

SOMMAIRE

[Édito p.1](#) [Points clés p.2](#) [Chronologie de mise en place des systèmes de surveillance p.4](#) [Dynamique spatio-temporelle des cas confirmés \(SI-DEP\) p.7](#) [Surveillance des hospitalisations p.14](#) [Surveillance en services de réanimation sentinelles p.18](#) [Surveillance des recours aux soins d'urgence pour suspicion de COVID-19 p.20](#) [Surveillance des cas cliniquement évocateurs d'infection respiratoire aiguë en médecine de ville p.23](#) [Surveillance de la surmortalité p.25](#) [Vaccination p.26](#) [Signalement des clusters p.31](#) [Synthèse p.34](#) [Glossaire p.37](#) [Remerciements / Pour plus d'informations p.38](#)

Ce Bulletin de santé publique présente un bilan régional sur la période mars 2020 à octobre 2021 de la surveillance épidémiologique de l'épidémie de COVID-19 à partir des résultats obtenus par les différents systèmes de surveillance utilisés par Santé publique France pour suivre la dynamique spatio-temporelle de l'épidémie de COVID-19 son impact en termes de morbidité et de mortalité ainsi que sur le système de soins, et la progression de la couverture vaccinale. Ces analyses, produites dans l'ensemble des régions sont présentées par système de surveillance et une synthèse permet de retracer l'histoire de l'épidémie dans la région à partir d'une lecture transversale des résultats de la surveillance épidémiologique mise en regard de l'évolution du contexte épidémique régional et de la mise en place des mesures sanitaires.

ÉDITO

Voilà maintenant deux ans que le virus SARS-CoV-2 a émergé à Wuhan dans la province de Hubei en Chine. La diffusion du virus au niveau planétaire a été sans précédent tout comme les mesures de gestion mises en œuvre par les différentes autorités. Placer tout un pays en confinement avec un arrêt quasi-total de toutes les activités économiques et sociales est une première dans les décennies récentes. Ces mesures ont été décidées pour ralentir la diffusion du virus, atténuer l'impact sanitaire et éviter le dépassement des capacités de prise en charge des malades au niveau de la médecine de ville mais surtout au niveau hospitalier et plus spécifiquement en réanimation. La mise à disposition de vaccins contre la Covid-19, dès fin 2020 et les grandes campagnes de vaccinations déployées par les différents pays ont permis de protéger les populations les plus fragiles et ainsi limiter la mortalité. La 5ème vague qui touche actuellement la France hexagonale, avec un nombre de nouveaux cas aussi important que durant le 3ème vague, mais un impact hospitalier moindre, témoigne de l'effet protecteur de la vaccination. Toutefois, les efforts collectifs et individuels, doivent être poursuivis pour réduire la circulation du virus et limiter l'apparition de nouveaux variants, potentiellement plus contagieux, voire plus virulents. L'émergence très récente du variant Omicron, apparu en Afrique Australe et qui diffuse rapidement à travers les continents depuis début décembre, illustre ce risque.

Malgré leur insularité, la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint Barthélemy n'ont pas été épargnés par cette pandémie et continue à l'être mais avec une circulation du virus moins importante que dans les autres régions de France. Les efforts collectifs et individuels mis en œuvre depuis plusieurs mois, peuvent en partie expliquer cette situation relativement favorable. Les premiers cas de Covid-19 sont apparus en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint Barthélemy dès le mois de mars 2020 ; depuis cette date, ces territoires ont été confrontés à quatre vagues épidémiques d'intensités variables ; la dernière en date survenue entre juillet et septembre 2021 a été particulièrement meurtrière et a nécessité le déploiement de mesures inédites en termes d'adaptation de l'offre de soins et de renforts de la réserve sanitaire et de la solidarité nationale.

Cette épidémie a permis de développer, en des temps record, des outils de diagnostics mis rapidement à la disposition de toute la population. Ont également été développés, des outils de surveillance épidémiologiques réactifs et robustes, permettant un monitoring quotidien de l'épidémie, indispensables pour l'adaptation de l'offre de soins et la mise en place de mesures de gestion par l'ARS et la Préfecture. Les collaborations déjà existantes entre Santé publique France et l'ARS, ont été renforcées et optimisées à l'occasion de cette épidémie. D'autres partenariats ont été développés avec par exemple l'Assurance Maladie ou encore l'Education nationale, pour assurer un suivi renforcé des cas, de leurs contacts et des clusters. L'implication des acteurs de la santé au niveau de la ville (médecins généralistes, biologistes, pharmaciens, infirmiers...) mais également au niveau des services hospitaliers, a été indispensable dans le monitoring de l'épidémie et pour la bonne prise en charge des patients. Ils sont au cœur du dispositif de surveillance et à ce titre, nous profitons de ce Bulletin de santé publique pour les remercier très chaleureusement.

Beaucoup de chiffres ont été diffusés dans le cadre de cette épidémie, pour autant la multitude de sources de données et d'informations rend parfois difficile la prise de recul et l'analyse globale de l'épidémie. Ce Bulletin de santé publique présente pour la première fois un bilan des quatre vagues ayant touché la Guadeloupe, Saint-Martin et Saint Barthélemy depuis Mars 2020, sur la base de données exploitées par Santé publique France.

POINTS CLÉS

● Surveillance de la COVID-19

- Multi-sources, composée de dispositifs à visée exhaustive et/ou descriptive ;
- Permettant de suivre et décrire l'épidémie ;
- Mise en place pour la 1^{ère} fois d'un dispositif permettant de centraliser de façon réactive l'ensemble des tests diagnostiques d'une pathologie (SI-DEP disponible dès le mois de mai 2020) et des données de vaccination (VAC-SI).

● Périodes d'étude pour la réalisation de ce BSP

- De mars 2020 à mi-octobre 2021
- Soit 4 périodes couvrant les 4 vagues épidémiques pour la Guadeloupe. Les îles de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy ont connu respectivement 3 et 2 vagues épidémiques.

● Dynamique épidémique en Guadeloupe

- Influencée par des particularités régionales (nombreux échanges avec l'hexagone et les îles de la Caraïbe, couverture vaccinale insuffisante, observance limitée des gestes barrières à certains périodes, etc.) ;
- Une dynamique épidémique qui se reflète dans toutes les sources de données ;
- Des rebonds épidémiques pendant ou après les périodes de vacances scolaires dans un contexte de levée des mesures de freinage et d'un respect limité des gestes barrières avec, par la suite, une couverture vaccinale insuffisante ;
- Période 1 de mars à mai 2020 : avec une **1^e vague, du 9 mars au 12 avril 2020**, caractérisée par une circulation virale limitée et un impact limité sur le système de soins grâce à l'instauration du premier confinement ;
- Période 2 d'août à fin décembre 2020 : avec une **2^e vague, du 10 août au 22 novembre 2020**, d'intensité modérée et avec un impact sanitaire limité. Son démarrage a été documenté par des rassemblements festifs incluant des personnes avec des notions de voyage dans un contexte de congés des grandes vacances ;
- Période 3 de janvier à fin mai 2021 : avec une **3^e vague, du 08 février au 06 juin 2021**, d'intensité supérieure à la précédente, déclenchée par l'introduction du variant Alpha (20I/501Y.V1, anglais) ;
- Période 4 de juin à mi-octobre 2021 : avec une **4^e vague, du 12 juillet au 17 octobre 2021**, d'intensité forte et d'impact sanitaire sévère sur le système hospitalier (nombreux décès et évacuations sanitaires vers l'hexagone) avec une persistance du variant Alpha en début de vague mais très rapidement remplacé par le variant Delta, dans un contexte de couverture vaccinale insuffisante.

● Données clés en Guadeloupe de mars 2020 à mi-octobre 2021 (part de la 4^e période)

- 495 653 (68 %) personnes testées dont 54 355 (52 %) personnes positives ;
- 3 683 (54 %) nouvelles hospitalisations dont 891 (50,8 %) en soins critiques ; 830 (63 %) personnes décédées à l'hôpital et en hospitalisation à domicile depuis la 4^e période ;
- 664 (42 %) cas signalés par les services de réanimation ; âge médian de 60 ans (57 ans) ; présence de comorbidité(s) pour plus de 83 % (87 %) d'entre eux ; durée de séjour médian de 8 jours, ayant entraîné un décès dans 36 % (36 %) des cas. Le surpoids/obésité, l'hypertension artérielle et le diabète étaient les facteurs de risques principaux des personnes admises dans un service de réanimation ;
- 5 915 (53 %) passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ;
- 45 285 (50 %) consultations pour infection respiratoire aigüe en médecine de ville ;
- Mi-octobre (S41) :
 - 34,2 % de la population générale avait reçu une dose de vaccin et 31,0 % un schéma complet ; 39,4 % de la population > 12 ans avait reçu une dose et 35,7 % un schéma complet ;
 - Chez les résidents en EHPAD, 62,3 % avait reçu une dose et 54 % un schéma complet ;
 - Chez les professionnels de santé en EHPAD, 62,1 % avait reçu une dose et 52,8 % un schéma complet ;
 - Chez les professionnels de santé libéraux, 78,7 % avait reçu une dose et 72,5 % un schéma complet.

POINTS CLÉS

● Dynamique épidémique à Saint-Martin et Saint-Barthélemy

- Influencée par des particularités régionales (l'île de Saint-Martin partagée en une partie française et une partie néerlandaise (Sint Maarten) où se situe une des zones aéroportuaires les plus importantes de la Caraïbe et Saint-Barthélemy, connue pour le tourisme de luxe, avec de nombreux échanges avec l'Amérique du Nord et l'Europe;
- Sur ces deux territoires, les vagues épidémiques ne coïncident pas avec le découpage en périodes épidémiques.
- Saint-Martin a connu trois vagues épidémiques: une **1^{ère} vague, du 9 mars au 12 avril 2020**, caractérisée par une circulation virale limitée et sans impact sur le système de soins grâce à l'instauration du premier confinement ; une **2^{ème} vague, du 10 août 2020 au 28 février 2021**, d'intensité supérieure à la précédente et sans impact sanitaire majeur sur le système de soins; une **3^{ème} vague, du 08 mai au 09 septembre 2021**, d'intensité supérieure aux deux précédentes et déclenchée par l'introduction du variant Alpha (20I/501Y.V1, anglais) au début et puis remplacé par le variant Delta; Cette 3^e vague a connu un nombre plus important d'évacuations sanitaires en soins critiques vers la Guadeloupe;
- Saint-Barthélemy a connu deux vagues épidémiques uniquement en 2021: une **1^{ère} vague, du 4 janvier au 28 mars 2021**, caractérisée par une circulation virale limitée et sans impact sur le système de soins grâce à l'instauration du premier confinement ; et une **2^{ème} vague, du 19 juillet 2020 au 22 août 2021**, d'intensité modérée et avec un impact sur le système de soins hospitaliers (évacuations sanitaires en soins citriques vers la Guadeloupe). Cette 2^{ème} vague est marquée par la quasi prédominance du variant Delta.

● Données clés à Saint-Martin de mars 2020 à mi-octobre 2021

- 62 667 personnes testées dont 3 841 personnes positives ;
- 394 nouvelles hospitalisations dont 34 personnes décédées à l'hôpital;
- 569 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ;
- 2 952 consultations pour infection respiratoire aigüe en médecine de ville ;
- Mi-octobre (S41) : 36,1 % de la population générale avait reçu une dose de vaccin et 32,6 % un schéma complet ; 44,9 % de la population > 12 ans avait reçu une dose et 40,1 % un schéma complet ;

● Données clés à Saint-Barthélemy de mars 2020 à mi-octobre 2021

- 52 094 personnes testées dont 1 588 personnes positives ;
- 80 nouvelles hospitalisations dont 3 personnes décédées à l'hôpital ;
- 101 passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 ;
- 416 consultations pour infection respiratoire aigüe en médecine de ville ;
- Mi-octobre (S41) : 67,7 % de la population générale avait reçu une dose de vaccin et 63,1 % un schéma complet ; 77,2 % de la population > 12 ans avait reçu une dose et 71,9 % un schéma complet ;

CHRONOLOGIE DE MISE EN PLACE DES SYSTÈMES DE SURVEILLANCE

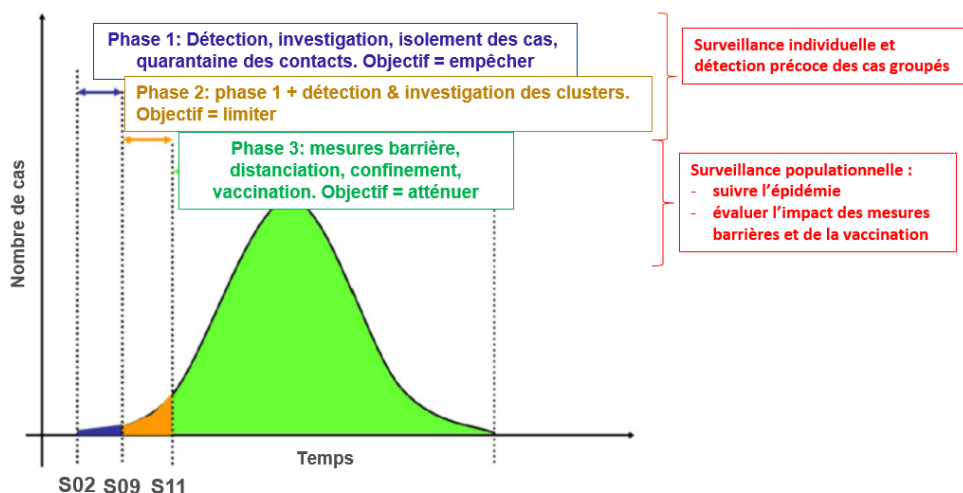
Rappel sur les stratégies de contrôle et de surveillance selon les phases de l'épidémie

L'épidémie causée par le SARS-CoV-2, du fait de ses caractéristiques virologiques, cliniques et épidémiologiques a nécessité une adaptation régulière des stratégies de lutte et de surveillance épidémiologique en fonction des différentes phases de l'épidémie, telles qu'elles ont été définies dans le plan « pandémie grippale » de 2007 (Figure 0.1).

• Les définitions de cas

Le comptage des cas et le suivi de l'évolution épidémiologique en situation d'émergence nécessite d'élaborer des définitions de cas adaptées aux enjeux de la surveillance, aux connaissances scientifiques du moment et aux capacités de diagnostic. Ainsi, les premières définitions de cas étaient basées uniquement sur des critères clinico-épidémiologiques (présence de signes cliniques et imagerie évocateurs et notion de voyage dans une zone à risque ou de contact avec un cas ou un co-exposé) en l'absence de test de diagnostic disponible (cas possible et cas probable au départ). Par la suite, l'arrivée des premiers tests a permis de confirmer certains cas répondant à des indications particulières, généralement en lien avec la prise en charge (formes graves ou facteurs de risque). Ainsi, 13 définitions de cas ont été élaborées entre le 10 janvier et le 7 mai 2020. Les mises à jour portaient notamment sur l'évolution des zones à risque (ajout de la Lombardie le 26/02/2020) et l'évolution des connaissances cliniques (ajout de la notion de cas confirmé asymptomatique le 21/02/2020).

Figure 0.1. Phases de l'épidémie, stratégies de réponse et dispositifs de surveillance



- La phase 1 (semaine 3 à 8/2020) correspondait à l'identification des premiers cas cliniques dans le pays. A ce stade, l'objectif était d'empêcher l'installation de l'épidémie. Des investigations épidémiologiques et un contact-tracing autour des cas identifiés étaient systématiquement assurés par Santé publique France (SpF) en lien avec les Agences régionales de santé (ARS). Des clusters de petite taille, généralement intra-familiaux pouvaient survenir durant cette phase.
- La phase 2 (semaine 9 et 10/2020) correspondait à l'apparition de clusters de taille plus importante. A ce stade, l'identification des chaînes de transmission permettait de retarder la diffusion du virus sur tout le territoire. Ces deux premières phases ont permis de préparer la surveillance populationnelle élargie au-delà des clusters.
- La phase 3 (à partir de la semaine 11/2020) correspondait à une circulation plus large du virus au sein de la population avec une augmentation rapide du nombre de cas. Le changement de dispositif était alors indispensable pour observer l'évolution de l'épidémie, mesurer son impact en termes de formes graves et de décès, préconiser les mesures collectives de gestion nécessaires pour la population, les professionnels de santé et le système de soins et suivre l'impact de ces mesures.

Les dispositifs de surveillance en France en phase 3

L'objectif principal de la surveillance a été de suivre l'épidémie en termes de temps, de lieu et de caractéristiques des cas en distinguant les niveaux de sévérité de la maladie. Les données de surveillance devaient également contribuer à formuler des hypothèses pour la recherche. L'utilisation à un niveau local le plus fin possible a également contribué à l'aide à la décision et à une gestion adaptée à la situation.

Plusieurs dispositifs ont été utilisés pour mettre en place une surveillance adaptée :

- Des systèmes préexistants non spécifiques ont pu être mobilisés immédiatement (SurSaUD[®], mortalité INSEE toutes causes, certification électronique des décès);
- d'autres ont dû être adaptés et ont été opérationnels quelques semaines après le démarrage de la phase 3 (réseau des médecins généralistes sentinelles, ESMS, cas graves en réanimation, clusters);
- d'autres étaient pré-existants mais ont été utilisés pour la première fois dans le suivi d'une épidémie. C'est le cas du système d'information pour le suivi des victimes d'attentats et de situations sanitaires exceptionnelles (SI-VIC);
- enfin des systèmes ont été mis en place pour la première fois en réponse à la crise de SARS-CoV-2 c'est le cas de SI-DEP et de VAC-SI).

En dehors de leur chronologie d'activation des dispositifs, les systèmes de surveillance se distinguent par le mode de collecte des données et les performances associées. Certains systèmes de surveillance qui reposent sur des dispositifs de collecte automatique de données médico-administratives, peuvent être considérés comme exhaustifs sur le territoire :

- **SurSaUD®** : a permis de recenser les cas suspects vus par les associations SOS médecins ou aux urgences des établissements de soins par département de résidence. Ce dispositif, bien que présentant un intérêt pour la détection précoce de l'impact sur le système de soins, a été confronté à des limites de spécificité (définition clinique des cas sans confirmation virologique) et de sensibilité (certains établissements ont mis en place des filières dédiées COVID-19 sans passer par les urgences).

- **SI-VIC** : a permis de recueillir des informations sur les cas de COVID-19 ayant fait l'objet d'hospitalisations conventionnelles ou en service de soins critiques et les décès en établissements de santé. Ce système, basé sur un comptage systématique des cas au niveau des établissements de soins sur la base d'une confirmation virologique, peut être considéré comme robuste dans le temps et l'ensemble des régions.

- **SI-DEP** : a permis de décrire la circulation virale à partir des tests effectués en laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville. Les indicateurs SI-DEP sont rapportés au lieu de résidence des personnes testées. Il a pris le relais d'une organisation transitoire reposant sur une combinaison de plusieurs modalités de remontée d'information. Bien que tardif pour la 1^{ère} vague (ce système a été opérationnel à partir de mi-mai 2020), il a bénéficié d'une très bonne exhaustivité pour les cas confirmés sur l'ensemble du territoire. Sa principale limite est sa sensibilité aux pratiques de dépistage en population, influencées par des mesures de gestion (dépistages massifs, passe sanitaire, etc.) ou par des événements particuliers (vacances scolaires, période de Noël, etc.).

En amont de ce dispositif, un système de surveillance virologique basé sur des remontées de laboratoires au niveau des ARS a permis de surveiller l'augmentation de la circulation virale durant la première vague à l'échelle départementale. En revanche, les performances de ce dispositif étaient très dépendantes des efforts d'animation au niveau régional.

- **VAC-SI** : permet de suivre la couverture vaccinale (source Assurance-Maladie). Il a été déployé à partir de début 2021 sur l'ensemble du territoire. Il permet de comptabiliser les injections et d'estimer les couvertures vaccinales par lieu de vaccination et non par lieu de résidence.

- **Mortalité toutes causes et certification électronique des décès** : la mortalité toutes causes renseigne l'ensemble des décès estimés à partir des données d'état civil (Insee) et permet d'identifier un excès ou déficit du nombre de décès par rapport à l'attendu au niveau départemental. La certification électronique des décès (Inserm-CépiDC) renseigne sur les causes de décès et permet d'identifier les caractéristiques des décès liés au COVID-19. La majorité des décès certifiés électroniquement surviennent à l'hôpital, dans les cliniques privées et dans les Ehpad).

- **Le consortium Emergen** produit des données qui ont fortement contribué au renforcement de la surveillance des variants du SARS-CoV-2 en France. Utilisées quotidiennement par Santé publique France et le CNR Virus des infections respiratoires, elles ont permis de suivre l'émergence et la progression successive de plusieurs variants (Alpha, Beta, Delta, Gamma ...) au niveau national et dans chaque région. Une description détaillée est fournie dans le document annexe sur les sources de données.

D'autres dispositifs qui reposent sur une collecte de données par déclaration des professionnels de santé, ont une sensibilité qui peut varier dans le temps et en fonction des régions selon l'adhésion des partenaires impliqués dans le processus de déclaration (ARS, CPias, ESMS, médecins généralistes sentinelles, services de réanimation) :

- Déclaration des **cas cliniquement évocateurs d'Infection Respiratoire Aiguë (IRA)** et répondant à la définition suivante : nombre de (télé)-consultations pour fièvre (ou sensation de fièvre) et signes respiratoires (comme la toux, un essoufflement ou une sensation d'oppression thoracique) ;

- Déclaration des **cas graves de COVID-19** hospitalisés en service de réanimation et unité de soins intensifs (**services sentinelles**). Ce dispositif complète la surveillance des cas en soins critiques à partir de SIVIC en recueillant des informations précises sur les cas. Il s'agit d'un dispositif sentinelle dont l'adhésion peut varier selon les régions et au sein d'une même région et d'un même service dans le temps (phénomène d'épuisement des déclarants) ;

- Déclaration **d'épisodes de COVID-19 en ESMS**. Ce dispositif a évolué dans le temps, les performances peuvent varier d'une région à l'autre ; aux Antilles ce dispositif n'a pas pu être effectif.

- La **surveillance des cas groupés de COVID-19 (MONIC®)**. Cette surveillance a été mise en place et particulièrement utile durant juillet/août 2020 afin de limiter la diffusion de l'épidémie. Pour autant, l'importante charge de travail nécessaire au recueil des informations dès lors que le nombre de cluster devient élevé a entraîné une baisse de son utilisation durant la 4^e vague en Guadeloupe du fait d'une très forte incidence.

En parallèle des systèmes continus de surveillance épidémiologique, des études répétées ont été réalisées pour permettre de répondre aux mieux à l'évolution des connaissances sur la COVID-19 et répondre aux attentes des décideurs : étude de l'impact des mesures de freinage sur la dynamique épidémique dans les DROM, enquêtes flash sur les variants, enquêtes de couverture vaccinale soignants, études de séroprévalence, etc.

Périodes d'études retenues pour ce BSP

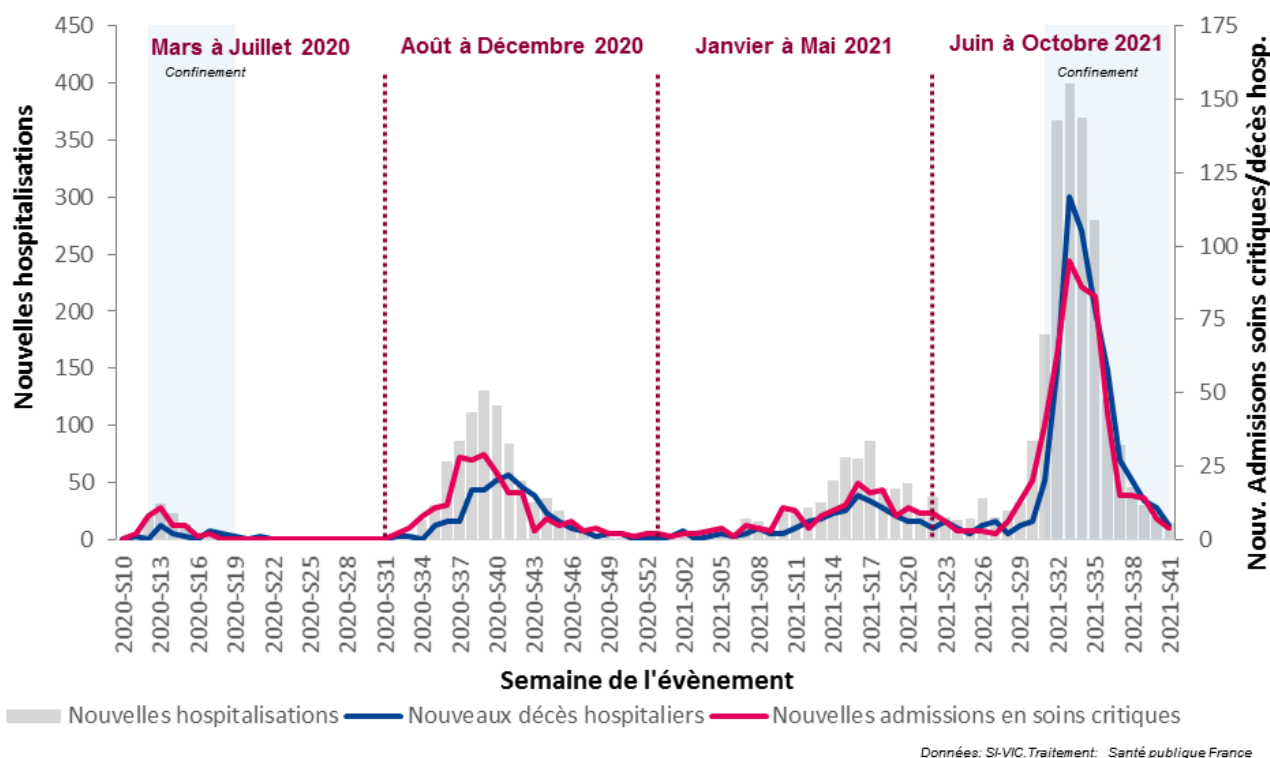
Afin d'identifier les caractéristiques de l'épidémie rythmée par une succession de vagues et de périodes de confinement, la description des résultats de surveillance a été stratifiée sur 4 périodes d'analyse de 82 semaines (Figure 0.2) :

- **Période 1 - mars à début juillet 2020** (semaines S10 à S31, du lundi 02/03/2020 au dimanche 02/08/2020), dont en Guadeloupe, la vague 1 du 9 mars au 12 avril 2020;
- **Période 2 - août à fin décembre 2020** (semaines S32 à S53 du lundi 03/08/2020 au dimanche 03/01/2021), dont en Guadeloupe, la vague 2 du 10 août mars au 22 novembre 2020;
- **Période 3 - janvier à fin mai 2021** (semaines S01 à S22, du lundi 04/01/2021 au dimanche 06/06/2021), dont en Guadeloupe, la vague 3 du 08 février au 06 juin 2021;
- **Période 4 – juin à mi-octobre 2021** (semaines S23 à S41, du lundi 07/06/2021 au dimanche 17/10/2021), dont en Guadeloupe, la vague 4 du 12 juillet au 17 octobre 2021.

Des périodes de confinement strict ou allégé ont été mis en place selon les périodes et les territoires des Antilles françaises :

- Guadeloupe, Martinique, Saint-Martin, Saint-Barthélemy, Saint-Martin et Saint-Barthélemy : du 17 mars au 11 mai 2020 (semaines S12-S19),
- Guadeloupe uniquement : du 2 août au 17 octobre 2021 (semaines S31-S41),
- Martinique uniquement : du 16 novembre au 13 décembre 2020 (S47-S50), du 26 juillet au 17 octobre 2021 (S30-S41).

Figure 0.2. Périodes d'étude et périodes de confinement – superposition du nombres nouvelles hospitalisations, admissions en soins critiques et décès hospitaliers, mars 2020 à octobre 2021, Guadeloupe



Dans un contexte d'augmentation de la circulation virale, d'autres mesures de freinage, concomitantes ou non aux mesures de confinement (dont l'instauration de restriction de déplacements au-delà des 10 kms), ont été mises en place en Guadeloupe, à Saint-Martin, à Saint-Barthélemy et en Martinique. Ces mesures portaient sur :

- la mise en place de couvre-feux pour limiter les déplacements ;
- la limitation des flux de voyageurs avec l'instauration des motifs impérieux pour le voyageurs en provenance de zones de contamination active, le test RT-PCR avant l'arrivée, l'isolement à l'arrivée selon les périodes ;
- le port obligatoire du masque aux abords d'établissements spécifiques, dans certains quartiers et/ou certaines plages horaires, dans les rassemblements ou au cours de certains événements, dans certains ERP, dans les transports en commun, dans les lieux publics ;
- la limitation des rassemblements (dont l'accès aux plages de manière dynamique), avec instauration éventuelle de jauges, ou l'interdiction ;
- la fermeture totale ou partielle des établissements recevant du public (ERP), dont bars et restaurants.

DESCRIPTION DES CAS CONFIRMÉS DE COVID-19 (SI-DEP)

(Source : SI-DEP, Santé publique France, octobre 2021)

Les indicateurs issus du dispositif SI-DEP sont disponibles à compter du lundi 18 mai 2020 (S21-2020).

Guadeloupe

Parmi les 4 périodes d'analyses, la 4^e période d'analyse (juin –octobre 2021) fut marquée par des taux d'incidence* et de positivité** jamais enregistrés en Guadeloupe dont les pics ont été atteints durant la 4^e vague épidémique en semaine S32-2021 (Figure 1.1 et Tableau 1.1).

Les indicateurs virologiques à un niveau faible et stable de la période 1 (S10 à S31-2020) sont à interpréter avec prudence compte tenu des faibles effectifs, des modalités de dépistage et de prise en charge différentes des 3 autres périodes. Les 2^e et 3^e périodes (S32-2020 à S22-2021) sont caractérisées par une alternance de périodes de fluctuations des taux d'incidence et de positivité. En effet, on observe une augmentation des taux d'incidence et de positivité à partir de la S32-2020 (août 2020) pour atteindre leurs pics en S38-2020 (sept. 2020). Une diminution régulière est à noter de la S39 à la S45-2020, marquant la phase descendante de la 2^e vague. Une relative stabilité des taux d'incidence et de positivité est constatée de la S46-2020 à la S04-2021. Le taux d'incidence est stable de la S14-2021 à la S18-2021, et baisse lentement jusqu'à la S23-2021. Quant au taux de positivité, il enregistre une relative augmentation de la S04-2021 à la S14-2021, et décroît de la S15-2021 à la S23-2021. On observe également sur ces périodes un accroissement important des capacités de dépistage avec une activité maximale enregistrée en S32-2021.

L'évolution de ces indicateurs traduisait l'installation puis l'intensification de la circulation virale sur le territoire, ayant pour conséquence une 4^e vague épidémique aux valeurs les plus élevées pour l'ensemble des indicateurs virologiques.

*Taux d'incidence : cas positifs de COVID-19 parmi la population générale.

** Taux de positivité : cas positifs de COVID-19 parmi les personnes testées.

*** Taux de dépistage : personnes testées parmi la population générale.

Figure 1.1. Taux hebdomadaires de dépistage, d'incidence et de positivité des cas confirmés de COVID-19, de la S20-2020 à S41-2021, en Guadeloupe et autres régions françaises.



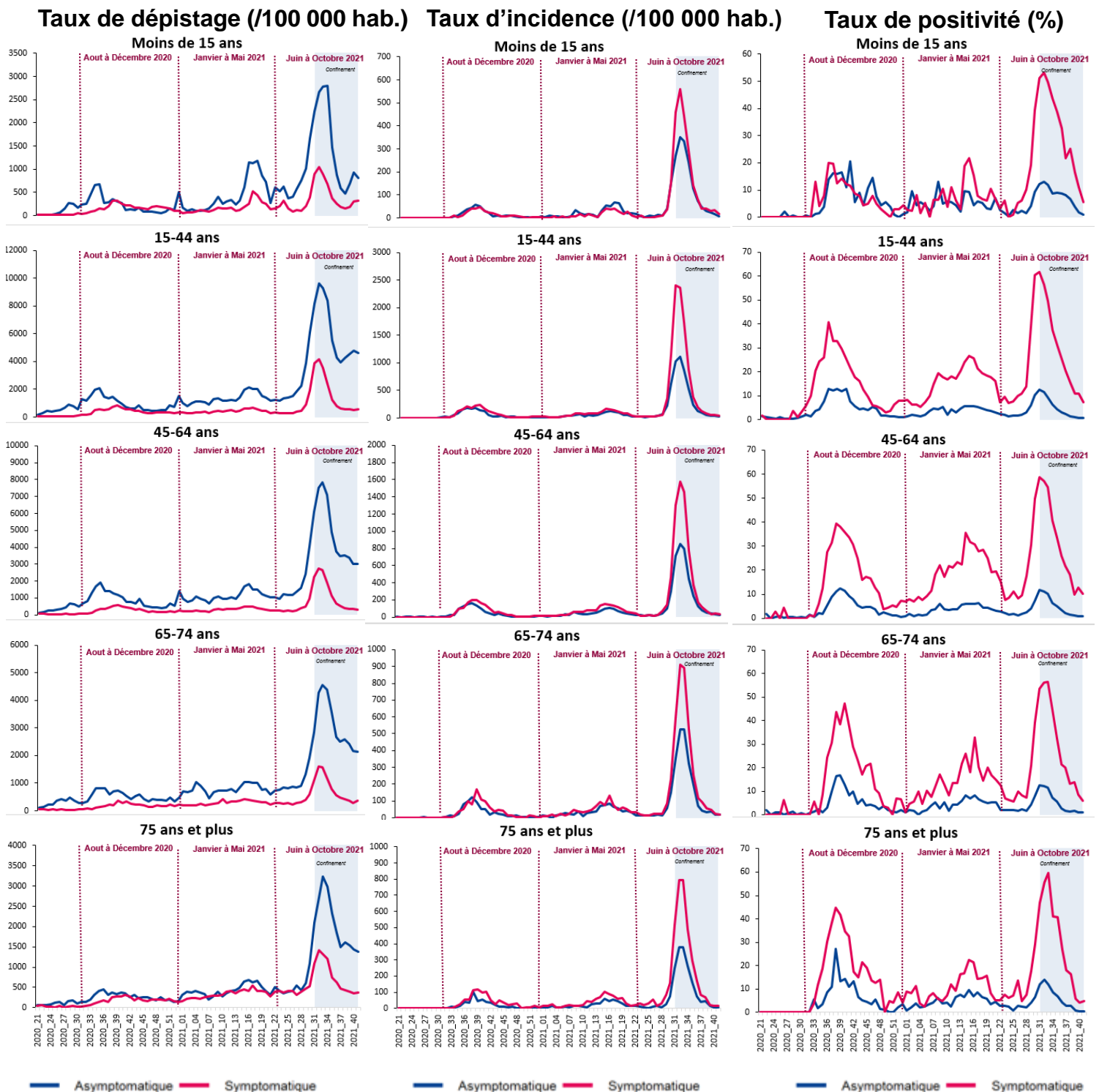
Guadeloupe (suite)

En Guadeloupe, quelque soit les classes d'âges et les périodes d'analyses, le taux de dépistage estimé, était globalement plus important chez les asymptomatiques que chez les symptomatiques traduisant une recherche active des cas et de leurs contacts (Figure 1.2).

En périodes 2 et 3, quelles que soient les classes d'âges, le taux d'incidence avait une dynamique similaire chez les symptomatiques et les asymptomatiques, avec des valeurs légèrement supérieures chez les symptomatiques et un léger décalage au profit des asymptomatiques durant les vagues épidémiques. Toutefois, chez les moins de 15 ans, la tendance inverse est observée en période 3. Durant la 4^e période, le taux d'incidence chez les symptomatiques était nettement supérieur à celui des asymptomatiques.

Le taux de positivité était plus élevé chez les symptomatiques que chez les asymptomatiques quelle que soit la période. Par contre, chez les moins de 15 ans, la tendance était similaire quel que soit le statut symptomatologique des cas uniquement au cours des 3 premières périodes.

Figure 1.2. Taux de dépistage, d'incidence et de positivité par statut symptomatologique et par classe d'âge, en Guadeloupe



Saint-Martin

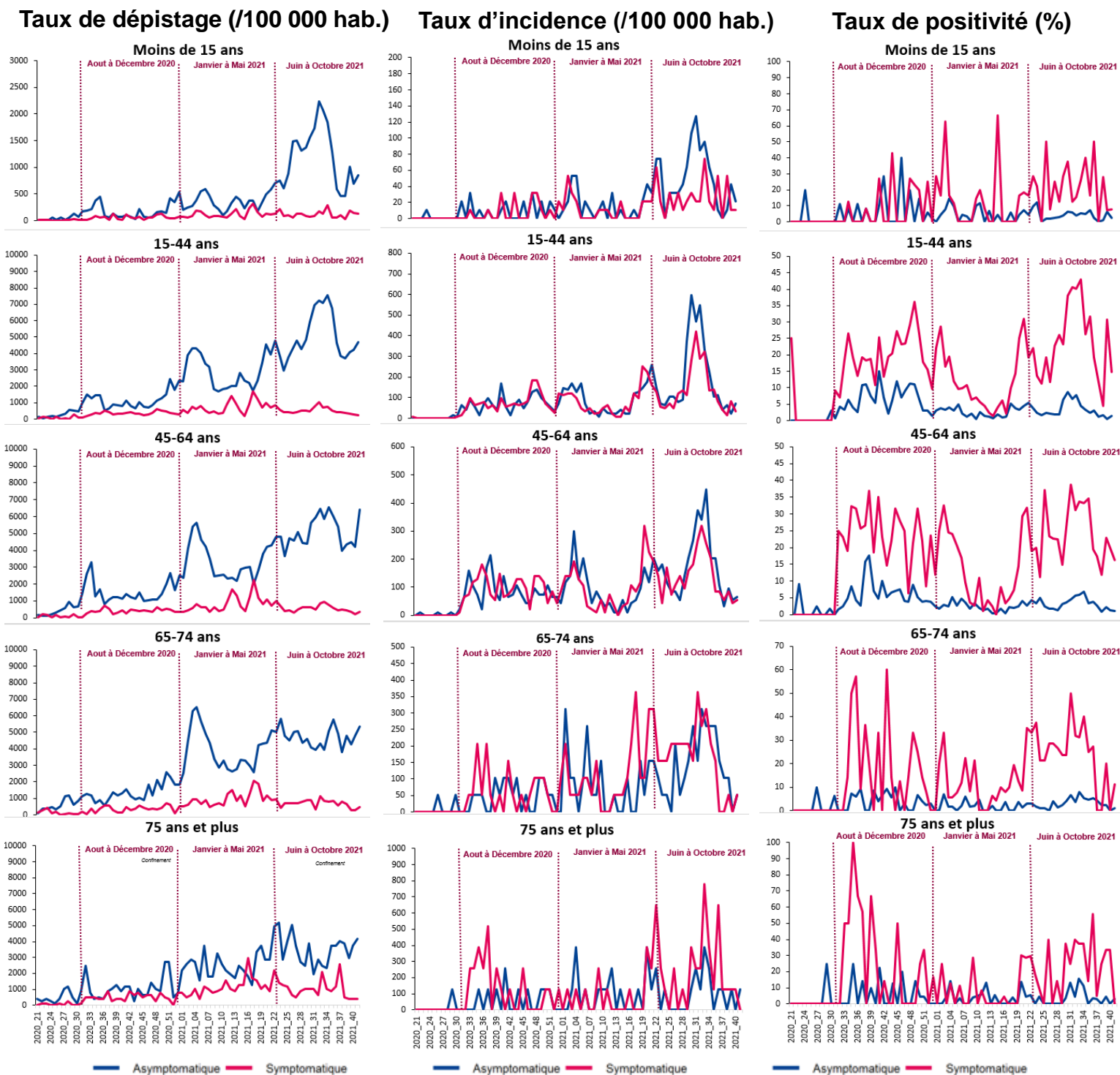
A Saint-Martin, quelque soit les périodes d’analyses, le taux de dépistage estimé, était plus important chez les asymptomatiques que chez les symptomatiques dans toutes les classes d’âge, cet écart grandissant dans le temps (Figure 1.3).

Quelque soit les classes d’âges, les périodes d’analyses, et le statut symptomatologique, le taux d’incidence suivait globalement la même tendance.

Le taux de positivité chez les symptomatiques était supérieur à celui des asymptomatiques quelque soit la période, mais moins marqué dans les âges extrêmes.

Toutefois, du fait de l’effectif faible de la population à Saint-Martin, les variations de ces indicateurs sont à interpréter avec attention.

Figure 1.3. Taux de dépistage, d’incidence et de positivité par statut symptomatologique et par classe d’âge, à Saint-Martin



Saint-Barthélemy

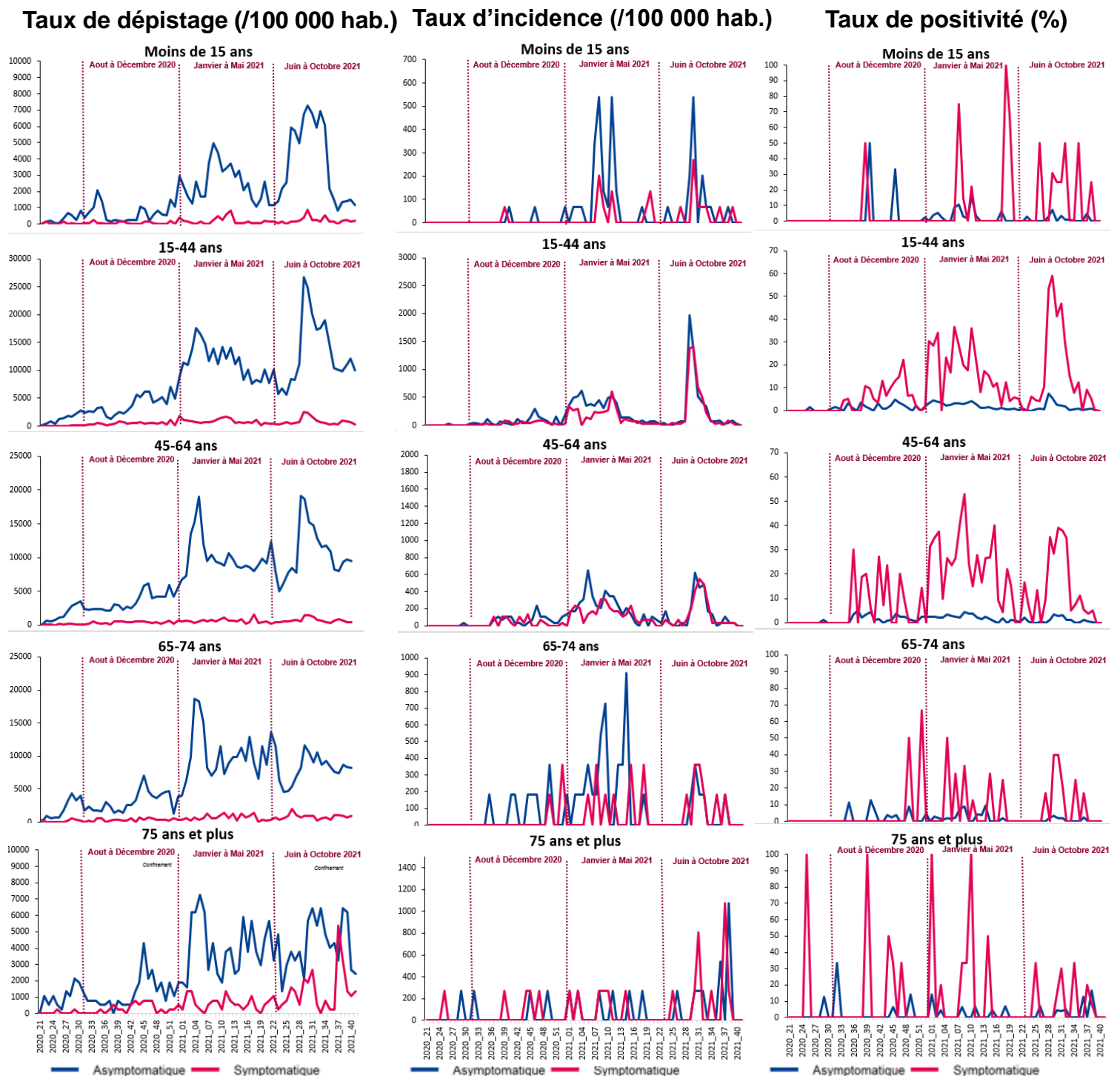
A Saint-Barthélemy, quelque soit les classes d'âges et les périodes d'analyses, le taux de dépistage, était largement plus important chez les asymptomatiques que chez les symptomatiques (Figure 1.4). Il s'agit du territoire proposant l'offre de dépistage la plus élevée de France.

Quelque soit les classes d'âges et les périodes d'analyses, le taux d'incidence ne présente pas de dynamique particulière et ce quelque soit le statut symptomatologique.

Le taux de positivité était plus élevé chez les symptomatiques comparativement aux asymptomatiques quelle que soit la classe d'âges.

Toutefois, du fait de l'effectif faible de la population à Saint-Barthélemy, les variations de ces indicateurs sont à interpréter avec prudence.

Figure 1.4. Taux de dépistage, d'incidence et de positivité par statut symptomatologique et par classe d'âge, à Saint-Barthélemy



Mise en perspective dans les Antilles françaises

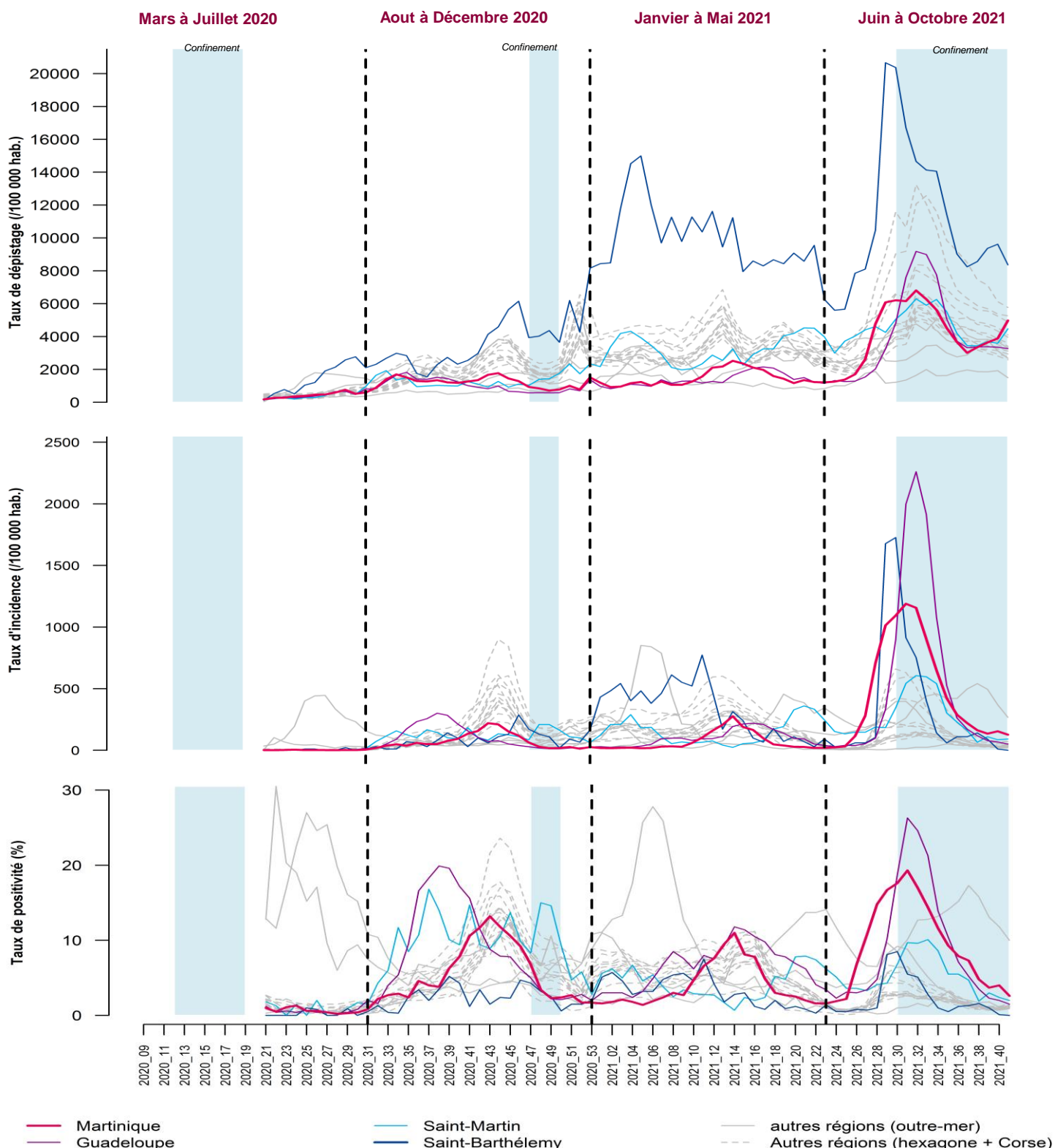
Au plus fort de l'activité épidémique (Période 4), le taux d'incidence le plus élevé a été enregistré :

- en Guadeloupe en S32-2021 avec 2 261 cas pour 100 000 habitants (correspondant à 8 520 positifs),
- en Martinique en S31-2021 avec 1 189/100 000 habitants (correspondant à 4 267 positifs),
- à Saint-Martin en S32-2021 avec 606/100 000 habitants (correspondant à 214 positifs),
- à Saint-Barthélemy en S30-2021 avec 1 727/100 000 habitants (correspondant à 172 positifs).

Le taux de positivité le plus élevée a été observé en Guadeloupe en S31-2021 (26,3 %), en Martinique en S31-2021 (19,3 %), à Saint-Martin en S37-2020 (16,8 %) et à Saint-Barthélemy en S30-2021 (8,5 %) [Figures 1.5 et 1.6, Tableaux 1.1, 1.2 et 1.3].

Le recours au dépistage était plus élevé en 4^e période dans chaque territoire des Antilles françaises.

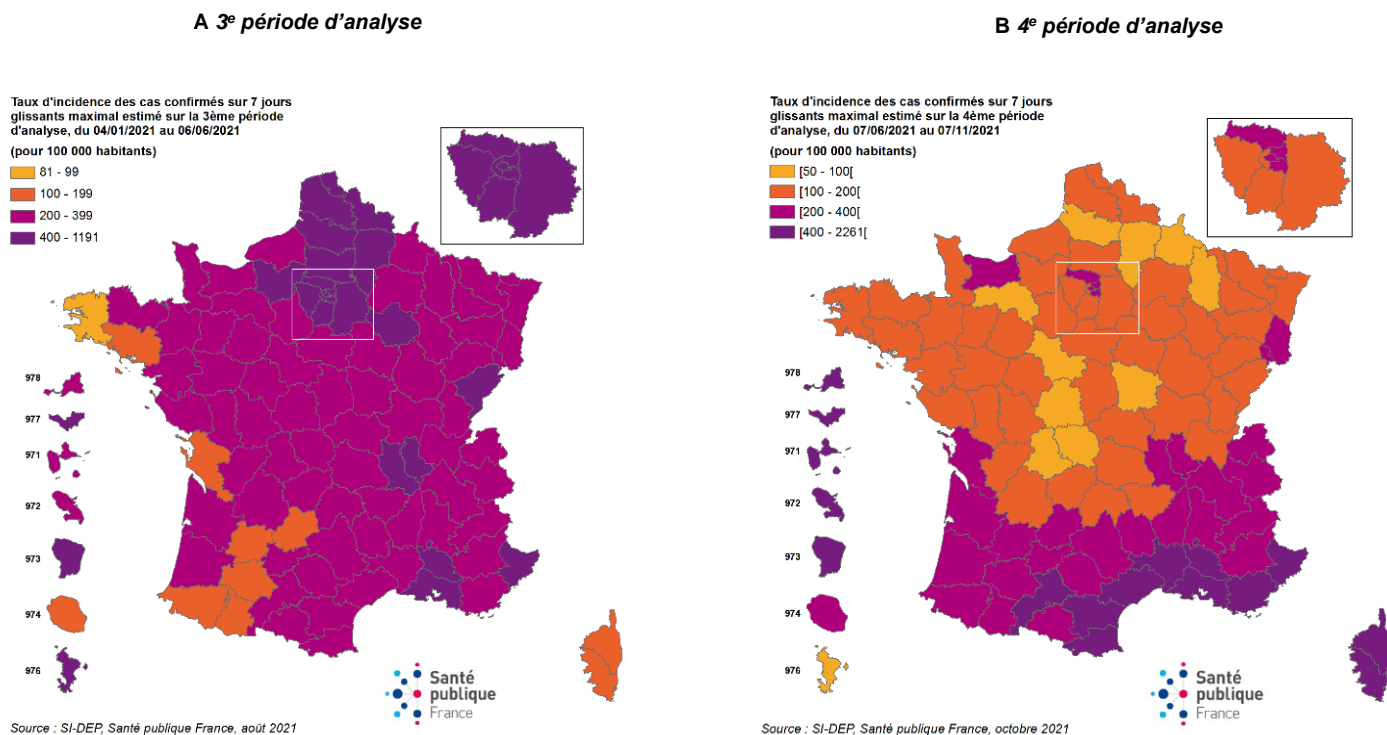
Figure 1.5. Taux hebdomadaires de dépistage, d'incidence et de positivité des cas confirmés de COVID-19, de la S20-2021 à S41-2021, par département, aux Antilles françaises.



Mise en perspective avec les autres départements français

Les territoires des Antilles françaises (départements 971, 972, 977 et 978), ont eu une activité épidémique semblable à la majorité des départements français en période 3 (Figure 1.6 et Tableaux 1.1, 1.2 et 1.3). En période 4, l'activité épidémique était plus intense qu'en période 3; cette intense activité est retrouvée également en Guyane et dans les départements du contour méditerranéen.

Figure 1.6. Taux départementaux d'incidence maximaux atteints au cours des 3^e (A) et 4^e (B) période d'analyse, France.



Synthèse des indicateurs virologiques, Antilles françaises

Tableau 1.1: Synthèse des indicateurs virologiques, Guadeloupe et focus dans les Antilles françaises

Indicateurs	2 ^e période	3 ^e période	4 ^e période
Population tous âges confondus			
Taux d'incidence médian [min-max]	61,8 [12,5-300,9]	94,3 [24,4-219,2]	117,8 [30,3-2261]
Taux de positivité médian [min-max]	7 [1,6-19,9]	7,2 [2,4-11,8]	4,8 [1,6-26,3]
Taux de dépistage médian [min-max]	948,6 [568,1-1826-6]	1164,8 [791,8-2079,4]	3323,8 [1149-9183,6]
Classe d'âge (taux d'incidence médian [min-max])			
Moins de 15 ans	16,6 [0-98,3]	27,2 [3-108,9]	71,1 [3,0-912,3]
15-44 ans	95,6 [17,9-420,7]	126,7 [34,1-280,7]	143 [37,4-3473]
45-64 ans	62 [4,3-358,7]	103,5 [21,6-256,9]	130 [33-2427]
65-75 ans	44,9 [4,6-264,7]	65,7 [18,4-216,4]	100 [32-1321]
75 ans et plus	39,5 [0-213,7]	38 [14-6163,9]	11,2 [23,4-1173,6]
Sexe			
Sexe ratio H/F		0,8	0,8
Département (taux d'incidence médian [min-max])			
971-Guadeloupe	61,8 [12,5-300,9]	94,3 [24,4-219,2]	117,8 [30,3-2261]
972-Martinique	50,9 [12-219,7]	30,6 [16,7-230,2]	280,1 [19,5-1189,4]
977-Saint-Barthélemy	86,8 [10,2-255,3]	391,5 [30,1-773,0]	90,4 [0-1726,7]
978-Saint-Martin	107,7 [58,6-207,0]	116,0 [19,8-334,0]	164,1 [65,1-605,7]

Synthèse des indicateurs virologiques, Saint-Martin

Tableau 1.2: Synthèse des indicateurs virologiques, Saint-Martin et focus dans les Antilles françaises

Indicateurs	2 ^e période	3 ^e période	4 ^e période
Population tous âges confondus			
Taux d'incidence médian [min-max]	107,7 [58,6-207,0]	116,0 [19,8-334,0]	164,1 [65,1-605,7]
Taux de positivité médian [min-max]	9,7 [2,3-16,8]	4,2 [0,7-7,9]	4,7 [1,9-10,1]
Taux de dépistage médian [min-max]	1246,3 [898-2035,1]	2970,2 [1972,6-4508,7]	4197,1 [2997,1-6294,2]
Classe d'âge (taux d'incidence médian [min-max])			
Moins de 15 ans	15,9 [0-63,5]	21,2 [0-84,7]	63,6 [0-169,5]
15-44 ans	130,0 [63,3-323,3]	147,6 [28,1-491,8]	196,8 [77,3-892,7]
45-64 ans	202,6 [64,0-309,2]	143,9 [10,7-490,5]	234,6 [85,3-703,7]
65 ans et plus	115,1 [0-333,4]	166,7 [37,0-592,8]	222,3 [37,1-741,0]
Sexe			
Sexe ratio H/F	0,8	0,8	0,7
Territoire (taux d'incidence médian [min-max])			
971-Guadeloupe	61,8 [12,5-300,9]	94,3 [24,4-219,2]	117,8 [30,3-2261]
972-Martinique	50,9 [12-219,7]	30,6 [16,7-230,2]	280,1 [19,5-1189,4]
977-Saint-Barthélemy	86,8 [10,2-255,3]	391,5 [30,1-773,0]	90,4 [0-1726,7]
978-Saint-Martin	107,7 [58,6-207,0]	116,0 [19,8-334,0]	164,1 [65,1-605,7]

Source : SI-DEP, Santé publique France, octobre 2021

Synthèse des indicateurs virologiques, Saint-Barthélemy

Tableau 1.3: Synthèse des indicateurs virologiques, Saint-Barthélemy et focus dans les Antilles françaises

Indicateurs	2 ^e période	3 ^e période	4 ^e période
Population tous âges confondus			
Taux d'incidence médian [min-max]	86,8 [10,2-255,3]	391,5 [30,1-773,0]	90,4 [0-1726,7]
Taux de positivité médian [min-max]	2,4 [0,3-5,1]	3,1 [0,3-7,4]	1 [0-8,5]
Taux de dépistage médian [min-max]	3374,9 [1572,6 - 7597,2]	9622,5 [7037,4 - 14988,4]	9155,7 [5601,9 - 20660,6]
Classe d'âge (taux d'incidence médian [min-max])			
Moins de 15 ans	0 [0-67,3]	67,3 [0-740,0]	67,3 [0-807,2]
15-44 ans	100,6 [0-357,8]	492,0 [44,7-1118,2]	134,2 [0-3354,5]
45-64 ans	120,2 [0-240,3]	360,5 [34,3-789,6]	68,7 [0-1029,9]
65 ans et plus	108,5 [0-434,0]	217,0 [0-651,0]	108,5 [0-759,4]
Sexe			
Sexe ratio H/F	1,4	0,9	1
Territoire (taux d'incidence médian [min-max])			
971-Guadeloupe	61,8 [12,5-300,9]	94,3 [24,4-219,2]	117,8 [30,3-2261]
972-Martinique	50,9 [12-219,7]	30,6 [16,7-230,2]	280,1 [19,5-1189,4]
977-Saint-Barthélemy	86,8 [10,2-255,3]	391,5 [30,1-773,0]	90,4 [0-1726,7]
978-Saint-Martin	107,7 [58,6-207,0]	116,0 [19,8-334,0]	164,1 [65,1-605,7]

Source : SI-DEP, Santé publique France, octobre 2021

SURVEILLANCE DES HOSPITALISATIONS

(Source : SI-VIC)

Depuis mars 2020, l'outil SI-VIC (Système d'information pour le suivi des victimes) a été déployé dans les établissements de santé afin de suivre en temps réel l'hospitalisation des patients infectés par le SARS-CoV-2. Le nombre de patients hospitalisés, admis en soins critiques (réanimation, soins intensifs, unités de surveillance continue), ainsi que les décès survenus pendant l'hospitalisation sont rapportés par les établissements de santé. Les données de la période 1 sont à interpréter avec précaution compte tenu des faibles effectifs, des modalités de dépistage et de prise en charge différentes des 3 autres périodes. Les données d'incidence (nouvelle hospitalisation, nouvelle admission en soins critiques, décès) sont présentées ci-dessous par date d'admission et par date de décès. Pour le calcul des incidences régionales, tous les événements ont été rattachés à la première région d'enregistrement du patient dans SI-VIC. Les données de prévalence présentent le nombre de patients en cours d'hospitalisation chaque jour dans les établissements de santé de Guadeloupe.

Dynamique de l'épidémie

Guadeloupe

- La dynamique des nouvelles hospitalisations se caractérise par une première vague de courte durée et faible ampleur avec un pic fin mars 2020 (32 hospitalisations en S13), une deuxième vague de plus longue durée que la 1^{re} vague et de plus forte ampleur avec un pic fin septembre 2020 (139 hospitalisations en S39) [Figure 2.1.A]. La dynamique de nouvelles hospitalisations observé au cours de la 3^e vague, entre mi-mars et mi-mai 2021, est de durée équivalente à celle de la 2^e vague mais d'ampleur plus faible avec un pic fin avril 2021 (86 en S17). La 4^e vague est d'une ampleur jusqu'ici jamais observée avec un pic mi-août 2021 (400 nouvelles hospitalisations en S33).
- La dynamique des nouvelles admissions en soins critiques montre un profil similaire, avec des pics concomitants à ceux des hospitalisations. Un pic fortement élevé a été observé lors de la dernière période avec 95 admissions en S33-2021.
- Les décès suivent une dynamique proche des hospitalisations avec des pics concomitants à celui des hospitalisations sauf en période 2 ou un décalage de deux semaines est observé.

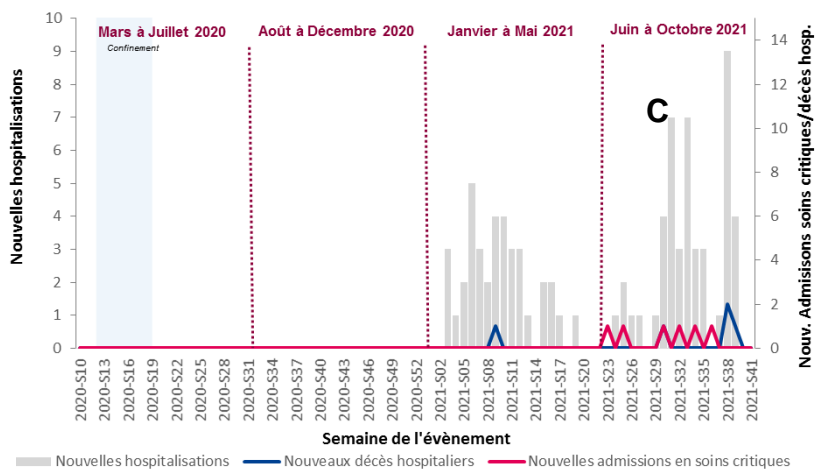
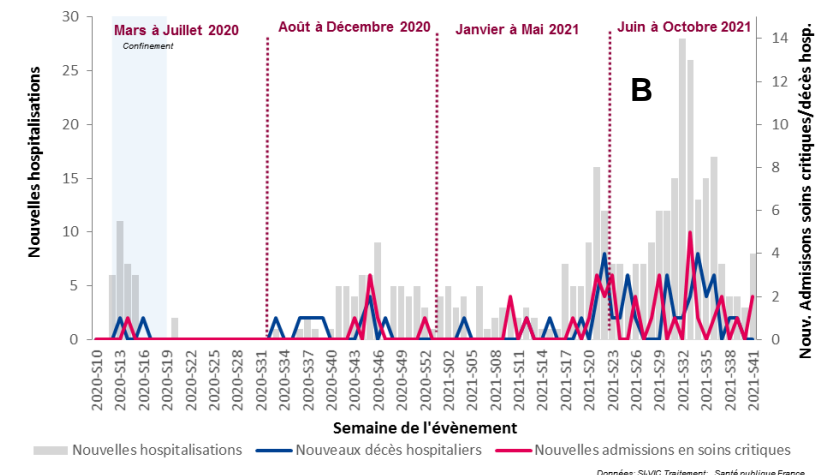
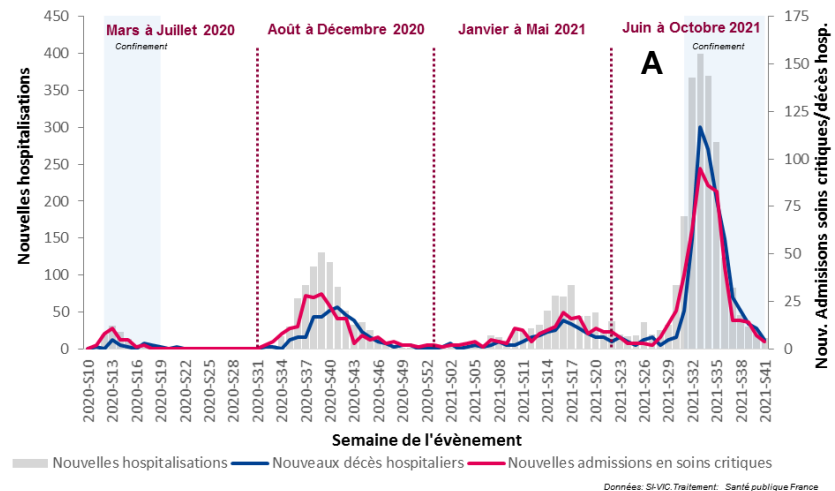
Saint-Martin

- La dynamique des nouvelles hospitalisations se caractérise par une première vague de courte durée et faible ampleur avec un pic fin mars 2020 (11 hospitalisations en S13), une deuxième vague de plus longue durée que la première et de même ampleur avec un pic mi-novembre 2020 (9 hospitalisations en S46) [Figure 2.1.B]. La dynamique de nouvelles hospitalisations observé au cours de la 3^e vague (recoupant les périodes 3 et 4), entre mi-avril et début septembre 2021, est de durée plus longue et d'ampleur plus élevée que les vagues précédentes avec deux pics observés (16 en S21 et 28 en S32).
- La dynamique des nouvelles admissions en soins critiques montre un profil similaire, avec des pics concomitants à ceux des hospitalisations avec un pic plus élevé observé lors de la dernière période avec 5 admissions en S33-2021.
- Les décès suivent une dynamique proche des hospitalisations avec un décalage d'une à deux semaines.

Saint-Barthélemy

- Aucune hospitalisation n'a été enregistrée sur l'application SI-VIC au cours de l'année 2020. En 2021, la dynamique des nouvelles hospitalisations se caractérise par une première vague de faible ampleur avec un pic début février (5 hospitalisations en S06-2021) et une deuxième vague de plus forte ampleur avec un pic fin septembre (9 hospitalisations en S38-2021) [Figure 2.1.C].
- La dynamique des nouvelles admissions en soins critiques était faible avec au total six admissions enregistrées entre début juin et début septembre.
- Un seul décès est à déplorer au cours de la 1^{re} vague (S09-2021) tandis que quatre décès ont été enregistrés au cours de la 2^e vague.

Figure 2.1. Nombre de nouvelles hospitalisations, de nouvelles admissions en soins critiques et de décès Covid-19, par semaine, de mars 2020 à octobre 2021, en (A) Guadeloupe, (B) Saint-Martin et (C) Saint-Barthélemy



Indicateurs hospitaliers par âge

Guadeloupe

Entre le 2 mars 2020 et le 17 octobre 2021, 3 769 nouvelles hospitalisations dont 936 nouvelles admissions en soins critiques ont été recensées et 836 patients sont décédés au cours de leur prise en charge hospitalière, à l'hôpital ou depuis la 4^e vague, en hospitalisation en domicile.

Répartition par âge

- Lors de chaque période, les nouvelles hospitalisations concernaient en majorité les 60-79 ans (de 42 % à 46 % selon la période) et les 40-59 ans (de 27 % à 30 %) [Figure 2.2 A]. La proportion de patients de moins de 60 ans était plus élevée en période 4 (45 %) par rapport aux périodes 2 et 3 (38 % et 37 % respectivement).
- Les admissions en soins critiques concernaient en majorité les 60 ans et plus durant les trois premières périodes (54 % à 65 %) tandis qu'elles concernaient plutôt les 40-59 ans en période 4 (47 %) [Figure 2.2 B].
- Les décès hospitaliers concernaient en majorité les 60-79 ans (de 54 % à 69 % selon les périodes) [Figure 2.2 C].

Taux d'incidence

- Les taux d'hospitalisation (/100 000 hab.) étaient les plus élevés chez les 80 ans et plus puis les 60-79 ans (Tableau 2.1). Les taux d'hospitalisation étaient plus élevés lors de la dernière période dans toutes les classes d'âge.
- Les taux d'admission en soins critiques les plus élevés touchaient les 60-79 ans tandis que le taux était en augmentation d'une période à l'autre chez les 40-59 ans. Ils étaient plus élevés dans la dernière période pour toutes les classes d'âge.

Dynamique des hospitalisations, des admissions en soins critiques et des décès

La dynamique des hospitalisations et des admissions en soins critiques était similaire selon les classes d'âges et les périodes. Cependant, la proportion la plus élevée des décès a été enregistrée chez les 60-79 ans et chez les 80 ans et plus, classe d'âge qui faisaient l'objet d'une moins forte hospitalisation en soins critiques comparé aux classes d'âges plus jeunes en période 4.

Figure 2.2. Nombre de nouvelles hospitalisations (A), nouvelles admissions en soins critiques (B), décès (C) Covid-19 selon la classe d'âge, par semaine, de mars 2020 à octobre 2021, en Guadeloupe

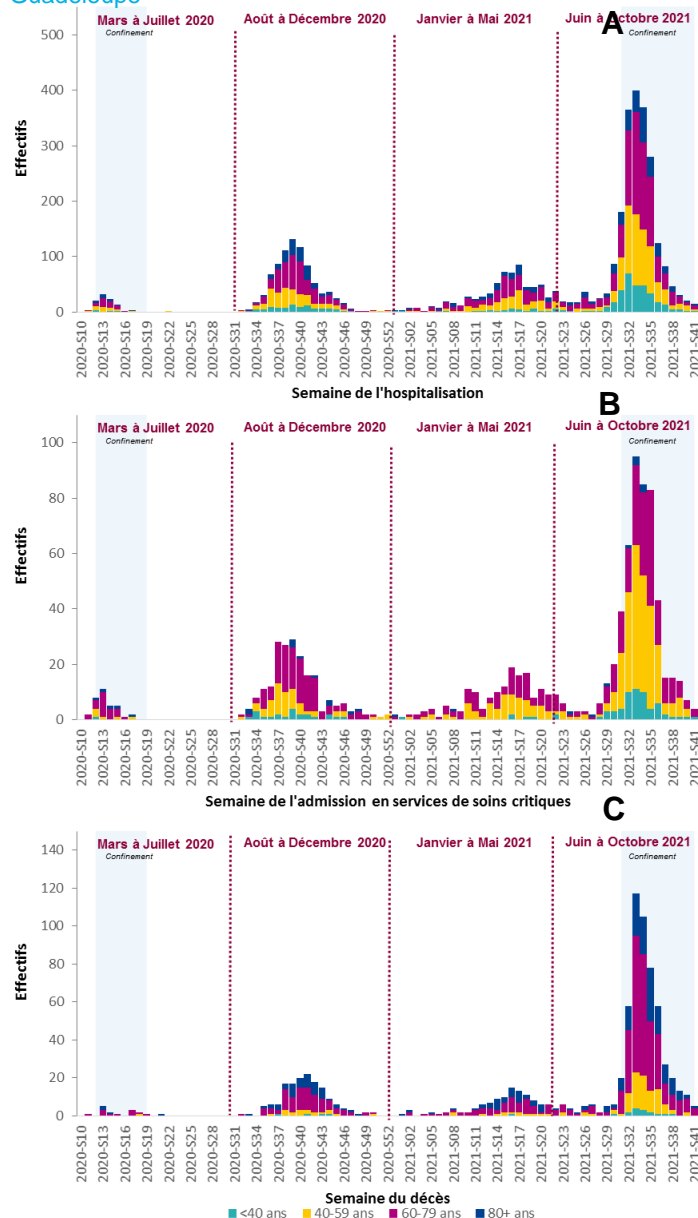


Tableau 2.1. Nombre et taux pour 100 000 habitants des nouvelles hospitalisations et admissions en soins critiques Covid-19 par classe d'âge, selon 4 périodes, de mars 2020 à octobre 2021, en Guadeloupe

	Mars-Juillet 2020		Août-Décembre 2020		Janvier-Mai 2021		Juin-Octobre 2021		Total (N)	
	n (%)	Taux/100 000 habitants	n (%)	Taux/100 000 habitants	n (%)	Taux/100 000 habitants	n (%)	Taux/100 000 habitants		
Hospitalisations	<40 ans	6 (6,3 %)	3,7	89 (10,7 %)	54,8	41 (6,1 %)	25,3	314 (14,5 %)	193,4	450
	40-59 ans	27 (28,4 %)	24,7	225 (27,1 %)	205,6	205 (30,4 %)	187,3	643 (29,7 %)	587,5	1100
	60-79 ans	43 (45,3 %)	51,1	360 (43,3 %)	427,7	309 (45,8 %)	367,1	903 (41,7 %)	1072,8	1615
	80+ ans	19 (20,0 %)	90,8	156 (18,8 %)	745,4	119 (17,6 %)	568,6	304 (14,0 %)	1452,6	598
	Non renseigné	0 (0,0 %)	-	1 (0,1 %)	-	0 (0,0 %)	-	4 (0,2 %)	-	5
	Tous âges	95 (100,0 %)	25,2	831 (100,0 %)	220,5	675 (100,0 %)	179,1	2168 (100,0 %)	575,3	3769
Admissions en services de soins critiques	<40 ans	1 (2,9 %)	0,6	22 (10,3 %)	13,6	7 (4,1 %)	4,3	58 (11,2 %)	35,7	88
	40-59 ans	6 (17,6 %)	5,5	55 (25,8 %)	50,3	70 (41,4 %)	64,0	245 (47,1 %)	223,8	376
	60-79 ans	22 (64,7 %)	26,1	124 (58,2 %)	147,3	91 (53,8 %)	108,1	206 (39,6 %)	244,7	443
	80+ ans	5 (14,7 %)	23,9	12 (5,6 %)	57,3	1 (0,6 %)	4,8	10 (1,9 %)	47,8	28
	Non renseigné	0 (0,0 %)	-	0 (0,0 %)	-	0 (0,0 %)	-	1 (0,2 %)	-	1
	Tous âges	34 (100,0 %)	9,0	213 (100,0 %)	56,5	169 (100,0 %)	44,8	520 (100,0 %)	138,0	936

Données : SI-VIC. Traitement : Santé publique France

Saint-Martin

Entre le 2 mars 2020 et le 17 octobre 2021, 397 nouvelles hospitalisations dont 39 nouvelles admissions en soins critiques ont été recensées et 45 patients sont décédés au cours de leur prise en charge hospitalière [Tableau 2.2].

Répartition par âge

- Lors de chaque période (les périodes 3 et 4 étant regroupées), les nouvelles hospitalisations concernaient en majorité les 60-79 ans (de 39 % à 53 % selon la période) et les 40-59 ans (de 30 % à 38 %) [Figure 2.3 A].
- Les admissions en soins critiques concernaient en majorité les 60-79 ans en période 2 (67 %) tandis qu'elles concernaient autant les 40-59 ans (47 %) que les 60-79 ans (44 %) en périodes 3 et 4 [Figure 2.3 B].
- Les décès hospitaliers concernaient en majorité les 60-79 ans (de 44 % à 54 % selon les périodes) [Figure 2.3 C].

Dynamique des admissions en soins critiques et des décès

La dynamique des admissions en soins critiques était faible au cours des deux premières périodes avec respectivement 1 et 6 admissions, majoritairement chez des personnes âgées de 40 à 79 ans. La dernière période (3^e et 4^e) a connu un nombre plus important d'admissions (n=32). Concernant les décès, 75 % sont survenus au cours de la dernière période (3^e et 4^e) et majoritairement chez les 60-79 ans (51 %).

Saint-Barthélemy

Entre le 4 janvier 2021 et le 17 octobre 2021, 84 nouvelles hospitalisations dont 6 nouvelles admissions en soins critiques ont été recensées et 5 patients sont décédés au cours de leur prise en charge hospitalière [Tableau 2.2].

Répartition par âge

- Lors de chaque période, les nouvelles hospitalisations concernaient toutes les classes d'âge [Figure 2.4]. Le nombre de nouvelles hospitalisations est légèrement plus élevé en période 4.
- Les admissions en soins critiques sont observées uniquement en période 4 et elles concernaient en majorité les 40-59 ans (83 %).
- Les décès hospitaliers concernaient en majorité les 80 ans et plus (80 %).

Tableau 2.2. Nombre de nouvelles hospitalisations et admissions en soins critiques Covid-19 par classe d'âge, de mars 2020 à octobre 2021, selon 3 périodes pour Saint-Martin et 2 périodes pour Saint-Barthélemy

	SAINT-MARTIN					
	Mars-Juillet 2020		Août-Décembre 2020		Janvier-Octobre 2021	
	Tranche d'âge	n (%)	n (%)	n (%)	Total (N)	
Hospitalisations	<40 ans	2 (6,3 %)	13 (20,3 %)	45 (15,0 %)	60	
	40-59 ans	11 (34,4 %)	19 (29,7 %)	114 (37,9 %)	144	
	60-79 ans	17 (53,1 %)	28 (43,8 %)	116 (38,5 %)	161	
	80+ ans	2 (6,3 %)	4 (6,3 %)	26 (8,6 %)	32	
	Tous âges	32 (100,0 %)	64 (100,0 %)	301 (100,0 %)	397	
Admissions en services de soins critiques	<40 ans	0 (0,0 %)	1 (16,7 %)	2 (6,3 %)	3	
	40-59 ans	1 (100,0 %)	1 (16,7 %)	15 (46,9 %)	17	
	60-79 ans	0 (0,0 %)	4 (66,7 %)	14 (43,8 %)	18	
	80+ ans	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	1 (3,1 %)	1	
	Tous âges	1 (100,0 %)	6 (100,0 %)	32 (100,0 %)	39	

Données : SI-VIC. Traitement : Santé publique France

Figure 2.3. Nombre de nouvelles hospitalisations (A), nouvelles admissions en soins critiques (B), décès (C) Covid-19 selon la classe d'âge, par semaine, de mars 2020 à octobre 2021, à Saint-Martin

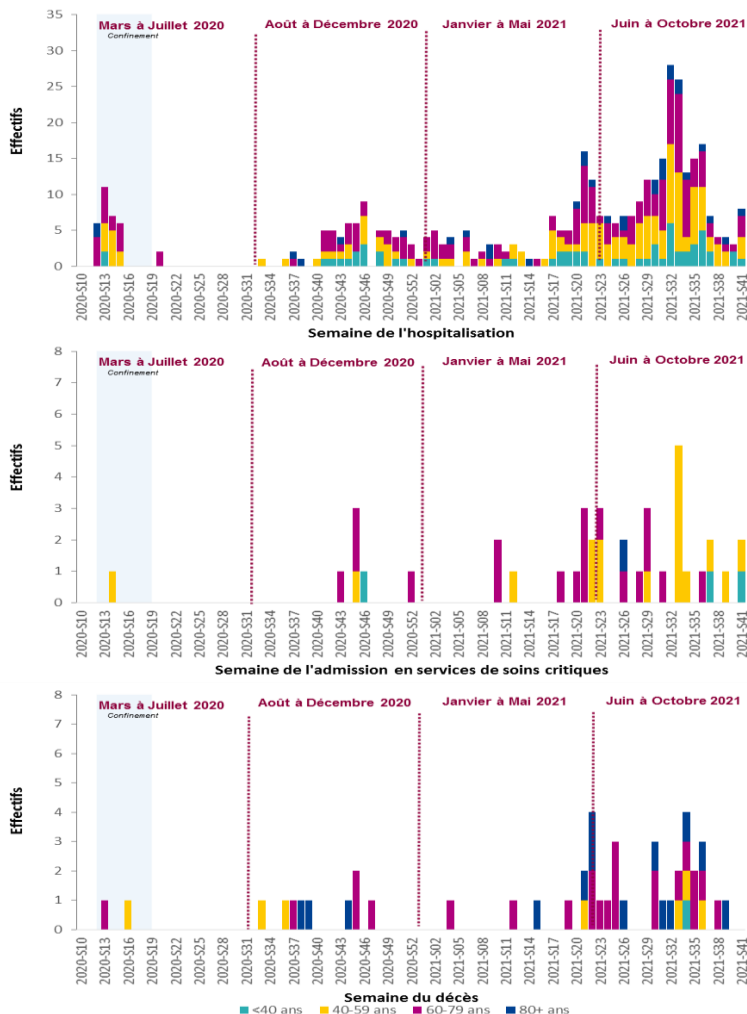
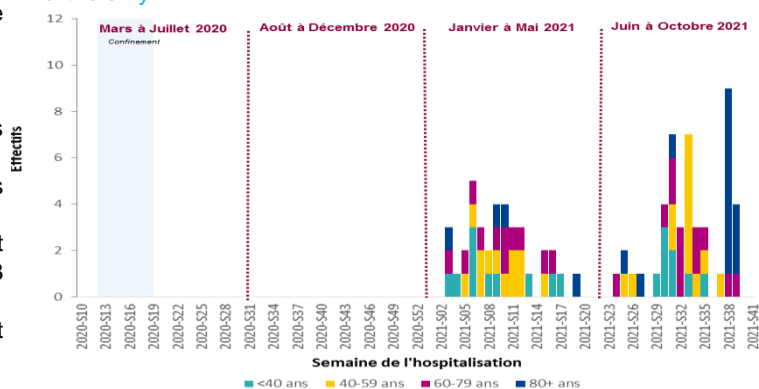


Figure 2.4. Nombre de nouvelles hospitalisations Covid-19 selon la classe d'âge, par semaine, de mars 2020 à octobre 2021, à Saint-Barthélemy

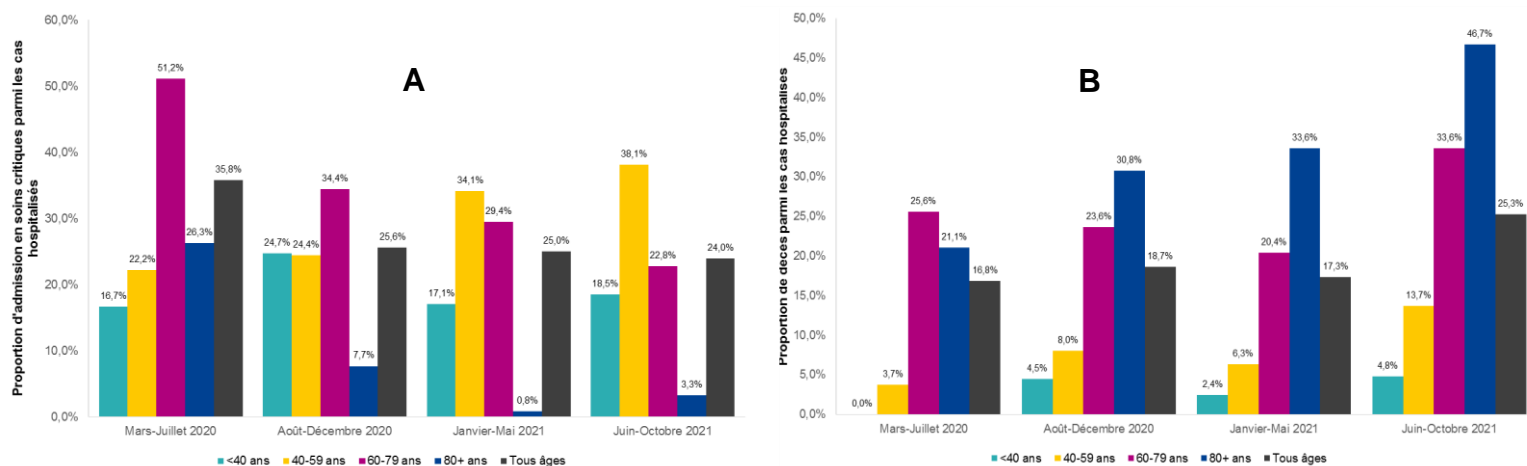


Données : SI-VIC. Traitement : Santé publique France

Proportion d'admissions en soins critiques et de décès en Guadeloupe

- La proportion d'admissions en soins critiques parmi les cas hospitalisés était de 24,8 % sur les 4 périodes (proportion globalement stable entre les périodes 2, 3 et 4) [Figure 2.5 A]. Cette proportion était plus élevée chez les 60-79 ans en périodes 1 et 2, bien qu'en diminution sur les 4 périodes, tandis que les 40-59 ans avaient une proportion plus élevée en période 3 et 4, cette proportion étant en augmentation sur les 4 périodes. Elle diminuait chez les 80 ans et plus au cours des périodes (de 26,3 % en période 1 à 3,3 % en période 4).
- La proportion de décès parmi les cas hospitalisés était relativement stable sur les 3 premières périodes (en moyenne 17,6 %) comparé à la 4^e période (25,3 %) (Figure 2.5 B). Cette proportion était plus élevée et en augmentation chez les 80 ans et plus (21,1 % à 46,7 %), bien que leur proportion en soins critiques soit inférieure à celles des autres tranches d'âges. Les proportions étaient faibles chez les moins de 40 ans (0,0 % à 4,8 %) et chez les 40-59 ans (de 3,7 % à 13,7 %) bien qu'en augmentation pour cette classe d'âge. Les proportions de décès étaient nettement plus élevées en période 4 par rapport aux périodes 1 à 3 dans toutes les classes d'âge.

Figure 2.5. Proportions d'admissions en soins critiques (A) et de décès (B) parmi les cas hospitalisés Covid-19 selon la classe d'âge, selon 3 périodes, de mars 2020 à octobre 2021, en Guadeloupe

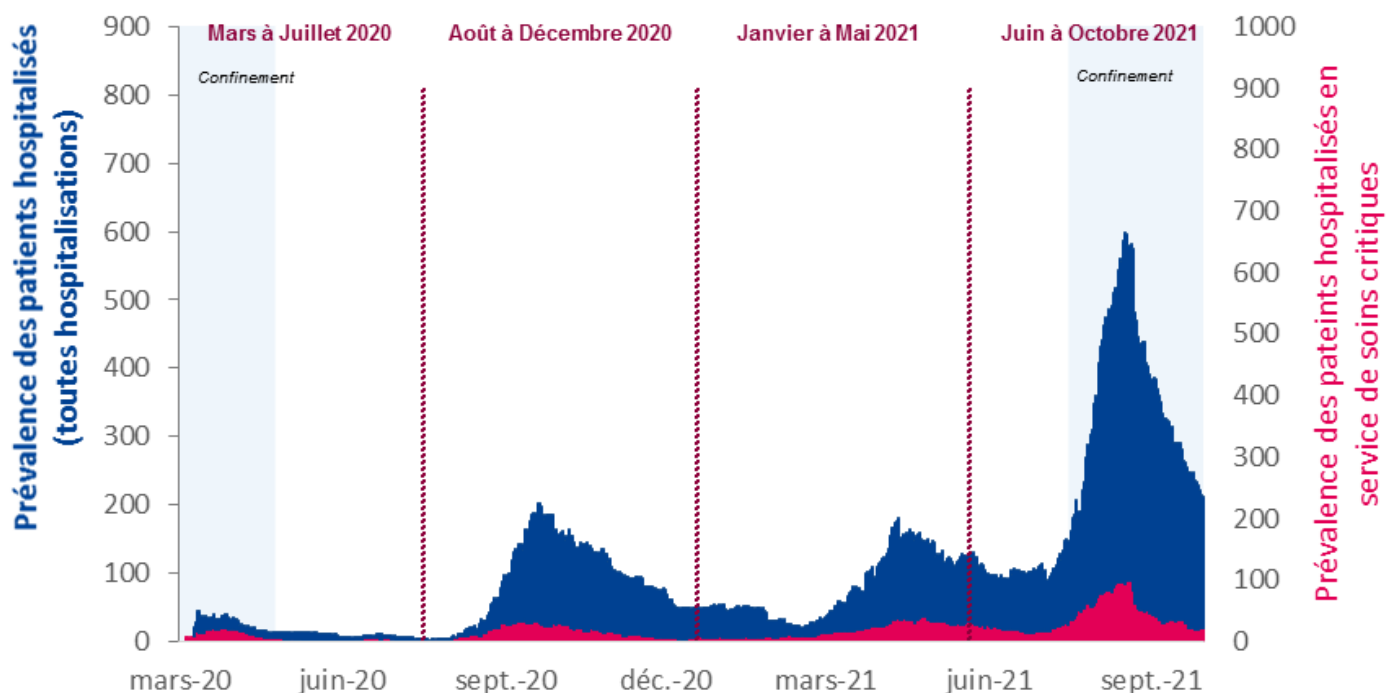


Prévalence en Guadeloupe

Le nombre de patients en cours d'hospitalisation chaque jour en Guadeloupe a atteint des niveaux plus élevés lors de la 4^e période par rapport aux périodes précédentes (Figure 2.6). Il s'est maintenu à un niveau élevé, supérieur à 400 patients en cours d'hospitalisation chaque jour, entre mi-août et mi-septembre 2021. Les pics du nombre prévalent quotidien de patients hospitalisés ont été observés en mars 2020 (n=44), en octobre 2020 (n=202), en avril 2021 (n=182) et en août 2021 (n=799). Trois pics ont été observés pour les patients hospitalisés en soins critiques en avril 2020 (n=20), octobre 2020 (n=80), avril 2021 (n=134) et septembre 2021 (n=600).

À noter que les patients transférés d'autres régions vers la Guadeloupe sont représentés dans ce graphique des prévalences hospitalières.

Figure 2.6. Nombre prévalent quotidien de patients hospitalisés Covid-19, toutes hospitalisations dont soins critiques, par date de déclaration, de mars 2020 à octobre 2021, en Guadeloupe



SURVEILLANCE EN SERVICES DE RÉANIMATION SENTINELLES

(Source : Surveillance des services de réanimation sentinelles)

Depuis mars 2020, 664 patients confirmés au SARS-CoV-2 et admis dans les services de réanimation sentinelles de Guadeloupe ont été signalés dont 41 entre mars et juillet 2020 (Période 1), 199 entre août et décembre 2020 (Période 2), 144 entre janvier et juin 2021 (Période 3) et 280 entre juillet et mi-octobre 2021 (Période 4). Une part des personnes prises en charge étaient en provenance de la Guyane (période 3), de Saint-Martin ou de Saint-Barthélemy (Périodes 1 à 4). La surveillance des cas graves a été exhaustive pour les 3 premières périodes tandis qu'elle a été partielle au cours de la 4^e période avec l'ouverture de plusieurs services de réanimation Covid-19 (CHBT, polyclinique).

Une évolution des caractéristiques de ces cas au cours du temps est présentée dans le tableau 3.1, avec une féminisation, un rajeunissement des cas et une augmentation des SDRA (syndromes de détresse respiratoire aigue) à niveau sévère en période 4 et une réduction de durée de séjour chez les cas sortis vivants ou décédés en périodes 2 et 4.

Tableau 3.1. Description des cas de COVID-19 signalés et admis dans les services sentinelles de réanimation et évolution en période 4 par rapport à la période 3, mars 2020 à octobre 2021, Guadeloupe

	Période 1	Période 2	Période 3	Période 4	évolution Période 4	Total
Cas admis en réanimation						
Nb signalements	41	199	144	280	↗	664
Répartition par sexe						
Homme	29 (71%)	126 (63%)	100 (69%)	143 (51%)	↘	398 (60%)
Femme	12 (29%)	73 (37%)	44 (31%)	137 (49%)	↗	266 (40%)
Inconnu	0	0	0	0		0
Age						
Médian	63,5	63,0	62,0	57,0	↘	60,0
<i>Chez les cas sortis vivants</i>	53,5	60,0	60,0	55,0	↘	58,0
<i>Chez les cas décédés</i>	66,0	67,0	65,5	59,0	↗	63,0
Syndrome de détresse respiratoire aigue*						
Pas de SDRA	3 (8%)	16 (8%)	8 (6%)	28 (11%)	↗	55 (9%)
Mineur	5 (13%)	33 (17%)	6 (5%)	9 (4%)	→	53 (9%)
Modéré	17 (43%)	74 (39%)	89 (67%)	91 (35%)	↘	271 (44%)
Sévère	15 (38%)	67 (35%)	30 (23%)	129 (50%)	↗	241 (39%)
Non renseigné	1	9	11	23		44
Evolution						
Transfert hors réanimation ou retour à domicile	25 (61%)	112 (56%)	93 (65%)	124 (44%)	↘	354 (53%)
Transfert autre réanimation	1 (2%)	8 (4%)	5 (3%)	55 (20%)	↗	69 (11%)
Décès	15 (37%)	79 (40%)	46 (32%)	101 (36%)	→	241 (36%)
Durée de séjour						
Durée médiane de séjour	14,0	6,0	11,0	8,0	↘	8,0
<i>Chez les cas sortis vivants</i>	10,0	5,0	10,0	5,0	↘	6,0
<i>Chez les cas décédés</i>	15,0	8,0	13,0	8,0	↘	10,0

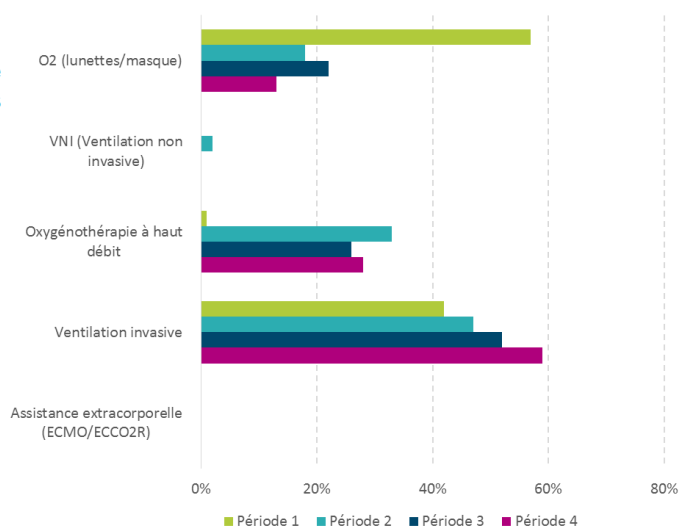
*Niveau de sévérité maximal observé et modalité de prise en charge la plus invasive mise en place au cours du séjour en réanimation

Source : services sentinelles de réanimation adultes de Guadeloupe, au 24/10/2021

Figure 3.1. Description de la prise en charge ventilatoire des cas de COVID-19 signalés et admis dans le service de réanimation adulte de mars 2020 à octobre 2021, en Guadeloupe

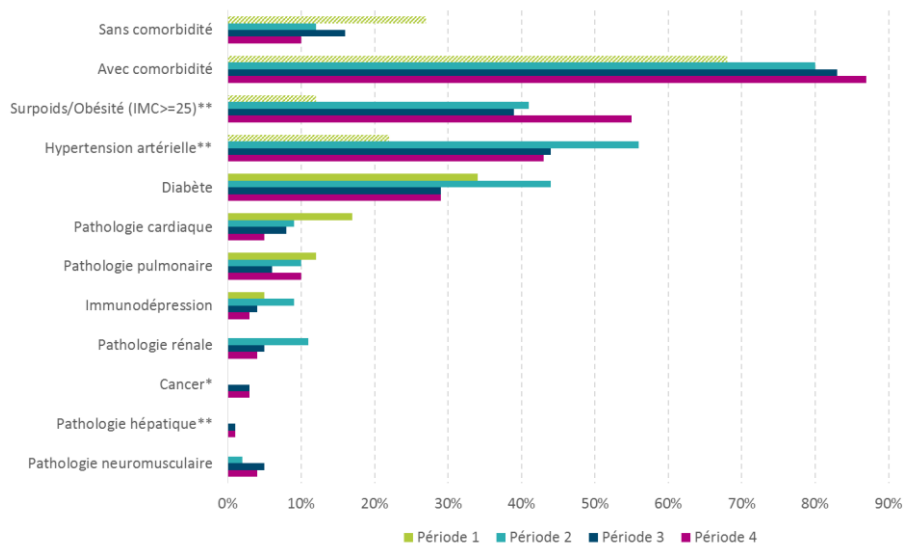
La première période est marquée par un fort recours à l'O2 (lunettes ou masque) ainsi qu'à la ventilation invasive. Après la première période, on note une augmentation du recours à l'oxygénothérapie à haut débit, tandis que le recours à la ventilation invasive restait élevé.

Les CH de Guadeloupe n'étant pas équipés d'assistance extracorporelle, aucun recours n'est mentionné.



Source : services sentinelles de réanimation adultes et pédiatriques de Guadeloupe, au 24/10/2021

Figure 3.2. Description des comorbidités des cas de COVID-19 signalés et admis dans les services sentinelles de réanimation de mars 2020 à octobre 2021, en Guadeloupe



La part plus élevée de cas sans comorbidité observé au cours de la première période est potentiellement liée à un recueil moins exhaustif des comorbidités à cette période (absence de l’item cancer, ajout des items HTA et pathologies hépatiques plus tardivement en avril 2020).

Entre les périodes 2 et 4 (périodes comparables avec recueil identique), on observe une augmentation de la prévalence du surpoids/obésité. En périodes 3 et 4, on observe une diminution de la prévalence de l’hypertension artérielle, du diabète et dans une moindre mesure des pathologies rénales, des pathologies cardiaques et de l’immunodépression.

* Comorbidité non recueillie en Période 1
 ** Données incomplètes pour Période 1 car comorbidités introduites en cours de période

Source : services sentinelles de réanimation adultes et pédiatriques de Guadeloupe, au 24/10/2021

Figure 3.3. Description de la létalité par groupes d’âge et de comorbidités des cas de COVID-19 signalés et admis dans les services de réanimation sentinelles de mars 2020 à octobre 2021, en Guadeloupe

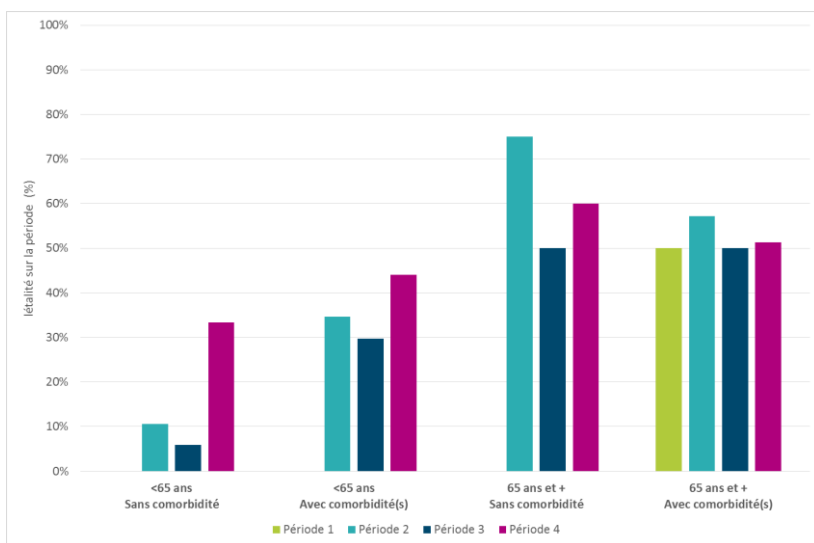
L’âge et la présence de comorbidités ont un rôle dans la survenue des décès.

La létalité augmentait avec l’âge et les comorbidités à chacune des quatre périodes (Figure 3.3).

En période 1, des décès sont survenus seulement chez des patients âgés de 65 ans et plus et atteints de comorbidités.

Entre les périodes 2 à 4, des décès sont survenus majoritairement chez des patients âgés de 65 ans et plus (avec ou sans comorbidités).

La proportion des décès chez des personnes âgées de moins de 65 ans et sans comorbidité était cependant plus importante en période 4.



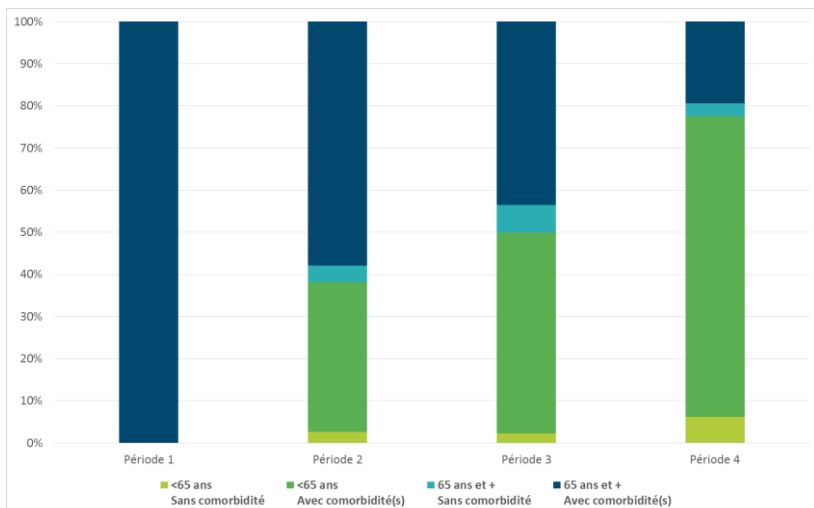
Source : services sentinelles de réanimation adultes et pédiatriques de Guadeloupe, au 24/10/2021

Figure 3.4. Description par groupes d’âge et de comorbidités des cas de COVID-19 décédés signalés et admis dans les services de réanimation sentinelles de mars 2020 à octobre 2021, en Guadeloupe

Les cas décédés en réanimation sont plus âgés et ont une durée de séjour médiane supérieure aux cas sortis vivants (Tableau 3.1).

On note que 95,9 % des cas décédés présentaient soit une comorbidité soit un âge supérieur à 65 ans (Figure 3.4).

La part des cas âgés de moins de 65 ans et avec comorbidités parmi les décédés augmentait entre la période 1 et la période 4.



Source : services sentinelles de réanimation adultes et pédiatriques de Guadeloupe, au 24/10/2021

SURVEILLANCE DES RECOURS AUX SOINS D'URGENCE POUR SUSPICION DE COVID-19

(Sources : Services des urgences (SurSaUD®))

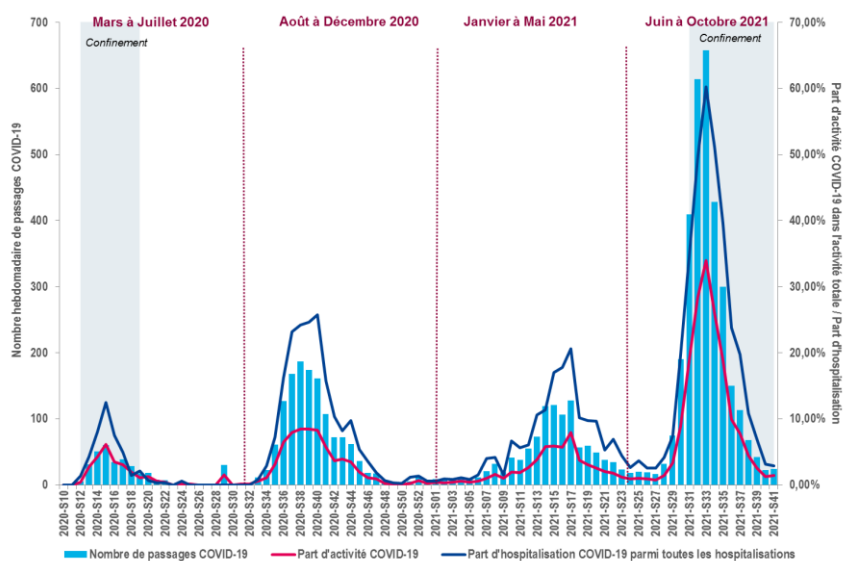
Guadeloupe

Impact de l'épidémie de Covid-19 sur les passages aux urgences

Concernant les passages aux urgences, on observe l'impact des 4 vagues épidémiques entre mars 2020 et octobre 2021 (Figure A.1). La première vague, au printemps 2020, est la moins marquée, avec un pic à 60 passages en semaine S15-2020 (6 au 12 avril 2020) et la plus brève. Un nombre très faible de passages aux urgences pour suspicion de COVID-19, inférieur à 2 passages hebdomadaires, est observé entre la semaine S23-2020 et la semaine S28-2020 (soit entre le 1^{er} juin et le 12 juillet 2020). Les 2^e et 3^e vagues sont plus étalées dans le temps avec des pics respectifs à 187 passages aux urgences en semaine S38-2020 (14 au 20 septembre 2020) et 128 passages en semaine S17-2021 (26 avril au 2 mai 2021). Le nombre de passages entre les 2^e et 3^e vagues reste relativement faible, avec moins de 15 passages hebdomadaires de la S48-2020 à S06-2021). La 4^e vague a été marquée par son ampleur sans précédent, avec un pic de 658 passages hebdomadaires en semaine S33-2021 (7 au 13 juin 2021).

La part d'activité moyenne liée à la Covid-19 dans l'ensemble des passages aux urgences lors de la 1^{ère} période est faible (1,2 %) alors qu'elle est beaucoup plus modérée sur les 2 périodes suivantes (respectivement 3,0 % et 2,5 % au moment des pics). En période 4, la part d'activité moyenne est plus importante avec 9,0 %. La part d'hospitalisation liée à la COVID-19 parmi l'ensemble des hospitalisations après passages aux urgences est comparable entre les 3 premières périodes : 2,0 % lors de la période 1 avec un pic à 13 % en semaine S15-2020, 8,0 % en période 2 avec un pic à 26,0 % en semaine S40-2020, 7,0 % en période 3 avec un pic de 21 % (quelle semaine?). En période 4, elle est bien supérieure : 18 % d'hospitalisation en moyenne avec un pic de 60 % en semaine S33-2021.

Figure 4.1 : Évolution des nombres et part d'activité hebdomadaires des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 et part d'hospitalisations liée à la COVID-19 parmi les hospitalisations après passage aux urgences, tous âges, de mars 2020 à octobre 2021, en Guadeloupe



Hospitalisation après passages aux urgences pour suspicion de COVID-19.

Le taux d'hospitalisation tous âges est stable au cours des périodes d'étude 2 (49,2 %), 3 (50,4 %) et 4 (49,1 %) et en augmentation par rapport à la période 1 (31,0 %) [Tableau 4.1].

Toutefois, on note une augmentation du taux d'hospitalisation au cours du temps, chez les moins de 15 ans (18,8 % en période 1 à 28,5 % en période 4) et chez les 15-44 ans (13,0 % en période 1 à 28,5 % en période 4).

Tableau 4.1 : Évolution des parts d'hospitalisation (%) par classes d'âge après recours aux urgences pour suspicion de COVID-19, de mars 2020 à octobre 2021, en Guadeloupe

Part d'hospitalisation après passage aux urgences pour suspicion de COVID-19 par classe d'âges	Taux d'hospitalisation (%) Mars-Juin 2020	Taux d'hospitalisation (%) Juil.-Déc. 2020	Taux d'hospitalisation (%) Janv.-Mai 2021	Taux d'hospitalisation (%) Juin-Octobre 2021
<15 ans	18,8%	18,6%	20,0%	28,5%
15-44 ans	13,0%	17,9%	24,2%	28,5%
45-64 ans	30,9%	50,2%	48,8%	47,7%
>= 65 ans	62,8%	77,2%	68,8%	65,3%
Tous âges	31,0%	49,2%	50,4%	49,1%

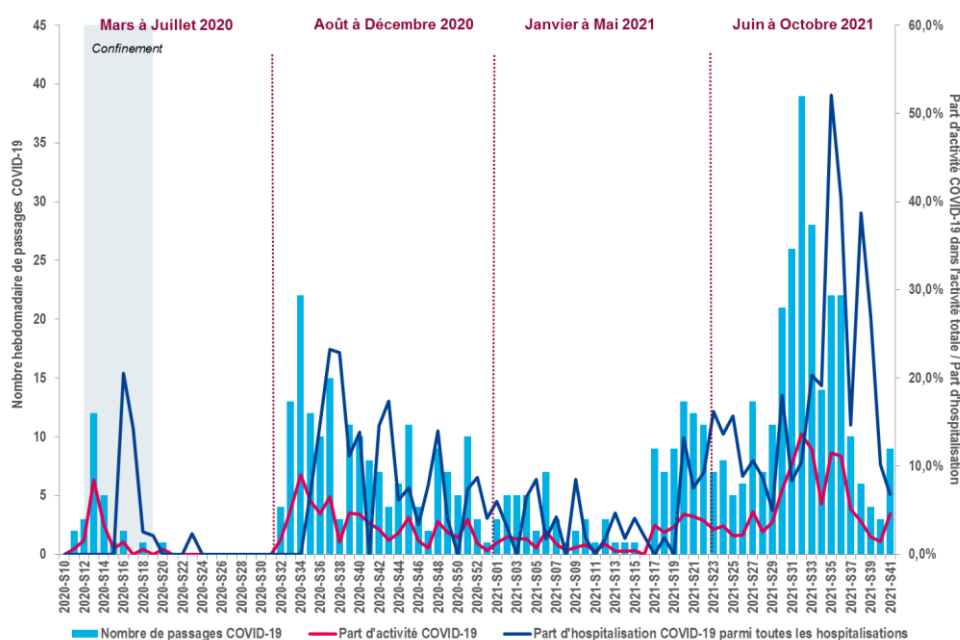
Saint-Martin

Impact de l'épidémie de Covid-19 sur les passages aux urgences

Concernant les passages aux urgences, on observe l'impact des 3 vagues épidémiques entre mars 2020 et octobre 2021 (Figure 4.2). La première vague, est la moins marquée, avec un pic à 12 passages en semaine S13-2020 (23 au 29 mars 2020) et la plus brève. Les 2^e (période 2) et 3^e vagues (périodes 3 et 4) sont plus étalées dans le temps avec des pics respectifs à 22 passages aux urgences en semaine S34-2020 (17 au 23 août 2020) et 39 passages en semaine S32-2021 (9 au 15 août 2021). Toutefois, la 3^e vague reste d'ampleur nettement supérieure aux deux vagues précédentes.

La part d'activité moyenne liée à la Covid-19 dans l'ensemble des passages aux urgences lors de la 1^e période est faible (0,8 % en moyenne) alors qu'elle est beaucoup plus élevée sur les périodes suivantes : respectivement 3,4 % en période 2 et 3,6 % en périodes 3 et 4. La part d'hospitalisation liée à la COVID-19 parmi l'ensemble des hospitalisations après passages aux urgences est supérieure en période 3 que lors des périodes précédentes : 2,0 % lors de la période 1 avec un pic à 21 % en semaine S16/2020, 9,0 % en période 2 avec un pic à 23,0 % en semaines S37-S38/2020, 11,0 % en périodes 3 et 4 avec un pic de 52 % en semaine S35-2021.

Figure 4.2 : Évolution des nombres et part d'activité hebdomadaires des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 et part d'hospitalisations liée à la COVID-19 parmi les hospitalisations après passage aux urgences, tous âges, de mars 2020 à octobre 2021, Saint-Martin



Hospitalisation après passages aux urgences pour suspicion de COVID-19.

Le taux d'hospitalisation tous âges est stable au cours des 4 périodes d'étude, variant de 55,4 % à 59,8 % (Tableau 4.2).

Au cours du temps on note une diminution du taux d'hospitalisation chez les moins de 15 ans (66,7 % en période 1 à 0,0 % pour les périodes suivantes). En période 3, le taux d'hospitalisation chez les 45-64 ans était en diminution par rapport aux périodes 1, 2 et 4.

Le taux d'hospitalisation tous âges était en légère augmentation sur la dernière période d'étude par rapport aux précédentes. Une distribution par tranches d'âge relativement similaire est également observée à chaque période.

Tableau 4.2 : Évolution des parts d'hospitalisation (%) par classes d'âge après recours aux urgences pour suspicion de COVID-19, de mars 2020 à octobre 2021, à Saint-Martin

Part d'hospitalisation après passage aux urgences pour suspicion de COVID-19 par classe d'âges	Taux d'hospitalisation (%) Mars-Juin 2020	Taux d'hospitalisation (%) Juil.-Déc. 2020	Taux d'hospitalisation (%) Janv.-Mai 2021	Taux d'hospitalisation (%) Juin-Octobre 2021
<15 ans	66,7%	0,0%	0,0%	0,0%
15-44 ans	25,0%	34,7%	40,0%	35,4%
45-64 ans	66,7%	71,1%	50,0%	70,1%
>= 65 ans	100,0%	70,4%	88,5%	84,1%
Tous âges	55,6%	55,4%	56,7%	59,8%

Saint-Barthélemy

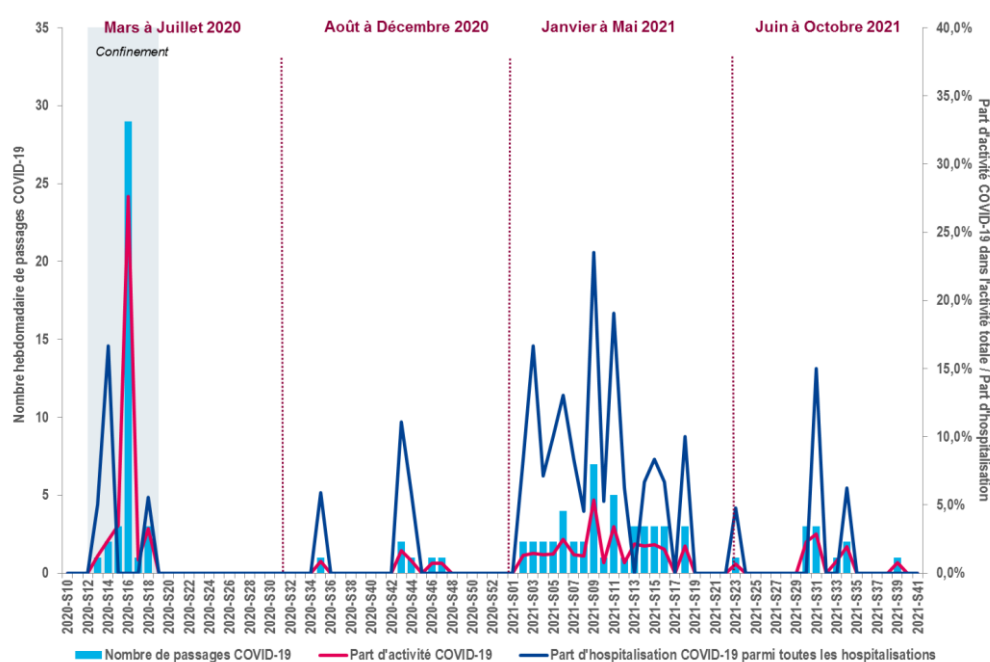
Impact de l'épidémie de Covid-19 sur les passages aux urgences

Concernant les passages aux urgences, on observe peu d'impact des 2 vagues épidémiques entre mars 2020 et octobre 2021 (Figure 4.3).

La première période a été marquée par l'émergence de la Covid sur le territoire et a été marquée au niveau des urgences par un pic à 29 passages en semaine S16-2020 (13 au 19 avril 2020). La période 2 n'a connu aucune vague épidémique. En période 3 et 4, deux vagues épidémiques ont été enregistrées dont une a été plus marquée au niveau des passages aux urgences. En effet, en période 3, on enregistre un en moyenne 2 passages par semaine alors qu'en période 4, le nombre de passages a été relativement faible, moins de 1 passage par semaine en moyenne.

La part d'activité moyenne liée à la Covid-19 dans l'ensemble des passages aux urgences lors de la 1ère période est supérieure à celle des autres périodes (1,8 % en moyenne).

Figure 4.3 : Évolution des nombres et part d'activité hebdomadaires des passages aux urgences pour suspicion de COVID-19 et part d'hospitalisations liée à la COVID-19 parmi les hospitalisations après passage aux urgences, tous âges, de mars 2020 à octobre 2021, Saint-Barthélemy



Hospitalisation après passages aux urgences pour suspicion de COVID-19.

Le taux d'hospitalisation tous âges est faible au cours de la période 1 et a augmenté dès la 2^{ème} période, variant de 10,3 % à 66,7 %. Il s'est stabilisé en période 3 pour diminuer légèrement en période 4 (Tableau 4.3). On note aucune hospitalisation chez les moins de 15 ans.

Tableau 4.3 : Évolution des parts d'hospitalisation (%) par classes d'âge après recours aux urgences pour suspicion de COVID-19, de mars 2020 à octobre 2021, à Saint-Barthélemy

Part d'hospitalisation après passage aux urgences pour suspicion de COVID-19 par classe d'âges	Taux d'hospitalisation (%) Mars-Juin 2020	Taux d'hospitalisation (%) Juil.-Déc. 2020	Taux d'hospitalisation (%) Janv.-Mai 2021	Taux d'hospitalisation (%) Juin-Octobre 2021
<15 ans	-	-	-	-
15-44 ans	11,1%	50,0%	42,1%	0,0%
45-64 ans	8,3%	50,0%	75,0%	66,7%
>= 65 ans	-	100,0%	83,3%	50,0%
Tous âges	10,3%	66,7%	62,2%	45,5%

SURVEILLANCE DES CAS CLINIQUEMENT ÉVOQUEURS D'INFECTION RESPIRATOIRE AIGÜE EN MÉDECINE DE VILLE

(Source : réseau des médecins généralistes sentinelles)

Le nombre de consultations pour Infection Respiratoire Aiguë (IRA) en médecine généraliste de ville est estimé à partir du réseau des médecins généralistes sentinelles. Cette surveillance a démarré fin mars 2020 (semaine S13-2020) en Guadeloupe, à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy.

Guadeloupe

Dès la 1^{ère} semaine de démarrage de la surveillance, le nombre de consultations était élevé avec près de 1 050 consultations. Les périodes 2 et 3 ont enregistré une dynamique de consultations similaire en termes de durée, bien qu'elle fut d'ampleur plus élevée en période 2, avec un pic de 2 050 consultations estimées en 2020-S38, à la mi-septembre 2020 (Figure 5.1). En période 4, la dynamique des consultations était de durée équivalente mais d'ampleur fortement élevée comparée aux périodes précédentes, avec un pic de 4 960 consultations estimées en 2021-S33.

Figure 5.2 : Evolution du taux d'incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants des cas positifs et des cas cliniquement évocateurs d'infection respiratoire aiguë, tous âges, de mars 2020 à octobre 2021, en Guadeloupe

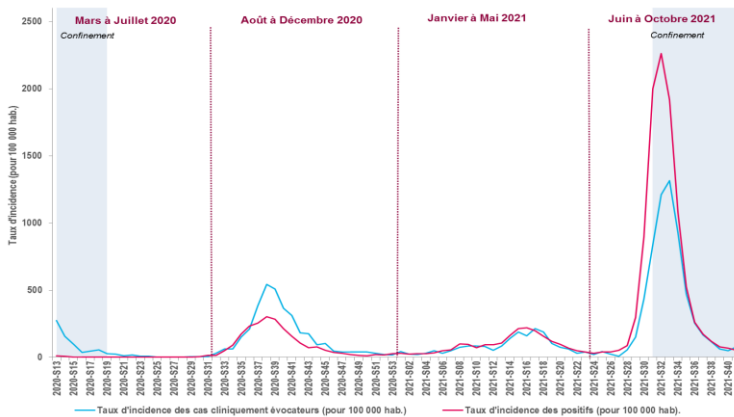
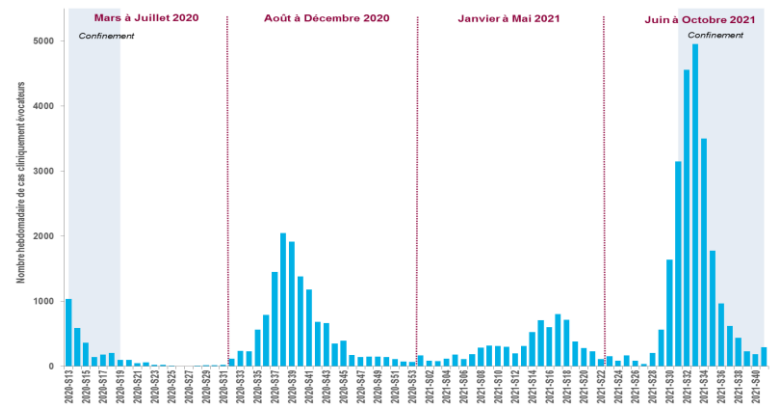


Figure 5.1 : Évolution du nombre hebdomadaire de consultations des médecins généralistes sentinelles pour infection respiratoire aiguë, tous âges, de mars 2020 à octobre 2021, en Guadeloupe



Le taux d'incidence des cas positifs suit globalement la même tendance que celle des cas cliniquement évocateurs d'IRA avec une ampleur plus élevée pour les cas cliniquement évocateurs en périodes 1 et 2 et moins élevée en période 4 (Figure 5.2). En effet, en période 1, le taux d'incidence des cas évocateurs était nettement supérieur à celui des cas positifs, cela étant liée à la non-disponibilité des tests biologiques à grande échelle au cours de cette période. En périodes 2 et 3, les taux d'incidence augmentent de façon similaire tandis qu'en période 4 un décalage d'une semaine est observé entre les deux indicateurs, l'augmentation du taux d'incidence des cas positifs ayant été plus précoce. A noter, les cas positifs incluent à la fois des personnes symptomatiques ou asymptomatiques.

Le taux d'incidence des cas cliniquement évocateurs d'IRA était de 2 à 8 fois plus élevé en période 4 par rapport aux périodes précédentes, et c'est près de 23 450 cas estimés d'IRA vus en médecine généraliste de ville en période 4 contre 2 920 à 12 980 les périodes précédentes (Tableau 5.1).

Tableau 5.1 : Nombre estimé de cas cliniquement évocateurs d'IRA sur la période, de mars 2020 à octobre 2021, en Guadeloupe

Indicateurs	Période 1	Période 2	Période 3	Période 4
	Mars-Juin 2020	Juil.-Déc. 2020	Janv.-Mai 2021	Juin-Oct. 2021
Nombre de cas évocateurs extrapolés	2920	12980	6990	23450

Saint-Martin

Dès la 1^{ère} semaine de démarrage de la surveillance, le nombre de consultations était élevé avec environ 50 consultations estimées (Figure 5.3). En début de période 2 (S32-2020), un nombre maximal de consultations enregistré en période 1 a été atteint, puis un pic est observé six semaines après avec près de 150 consultations estimées en S38. En période 3 et 4 (correspondant au déroulement de la 3^{ème} vague épidémique), la dynamique des consultations pour IRA en médecine de ville était d'ampleur et de durée élevées, avec un pic de près de 180 consultations observé en S36-2021.

Figure 5.3 : Évolution du nombre hebdomadaire de consultations des médecins généralistes sentinelles pour infection respiratoire aiguë, tous âges, de mars 2020 à octobre 2021, à Saint-Martin

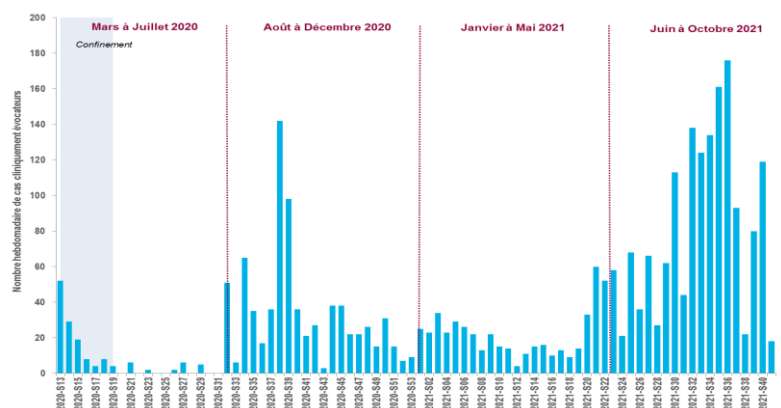
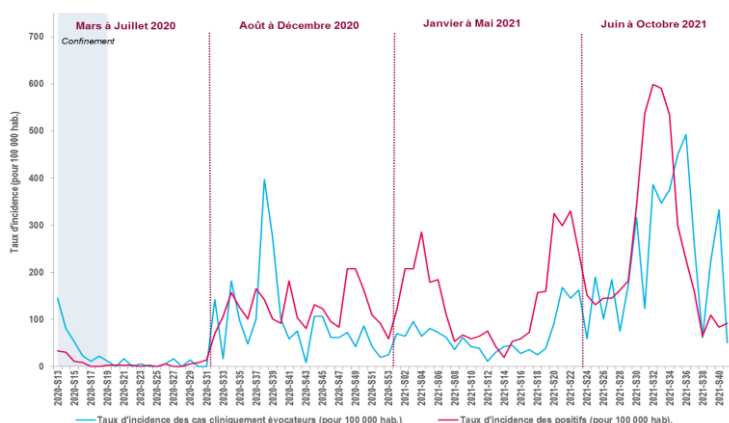


Figure 5.4 : Evolution du taux d'incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants des cas positifs et des cas cliniquement évocateurs d'infection respiratoire aiguë, tous âges, de mars 2020 à octobre 2021, à Saint-Martin



En période 1, le taux d'incidence des cas évocateurs était nettement supérieur à celui des cas positifs, cela étant liée à la non-disponibilité des tests biologiques à grande échelle au cours de cette période (Figure 5.4). En période 2, un pic du taux d'incidence des cas évocateurs a été enregistré en S38-2020, ce pic n'ayant pas été observé pour le taux des cas positifs. Selon les médecins sentinelles, une partie des cas suspects n'ont pas été se faire dépister. En 2021 (périodes 3 et 4), le taux d'incidence des cas positifs était supérieur à celui des cas cliniquement évocateurs et les fluctuations des taux était observées avec un décalage d'une à deux semaines, le taux d'incidence des cas positifs étant plus précoce.

Le taux d'incidence des cas cliniquement évocateurs d'IRA était nettement plus élevé en 2021 qu'en 2020, et c'est près de 2 050 cas estimés d'IRA vus en médecine généraliste de ville en périodes 3-4 contre 150 à 760 les périodes précédentes (Tableau 5.1).

Tableau 5.2 : Nombre estimé de cas cliniquement évocateurs d'IRA sur la période, de mars 2020 à octobre 2021, à Saint-Martin

Indicateurs	Période 1	Période 2	Périodes 3 et 4
	Mars-Juin 2020	Juil.-Déc. 2020	Janv.-Oct. 2021
Nombre de cas évocateurs extrapolés	150	760	2050

Saint-Barthélemy

Le nombre de consultations pour IRA en médecine de ville était au maximum de 30 consultations par semaine, deux pics ayant été atteint dès la 1^{re} semaine de démarrage de cette surveillance en mars 2020 (S13) et de nouveau mi-juillet 2021 (S29) [Figure 5.5]. Au cours des périodes 3 et 4, un nombre plus important de consultations hebdomadaire a été enregistré comparé aux deux premières périodes.

Figure 5.5 : Évolution du nombre hebdomadaire de consultations des médecins généralistes sentinelles pour infection respiratoire aiguë, tous âges, de mars 2020 à octobre 2021, à Saint-Barthélemy

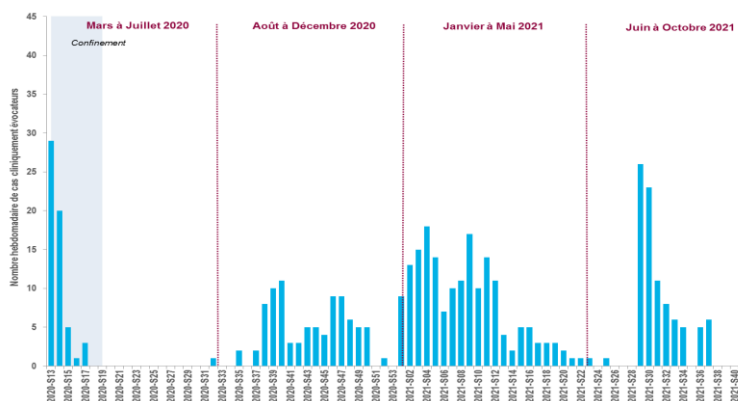
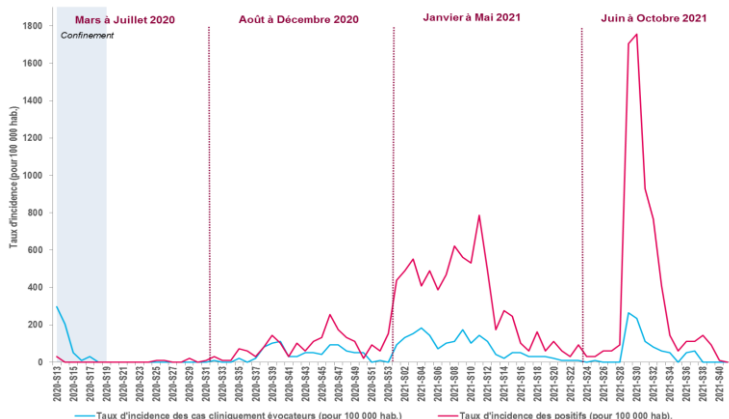


Figure 5.6 : Evolution du taux d'incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants des cas positifs et des cas cliniquement évocateurs d'infection respiratoire aiguë, tous âges, de mars 2020 à octobre 2021, à Saint-Barthélemy



Le taux d'incidence des cas positifs suit globalement la même tendance que celui des cas cliniquement évocateurs d'IRA avec une ampleur plus élevée pour les cas cliniquement évocateurs en période 1, concomitant à la non-disponibilité des tests biologiques à grande échelle (Figure 5.6). En période 2, les deux taux d'incidence augmentent de façon similaire. En périodes 3 et 4, une ampleur plus importante pour le taux d'incidence des cas positifs est observée, ceci pouvant en partie s'expliquer par le déploiement à grande échelle des tests, ces tests ne nécessitant pas une visite médicale. Un décalage d'une semaine est observé entre les deux taux en période 3, l'augmentation du taux d'incidence des cas positifs ayant été plus précoce.

Le taux d'incidence des cas cliniquement évocateurs d'IRA était plus élevée en période 3, période où l'île a connu sa première vague épidémique. Bien qu'une 2^e vague épidémique ait été observée en période 4, ceci n'apparaît pas dans les taux d'incidence de cas évocateurs, cette vague ayant été de courte durée (Tableau 5.1).

Tableau 5.3 : Nombre estimé de cas cliniquement évocateurs d'IRA sur la période, de mars 2020 à octobre 2021, à Saint-Barthélemy

Indicateurs	Période 1	Période 2	Période 3	Période 4
	Mars-Juin 2020	Juil.-Déc. 2020	Janv.-Mai 2021	Juin-Oct. 2021
Nombre de cas évocateurs extrapolés	58	89	178	92

SURVEILLANCE DE LA SURMORTALITE

(Source : SurSaud/Insee)

Évaluation de la surmortalité toutes causes durant les vagues épidémiques

Dans ce paragraphe, afin d'évaluer la surmortalité liée la COVID-19, les données de mortalité toutes causes sont analysées uniquement sur les vagues épidémiques de la COVID-19 définies dans le tableau 6.1. Ces périodes épidémiques sont différentes des périodes d'analyse proposées dans le reste du document, et adaptées selon les territoires des Antilles. Pour Saint-Martin et Saint-Barthélemy, cette analyse ne peut être effectuée compte tenu des faibles effectifs de décès pour ces deux territoires.

Tableau 6.1. Définition des vagues épidémiques de covid-19 en Guadeloupe et Martinique, du 09 mars 2020 au 17 octobre 2021

Zone	Vague épidémique 1	Vague épidémique 2	Vague épidémique 3	Vague épidémique 4 (en cours)
Guadeloupe	9 mars au 12 avril 2020 (2020-S11 à 2020-S15)	10 août au 22 nov. 2020 (2020-S33 à 2020-S47)	8 fév. au 6 juin 2021 (2021-S06 à 2021-S22)	12 juil. au 17 oct. 2021 (2021-S28 à 2021-S41)
Martinique	9 mars au 5 avril 2020 (2020-S11 à 2020-S14)	3 août au 22 nov. 2020 (2020-S32 à 2020-S47)	22 fév. au 16 mai 2021 (2021-S08 à 2021-S19)	Depuis le 28 juin 2021 (2021-S26)

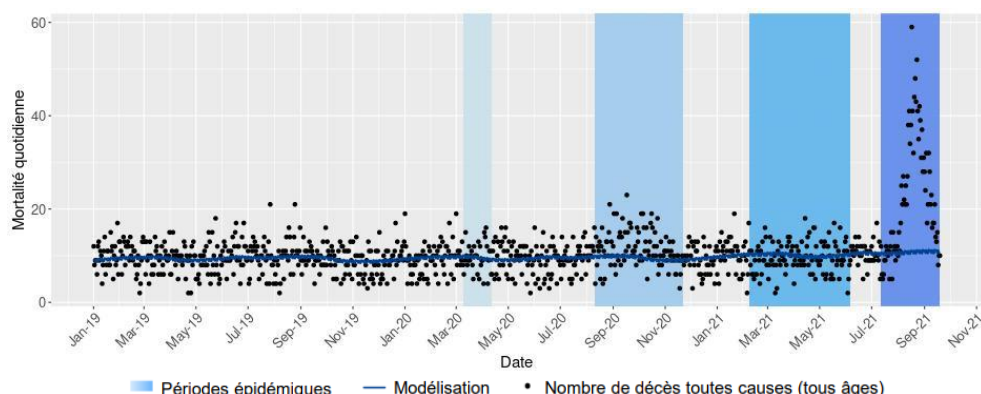
La quatrième vague épidémique en Guadeloupe s'est terminée à la mi-octobre (semaine 2021-41), date de fin d'analyse des données de ce BSP. De plus, compte tenu de délais de consolidation des données, l'analyse s'arrête en S37-2021 pour cette période. Une analyse complète de cette 4^e vague épidémique sera réalisée ultérieurement pour les deux territoires.

La surveillance de la mortalité toutes causes est issue des données d'état-civil de 3 000 communes (Source : Insee) représentait 77,3 % de la mortalité totale en France (estimation 2016-2018). En région Guadeloupe, la couverture des communes participantes est estimée à 92,5 %. Les indicateurs présentés dans cet article font l'objet d'un redressement à partir du taux régional. L'excès de mortalité est estimé à partir d'une méthode détaillée en annexe.

En Guadeloupe (Figure 6.1, Tableau 6.2) :

- lors de la première vague épidémique, un déficit de mortalité toutes causes a été estimé à un décès (Intervalle de Crédibilité, IC95% = [-30 ; 26]) soit 0 % par rapport à la mortalité attendue (+ 18 % en France) ;
- lors de la deuxième vague épidémique, l'excès de mortalité toutes causes a été estimé à 221 décès (IC95% = [125-308]) soit + 22 % par rapport à la mortalité attendue (+ 17 % en France) ;
- lors de la troisième vague épidémique, un déficit de mortalité toutes causes a été estimé à -56 décès (IC95% = [-185;61]) soit - 5 % par rapport à la mortalité attendue (+ 9 % en France) ;
- la quatrième vague épidémique, meurtrière sans précédent, s'est achevée mi-octobre (S41-2021). Néanmoins, un excès de mortalité toutes causes a été estimé sur la période S26-2021 à S37-2021, à 812 décès (IC95% = [690-917]) soit 108 % par rapport à la mortalité attendue.

Figure 6.1. Évolution journalière du nombre redressé de décès toutes causes (points noirs) et de l'estimation selon la méthode GAM (courbe bleue), du 01/01/2019 au 17/09/2021, en Guadeloupe



Source : INSEE, Santé publique France, novembre 2021

Les vagues épidémiques, dont la quatrième en cours, sont présentées en zone bleu sur la Figure 6.1.

Tableau 6.2. Estimation de l'excès de mortalité toutes causes et de l'excès relatif associé durant les 4 vagues épidémiques de la COVID-19 selon la méthode GAM, en Guadeloupe, Martinique et France

Indicateurs	Vague épidémique 1	Vague épidémique 2	Vague épidémique 3	vague épidémique 4 (non complète)
Guadeloupe	9 mars au 12 avril 2020	10 août au 22 nov. 2020	8 fév. au 6 juin 2021	12 juil. au 19 sept. 2021
Excès de mortalité (n)	-1 [-30 - 26]	221 [125 - 308]	-56 [-185 - 61]	812 [690 - 917]
Surmortalité relative (%)	0% [-8 % - 8 %]	22% [11 % - 34 %]	-5% [-14 % - 6 %]	108% [79 % - 142 %]
Martinique	9 mars au 5 avril 2020	3 août au 22 nov. 2020	22 fév. au 16 mai 2021	28 juin au 19 sept. 2021
Excès de mortalité (n)	17 [-9 - 35]	207 [112 - 295]	-42 [-126 - 36]	754 [607 - 883]
Surmortalité relative (%)	5% [-3 % - 138 %]	19% [10 % - 30 %]	-5% [-13 % - 4 %]	76% [53 % - 102 %]
France	2 mars au 31 mai 2020	21 sept. au 31 déc. 2020	1 ^{er} janv. au 31 mai 2021	
Excès de mortalité (n)	27 638 [25 766 - 29 486]	29 391 [26 877 - 31 870]	24 855 [20 598 - 29 046]	
Surmortalité relative (%)	18% [17 % - 20 %]	17% [15 % - 19 %]	9% [8 % - 11 %]	

Source : INSEE, Santé publique France, novembre 2021

VACCINATION

(Sources : SI-DEP, SI-VIC et VAC-SI)

La stratégie vaccinale contre la COVID-19 occupe une place centrale dans la lutte contre la pandémie ; elle vise trois objectifs de santé publique :

1. Faire baisser la mortalité et les formes graves de la maladie
2. Protéger les soignants et le système de soins
3. Garantir la sécurité des vaccins et de la vaccination

La campagne de vaccination a débuté en France le 27 décembre 2020. Les doses de vaccins et l'obtention des autorisations de mise sur le marché ont été progressives. Une priorisation des publics éligibles a été mise en place au début de la campagne de vaccination en fonction de l'âge reconnu comme étant un facteur de risque élevé de forme grave ou la présence de comorbidités et selon différents facteurs d'exposition tels que la vie en collectivité, une activité professionnelle dans le secteur de la santé au contact de personnes potentiellement fragiles. La vaccination a ainsi été proposée en priorité aux personnes âgées résidant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) puis les personnes de 75 ans et plus en population générale. L'élargissement progressif de la cible vaccinale a abouti depuis le 15 juin 2021, à proposer la vaccination à l'ensemble des personnes de 12 ans et plus, ainsi qu'aux femmes enceintes dès le 1er trimestre de grossesse.

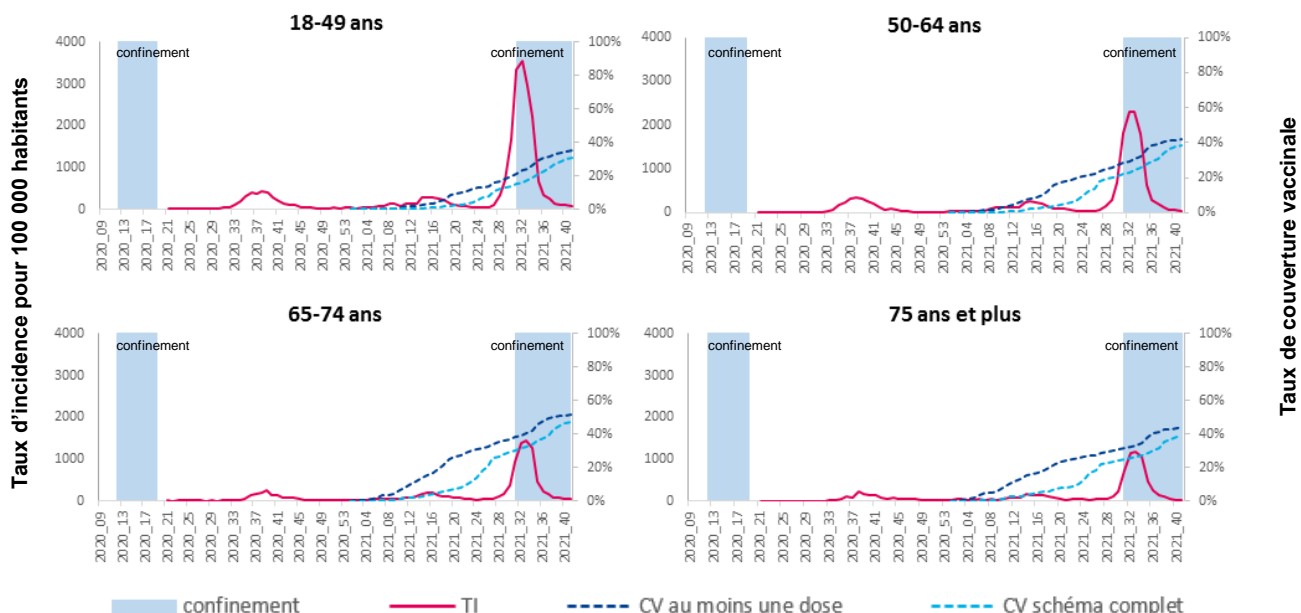
Les recommandations sont amenées à évoluer en fonction du contexte épidémique et des nouvelles informations sur les vaccins. Nous présentons la mise en perspective des couvertures vaccinales par tranche d'âge et de trois indicateurs majeurs de suivi de l'épidémie : l'incidence des cas, l'incidence des hospitalisations et la survenue des décès hospitaliers.

Couverture vaccinale et taux d'incidence en Guadeloupe

Depuis le début de la campagne de vaccination, en Guadeloupe, le taux de couverture vaccinale (CV) en population générale progresse très lentement dans toutes les tranches d'âge pour atteindre au début de la 4^e vague (mi-juillet, semaine S28-2021), 12 % chez les 18-49 ans, 19,1 % chez les 50-64 ans, 26,7 % chez les 65-74 ans et 22,6 % chez les 75 ans et plus, pour un schéma vaccinal complet (Figure 7.1). Ces faibles taux de couverture vaccinale n'ont pas permis de ralentir le démarrage cette vague épidémique, une vague meurtrière sans précédent. Chez les plus de 50 ans, un ralentissement de la vaccination complète est observée depuis mi-juillet (2021-28) et se stabilise depuis la semaine S38-2021, fin septembre. En parallèle, chez les 65 ans et plus, le taux d'incidence est nettement inférieur à celui des moins de 65 ans, avec, au plus fort de l'épidémie, pour 100 000 hab., 1372 cas chez les 65-74 ans et 1153 cas chez les 75 ans et plus, contre 3549 cas chez les 18-49 ans et 2309 cas chez les 50-64 ans.

- Chez les 75 ans et plus, les CV 1 dose et complète étaient respectivement de 29,3 % et 22,6 % au début de la 4^e vague épidémique, soit 6 mois après le démarrage de la campagne vaccinale. Dans les EPHAD, les CV 1 dose et complète étaient respectivement de 50,4 % et 47,3 % à la même période chez les résidents. Ces valeurs sont largement inférieures à celles observées dans l'hexagone. Mi-octobre (S41-2021), la CV 1 dose a pu atteindre 44 % et la CV complète 39,3 % (resp. +14,7 et +16,7 points de pourcentage depuis la semaine S28-2021).
- Chez les 65-74 ans, à la mi-octobre, la CV 1 dose était de 51,4 % et la CV complète 47,1 %, (resp. +16,4 et +20,4 points de pourcentage depuis la semaine S28-2021).
- Chez les 50-64 ans, à la mi-octobre, la CV 1 dose a atteint 42,1 % et la CV complète 38,4 % (resp. +17,4 et +19,3 points de pourcentage depuis la semaine S28-2021).
- Chez les moins de 50 ans, le faible taux de couverture vaccinal, inférieur à 20 % jusqu'à la fin juillet (2021-30), n' a pas permis de ralentir la circulation du virus sur le territoire, cette tranche d'âge étant la première impactée à chaque vague épidémique (population active et jeune). A la mi-octobre, la CV 1 dose était de 34,9 % et la CV complète 30,7 % (resp. +18 et +18,7 points de pourcentage).

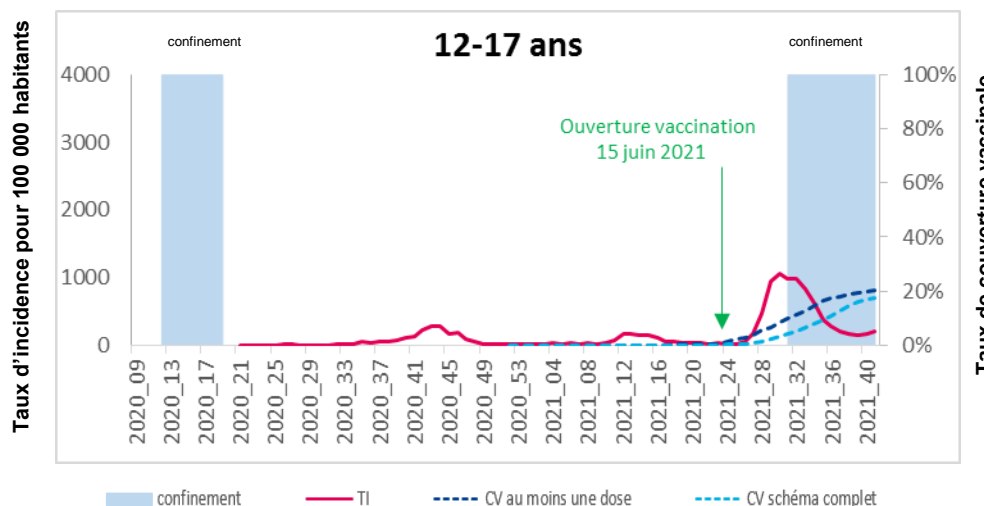
Figure 7.1. Taux d'incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants, et couverture vaccinale cumulée par classe d'âge et par semaine, en Guadeloupe



Sources : VAC-CI, SI-DEP, Santé publique France, Novembre 2021

• Chez les 12-17 ans, la vaccination a été proposée à partir du 15 juin 2021 (semaine 2021-24), soit quatre semaines avant le début de la 4^e vague épidémique (2021-28). A la mi-octobre (semaine 2021-41), la CV une dose a atteint 20,1 % (+14,3 points de pourcentage par rapport à la semaine 2021-26) et 17,5% pour un schéma complet (+16,1 points de pourcentage par rapport à la semaine 2021-28) [Figure 7.2].

Figure 7.2. Taux d'incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants, et couverture vaccinale cumulée par semaine chez les 12-17 ans, en Guadeloupe



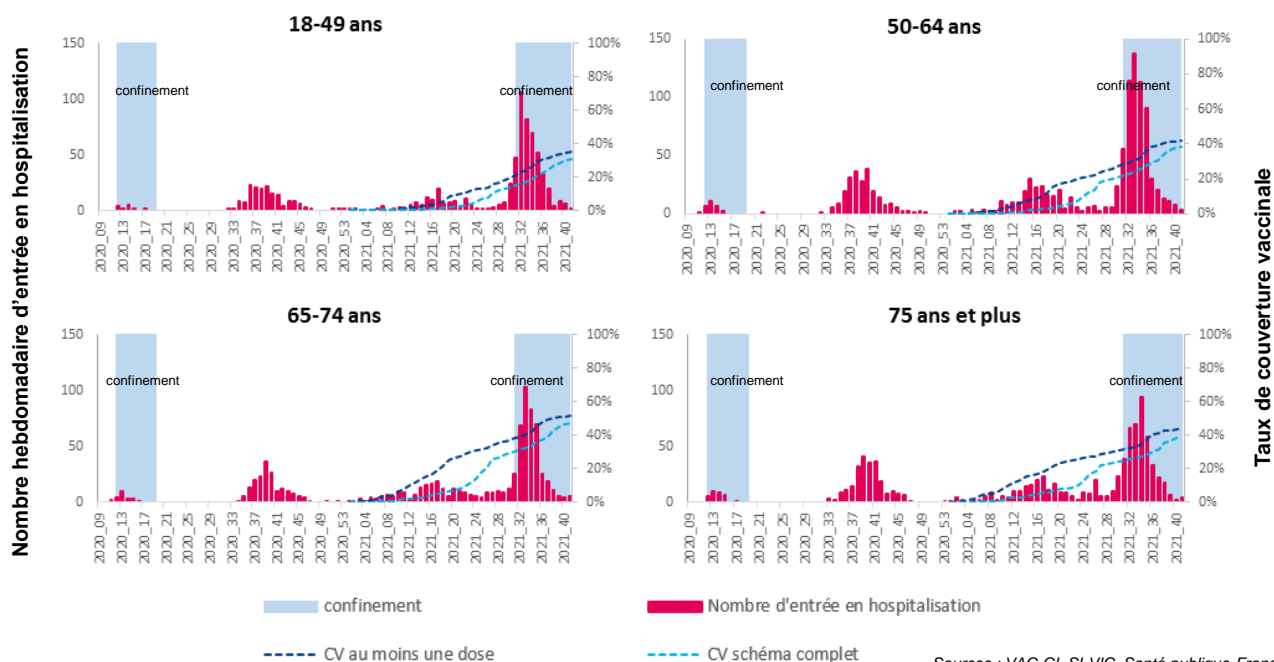
Sources : VAC-CI, SI-VIC, Santé publique France, Novembre 2021

Couverture vaccinale et indicateurs hospitaliers, en Guadeloupe

La dynamique des hospitalisations par tranches d'âges est similaire à celles des taux d'incidences du nombre de patients positifs à la Covid-19. Au début de la 4^e vague, la CV complète était inférieure à 20 % chez les 18-49 ans et les 50-49 ans (Figure 7.3). Le nombre d'entrée en hospitalisation a concerné toutes les tranches d'âges dont plus particulièrement les moins de 50 ans au plus fort de l'épidémie (> 50 % entre les semaines S30-2021 et S37- 2021) .

Après le pic des hospitalisations, une accélération de la CV a été observée chez les 50-64 ans, les 65-74 ans et les 75 ans et plus.

Figure 7.3. Nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations (toutes hospitalisations) et couverture vaccinale cumulée par classe d'âge et par semaine, mars 2020 à octobre 2021, en Guadeloupe

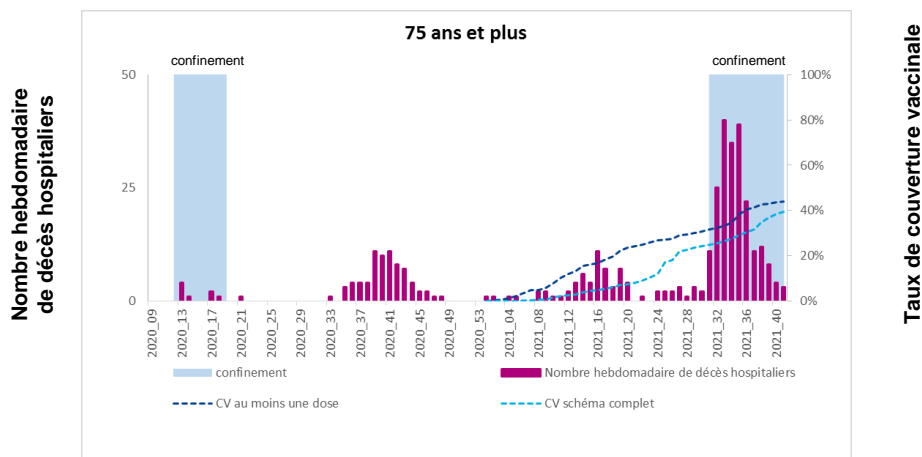


Sources : VAC-CI, SI-VIC, Santé publique France, Novembre 2021

Chez les 75 ans et plus, le faible taux de couverture vaccinale pourrait expliquer en partie le nombre important de décès enregistrés au niveau hospitalier dans cette tranche d'âge. Cette CV s'est stabilisée après le pic épidémique des décès enregistrés en semaine S34-2021 pour atteindre un taux proche de 45 % à la mi-octobre (Figure 7.4).

Outre l'impact de la vaccination sur la dynamique de l'épidémie, d'autres paramètres ont probablement influencé l'évolution de l'épidémie et sont donc à prendre en compte, notamment l'adhésion et le respect des mesures barrières, les mesures de distanciation sociales et l'émergence du variant Delta (transmissibilité plus importante et diminution de l'efficacité vaccinale).

Figure 7.4. Nombre hebdomadaire de décès hospitaliers et couverture vaccinale cumulée par semaine chez les personnes de 75 ans et plus par semaine, janvier à octobre 2021, en Guadeloupe



Sources : VAC-CI, SI-VIC, Santé publique France, Novembre 2021

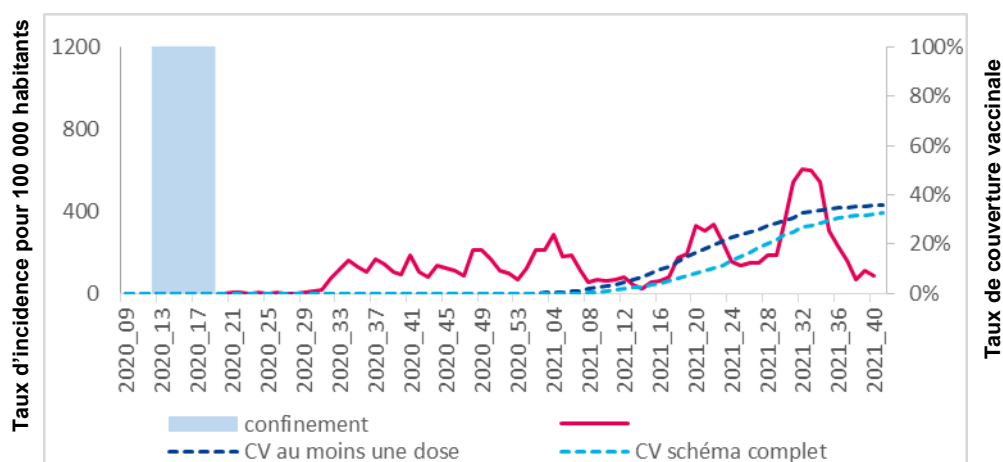
Couverture vaccinale et taux d'incidence à Saint-Martin

A Saint-Martin, le taux de couverture vaccinale (CV) en population générale a dépassé les 50 % pour le schéma vaccinal complet dès la semaine S19-2021 (soit 21 semaines après le début de la campagne de vaccination) chez les 75 ans et plus, la semaine S24-2021 chez les 65-74 ans et la semaine S30-2021 chez les 50-64 ans (données non présentées). Depuis la semaine S35-2021, fin de la 3^e vague épidémique, la CV progresse lentement. A la mi-octobre (S41-2021):

- Chez les 75 ans et plus, la CV 1 dose était de 72,0 % et la CV complète 66,9 %.
- Chez les 65-74 ans, la CV 1 dose était de 66,2% et la CV complète 62,2 %.
- Chez les 50-64 ans, la CV 1 dose a atteint 58,4 % et la CV complète 54,1%.
- Chez les 18-49 ans, la CV a progressé jusqu'à la semaine S35-2021 pour atteindre un plateau autour de 40% pour au moins 1 dose. A la mi-octobre, la CV 1 dose était de 42 % et la CV complète 37 %.
- Chez les 12-17 ans, la CV 1 dose était de 15,9 % et la CV complète 12,9 %.

En parallèle, les taux d'incidence sont à interpréter avec attention compte tenu des effectifs faibles. Ne sont pas présentés les taux d'incidence en perspective des couvertures vaccinales, tous âges confondus en Figure 7.5.

Figure 7.5. Taux d'incidence hebdomadaire pour 100 000 habitants, et couverture vaccinale cumulée chez les 18-49 ans et par semaine, à Saint-Martin

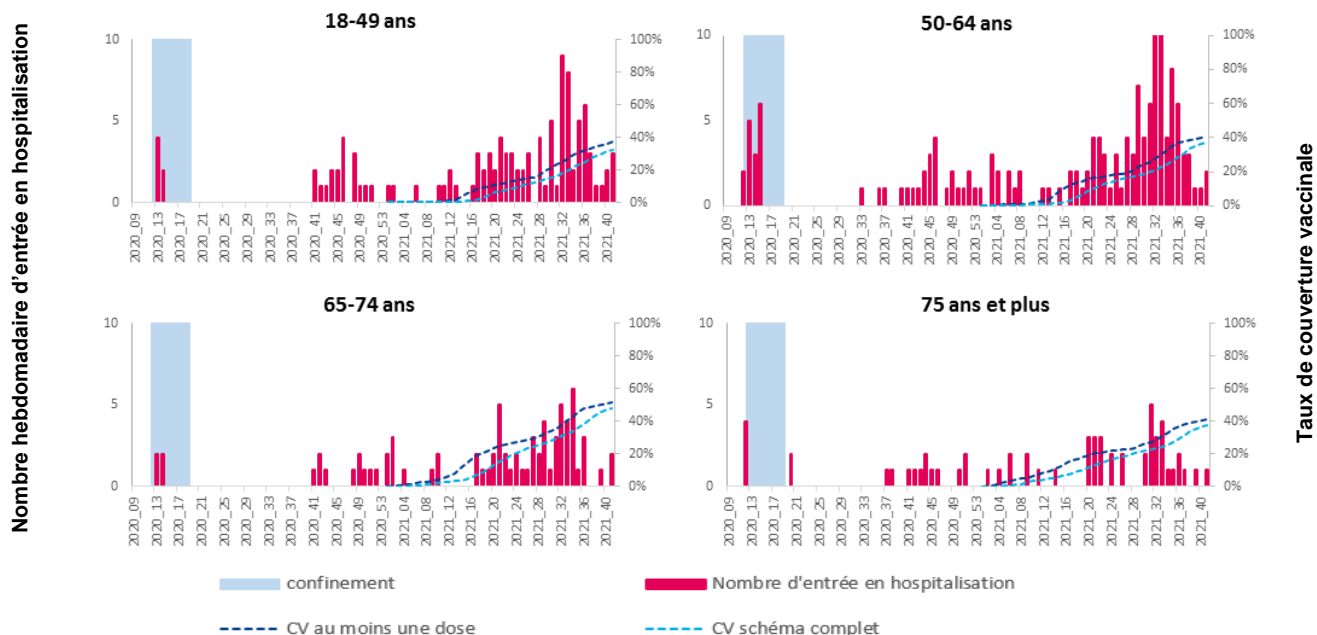


Sources : VAC-CI, SI-DEP, Santé publique France, Novembre 2021

Couverture vaccinale et indicateurs hospitaliers, à Saint-Martin

Lors de la 3^e vague épidémique (semaines S18-2021 à S35-2021, mai-août 2021), le nombre d'entrée à l'hôpital concernait principalement les tranches d'âges des 18-49 ans et des 50-64 ans, les moins ciblés par la campagne (Figure 7.6).

Figure 7.6. Nombre hebdomadaire de nouvelles hospitalisations (toutes hospitalisations) et couverture vaccinale cumulée par classe d'âge et par semaine, mars 2020 à octobre 2021, à Saint-Martin



Sources : VAC-CI, SI-VIC, Santé publique France, Novembre 2021

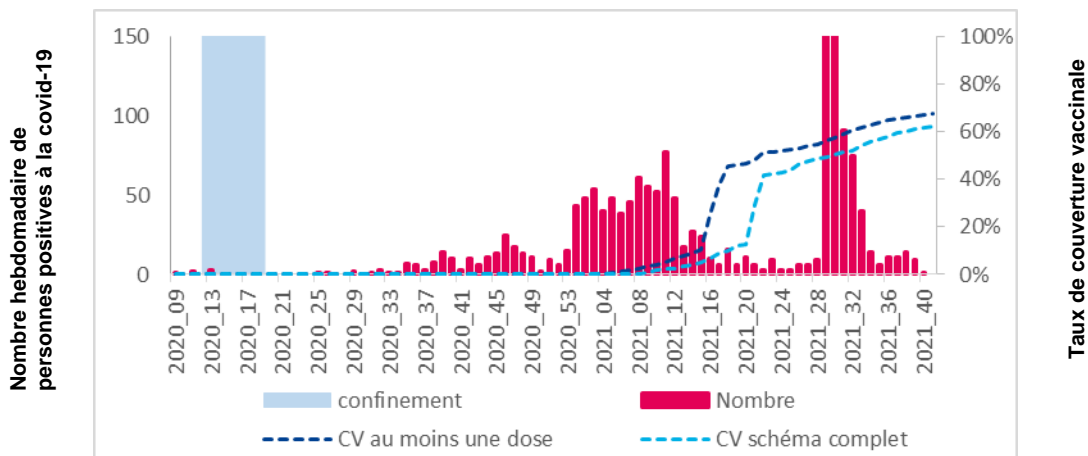
Couverture vaccinale et taux d'incidence, à Saint-Barthélemy

À Saint-Barthélemy, le taux de couverture vaccinale (CV) en population générale a eu une croissance rapide jusqu'à la semaine S20-2021. Malgré le ralentissement observé depuis la mi-mai (semaine S20-2021), ce taux de couverture vaccinale avoisinait les 64% pour un schéma complet à la mi-octobre (S41-2021):

- Chez les 75 ans et plus, la CV 1 dose était de 58,5 % et la CV complète 57 %.
- Chez les 65-74 ans, la CV 1 dose était de 86,8 % et la CV complète 84,1 %.
- Chez les 50-64 ans, la CV 1 dose a atteint 90 % et la CV complète 86,4 %.
- Chez les 18-49 ans, la CV 1 dose était de 78,2 % et la CV complète 71,6 %.
- Chez les 12-17 ans, la CV 1 dose était de 30,4 % et la CV complète 27,8 %.

En parallèle, les taux d'incidence sont à interpréter avec précaution compte tenu des effectifs faibles. Ne sont pas présentés les taux d'incidence en perspective des couvertures vaccinales tous âges confondus en Figure 7.7.

Figure 7.7. Nombre hebdomadaire de personnes positives à la Covid-19, et couverture vaccinale cumulée par semaine, à Saint-Barthélemy



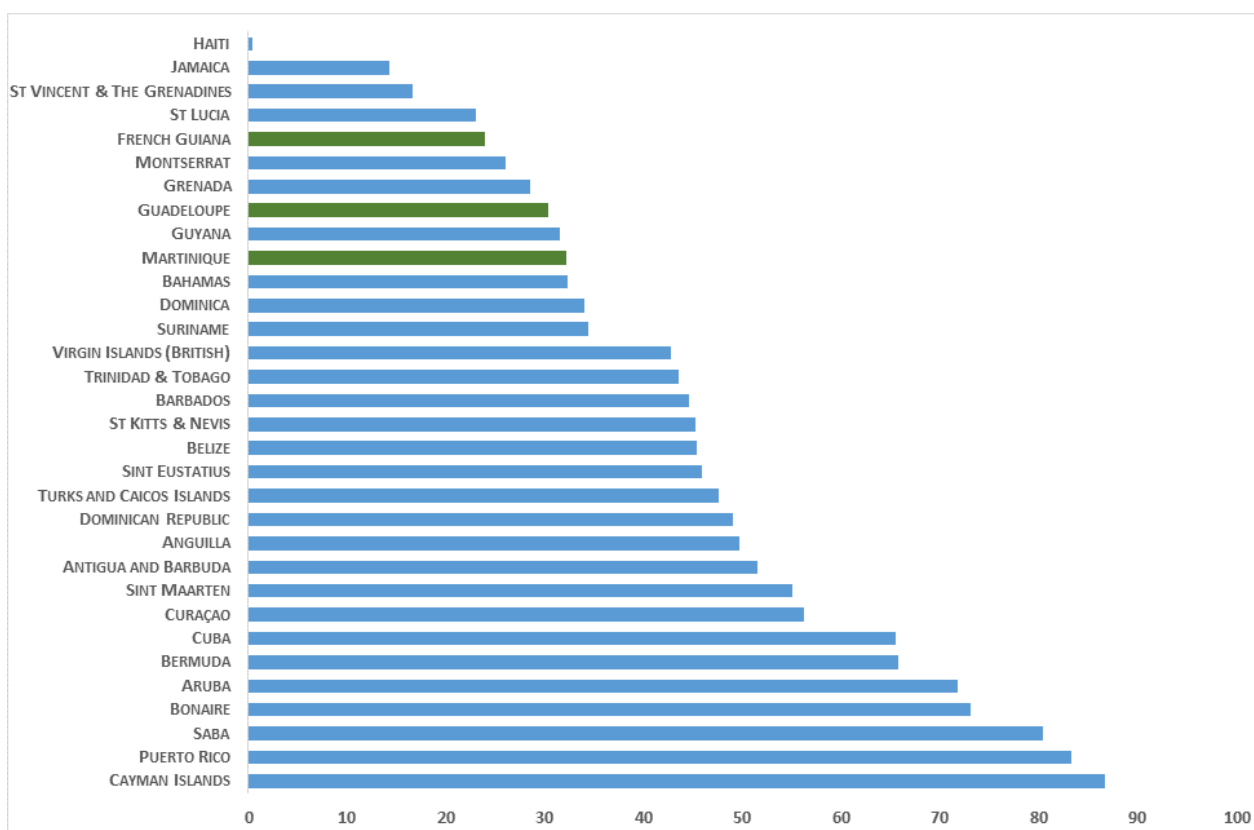
Sources : VAC-CI, SI-DEP, Santé publique France, Novembre 2021

Couverture vaccinale dans les pays voisins de la Caraïbe (Point de situation au 10 novembre 2021)

Les estimations de couvertures vaccinales en région Caraïbe (nombre de personnes vaccinées avec un schéma complet rapporté à la population totale du pays) indiquent une grande hétérogénéité des performances vaccinales en population générale.

Entre les Iles Caïman, Porto-Rico et l'île de Saba qui montrent des couvertures vaccinales variant entre 80 et 90% et la République d'Haïti dont la situation politique et sociale actuelle, peu propice à un fonctionnement normal des services de santé, montre des couvertures vaccinales très faibles (1%), la médiane et la moyenne des couvertures vaccinales des pays et territoires de la région sont respectivement de 45% et 39 %.

Les régions françaises de la Caraïbe appartiennent toutes trois au dernier tercile des pays de la région au regard des niveaux de couvertures vaccinales, et ce malgré des progrès encourageants et continus observés depuis plusieurs mois.



Source: https://ais.paho.org/imm/IM_DosisAdmin-Vacunacion.asp

SIGNALEMENT DES CLUSTERS

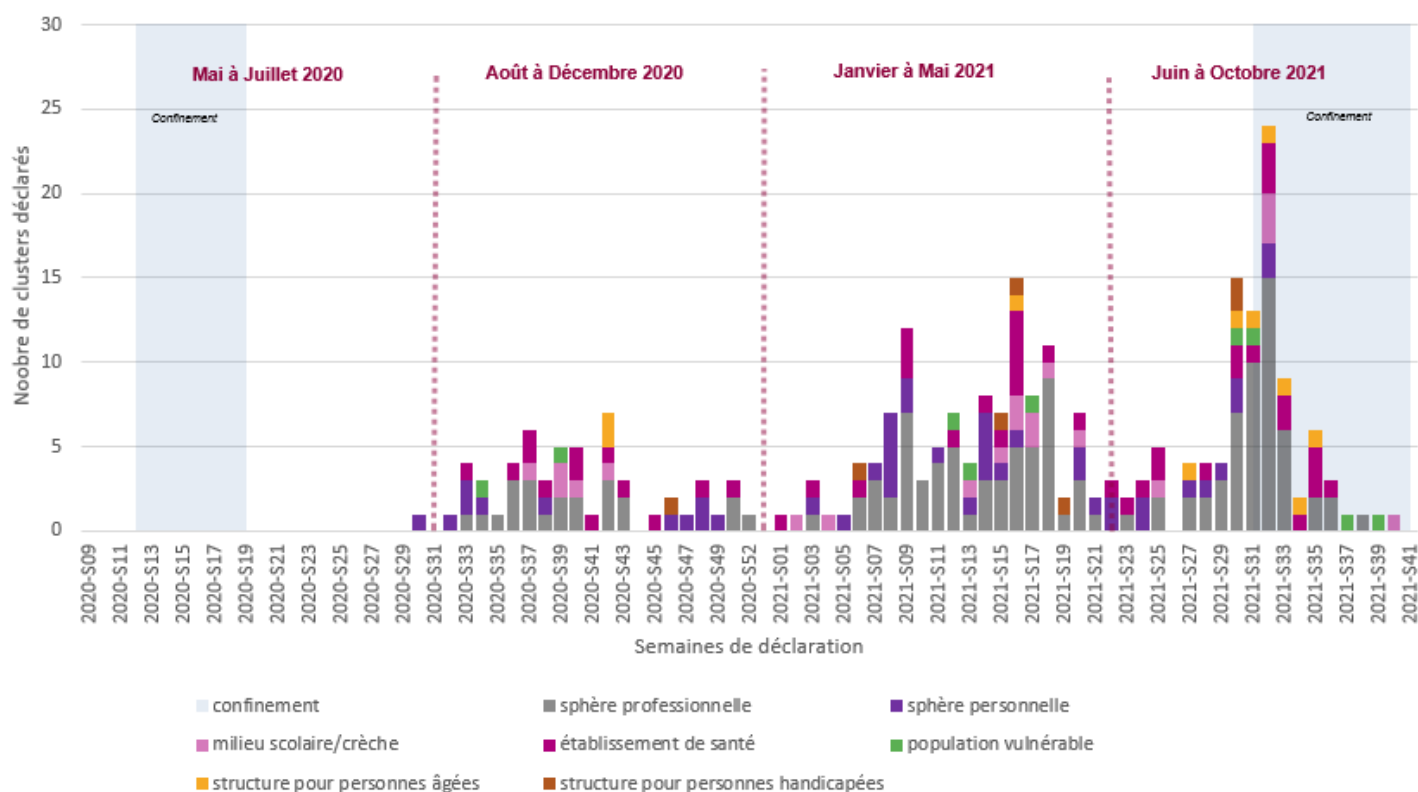
(Sources : MONIC, Santé publique France)

Guadeloupe

La surveillance des clusters par Santé publique France a été mise en place en mai 2020 et en collaboration avec les ARS.

Entre mai 2020 et octobre 2021, 270 clusters ont été signalés en Guadeloupe, en particulier en milieu professionnel (49,3 %, n = 133), en établissement de santé (17,8 %, n = 48) et dans les sphères personnelles (8,1 %, n = 22) (Tableau 8.1). En S32-2021, un pic de 24 clusters regroupant majoritairement le milieu professionnel, les établissements de santé, la sphère personnelle, les structures pour personnes âgées et le milieu scolaire a été observé. Le nombre de clusters signalés et la répartition des collectivités touchées ont évolué au fil du temps (Figure 8.1). Un seul cluster dans la sphère personnelle (événement public ou privé) avait été signalé au mois de juillet S30-2020. A partir du mois d'août et jusqu'à la fin de l'année 2020, le nombre de clusters signalés a fortement augmenté (n = 55), principalement en milieu professionnel (n = 22), en établissement de santé (n = 13) et dans la sphère personnelle (n = 5). Au cours de la troisième période (janvier-mai 2021), une augmentation du nombre de clusters signalés a de nouveau été observée (n = 113), notamment en milieu professionnel (n = 58), en établissements de santé (n = 16) et dans la sphère personnelle (n = 9). Pendant la 4^e période (juin-octobre), le nombre de clusters était stable (n = 101).

Figure 8.1. Répartition hebdomadaire des clusters signalés par type de communauté, de mai 2020 à octobre 2021, en Guadeloupe

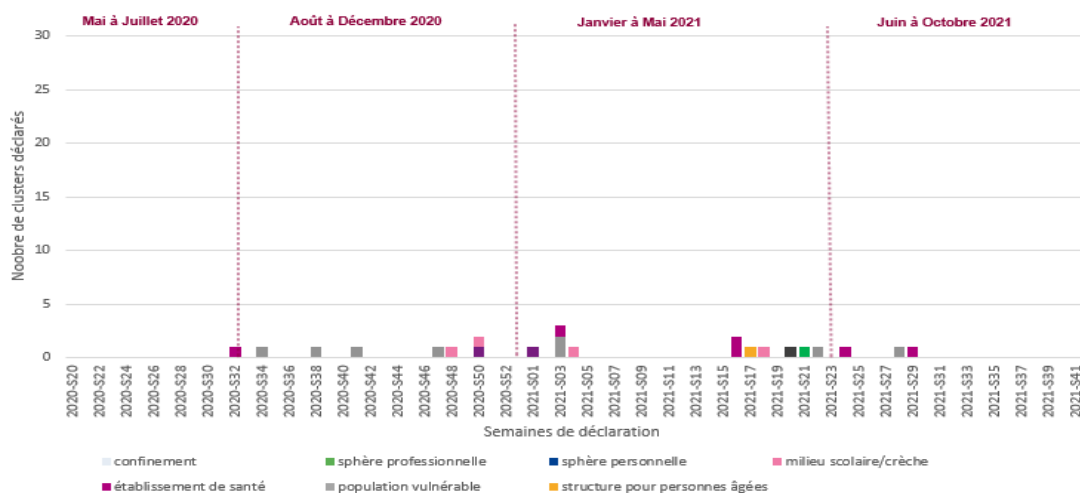


Sources : SIDEP®, MONIC®, Santé publique France, septembre 2021

Saint-Martin

Entre mai 2020 et octobre 2021, 25 clusters ont été signalés à Saint-Martin, en particulier en milieu professionnel (44 %, n = 11), et en établissement de santé (24 %, n = 5) (Tableau 8.2). Le nombre de clusters signalés et la répartition des collectivités touchées ont évolué au cours du temps (Figure 8.2). Un seul cluster en établissement de santé a été déclaré en S32-2020. Au cours de la 2^e et 3^e période d'analyse le nombre de clusters a augmenté et a relativement baissé durant la 4^e période. Un seul cluster en EHPAD a été signalé en S17-2021.

Figure 8.2. Répartition hebdomadaire des clusters signalés par type de communauté, de mai 2020 à octobre 2021, à Saint-Martin

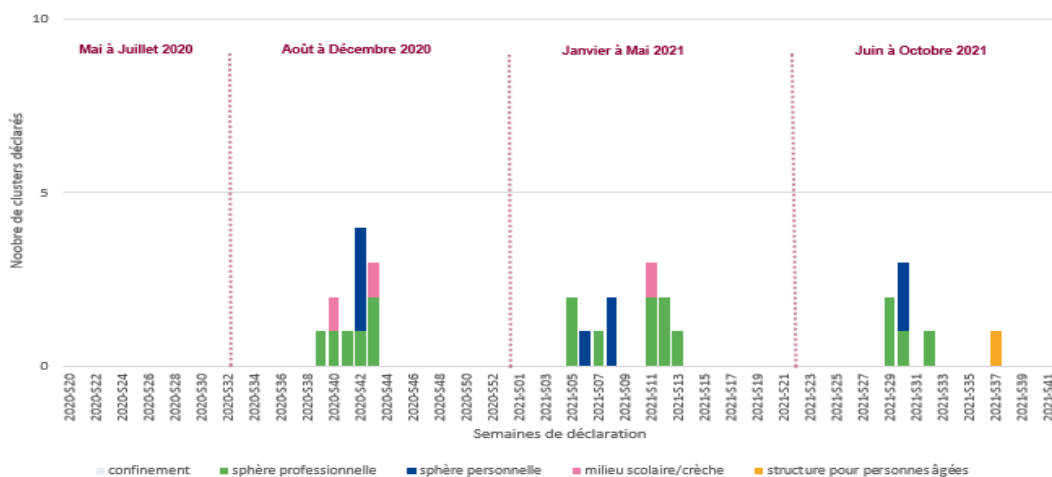


Source : MONIC®, Santé publique France, septembre 2021

Saint-Barthélemy

Entre mai 2020 et octobre 2021, 30 clusters ont été signalés à Saint-Barthélemy, en particulier en milieu professionnel (60 %, n = 18), dans les sphères personnelles (23,3 %, n = 7) (Tableau 8.3). Le nombre de clusters signalés et la répartition des collectivités touchées était stable au fil du temps (Figure 8.3). Un seul cluster en EHPAD a été signalé en S37-2021.

Figure 8.3. Répartition hebdomadaire des clusters signalés par type de communauté, de mai 2020 à octobre 2021, à Saint-Barthélemy



Source : MONIC®, Santé publique France, septembre 2021

Criticité des clusters, en Guadeloupe

Parmi les 270 clusters signalés entre mai 2020 et octobre 2021, 50,4 % étaient classés en criticité élevée (n = 136) [Tableau 8.1]. Les collectivités les plus souvent classées en criticité élevée, l'étaient en raison de la vulnérabilité des personnes touchées : EHPAD (100 %), en établissement de santé (77,1 %) et établissement pénitentiaire (75 %). Parmi les clusters en milieu professionnel (n = 50), 37,6 % étaient classés en criticité élevée, notamment en lien avec un risque de propagation à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté d'occurrence et par le nombre élevé de cas. La collectivité en criticité limitée était principalement les crèches (33,3 %). Les nombres de cas les plus importants étaient retrouvés en établissement pénitentiaire (48 cas), en milieu professionnel (44 cas) dans les rassemblements temporaires de personnes (60 cas) et en établissement de santé (40 cas).

Tableau 8.1. Type de collectivité des clusters déclarés, classés par niveau de criticité, de mai 2020 à octobre 2021, en Guadeloupe

	Clusters		Nombre moyen de cas (min-max)	Limitée		Criticités Modérée		Élevée	
	N	%		N	%	N	%	N	%
Communautés vulnérables (gens du voyage, migrants en situation précaire, etc)	1	0,4	9 (9-9)	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Crèches	6	2,2	4 (3-6)	2	33,3	4	66,7	0	0,0
EMS de personnes handicapées	7	2,6	10 (5-14)	0	0,0	3	42,9	4	57,1
Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD)	10	3,7	7 (3-14)	0	0,0	0	0,0	10	100,0
Etablissement pénitentiaires	4	1,5	19 (5-48)	0	0,0	1	25,0	3	75,0
Etablissements de santé	48	17,8	11 (3-40)	3	6,3	8	16,7	37	77,1
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	2	0,7	8,5 (5-12)	0	0,0	0	0,0	2	100,0
Évènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	21	7,8	12 (3-43)	3	14,3	5	23,8	13	61,9
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	22	8,1	9 (4-31)	4	18,2	9	40,9	9	40,9
Milieu scolaire et universitaire	14	5,2	10 (5-20)	2	14,3	6	42,9	6	42,9
Milieux professionnels (entreprise)	133	49,3	8 (3-44)	40	30,1	43	32,3	50	37,6
Structure de l'aide sociale à l'enfance	2	0,7	6 (3-9)	0	0,0	1	50,0	1	50,0
Total	270	100,0	-	54	20,0	80	29,6	136	50,4

Sources : MONIC®, Santé publique France, septembre 2021

Criticité des clusters, à Saint-Martin

Parmi les 25 clusters signalés entre mai 2020 et octobre 2021, 28 % étaient classés en criticité élevée (n = 7) [Tableau 8.3]. Les collectivités les plus souvent classées en criticité élevée, l'étaient en raison de la vulnérabilité des personnes touchées : EHPAD (100 %), milieu scolaire et universitaire (66,7 %), en établissement de santé (16,7 %). Parmi les clusters en milieu professionnel (n = 3), 27,3 % étaient de criticité élevée, notamment en lien avec un risque de propagation à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté d'occurrence et par le nombre élevé de cas. Les nombres de cas les plus importants étaient retrouvés en milieu professionnel (19 cas), en milieu scolaire et universitaire et en établissement de santé (11 cas).

Tableau 8.2. Type de collectivité des clusters déclarés, classés par niveau de criticité, de mai 2020 à octobre 2021, à Saint-Martin

	Clusters		Nombre moyen de cas (min-max)	Limitée		Criticités Modérée		Elevée	
	N	%		N	%	N	%	N	%
Crèches	1	4,0	4(4-4)	1	100,0	0	0,0	0	0,0
Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD)	1	4,0	6(6-6)	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Etablissements de santé	6	24,0	6(4-11)	1	16,7	4	66,7	1	16,7
Etablissements sociaux d'hébergement et d'insertion	1	4,0	9(9-9)	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	2	8,0	6(4-7)	1	50,0	1	50,0	0	0,0
Milieu scolaire et universitaire	3	12,0	9(5-11)	1	33,3	0	0,0	2	66,7
Milieus professionnels (entreprise)	11	44,0	9(3-19)	2	18,2	6	54,5	3	27,3
Total	25	100,0	-	6	24,0	12	48,0	7	28,0

Source : MONIC®, Santé publique France, octobre 2021

Criticité des clusters, à Saint-Barthélemy

Parmi les 30 clusters signalés entre mai 2020 et octobre 2021, 36,7 % étaient classés en criticité élevée (n = 11) [Tableau 8.3]. Les collectivités les plus souvent classées en criticité élevée, l'étaient en raison de la vulnérabilité des personnes touchées : EHPAD (100 %). Parmi les clusters en milieu professionnel (n = 6), 33,3 % étaient de criticité élevée, notamment en lien avec un risque de propagation à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté d'occurrence et par le nombre élevé de cas. Toutefois, les collectivités de niveau de criticité limitée concerne principalement le milieu professionnel (50 %). Les nombres de cas les plus importants étaient retrouvés en EHPAD (21 cas), en milieu professionnel (18 cas).

Tableau 8.3. Type de collectivité des clusters déclarés, classés par niveau de criticité, de mai 2020 à octobre 2021, à Saint-Barthélemy

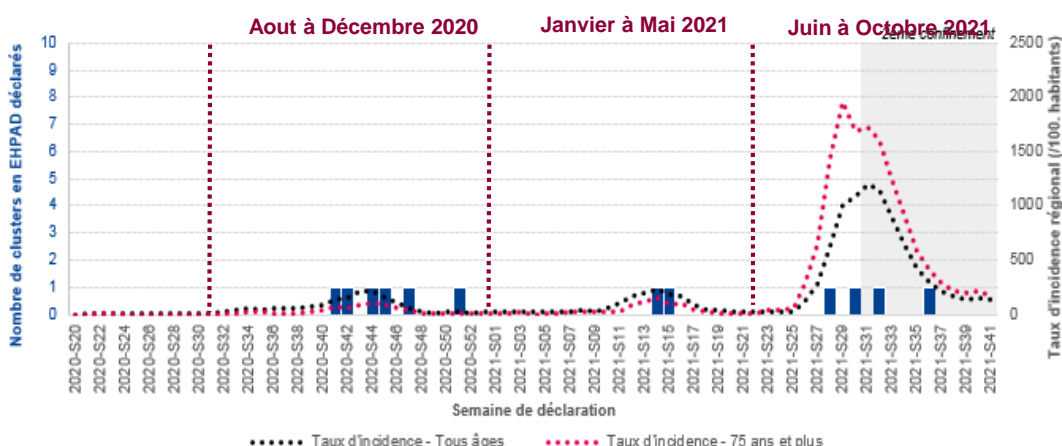
	Clusters		Nombre moyen de cas (min-max)	Limitée		Criticités Modérée		Elevée	
	N	%		N	%	N	%	N	%
Etablissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD)	1	3,3	21(21-21)	0	0,0	0	0,0	1	100,0
Evènement public ou privé : rassemblements temporaires de personnes	7	23,3	8(4-16)	2	28,6	2	28,6	3	42,9
Milieu familial élargi (concerne plusieurs foyers familiaux)	1	3,3	6(6-6)	0	0,0	1	100,0	0	0,0
Milieu scolaire et universitaire	3	10,0	8(5-12)	1	33,3	1	33,3	1	33,3
Milieus professionnels (entreprise)	18	60,0	7(3-18)	9	50,0	3	16,7	6	33,3
Total	30	100,0	-	12	40,0	7	23,3	11	36,7

Source : MONIC®, Santé publique France, septembre 2021

Focus EHPAD en Guadeloupe, Saint-Martin, Saint-Barthélemy

Les EHPAD sont les collectivités regroupant le plus de clusters depuis mai 2020, notamment du fait des campagnes de dépistage régulières. Cette collectivité est d'emblée classée en criticité élevée de par la vulnérabilité de la population concernée. Au cours du temps, le nombre de clusters en EHPAD a été majoritaire pendant la deuxième et quatrième période. Par ailleurs, un cluster a été déclaré à Saint-Martin et à Saint-Barthélemy. Les taux d'incidence suivaient la même tendance que la détection du nombre de clusters.

Figure 8.4. Répartition hebdomadaire des signalements de clusters en EHPAD et taux d'incidence régional, de mai 2020 à mai 2021, en Guadeloupe, Saint-Barthélemy et Saint-Martin



Source : SIDEPE®, MONIC®, Santé publique France, septembre 2021

SYNTHÈSE / DISCUSSION / PERSPECTIVES

Une stratégie de surveillance en adaptation constante

Le suivi épidémiologique de la COVID-19 a nécessité une adaptation constante de la stratégie de surveillance, pour tenir compte de la disponibilité et de l'accessibilité des tests virologiques de diagnostic, de la dynamique de l'épidémie et de l'accroissement des connaissances scientifiques sur le virus. Différents systèmes de surveillance épidémiologique ont été mobilisés pour décrire l'évolution de l'épidémie dans toutes ses dimensions (intensité et sévérité en population générale et dans les populations particulièrement exposées, retentissement sur le système de soins, etc.). Deux facteurs comportementaux importants pour le contrôle de l'épidémie ont été surveillés par des enquêtes répétées en population adulte : le respect des mesures barrières et l'adhésion à la vaccination, et analysés et publiés au niveau national et régional¹. Un bilan complet de l'impact de la crise sur la santé publique nécessitera également d'intégrer des études sur les effets directs et indirects du COVID-19 sur les fardeaux de santé (sujet non traité dans ce bulletin).

En début d'épidémie en mars 2020, plusieurs dispositifs de surveillance préexistants directement utilisables (SurSaUD®, mortalité, certificat de décès) ou rapidement adaptés pour la surveillance du Covid (SI-VIC, ESMS, cas grave en réanimation, réseau de médecins sentinelles) se sont avérés utiles pour évaluer la dynamique de l'épidémie et pour l'aide à la décision. Avant avril 2020, en raison d'une disponibilité limitée des tests diagnostics et des indications ciblées de leur utilisation (retour de zone à risque puis limitation à quelques catégories de personnes symptomatiques telles que les cas hospitalisés, personnels de santé...), la surveillance virologique a reposé sur les laboratoires de ville et hospitalier de Guadeloupe, de Saint-Martin et de Saint-Barthélemy. Dès le mois de mai 2020, le dispositif basé sur l'intégralité des tests de Sars-CoV-2 (SI-DEP) a permis de disposer d'une surveillance de tous les cas biologiquement confirmés. Également en mai, à la suite du premier déconfinement, un suivi régionalisé des clusters (MONIC®) a été construit pour permettre d'identifier des situations particulièrement sensibles ou à risque de diffusion. Enfin, l'arrivée des premiers vaccins sur le territoire national en décembre 2020, s'est accompagnée de la construction du dispositif de surveillance SI-VAC, afin de pouvoir suivre la couverture vaccinale de la population.

Tous ces systèmes de surveillance sont complémentaires afin de couvrir les multiples objectifs du suivi de l'épidémie : caractériser sa dynamique spatio-temporelle (SIDEF, SI-VAC, SurSaUD®, mortalité...), en déterminer son impact (SI-VIC, ESMS...), reconnaître les situations sensibles (MONIC®), identifier les populations à risque et caractériser les comorbidités (cas graves en réanimation, certificat électronique de décès), suivre l'évolution du SARS-CoV-2 (Emergen) et enfin fournir des analyses contextualisées utiles aux décideurs pour aider au pilotage des mesures de gestion.

La mobilisation de ces dispositifs a ainsi permis de suivre en temps quasi-réel l'évolution de l'épidémie en France dans tous les aspects de la maladie (de l'infection asymptomatique au décès) et sur l'ensemble du territoire français au niveau national, régional et infra-régional. Dans l'analyse présentée des résultats de ces surveillances, il a été pris en compte les limites intrinsèques de chaque système et le contexte pouvant influencer sur le recueil et l'interprétation des données. La surveillance épidémiologique s'est principalement appuyée sur des recueils d'activité des systèmes de soins et donc influencés par les choix opérés par les différents agents, ainsi que par les ressources allouées qui ont évolué en adaptation à la crise sanitaire. La plupart des indicateurs suivis pouvaient donner lieu à une double analyse : épidémiologique pour la surveillance spatio-temporelle de l'épidémie ; gestionnaire pour le suivi des moyens consommés et l'allocation des ressources pour le décideur. Les objectifs, les enjeux et la temporalité pouvaient donc différer.

Description de la circulation virale en France

Émergence d'un nouveau coronavirus...

Le SARS-CoV-2 a émergé en Chine, dans la province du Hubei au cours du dernier trimestre 2019. Dès les premières semaines de l'année 2020, de multiples introductions de cas ont été détectées en France. Dans un premier temps, les chaînes de transmission à partir des cas repérés dans différentes régions de France ont pu être interrompues par les investigations épidémiologiques autour de ces cas, le traçage de leurs contacts et leur isolement. Dès mi-février, une accélération de la circulation virale, avec des foyers infectieux de plus en plus nombreux, a été observée dans presque toutes les régions métropolitaines, suivie d'une propagation populationnelle dans certaines zones de l'Est et du Nord de la France à partir de fin février 2020. Des rassemblements de loisirs, familiaux, religieux et les déplacements ont contribué à déclencher la première vague épidémique dans l'ensemble de la France métropolitaine, tandis que les DROM restaient épargnés et ne déplorait que des cas importés et des foyers infectieux limités.

Nous avons défini quatre périodes de durée quasi équivalentes, distinctes sur le plan de l'épidémiologie et de la santé publique, chacune caractérisée par une vague épidémique plus ou moins marquée et des périodes de confinement.

La 1ère période : Une vague intense...

La première vague, intense de mars à avril 2020, a particulièrement touché le Grand-Est et l'Île-de-France où les taux d'hospitalisation (tous services) hebdomadaires maximaux ont atteint respectivement 64 et 67,3 pour 100 000 habitants versus 38 au maximum dans l'ensemble des autres régions. L'incidence des hospitalisations, des admissions en soins critiques tout comme les excès de mortalité montrent un fort gradient croissant allant du sud-ouest au nord-est de la métropole, tandis que les DROM étaient relativement épargnés.

La limitation de la disponibilité et de l'accessibilité de tests diagnostiques à grande échelle ainsi que l'absence de système centralisant l'ensemble des résultats a limité la surveillance de l'épidémie aux cas de Covid-19 confirmés ou suspects pris en charge par le système de soins. L'observance par la population du confinement strict déclaré à partir de mi-mars 2020 a permis de réduire la circulation virale à un niveau très bas, sans pour autant l'interrompre. Une reprise épidémique a débuté au cours de l'été 2020 notamment en Nouvelle-Aquitaine, en Occitanie et en PACA-Corse avant de donner naissance à la 2^{ème} vague à l'automne 2020 sur l'ensemble de la Métropole

¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19>

La 2^{ème} période : Une visibilité accrue par l'accès aux tests...

La circulation accélérée mais aussi l'accès aux tests à grande échelle ont mécaniquement entraîné le recensement d'un très grand nombre de cas confirmés sur une plus longue période au cours de l'automne et le début de l'hiver 2020. La 2^{ème} vague a été marquée par une progression de l'épidémie vers le sud et le centre de la France métropolitaine, touchant particulièrement la région Auvergne-Rhône-Alpes tandis que les régions Martinique et Bretagne étaient les régions les moins éprouvées. Les mesures collectives de freinage et un 2^{ème} confinement national, moins strict que le premier, ont été suivis d'une décroissance de l'épidémie, plus modérée qu'après la 1^{ère} vague. Sur cette période marquée par une 2^{ème} vague de moindre intensité que la 1^{ère}, mais sur une plus longue durée montre des taux d'hospitalisation et d'admissions en soins critiques globalement supérieurs à ceux de la 1^{ère} période dans la majorité des régions.

La 3^{ème} période : L'émergence du variant alpha et l'arrivée des vaccins...

Après une baisse modérée de la circulation observée à la fin de l'hiver, l'émergence du variant alpha, plus transmissible, s'est accompagnée d'une forte reprise épidémique à partir de mars 2021 et une nouvelle vague d'intensité modérée mais prolongée sur l'ensemble du territoire métropolitain. Cette progression s'est accentuée vers l'ouest et le centre pendant la 3^{ème} vague, qui a aussi particulièrement affecté la région PACA. Les taux d'incidence des cas confirmés de Covid-19 n'atteindront pas les niveaux observés au cours de la 2^{ème} période sauf dans les Hauts de France et l'Île-de-France, Cependant, cette vague prolongée a occasionné des taux d'hospitalisation et d'admission en soins critiques sur la 3^{ème} période plus élevés qu'aux 2 périodes précédentes dans la quasi totalité des régions, y compris dans le Grand-Est et l'Île de France (dans plusieurs régions, près de 1 pour 10 000 habitants a été hospitalisé en soins critiques au cours de cette période).

Cette 3^{ème} période montre à l'issue du confinement une baisse durable des hospitalisations et admissions en soins critiques et un reflux de la mortalité dans un contexte de démarrage de la campagne de vaccination dès janvier 2021, priorisant les personnes âgées et vulnérables, mais aussi de maintien du respect des mesures barrière par la population. L'accès rapide début 2021 et sur l'ensemble du territoire national, à des vaccins - très efficaces sur les formes plus sévères et bien tolérés - a permis de mieux protéger les personnes les plus fragiles. Ce bénéfice s'est fait ressentir à partir de février 2021 dans les EHPAD par une décroissance importante des cas et dans la population générale, avec une baisse décalée dans le temps au fur et à mesure de l'extension de l'indication vaccinale à d'autres catégories d'âge, ce malgré la domination progressive au cours de cette 3^{ème} période d'un variant alpha environ 40% à 70% plus contagieux² que les souches originelles ainsi que environ 50% plus sévère³.

La 4^{ème} période : La circulation majoritaire du variant delta et une vague d'ampleur sans précédent aux Antilles françaises

La Guadeloupe et la Martinique ont été confrontées à une 4^e vague épidémique sans précédent en terme d'ampleur et d'impact sur l'offre de soins alors que les régions de l'hexagone ont été relativement épargnées durant cette même période. Cette situation épidémiologique est à mettre au regard de la couverture vaccinale très faible dans ces départements, avec seulement pour chacun 19,9 % de la population âgée de 12 ans et plus ayant reçu un schéma complet au 8 août 2021 combinée à la forte transmissibilité du variant Delta.

A la fin du mois de juin, le taux d'incidence a augmenté très fortement en Martinique, atteignant 1190 nouveaux cas / 100 000 habitants début août. Rapidement, cette nouvelle vague a occasionné des taux d'hospitalisations et d'admissions en soins critiques plus élevés que pendant les trois 3 vagues précédentes, nécessitant la mise en place d'un confinement allégé avec restriction des déplacements sur autorisation au-delà des 10 kms. Mi-août des évacuations sanitaires de patients hospitalisés en réanimation ont dû être réalisées vers la métropole suite à l'engorgement du système hospitalier. En Guadeloupe, cet indicateur a augmenté fin juillet août pour atteindre un pic de 2261 nouveaux cas pour 100 000 habitants et une tension hospitalière sans précédent.

Focus en Guadeloupe

Entre mars et mi-mai 2020, plus de la moitié des cas positifs en Guadeloupe étaient importés. Il s'agissait principalement de personnes ayant participé à des croisières dans la Caraïbe. Le premier cas autochtone a été enregistré le 13 mars 2020. Le confinement national a permis de contenir, voire freiner rapidement la circulation virale durant cette 1^{ère} vague de l'épidémie de la Covid-19 qui a duré cinq semaines (du 09 mars au 12 avril, soit S11-2020 au S15-2020).

La deuxième vague épidémique, démarrée à la mi-août (S33-2020) suite au retour de guadeloupéens ayant participé à des rassemblements festifs à Saint-Martin a duré 14 semaines jusqu'à fin novembre 2020 (S47-2020). Elle a atteint un pic mi-septembre (S38-2020). Un frémissement de l'incidence des cas confirmés a été observé entre fin décembre 2020 et début février 2021, soit durant les semaines qui ont suivi les fêtes de fin d'année 2020.

L'augmentation s'est poursuivie mi-février (S06-2021), marquant le début de la troisième vague majoritairement impactée par la présence du variant préoccupant (20I/501Y.V1, anglais). Elle a atteint son pic fin avril (S16-2021) et a duré 17 semaines jusqu'à début juin 2021, soit (S06-2021 à S22-2021). Les indicateurs virologiques durant les quelques semaines qui ont suivi (juin-juillet 2021) étaient stables mais restaient à des niveaux élevés.

La circulation virale, bien qu'importante durant ces 3 premières vagues, était jusqu'ici globalement inférieure à celle relevée sur l'ensemble du territoire national et l'impact au niveau hospitalier était maîtrisé.

La 4^e vague, démarrée mi-juillet (S28-2021), a été de très grande ampleur au regard de l'ensemble des indicateurs épidémiologiques enregistrés. Elle a duré 14 semaines pour se terminer mi-octobre (S41-2021). Son pic épidémique a été atteint en seulement cinq semaines après le démarrage de la vague (S32-2021) avec 2 261 cas/100 000 habitants (correspondant à 8 500 personnes testées positives). Cette même semaine, un pic de 24 clusters majoritairement représenté par le milieu professionnel a été atteint. Par ailleurs, près de 400 nouvelles hospitalisations ont été admises dans les établissements hospitaliers de Guadeloupe respectivement les semaines 2021-32 à 34, dont une part importante en soins critiques traduisant une situation hospitalière critique. Un pic de 118 décès survenus dans les établissements hospitaliers de Guadeloupe a été atteint en S33-2021 avec un excès de la mortalité toutes causes confondues et tous âges enregistré des semaines S30-2021 à S38-2021.

² <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33658326>

³ <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34130987>

Eu égard à cette situation critique, le CHU de Pointe à Pitre a dû procéder à des évacuations sanitaires vers l'hexagone et la réserve sanitaire ainsi que les équipes médicales et paramédicales de la solidarité nationale ont été déployées sur le territoire pour prêter main-forte au personnel de santé totalement épuisé. Cette 4^e vague est marquée par une circulation rapidement majoritaire du variant Delta au détriment du variant Alpha. Un confinement strict du 2 août au 17 octobre 2021 (semaines S31 à S41) a également été mis en vigueur.

D'autre part, l'évolution très lente de la vaccination en population générale depuis son déploiement n'a pas permis une protection suffisante de la population pour limiter l'impact de la 4^e vague.

Cette 4^e vague, bien que terminée depuis la mi-octobre, demeure encore très présente dans les esprits de part sa forte intensité, et surtout son caractère meurtrier car plus de 60 % des décès étaient enregistrés chez des personnes ayant contracté la Covid-19 au cours de cette vague parmi l'ensemble des décès recensés depuis mars 2020. Elle a été qualifiée de « tsunami sanitaire ».

Focus à Saint-Martin

A la différence de la Martinique et de la Guadeloupe, Saint-Martin a connu trois vagues épidémiques.

La première vague s'est étalée entre mars et mai 2020 (S11-2020 à S15-2020) à partir des premiers cas importés à l'origine de transmission autochtone. Le premier cas autochtone a été enregistré le 16 mars 2020. La situation sanitaire liée à la COVID-19 s'est progressivement dégradée entre les grandes vacances scolaires et les vacances de fin d'année de 2020 tout en restant à des niveaux stables mais élevés. Cette dégradation s'est poursuivie après les vacances de Noël avec un nombre plus important de cas identifiés toutes les semaines.

La 2^e vague épidémique a duré 30 semaines d'août 2020 (S32-2021) à fin-février 2021 (S08-2021). A partir de fin février, les indicateurs de surveillance ont baissé pour atteindre un niveau stable jusqu'à la fin de la période d'étude (fin mars 2021).

La 3^e vague a duré 17 semaines, début mai (S18-2021) à fin août (S35-2021). Elle était plus intense que les deux autres notamment par le nombre plus élevé des indicateurs épidémiologiques enregistrés durant cette vague.

En effet, en semaine S32-2021, un pic du taux d'incidence (606 cas / 100 000 habitants correspondant à 214 personnes testées positives enregistrées), du nombre de passages aux urgences pour suspicion de Covid-19 (39) et suivis d'une hospitalisation (28) au CH Fleming a été atteint. Cette 3^e vague a été marquée par l'introduction du variant préoccupant Alpha au début et puis remplacé par le variant Delta.

NB: Compte tenu de l'effectif faible de la population de Saint-Martin (moins de 10 000 habitants), l'analyse du taux d'incidence observée sur ces périodes doit être interprétée avec circonspection.

Focus à Saint-Barthélemy

A la différence de la Martinique, de la Guadeloupe et de Saint-Martin, Saint-Barthélemy a connu deux vagues épidémiques, uniquement en 2021.

Entre mars et mai 2020, seuls six cas positifs (deux importés et quatre autochtones) ont été enregistrés à Saint-Barthélemy. Le premier cas autochtone a été enregistré le 25 mars 2020. La circulation virale s'est rapidement estompée suite aux mesures de confinement mises en œuvre. Ce territoire n'a donc pas connu de vague épidémique en période 1. La situation est restée stable à un niveau faible de circulation virale, puis a évolué de façon modérée jusqu'en fin d'année.

Ce n'est qu'après les fêtes de fin d'année 2020, que le nombre de cas a fortement progressé avec, en moyenne, 57 cas par semaine, marquant le début de la 1^e vague épidémique (S01-2021). Cette dernière a poursuivi sa croissance jusqu'à la semaine S12-2021 (11 semaines), soit la fin de la période d'étude (fin mars).

La 2^e vague n'a duré que 5 semaines, fin juillet (S29-2021) à mi août (S33-2021). Malgré une durée plus courte, elle a été plus intense en termes d'indicateurs de surveillance. En effet, en semaine S30-2021, un pic du taux d'incidence (1 727 cas / 100 000 habitants correspondant à 167 personnes testées positives enregistrées) a été atteint et 7 hospitalisations ont été enregistrées à l'hôpital local de Bruyn en semaine S32-2021. Des évacuations sanitaires en soins citriques vers la Guadeloupe ont été nécessaires uniquement au cours de la 4^e période, qui inclut cette 2^e vague. De plus, cette 2^e vague a été marquée par la quasi prédominance du variant Delta.

NB : Compte tenu de l'effectif faible de la population de Saint-Barthélemy (moins de 10 000 habitants), l'analyse du taux d'incidence observée sur ces périodes doit être interprétée avec circonspection.

Conclusion et perspectives

Ce bilan régional de surveillance de l'épidémie de Covid -19 a été réalisé sur une période allant de mars 2020 à mi-octobre 2021. La date d'arrêt d'analyse des données correspond à la fin de la 4^e vague en Guadeloupe; à Saint-Martin et Saint-Barthélemy, la dernière vague épidémique (respectivement la 3^e et la 2^e) s'était arrêtée un peu plus tôt, soit la semaine S35-2021 pour Saint-Martin et S33-2021 pour Saint-Barthélemy. Les territoires des îles du Nord ont été moins impactés par la Covid-19 au cours de la période 4 que la Guadeloupe.

En Guadeloupe, la couverture vaccinale demeure en faible progression. A contrario, les territoires des îles du Nord enregistrent des taux de couverture vaccinale bien plus élevés. La fin de l'état d'urgence sanitaire a été prononcée le 15 novembre 2021 en Guadeloupe. Une 5^e vague est à craindre dans ce contexte de faible couverture vaccinale et d'atténuation de l'efficacité vaccinale au delà de 6 mois après la 2^e injection.

Volontairement limité aux aspects épidémiologiques de la diffusion du SARS-CoV-2, ce bilan régional sera complété par des analyses de l'évolution des comportements de prévention (CoviPrev), de la couverture vaccinale, des activités de contact-tracing et autres mesures d'impact.

GLOSSAIRE

Acronyme	Nom
ARS	Agence régionale de Santé
BSP	Bulletin de santé publique
CépiDc	Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
COVID-19	Coronavirus disease 2019 (maladie à coronavirus 2019)
Coviprev	Données d'enquête relatives à l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19
CPias	Centre régional d'appui pour la prévention des infections associées aux soins
CV	Couverture vaccinale
Ehpad	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMS	Etablissement médico-social
ES	Etablissement de santé
ESMS	Etablissement social et médico-social
GAM	Modèle linéaire généralisé
HPH	Etablissement hébergeant des personnes handicapées
HTA	Hypertension artérielle
IMC	Indice de masse corporelle
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm	Institut national de la santé et de la recherche médicale
Monic®	Système d'information du monitoring des clusters
Oscour®	Organisation de la surveillance coordonnée des urgences
PCR	Polymerase chain reaction (amplification en chaîne par polymérase)
RT-PCR	Reverse transcriptase - Polymerase chain reaction (amplification en chaîne par polymérase après transcription inverse)
SARS-CoV-2	Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (syndrome respiratoire aigu sévère coronavirus 2)
SDF	Sans domicile fixe
SDRA	Syndromes de détresse respiratoire aigue
Sidep	Système d'information de dépistage
Sivac	Système d'information interministériel des victimes d'attentats et de catastrophes
Sivic	Système d'information pour le suivi des victimes
SpF	Santé publique France
SurSaUD®	Surveillance sanitaire des urgences et des décès
VAC-SI	Système d'information Vaccin Covid



CONTRIBUTIONS

Comité de coordination :

Bruno HUBERT et Mélanie MARTEL, Damien MOULY, Olivier RETEL, Arnaud TARANTOLA, Michel VERNAY

Pilotes de groupe :

Guillaume SPACCAFERRI (SI-DEP), Mathilde PIVETTE (SI-VIC), Cécile DURAND (COVID-19 en Réanimation), Karine WYNDELS (ESMS), Delphine CASAMATTA et Sylvie HAEGHEBAERT (SurSaUD®), Alain LE TERTRE (Mortalité), Bertrand GAGNIÈRE (Vaccination), Nicolas VINCENT (Clusters), Brice MASTROVITO et Marlène FAISANT (coordination modèle de maquette et relations cellules)

Participation aux GT :

- SI-DEP : Ghislain LEDUC, Jérôme POUHEY, Guillaume SPACCAFERRI, Pascal VILAIN,
- SI-VIC : Nahida ATIKI, Bertrand GAGNIÈRE, Charlotte MAUGARD, Mathilde PIVETTE, Elodie TERRIEN
- COVID-19 en Réanimation : Jean-Loup CHAPPERT, Jamel DAOUDI, Cécile DURAND, Ronan OLLIVIER, Valérie PONTIÈS, Sabrina TESSIER
- SurSaUD® : Delphine CASAMATTA, Erica FOUGÈRE, Sylvie HAEGHEBAERT
- Vaccination : Bertrand GAGNIÈRE, Gaëlle GAULT, Guillaume HEUZÉ, Quiterie MANO, Lauriane RAMALLI
- Mortalité : Delphine CASAMATTA, Joël DENIAU, Marlène FAISANT, Anne FOUILLET, Alain LE TERTRE, Nicolas VINCENT, Pascale BERNILLON
- ESMS : Florian FRANKE, Ursula NOURY, Karine WYNDELS
- Clusters : Mélanie MARTEL, Nicolas VINCENT
- Maquettage : Alice BREMBILLA, Dominique JEANNEL, Brice MASTROVITO
- Relecture : Patrick ROLLAND

Autres directions :

Bruno COIGNARD, Cécile SOMMEN, Anne FOUILLET, Eline HASSAN, Adam PROUST, Lucie FOURNIER, Vincent FOURNIER, Hélène THERRE

REMERCIEMENTS

Nous remercions l'ensemble de nos partenaires contribuant au dispositif de surveillance :

ARS, SOS médecins, réanimateurs, services d'urgence, SAMU-Centre 15, médecins généralistes sentinelles, Insee, Inserm, Cepi-DC, laboratoires de biologie médicale, sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation et de médecine d'urgence (Sfar, Srf, Sfm), CPias, Institut Pasteur, Drees



POUR PLUS D'INFORMATIONS

Sur la surveillance de l'épidémie de COVID-19

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus>

[Points épidémiologiques COVID-19](#)

Sur la surveillance de la santé mentale

[CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19](#)

BULLETIN DE SANTÉ PUBLIQUE (BSP)

COVID-19

Édition Guadeloupe,
Saint-Martin, Saint-
Barthélemy

Rédacteur en chef

Jacques Rosine,
Responsable de la cellule
régionale Antilles de
Santé publique France

Equipe de rédaction

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

Citer cette source :

Bulletin de santé publique
(BSP). COVID-19. Édition
Guadeloupe, Saint-Martin,
Saint-Barthélemy .
Décembre 2021. Saint-
Maurice : Santé publique
France, 38 p.