



# Bulletin

## Bulletin régional

Date de publication : 02.07.2026

GUYANE

# Surveillance épidémiologique

Semaines 25 et 26 (du 15 au 28 juin 2026)

## Points et indicateurs clés

### Arboviroses

**Dengue** : L'activité liée à la dengue était faible au cours des deux dernières semaines, équivalente au niveau généralement observé en période inter-épidémique.

**Chikungunya** : Depuis la détection du 1<sup>er</sup> cas confirmé de chikungunya fin janvier, 1003 cas ont été biologiquement confirmés en Guyane. Les secteurs du Littoral ouest et des Savanes sont en épidémie (respectivement depuis S16 et S23), l'île de Cayenne est en phase de foyers épidémiques (depuis S18), le secteur du Maroni est en phase de transmission sporadique (depuis S11) et les secteurs de l'Intérieur, de l'Intérieur Est et de l'Oyapock sont en veille épidémiologique. Les niveaux de gestion du plan ORSEC de lutte contre les arboviroses définis par les autorités sanitaires sont présentés en page 8.

▀ Situation épidémiologique détaillée : pages 2 à 8

### Paludisme

Le nombre de cas de paludisme recensés sur le territoire était faible et en légère baisse au cours des deux dernières semaines avec 3 cas enregistrés (2 en S25 et 1 en S26, données provisoires) contre 6 au total en S23 et S24. Parmi ces 3 cas, tous dus à *P. vivax*, 2 étaient des reviviscences. Depuis le début de l'année, 128 cas de paludisme ont été recensés, dont 15 en avril, 20 en mai et 9 en juin. Au cours des trois derniers mois, les contaminations ont majoritairement eu lieu en zone d'orpaillage dans le secteur des Savanes.

▀ Bilan du 2<sup>ème</sup> trimestre : page 9

### Infections respiratoires aiguës

**Bronchiolite** : l'activité liée à la bronchiolite était élevée dans les structures hospitalières et une majorité de VRS était identifiée. **L'épidémie se poursuit.**

▀ Situation épidémiologique détaillée : page 10

**Syndrome grippal** : l'activité liée à la grippe était calme sur le territoire. Le virus grippal B circule actuellement.

**Covid** : malgré une légère recrudescence, l'activité liée au SARS-COV2 demeurait faible.

### Diarrhées

L'activité liée aux diarrhées était modérée sur le territoire.

#### Indicateurs clés S25 et S26 (vs S23 et S24)

Syndrome grippal		
	Nb de consultations en CDPS et hôpitaux de proximité	26 (vs 12)
	Nb passages aux urgences <sup>1</sup>	70* (vs 90)
Bronchiolite		
	Nb de consultations en CDPS et hôpitaux de proximité	6 (vs 8)
	Nb passages aux urgences <sup>1</sup>	40* (vs 43)
Diarrhées		
	Nb de consultations en CDPS et hôpitaux de proximité	88 (vs 102)
	Nb passages aux urgences <sup>1</sup>	105* (vs 161)

<sup>1</sup> Oscoreur® pour les sites du CHU / \* Données indisponibles au CHOG

# Chikungunya

## Situation épidémiologique en Guyane

Depuis fin janvier (S04), 1 003 cas de chikungunya ont été biologiquement confirmés en Guyane, dont 63 en S26 (données non consolidées). L'extension de la circulation du virus se poursuit sur le territoire :

- **Littoral Ouest** : les données étant incomplètes en S26 (absence de transmission des données des urgences du CHOG), la situation épidémiologique ne peut être évaluée sur cette période. Toutefois, en se basant sur les tendances observées les semaines précédentes, ce secteur reste en épidémie.
- **Savanes** : le nombre de passages aux urgences pour suspicion de chikungunya au CHK est en augmentation. L'épidémie se poursuit dans ce secteur.
- **Ile de Cayenne** : des cas confirmés continuent d'être détectés et 7 foyers sont actuellement actifs. L'île de Cayenne reste en phase de foyers épidémiques.
- **Maroni** : des cas continuent d'être confirmés et des consultations pour motif de chikungunya dans les CDPS sont recensées. Le secteur est en phase de transmission sporadique.

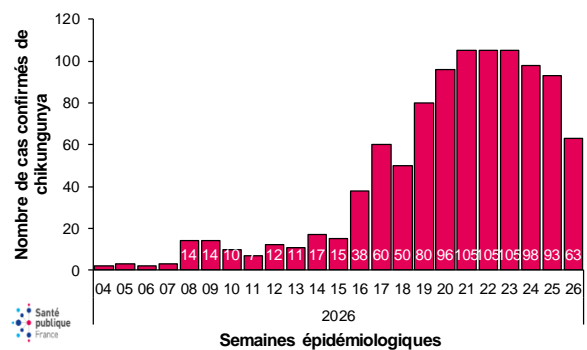
## Surveillance virologique

En S25, 93 cas ont été biologiquement confirmés et 63 en S26 (données non consolidées). La tendance est stable depuis la semaine S20 avec entre 90 et 100 cas confirmés par semaine.

Au total, depuis le début de l'année, 1 003 cas ont été biologiquement confirmés.

Le sex-ratio H/F des cas est de 0,8 (43 % d'hommes) et l'âge médian de 33 ans [IQR : 14 - 51]. Parmi les cas confirmés, 29 % ont moins de 15 ans et 14 % ont 60 ans et plus.

Nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés de chikungunya, tous âges, Guyane, depuis janvier 2026



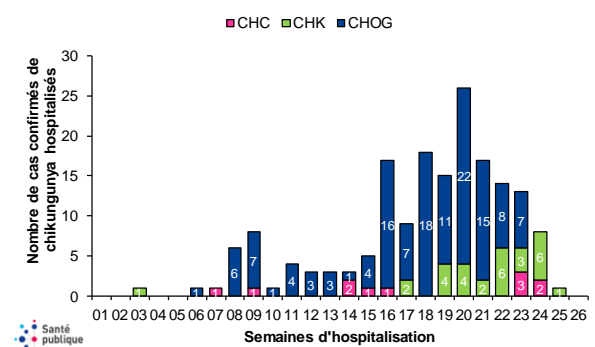
## Cas hospitalisés

Depuis le début de l'année, 174 cas probables ou confirmés de chikungunya ont été hospitalisés dans un des trois sites du CHU de Guyane (données non consolidées). Ce nombre était en hausse au CHK ces dernières semaines.

L'âge médian des cas était de 25 ans [IQR : 7 - 47] et 10 % étaient âgés de moins de 3 ans. Le sexe-ratio H/F était de 0,8 et la durée médiane de séjour de 2,0 jours [IQR : 1,0 - 3,2].

La grande majorité des cas ont été classés définitivement par les infectiologues référents : 152 cas (87 %) ont présenté une forme commune du chikungunya, 20 cas (11 %) une forme inhabituelle, 1 cas (1 %) une forme sévère et 1 hospitalisation n'a pas pu être classée.

Nombre hebdomadaire de cas hospitalisés pour chikungunya, tous âges, Guyane, depuis janvier 2026




Par ailleurs, 83 cas (48 %) présentait des facteurs de risque et/ou des comorbidités, dont les principaux étaient l'hypertension artérielle, la grossesse, le diabète et l'obésité.

Un décès chez un patient ayant présenté une forme commune de chikungunya a été enregistré, cependant, la cause du décès n'était pas l'infection par le chikungunya.

Le tableau ci-après résume les caractéristiques des cas hospitalisés (le cas hospitalisé non classé n'y est pas inclus).

#### Caractéristiques des cas hospitalisés pour chikungunya, tous âges, Guyane, depuis janvier 2026

	Formes communes		Formes inhabituelles		Formes sévères		Total	
	(n = 152 ; 87 %)		(n = 20 ; 11 %)		(n = 1 ; 1 %)		(n = 173 )	
<b>Sexe</b>								
Femmes	88	58%	9	45%	0	0%	<b>97</b>	<b>56%</b>
Hommes	64	42%	11	55%	1	100%	<b>76</b>	<b>44%</b>
<b>Classes d'âge</b>								
< 1	5	3%	1	5%	0	0%	<b>6</b>	<b>3%</b>
1 à 2	8	5%	3	15%	0	0%	<b>11</b>	<b>6%</b>
3 à 14	45	30%	7	35%	0	0%	<b>52</b>	<b>30%</b>
15 à 29	33	22%	4	20%	1	100%	<b>38</b>	<b>22%</b>
30 à 44	16	11%	2	10%	0	0%	<b>18</b>	<b>10%</b>
45 à 59	26	17%	2	10%	0	0%	<b>28</b>	<b>16%</b>
60 et +	19	13%	1	5%	0	0%	<b>20</b>	<b>12%</b>
<b>Au moins un facteur de risque / comorbidité (incluant grossesse)</b>								
Non	74	49%	8	40%	1	100%	<b>83</b>	<b>48%</b>
Oui	78	51%	12	60%	0	0%	<b>90</b>	<b>52%</b>
1-2	72	94%	11	92%	0	0%	<b>83</b>	<b>93%</b>
3-4	4	5%	1	8%	0	0%	<b>5</b>	<b>6%</b>
5-6	1	1%	0	0%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
<b>Facteurs de risque / comorbidités</b>								
Grossesse	15	17%	3	33%	0	0%	<b>18</b>	<b>19%</b>
Hypertension artérielle	25	16%	3	15%	0	0%	<b>28</b>	<b>16%</b>
Diabète	13	9%	1	5%	0	0%	<b>14</b>	<b>8%</b>
Immunodépression	6	4%	0	0%	0	0%	<b>6</b>	<b>3%</b>
Maladie cardio-vasculaire	2	1%	0	0%	0	0%	<b>2</b>	<b>1%</b>
Prématurité	2	1%	0	0%	0	0%	<b>2</b>	<b>1%</b>
Atteinte respiratoire	3	2%	1	5%	0	0%	<b>4</b>	<b>2%</b>
Drépanocytose	6	4%	2	10%	0	0%	<b>8</b>	<b>5%</b>
Obésité	6	4%	0	0%	0	0%	<b>6</b>	<b>3%</b>
Accident vasculaire cérébral	4	3%	0	0%	0	0%	<b>4</b>	<b>2%</b>
VIH	5	3%	0	0%	0	0%	<b>5</b>	<b>3%</b>
Insuffisance rénale	1	1%	0	0%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
Autre	26	17%	4	20%	0	0%	<b>30</b>	<b>17%</b>
<b>Symptômes</b>								
Fièvre	149	98%	18	90%	1	100%	<b>168</b>	<b>97%</b>
Arthralgies/arthrites	114	75%	9	45%	1	100%	<b>124</b>	<b>72%</b>
Myalgies	72	47%	3	15%	0	0%	<b>75</b>	<b>43%</b>



	Formes communes (n = 152 ; 87 %)		Formes inhabituelles (n = 20 ; 11 %)		Formes sévères (n = 1 ; 1 %)		Total (n = 173 )	
Céphalées	58	38%	7	35%	1	100%	<b>66</b>	<b>38%</b>
Rash	13	9%	2	10%	0	0%	<b>15</b>	<b>9%</b>
Nausées/vomissements	39	26%	5	25%	0	0%	<b>44</b>	<b>25%</b>
Diarrhées	18	12%	0	0%	0	0%	<b>18</b>	<b>10%</b>
Syndrome hyperalgique	2	1%	1	5%	0	0%	<b>3</b>	<b>2%</b>
Douleurs abdominales	12	8%	1	5%	0	0%	<b>13</b>	<b>8%</b>
Prurit	3	2%	1	5%	0	0%	<b>4</b>	<b>2%</b>
Œdèmes périarticulaires	14	9%	2	10%	0	0%	<b>16</b>	<b>9%</b>
Atteinte neurologique	2	1%	8	40%	0	0%	<b>10</b>	<b>6%</b>
Ténosynovites	0	0%	1	5%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
Convulsions	2	1%	5	25%	0	0%	<b>7</b>	<b>4%</b>
Atteinte respiratoire	1	1%	0	0%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
Manifestations hémorragiques ou thrombotiques	2	1%	0	0%	0	0%	<b>2</b>	<b>1%</b>
Décompensation pathologies préexistantes	1	1%	2	11%	0	0%	<b>3</b>	<b>2%</b>
Atteinte cardio-vasculaire aigüe	18	12%	7	35%	0	0%	<b>25</b>	<b>14%</b>
Atteinte dermatologique inhabituelle	6	4%	1	5%	0	0%	<b>7</b>	<b>4%</b>
Atteinte rénale	1	1%	0	0%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
Atteinte hépatique sévère	7	5%	3	15%	1	100%	<b>11</b>	<b>6%</b>
Cytolyse hépatique	2	1%	1	5%	1	100%	<b>4</b>	<b>2%</b>
Eruption purpurique	1	1%	1	5%	0	0%	<b>2</b>	<b>1%</b>
Manifestations digestives sévères	1	1%	0	0%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
Encéphalite	0	0%	0	0%	0	0%	<b>0</b>	<b>0%</b>
Dermatose bulleuse	0	0%	1	5%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
Guillain Barré	0	0%	0	0%	0	0%	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Hospitalisation en Réa/USI</b>								
Hospitalisation en Réa/USI	1	1%	0	0%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
<b>Défaillances</b>								
Défaillance d'organe	7	5%	1	5%	0	0%	<b>8</b>	<b>5%</b>
Défaillance cardiocirculatoire	4	3%	0	0%	0	0%	<b>4</b>	<b>2%</b>
Défaillance cérébrale	0	0%	1	5%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
Défaillance respiratoire	1	1%	0	0%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
Défaillance rénale	1	1%	0	0%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
Défaillance hépatique	4	3%	0	0%	1	100%	<b>5</b>	<b>3%</b>
Défaillance autre	2	1%	0	0%	0	0%	<b>2</b>	<b>1%</b>
<b>Issue de l'hospitalisation</b>								
RAD	151	99%	20	100%	1	100%	<b>172</b>	<b>99%</b>
Décès	1	1%	0	0%	0	0%	<b>1</b>	<b>1%</b>
<i>Directement lié au chikungunya</i>	0	0%	0	0%	0	0%	<b>0</b>	<b>0%</b>
<i>Indirectement lié au chikungunya</i>	0	0%	0	0%	0	0%	<b>0</b>	<b>0%</b>
<i>Sans rapport avec le chikungunya</i>	1	100%	0	0%	0	0%	<b>1</b>	<b>100%</b>

## Situation épidémiologique par secteur

La surveillance du chikungunya est organisée par secteur pour tenir compte des dynamiques infrarégionales des épidémies et orienter les mesures de gestion.

La Guyane est ainsi divisée en 22 communes réparties sur 7 secteurs.

En raison des difficultés dans la récupération des adresses des patients, la méthodologie de répartition des cas par secteur a été ajustée à partir de S24. Parmi les cas confirmés, ceux sans adresse de résidence disponible ont été attribués au secteur du laboratoire préleveur lorsqu'il était connu. Les cas pour lesquels ni l'adresse de résidence ni le laboratoire n'étaient identifiables n'ont pas été inclus dans l'analyse par secteur présentée ci-dessous.

Répartition des 22 communes de Guyane dans les 7 secteurs de surveillance.



## Secteur du Littoral ouest

En phase épidémique, une diminution du nombre de diagnostics biologiques est généralement observée, probablement expliquée par une baisse des consultations médicales par les patients, notamment ceux ayant été exposés à des cas dans leur entourage, ainsi que par une réduction des prescriptions de tests biologiques par les médecins.

La baisse des cas confirmés est donc difficilement interprétable. L'analyse de la situation épidémiologique, dans ce contexte, repose principalement sur la surveillance syndromique.

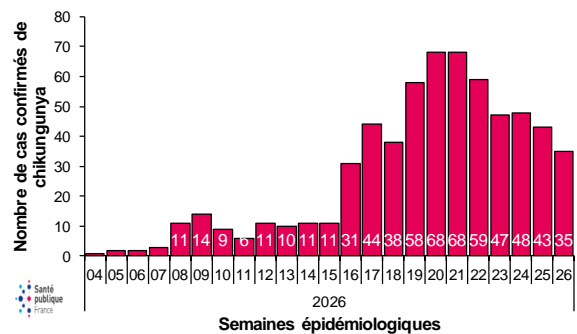
Cependant, les données des urgences de la S26 n'ayant pas été transmises par le CHOG, aucune évaluation de la situation épidémiologique n'est possible pour ce secteur.

Néanmoins, en se basant sur les semaines précédentes, bien qu'en légère diminution en S25, le nombre de passages aux urgences pour suspicion de chikungunya (code A92.0) ainsi que la part d'activité du chikungunya au CHOG (plus de 5 % en S25) restaient élevés, traduisant une poursuite de l'épidémie dans le secteur.

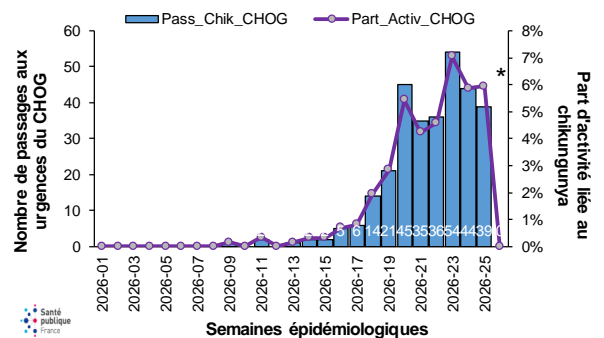
Cette tendance sera à confirmer dans les semaines à venir.

**L'épidémie se poursuit dans le secteur du Littoral Ouest.**

Nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés de chikungunya, tous âges, secteur du Littoral ouest, Guyane, depuis janvier 2026



Nombre hebdomadaire de passages pour chikungunya et part d'activité liée au chikungunya aux urgences du CHOG, tous âges, secteur du Littoral ouest, Guyane, depuis janvier 2026



\* Données non disponibles

## Secteur de l'île de Cayenne

Depuis la deuxième quinzaine de mai (S20), le nombre de cas biologiquement confirmés sur l'île de Cayenne variait entre 9 à 15 cas hebdomadaires. Les données de la semaine dernière (S26) sont incomplètes.

Actuellement, 7 foyers, répartis sur les trois communes du secteur, sont en cours de suivi, comptant 2 à 19 cas chacun (5 cas en moyenne).

Le nombre de passages pour suspicion de chikungunya (code A92.0) reste faible aux urgences du CHC avec 3 passages pour ce motif enregistrés en S25 et aucun en S26.

**La situation épidémiologique est stable, le secteur de l'île de Cayenne demeure en phase de foyers épidémiques.**

## Secteur des Savanes

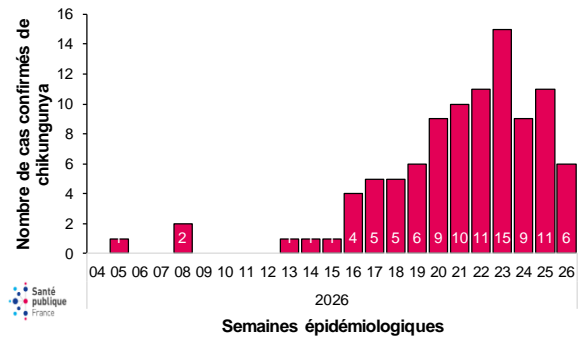
Sur le secteur des Savanes, 31 cas ont été biologiquement confirmés en S25 et 19 en S26. Les données ne sont pas consolidées pour la semaine dernière (S26).

Le secteur des Savanes est en épidémie depuis le début du mois de juin. En phase épidémique, une baisse du nombre de cas confirmés est difficilement interprétable et l'analyse de la situation épidémiologique repose principalement sur la surveillance syndromique (cf. paragraphe Littoral Ouest en page 5).

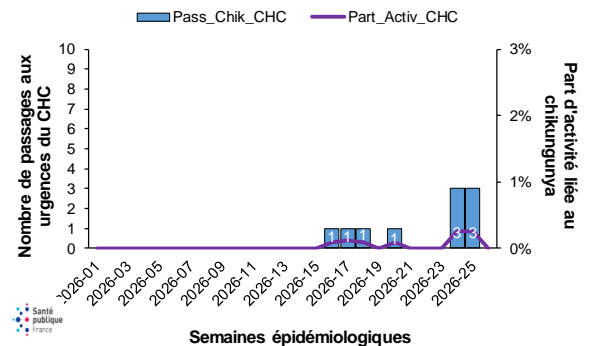
Le nombre de passages aux urgences pour suspicion de chikungunya (code A92.0) ainsi que la part d'activité liée aux passages pour chikungunya au CHK (plus de 4% en S26) étaient en augmentation, traduisant une poursuite de l'épidémie dans le secteur.

**La tendance épidémiologique est à la hausse. L'épidémie se poursuit dans le secteur des Savanes.**

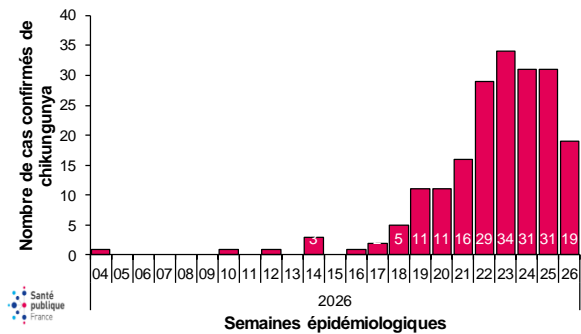
Nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés de chikungunya, tous âges, secteur de l'île de Cayenne, Guyane, depuis janvier 2026



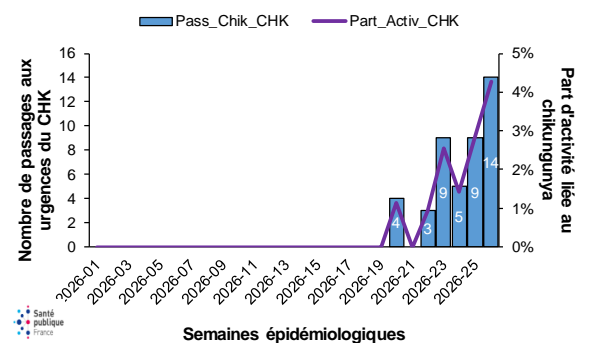
Nombre hebdomadaire de passages et part d'activité de chikungunya aux urgences du CHC, tous âges, secteur de l'île de Cayenne, Guyane, depuis janvier 2026



Nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés de chikungunya, tous âges, secteur des Savanes, Guyane, depuis janvier 2026



Nombre hebdomadaire de passages et part d'activité de chikungunya aux urgences du CHK, tous âges, secteur des Savanes, Guyane, depuis janvier 2026



## Secteur du Maroni

En S26, 1 nouveau cas de chikungunya a été biologiquement confirmé sur le Maroni portant à 30 le nombre total de cas depuis le début de l'année.

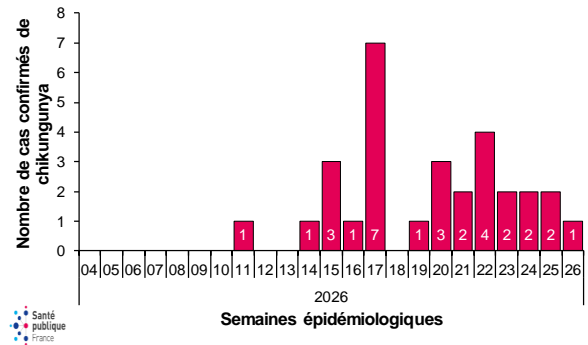
Ces cas sont répartis sur deux communes et la circulation du virus reste sporadique.

Par ailleurs, 3 consultations pour suspicion de chikungunya ont été enregistrées dans les CDPS du Maroni en S25 et 2 en S26.

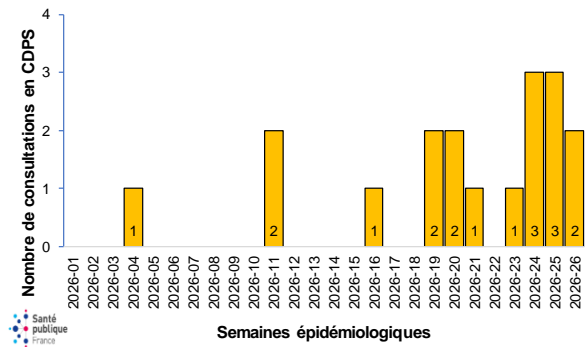
Depuis le début de l'année, 18 consultations pour suspicion de chikungunya (code A92.0) ont été enregistrées par les CDPS de ce secteur.

**La situation épidémiologique est stable sur le Maroni qui reste en phase de transmission sporadique.**

Nombre hebdomadaire de cas biologiquement confirmés de chikungunya, tous âges, secteur du Maroni, Guyane, depuis janvier 2026



Nombre hebdomadaire de consultations pour suspicion de chikungunya dans les CDPS et hôpitaux de proximité du secteur du Maroni, tous âges, Guyane, depuis janvier 2026



## Secteurs de l'Intérieur, de l'Intérieur Est et de l'Oyapock

Aucun cas biologiquement confirmé de chikungunya n'a été enregistré dans les secteurs de l'Intérieur, de l'Intérieur Est et de l'Oyapock. Par ailleurs, aucune consultation pour suspicion de chikungunya n'a été notifiée par les CDPS et hôpitaux de proximité de ces secteurs.

**La situation épidémiologique correspond à une phase de veille épidémiologique.**

## Plan ORSEC de lutte contre les arboviroses

Le plan ORSEC de lutte contre les arboviroses est un dispositif de gestion de crise qui vise à organiser et préparer de manière opérationnelle l'ensemble des acteurs impliqués dans la lutte contre les arboviroses connues et émergentes (dengue, chikungunya, Zika), sous le pilotage de l'ARS et de la préfecture.

Il précise les missions de chaque partenaire et prévoit une graduation de la réponse tout au long de la circulation virale. Cinq niveaux sont déterminés par l'ARS pour chaque territoire en fonction de la situation épidémiologique, mais également de la capacité de l'offre de soins (activité des urgences, capacités d'hospitalisations et de diagnostic biologique) et de réponses en matière de lutte antivectorielle (Tableau 1). Ces niveaux de risque sont réévalués régulièrement à partir des indicateurs transmis par les différents partenaires.

Santé publique France a pour mission d'apporter les éléments en lien avec la situation épidémiologique et la sévérité de l'épidémie.

Tableau 1 : Niveaux du plan ORSEC de lutte contre les arboviroses

Niveau ORSEC	Situation sanitaire	Dispositif associé
	Situation normale de veille	Gestion habituelle des signaux
Niveau 1	Situation de veille et réponses renforcées	Transmission locale avérée sans impact sur les capacités de réponses
Niveau 2	Situation d'alerte	Capacités de réponses renforcées
Niveau 3	Situation sanitaire exceptionnelle	Tensions sur les capacités de réponses
Niveau 4	Situation de crise	Saturation des capacités de réponses

Actuellement, la situation de chaque secteur, définie par le plan ORSEC de lutte contre les arboviroses, est la suivante :

- **Littoral Ouest** : Niveau 2 - Situation d'alerte
- **Savanes** : Niveau 2 - Situation d'alerte
- **Ile de Cayenne** : Niveau 1 - Situation de veille et de réponses renforcées
- **Maroni** : Niveau normal de veille
- **Intérieur est, Intérieur et Oyapock** : Niveau normal de veille

## Paludisme

### Situation épidémiologique au 2<sup>ème</sup> trimestre 2026

Au cours du deuxième trimestre 2026, 44 cas de paludisme ont été diagnostiqués (données provisoires) contre 40 sur la même période en 2025, soit une hausse de 10 %.

L'activité liée au paludisme était relativement stable en avril et mai avec respectivement 15 et 20 cas diagnostiqués par mois. Une diminution nette du nombre de cas était observée en juin avec 9 cas.

### Surveillance biologique

Entre avril et juin (S14 à S26), le nombre hebdomadaire de cas de paludisme était faible et stable excepté au cours de la 1<sup>ère</sup> semaine de mai (11 cas dont 5 asymptomatiques). Entre 1 et 11 cas étaient recensés chaque semaine, soit en moyenne 3 cas par semaine.

Parmi les 44 cas de paludisme recensés durant le 2<sup>ème</sup> trimestre, 59 % (n=26) ont été prélevés en laboratoire, 14 % (n=6) en centre de santé ou hôpital de proximité (CDPS) et 27 % (n=12) concernaient des militaires.

Une large majorité des cas était due à *P. vivax*\* (*Pv*) (95 %, n=42) parmi lesquels 17 % (n=7) étaient des reviviscences\*\*. Par ailleurs, 1 cas était dû à *P. falciparum* (*Pf*) et 1 à *P. malariae* (*Pm*), tous deux autochtones.

### Principaux secteurs de contamination

Le lieu présumé de contamination (LPC) a été renseigné pour 70 % (n=26) des 37 cas recensés hors reviviscences. Parmi eux, 15 % (n=4) seraient importés, dont 3 du Brésil et 1 du Guyana.

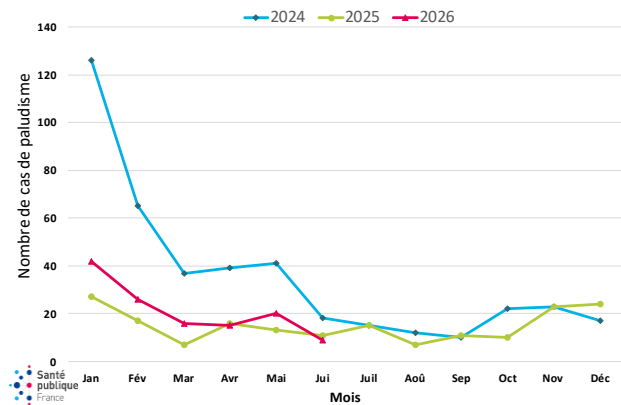
Pour les 22 cas autochtones (soit 85 % des cas ayant un LPC), les contaminations auraient eu lieu en :

- zone d'orpaillage (n=18 dont l'accès à *Pf*, 82 %) principalement dans le secteur Savanes ;
- champs/abattis (n=2, 9 %) dans le secteur Intérieur-Est ;
- fleuve/crique (n=1, <5 %) dans le secteur Intérieur ;
- forêt (n=1 accès à *Pm*, <5 %) secteur non précisé.

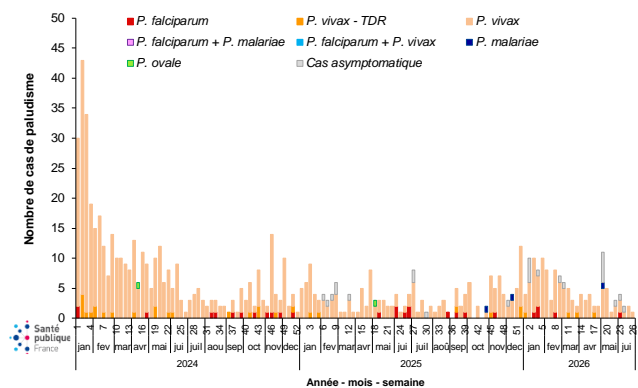
### Patients hospitalisés et décès à l'hôpital

Au total, 3 cas de paludisme hospitalisés au moins 24h ont été recensés au cours du deuxième trimestre 2026 (données provisoires), tous dus à *P. vivax*. Parmi eux, aucun n'a développé de forme grave et tous ont évolué favorablement.

Evolution mensuelle du nombre de cas de paludisme, Guyane, janvier 2024 à juin 2026



Nombre hebdomadaire de cas de paludisme, Guyane, janvier 2024 à juin 2026



Sources : Laboratoires de ville et hospitaliers, Centres délocalisés de prévention et de soins et hôpitaux de proximité, Forces armées en Guyane, Centre national de référence du paludisme, Equipe mobile intervention paludisme - Exploitation : Santé publique France

\*Les tests de diagnostics rapide (TDR) utilisés dans les CDPS et les hôpitaux de proximité permettent d'identifier uniquement *Pf*. Les TDR ayant pour résultats « autre espèce plasmodiale que *Pf* » sont considérés comme étant des accès dus à *Pv*. \*\*Une reviviscence est définie au sens épidémiologique comme un accès dû à *Pv* survenant entre 3 semaines et 1 an après le dernier accès dû à cette même espèce (délai basé sur la date de prélèvement).

# Bronchiolite

## Situation épidémiologique

L'activité liée à la bronchiolite reste élevée sur le territoire, particulièrement sur les 3 sites du CHU, aux urgences et dans les services de prise en charge des cas graves. En revanche, au cours des deux dernières semaines, l'activité liée à la bronchiolite était faible dans les CDPS. Par ailleurs, bien que le VRS soit principalement détecté dans les prélèvements biologiques réalisés en milieu hospitalier, d'autres virus y sont identifiés (entérovirus, métapneumovirus, adénovirus et SARS-CoV2), en partie en co-infection. **L'épidémie de bronchiolite se poursuit sur le territoire.**

## Centres de santé et hôpitaux de proximité

Au cours des deux dernières semaines, le nombre de consultations pour bronchiolite dans les CDPS et hôpitaux de proximité était stable et faible avec 3 consultations par semaine (S25 et S26).

## Passages aux urgences

Le nombre de passages aux urgences se maintenait à un niveau élevé ces dernières semaines dans les trois sites du CHU. L'activité est à un niveau élevé et en augmentation au CHC depuis plusieurs semaines et stable au CHOG (données S26 non disponibles).

## Surveillance des cas graves

Depuis le début de l'année, 113 cas graves ont été recensés dans les trois sites du CHU, dont 79 depuis le début de l'épidémie, ayant débuté à la fin du mois d'avril (S18).

Parmi ces derniers, 64 (81 %) étaient positifs au VRS, dont 3 en co-infections : 2 avec un entérovirus et 1 avec un SARS-CoV-2. Les 15 autres étaient positifs à un autre virus : 6 métapneumovirus (1 en co-infection avec un entérovirus), 2 para influenza (1 en co-infection avec un entérovirus), 3 SARS-CoV-2, 2 adénovirus, ainsi que 1 dont le pathogène n'a pas été identifié et 1 dont le pathogène n'a pas été recherché.

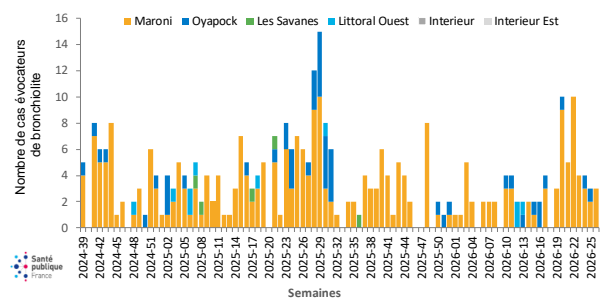
Enfin, 15 cas graves (19 %) présentaient des comorbidités et 77 % avaient moins de 6 mois.

## Surveillance virologique

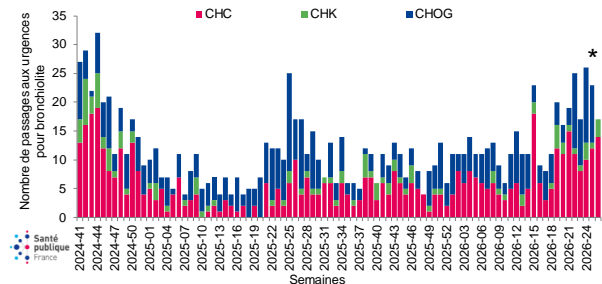
Les données issues de la surveillance virologique à partir des prélèvements des laboratoires hospitaliers et de médecine de ville ont permis de détecter 114 VRS chez les moins de 2 ans depuis la fin du mois d'avril (S18) dont 38 au CHC et 37 au CHOG.

Parmi eux, 95 ont été typés par le Centre National de Référence des virus respiratoires de l'Institut Pasteur de la Guyane : 79 étaient de type A et 16 de type B.

Nombre hebdomadaire de consultations pour bronchiolite, par secteur des CDPS et hôpitaux de proximité, Guyane, depuis novembre 2024

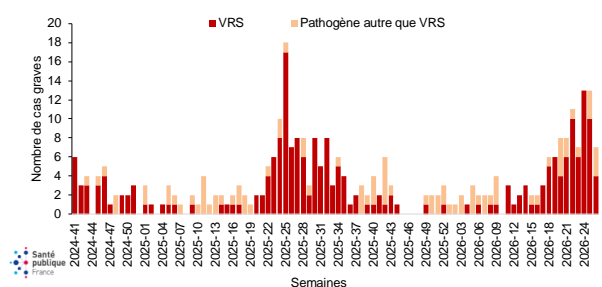


Nombre hebdomadaire de passages aux urgences pour bronchiolite, par établissement, tous âges, Guyane, depuis novembre 2024



\* Données non disponibles au CHOG

Nombre hebdomadaire de cas graves de moins de 2 ans admis pour bronchiolite en unité de soins continus ou réanimation pédiatrique, Guyane, depuis novembre 2024



## Partenaires

Santé publique France remercie le réseau d'acteurs sur lequel il s'appuie pour assurer la surveillance des infections respiratoires aiguës, des arboviroses, du paludisme et des gastro-entérites aiguës : les urgences, les centres de santé et hôpitaux de proximité, les laboratoires de biologie médicale hospitaliers et de ville, l'Institut Pasteur de la Guyane, les infirmières de veille hospitalière du CHU, la médecine libérale et hospitalière, l'Agence régionale de santé de Guyane, la Collectivité Territoriale de Guyane, la Direction interarmées du service de santé en Guyane, les équipes EMIP et EMSPEC, les sociétés savantes d'infectiologie, de réanimation, de médecine d'urgence, la Cnam, l'Inserm et l'Insee.



## Equipe de rédaction

Luisiane Carvalho, Sophie Devos, Marion Petit-Sinturel, Tiphany Succo

**Pour nous citer** : Bulletin de surveillance épidémiologique. Région Guyane. Semaines 25 et 26 (du 15 au 28 juin 2026). Saint-Maurice : Santé publique France, 11 pages, 2026.

**Directrice de publication** : Aude de Vivés

**Date de publication** : 02 juillet 2026

**Contact** : [presse@santepubliquefrance.fr](mailto:presse@santepubliquefrance.fr)