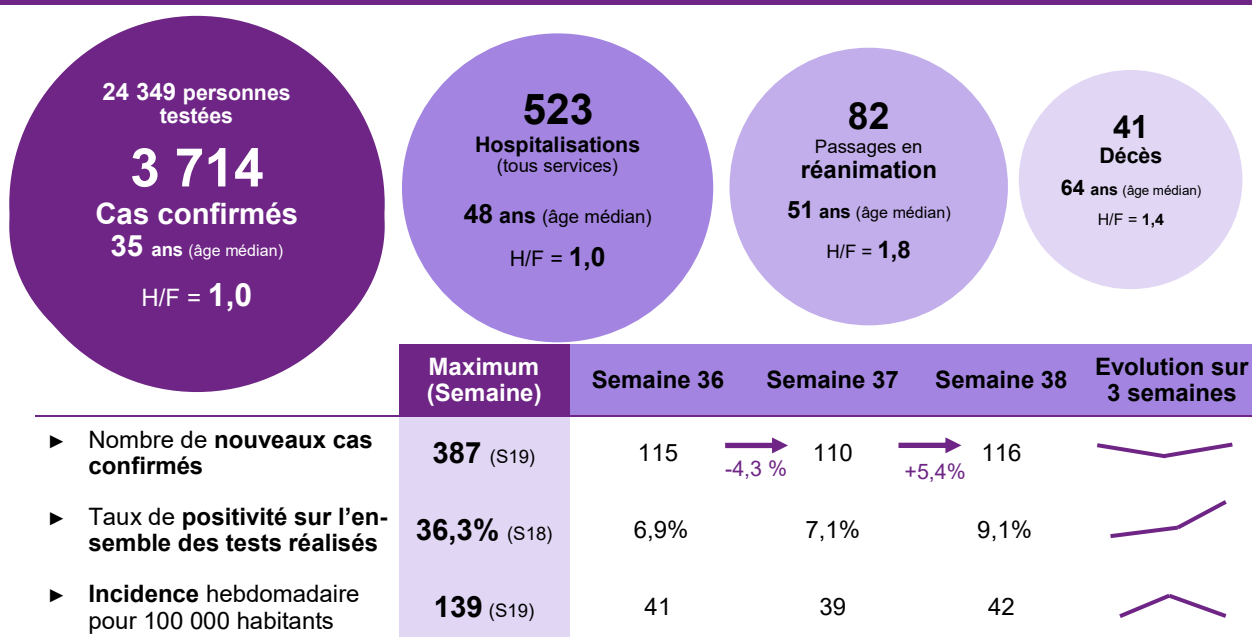


Indicateurs clés



Points clés

Plus de six mois après l'apparition du premier cas sur le département, **l'épidémie de Covid-19 se poursuit à Mayotte**. Le pic épidémique avait été observé début mai. L'incidence, alors à son maximum (139 cas pour 100 000 habitants) avait ensuite progressivement diminué pour passer début juillet, sous le seuil des 50 cas pour 100 000 habitants. Dans le même temps, on observait une augmentation continue du taux de dépistage, témoignant d'une amélioration progressive des capacités de tests (accès facilité aux prélèvements, augmentation des capacités d'analyses, élargissement des indications de test, multiplication des opérations de dépistage). Depuis le début de l'épidémie, 24 349 personnes ont été testées, soit 9% de la population de Mayotte. Du fait de la **situation relativement stable et rassurante durant l'hiver austral**, Mayotte n'est plus en état d'urgence sanitaire.

La surveillance épidémiologique reste cependant essentielle afin de détecter toute modification de l'épidémie, tant du point de vue de sa **dynamique** que de son degré de **gravité** (cas graves et mortalité). Santé publique France poursuit ses efforts, en lien avec l'ARS, le CHM, le laboratoire privé et l'ensemble des partenaires de la surveillance.

Ainsi, depuis fin août, une dégradation des indicateurs épidémiologiques est observée. La fin des congés d'hiver s'est accompagnée d'une **recrudescence de cas de Covid-19**. Cent seize cas ont été détectés en S38-2020 correspondant à une incidence de 42/100 000 habts. Le taux d'incidence progresse dans toutes les classes d'âge à l'exception des plus de 65 ans. Bien qu'en légère augmentation ces dernières semaines, l'incidence chez les moins de 14 ans reste largement inférieure au taux d'incidence moyen.

Cette situation est notamment liée à **l'augmentation du nombre de clusters** survenus dans différents contextes. Depuis la semaine S34, 11 nouveaux clusters ont été identifiés, soit plus du tiers de l'ensemble des clusters recensés depuis le début de l'épidémie. Ces clusters, dont certains ont été à l'origine de transmissions secondaires et tertiaires ont généré 139 cas. Une attention particulière doit être portée au Nord de l'île et en milieux scolaires où près de la moitié des nouveaux clusters ont été identifiés. Les investigations ont montré leurs **limites quant à l'identification exhaustive des sujets contacts lors de grands rassemblements** (cérémonies religieuses, fêtes en soirée, etc). La problématique des sujets contacts non identifiés, dont certains sont des **personnes infectées qui s'ignorent**, contribue au maintien de chaînes de transmission sur l'ensemble du territoire.

Alors que l'incidence augmente depuis la rentrée, **le taux de dépistage est lui, en diminution**. Cela suggère un moindre recours aux tests par la population ces dernières semaines. Ce phénomène s'inscrit dans un contexte plus général de relâchement de la vigilance vis-à-vis de l'épidémie. L'accalmie observée durant l'hiver, associée à **une sévérité limitée** de l'épidémie dans une population particulièrement jeune, ont probablement contribué à ce phénomène. En effet, le nombre de cas hospitalisés reste faible même si l'on observe depuis la rentrée une **reprise des admissions en réanimation** pour détresse respiratoire liées au Covid-19.

La stratégie « Tester-Tracer-Isoler » a toujours été au cœur de la lutte contre la COVID-19 à Mayotte. Dans l'idée d'améliorer l'observance de l'isolement, expérience difficile pour de nombreuses personnes, de nouvelles recommandations nationales ont récemment permis de **réduire la durée d'isolement des cas et de leurs contacts à 7 jours** au lieu de 14 jours. Les mesures de sensibilisation et d'accompagnement à Mayotte doivent être renforcées afin de garantir la réussite de cette stratégie et écarter le risque d'une nouvelle vague épidémique à l'heure où plusieurs départements connaissent un rebond de l'épidémie.

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

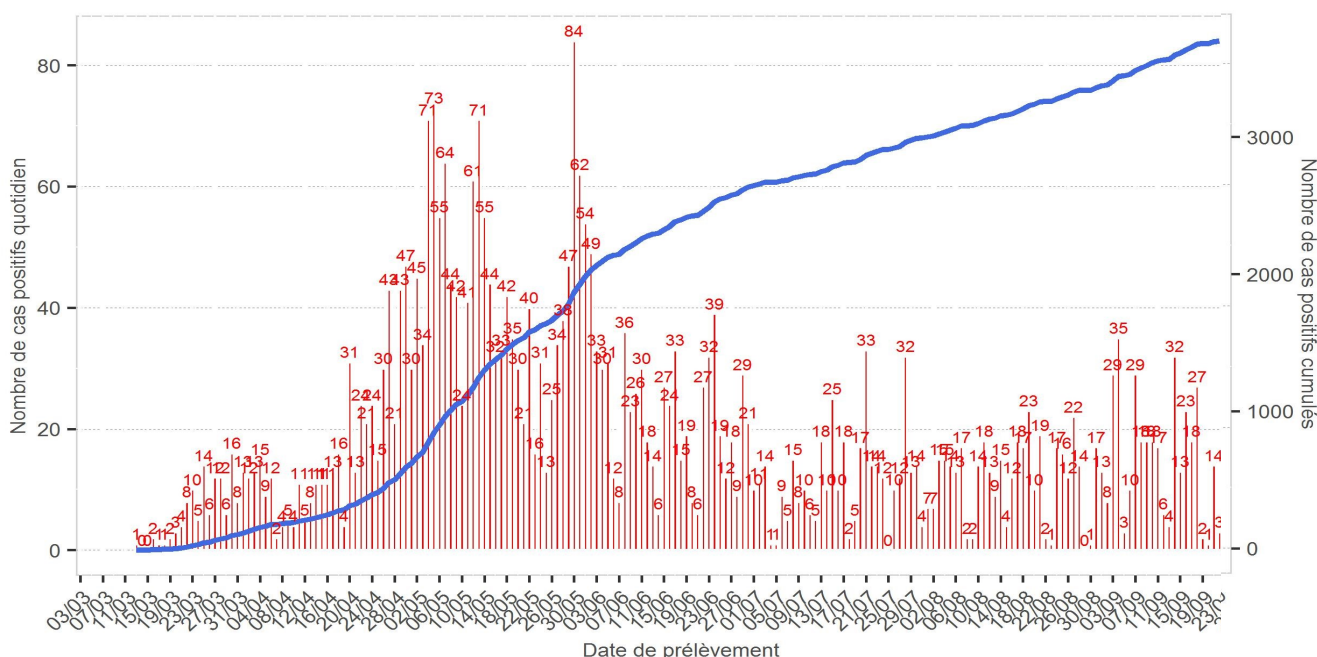
Caisse de Sécurité
Sociale de Mayotte
(CSSM)

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.

Surveillance individuelle

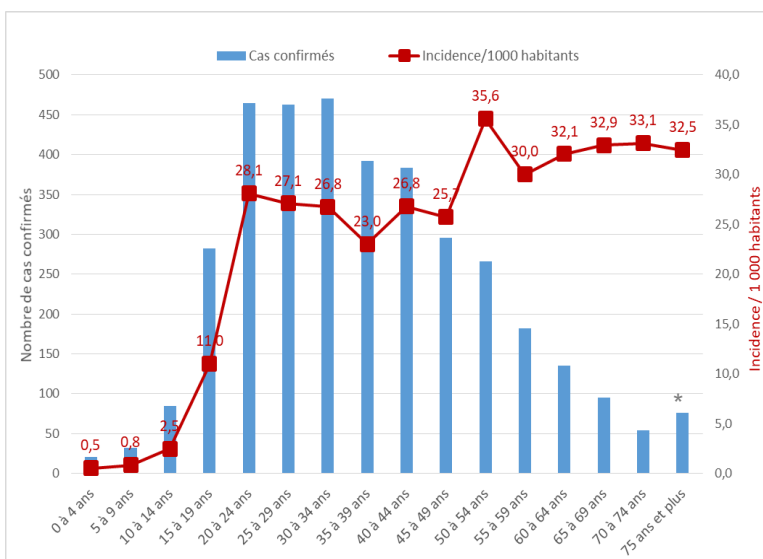
Des investigations sont menées autour de chaque cas confirmé de COVID-19 afin d'identifier l'origine de la contamination. Une exposition à risque est recherchée sur la période des 14 jours précédant la date des premiers signes cliniques (ou 7 jours avant la date de prélèvement pour les sujets asymptomatiques). 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 les cas positifs, et dans un délai de 5 à 7 jours suivant la date du dernier contact pour les personnes contacts extra-familiaux.** Par ailleurs depuis le début de la semaine S38, la durée d'isolement des cas et des contacts a été réduite à 7 jours au lieu de 14 jours. Ces nouvelles mesures devraient permettre de casser les chaînes de transmission autour des cas identifiés et faciliter l'observance de l'isolement.

Figure 1. Evolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 rapportés à la cellule de Santé publique France à Mayotte par date de prélèvement, courbe du nombre de cas cumulés (N= 3 714), données non consolidées pour 22/09 et le 23/09
Source : laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte (au 23/09/2020), laboratoire privé de Mayotte (au 18/09/2020) et laboratoire du CHU de La Réunion (17/09/2020)



Caractéristiques sociodémographiques

Figure 2. Incidence pour 1 000 habitants selon la classe d'âge, Mayotte (N=3 714)
Source : surveillance individuelle, Santé publique France cellule Mayotte au 23/09/2020



* Au-delà de 75 ans, les données n'ont pu être représentées par classe d'âge quinquennale du fait d'effectifs trop faibles.

L'âge médian des cas confirmés est de 35 ans [0– 95 ans], près des deux tiers (66,4%) sont âgés de 15 à 44 ans.

L'incidence globale sur l'ensemble de l'épidémie est de **13 cas confirmés pour 1 000 habitants**. Cette incidence est faible pour les classes d'âge basses (moyenne de 3 cas /1 000 habitants pour les moins de 15 ans).

Entre **20 et 49 ans**, l'incidence moyenne est de **26 cas pour 1 000 habitants**, inférieure à celle observée pour les 50 ans et plus (32 cas pour 1 000 habitants).

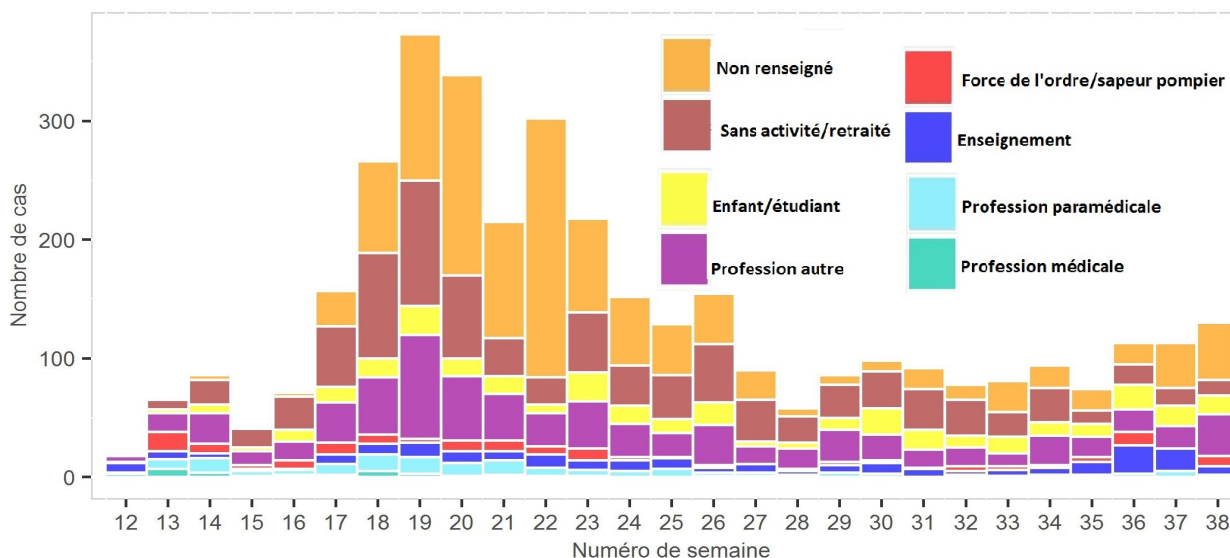
L'incidence plus élevée pour les plus de 50 ans est probablement liée au fait que les patients de cette tranche d'âge sont plus sujets à la survenue de formes symptomatiques motivant le recours aux soins et le prélèvement.

Surveillance individuelle

Activité professionnelle

Figure 3. Cas confirmés de COVID-19 selon l'activité, par date de prélèvement, Mayotte (N=3 714)

Source: surveillance individuelle, Santé publique France cellule Mayotte au 23/09/2020



Parmi les 3 714 cas confirmés de COVID-19 à Mayotte, l'activité professionnelle était renseignée pour 2 507 cas. Plus du tiers (902 cas) était des adultes sans activité professionnelle. Parmi les cas confirmés ayant une activité professionnelle, 245 exerçaient en milieu de soins, 217 dans l'enseignement, 138 étaient des membres de force de l'ordre ou pompier.

Depuis la rentrée (semaine S35), la part de professionnels du milieu de l'enseignement et d'enfants est en augmentation.

Tableau 1. Répartition du nombre de professionnels exerçant en milieu de soins déclarés COVID-19, par catégorie professionnelle, depuis le début de l'épidémie, Mayotte (N=245)

Sources : surveillance individuelle, Santé publique France cellule Mayotte au 23/09/2020

Profession	Nombre de cas	%
Professions médicales	34	13,8%
Médecin	24	9,7%
Sage-femme	8	3,2%
Pharmacien	2	0,8%
Professions paramédicales	143	58,1%
Dont infirmier	58	23,6%
Dont aide soignant	39	15,8%
Autres professionnels en milieu de soins (hors soignant)	68	28,0%

Près de 7% des cas (245 cas) de COVID-19 exerçaient en milieu de soins, 177 étaient des soignants : 143 paramédicaux et 34 médicaux. La majorité des professionnels en milieu de soins (84%), ont contracté la COVID-19 avant le mois de juillet. Ces professionnels représentaient 7,7% des cas sur la période de mars à juillet contre seulement 3,7% sur la période de juillet à septembre.

Avec 58 cas, les infirmiers demeurent la profession la plus représentée. L'âge médian des professionnels en milieu de soins positifs au COVID-19 était de 37 ans.

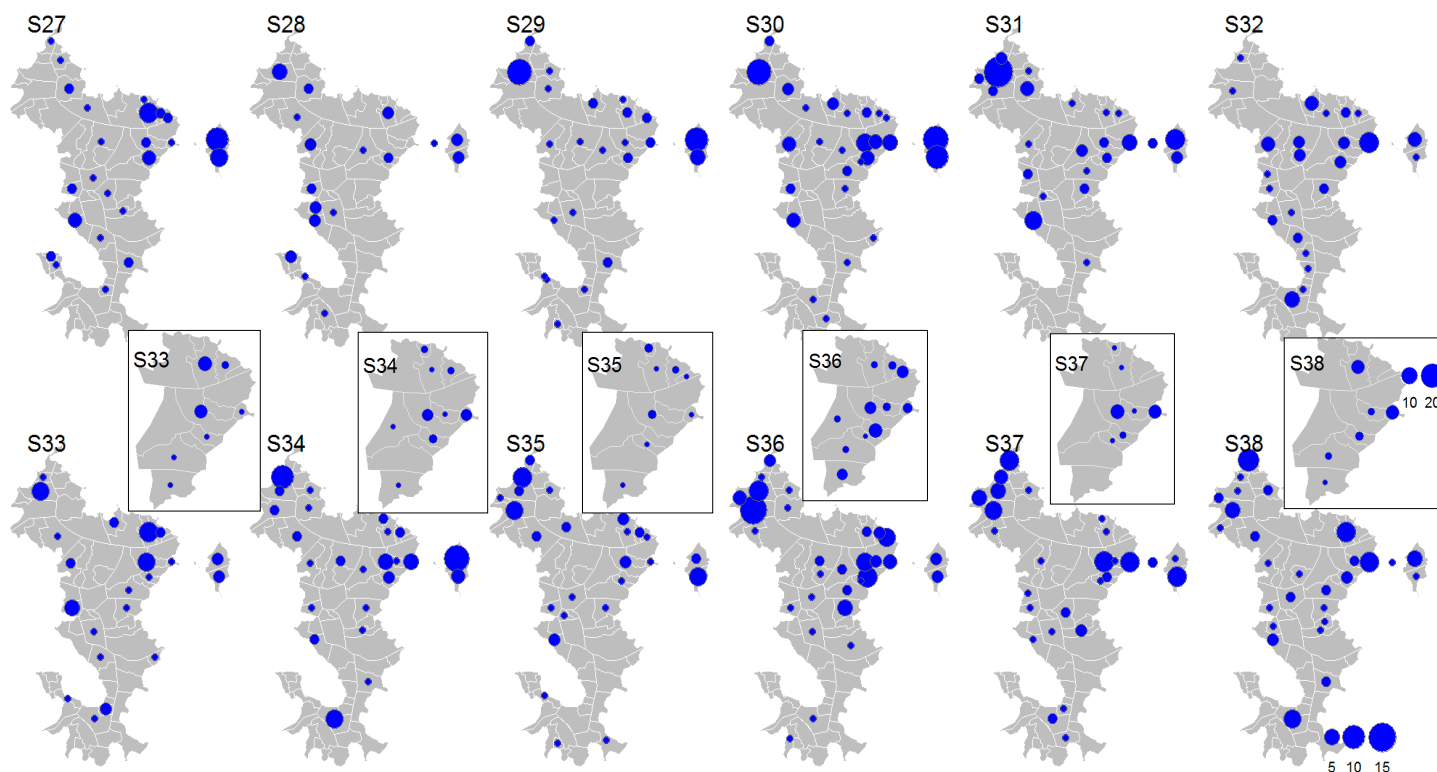
Ces professionnels exerçaient notamment :

- dans le secteur hospitalier : 181 cas
- dans le secteur libéral : 43 cas
- dans un centre de PMI : 6 cas
- en milieu associatif : 6 cas
- autre secteur : 9 cas

Dynamique spatiale

Figure 4. Cartographies des nouveaux cas confirmés de COVID-19 par village de résidence et par semaine, zoom sur la commune de Mamoudzou pour les semaines 33 à 38, Mayotte, (N=2 996) (données non consolidées pour les semaines 37 et 38)

Source : Surveillance individuelle, Santé publique France cellule Mayotte au 23/09/2020



L'épidémie se poursuit à Mayotte. L'évolution spatio-temporelle montre que le virus circule toujours activement sur l'ensemble du territoire avec des zones géographiques plus touchées que d'autres en lien avec des clusters (cf p 9). La circulation du virus dans le grand Mamoudzou, était en baisse jusqu'à la semaine S29 mais a ré-augmenté à partir de la semaine S30.

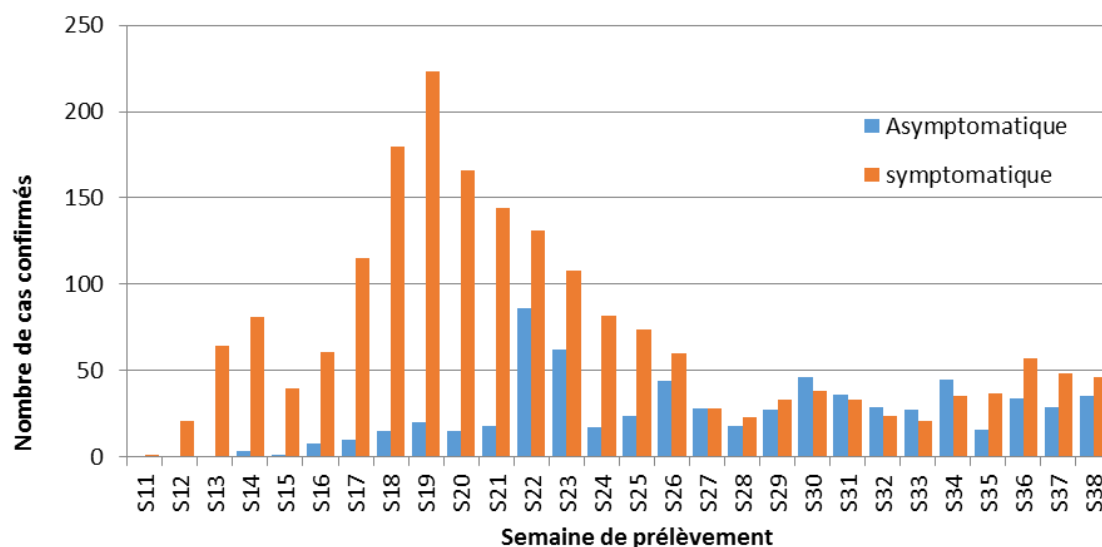
Motif de réalisation du test PCR SARS-CoV-2

Parmi l'ensemble des personnes testées depuis le début de l'épidémie :

- 3 297 étaient des voyageurs souhaitant se rendre à la Réunion et 3,5% d'entre eux se sont avérées positifs (N= 114) soit une contribution à hauteur de 3,1% de l'ensemble des cas confirmés.
- 1 555 l'ont été dans le cadre des investigations menées autour des clusters. Un tiers d'entre elles (33%) étaient positives soit 514 cas confirmés (13,8% de l'ensemble des cas confirmés) identifiés grâce aux dépistages réalisés lors des investigations autour des clusters.
- 2 042 étaient des personnes testées dans le cadre d'une reconduite à la frontière. Avec 7% de taux de positivité, ils représentaient 3,2% de l'ensemble des cas confirmés (N= 121).
- 1 892 ont été prélevées au cours d'une hospitalisation complète au CHM et 20,4% d'entre elles étaient positives.

Figure 5. Evolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 selon la présence ou non de symptômes, par semaine de prélèvement, depuis le 13 mars 2020 (N= 2 668)

Source : surveillance individuelle, Santé publique France cellule Mayotte au 23/09/2020

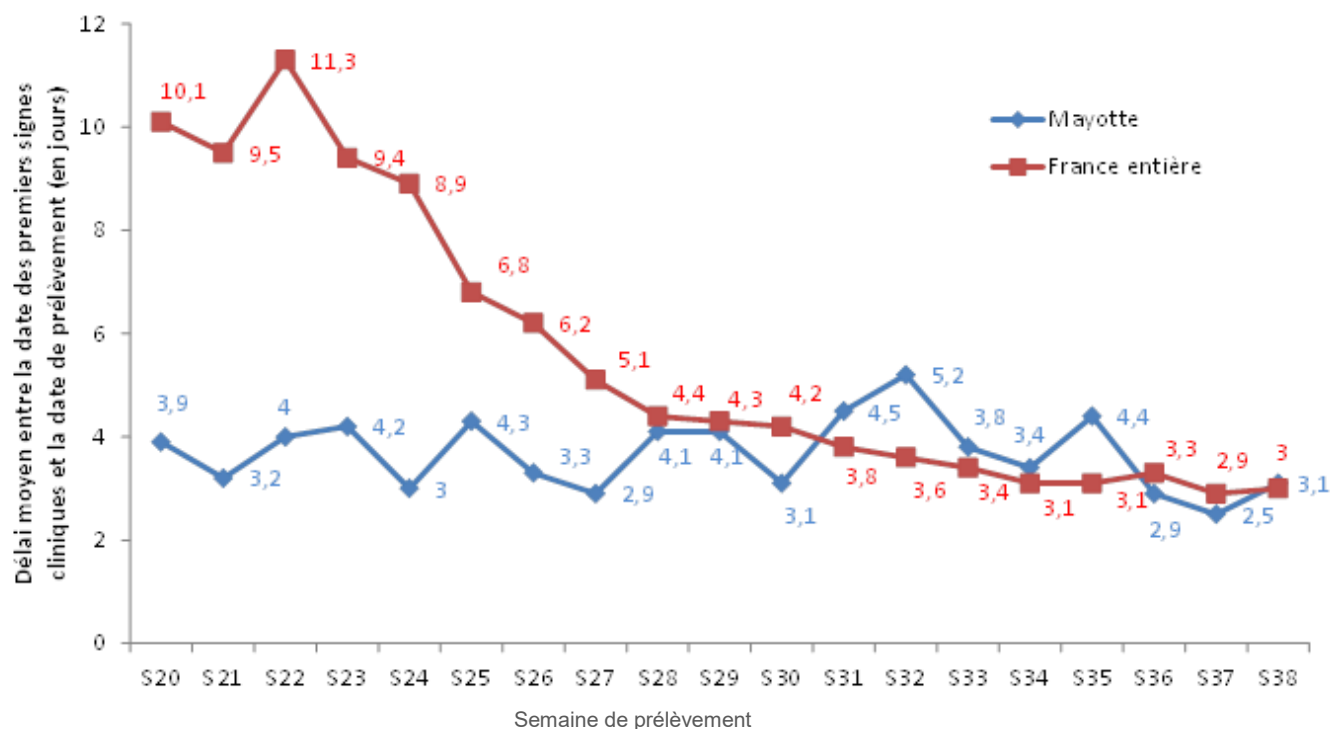


Parmi les cas de COVID-19 pour lesquels l'information était connue, 26% se déclaraient sans symptôme. Les premières semaines, de la S12 à la S21, seulement 7,6% des cas confirmés étaient asymptomatiques contre 40,7% depuis la semaine S22.

L'évolution des indications au test PCR a contribué à ce changement de dynamique. En effet, au début de l'épidémie seuls les individus symptomatiques pouvaient accéder au test. Puis, progressivement de nombreuses opérations de dépistage ont été réalisées par l'ARS et SpF autour des situations à risque et des clusters. De plus, en S31 le dépistage systématique des contacts à risque a été largement déployé. Enfin, entre les semaines S30 et S38 des dépistages obligatoires des voyageurs ont été imposés.

Figure 6. Délai (en jours) entre la date des premiers signes cliniques et la date de prélèvement parmi les cas symptomatiques par semaine depuis le 11 mai 2020 (N= 1 906)

Source : surveillance individuelle, Santé publique France AU 23/09/2020



Depuis le début de l'épidémie à Mayotte, parmi les cas symptomatiques pour lesquels l'information était disponible (n= 1 906), le délai moyen de dépistage (délai entre date de début des signes et prélèvement) était à 3,6 jours.

Alors que le délai moyen est resté relativement stable au cours de l'épidémie à Mayotte, il a fortement diminué en France entière dans les semaines qui ont suivies le déconfinement.

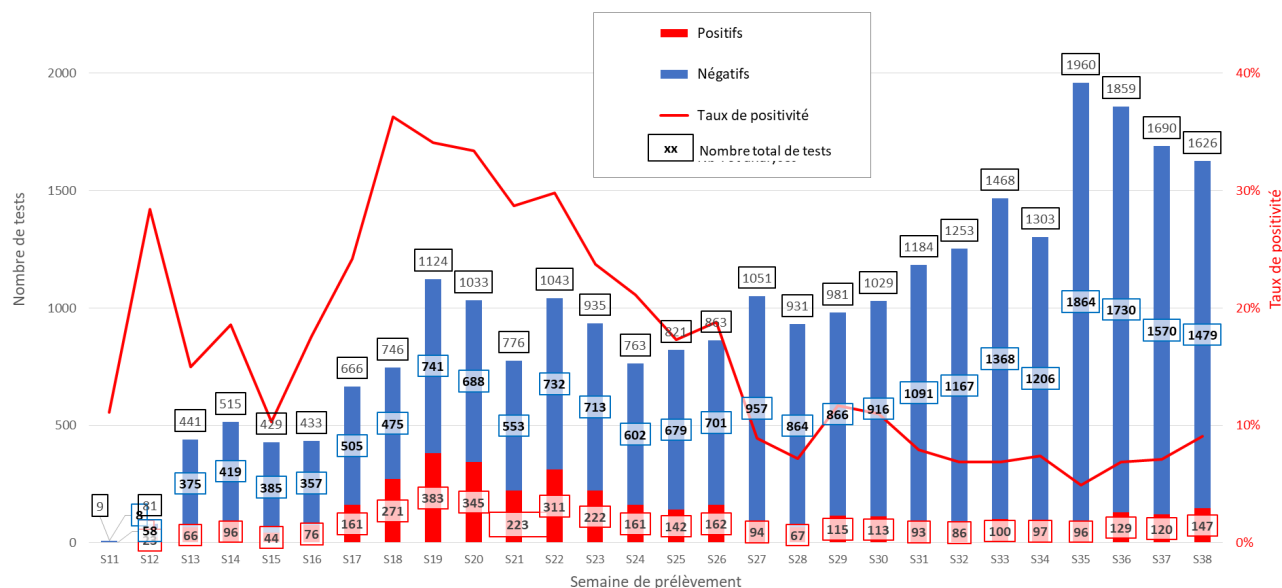
Surveillance virologique

Le territoire compte 2 laboratoires : le laboratoire du Centre hospitalier de Mayotte et un laboratoire privé. Le premier a été en mesure de réaliser des tests SARS-CoV-2 dès le début de l'épidémie, le second à partir de la semaine S17. De plus, entre le 21 juillet et le 17 septembre les prélèvements des voyageurs souhaitant se rendre à La Réunion ont été analysés au laboratoire du CHU de La Réunion.

Depuis le début de l'épidémie, la surveillance virologique s'est appuyée sur les **données transmises quotidiennement** à Santé publique France (SpF) par les laboratoires.

Les remontées d'informations sur le système national SI-DEP (**système d'information de dépistage**) ne sont pas encore exploitables sur le territoire.

Figure 7. Nombre de tests réalisés, nombre de prélèvements positifs pour SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine
Sources : laboratoire du CHM (au 23/09/2020) et laboratoire privé (au 18/09/2020) et CHU de La Réunion (au 17/09/2020)

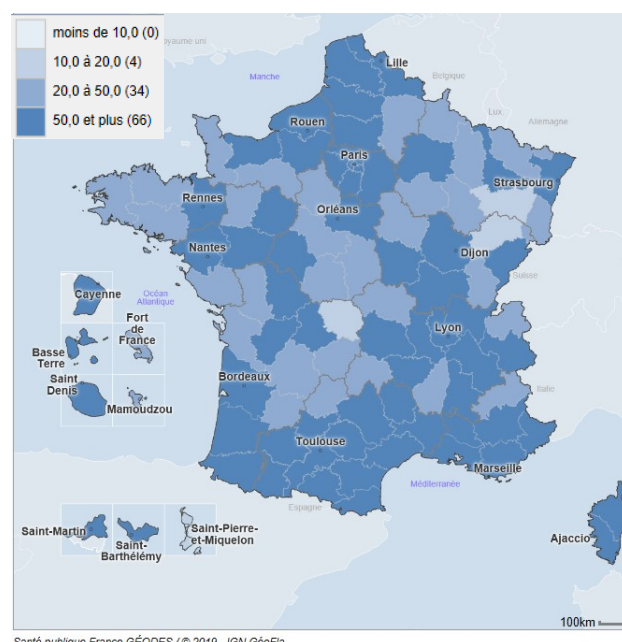


Au total, **28 922 tests ont été réalisés** : 22 568 par le laboratoire hospitalier de Mayotte, 2 763 par le laboratoire privé et 3 591 par le laboratoire du CHU de La Réunion (dépistage obligatoire pour les vols Réunion-Mayotte entre le 21 juillet et le 19 septembre).

Après un maximum de 36,5 % atteint en S18, le taux de positivité a connu une diminution régulière jusqu'à atteindre 7,2% en S28.

Figure 8. Taux d'incidence pour 100 000 habitants de COVID-19, tous âges, par département, France, semaine S38 (14 au 20 septembre)

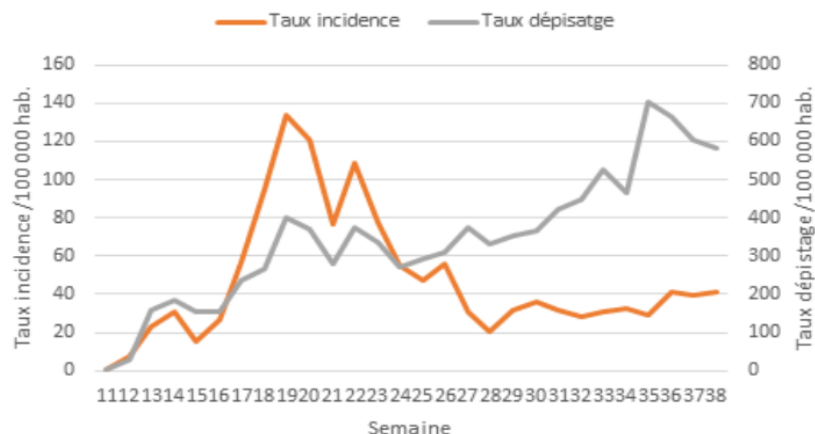
Sources : GEODES, Santé publique France



Santé publique France GÉODES / © 2019 - IGN GéoFla

Figure 9. Evolution du taux d'incidence et taux de dépistage pour 100 000 habitants, par semaine, à Mayotte

Source : laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte (au 23/09/2020), laboratoire privé de Mayotte (au 18/09/2020) et laboratoire du CHU de La Réunion (17/09/2020)

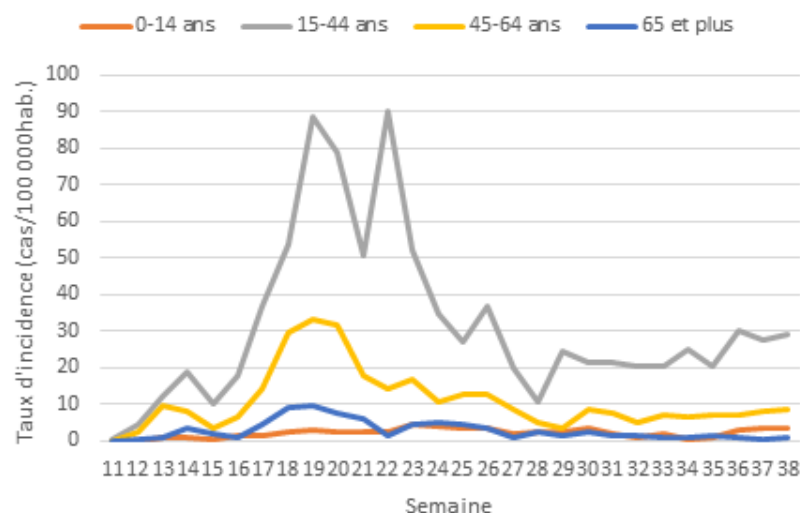


Le pic d'incidence du COVID-19 à Mayotte a été atteint en S19 avec 139 cas pour 100 000 habitants. Le taux d'incidence a ensuite diminué mais restait supérieur à 50/100 000 hab jusqu'en S26. En S38, le taux d'incidence était de 42/100 000 hab.

Le taux de dépistage était de 582/100 000 habitants (nombre de personnes testées pour le SARS-CoV-2 rapporté à la population) en S38. Depuis le début de l'épidémie, le taux de dépistage est en augmentation quasi constante, cela reflète l'élargissement progressif des indications au dépistage et la mise en place de test obligatoire pour les voyageurs souhaitant se rendre à la Réunion. Il connaît une baisse récente depuis la semaine S35.

Figure 10. Evolution du taux d'incidence pour 100 000habitants des cas de COVID-19 selon les classes d'âge, à Mayotte

Source : laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte (au 23/09/2020), laboratoire privé de Mayotte (au 18/09/2020) et laboratoire du CHU de La Réunion (17/09/2020)



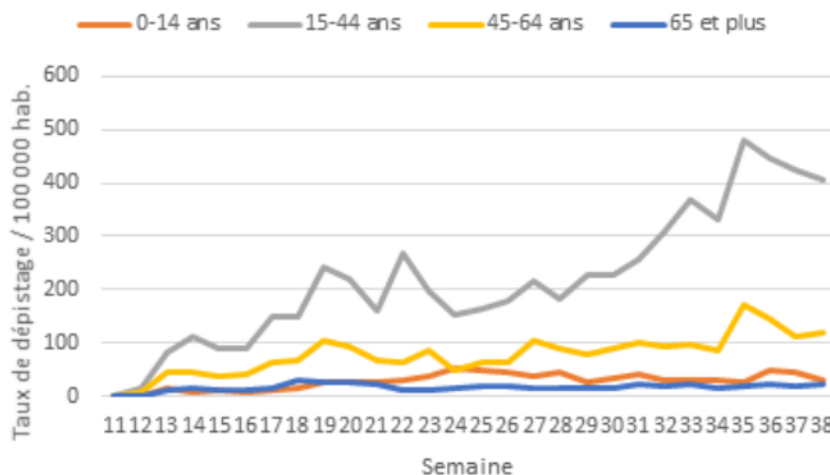
L'analyse par classes d'âge montre, que depuis la rentrée scolaire (S35), le taux d'incidence a augmenté dans l'ensemble des classes, excepté chez les 65 ans et plus. L'augmentation est largement influencée par les personnes âgées de 15 à 44 ans.

Figure 11. Evolution du taux de dépistage pour 100 000 habitants de COVID-19 selon les classes d'âge, à Mayotte

Source : laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte (au 23/09/2020), laboratoire privé de Mayotte (au 18/09/2020) et laboratoire du CHU de La Réunion (17/09/2020)

Depuis le début de l'épidémie, le taux de dépistage est en constante augmentation notamment chez le 15-44 ans. Cette évolution favorable a été permise par l'amélioration des capacités des laboratoires, de l'accès au test et l'élargissement des indications au dépistage.

A partir de la rentrée scolaire, une nette diminution du taux de dépistage est observée notamment chez les 15-64 ans.



Surveillance des clusters

Un cluster ou épisode de cas groupés est défini par la survenue d'au moins 3 cas confirmés ou probables, dans une période de 7 jours, appartenant à une même communauté ou ayant participé à un même rassemblement de personnes, qu'ils se connaissent ou non. Ces situations incluent de manière non exhaustive des cas groupés familiaux élargis, en milieu professionnel, dans un lieu d'enseignement, de villégiature ou de détention, ou chez des personnes habitant une commune de petite taille ou qui ont voyagé ensemble de façon prolongée.

Depuis la levée du confinement, les ARS en lien avec les cellules régionales de Santé publique France et les partenaires locaux investiguent les clusters. Le traçage et le dépistage des personnes contacts permettent de contrôler l'extension de ces foyers.

En date du 24 septembre 2020, 30 clusters ont été comptabilisés depuis le début de l'épidémie à Mayotte : 24 ont été clôturés et 6 sont toujours en cours d'investigation (Tableau 2). Les 30 clusters rapportés sont à l'origine de 560 cas (15% des cas). Le nombre moyen de cas par cluster est de 19 (médiane à 7 cas, minimum à 3 cas et maximum à 236 cas). Au total, 14 cas ont été hospitalisés et 5 sont décédés.

Après une première série de clusters identifiés entre les semaines S13 et S21, au plus fort de l'épidémie, aucun nouveau cluster n'avait été enregistré entre les semaines S22 et S28 (Figure 13). A partir de la semaine S29, des nouveaux clusters réapparaissent correspondant à une période où les indicateurs épidémiologiques étaient en ré-augmentation. Parmi les clusters enregistrés depuis la semaine S29, deux déjà clôturés ont été classés avec un niveau de criticité élevé de par leur fort potentiel de diffusion et un nombre de cas élevé (>10) :

- Cluster élections SMEAM : Suite à des réunions d'élus et de collaborateurs d'élus de diverses communes de Mayotte fin juillet, 25 cas ont été rapportés avec des dates de début des signes (DDS) s'étalant du 24 juillet au 17 août. Le cas index était symptomatique lors de ces réunions. Le non-respect des gestes barrières a été rapporté par les personnes interrogées. Au total, 4 cycles de transmission ont été identifiés suite aux investigations. Huit de ces 25 cas (32%) étaient asymptomatiques. La médiane des âges était de 34 ans (6-84 ans). Aucune hospitalisation n'a été rapportée. Au total, 179 contacts ont été identifiés et 68 ont été testés négatifs. Le taux de dépistage était de 52%.
- Cluster EPS : Le 4 septembre, des cas groupés ont été identifiés chez de jeunes professeurs d'éducation physique et sportive (EPS) suite à une soirée d'anniversaire le 29 août. Sur environ 24 participants à cette soirée, 14 cas ont été confirmés positifs. Des transmissions secondaires ont eu lieu chez des collègues, amis ou colocataires. Au total, 32 cas sont liés à ce foyer dont 29 professeurs de différents collèges et lycée de Mamoudzou et dans les communes proches. La médiane des cas était de 24 ans et le sex ratio H/F de 1,4. Seulement 7 de ces 32 cas étaient asymptomatiques (22%). Certains professeurs sont allés enseigner pendant la phase symptomatiques.

Parmi les 6 clusters actuellement actifs, deux ont un lien avec le milieu de l'enseignement notamment le milieu étudiant :

- Cluster IES : ce cluster a été identifié le 16 septembre à partir d'une famille vivant dans le sud liée à une étudiante en soins infirmiers. Des transmissions secondaires ont eu lieu chez cette famille ainsi que chez les collègues étudiants suite au partage d'espaces confinés. Au total, 11 cas sont liés à ce foyer dont 4 étudiantes.
- Cluster CUFR : ce cluster a été identifié le 20 septembre, à partir d'une famille du Nord lié à un étudiant en formation au Centre universitaire de Dombéni (CUFR) suite à des expositions à risque et covoiturages. Des transmissions secondaires ont eu lieu chez d'autres collègues. Au total 11 cas ont été identifiés dont 3 étudiants du CUFR et 2 enseignants d'une école primaire du Nord.

Figure 12. Nombre de clusters selon leur statut et nombre de cas (tous clusters) par semaine de signalement, entre le 27/03 et le 23/09/20, Mayotte N=(557)

Source : surveillance des clusters, Santé publique France cellule Mayotte, ARS au 23/09/2020

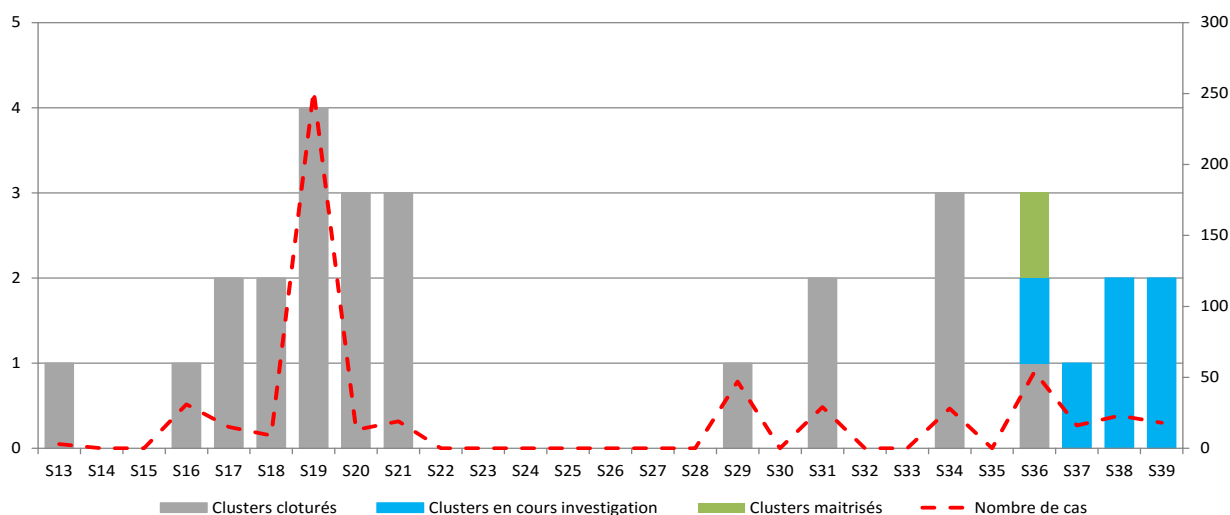


Tableau 2. Caractéristiques des 30 clusters (hors milieu familial restreint) rapportés à Santé publique France, entre mars et septembre 2020, Mayotte

Source : Source : surveillance des clusters, Santé publique France cellule Mayotte, ARS au 23/09/2020

	N	%
Type de collectivités		
Entreprises publiques et privées hors ES	11	37%
Autre (association, quartier)	7	23%
Evénements privés/publics (mariage)	3	10%
Etablissements de santé	1	3%
Etablissements pénitentiaires	1	3%
Structure médico-sociale	1	3%
Transport (avion, bateau, train)	1	3%
Milieu scolaire et universitaire	1	3%
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	4	13%
Statut des clusters		
En cours d'investigation	5	17%
Maîtrisé	1	3%
Clôturé	24	80%
Criticité (potentiel de transmission ou critère de gravité)		
Elevée	12	40%
Modérée	8	27%
Limitée	10	33%
Nombre de cas		
< 5	8	27%
De 5 à 9	9	30%
> 9	13	43%
Nombre d'hospitalisations		
0	26	87%
De 1 à 5	3	10%
5 à 9	0	0%
> 9	1	3%
Nombre de décès		
Aucun	26	87%
Au moins un décès	4	13%
Mesures de gestion		
Fermeture de collectivité		
Dépistage élargi	8	27%
Dépistage ciblé	11	37%
Confinement localisé	17	57%
Atelier de sensibilisation	5	17%
	6	20%

Zoom sur la situation au nord de l'île

Depuis la semaine S34, une augmentation du nombre de cas est observée dans la partie Nord de l'île. A la date du 24 septembre, 5 clusters ont été identifiés dans le nord : Mairie de Mtsambora (47 cas), Mariage à Hamjago (11 cas, Famille de Mtsahara 1 (7 cas), Famille d'Acoua (15 cas) et Famille de Mtsahara 2 (11 cas). A l'exception des 2 clusters identifiés à Mtsahara, tous les autres ont été classés à un niveau de criticité élevée de part leur potentiel de diffusion.

Pour le cluster mariage à Hamjago, les cas avaient des DDS entre le 10/08 (S33) et le 28/08 (S35). Dans le cluster en milieu familial élargi survenu à Acoua les cas avaient des DDS entre le 17/08 (S34) et le 03/09 (S36). L'investigation de ces 2 clusters lors du *contact tracing* était complexe. En effet, les informations recueillies étaient parfois contradictoires entre les cas (sur le nombre de contacts, de personnes présentes au mariage, sur les contacts familiaux...) et ne permettaient pas d'établir des liens formels de transmission entre tous ces cas. Pour cela, des investigations dans la zone Nord ont ensuite été menées par une équipe de Santé publique France et de l'ARS avec une rencontre de plusieurs professionnels de santé, des élus locaux et l'infirmière du lycée Nord. De multiples situations à risque ont été rapportées par les personnes interrogées (cérémonies religieuses, de mariage, et autres rassemblements de plusieurs dizaines de personnes) avec un non-respect des gestes barrières (pas de distanciation sociale ni de port de masques), qui a également pu être observée par l'équipe sur place.

Ces deux clusters n'expliquent pas l'ensemble des cas du nord. Cependant, il est clair que la survenue de cas groupés et les difficultés à identifier l'ensemble des sujets contact ont contribué à l'intensification de la circulation virale dans la communauté.

Il est primordial de poursuivre une activité de dépistage significative sur l'ensemble du département. Une attention particulière est portée aux clusters, qu'ils soient familiaux ou en milieu professionnel, et une réponse adaptée doit être apportée afin de prévenir toute nouvelle vague épidémique sur ce département. L'identification des clusters conduit systématiquement à l'organisation d'interventions et formations collectives en lien avec les associations et municipalités, en vue de rappeler les gestes barrières, d'évaluer les conditions de vie, d'aider à l'isolement au sein du logement (accès à l'eau et aux sanitaires), ou encore de fournir des masques, du matériel d'hygiène.

Surveillance à l'hôpital

Bilan de la surveillance hospitalière entre le 13 mars et le 23 septembre 2020



1 903

Passages aux urgences
du CHM pour suspicion de
COVID-19

13,6%

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



523 hospitalisations

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

304 cas
en médecine

82 cas
en réanimation
dont 44 formes
pulmonaires

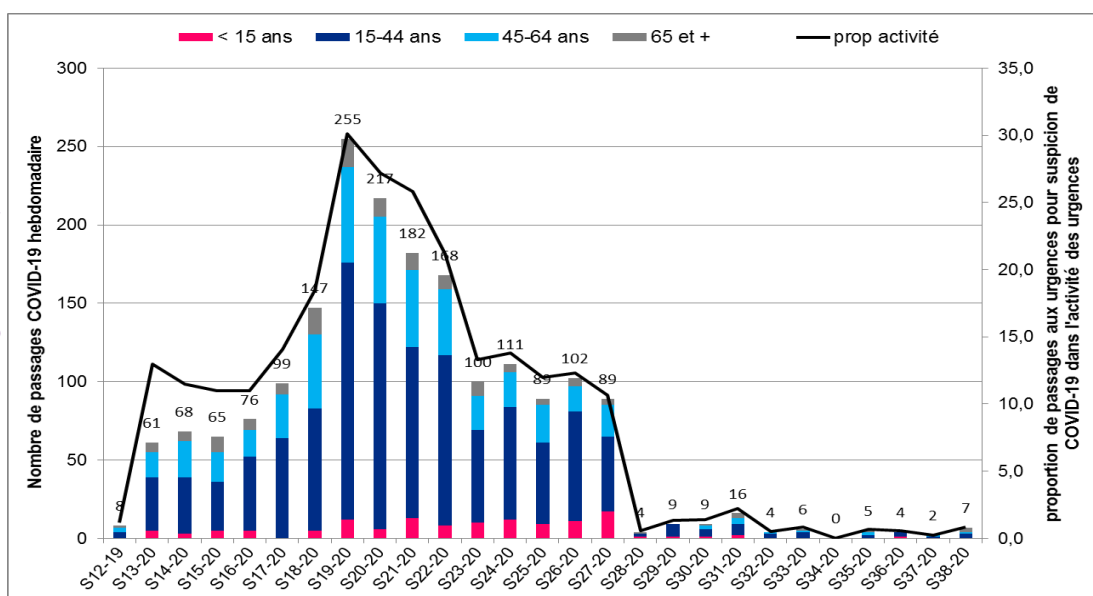
Dont **39 patients**
transférés au Centre Hospitalier
de La Réunion

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 13. 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 23/09/2020



L'activité des urgences du CH Mayotte pour suspicion de COVID-19 était **maximale en semaine S19** où en moyenne 36 passages par jour étaient motivés par un tableau clinique évocateur de COVID-19, **soit près d'un tiers de l'ensemble des passages (30,1%)**.

Depuis la semaine S28, la fréquentation du service des urgences est stable à un niveau bas (moins de 10 passages hebdomadaires).

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 des services de médecine et de réanimation du CHM.** Chaque cas admis dans ces services hospitaliers fait l'objet d'un questionnaire standardisé. Ces systèmes de surveillance ont 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.

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

Depuis le 13 mars 2020, 523 patients avec un diagnostic de COVID-19 (cas confirmés ou cas probables) ont été hospitalisés au CHM (toutes causes, toutes durées, sans notion d'imputabilité de l'infection sur l'hospitalisation). La majorité des patients hospitalisés sont passés par le service de médecine : le dernier service d'hospitalisation (ou le service actuel) était la médecine pour 61,2 % des hospitalisés, la maternité pour 16,9 %, l'UHCD pour 10,7 %, la pédiatrie pour 3,1 % et la réanimation pour 4,3 %. De plus, 39 patients ont bénéficié d'une évacuation sanitaire vers la Réunion. Enfin, 33 sont décédés en milieu hospitalier.

Depuis le début de la pandémie, de nombreux travaux de surveillance et de recherche ont permis d'apporter un éclairage sur les dynamiques épidémiques mais également sur le profil des patients susceptibles de développer une forme grave. Des facteurs de risque de forme grave ont ainsi été suggérés tels que l'âge avancé, l'obésité, le diabète ou l'hypertension artérielle.

A Mayotte, les résultats préliminaires de l'enquête de santé à Mayotte Unono wa maore ont montré la prévalence élevée de ces facteurs de risque en population générale. De fait, les acteurs de santé locaux se sont interrogés sur l'impact de l'épidémie de COVID-19 sur cette tranche de la population particulièrement fragile. Une partie de la réponse à cette question se trouve dans la description du profil des cas hospitalisés. Dans l'idée de faire un état des lieux des patients hospitalisés en médecine au CHM, un système de surveillance a été mis en place par SpF et les cliniciens du service de médecine.

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

Depuis le 13 mars 2020, 304 patients avec un diagnostic de COVID-19 ont été hospitalisés au CHM. La plupart des admissions en médecine ont été recensées entre début avril et mai 2020.

Les dossiers médicaux des 239 premiers patients hospitalisés en médecine ont pu être analysés et une première description est présentée ci-dessous. Entre le 13 mars et le 15 juin 2020, 239 cas ont été hospitalisés en médecine. Il s'agissait de 157 hommes et 82 femmes, soit un sex ratio H/F=1,9. L'âge médian était de 57 ans [EIQ : 45;66].

Tous les patients ont bénéficié d'une analyse PCR sur prélèvement nasopharyngé. Si la première PCR nasopharyngé revenait négative, malgré une clinique et une imagerie évocatrices, de nouveaux prélèvements étaient réalisés (nasopharyngé, salive et selle). Les prélèvements salivaires et de selles ont permis de rattraper le diagnostic dans respectivement 1 % et 2,4 % des cas. Les analyses PCR ont permis de confirmer le diagnostic pour 90 % des patients. Pour 16 patients, tous les prélèvements (entre 3 et 5 PCR) se sont révélés négatifs. Cependant, l'imagerie et le tableau clinique ont permis de retenir le diagnostic. Pour l'un d'entre eux, la suspicion a été confirmée par la suite par une sérologie positive. Aucun patient n'a bénéficié d'un lavage broncho-alvéolaire (LBA) pour analyse PCR sur prélèvement respiratoire profond.

Une imagerie thoracique fut réalisée pour 184 patients (88,9 %), le plus souvent dès la prise en charge aux urgences. La majorité des cas a bénéficié d'un examen sans injection de produit de contraste (55,6 %). L'imagerie a révélé des lésions typiques du COVID-19 pour 161 patients (78 %), à type d'image de verre dépoli à prédominance sous-pleurale. Pour la majorité d'entre eux (73,9 %), l'atteinte était bilatérale. Seulement 11,6 % des patients ne présentaient aucune lésion. Par ailleurs, une complication thromboembolique fut retrouvée à l'imagerie pour 17 patients (8,2 %), dont 6 cas asymptomatiques ou pauci-symptomatique (3 %) et 11 cas ayant présenté une forme sévère (5,3 %).

La plupart des patients présentait au moins une comorbidité, principalement l'hypertension (51 % des cas), le diabète (48 %), les maladies cardiovasculaires (18 %), rénales (17 %), respiratoires (8 %) et les cancers (6 %). L'indice de masse corporelle a été recueilli pour 153 patients et 65 % d'entre eux présentaient un IMC au delà de la normale dont plus de la moitié (56 %) dépassaient les seuils de l'obésité.

Sur les 239 patients suivis, 87 % ont été hospitalisés pour COVID-19 (N=207) tandis que pour 13 % des patients, l'infection par le Sars-Cov-2 a été diagnostiquée fortuitement au cours du séjour, au cours d'un dépistage systématique.

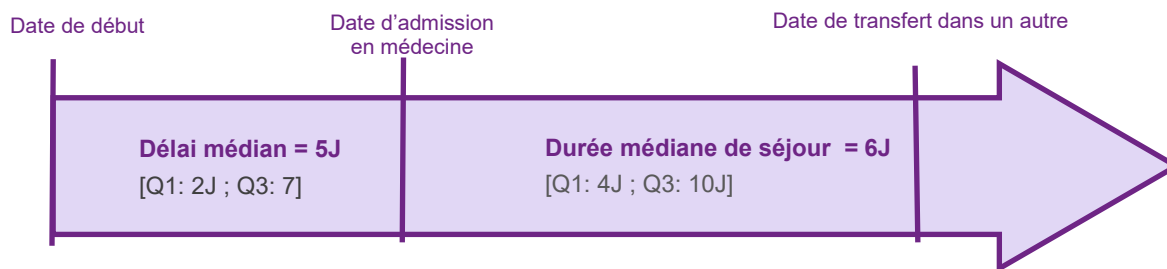
Parmi les 207 patients hospitalisés pour COVID-19 :

- 122 cas ont présenté une forme sévère tandis que les autres ont révélé une forme asymptomatique ou paucisymptomatique
- Un tableau fébrile a été retrouvé pour 80 % d'entre-deux, souvent associée à une toux et/ou une sensation de dyspnée.
- Une oxygénothérapie a été nécessaire pour 119 cas. La durée moyenne de l'oxygénothérapie était de 5 jours [EIQ : 3;7].
- La durée médiane d'hospitalisation en médecine au CHM était de 7 jours [EIQ : 5;11] (Figure 15).

Surveillance des hospitalisations (suite)

Figure 14. Délais entre début des signes, admission et durée de séjour des patients admis dans le service de médecine

Source : service de médecine du CHM, Santé publique France cellule Mayotte, du 13/03/20 au 23/09/2020



Parmi les 239 patients hospitalisés, seuls 67% étaient hospitalisés pour un motif médical imposant un suivi dans le service de médecine. En effet, 13% des patients (N=49) ont été hospitalisés pour assurer une surveillance clinique, devant un tableau non sévère mais qui, du fait de comorbidités ou d'une présentation clinique inquiétante, aurait justifié d'un suivi ambulatoire rapproché par un médecin traitant et/ou des IDE, suivi non disponible hors CHM. Egalement, 6% des patients (N=14) ont été hospitalisés pour des raisons sociales, principalement en début d'épidémie. La grande majorité des cas a présenté une évolution clinique favorable permettant un retour au domicile.

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

Entre le 13 mars et le 23 septembre 2020, 82 patients ont été admis en réanimation avec un diagnostic de COVID-19 : 53 hommes et 29 femmes, l'âge médian de ces cas était de 51 ans et 60% avaient moins de 60 ans. Il s'agissait de 73 adultes et 9 enfants. Le cas le plus jeune était âgé de 6 ans et le plus âgé de 85 ans.

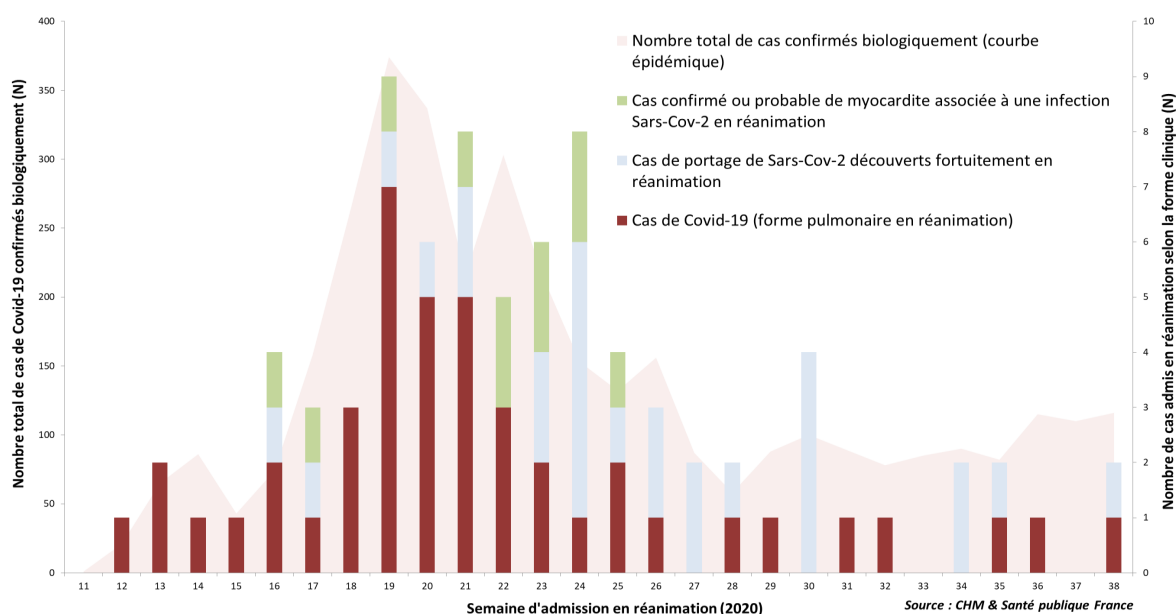
Parmi ces patients admis en réanimation, plus de la moitié ont présenté une forme pulmonaire du Covid-19 (54%). Dans 33% des cas, les patients étaient admis pour un autre motif et la découverte du portage Sars-Cov-2 était fortuite. Enfin, depuis le début de l'épidémie, 13% des cas admis en réanimation présentaient une atteinte cardiaque associée à une infection par le Sars-Cov-2 (11 cas dont 6 enfants) (Figure 16).

Parmi les 44 patients atteinte d'une forme pulmonaire de Covid-19 :

- la médiane d'âge était de 60 ans (EIQ : 51-67 ans). Seuls 3 patients ne présentaient aucune comorbidité, ils étaient cependant tous âgés de plus de 60 ans. Parmi les 41 patients présentant au moins une comorbidité, il s'agissait principalement de patients hypertendus (66%), diabétiques (61%) et atteints de pathologies rénales (17%). De plus, 68% des cas présentaient un indice de masse corporelle au-delà de la normale avec 13% des cas en situation d'obésités.
- 39 patients ont développé un syndrome de détresse respiratoire aigu (89%) dont 28 formes sévères. Une ventilation invasive s'est révélée nécessaire pour 26 patients. La durée médiane de séjour dans le service était de 7 jours (EIQ : 4-24 jours)

Figure 15. 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 23/09/2020



Surveillance de la mortalité

Depuis le début de l'épidémie, **41 décès avec notion d'infection COVID-19 ont été répertoriés** (40 cas confirmés et 1 cas probable avec symptomatologie et TDM évocatrices de l'infection). Il s'agissait de 28 décès au CHM (dont 15 en réanimation et 11 en médecine), 6 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 64 ans et 53,7 % avaient moins de 70 ans. Le sex-ratio H/F des patients décédés était de 1,4 (17 femmes pour 24 hommes).

Figure 17. Nombre de décès (N=41) et de cas confirmés par semaine (N=3 714)

Source : Santé publique France cellule Mayotte, au 23/09/2020

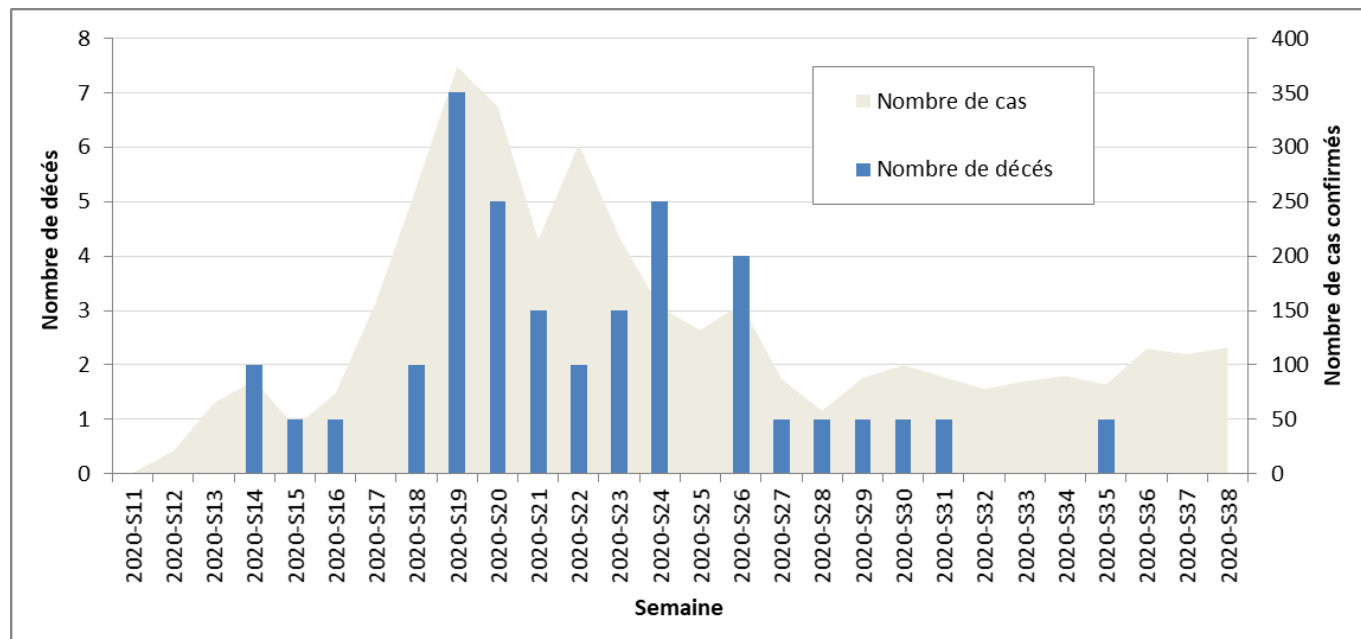


Tableau 3. Répartition par classe d'âge des cas confirmés et cas probables de COVID-19 décédés à Mayotte, (N=41)

Source : CHM (Médecine, Services de réanimation/soins intensifs), Santé publique France cellule Mayotte, au 23/09/2020

Classe d'âge	0-9 ans	10-19 ans	20-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	80 ans et +
Décédés (N=41)	0	1	0	0	7	6	8	9	10

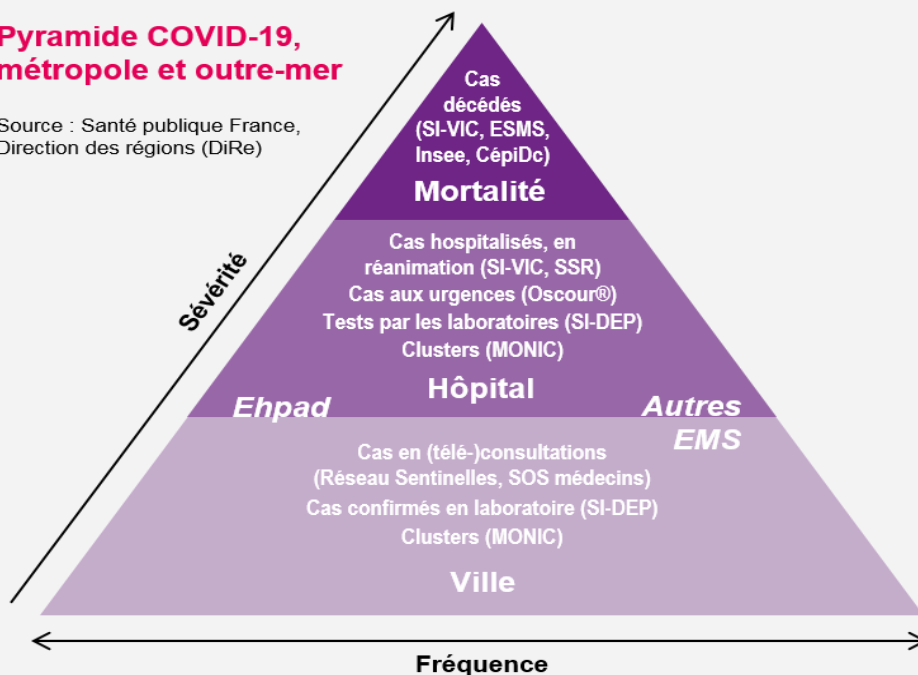
L'âge médian des cas décédés était de 64 ans et **53,7 % avaient moins de 70 ans**. Le sex-ratio H/F des patients décédés était de 1,4 (17 femmes pour 24 hommes).

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
Nelly FOURNET
Fanny PARENTON
Maoulide SAINDOU
Ibtissame SOULAIMANA
Marion SUBIROS
Hassani YOUSOUF

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

25 septembre 2020

Numéro vert national

0 800 130 000

7j/7 24h/24 (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