



# COVID-19

# Revue scientifique hebdomadaire

**30 mai - 5 juin 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](mailto:covid19-eiu@vitalstrategies.org).

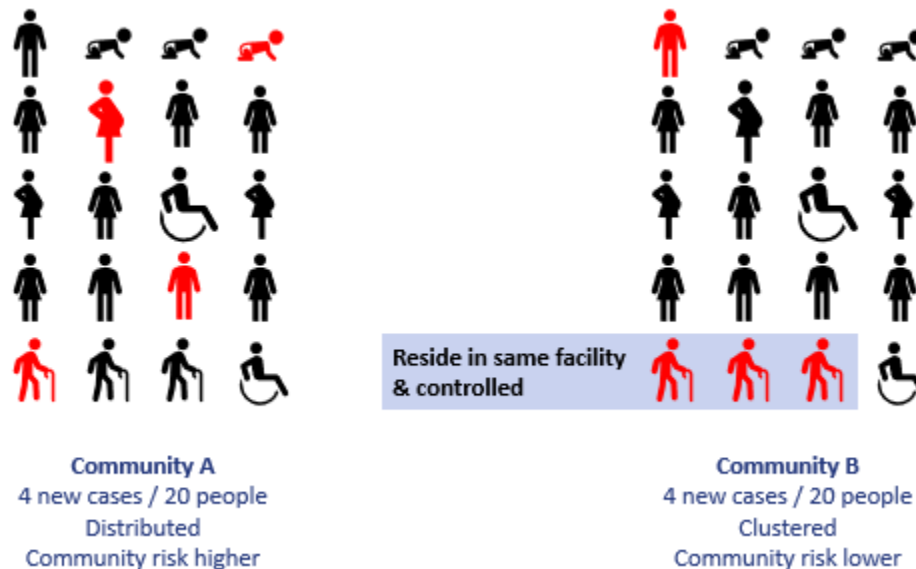
## **Connaissance des données : 11 idées fausses sur l'épidémiologie de la COVID-19**

La pandémie de COVID-19 est la crise sanitaire la plus importante depuis plus de 100 ans, et le virus s'est propagé à travers le monde en l'espace de quelques semaines. La quantité de données et de recherches scientifiques publiées sur la COVID-19 a également augmenté de manière exponentielle, donnant lieu à des discussions quotidiennes parmi les experts et non-spécialistes sur les cas, les décès et l'évolution de la pandémie. Cette semaine, nous nous arrêtons sur 11 idées fausses relatives aux données de COVID-19 et à leur interprétation en vue d'une meilleure utilisation des données à des fins de prises de décisions.

**Idée fausse n°1 : l'évolution des tendances du nombre de cas suffit à surveiller la propagation de la COVID-19.** L'évolution des tendances du nombre de cas, même celles ajustées sur la taille des populations, ne permet pas d'appréhender pleinement la situation sanitaire. Le poids sanitaire absolu de la maladie est également important : une baisse de 10 % sur 10 000 cas est très différente d'une baisse de 10 % sur 100 cas. Il convient aussi de tenir compte du taux de dépistage, puisque les tendances du nombre de cas peuvent augmenter ou diminuer de manière artificielle si le taux de dépistage varie de manière significative. Enfin, le nombre de personnes sensibles au fil du temps doit être pris en compte en cas d'utilisation de taux d'incidence des cas. Si le taux d'incidence des cas par habitant diminue de 10 % dans une ville où la moitié des habitants n'y résidaient pas pendant cette même période, la propagation de la maladie est probablement en hausse, et non déclinante. Afin d'appréhender pleinement la propagation

de la maladie, des informations supplémentaires provenant d'autres indicateurs doivent être prises en compte.

**Idée fautive n°2 : l'incidence des cas est toujours un bon indicateur du risque communautaire.** Le nombre de nouveaux cas (incidence) dans une population donnée ne reflète pas toujours le risque de transmission



communautaire. La raison principale étant que la composition, ou la répartition, de ces cas peut être très différente même si le total général est le même. Certains [foyers de cas significatifs](#) liés à des événements « super-propagateurs » peuvent aussi être observés, et ainsi accroître la transmission locale. Prenons en exemple les deux communautés hypothétiques suivantes, A et B. Chacune de ces communautés compte quatre nouveaux cas pour une population de 20 personnes ; le taux d'incidence dans ces deux communautés est donc le même (un sur cinq). Toutefois, la répartition des cas dans la Communauté A est plus variée d'un point de vue démographique et géographique que celle de la Communauté B, où trois cas sur quatre ont été déclarés dans un même centre de soins de longue durée. Le risque d'être en contact avec une personne contagieuse est donc bien moindre dans la Communauté B que dans la Communauté A.

Pour mesurer le risque communautaire avec précision, nous devons tenir compte d'informations supplémentaires relatives aux cas et aux dynamiques de transmission, aux lieux où ces cas ont été observés et au statut actuel des mesures de contrôle telles que l'isolement des cas et la mise en quarantaine des contacts. Ces informations varient en fonction des endroits et doivent être utilisées afin d'adapter les mesures sociales et de santé publique au niveau local.

Pour visualiser l'ensemble des 11 idées fausses, cliquez [ici](#).

**Thèmes approfondis**

**Retour au travail et COVID-19**

**Message principal** : alors que les commerces commencent à réouvrir et que les employés reprennent le chemin du travail en pleine pandémie de COVID-19, les employeurs doivent tenir compte de plusieurs facteurs afin de garantir un environnement de travail sûr et salubre. L'approche adoptée par les employeurs doit comprendre des mesures visant à réduire le risque de transmission du virus, telles que : mise en place de mesures élémentaires de lutte contre les infections ; développement d'un plan pour identifier et isoler rapidement toute personne malade et pouvoir agir de manière adéquate en cas d'exposition sur le lieu de travail ; garantir des congés maladie payés pour tous les employés exerçant sur le lieu de travail, y compris les contractuels et le personnel à mi-temps ; garantir une certaine flexibilité de travail pour permettre aux employés de travailler en télétravail ou en horaires décalés ; optimiser les contrôles administratifs et techniques. L'approche adoptée peut également inclure des contrôles sanitaires, une prise de température et la réalisation de tests, mais ces mesures ne peuvent en aucun cas remplacer d'autres mesures garantissant la sécurité des employés et clients ; elles peuvent même être moins efficaces que ces dernières.

Pour de plus amples informations sur la reprise du travail, consultez notre supplément spécial [ici](#).

### **Impacts de la COVID-19 sur la santé mentale aux États-Unis**

**Message principal** : les conséquences psychologiques directes et indirectes de la pandémie de COVID-19 sont potentiellement considérables. Alors que nous commençons à comprendre les effets de la pandémie sur les problèmes de santé non liés à la COVID-19, les conséquences de la pandémie sur la santé mentale restent méconnues en raison de [l'attention tardive portée à ce sujet et des lacunes conséquentes en la matière](#). Bien plus que d'autres événements à même de perturber la société, la pandémie de COVID-19 peut présenter de graves dangers en matière de santé mentale en raison des effets directs combinés de la maladie, de l'impact des mesures de contrôle de l'épidémie telles que le confinement ou la fermeture des écoles et de la durée des perturbations associées. Les professionnels de santé sont particulièrement vulnérables aux impacts psychologiques de cette pandémie, mais cette revue se concentre uniquement sur la population générale. Les problématiques singulières aux professionnels de santé n'y sont pas abordées.

Certaines études récentes ont décrit l'ampleur des effets de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale de la population générale. Les données issues d'une [enquête en cours réalisée par le Bureau du recensement des États-Unis et les Centres américains pour le contrôle et la prévention des maladies](#) ont montré qu'à la mi-mai, plus d'un tiers des personnes interrogées avaient rapporté des symptômes d'anxiété ou de dépression, voire de ces deux troubles, au cours des sept derniers jours. La prévalence de ces symptômes était plus élevée chez les femmes, chez les personnes âgées de 18 à 29 ans et chez celles ayant un niveau d'éducation moins élevé. Les auteurs d'une autre étude [réalisée chez 1 468 adultes interrogés en avril 2020 quant à d'éventuels symptômes de détresse psychologique grave](#), ont observé que 13,6 % rapportaient de tels symptômes, contre 3,9 % dans une enquête similaire réalisée en 2018. Parmi les adultes interrogés en 2020, ces symptômes étaient plus fréquents chez les jeunes adultes, chez ceux dont le revenu du foyer était inférieur à 35 000 dollars par an et chez ceux d'origine hispanique. Les causes de ces tendances sont [probablement plurifactorielles, et comprennent à la fois des facteurs biomédicaux et psychosociaux](#). Certaines conséquences directes de la maladie même peuvent être ici à l'œuvre, telles que l'infection ou la perte d'un proche, notamment si les protocoles de lutte contre la maladie ont empêché les proches de s'occuper de la personne malade ou si [les services funéraires habituels](#) n'ont pas pu avoir lieu. Certains effets psychologiques associés au fait de tomber malade, de recevoir le diagnostic et de faire face au processus de rétablissement peuvent être observés chez les patients atteints de COVID-19. Par ailleurs, [les éventuels effets neuropsychiatriques du virus](#) méritent

d'être étudiés plus en détail, et les patients guéris de la COVID-19 peuvent faire l'objet de [stigmatisations sociales](#). Les mesures sociales et de santé publique, telles que le confinement, permettent de réduire la propagation du virus, mais elles peuvent aussi affaiblir les réseaux d'assistance et d'entraide sociales et ainsi accroître le risque d'anxiété et de dépression au sein de la population. En effet, [l'impact psychologique de l'isolement](#) a été largement décrit. La consultation accrue d'informations médiatiques liées à la pandémie peut exacerber le stress et l'anxiété, [et ainsi avoir des effets néfastes sur la santé](#). La précarité de l'emploi est actuellement une source de stress conséquente pour des millions d'américains. Si la réponse apportée à la pandémie entraîne un ralentissement économique significatif, les [effets sur la santé mentale pourront être systémiques et durables](#).

Certaines ressources utilisées par les patients atteints de troubles mentaux préexistants ont été réaffectées afin de répondre à d'autres aspects médicaux de la pandémie de COVID-19. Certains [professionnels de santé mentale ont par exemple été mobilisés à la prise en charge de patients ayant d'autres besoins de santé](#), les établissements psychiatriques ont été réorganisés pour pouvoir accueillir des patients atteints de COVID-19 et [certains centres de soins de longue durée ont été fermés](#) en raison des préoccupations liées à la propagation de l'épidémie. L'impact des facteurs pouvant contribuer aux symptômes d'anxiété ou de dépression dans la population générale peut être plus important chez les personnes atteintes de troubles préexistants. Par exemple, le stress lié à la poursuite des activités quotidiennes tout en essayant d'éviter une contamination, peut [exacerber les troubles existants](#). En période épidémique, [les personnes atteintes de troubles mentaux sont potentiellement plus susceptibles aux infections](#), et ce pour de nombreuses raisons et indépendamment de la gravité de leur trouble mental. Par exemple, les patients en institution ou ceux devant se rendre en centre de soins pour leur rendez-vous médicaux ou pour recevoir leur traitement peuvent être à plus haut risque d'infections. Parmi les patients atteints de COVID-19, ceux présentant des troubles mentaux peuvent encourir un risque d'évolution clinique et mentale moins favorable en raison des obstacles liés à un accès aux soins approprié et opportun.

Alors que la situation continue d'évoluer, plusieurs mois ou années s'écouleront avant que nous ne comprenions pleinement l'impact global de la pandémie sur la santé mentale. Par exemple, certaines données rapportées à l'échelle des États-Unis indiquent que les [appels émis vers des lignes d'écoute d'urgence suicide ont augmenté de façon spectaculaire](#). Toutefois, les conséquences actuelles de la pandémie sur le taux de suicide aux États-Unis [restent à définir](#). Au cours d'un événement qui perturbe la vie en société, ou juste après, un certain effet de « coopération » peut être observé. Cet effet renforce l'entraide sociale, atténue le sentiment de désespoir ou modifie la perception de la mort. Néanmoins, et indépendamment de ce que nous diront à terme les données, nous devons considérer que la COVID-19 en elle-même et les mesures nécessaires au contrôle de la pandémie peuvent avoir des effets néfastes graves sur la santé mentale. [Des approches exhaustives](#) qui abordent de nombreux aspects de la santé mentale des populations, doivent être adoptées dans la mesure du possible. Certains efforts peuvent être entrepris pendant la pandémie pour faire face aux problèmes de santé mentale, comme [le développement de la télépsychiatrie](#), le recueil des données disponibles afin de développer des [recommandations à même d'atténuer les conséquences de l'isolement](#), [la mise en place de projets pluridisciplinaires pour évaluer les facteurs contributifs](#) et l'offre de [ressources sanitaires pour les personnes atteintes de troubles mentaux](#) par [différentes organisations](#).

## **Addictions et rétablissement pendant la pandémie de COVID-19**

**Message principal :** aux États-Unis et dans de nombreux pays, la pandémie de COVID-19 est venue s'ajouter à une autre épidémie de troubles liés à l'usage de drogues et d'overdoses. La pandémie de

COVID-19 peut aggraver la consommation d'alcool et de drogues, tout en ébranlant certains des services et certaines des stratégies thérapeutiques les plus efficaces. Fort heureusement, les régulateurs ont fait en sorte que les prestataires de soins puissent innover et améliorer l'accès aux soins afin de répondre à cette double crise sanitaire d'overdoses et de COVID-19. Certaines de ces mesures mériteraient de rester en place jusqu'à nouvel ordre.

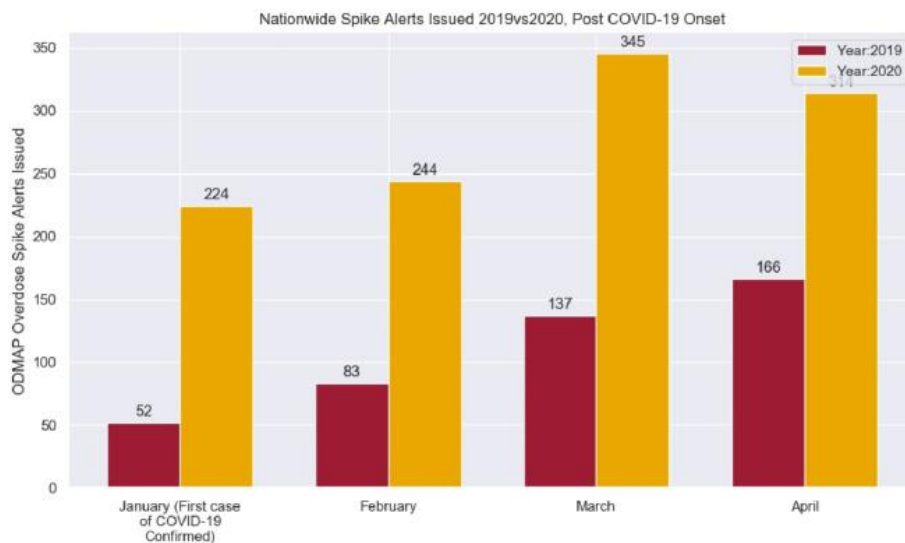
Les autorités sanitaires de nombreux pays ont exprimé des craintes quant à l'impact de la pandémie de COVID-19 sur certaines addictions, qui atteignent déjà des taux épidémiques. Les effets néfastes des addictions et de la COVID-19 touchent de manière disproportionnée les communautés vulnérables et marginalisées, puisqu'elles exacerbent toutes les deux des inégalités déjà existantes et sont associées à une certaine stigmatisation sociale. Les troubles liés à l'usage de drogues peuvent contribuer au développement de troubles immunitaires, d'une impulsivité et à une prise de risque accrue ; tous ces facteurs pouvant, à leur tour, augmenter le risque de COVID-19. Certains rapports préliminaires suggéraient qu'une forte consommation d'alcool pouvait accroître de manière indépendante le risque d'infection ou de formes graves ou fatales de COVID-19. Toutefois, [dans une vaste étude populationnelle](#), cette association n'était pas significative après ajustement sur l'effet de l'âge, du sexe et d'autres facteurs liés au mode de vie. Au début de la pandémie, de nombreuses rumeurs circulaient selon lesquelles la consommation d'alcool était à même de protéger contre la COVID-19. Ces rumeurs ont été démenties et [l'OMS a même recommandé de modérer ou de restreindre](#) l'accès à l'alcool dans le cadre de la réponse apportée à la pandémie de COVID-19. Certains pays et certaines localités ont ainsi limité les ventes d'alcool, alors que d'autres [ont déclaré que le commerce de l'alcool faisait partie des commerces essentiels](#) et en ont, de manière assez paradoxale, élargi l'accès et ainsi contribué à une consommation excessive. De même, un certain nombre de méta-analyses concluent que le tabagisme est associé à une gravité accrue de la COVID-19, bien que certaines études aient rapporté un effet protecteur ou alors aucun effet, ce qui complique l'élaboration de politiques claires.

Il apparaît clairement que de nombreux facteurs de risque de formes graves de COVID-19 (maladies pulmonaires chroniques, diabète et maladies coronariennes) sont aussi [fréquents chez les personnes présentant des troubles liés à l'usage de drogues](#). La consommation d'opiacés déprime la fonction respiratoire, même chez les personnes n'ayant pas d'autres problèmes de santé. L'association d'un trouble pulmonaire préexistant et d'une atteinte respiratoire due à la COVID-19 chez les personnes présentant des troubles liés à la consommation d'opiacés augmente le risque de formes graves de la maladie en cas d'infection. Par ailleurs, les personnes présentant des troubles liés à l'usage de drogues ou à la consommation d'alcool infectées par le SARS-CoV-2 [sont susceptibles de consulter tardivement, voire de ne pas consulter du tout](#), eu égard, notamment, aux stigmatisations auxquelles elles font face lorsqu'elles cherchent à recevoir des soins, au caractère compulsif de leur addiction, à l'isolement social associé à l'usage de drogues et à la peur des symptômes de sevrage. Ainsi, l'addiction peut compliquer la prise en charge de la COVID-19.

Certaines craintes, étayées par un nombre croissant de données probantes, se font entendre quant au rôle de la pandémie de COVID-19 dans l'aggravation de la crise sanitaire liée à la consommation de drogues et aux overdoses. On peut s'attendre à ce que la peur et le stress liés à une infection éventuelle ou confirmée, à l'incertitude et à l'interruption de la vie sociale ou à la perte de son emploi et aux difficultés économiques augmentent considérablement la consommation d'alcool et de drogues. En effet, [les articles de presse](#) aux États-Unis et à travers le monde tendent à confirmer cette crainte. Cela suggère que la consommation d'alcool et de drogues est en hausse et que les overdoses deviennent de plus en plus fréquentes. Selon [l'Overdose Detection Mapping Application Program](#), le nombre d'alertes émises

relatives à des pics d'overdoses dans un comté ou un état donné était près de 200 % plus élevé au cours des premiers mois de 2020 par rapport à la même période les années précédentes (Figure 1).

**Figure 1:** National ODMAP Submissions January-April 2019 and 2020 Comparison



*Source : [Overdose Detection Mapping Application Program \(ODMAP\) : une alerte ODMAP est générée lorsque les signalements d'overdoses augmentent de deux déviations standards au-dessus de la moyenne au cours des dernières 24 heures pour un comté ou un état donné. Les alertes de pics d'overdoses générées par ODMAP ont augmenté de 191 % en janvier-avril 2020 par rapport à janvier-avril 2019.](#)*

De plus, les mesures sociales et de santé publique, telles que le confinement, ont perturbé l'organisation des services de prise en charge des addictions dans de nombreux endroits. Ces perturbations ont été d'autant plus fortes là où les systèmes de santé ont été submergés par l'afflux de patients atteints de COVID-19. La prise en charge de l'addiction, les services œuvrant à la réduction des risques liés à la consommation de drogues et les services d'aide au sevrage reposent principalement sur des consultations en personne afin de fournir aux patients les produits et médicaments dont ils ont besoin, ainsi qu'une aide psychologique et une offre de groupes de soutien. Les règles de distanciation physique, d'isolement et de quarantaine ont contraint ces services à se réorganiser, bien souvent de manière encourageante. [La télémédecine a permis d'élargir l'accès à la psychothérapie et aux réunions des programmes en 12 étapes, et l'amélioration des mesures de lutte contre les infections avec la mise à disposition d'équipements de protection individuelle](#) a permis à certains services clés comme ceux responsables de l'administration des traitements chez les patients hospitalisés ou en établissements, de continuer ou de reprendre. L'administration américaine responsable des services dédiés à la santé mentale et à l'abus de drogues (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) a émis des recommandations temporaires préconisant [d'élargir la télémédecine aux traitements médicalement assistés](#), tout en [autorisant les traitements à domicile par méthadone et buprénorphine](#) pour les participants à risque d'infection par le SARS-CoV-2 ou de formes graves de la maladie, ainsi que pour ceux en quarantaine ou devant s'isoler. De manière surprenante, la COVID-19 a incité les différents acteurs à mettre en place des solutions pragmatiques de bon sens qui pourraient élargir l'accès et l'efficacité des programmes thérapeutiques dédiés aux addictions. De nombreuses voix s'élèvent [en faveur](#) de cette réorganisation et appellent à la maintenir dans le temps.



## Articles

### [Distanciation physique, port du masque et protection oculaire pour prévenir la transmission interhumaine du SARS-CoV-2 et de la COVID-19 : une revue systématique et une méta-analyse](#)

(Lancet, 1<sup>er</sup> juin)

**Message principal :** cette revue a évalué les mesures non-pharmacologiques visant à réduire la transmission des *Betacoronavirus* à l'origine d'épidémies (virus ayant provoqué le SRAS, le MERS et la COVID-19). La distanciation physique d'au moins un mètre, voire même de deux mètres, les masques et les protections oculaires ont chacun été associés à une réduction significative de la transmission interhumaine de ces virus en milieu médical et communautaire. Il s'agit de la première étude de ce type à quantifier la réduction du risque associée aux mesures non-pharmacologiques. Ces résultats peuvent être utilisés pour orienter la formulation de recommandations en fonction des différents contextes, au moment où la communauté scientifique attend les données d'essais cliniques randomisés afin de préciser l'utilisation optimale de ces mesures.

- Cette revue a examiné les résultats de 172 études issues de 16 pays, comprenant plus de 25 000 cas de SRAS, de MERS et de COVID-19 et de transmissions en milieu médical et non-médical.
- La distanciation physique d'un mètre a été associée à une réduction significative du risque de transmission de ces trois virus (ORa : 0,18). Une distanciation de deux mètres a été, quant à elle, associée à une réduction encore plus importante de la transmission. L'utilisation de masques chirurgicaux ou médicaux a probablement permis une réduction importante de la transmission (ORa : 0,15) et les masques FFP2 ont été associés à une protection supplémentaire. Les masques en tissu constitués de 12 à 16 couches ont également probablement conféré une certaine protection. Les protections oculaires, dont l'utilisation n'est généralement pas encouragée dans la communauté, ont probablement permis une réduction de la transmission (ORa : 0,34).
- Aucune des études incluses dans la revue n'étaient randomisées. Elles peuvent avoir été sujettes à certains types de biais qui ne peuvent pas être contrôlés dans une revue systématique.

### [Essai clinique randomisé sur l'hydroxychloroquine en prophylaxie post-exposition chez les patients atteints de COVID-19](#)

(NEJM, 3 juin)

**Message principal :** lors d'un essai clinique contrôlé et randomisé, bien conduit, 821 adultes asymptomatiques ont reçu soit de l'hydroxychloroquine soit un placebo dans les quatre jours suivant l'exposition à un contact domestique ou professionnel atteint de COVID-19 confirmée. Au total, 107 sujets (13 %) ont développé une maladie compatible avec la COVID-19 ou ont été testés positifs au SARS-CoV-2 14 jours plus tard. Aucune différence n'a été observée en matière d'incidence des cas probables ou confirmés en laboratoire de COVID-19 parmi les participants ayant reçu de l'hydroxychloroquine par rapport à ceux n'en ayant pas reçu.

- Des adultes nord-américains en bonne santé ont été recrutés à l'aide des médias traditionnels et des réseaux sociaux. Ils ont ensuite été inclus en fonction de leur risque auto-déclaré d'exposition à un cas de COVID-19 confirmé en laboratoire : risque élevé auto-déclaré (> 10 minutes à moins de deux mètres, sans masque ni protection oculaire, 719 participants) ou risque modéré auto-déclaré (> 10 minutes à moins de deux mètres, avec port d'un masque mais sans protection oculaire, 102 participants). Parmi les patients inclus, on dénombrait 545 professionnels de santé et 245 contacts domestiques.
- Les participants ont été randomisés afin de recevoir de l'hydroxychloroquine à une dose de 800 mg la première fois, puis 600 mg six à huit heures plus tard et 600 mg par jour pendant quatre jours supplémentaires (n = 414) ou un placebo (n = 407) délivré par une pharmacie ayant reçu au préalable les ordonnances par mail. Il a été demandé aux participants de répondre à des enquêtes de suivi afin qu'ils puissent rapporter leur observance du traitement, leurs éventuels symptômes

et effets indésirables, ainsi que toute consultation médicale pendant 14 jours. Puisque les tests de dépistage de la COVID-19 n'étaient pas uniformément disponibles à cette période, les critères de jugement de l'étude étaient les cas suspects ou confirmés en laboratoire de COVID-19 selon les définitions standards de cas en vigueur aux États-Unis à cette période.

- Près de 90 % des sujets des deux groupes ont répondu à l'enquête sur 14 jours. Aucune différence de critère de jugement primaire n'a été observée entre le groupe sous hydroxychloroquine et celui sous placebo. Deux participants ont été hospitalisés (un dans chaque groupe de l'étude) et aucun décès ni aucune arythmie cardiaque n'a été observé. L'incidence des effets indésirables rapportés était plus élevée dans le groupe sous hydroxychloroquine, mais aucune réaction indésirable grave n'a été observée.
- Dans cette étude, l'hydroxychloroquine n'a pas permis de prévenir l'apparition de formes symptomatiques de COVID-19, même en cas d'instauration précoce (pendant la période d'incubation du virus). En raison de la faible capacité de dépistage au moment où cette étude a été réalisée, les auteurs n'ont pas cherché à évaluer l'impact sur les infections asymptomatiques. Des essais cliniques randomisés sont en cours afin d'évaluer l'efficacité de cette molécule en prophylaxie préexposition ou en tant que traitement des formes symptomatiques de COVID-19.

### Impact de la pandémie de COVID-19 sur les consultations aux urgences - États-Unis, du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 30 mai 2020

(MMWR, publication préliminaire, 3 juin)

**Message principal** : une forte baisse du nombre de consultations aux urgences a été enregistrée aux États-Unis pendant la pandémie de COVID-19, par rapport à la même période de quatre semaines de l'année précédente. Les diminutions les plus importantes ont été observées chez les enfants de moins de 14 ans, les femmes et les personnes résidant au nord-est des États-Unis. Le nombre de consultations liées à des maladies infectieuses était proportionnellement plus important en début de pandémie que lors des mêmes semaines l'année précédente.

- Les enquêteurs ont évalué les tendances en matière de consultations aux urgences, en analysant les données issues du Programme national de surveillance syndromique (National Syndromic Surveillance Program – NSSP) qui recense environ 73 % de l'ensemble des consultations aux urgences dans 47 états américains. Les enquêteurs ont également prêté une attention particulière aux quatre semaines allant du 29 mars au 25 avril 2020 par rapport au 31 mars - 27 avril 2019.
- Dans l'ensemble, les consultations pendant la période à l'étude en 2020 ont diminué de 42 %, passant d'une moyenne de 2,1 millions de consultations par semaine à 1,2 millions de consultations par semaine. L'augmentation la plus importante a été observée pour les consultations liées à des maladies infectieuses, à la COVID-19, à des pneumonies et autres gênes respiratoires. La diminution la plus importante a été observée pour les consultations pour douleurs abdominales et musculosquelettiques, ainsi que pour l'hypertension. Une diminution du nombre de personnes consultant pour suspicion de crise cardiaque a également été observée, mais une hausse des consultations pour arrêt cardiaque ou arythmies cardiaques graves – deux complications potentielles connues de la crise cardiaque – a été enregistrée. Certaines personnes ont donc probablement retardé les soins liés à des troubles associés à une forte mortalité.
- Les limites de l'étude comprennent le fait que les hôpitaux participants n'étaient pas les mêmes d'une année à l'autre – compliquant toute comparaison directe – et le fait que le système de surveillance peut manquer d'identifier certaines consultations pertinentes en raison de différences d'utilisation des codes diagnostiques ou de codes diagnostiques manquants.



### Suivi et stratégie de réponse à la COVID-19 chez les participants à la formation militaire de base de l'US Air Force – Texas, mars-avril 2020

(MMWR, publication préliminaire, 2 juin)

**Message principal** : même dans des lieux de vie en collectivité, le respect rigoureux des mesures non-pharmacologiques peut permettre de limiter la transmission de la COVID-19. Sur une base de l'US Air Force au Texas où ont lieu les formations militaires de base, le dépistage symptomatique, la réalisation de tests et la mise à l'isolement en temps opportun, la distanciation physique et les restrictions en matière de rassemblements ont permis à des milliers de pilotes de chasse de poursuivre les activités essentielles de la formation, tout en limitant la survenue de cas symptomatiques.

- Du 1<sup>er</sup> mars au 18 avril 2020, diverses mesures non-pharmacologiques ont été mises en place sur la base au fur et à mesure que les connaissances en matière de COVID-19 évoluaient. Ces mesures comprenaient le dépistage symptomatique et la réalisation de tests sur la base des symptômes présentés, la distanciation physique, la réorganisation des couchages de manière à ce que les stagiaires dorment tête-bêche, la mise en quarantaine dès l'arrivée sur la base, le suivi des personnes autorisées à reprendre la formation après guérison, la restriction des visites des proches, la réduction du temps de formation, l'exclusion des stagiaires provenant de zones de forte transmission et le port du masque pour tous.
- Plus de 10 000 stagiaires ont été hébergés et formés sur la base, de manière échelonnée, pendant la période à l'étude ; 6 505 stagiaires étaient déjà présents sur la base le 1<sup>er</sup> mars. Au total, 345 stagiaires ont satisfait les critères de dépistage et cinq ont été testés positifs par PCR pour le SARS-CoV-2. Trois des stagiaires ayant été testés positifs étaient des contacts connus d'un premier cas identifié, qui a probablement contracté le SARS-CoV-2 pendant son transfert vers la base. Sept stagiaires ont été testés positifs à d'autres virus respiratoires.
- Parmi les limites de l'étude, on compte l'absence de tests réalisés chez les personnes asymptomatiques sur la base. Le poids sanitaire des formes asymptomatiques de la maladie chez les jeunes, principalement chez les hommes de la fin d'adolescence au début de la vingtaine, n'était également pas connu. Les ressources disponibles pour le respect et l'application des mesures non-pharmacologiques sur une base militaire ne sont pas nécessairement généralisables à d'autres lieux de vie en collectivité.

### Preuves d'une propagation précoce restreinte de la COVID-19 aux États-Unis, janvier-février 2020

(MMWR, publication préliminaire, 29 mai)

**Message principal** : à l'aide de données épidémiologiques, les auteurs ont cherché à identifier des cas de transmission du SARS-CoV-2 aux États-Unis avant celui du 26 février, que l'on pensait jusque-là être le premier cas de transmission communautaire. Les auteurs ont ainsi montré qu'une transmission communautaire avait probablement eu lieu fin janvier avec le premier cas non-associé à un voyage identifié chez une femme tombée malade le 31 janvier et décédée le 6 février en Californie. Les analyses génétiques virales de ce cas et d'autres cas précoces suggèrent l'importation précoce de plusieurs cas, suivie d'une transmission à bas bruit dans le pays. La facilité avec laquelle nous nous déplaçons, les liens internationaux et la mondialisation de nos vies au 21<sup>e</sup> siècle soulignent les besoins de santé publique en matière de systèmes de préparation et de réponses rapides et organisées afin d'atténuer les conséquences néfastes de toute infection émergente. L'utilisation continue de méthodes d'investigation épidémiologique sera nécessaire pour surveiller et répondre à la pandémie actuelle.

- En examinant les données de surveillance syndromique, de l'analyse phylogénétique, de surveillance virale et en réalisant une analyse rétrospective des cas, les auteurs fournissent un aperçu de la date d'apparition et de la nature des premiers cas de transmission du SARS-CoV-2, non liés à des voyages, aux États-Unis.

- Ils ont identifié une souche unique du virus importée de Chine, qui circulait entre le 18 janvier et le 9 février, suivie de plusieurs autres souches venues d'Europe. Trois patients originaires de Californie ont été rétrospectivement diagnostiqués comme atteints de COVID-19 (deux d'après une enquête rétrospective post-mortem et un d'après les données de surveillance virale), confirmant ainsi que le virus circulait déjà début février.
- Des enquêtes supplémentaires pourront peut-être identifier des cas encore plus précoces. La technique rétrospective utilisée par les auteurs ne permet pas de fournir le même degré de détail et d'informations qui aurait été possible si des tests de dépistage à grande échelle avaient été instaurés dès l'identification du virus.

**Citation suggérée** : Cash-Goldwasser S, Kardooni S, Kachur SP, Cobb L, Bradford E and Shahpar C. Weekly COVID-19 Science Review 2-8 May 2020. Resolve to Save Lives. 2020 May 12. Available from <https://preventepidemics.org/coronavirus/weekly-science-review/>