP pour assurer la remontée des informations relatives aux variants :

- Informations concernant les RT-PCR de criblage qui permettent de suspecter la présence d'un variant.
- Informations concernant les résultats de séquençage qui permettent de confirmer la présence d'un variant.

Tableau 2. Résultats de PCR criblage et suspicion de variants (n et %) du 09 au 15 février 2021, à Mayotte
Source : SIDEp, exploitation Santé publique France (au 18/02/2021)

	Semaine glissante du 09 au 15 février
► Nombre de tests (RT-PCR et TAG)	6 952
► Nombre de tests positifs (RT-PCR et TAG)	2 151
► Nombre de tests PCR de criblage (%)	166 (7,7%)
► Nombre de variants 20I/501Y.V1 (%)	1 (0,6%)
► Nombre de variants 20J/501Y.V2 ou 20H/501Y.V3 (%)	116 (69,8%)

D'après les données renseignées sur SIDEp, sur la semaine du 09/02 au 15/02, 166 RT-PCR de criblage ont été réalisées, soit 7,7% des tests RT-PCR et des tests antigéniques positifs. Parmi ces RT-PCR de criblages : 1 suspensions du variant 20I/501Y.V1 (soit 0,6%) et 116 suspensions du variant 20J/501Y.V2 ou 20H/501Y.V3 (69,8%) ont été enregistrées.

Par ailleurs, selon le CNR des virus respiratoires, depuis début janvier, 742 tests de séquençages ont été réalisés dont 350 correspondent au variant 20H/501Y.V2.

Le profil des cas ayant bénéficié de cette technique de criblage et séquençage n'est cependant pas connu, ne permettant pas de conclure à la proportion de variant circulant sur le territoire.

Des travaux sont en cours pour estimer des indicateurs fiables.

Surveillance à l'hôpital

Bilan de la surveillance hospitalière entre le 13 mars 2020 et le 18 février 2021

2303

Passages aux urgences
du CHM pour suspicion de
COVID-19

18,2%

des passages aux
urgences pour
suspicion de COVID-
19 ont donné lieu à
une hospitalisation



1 163 hospitalisations

De cas confirmés ou probables de **COVID-19**
(toutes causes, toutes durées, sans notion d'imputa-
bilité de l'infection sur l'hospitalisation)

982

en hospitalisation
conventionnelle

181 cas

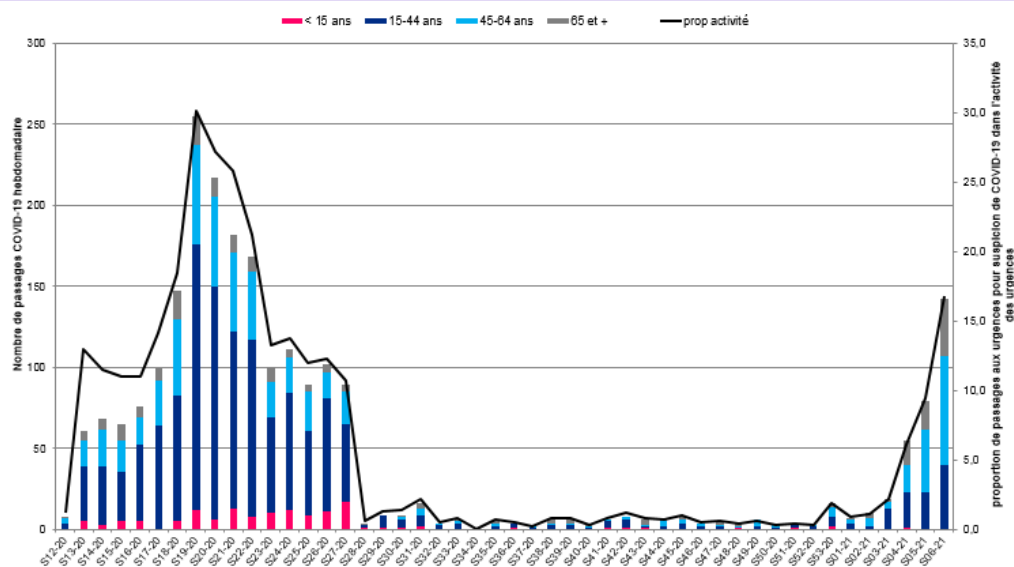
en réanimation
dont 131 formes
pulmonaires

Passages aux urgences

La surveillance des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 est **un dispositif de surveillance syndromique**. La surveillance syndromique ne s'appuie pas sur la confirmation biologique mais sur le diagnostic clinique (tableau clinique évocateur), elle permet notamment de suivre la tendance des épidémies même quand les capacités de test sont dépassées.

Figure 6. Nombre hebdomadaire de passages dans le service d'urgence du CHM par classe d'âge et taux de passages pour suspicion de COVID-19 parmi l'ensemble des passages codés

Source : réseau Oscour® (service d'urgence du CHM), au 18/02/2021



Depuis le début de l'épidémie à Mayotte en S13-20, 2 303 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été enregistrés. Depuis la S01-21 les passages pour suspicion COVID-19 ne cesse d'augmenter. En S06-21 (du 08 au 14 février 2021), 142 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été rapportés contre 79 en S05-21.

La part d'activité est aussi en hausse depuis la S01-21. Elle représentait 9.4% en S05-21 et 16.8% en S06-21. Le nombre d'hospitalisation après passage pour suspicion de COVID-19 a presque doublé en S06-21. Il était de 29 en S05-21 contre 52 en S06-21. Ainsi 36,6% des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ont été hospitalisés.

La répartition du nombre de passages par classe d'âge en S06-21 : <15 ans : 0%, 15-44 ans : 28,2%, 45-64 ans : 47,2% et chez les 65 ans et plus 24,6%.

Surveillance des hospitalisations

La surveillance des hospitalisations s'appuie sur :

- **Le dispositif national SI-VIC** utilisé en cas de « situations sanitaires exceptionnelles », géré par le ministère de la santé. Il a pour objectif d'aider les autorités sanitaires et les hôpitaux à anticiper les conséquences et besoins. Dans le cadre de l'épidémie COVID-19, il permet notamment de suivre le nombre quotidien de patients hospitalisés avec un diagnostic de COVID-19.
- **Une surveillance spécifique des formes graves mise en place par Santé publique France avec les cliniciens du services de réanimation du CHM.** Chaque cas admis dans ce service fait l'objet d'un questionnaire standardisé. Ce système de surveillance a pour objectif de suivre la dynamique épidémique par le nombre de formes graves, de décrire les caractéristiques épidémiologiques de ces cas et d'évaluer la sévérité de l'épidémie afin d'adapter les mesures de contrôle.

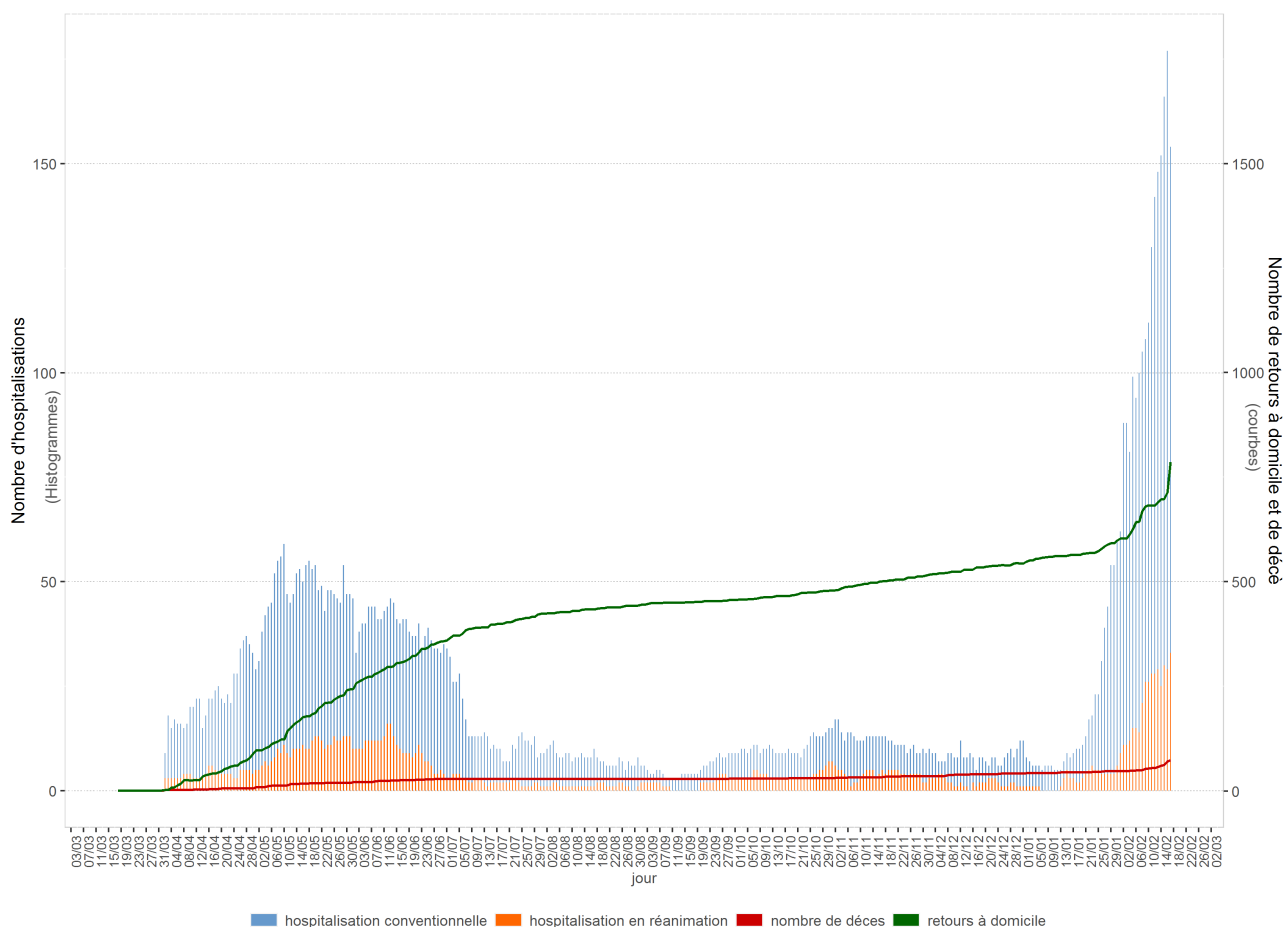
• 1 163 hospitalisations de patients ayant un diagnostic COVID-19 (données issues de SI-VIC)

Depuis le 13 mars 2020, 1 163 patients avec un diagnostic de COVID-19 (cas confirmés ou cas probables) ont été hospitalisés au CHM (tous services, toutes causes, toutes durées, sans notion d'imputabilité de l'infection sur l'hospitalisation).

Rapporté à l'ensemble de la période (du 13 mars au 17 février), cela représente une occupation hebdomadaire moyenne au CHM égale à 22 patients (figure 7). Lors de la première vague (mars à juin 2020), il y a avait en moyenne 32 patients en hospitalisation avec une infection Covid-19 dans l'hôpital contre 50 depuis le début de l'année 2021 et 128 la semaine dernière (S6-2021).

Au 17 février 2021, parmi les patients ayant été hospitalisés avec un diagnostic de COVID-19, la majorité sont sortis d'hospitalisations, 80 patients sont décédés et 154 patients sont toujours hospitalisés au CHM.

Figure 7. Nombre de patients hospitalisés en réanimation et en hospitalisation conventionnelle, nombre cumulé de patients retournés à domicile et nombre cumulé de décès en milieu hospitalier



Note de lecture : le 10 mai 2020, 59 patients étaient hospitalisés au CHM, 12 patients étaient décédés et 123 patients étaient retournés à domicile.

Surveillance des hospitalisations (suite)

• 181 patients hospitalisés en service de réanimation (surveillance spécifique des formes graves CHM/SpF)

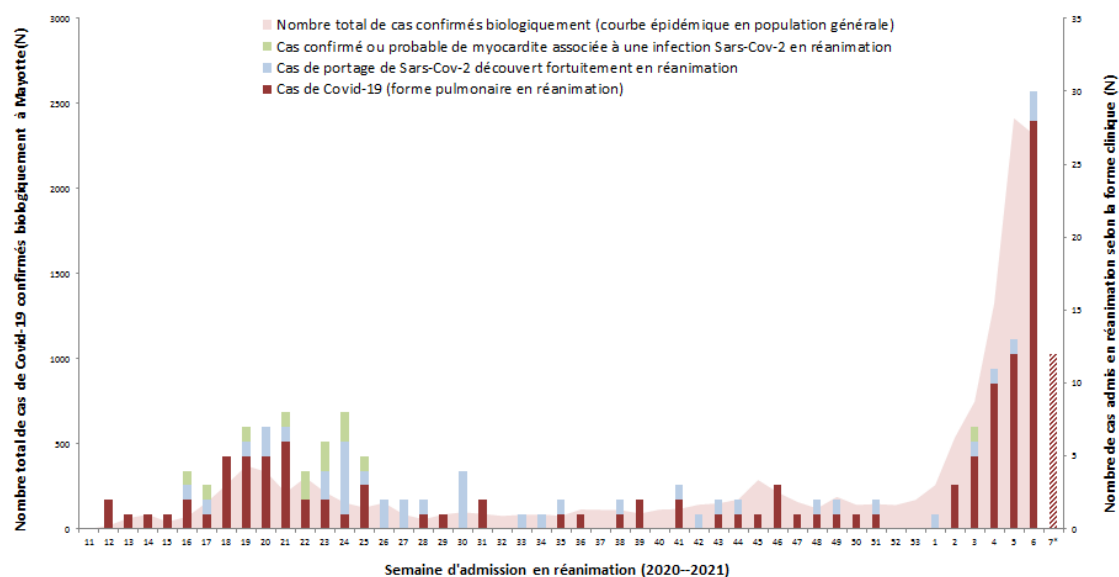
Entre le 13 mars 2020 et le 18 février 2021, 181 patients ont été admis en réanimation avec un diagnostic de COVID-19 : 119 hommes et 62 femmes (sex ratio H/F=1,9). L'âge médian était de **55 ans** [EIQ : 44-65] et 60,4% avaient moins de 60 ans. Il s'agissait de 169 adultes et 12 enfants. La figure 8 présente les données arrêtées au 17 février à 14H00 (S7-2021 incomplète).

Parmi ces patients, plus de la moitié ont présenté une **forme pulmonaire** du COVID-19 (72%). Dans 28% des cas, les patients étaient admis pour un autre motif et la découverte du portage Sars-Cov-2 était fortuite (Figure 8).

Les cas survenus chez les enfants correspondaient à 7 syndromes inflammatoires multi-systémiques post-infectieux (PIMS), 4 formes asymptomatiques (motif d'admission en réanimation autre), et seulement 1 cas pédiatrique a présenté une forme pulmonaire (un enfant de 10 ans admis au cours du mois de janvier sur une pathologie pulmonaire préexistante à l'infection par le Sars-Cov-2).

Figure 8. Répartition hebdomadaire des cas de COVID-19 admis dans le service de réanimation du CHM, selon la présentation clinique

Source : service de réanimation/soins intensifs du CHM, Santé publique France cellule Mayotte, du 13/03/20 au 17/02/2021



* Semaine S07-2021 en cours, données arrêtées au 17/02/21 à 16H00

Source : CHM & Santé publique France

Focus sur les patients admis en réanimation depuis la reprise épidémique observée depuis fin décembre 2020

- Entre le 1^{er} janvier 2021 et le 18 février 2021, **77 patients** ont été admis en réanimation avec un diagnostic de COVID-19 soit **42,5% de l'ensemble des cas admis sur toute la durée de l'épidémie**. Il s'agissait de 50 hommes et 27 femmes (sex ratio H/F=1,9). L'âge médian de ces cas était de 56 ans [EIQ : 47-65] et 61,3% avaient moins de 60 ans. Parmi ces 77 patients, la majorité d'entre eux (92%) ont présenté une **forme pulmonaire du COVID-19 (N=71)**. Seuls deux enfants (moins de 18 ans) ont été admis en réanimation depuis début janvier : un cas de forme pulmonaire sur un patient comorbide admis pour un autre motif et un cas de syndrome inflammatoire multi-systémique post-infectieux ayant présenté une sérologie positive pour le Sars-Cov-2.
- Parmi les 71 cas présentant une forme pulmonaire :
 - * Il s'agissait principalement de patients atteints **d'hypertension** (62%), **d'obésité** (59%), de **diabète** (46%), d'une **pathologie rénale** (13%) ou **pulmonaire** (10%).
 - * 7 patients ne présentaient pas de comorbidités, soit 6,7% des cas. Il s'agissait de femmes enceintes (N=2), de personnes en surpoids (N=1) ou âgées de plus de 50 ans (N=5). Pour 2 personnes d'une cinquantaine d'années, l'indice de masse corporelle était manquant.
 - * Au moins 54 patients ont développé un syndrome de détresse respiratoire aigu dont 44 formes sévères (investigations en cours de consolidation pour 17 patients).
 - * L'évolution était renseignée pour l'ensemble des patients :
 - 13 patients sont sortis de réanimation
 - 26 patients ont été transférés par évacuation sanitaire au CHU de La Réunion (25%)
 - 9 patients sont décédés, sans notion d'imputabilité de l'infection (37%)
 - 23 patients sont toujours hospitalisés dans le service

Surveillance des hospitalisations (suite)

La description des patients admis en réanimation en 2020 et 2021 permet de comparer le profil des cas survenus sur deux vagues épidémiques, différentes en termes de dynamique et de sévérité.

Des analyses approfondies sont en cours pour comparer les durées de séjour hospitaliers des cas graves admis en réanimation. Ce travail doit tenir compte des patients évacués à La Réunion dont le séjour s'est prolongé au CHU.

Tableau 3: Caractéristiques des patients admis en réanimation avec une forme pulmonaire de COVID-19 et comparaison du profil des cas admis lors des deux principales vagues épidémiques (N=131)

	Ensemble des cas N = 131	Cas 2020 N = 60	Cas 2021 N = 71
	N (%)	N (%)	N (%)
Sexe			
Femme	46 (35)	20 (33)	26 (37)
Homme	85 (65)	40 (67)	45 (63)
Classe d'âge			
0-9 ans	0 (0)	0 (0)	0 (0)
10-19 ans	1 (0,8)	0 (0)	1 (1,4)
20-29 ans	5 (3,8)	1 (1,7)	4 (5,6)
30-39 ans	4 (3,1)	2 (3,3)	2 (2,8)
40-49 ans	22 (17)	9 (15)	13 (18)
50-59 ans	35 (27)	13 (22)	22 (31)
60-69 ans	44 (34)	22 (37)	22 (31)
70-79 ans	17 (13)	11 (18)	6 (8,5)
80-89 ans	3 (2,3)	2 (3,3)	1 (1,4)
Age médian (EIQ)	59 (51;67)	62 (51;68)	56 (48;65)
Comorbidité^{1, 2}			
Aucune comorbidité	13 (10)	6 (10)	7 (10)
Au moins une comorbidité, dont :			
Diabète	67 (51)	34 (57)	33 (46)
Hypertension artérielle	82 (63)	38 (63)	44 (62)
Obésité (IMC ≥ 30 kg/m²)³	61 (49)	21 (38)	40 (59)
Pathologie cardiaque	10 (7,6)	5 (8,3)	5 (7,0)
Pathologie pulmonaire	13 (9,9)	6 (10)	7 (9,9)
Pathologie rénale	19 (15)	10 (17)	9 (13)
Immunodéficience	2 (1,5)	1 (1,7)	1 (1,4)
Cancer	8 (6,1)	3 (5,0)	5 (7,0)
Pathologie neuromusculaire	11 (8,4)	5 (8,3)	6 (8,5)
Pathologie hépatique	3 (2,3)	3 (5,0)	0 (0)
Survenue d'un SDRA			
Oui	109 (94)	54 (90)	55 (98,2)
Assistance ventilatoire			
O2 thérapie	3 (2,8)	3 (5,5)	0 (0)
O2 haut débit	27 (25)	15 (27)	12 (24)
VNI	1 (0,9)	1 (1,8)	0 (0)
Ventilation invasive	71 (67)	33 (60)	38 (75)
ECMO/ECCO2R	4 (3,8)	3 (5,5)	1 (2)

¹ Un patient peut présenter plusieurs comorbidités parmi celles listées dans le tableau.

² Les pourcentages sont calculés pour les patients pour lesquels l'information sur les comorbidités est renseignée.

³ La prévalence de l'obésité est calculée à partir des données des patients pour lesquels l'IMC (indice de masse corporelle) est renseigné.

Surveillance de la mortalité

Depuis le début de l'épidémie, **93 décès de patients infectés par le SARS-Cov2 (sans notion d'imputabilité)** ont été répertoriés (91 cas confirmés et 2 cas probables avec symptomatologie et TDM évocatrices de l'infection). Il s'agissait de 75 décès au CHM (dont 33 en réanimation et 26 en médecine), 11 décès à domicile, 5 décès en milieu hospitalier à La Réunion suite à des évacuations sanitaires et 2 décès sur la voie publique.

L'âge médian des cas décédés était de 68 ans et 49% avaient plus de 70 ans. Le *sex-ratio* H/F des patients décédés était de 1,66.

Le suivi de la mortalité repose sur **l'enregistrement systématique de toutes personnes décédées avec une infection par le Sars-Cov-2. L'imputabilité de l'infection sur le décès n'est pas renseignée.** Pour les patients décédés et âgés de moins de 40 ans, il s'agissait de personnes porteuses du Sars-Cov-2 avec un état de santé grave (pathologie pulmonaire, cancer, méningite).

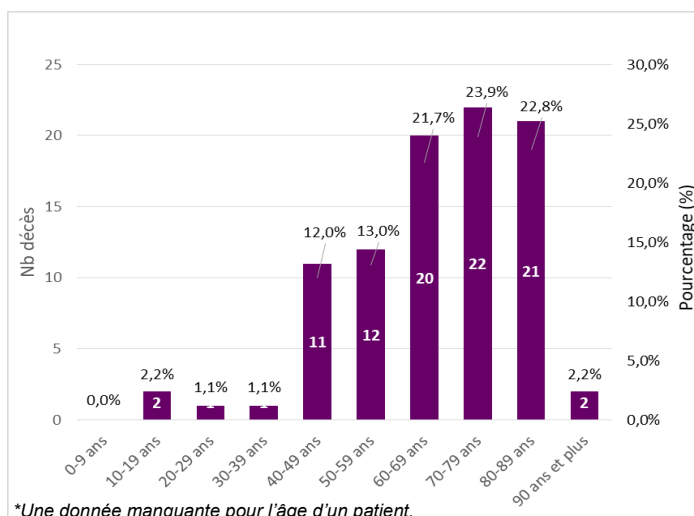
	Ensemble des Décès N (%)	Décès 2020 N (%)	Décès 2021 N (%)
N	93	55	38
Sexe Ratio (H/F)	1,7	1,4	2,2
Age médian	68,2	64,0	73,2
Décès âgés de plus de 70 ans	45 (48,9%)	23 (41,8%)	22 (57,9%)

Tableau 4. Comparaison des cas décédés lors des deux principales vagues épidémiques, Mayotte, (N=92)*

Source : surveillance individuelle, Santé publique France cellule Mayotte au 18/02/2021

*Une donnée manquante pour l'âge d'un patient.

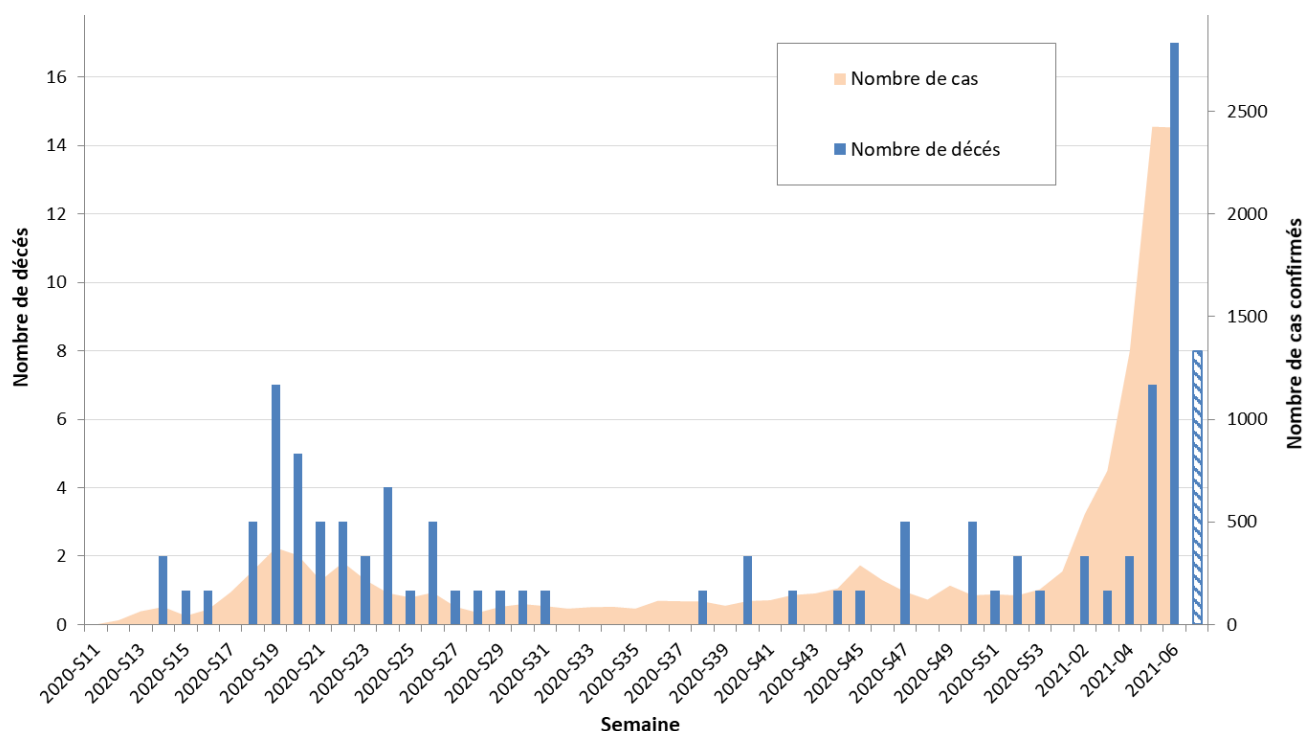
Figure 10. Répartition par classe d'âge des cas confirmés et cas probables de COVID-19 décédés à Mayotte, (N=92)*
Source : surveillance individuelle, Santé publique France cellule Mayotte au 18/02/2021



*Une donnée manquante pour l'âge d'un patient.

Figure 9. Nombre de décès (N=93) et de cas confirmés par semaine (N=2 410)

Source : surveillance individuelle, Santé publique France cellule Mayotte au 18/02/2021

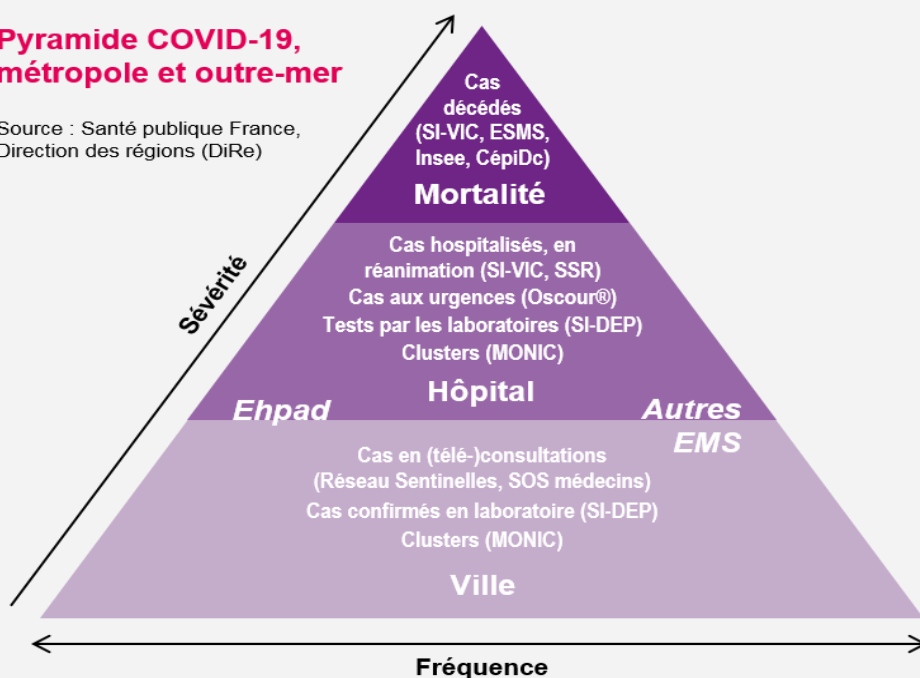


Mission de Santé publique France

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. A Mayotte, coordonner la surveillance, investir, 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

Equipe de rédaction
Charlotte DELATOUR
Hadidja MINIHADJI
Fanny PARENTON
Ibtissame SOULAIMANA
Marion SUBIROS
Hassani YOUSSEF

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

18 février 2021

Numéro vert Mayotte

0 801 90 24 15

(appel gratuit)

Sites associés :

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

QUE FAIRE DÈS LES PREMIERS SIGNES ?

Si vous avez de la fièvre, de la toux, mal à la gorge, le nez qui coule ou une perte du goût et de l'odorat :



Consultez rapidement votre médecin pour qu'il décide si vous devez être testé



En attendant les résultats, restez chez vous et évitez tout contact



PROTÉGEONS-NOUS LES UNS LES AUTRES



Se laver régulièrement les mains ou utiliser une solution hydro-alcoolique



Tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir



Se moucher dans un mouchoir à usage unique puis le jeter



Éviter de se toucher le visage



Respecter une distance d'au moins un mètre avec les autres



Saluer sans serrer la main et arrêter les embrassades



Porter un masque quand la distance d'un mètre ne peut pas être respectée et dans tous les lieux où cela est obligatoire

