

Edito

Si la France est entrée dans une phase allégée du confinement national le 28 novembre, le département de Mayotte n'a pas fait l'objet d'une telle mesure. Pour lutter contre la propagation du virus, la stratégie locale privilégie une **démarche incitant à l'isolement ciblé des malades et de leurs contacts durant 7 jours minimum** et 14 jours maximum. Aucun outil n'est cependant disponible pour évaluer l'application de cette mesure destinée à limiter les contacts entre une personne contagieuse et son entourage.

Ainsi, les indicateurs épidémiologiques de la métropole sont en faveur d'une diminution importante de la circulation du SARS-CoV-2 avec un passage du pic des nouvelles contaminations en S44 et des hospitalisations en S45. **A Mayotte, l'épidémie sévit depuis bientôt neufs mois consécutifs.** Après un pic épidémique observé début mai, l'incidence de la maladie avait ensuite diminué progressivement pour passer sous le seuil d'alerte de 50/100 000 hbts en juillet et se maintenir en dessous de ce seuil durant les trois mois d'hiver austral, de juillet à septembre. Alors que la fin des congés d'hiver s'est accompagnée d'une recrudescence de cas ; depuis 3 semaines, les indicateurs suggèrent un ralentissement de l'épidémie. Cependant, le **nombre de nouveaux cas hebdomadaire se maintient à un niveau élevé** avec une incidence à 57/100 000 hbts en S47. Par ailleurs, la surveillance des hospitalisations pour Covid-19 montre une nette **recrudescence de cas admis au Centre Hospitalier de Mayotte (CHM)** depuis mi-octobre. Enfin, pour la première fois depuis 4 mois, une **hausse de l'incidence a été observée chez les personnes âgées de plus de 65 ans.** Entre mi-octobre et mi-novembre, le taux d'incidence dans cette classe d'âge a triplé. Ce signal invite à **renforcer la protection de cette population particulièrement vulnérable** face à l'infection.

La surveillance épidémiologique reste 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'ensemble des partenaires de la surveillance.

Jusqu' alors, les indicateurs de surveillance étaient issus de l'analyse des données transmises quotidiennement par les laboratoires (CHM, Mayobio, CHU Réunion) à Santé publique France (SpF). Ce dispositif permettait d'atteindre l'exhaustivité des cas confirmés biologiquement. Avec la diffusion des TRODs hors des laboratoires, (et la multiplication des acteurs réalisant des tests à la recherche de la Covid-19), il n'est plus envisageable de centraliser l'ensemble des résultats au sein de la Cellule Mayotte de SpF. Ainsi, à partir de la S45, la surveillance épidémiologique repose exclusivement sur les données issues du **système national SI-DEP** (système d'information de dépistage). La qualité des indicateurs épidémiologiques est désormais dépendante de la transmission systématique de chaque résultat par les professionnels de santé amenés à effectuer des tests pour Sars-Cov-2, que ce soit par RT-PCR, sérologie ou test antigénique.

Aujourd'hui, les capacités de test sont multipliées grâce à l'arrivée des TRODs. Cela permet notamment, de désenclaver certaines zones de l'île isolées des dispositifs de prélèvement (comme le Nord Ouest). Le TROD doit permettre de garantir un accès facilité et précoce au dépistage et au diagnostic pour l'ensemble des habitants. Pour autant, alors que l'incidence est en nette diminution depuis trois semaines, le **taux de dépistage est également en chute libre.** 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.

En conséquence, de **nouveaux clusters émergent chaque semaine.** Depuis la semaine S37, 45 nouveaux clusters ont été identifiés, soit plus de la moitié 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 941 cas. Ainsi à Mayotte, **près d'un cas de Covid-19 sur cinq est relié à un cluster.** Une attention particulière doit être portée aux milieux professionnels et aux rassemblements privés. Malheureusement, les investigations ont montré leurs limites quant à l'identification exhaustive des sujets contacts lors de grands rassemblements (cérémonies religieuses, fêtes, réunions publiques, etc). La problématique des sujets contacts non identifiés, dont certains sont des personnes infectées qui s'ignorent contagieuses, contribue au maintien de chaînes de transmission sur l'ensemble du territoire. Afin **d'optimiser la qualité du contact tracing, de nouveaux outils** doivent être imaginés sur le principe de solutions numériques telles que l'application « TousAntiCovid ».

Comme observé ailleurs dans le monde, la Covid-19 ne semble plus au centre des préoccupations de la population. Le virus poursuit ainsi sa diffusion et constitue toujours un **risque pour les personnes âgées et fragiles.** A cela, s'ajoute l'arrivée de l'été austral qui s'accompagne habituellement des recrudescences saisonnières de grippe et bronchiolite. Cette saison, propice à la **circulation des virus respiratoires**, constitue une opportunité unique de sensibiliser activement la population aux gestes du quotidien permettant de protéger les plus vulnérables contre ces infections.

En collaboration avec :

Agence régionale de santé (ARS) Mayotte,

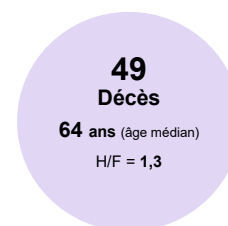
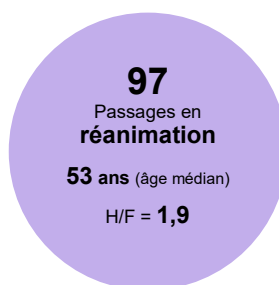
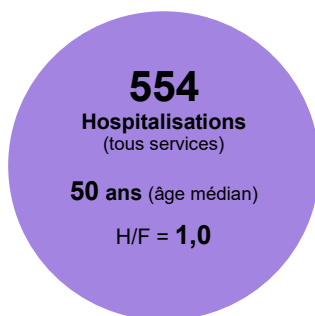
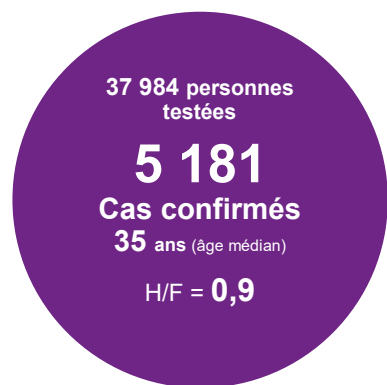
Centre Hospitalier de Mayotte (CHM) : services de médecine, urgence SAMU Centre 15, réanimation, pédiatrie, laboratoire

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 sentinelles, à l'équipe médicale du SDIS, au Service de Santé des Armées, au CMIA, à toutes les personnes s'étant portées volontaires pour contribuer aux investigations autour du Covid-19 à Mayotte.

Indicateurs clés



	Maximum (Semaine)	Semaine 45	Semaine 46	Semaine 47	Evolution sur 3 semaines
► Nombre de nouveaux cas confirmés	387 (S19)	290	211 -27,6 %	159 -24,7%	
► Taux de positivité sur l'ensemble des tests réalisés	36,3% (S18)	12,2 %	10,1 %	8,3%	
► Incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants	139 (S19)	104	76	57	

Surveillance individuelle

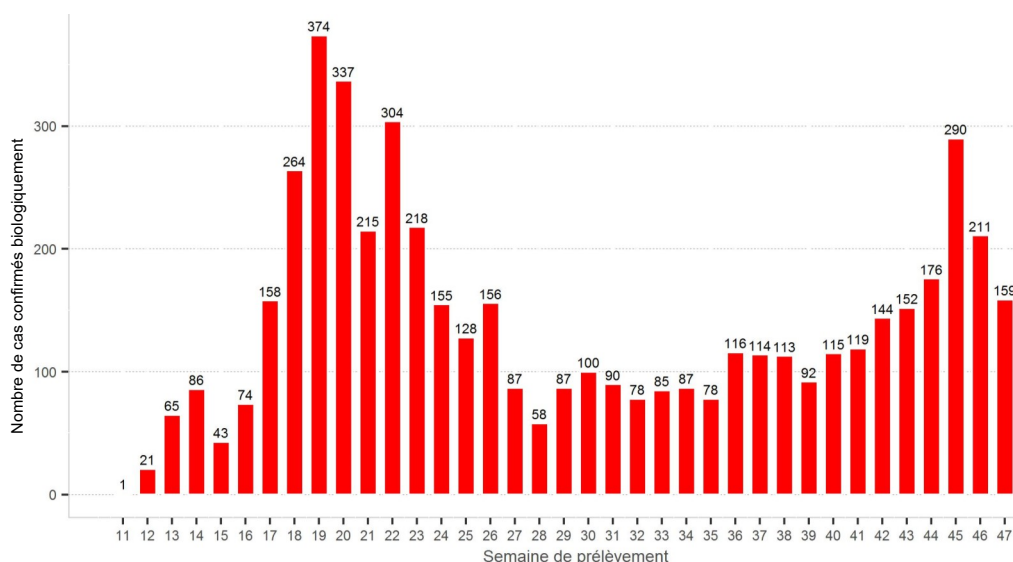
Des investigations sont menées autour de chaque cas confirmé de COVID-19 afin d'identifier l'origine de la contamination. Une exposition à risque est recherchée sur la période des 14 jours précédant la date des premiers signes cliniques (ou 7 jours avant la date de prélèvement pour les sujets asymptomatiques). 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 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 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 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, SIDEP et laboratoire du CHU de La Réunion (au 25/11/2020)

Depuis la rentrée scolaire (S36), le nombre de cas est en augmentation.

Un pic (290 cas) a été observé en S45 faisant suite à un dépistage massif réalisé dans plusieurs communes du centre et du sud de Mayotte (Figure 1).

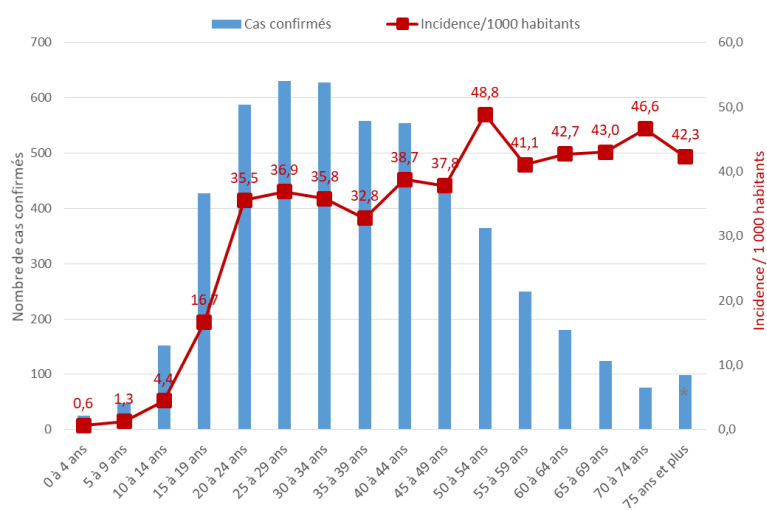


Surveillance individuelle

Caractéristiques sociodémographiques

Figure 2. Incidence pour 1 000 habitants selon la classe d'âge, Mayotte (N=5 181)

Source : surveillance individuelle, Santé publique France cellule Mayotte au 25/11/2020



* 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 (65,9%) sont âgés de 15 à 44 ans.

L'incidence globale sur l'ensemble de l'épidémie est de **18 cas confirmés pour 1 000 habitants**. Cette incidence est faible pour les classes d'âge basses (moyenne de 5 cas /1 000 habitants pour les moins de 15 ans).

Entre **20 et 49 ans**, l'incidence moyenne est de **36 cas pour 1 000 habitants**, inférieure à celle observée pour les 50 ans et plus (44 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.

Activité professionnelle

Parmi les cas confirmés de COVID-19 à Mayotte, l'activité professionnelle était renseignée pour 3 569 cas soit environ deux tiers des cas. Près d'un tiers d'entre eux (**1 088 cas**) était des adultes sans activité professionnelle et 13,2% était des enfant ou des étudiants.

Plus de la moitié des cas pour lesquels l'information était disponible (56,2%) avait une activité professionnelle :

- **9,5%** exerçaient en **milieux de soins** ;
- **11,3%** exerçaient dans le secteur de **l'enseignement** ;
- **5,6%** étaient des membres de **force de l'ordre ou pompier** ;
- **29,8%** exerçaient dans un autre domaine.

Professionnels des milieux de soins

Les professionnels exerçant en milieux de soins représentaient **9,5% des cas** de COVID-19* (N=338) ; 251 étaient des soignants : 60 médicaux et 191 paramédicaux (Tableau 1).

Ces professionnels ont été particulièrement impactés par la maladie en début d'épidémie. A partir de la S16, ils représentaient moins de 10% de l'ensemble des cas positifs à l'exception de la S44 durant laquelle cette proportion a augmenté jusqu'à 20%. Cet accroissement a été causé par l'émergence d'un cluster au sein d'un hébergement collectif pour soignants.

L'âge médian des professionnels en milieux de soins positifs au COVID-19 était de 37 ans.

Ces professionnels exerçaient notamment :

- dans le secteur hospitalier : 246 cas
- dans le secteur libéral : 53 cas
- dans un centre de PMI : 6 cas
- en milieu associatif : 15 cas
- autre secteur : 18 cas

* Cas pour lesquels, l'activité était renseignée.

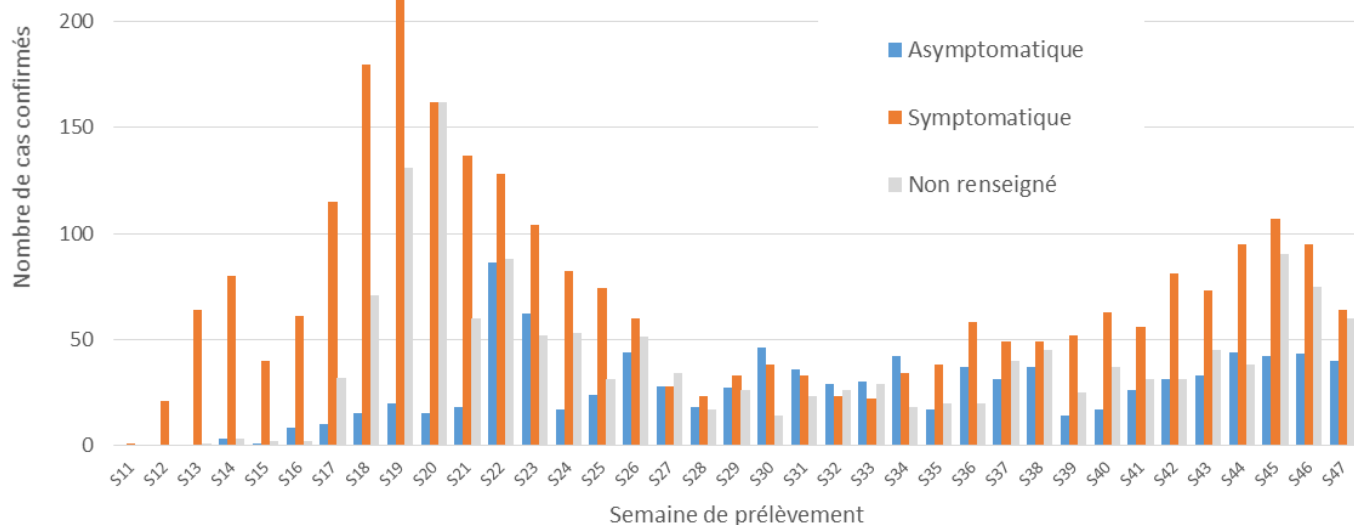
Tableau 1. Répartition du nombre de professionnels atteints du COVID-19 exerçant en milieux de soins, par catégorie professionnelle, depuis le début de l'épidémie, Mayotte (N=338)

Source : surveillance individuelle, Santé publique France cellule Mayotte au 25/11/2020

Profession	Nombre de cas	%
Professions médicales	60	17,8%
Médecin	42	12,5%
Sage-femme	16	4,7%
Pharmacien	2	0,6%
Professions paramédicales	191	56,5%
Dont infirmier	82	24,1%
Dont aide soignant	48	14,1%
Autres professionnels en milieu de soins (hors soignant)	87	25,7%

Figure 3. Evolution du nombre de cas confirmés de COVID-19 selon la présence ou non de symptômes, par semaine de prélèvement, depuis le début de l'épidémie (13 mars 2020) (N= 5 181)

Source : surveillance individuelle, Santé publique France cellule Mayotte au 25/11/2020



Parmi les cas de COVID-19 pour lesquels l'information était connue, **27% se déclaraient sans symptôme**.

Les premières semaines, de la S12 à la S21, seulement 7,6% des cas confirmés étaient asymptomatiques. Puis la proportion d'asymptomatique a augmenté jusqu'à représenté la moitié des cas confirmés entre les semaines 27 et 34. Depuis la semaine S35, les cas symptomatiques sont à nouveau majoritaires (68,1%).

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. A partir de la semaine S31, le dépistage systématique des contacts à risque a été largement déployé. Enfin, le dépistage des voyageurs à destination de La Réunion a été obligatoire de la semaine S29 à la semaine S39. L'arrêt des « dépistages voyageurs » a probablement contribué à la diminution de la proportion de cas asymptomatiques observé à partir de la semaine S39.

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 notamment des cas groupés familiaux élargis, en milieu professionnel, dans un lieu d'enseignement, de détention, ou chez des personnes habitant une petite commune ou qui ont voyagé ensemble de façon prolongée.

En date du 27 novembre 2020, **72 clusters ont été comptabilisés depuis le début de l'épidémie à Mayotte** dont 64 sont clos (Tableau 2). Les 72 clusters rapportés sont à l'origine de **941 cas (18,1% des cas)**. Le nombre moyen de cas par cluster est de **13** (médiane : 7 cas, min : 3 cas et max : 236 cas). Au sein de ces clusters, 16 cas ont été hospitalisés et 6 cas sont décédés.

Les clusters récemment identifiés se situent sur l'ensemble du territoire plus particulièrement dans le grand Mamoudzou, la commune de Bouéni, de Chirongui et de Sada. Depuis la semaine 37, le **nombre de cluster est en hausse** (Figure 4).

Au cours des investigations, la plupart des personnes interrogées ont rapporté **ne pas respecter les gestes barrières** et notamment, la distanciation physique. Pour **40% des clusters, le potentiel de diffusion était élevé**. Récemment, le potentiel de diffusion du virus a été illustré au sein de plusieurs clusters de grande taille (jusqu'à 20 cas) :

- Compétitions sportives (football, rugby) : embrassades, regroupement avant/après matchs, partage de bouteilles d'eau.
- Réunion de travail : absence de port du masque dans un espace clos et mal ventilé.
- Caserne : pas de respect strict des gestes barrières, notamment de la distanciation physique durant les temps de pause, le partage des repas ou les trajets en véhicule partagés.
- Hébergement collectif de soignants : promiscuité, partage des lieux de vie (salle TV, cuisine), activités de loisir communes sans distanciation physique.

Surveillance des clusters

Figure 4. Nombre de clusters de Covid-19 (N=72) selon le statut et le nombre de cas (N=941) par semaine de signalement, entre mars et novembre 2020, Mayotte

Source : surveillance des clusters, Santé publique France cellule Mayotte au 27/11/2020

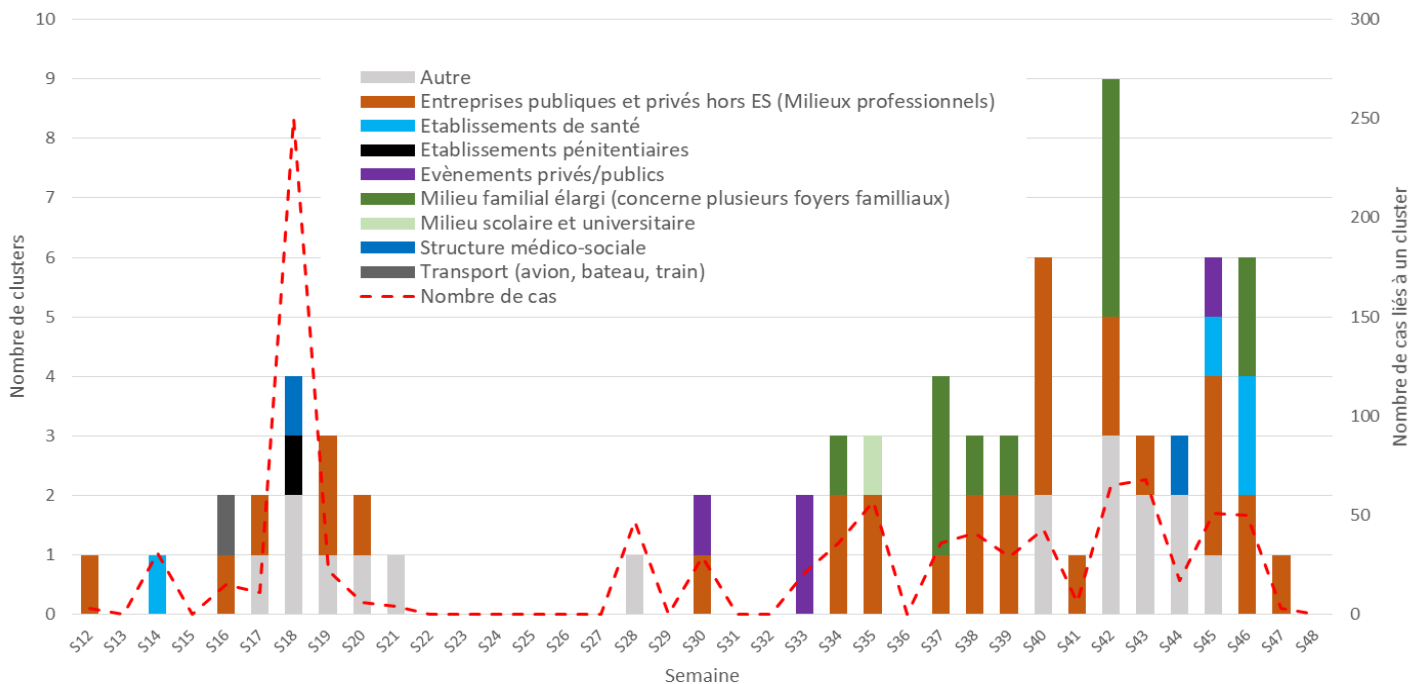


Tableau 2. Caractéristiques des 72 clusters (hors milieu familial restreint) rapportés à Santé publique France, entre mars et novembre 2020, Mayotte

Source : Source : surveillance des clusters, Santé publique France cellule Mayotte, au 27/11/2020

	N	%
Type de collectivités		
Entreprises publiques et privés hors ES	30	42%
Autre (association, quartier)	17	24%
Evénements privés/publics (mariage)	4	6%
Etablissements de santé	4	6%
Etablissements pénitentiaires	1	1%
Structure médico-sociale	2	3%
Transport (avion, bateau, train)	1	1%
Milieu scolaire et universitaire	1	1%
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	12	17%
Statut des clusters		
En cours d'investigation	6	8%
Maîtrisé	2	3%
Clôturé	64	89%
Criticité (potentiel de transmission ou critère de gravité)		
Elevée	29	40%
Modérée	25	35%
Limitée	18	25%
Nombre de cas		
< 5	34	47%
De 5 à 9	16	22%
> 9	22	31%
Nombre d'hospitalisations		
0	66	92%
De 1 à 5	5	7%
5 à 9	0	0%
> 9	1	1%
Nombre de décès		
Aucun	68	94%
Au moins un décès	4	6%

Les clusters sont retrouvés :

- pour 42% d'entre eux dans les **entreprises privées et publiques** hors établissement de santé
- pour 24%, dans des **collectivités** autre (associations, regroupements de quartier)
- pour 17%, dans contexte de **milieu familial élargi**.

Toutefois, la distribution de ces différents types de clusters varie au fil de l'épidémie (Figure 4). La proportion des clusters émergeant dans le **milieu familial élargi a connu une hausse importante** ces dernières semaines et représentait 23% des clusters entre les S35 et S47.

Afin de prévenir l'émergence de foyers épidémiques, il apparaît nécessaire d'accompagner la population avec des **outils concrets de prévention du risque épidémique** dans les situations à risque : réunions formelles ou informelles, covoiturage, fêtes, activités de loisir...

Par ailleurs, des ateliers de sensibilisation pourraient être organisés, avec un **ciblage des risques spécifiques à chaque type de communautés** : membres de clubs sportifs, cercles de villageois, groupes de femmes, associations...

Surveillance virologique

Mayotte compte 2 laboratoires : le laboratoire du Centre hospitalier de Mayotte et le laboratoire privé Mayobio. Ils ont réalisé l'ensemble des analyses PCR pour Sars-Cov-2 à Mayotte ; à l'exception de la plupart des prélèvements des voyageurs en partance pour La Réunion entre le 21/07 et le 17/09 (CHU) ou un pays étranger (Biogroup-métropole, données non disponibles).

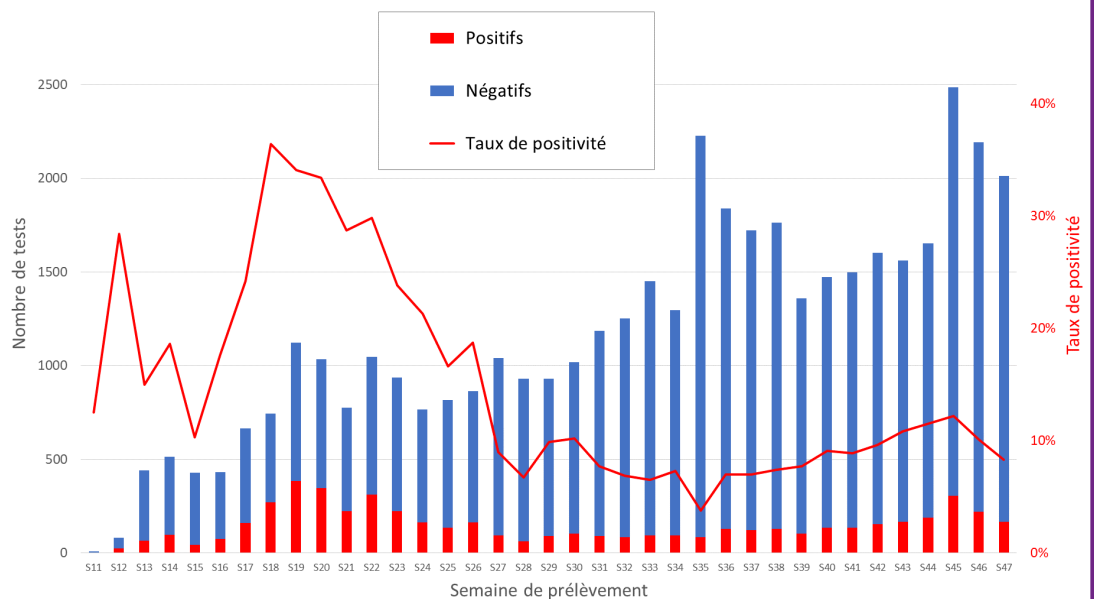
Depuis la S45, les tests antigéniques (Tests Rapides d'Orientation Diagnostic - TRODs) ont été mis à disposition de différents acteurs locaux : laboratoires, médecins libéraux, pharmacies, infirmiers libéraux, ARS.

Nouveauté : Depuis le début de l'épidémie, la surveillance s'est appuyée sur les données transmises quotidiennement à Santé publique France (SpF) par les 3 laboratoires (CHM, Mayobio, CHU). Avec la diffusion des TRODs hors des laboratoires d'analyses médicales, (et la multiplication des acteurs réalisant des tests à la recherche de la Covid-19), il n'est plus envisageable de centraliser l'ensemble des résultats au sein de la Cellule Mayotte de SpF. Ainsi, à partir de la S45, la **surveillance épidémiologique reposera exclusivement sur le système national SI-DEP** (système d'information de dépistage). La qualité des indicateurs repose désormais en partie, sur l'ensemble des acteurs responsables de la remontée systématique des données dans le dispositif SI-DEP.

NB : A ce jour, il n'est pas possible d'évaluer l'exhaustivité de la remontée des TRODs dans la base de données SI-DEP.

Figure 5. Nombre de tests réalisés, nombre de prélèvements positifs pour SARS-CoV-2 et taux de positivité, par semaine

Source : laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte, laboratoire privé de Mayotte, SIDEP et laboratoire du CHU de La Réunion (au 25/11/2020)



Au total, 43 619 tests (42 889 PCR et 730 TRODs) ont été réalisés : 33 567 par le laboratoire hospitalier de Mayotte (exclusivement des PCR), 6 223 par le laboratoire privé (PCR et TRODs), 3 591 par le laboratoire du CHU de La Réunion (dépistage PCR obligatoire pour les vols Réunion-Mayotte entre le 21 juillet et le 19 septembre) et 238 par les médecins libéraux et pharmaciens (exclusivement des TRODs).

Après un maximum de 36,4% atteint en S18, le taux de positivité pour Sars-Cov-2 a connu une diminution régulière jusqu'à atteindre 3,8% en S35. Depuis la rentrée scolaire, le taux de positivité ré-augmente progressivement. Il se situait au dessus du seuil d'alerte (10%) mais il amorce une diminution depuis trois semaines.

Figure 6. Taux d'incidence pour 100 000 habitants de COVID-19, tous âges, par département, France, semaine S47 (16 au 22 novembre)
Sources : GEODES, Santé publique France

En semaine S47, en métropole, le taux d'incidence des cas confirmés était au-dessus du seuil d'alerte de 100/100 000 habitants dans 79 départements métropolitains et 11 départements dépassaient le taux de 250 cas pour 100 000 habitants.

L'incidence de l'ensemble des départements d'outre mer était au dessus de 50/100 000 habitants à l'exception de la Guadeloupe (27,9/100 000).

L'incidence de Mayotte (54/100 000) était comparable à celle de la Martinique (57/100 000) ou de la Guyane (55/100 000), légèrement inférieure à celle observée à la Réunion (67/100 000).

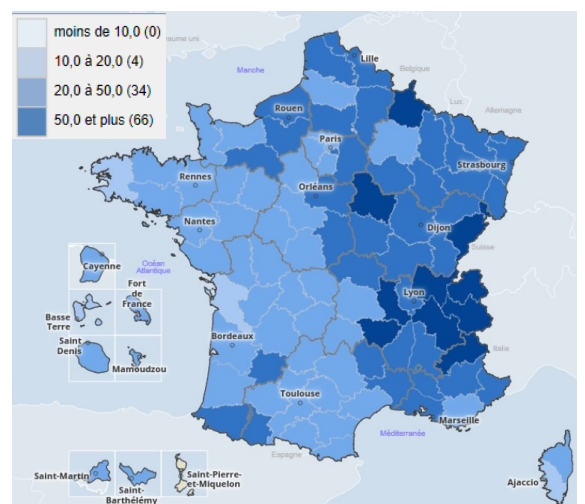
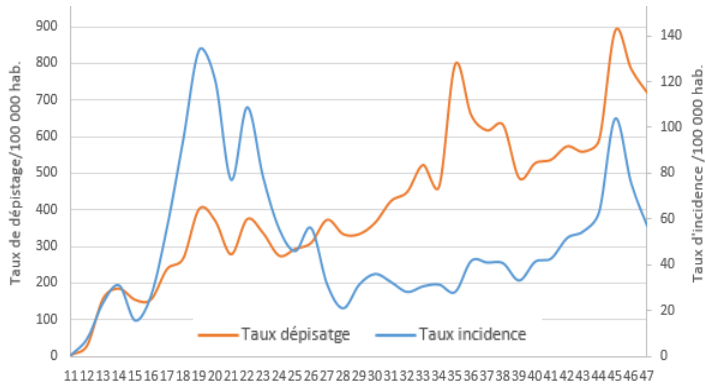


Figure 7. Evolution du taux d'incidence et taux de dépistage pour 100 000 habitants, par semaine, à Mayotte

Source : laboratoire du Centre Hospitalier de Mayotte, laboratoire privé de Mayotte, SIDEPE et laboratoire du CHU de La Réunion (au 25/11/2020)



Après un pic épidémique observé début mai (139 cas pour 100 000 habitants en S39), l'incidence de la maladie avait ensuite diminué progressivement pour franchir le seuil des 50/100 000 hab en juillet et se maintenir en dessous du seuil d'alerte de juillet à septembre.

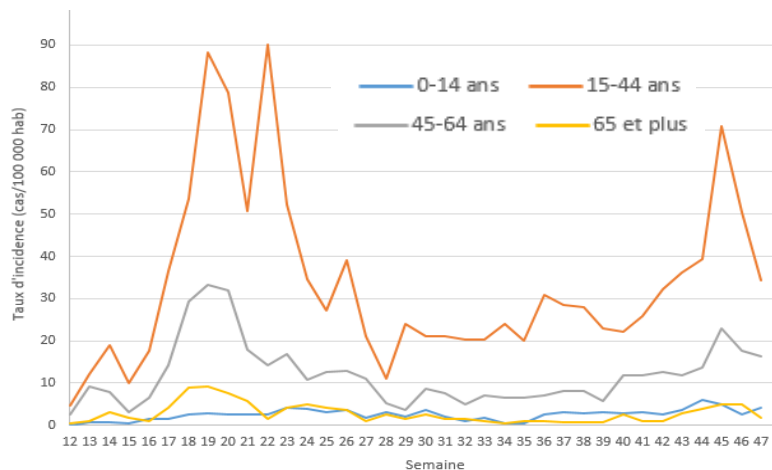
Depuis la S4,2 le taux d'incidence dépasse les 50 cas pour 100 000 habitants avec un nouveau pic en semaine 45 (104 cas pour 100 000 habitants). Au cours des 3 dernières semaines, le taux d'incidence diminue franchement, en lien avec l'évolution du taux de dépistage.

Depuis le début de l'épidémie, le **taux de dépistage** est en augmentation quasi constante (à l'exception d'une forte diminution concomitante avec les semaines suivant la rentrée scolaire). Cela reflète l'élargissement progressif des indications au test.

Le pic de taux de dépistage en S45 (889 tests/ 100 000 habitants) fait suite aux actions de dépistages massifs réalisés dans plusieurs communes. En S47, le taux de dépistage était de 719 tests pour 100 000 habitants.

Figure 8. 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, laboratoire privé de Mayotte, SIDEPE et laboratoire du CHU de La Réunion (au 25/11/2020)



Entre mi-septembre et début novembre, l'augmentation de l'incidence a concerné l'ensemble des classes d'âge, bien qu'elle ait été particulièrement marquée chez les 15-44 ans, s'approchant des niveaux atteints en début d'épidémie.

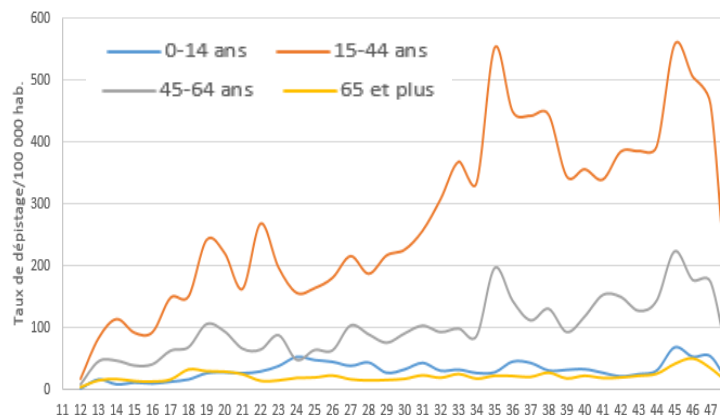
Entre mi-octobre et mi-novembre, l'incidence de la maladie était en **hausse pour les personnes âgées de 65 ans et plus**. Le taux d'incidence dans cette classe d'âge a plus que triplé au cours du mois.

Figure 9. 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, laboratoire privé de Mayotte, SIDEPE et laboratoire du CHU de La Réunion (au 25/11/2020)

Depuis le début de l'épidémie, les taux de dépistage évoluent différemment selon les classes d'âge :

- peu de fluctuations observées pour les personnes âgées de 0-14 ans ou de plus de 65 ans,
- pour les 15-44 ans, le taux de dépistage a augmenté du début de l'épidémie jusqu'à la rentrée scolaire (S35) après laquelle une diminution a été observée suivie d'une nouvelle augmentation
- les 45-64 ans suivent la même dynamique que les 15-44 ans mais de façon moins importante.



Surveillance à l'hôpital

Bilan de la surveillance hospitalière entre le 13 mars et le 25 novembre 2020



1 959

Passages aux urgences du CHM pour suspicion de COVID-19

14,2%

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



554 hospitalisations

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

333 cas en médecine

97 cas en réanimation
dont 55 formes pulmonaires

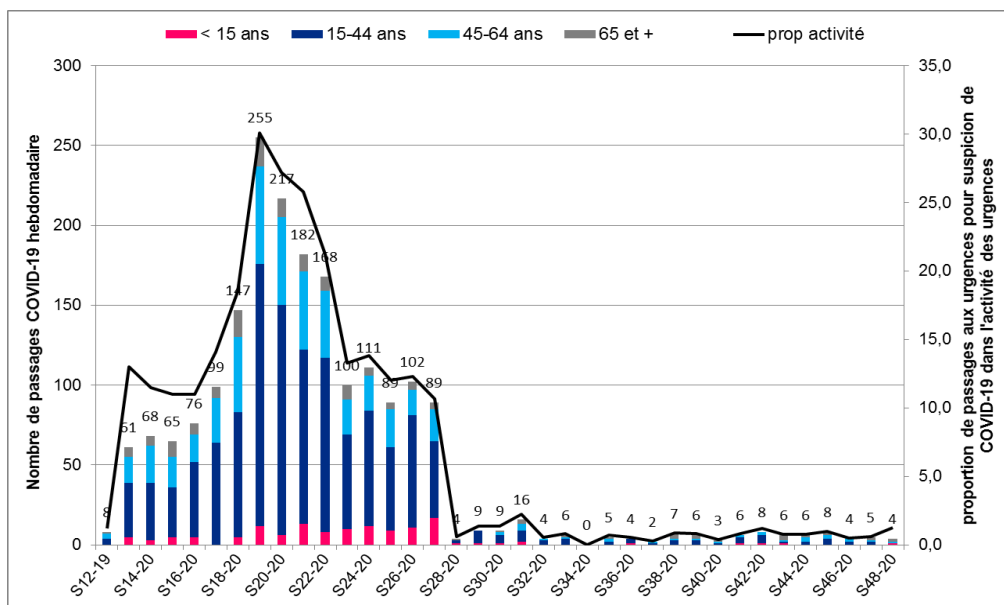
Dont **39*** patients transférés au Centre Hospitalier de La Réunion
*Données arrêtées au 25 septembre

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 10. 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 Oscore® (service d'urgence du CHM), au 25/11/2020



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 S28, la fréquentation du service est stable et à un niveau bas (<10 passages hebdomadaires).

NB : la majorité des patients consultant aux urgences avec suspicion de COVID-19 sont désormais orientés vers la zone de test dédiée, hors du système d'accueil classique. Ce protocole est susceptible d'avoir un impact sur le codage des motifs de passages aux urgences. De fait, la dynamique épidémique peut ne pas transparaître sur ce dispositif de surveillance.

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.

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

Depuis le 13 mars 2020, 554 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 62,8 % des hospitalisés, la maternité pour 15,3 %, l'UHCD pour 9,6 %, la réanimation pour 5,4 % et la pédiatrie pour 3,1%. De plus, au 25 septembre, 39 patients avaient bénéficié d'une évacuation sanitaire vers la Réunion (données non disponibles après le 25 septembre). Enfin, 35 patients 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 ou le diabète.

A Mayotte, les résultats préliminaires de l'enquête de santé à Mayotte Unono wa maore ont montré la prévalence élevée de certains 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)

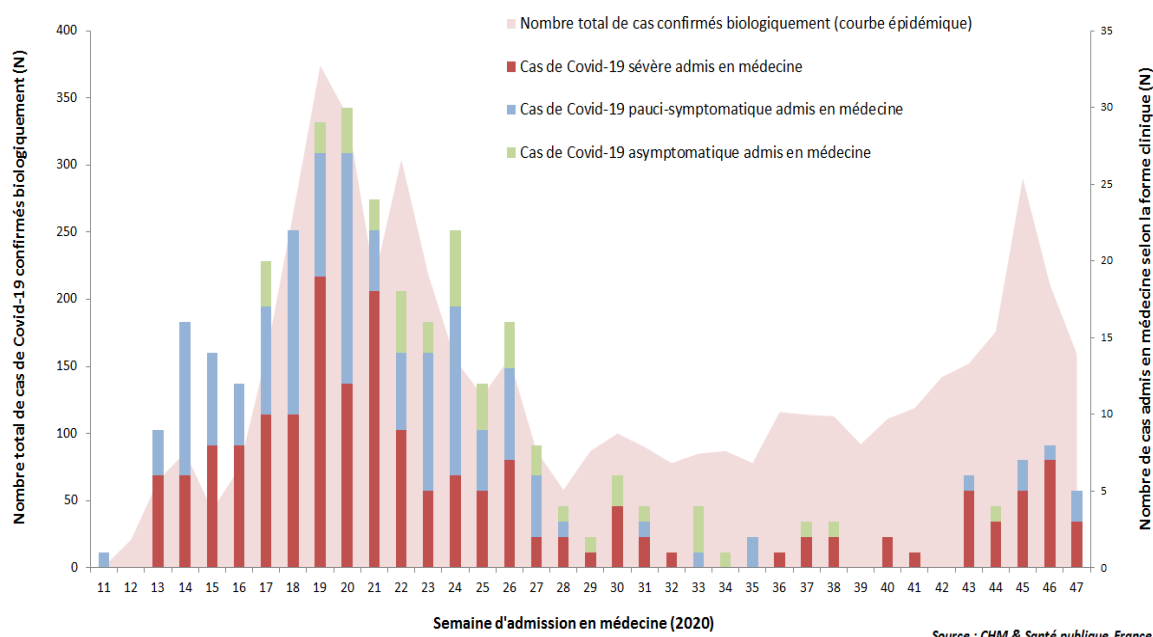
Entre le 13 mars et le 22 novembre 2020, 333 patients avec un diagnostic de COVID-19 ont été hospitalisés dans le service de médecine du CHM. La plupart des admissions en médecine (78%) ont été recensées entre avril et juin 2020. Cependant, depuis mi-octobre, les admissions en médecine sont en **augmentation avec en moyenne, 6 nouveaux patients par jour**, principalement des formes sévères.

Sur 333 patients, on comptait 214 hommes et 119 femmes (sex ratio H/F=1,8). L'âge médian de ces cas était de 57 ans (EIQ : 44-68 ans) et 55% avaient moins de 60 ans.

Il s'agissait de **formes sévères de la maladie dans 52% des cas** (N=173). Parmi eux, 136 cas (79%) présentaient au moins une comorbidité. Il s'agissait principalement de patients atteints d'HTA (67%), de diabète (56%, principalement non insulino-dépendant), de pathologie rénale (17%), cardiaque (14%), respiratoire (8%) ou en état d'immunodépression (13%). De plus, 36% d'entre eux étaient en situation d'obésité (IMC≥30). La durée médiane de séjour dans le service était de 7 jours (EIQ : 5-10 jours).

Figure 11. Répartition hebdomadaire des cas de COVID-19 admis dans le service de médecine du CHM, selon la présentation clinique

Source : service de médecine du CHM, Santé publique France cellule Mayotte, du 13/03/20 au 22/11/2020



Source : CHM & Santé publique France

Surveillance des hospitalisations (suite)

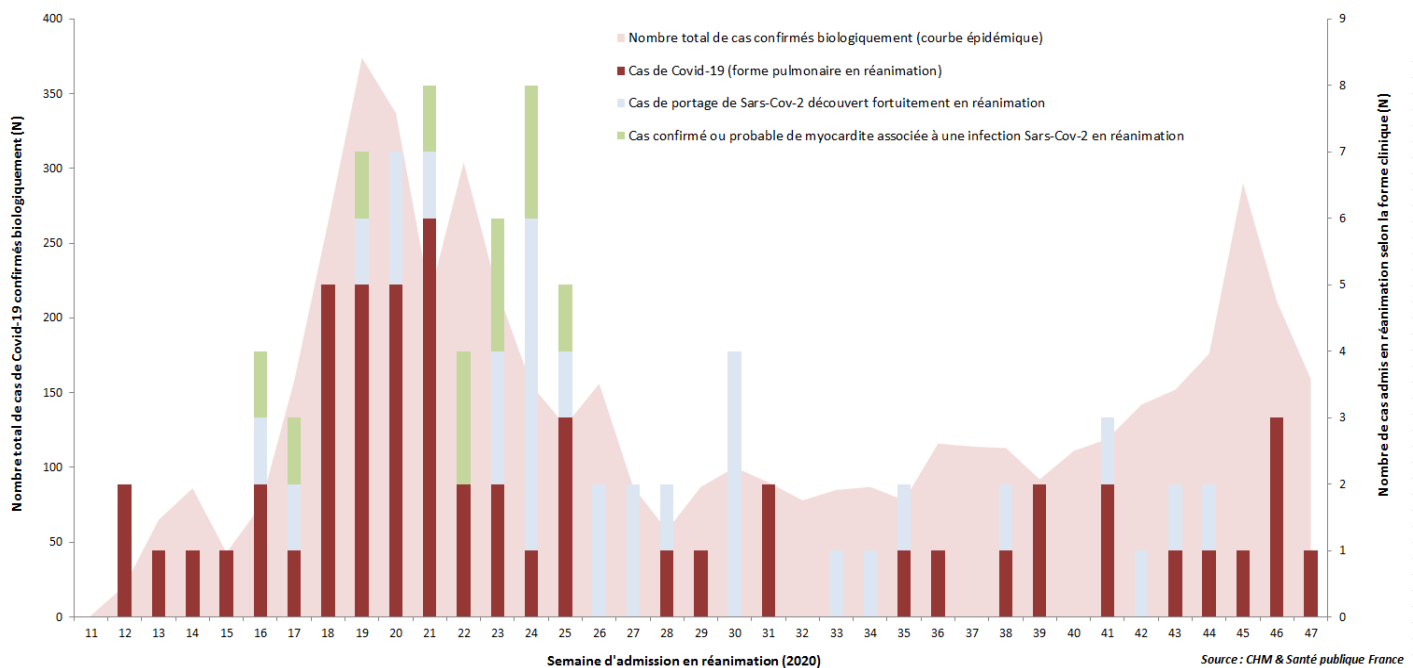
• 97 patients hospitalisés en service de réanimation (surveillance spécifique des formes graves CHM/SpF)

Entre le 13 mars et le 25 novembre 2020, 97 patients ont été admis en réanimation avec un diagnostic de COVID-19 : 64 hommes et 33 femmes (*sex ratio H/F=1,9*). L'âge médian de ces cas était de 53 ans et 60% avaient moins de 60 ans. Il s'agissait de 87 adultes et 10 enfants. Le cas le plus jeune était âgé de 6 ans et le plus âgé de 85 ans.

Parmi ces patients, plus de la moitié ont présenté une **forme pulmonaire** du COVID-19 (57%). Dans 32% 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, 11% des cas admis en réanimation présentaient une atteinte cardiaque associée à une infection par le Sars-Cov-2 (11 cas dont 6 enfants) (Figure 12).

Figure 12. 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 22/11/2020

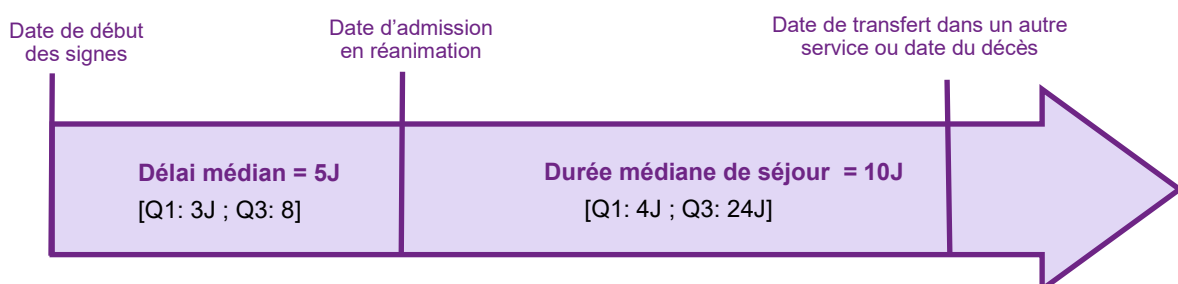


Parmi les 55 patients atteints d'une forme pulmonaire de Covid-19 :

- La médiane d'âge était de **62 ans** (EIQ : 53-68 ans). Seuls 3 patients ne présentaient aucune comorbidité mais ils étaient tous âgés de plus de 60 ans. Parmi les 51 patients présentant au moins une comorbidité, il s'agissait principalement de patients atteints d'**hypertension** (62%), de **diabète** (55%), de **pathologie rénale** (16%), cardiaque (9%) ou neuromusculaire (9%). De plus, 72% des cas présentaient un indice de masse corporelle au-delà de la normale (IMC≥25) dont la moitié était en situation d'**obésité**.
- 48 patients ont développé un syndrome de détresse respiratoire aigu (87%) dont 35 formes sévères. Une ventilation invasive a été nécessaire pour 29 patients.

Figure 13. Délais entre le début des signes et l'admission, durée de séjour des patients admis dans le service de réanimation avec une forme pulmonaire (N=55)

Source : service de réanimation/soins intensifs du CHM, Santé publique France cellule Mayotte, du 13/03/20 au 22/11/2020



Surveillance de la mortalité

Depuis le début de l'épidémie, **49 décès avec notion d'infection COVID-19 (sans notion d'imputabilité) ont été répertoriés** (48 cas confirmés et 1 cas probable avec symptomatologie et TDM évocatrices de l'infection). Il s'agissait de 34 décès au CHM (dont 21 en réanimation et 12 en médecine), 8 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 55,1% avaient moins de 70 ans. Le sex-ratio H/F des patients décédés était de 1,3 (21 femmes pour 28 hommes).

Figure 14. Nombre de décès (N=49) et de cas confirmés par semaine (N=5 181)

Source : surveillance individuelle, Santé publique France cellule Mayotte au 25/11/2020

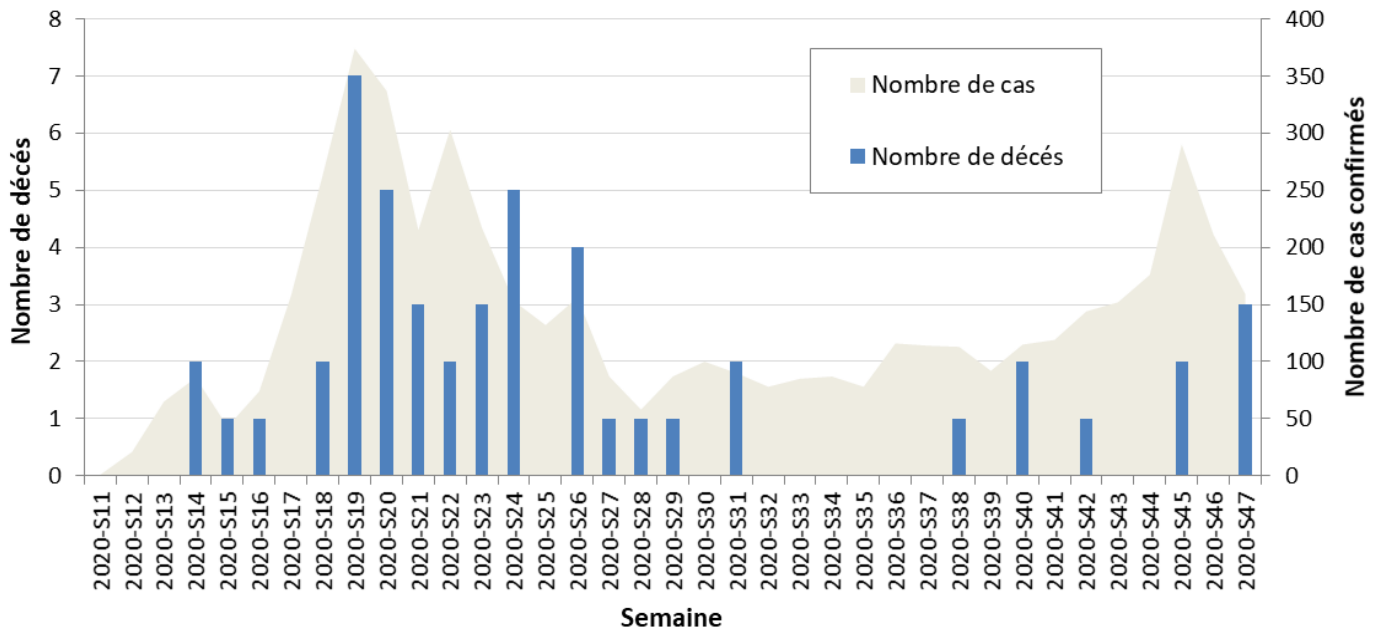
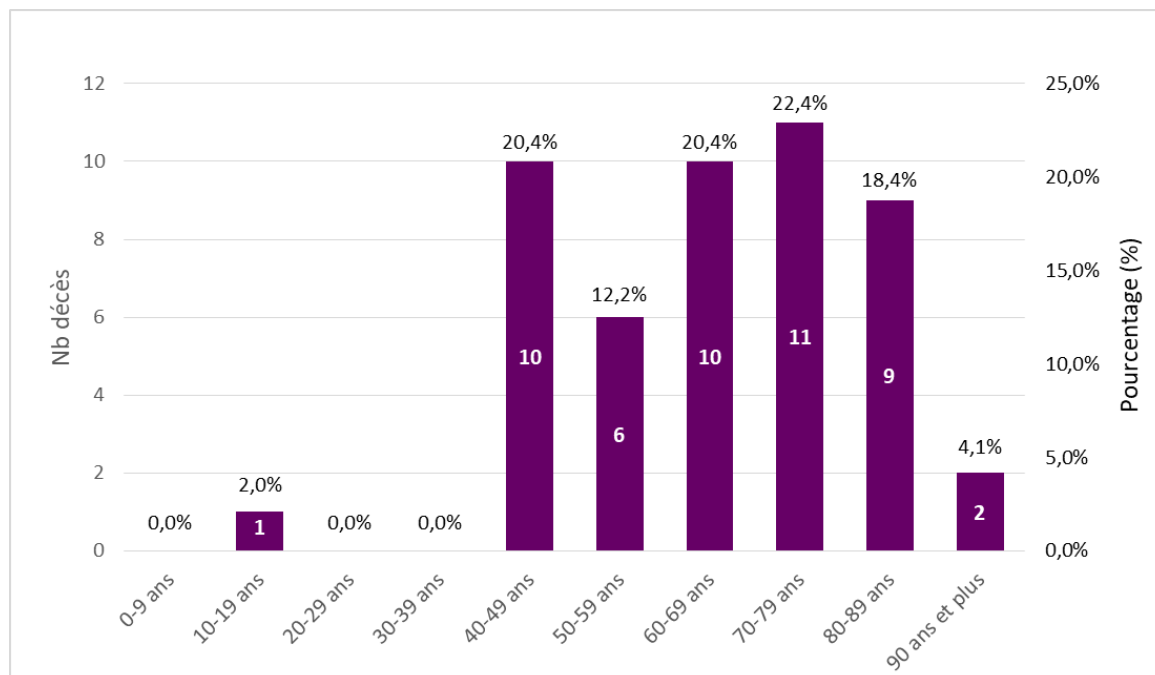


Figure 15. Répartition par classe d'âge des cas confirmés et cas probables de COVID-19 décédés à Mayotte, (N=49)

Source : surveillance individuelle, Santé publique France cellule Mayotte au 25/11/2020

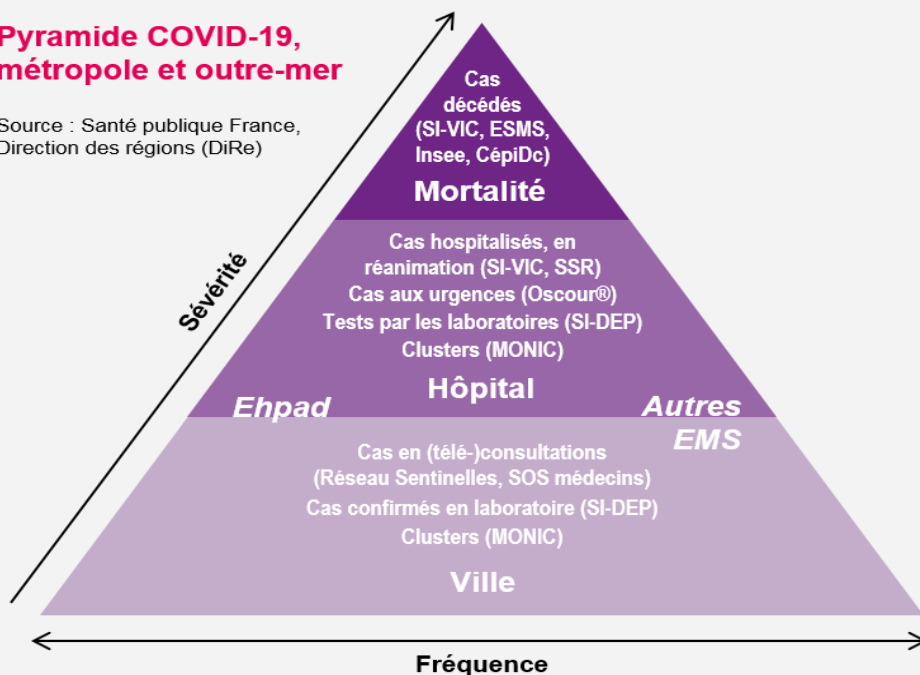


Mission de Santé publique France

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, 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

Equipe de rédaction
Charlotte DELATOUR
Hadidja MINIHADJI
Fanny PARENTON
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

30 novembre 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](#)

INFORMATION CORONAVIRUS COVID-19

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

GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS 0 800 130 000 (appel gratuit)

INFORMATION CORONAVIRUS COVID-19

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
- Eviter 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

GOUVERNEMENT.FR/INFO-CORONAVIRUS 0 800 130 000 (appel gratuit)

GÉODES
GÉO DONNÉES EN SANTÉ PUBLIQUE

ars
Agence Régionale de Santé

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

ecdc
EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL



World Health Organization