

COVID-19

Revue scientifique hebdomadaire

10 - 17 mai 2020

Cette revue scientifique hebdomadaire présente un aperçu des données scientifiques nouvellement disponibles sur la COVID-19 au cours de la période en question. Il s'agit d'un examen des sujets et articles importants en la matière, et non d'un guide pour la mise en place d'une politique ou d'un programme particulier. Les résultats présentés sont sujets à modification au fur et à mesure que de nouvelles informations voient le jour. Tout commentaire et retour sont appréciés : covid19-eiu@vitalstrategies.org.

Connaissance des données : estimation de l'impact de la COVID-19 sur l'espérance de vie à New York
(<https://preventepidemics.org/covid19/science/insights/life-expectancy-in-new-york-city/>)

À ce jour, l'épidémie de COVID-19 la plus importante au monde a été observée dans la ville de New York et ses environs. Une publication récente a rapporté que sur les 32 107 décès enregistrés à New York entre le 11 mars et le 2 mai, [l'excès de mortalité s'élevait à 24 172 décès](#), correspondant aux décès directement ou indirectement causés par l'épidémie de COVID-19. La grippe espagnole de 1918 avait engendré une [réduction de l'espérance de vie de 12 ans aux États-Unis](#) de 1917 à 1918 (Figure). Nous avons voulu comprendre l'impact éventuel de cet excès de mortalité observé aujourd'hui sur l'un des outils clés que la ville de New York utilise pour mesurer la santé de ses citoyens : l'espérance de vie. En utilisant les données rapportées par le [Département de la Santé et de l'Hygiène Mentale de la Ville de New York](#) jusqu'au 14 mai 2020, nous avons estimé que l'excès de mortalité observé lors de cette première vague de la pandémie de COVID-19 avait probablement fait chuter l'espérance de vie de cinq ans. Ces données doivent être considérées comme une estimation préliminaire de l'ampleur éventuelle de l'impact puisque d'autres décès dus à la COVID-19 seront observés. Nous avons utilisé des méthodes simples et le peu de données accessibles au public nous a contraint à émettre de nombreuses hypothèses. Une analyse exhaustive et plus rigoureuse sur le plan méthodologique est nécessaire.

Figure : réduction de l'espérance de vie aux États-Unis, due à la pandémie de grippe de 1918



Source : [Noymer A, Garenne M. The 1918 Influenza Epidemic's Effects on Sex Differentials in Mortality in the United States. Popul Dev Rev. 2000. 26 \(3\): 565 – 581.](#)

Thèmes approfondis

COVID-19 et contamination des surfaces

Message principal : le virus à l'origine de la COVID-19 peut persister en dehors d'un organisme vivant et peut rester plus longtemps actif sur certaines surfaces contaminées que sur d'autres. Une décontamination régulière des lieux d'habitation ou de soins des patients, ainsi que des espaces publics très fréquentés, pourrait permettre de réduire la transmission liée à ces surfaces contaminées.

Comme d'autres virus respiratoires, le SARS-CoV-2 se transmet par gouttelettes respiratoires excrétées lorsqu'une personne infectée éternue, tousse, parle ou respire. Lorsque ces gouttelettes tombent sur une surface, le virus peut être détecté jusqu'à plusieurs heures, voire plusieurs jours plus tard. Il est très probable que certaines personnes se contaminent après contact avec ces surfaces infectées. Lors d'une [expérience de laboratoire](#), des chercheurs ont comparé la durée de persistance d'une quantité connue de SARS-CoV-2 après application sur quatre surfaces différentes. Le virus vivant a été détecté après 72 heures sur des surfaces en plastique, en inox, en cuivre et en carton, mais la quantité persistante diminuait avec le temps, notamment sur le cuivre et le carton. [Dans une étude comparable](#) réalisée sur sept jours, la persistance du virus a été observée sur certaines surfaces, ainsi que sur les gants d'examen médicaux et les masques chirurgicaux. Toutefois, une inactivation rapide du virus a été observée (parfois juste une heure après contamination) sur le papier ou sur les vêtements à température ambiante. [D'autres coronavirus humains](#) peuvent rester infectieux sur des surfaces environnementales pendant un maximum de neuf jours, mais ils sont facilement inactivés au contact de l'alcool, de l'eau de javel ou du peroxyde

d'hydrogène. La durée de persistance d'un virus dans l'environnement est également réduite lorsque la température ambiante dépasse les 30°C.

Les conclusions de ces études expérimentales quant à la transmission naturelle du SARS-CoV-2 sont plus difficiles à tirer. Du matériel viral et le virus vivant peuvent être retrouvés dans les lieux où les patients atteints de COVID-19 sont pris en charge, notamment sur des surfaces de contact fréquent telles que les poignées de porte et les rampes, les claviers d'ordinateur et les souris, les toilettes, les sols et les poubelles – voire même sur les équipements de protection individuelle et les postes de désinfection des mains. Dans la plupart des enquêtes de foyers de cas de COVID-19 (événements super-propagateurs compris), presque tous les cas secondaires ont eu des contacts interpersonnels prolongés avec un autre patient infecté ; ils ont ainsi pu être infectés en inhalant des gouttelettes ou en touchant une surface contaminée. Un nombre réduit de chaînes de transmission semblent indiquer que certaines personnes s'infectent après [avoir touché certains objets](#) ou [s'être assises sur le même siège](#) qu'une personne infectée, sans qu'il n'y ait eu de contacts interpersonnels documentés entre ces personnes. Bien que la proportion des cas de transmission du SARS-CoV-2 par contact avec des surfaces contaminées soit probablement bien moindre que celle des cas de contamination par contact respiratoire, le risque n'est toutefois pas anodin. Les mesures de précaution, telles que le lavage fréquent des mains et la décontamination des surfaces dans les centres de soins, les maisons et les espaces publics, sont donc fortement recommandées afin de réduire la transmission du SARS-CoV-2.

Évolution des méthodes diagnostiques de la COVID-19

Message principal : le développement rapide des tests diagnostiques du SARS-CoV-2, le virus à l'origine de la COVID-19, a soulevé d'importantes questions quant aux types de tests à utiliser en fonction des circonstances et quant à la fiabilité des résultats. Les changements récemment observés en matière de conseils d'experts pour les tests diagnostiques ne sont pas uniformes, et peuvent refléter les évolutions concomitantes rapides de la recherche et développement, des connaissances scientifiques et des contraintes logistiques.

Il existe différents types de tests, chacun à même de détecter des cibles distinctes (c.-à-d., le pathogène lui-même ou la réponse immunitaire au pathogène). Certains tests nécessitent un prélèvement invasif (c.-à-d., prélèvement sanguin) ou l'utilisation de technologies sophistiquées pour le traitement des prélèvements. Ces prérequis peuvent donc avoir un impact sur le lieu de réalisation du test, le temps nécessaire à l'obtention des résultats, ainsi que sur le coût du test. Les paramètres clés de tout test sont ses caractéristiques discriminantes, comme sa sensibilité (la probabilité d'obtenir un résultat positif chez une personne porteuse de la maladie) et sa spécificité (la probabilité d'obtenir un résultat négatif chez une personne non-porteuse de la maladie). Ces caractéristiques influencent la capacité d'un test à distinguer les patients porteurs de la maladie des non-porteurs. Un test doté d'une faible sensibilité peut manquer de détecter la maladie et ainsi fournir un résultat faux-négatif. Les caractéristiques discriminantes d'un test peuvent être influencées par de nombreux autres facteurs, comme le type d'échantillon à recueillir (c.-à-d., expectorations ou salive) et la qualité du recueil de l'échantillon. Les changements récemment observés en matière de diagnostic de la COVID-19 aux États-Unis peuvent être examinés sous trois perspectives : 1) le type de test, 2) le site de prélèvement et 3) le type d'échantillon prélevé.

1. Type de test : le 8 mai, la Food and Drug Administration (FDA) américaine a émis sa première [autorisation d'utilisation urgente pour un test de dépistage antigénique de la COVID-19](#). Les tests de dépistage antigénique fonctionnent différemment des tests moléculaires précédemment autorisés, qui

détectent le matériel génétique du SARS-CoV-2, ainsi que des tests de détection des anticorps, qui détectent la réponse immunitaire au SARS-CoV-2. Les antigènes sont des substances auxquelles le système immunitaire peut réagir et les tests de dépistage antigénique du SARS-CoV-2 ont été spécialement conçus afin de détecter les protéines virales. Les tests de dépistage antigénique, tout comme les tests moléculaires, sont particulièrement utiles pour détecter les infections aiguës car ils détectent certaines parties du pathogène. Les tests de dépistage antigénique sont plus faciles et moins onéreux à concevoir, et permettent un temps de traitement plus rapide. Le test de dépistage antigénique du SARS-CoV-2 autorisé par la FDA peut être réalisé en 15 minutes. Toutefois, de nombreux tests antigéniques ont une faible sensibilité ; cela signifie qu'ils donnent des résultats négatifs chez certaines personnes qui sont en réalité infectées. Nous pouvons tirer les leçons des [tests rapides d'orientation diagnostique de la grippe \(TROD\)](#) qui peuvent détecter les antigènes du virus en 10 à 15 minutes, avec une forte spécificité mais une sensibilité modérée. Ainsi, [en matière de TROD](#), les experts conseillent de ne pas appuyer les décisions thérapeutiques uniquement sur un résultat négatif. De nouvelles directives [rehaussant le seuil de sensibilité diagnostique des TROD afin de pouvoir obtenir l'autorisation de la FDA](#) ont été émises en 2017, suscitant l'inquiétude quant au risque posé par un résultat faux-négatif au TROD pour le patient et en matière de santé publique. Pour le test antigénique du SARS-CoV-2 nouvellement autorisé, la FDA stipule que « les résultats négatifs doivent être considérés comme probables, et qu'ils doivent être confirmés par test moléculaire ». [L'Organisation mondiale de la santé \(OMS\) déconseille actuellement l'utilisation des tests de dépistage antigénique](#) de la COVID-19. Les tests antigéniques sont attrayants dans le cadre de la lutte contre la COVID-19 en raison de leur développement, réalisation et distribution rapides. Il est cependant essentiel de déterminer leur exactitude diagnostique. L'utilisation principale de ces tests pourrait être de « confirmer » l'infection par le SARS-CoV-2 avec un résultat positif, puisqu'un résultat négatif ne permet pas d'écartier l'infection. Une telle utilisation pourrait s'avérer utile dans de nombreux cas.

2. Site de prélèvement : les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) américains sont récemment revenus sur leurs recommandations de [favoriser le diagnostic de la COVID-19 par prélèvement nasopharyngé](#). Ils recommandent désormais d'utiliser l'un de ces deux sites de prélèvement : le nasopharynx – c.-à-d., l'envers de la cavité nasale au-dessus du voile du palais – et l'oropharynx, c.-à-d., la gorge. Cette recommandation se distingue de [celle de la FDA](#) qui stipule que les prélèvements oropharyngés ne doivent être effectués qu'en cas de prélèvement nasopharyngé impossible. Contrairement à ces deux organismes, [l'OMS recommande](#) d'avoir recours à une association de prélèvements oropharyngés et nasopharyngés. [Aucune donnée probante n'est disponible afin d'étayer le prélèvement oropharyngé pour le diagnostic de la COVID-19](#). Deux études non-évaluées par des pairs ont comparé les taux de détection virale associés aux prélèvements oropharyngés et nasopharyngés. Le schéma de ces études ne permettait pas de tirer des conclusions définitives sur les capacités discriminantes des tests utilisant des échantillons prélevés sur différents sites. [L'une de ces études](#) n'a montré aucune différence perceptible en matière de charge virale ou de taux de détection virale entre les résultats des tests réalisés sur échantillons oropharyngés et ceux réalisés sur échantillons nasopharyngés. [L'autre étude](#) a montré que les tests réalisés sur échantillons oropharyngés détectaient moins souvent le SARS-CoV-2 que les tests réalisés sur échantillons nasopharyngés, notamment à un stade avancé de l'infection. La performance des tests réalisés sur échantillons oropharyngés contre échantillons nasopharyngés a été évaluée avec d'autres virus respiratoires : [une vaste étude réalisée sur plus de 2 000 échantillons oropharyngés/nasopharyngés appariés](#) a montré qu'aucun de ces deux types de prélèvement n'était associé à une performance uniformément meilleure, et ce pour tous les virus étudiés. Une autre étude a montré que [les prélèvements oropharyngés étaient associés à une moindre sensibilité par rapport aux prélèvements nasopharyngés](#), en matière de détection des virus de la grippe, des coronavirus et des rhinovirus. Les différences de taux de détection virale peuvent dépendre de l'affinité du virus pour les

différentes zones des voies respiratoires. Si le prélèvement s'avère difficile pour le professionnel de santé ou inconfortable pour le patient, des échantillons de moins bonne qualité risquent d'être prélevés. Bien que d'autres études soient nécessaires afin d'identifier les sites de prélèvement privilégiés pour le diagnostic de la COVID-19, cette pandémie peut nous inciter à tenir compte de problèmes qui n'affecteraient pas les recommandations de tests en temps normal. Par exemple, le prélèvement et le traitement de différents types d'échantillons requièrent un [équipement particulier dont l'approvisionnement peut être réduit](#). Il pourrait donc être nécessaire d'opter pour des tests dont la performance est quelque peu sous-optimale, si l'alternative est une absence totale de tests. Les différences observées au niveau des recommandations d'experts sont à la fois le reflet de considérations scientifiques et pratiques.

3. Type d'échantillon : la [FDA a récemment accordé une autorisation d'utilisation urgente pour un test de dépistage salivaire du SARS-CoV-2](#). Le SARS-CoV-2 peut être présent dans [divers liquides biologiques](#), mais les tests de dépistage de la COVID-19, comme pour d'autres maladies respiratoires, se sont principalement concentrés sur le prélèvement d'échantillons respiratoires. Les prélèvements pouvant être effectués avec le moins de désagréments possibles pour le patient présentent un certain intérêt pour plusieurs raisons. Ils permettent notamment de réduire le risque encouru par les professionnels de santé en cas de [prélèvement invasif](#) et ils permettent aux patients de réaliser eux-mêmes le prélèvement. En effet, bien que le test de dépistage salivaire de la COVID-19 nouvellement autorisé doive être effectué en laboratoire, le prélèvement peut être effectué à la maison par le patient. Très peu de données sont disponibles afin d'étayer l'utilisation des tests de dépistage salivaire de la COVID-19. Dans une étude, [les échantillons salivaires de 25 patients atteints de COVID-19 ont tous été testés positifs pour le SARS-CoV-2](#). Une [étude non-évaluée par des pairs](#) ayant inclus l'utilisation de tests de dépistage moléculaire du SARS-CoV-2 sur 38 paires d'échantillons salivaires/nasopharyngés prélevés chez des patients hospitalisés atteints de COVID-19, a identifié le virus dans la salive mais pas dans les échantillons nasopharyngés de huit paires d'échantillons (21 %). Ceci bien que le virus ait été détecté dans trois échantillons nasopharyngés mais pas dans les échantillons salivaires correspondants (8 %). Tout comme les études ayant évalué les prélèvements nasopharyngés et oropharyngés, le schéma de cette étude ne permettait pas de tirer des conclusions définitives sur la capacité discriminante du test de dépistage salivaire. Les résultats de cette étude ne peuvent pas être généralisés à d'autres populations de patients. À ce jour, ni les CDC ni l'OMS ne recommandent l'utilisation du test de dépistage salivaire de la COVID-19.

Certificats d'immunité contre la COVID-19

Message principal : le manque de connaissances criant quant à la réponse immunitaire au SARS-CoV-2 devrait inciter les gouvernements et autres organismes à ne pas mettre en place de programmes visant à attribuer des passeports d'immunité aux citoyens. En raison du peu de preuves scientifiques disponibles sur la protection conférée par les anticorps générés dans le cadre de la réponse immunitaire à la COVID-19, [les experts déconseillent l'utilisation de passeports d'immunité](#). Tout programme de délivrance de passeports d'immunité devrait aussi surmonter divers problèmes légaux et éthiques.

Plusieurs gouvernements ont évoqué la possibilité de délivrer des « passeports d'immunité » ou des certificats officiels attestant que le détenteur est immunisé contre le SARS-CoV-2, le virus à l'origine de la COVID-19. L'une des utilisations souhaitées de ces passeports d'immunité serait de dispenser ses détenteurs des restrictions visant à ralentir la propagation de l'épidémie. Les données scientifiques étayant les revendications de protection contre la COVID-19 sur la base de tests de détection des anticorps ne sont toutefois pas suffisantes à l'heure actuelle. Même si notre compréhension de l'immunité contre le SARS-CoV-2 évoluait de manière à ce que les tests de détection des anticorps puissent prédire de

manière fiable la protection contre la COVID-19, [tout programme de délivrance de passeports d'immunité devrait tout de même surmonter divers problèmes légaux et éthiques](#). Bien que nous fassions référence aux programmes gouvernementaux de délivrance de passeports d'immunité dans le cadre de cette discussion, les questions scientifiques, éthiques et légales soulevées ici s'appliquent aussi à d'autres utilisations éventuelles des résultats des tests de détection des anticorps, telles que les restrictions de travail pour les travailleurs hospitaliers ou le regroupement de résidents de maisons de retraite en fonction de leur statut sérologique.

Le système immunitaire humain comprend un éventail très complexe d'organes, de cellules et de protéines. Certaines de ces protéines sont des anticorps, qui sont produits par les cellules immunitaires afin de lutter contre les infections et empêcher une réinfection. Il se peut que les anticorps produits en réponse à la COVID-19 contribuent à la guérison des patients et qu'ils puissent être réactivés ultérieurement, empêchant ainsi une éventuelle réinfection ou réduisant la gravité d'une seconde infection.

[Plusieurs inconnues scientifiques clés devraient tout de même limiter la mise en place de programmes de délivrance de passeports d'immunité](#). Premièrement, on ne sait pas jusqu'à quel point la présence d'anticorps anti-SARS-CoV-2 est à même de prédire une protection contre la COVID-19. [Certains patients guéris ont été testés négatifs à la présence d'anticorps](#), bien que les caractéristiques de la performance des tests utilisés ne soient pas connues. Chaque individu peut produire des [quantités différentes de plusieurs types d'anticorps distincts](#) en réponse au même pathogène, et les corrélations entre l'immunité contre le SARS-CoV-2 et le type et l'ampleur de la production d'anticorps ne sont pas bien définies. Deuxièmement, certaines [incertitudes persistent quant à la durée de l'immunité contre le SARS-CoV-2](#). Il nous faut encore du temps avant de pouvoir déterminer la durée de la protection immunitaire. Bien que des données relatives à la réponse immunitaire humaine à d'autres virus respiratoires soient disponibles, l'extrapolation de ces données au SARS-CoV-2 est problématique. Troisièmement, l'ampleur de la protection souhaitée et le degré de corrélation des anticorps à l'ampleur de la protection, devront être déterminés. Les anticorps devront-ils protéger l'individu d'une nouvelle infection ou uniquement permettre de prévenir une forme grave de la maladie ? De par notre [expérience d'autres coronavirus humains, nous savons que les anticorps ne protègent pas nécessairement entièrement contre une réinfection mais qu'ils peuvent réduire la gravité d'une nouvelle infection](#). Les personnes réinfectées, présentant une forme légère ou asymptomatique de COVID-19, pourraient tout de même transmettre le virus. Enfin, certaines [questions subsistent quant à la précision des tests de détection des anticorps](#). Des résultats inexacts autorisant la personne à être exemptée des mesures de sécurité et de santé publique pourraient entraîner de nouvelles vagues épidémiques.

Plusieurs années pourraient être nécessaires afin de comprendre toutes les subtilités de l'immunité humaine contre le SARS-CoV-2. Même si notre compréhension de l'immunité contre le SARS-CoV-2 évolue considérablement, des études supplémentaires seraient nécessaires afin de comprendre les implications comportementales, économiques, légales et éthiques de l'entrée en vigueur d'une politique immunitaire. Cela pourrait poser de nombreux problèmes, tels que des mesures d'incitation perverses, des messages de communication confus quant au risque, des violations de la vie privée des patients, un détournement des ressources, des certificats frauduleux et la création et perpétuation des inégalités, entres autres.

Articles

[Estimation préliminaire de l'excès de mortalité pendant l'épidémie de COVID-19 – New York, 11 mars – 2 mai 2020](#)

(MMWR, publication anticipée, 11 mai 2020)

Message principal : le taux de mortalité attribuable à la pandémie de COVID-19 est probablement sous-estimé puisque seuls les décès confirmés comme étant dus à la maladie et probablement dus à la maladie ont été comptabilisés. En surveillant les décès toutes causes confondues et en utilisant les données pour calculer le taux de mortalité attendu au pic de l'épidémie à New York, les auteurs ont déterminé que l'excès de mortalité s'élevait à 5 293 décès sur une période de 53 jours ; ces décès s'ajoutent à ceux observés chez les patients atteints de COVID-19. Ces cas pourraient être directement ou indirectement attribuables à la pandémie de COVID-19.

- À l'aide du système électronique de déclaration des données statistiques clés de la ville de New York, les auteurs ont comparé le taux de mortalité saisonnier initial attendu au taux de mortalité mesuré entre le 11 mars et le 2 mai 2020.
- Sur les 32 107 décès rapportés au cours de cette période, les auteurs ont identifié 24 172 décès supplémentaires par rapport au taux de mortalité attendu si la pandémie n'avait pas eu lieu. Les 13 831 décès confirmés comme étant dus à la COVID-19 et les 5 048 décès probablement dus à la maladie laissent un excès de mortalité de 5 293 décès. Cela peut être dû à des résultats faux-négatifs aux tests de dépistage du SARS-CoV-2 ou aux décès liés à l'interruption des autres soins de routine.
- Ce rapport a toutefois des limites, puisqu'il ne permet pas d'établir un lien de cause à effet entre la pandémie et l'excès de mortalité inexplicé ; il permet toutefois d'établir une association temporelle.

[Identification et surveillance des voyageurs internationaux pendant la phase initiale d'une épidémie de COVID-19 – Californie, 3 février – 17 mars 2020](#)

(MMWR, publication anticipée, 11 mai 2020)

Message principal : malgré l'allocation de ressources conséquentes au dépistage de milliers de voyageurs à leur arrivée sur le territoire américain et malgré la transmission des données aux juridictions sanitaires locales à des fins de suivi, seuls trois voyageurs arrivant sur le sol californien ont été retrouvés parmi les cas de COVID-19 rapportés aux services sanitaires de l'état. Le peu de données recueillies au moment du dépistage et les erreurs commises au niveau du recueil des données ont réduit la portée de ces efforts.

- Le Département de santé publique de l'état de Californie (CPDH) a reçu des informations concernant 11 574 voyageurs internationaux à destination de 51 des 61 juridictions sanitaires locales. Ces dossiers ont été examinés par le CDPH à des fins d'exhaustivité et de détection d'erreurs avant d'être transmis aux services sanitaires locaux à des fins de suivi, d'entretiens, de mise en quarantaine et d'instructions d'autosurveillance.
- Les membres du CDPH ont consacré 1 694 heures à l'examen et à la transmission de ces données, dont de nombreuses heures supplémentaires. Les erreurs les plus fréquentes en matière de recueil des données étaient l'absence d'un numéro de téléphone valide aux États-Unis (observée dans 75 % des 1 523 fichiers dotés d'erreurs) et les dossiers en double.
- Les limites comprenaient l'impossible dépistage des cas asymptomatiques. Les transmissions communautaires documentées et la mise en place de stratégies d'atténuation ont réduit l'impact potentiel de ce dépistage des voyageurs et les efforts de contrôle de l'épidémie.

[Épidémie de formes graves ressemblant à la maladie de Kawasaki dans l'épicentre italien de l'épidémie de SARS-CoV-2 : une étude de cohorte observationnelle](#)

(Lancet, 13 mai 2020)

Message principal : au cours des deux mois d'épidémie de SARS-CoV-2, la province italienne de Bergame a enregistré une hausse de l'incidence de présentations similaires à la maladie de Kawasaki 30 fois supérieure à l'incidence observée au cours des 62 mois précédents. Ces cas récents étaient plus graves et touchaient des enfants plus âgés. La plupart des patients ayant présenté les symptômes de cette maladie après le début de l'épidémie avaient des anticorps anti-SARS-CoV-2. Cette étude vient s'ajouter aux preuves grandissantes de l'association entre SARS-CoV-2 et formes graves d'un syndrome similaire à la maladie de Kawasaki chez l'enfant.

- L'examen rétrospectif des dossiers des patients admis à l'hôpital pédiatrique entre le 1^{er} janvier 2015 et le 20 avril 2020 a permis aux enquêteurs de comparer l'incidence de la maladie de Kawasaki avant et après le début de l'épidémie de SARS-CoV-2.
- Dans les cinq années précédant l'épidémie de SARS-CoV-2 en Italie, 19 cas de maladie de Kawasaki ont été identifiés contre 10 cas après le début de l'épidémie. L'incidence de la maladie a donc enregistré une hausse, de 0,3 cas par mois avant la pandémie à 10 cas par mois après le début de la pandémie de COVID-19. L'âge moyen des patients était plus élevé pendant la pandémie (7,5 ans contre 3 ans avant la pandémie). Il en va de même pour le pourcentage de cas avec choc parmi les présentations cliniques (50 % contre 0 %). Parmi les 10 patients diagnostiqués après le début de l'épidémie, huit avaient des anticorps anti-SARS-CoV-2. Tous les patients inclus dans cette série de cas se sont rétablis.
- Les auteurs reconnaissent que ces cas récents ne permettent qu'une étude de faible ampleur, mais ils soulignent tout de même le lien étroit entre le SARS-CoV-2 et une forme plus grave d'une maladie similaire à celle de Kawasaki.

[Taux d'attaque élevé du SARS-CoV-2 après exposition lors de séances de répétition d'une chorale – Comté de Skagit, Washington, mars 2020](#)

(MMWR, publication anticipée, 12 mai 2020)

Message principal : le taux accru de transmissions observé lors de séances de répétition d'une chorale ayant entraîné 52 cas secondaires, dont deux décès, souligne le rôle des évènements super-propagateurs dans la transmission de la maladie. Ces résultats soulignent une nouvelle fois à quel point il est important d'éviter les grands rassemblements et de respecter la distanciation physique ainsi que les autres mesures de prévention visant à freiner la propagation de la maladie.

- Les auteurs décrivent un évènement super-propagateur lors de deux séances de répétition d'une chorale, auxquelles ont pris part 122 membres. Le cas index probable a développé des symptômes le 7 mars. Tous les membres de la chorale ont été interrogés afin de déterminer leur exposition potentielle au cas index lors des répétitions du 3 mars et du 10 mars, et d'évaluer leurs symptômes de COVID-19.
- Un foyer de 52 cas secondaires a été identifié, donnant lieu à un taux d'attaque global de 53 % parmi les cas confirmés et de 87 % en incluant les cas probables.
- Les auteurs n'ont pas pu connaître l'emplacement exact des membres de la chorale ; toute analyse supplémentaire portant sur la proximité des cas secondaires avec le cas index n'a pas pu être effectuée. Un certain nombre de cas étaient des cas probables et n'ont subi aucun test de confirmation du diagnostic.

After choir practice with one symptomatic person, 87% of group developed COVID-19



● index case

● 32 confirmed and 20 probable cases

● unaffected person

COVID-19 spreads easily

- Avoid groups
- Stay at least 6 feet apart
- Wear face coverings

CDC.GOV

bit.ly/MMWR51220

MMWR

Citation suggérée : Cash-Goldwasser S, Kardooni S, Kachur SP, Cobb L, Bradford E, Meshnick A, Schwid A and Shahpar C. Weekly COVID-19 Science Review May 10-17 2020. Resolve to Save Lives. 2020 May 19. Available from <https://preventepidemics.org/coronavirus/weekly-science-review/>