

Indicateurs clés de la COVID-19 selon les dernières données scientifiques disponibles – à compter du 3 août 2020

Projections établies à l'aide du [calculateur RTSL \(3 août 2020\)](#)

Ces projections proviennent de notre calculateur, qui fournit une estimation approximative et rapide du nombre total de cas de COVID-19 dans une population donnée au vu du nombre de décès dus à la COVID-19. Puisque le nombre de cas détectés est grandement lié à la quantité de tests réalisés, les décès (qui se détectent plus facilement) peuvent être utilisés pour estimer le nombre total de cas. Il convient de tenir compte des hypothèses suivantes :

- le nombre de décès dus à la COVID-19 est plus facile à établir que le nombre de cas ;
- le nombre total d'infections par le SARS-CoV-2 comprend les cas asymptomatiques, les cas en phase pré-symptomatique et les cas symptomatiques, ainsi que les décès et les patients guéris ;
- le taux de létalité chez les personnes infectées (IFR pour Infection Fatality Rate en anglais) correspond au nombre de décès par rapport au nombre total d'infections. Ce taux est influencé par de nombreux facteurs dont la répartition par âge de la population et la prise en charge des cas ;
- un délai d'environ deux semaines (ou 14 jours) en moyenne est observé entre l'apparition de la maladie et le décès ;
- les cas rapportés au cours des 14 derniers jours sont associés à un taux de létalité similaire à celui observé chez les cas recensés avant les 14 derniers jours (à l'échelle internationale et en Afrique) ou depuis le 1^{er} mai (États-Unis). Le calculateur fournit une estimation approximative et ne prend pas en compte l'ensemble des facteurs clés qui influencent le nombre de cas et de décès. Cette estimation sera inexacte si les décès sont principalement observés au sein de foyers dans une population donnée (hétérogène) ; le nombre de décès ne serait ainsi pas nécessairement représentatif du nombre de cas dans la population.

À l'échelle internationale

Données	
	Données
Nombre total de décès dus à la COVID-19	689 219
Nombre total de cas cumulés	18 056 310
Nombre total de cas cumulés recensés il y a deux semaines	14 482 844
Population totale	7 800 000 000
Proportion de la population âgée de plus de 65 ans	9 %
Taux de létalité présumé chez les personnes infectées	0,34 %

Résultats (calculs)			
	Résultats		
Taux de létalité présumé chez les personnes infectées	0,34 %		
Taux d'attaque actuel	0,2 %		
Nombre total de décès parmi les infections existantes	689 219		
Décès à venir chez les cas en cours	170 056		
Nombre total estimé de décès chez tous les cas identifiés	859 275		
Taux de mortalité actuel	0,0 %		
Taux de létalité observé	3,8 %		

	Estimation la plus faible	Estimation ponctuelle	Estimation la plus haute
Nombre total de cas estimé	212 166 771	254 600 126	318 250 157
Taux d'attaque réel estimé	2,7 %	3,3 %	4,1 %
Nombre de cas manquants estimé	194 110 461	236 543 816	300 193 847
Pourcentage estimé des cas détectés	8,5 %	7,1 %	5,7 %

Données

	Données
Nombre total de décès dus à la COVID-19	20 305
Nombre total de cas cumulés	957 835
Nombre total de cas cumulés recensés il y a deux semaines	721 419
Population totale	1 216 000 000
Proportion de la population âgée de plus de 65 ans	4 %
Taux de létalité présumé chez les personnes infectées	0,17 %

Résultats (calculs)

	Résultats
Taux de létalité présumé chez les personnes infectées	0,17 %
Taux d'attaque actuel	0,1 %
Nombre total de décès parmi les infections existantes	20 305
Décès à venir chez les cas en cours	6 654
Nombre total estimé de décès chez tous les cas identifiés	26 959
Taux de mortalité actuel	0,0 %
Taux de létalité observé	2,1 %

	Estimation la plus faible	Estimation ponctuelle	Estimation la plus haute
Nombre total de cas estimé	13 023 742	15 628 490	19 535 613
Taux d'attaque réel estimé	1,1 %	1,3 %	1,6 %
Nombre de cas manquants estimé	12 065 907	14 670 655	18 577 778
Pourcentage estimé des cas détectés	7,4 %	6,1 %	4,9 %

Données

	Données
Nombre total de décès dus à la COVID-19	154 860
Nombre total de cas cumulés	4 667 955
Nombre total de cas cumulés recensés il y a deux semaines	3 773 260
Population totale	327 000 000
Proportion de la population âgée de plus de 65 ans	16 %
Taux de létalité présumé chez les personnes infectées	0,57 %

Résultats (calculs)

	Résultats
Taux de létalité présumé chez les personnes infectées	0,57 %
Taux d'attaque actuel	1,4 %
Nombre total de décès parmi les infections existantes	154 860
Décès à venir chez les cas en cours	25 082
Nombre total estimé de décès chez tous les cas identifiés	179 942
Taux de mortalité actuel	0,0 %
Taux de létalité observé	3,3 %

	Estimation la plus faible	Estimation ponctuelle	Estimation la plus haute
Nombre total de cas estimé	26 307 302	31 568 763	39 460 953
Taux d'attaque réel estimé	8,0 %	9,7 %	12,1 %
Nombre de cas manquants estimé	21 639 347	26 900 808	34 792 998
Pourcentage estimé des cas détectés	17,7 %	14,8 %	11,8 %

États-Unis

MISE À JOUR DU CADRE D'ÉVALUATION DE LA GRAVITÉ DE LA PANDÉMIE : 21 JUILLET

Figure: Global COVID-19 PSAF – All ages

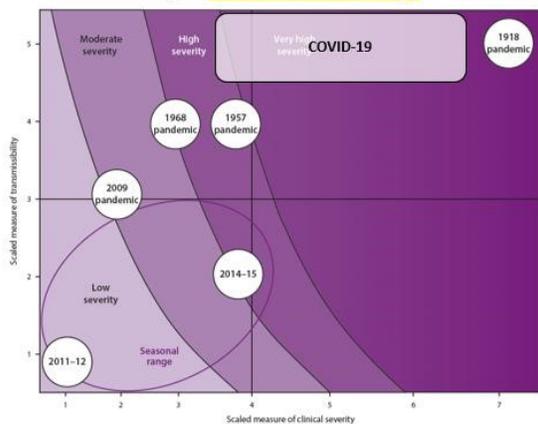
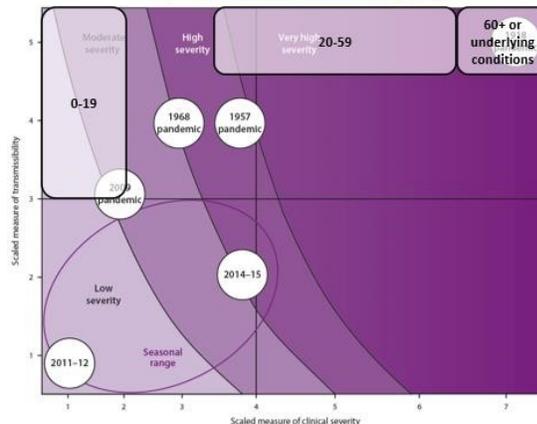


Figure: Global COVID-19 PSAF – Age-specific



Changements effectués

cette semaine : aucun

Source/dernière mise à jour	Critères	Cas probable	Cas confirmé
(OMS) Mis à jour le 20 mars	<p><u>Cas suspect</u> Patient présentant une maladie respiratoire aiguë (fièvre et au moins un signe/symptôme de maladie respiratoire, comme par exemple toux ou essoufflement), ET des antécédents de voyage ou domicilié dans une région ayant rapporté des cas de transmission communautaire de COVID-19 dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes ; OU patient présentant une maladie respiratoire aiguë (indépendamment du type) ET ayant été en contact avec un cas confirmé ou probable de COVID-19 (voir la définition de contact) dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes ; OU patient présentant une maladie respiratoire aiguë grave (fièvre et au moins un signe/symptôme de maladie respiratoire, comme par exemple toux ou essoufflement, ET devant être hospitalisé) ET sans aucun autre diagnostic alternatif permettant d'expliquer l'ensemble de la présentation clinique.</p>	Un cas suspect chez qui le test de dépistage du SARS-CoV-2 s'est avéré peu concluant OU un cas suspect qui n'a pas pu se faire dépister, quelle qu'en soit la raison.	Une personne atteinte d'infection par le SARS-CoV-2 confirmée en laboratoire, indépendamment des signes et symptômes cliniques présentés.
CDC américains Mis à jour le 5 avril	<p><u>Critères cliniques</u> Au moins deux des symptômes suivants : fièvre (mesurée ou subjective), frissons, tremblements intenses, myalgie, maux de tête, maux de gorge, trouble(s) nouveau(x) de l'odorat et du goût OU au moins l'un des symptômes suivants : toux, essoufflement, ou difficultés respiratoires OU maladie respiratoire grave avec au moins l'un des critères suivants : preuve clinique ou radiographique de pneumonie, OU syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) ET aucun autre diagnostic alternatif plus probable.</p> <p><u>Critères biologiques</u> Preuve biologique obtenue à l'aide d'une méthode validée ou autorisée par la FDA américaine ou par l'autorité compétente en la matière : <i>Preuve biologique qui tient lieu de confirmation :</i> Détection de l'acide ribonucléique du coronavirus 2 à syndrome respiratoire aigu sévère (ARN du SARS-CoV-2) dans un échantillon clinique à l'aide d'un test de détection par amplification moléculaire. <i>Preuve biologique probable :</i> Détection d'antigènes spécifiques dans un échantillon clinique ou détection d'anticorps spécifiques dans le sérum, le plasma ou le sang total indiquant une infection récente ou nouvelle* *La définition des méthodes sérologiques de diagnostic est en cours d'élaboration</p> <p><u>Lien épidémiologique</u> Au moins l'une des expositions suivantes dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes : 1) Contact étroit** avec un cas confirmé ou probable de COVID-19 ; OU 2) Contact étroit** avec une personne présentant une maladie compatible sur le plan clinique ET un lien avec un cas confirmé de COVID-19. 3) Voyage ou domicile dans une région de transmission communautaire active et durable du SARS-CoV-2. 4) Membre d'un groupe à risque, tel que défini par les autorités sanitaires pendant une épidémie. **Un contact étroit se réfère à tout contact de moins de 2 mètres pendant une période de 10 à 30 minutes, voire plus en fonction de l'exposition. Dans les établissements de santé, un contact étroit peut se référer à des expositions de plus de quelques minutes. Les données disponibles sont insuffisantes pour déterminer avec précision la durée d'exposition associée à une exposition prolongée et donc à un contact étroit.</p>	<p>Satisfait les critères cliniques ET épidémiologiques sans test biologique de confirmation de la COVID-19 réalisé.</p> <p>Satisfait les critères biologiques probables ET les critères cliniques OU les critères épidémiologiques.</p> <p>Satisfait les critères essentiels sans test biologique de confirmation de la COVID-19 réalisé.</p>	Satisfait les critères biologiques qui tiennent lieu de confirmation.

ÉPIDÉMIOLOGIE (LES MEILLEURES ESTIMATIONS SONT TIRÉES DE PLUSIEURS SOURCES, DISPONIBLES SUR DEMANDE SI NON MENTIONNÉES)

Glossaire des termes épidémiologiques ([IDM](#))

Transmission

- [Taux de reproduction de base](#) : estimation du R_0 : 2-3 (1,4-5,7) (multiples sources), 2,5 ([meilleure estimation des CDC](#))
 - [Taux de reproduction effectif](#) : estimation du R_t : [LSHTM](#), [Rtlive](#) (pour les États-Unis), [Hong Kong, Covid-19 projections](#)
- Temps de doublement sans intervention : 6-9 jours ([IDM](#))
- Taux d'attaque secondaire (contact domestique/étroit) : 3-38 % (multiples sources)

Le risque de transmission est potentiellement plus important deux jours avant l'apparition des symptômes ([Zou et al.](#)), il reste élevé pendant la phase initiale du développement des symptômes et décline progressivement sur plusieurs jours ou plusieurs semaines ([CDC américains](#)).

- La probabilité de transmettre la maladie dans les espaces clos est 19 fois plus important qu'à l'air libre ([article en prépublication](#)).
- La charge virale de 14 patients était à son plus haut niveau de 0 à 3 jours après l'apparition des symptômes ([Zou et al.](#)).
- La clairance du virus chez les patients asymptomatiques est plus rapide que chez les patients symptomatiques ([Chau et al.](#)).
- La durée médiane de l'excrétion virale (nombre de jours entre l'apparition des symptômes et l'obtention d'un résultat négatif au test de détection de l'ARN du SARS-CoV-2) était de 17 jours (IQR 12-21) ([Qi et al.](#)).
- La proportion de transmissions du SARS-CoV-2 par les patients asymptomatiques ou en phase pré-symptomatique par rapport aux patients symptomatiques reste indéterminée ([CDC américains](#)).
- Pourcentage de transmissions avant apparition des symptômes : 50 % ([meilleure estimation des CDC](#)) – **mis à jour le 17/07/2020 (en augmentation, valeur précédente : 40 %)**.
- Contagiosité des personnes asymptomatiques par rapport aux personnes symptomatiques : 75 % ([meilleure estimation des CDC](#)) – **mis à jour le 17/07/2020 (en baisse, valeur précédente : 100 %)**.
- Précautions : l'OMS continue de recommander des mesures de précaution complémentaires « gouttelettes » et « contact » pour les personnes s'occupant de patients atteints de COVID-19. L'organisme recommande également des mesures de prévention contre la transmission du virus par voie aérienne dans des circonstances et lieux où des procédures générant des aérosols ont lieu et où des traitements d'appoint sont administrés ([OMS](#)).
- Délai entre l'apparition des symptômes chez un individu et l'apparition des symptômes chez une personne infectée par cet individu : 6 jours ([meilleure estimation des CDC](#)).
- L'ARN du SARS-CoV-2 peut être détecté 1 à 3 jours avant l'apparition des symptômes. Les charges virales les plus élevées – telles que mesurées par RT-PCR – sont observées autour du premier jour d'apparition des symptômes, et déclinent ensuite progressivement au fil du temps.
- La durée de positivité du test par RT-PCR est généralement de 1 à 2 semaines pour les personnes asymptomatiques, et peut aller jusqu'à 3 semaines – voire plus – chez les patients atteints de forme légère à modérée. Cette durée peut être bien plus longue chez les patients atteints de forme grave de COVID-19 ([OMS](#)).
- La détection de l'ARN viral du SARS-CoV-2 ne signifie pas nécessairement que la personne est contagieuse et à même de transmettre le virus. Le virus viable a été isolé d'un cas asymptomatique, de patients atteints de formes légères à modérées jusqu'à 8-9 jours après l'apparition des symptômes, voire même plus longtemps chez des patients atteints de formes graves ([OMS](#)).

Table 2: Severity of illness and viral dynamics

Study	Classification of severity	Median duration - days (IQR)	Viral dynamics in severe patients compared to non-severe patients	P-value
Chen et al. ²⁷	ICU vs. non-ICU patients	11	Median time to viral clearance significantly longer in ICU vs. non-ICU patients (HR=3.17, 95% CI, 2.29-4.37)	Only HR provided
Chen et al. ²⁸	China CDC guideline (version 7)	12 (8-16)	Shedding duration varies by severity: asymptomatic 6 days; mild 10 days; moderate 12 days; serious 14 days; critical 32 days	<0.0001
Tan et al. ¹⁸	China CDC guideline (version 6)	NP: 12 Any sample: 22	Viral shedding significantly longer in severe patients: any sample 23 vs. 20 days (note NP: 14 vs. 11 days – non-significant)	p=0.023 (any sample)
Xu et al. ³⁸	WHO criteria	17 (13-32)	Higher proportion of severe patients had shedding >21 days (34.2% vs. 16.2%)	0.49
Yan et al. ³⁹	China CDC guideline (version 6)	23 (18-32)	No difference in shedding duration (general 23 days vs. severe 26 days vs. critical 28 days)	0.51
Zheng et al. ²⁵	China CDC guideline (version 6)	Resp: 18 (13-29)	Shedding duration significantly longer in severe patients (21 vs 14 days) in respiratory samples. No difference in shedding duration in stool/serum	p=0.04

Abbreviations: IQR, interquartile range; ICU, intensive care unit; HR, hazard ratio; CDC, Centers for Disease Control and Prevention; WHO, World Health Organization.

Figure. Infectivité, durée de l'excrétion virale et dynamiques des charges virales du SARS-CoV-2, du SARS-CoV-1 et du MERS-CoV – revue systématique actualisée et méta-analyse ([article en prépublication](#)).

- Les estimations de la période d'incubation médiane sont de 4-5 jours, et varient de 0 à 14 jours ([CDC](#)).
- 97,5 % des personnes atteintes de COVID-19 qui développent des symptômes, les développent dans les 11,5 jours suivant l'infection par le SARS-CoV-2 ([Lauer et al.](#)).

Présentation clinique

- Les signes et symptômes de la COVID-19 présents en début de maladie varient, mais au cours de la maladie, la plupart des patients développeront les signes et symptômes suivants ([CDC américains](#)) :
 - fièvre (83-99 %) ; toux (59-82 %) ; fatigue (44-70 %) ; perte d'appétit (40-84 %) ; essoufflement (31-40 %) ; production d'expectorations (28-33 %) et myalgie (11-35 %).
- 81 % des cas présentent des formes légères ou modérées (dont des pneumonies pouvant être traitées en ambulatoire) ; 14 % des cas présentent des formes graves et 5 % des formes très graves ([China CDC Weekly](#)).
- Proportion d'infections asymptomatiques (5-80 %) ([CEBM – estimation combinée de 21 rapports](#)).
- Pourcentage d'infections asymptomatiques : 40 % ([meilleure estimation des CDC](#)) – mis à jour le 17/07/2020 (en augmentation, valeur précédente : 35 %)
 - Ce chiffre varie en fonction des lieux :
 - [Diamond Princess](#) (18 %)
 - [Vo, Italie](#) (50-75 %)
 - [Ressortissants japonais évacués de Wuhan](#) (31 %)
 - [Résidents d'une maison de retraite dans le comté de King, Washington](#) (57 % en incluant les patients en phase pré-symptomatique ; 13 % en tenant compte uniquement des patients qui restent asymptomatiques) ;
 - [Enfants en Chine](#) (28 %, 10/36 enfants)
 - Bateau de croisière en Argentine ([81 %](#))
 - Femmes enceintes se présentant à la maternité pour accoucher dans le Connecticut ([73 %](#))
- Taux d'hospitalisation des cas : 3,4 % ([meilleure estimation des CDC](#))
 - 0-49 ans : 1,7 % | 50-64 ans : 4,5 % | 65+ ans : 7,4 %
- Réseau d'alerte sanitaire relatif au syndrome inflammatoire multisystémique chez l'enfant atteint de COVID-19 ([CDC](#))

Évolution clinique

- Parmi les patients ayant développé une forme grave de la maladie ([CDC américains](#)) :
 - le délai médian avant dyspnée variait de 5 à 8 jours ;
 - le délai médian avant syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) variait de 8 à 12 jours ; et
 - le délai médian avant admission en réanimation variait de 10 à 12 jours.
- 17,8 jours (IC 95 % 16,9-19,2) : délai moyen entre l'apparition des symptômes et le décès ([Verity et al.](#)).
- 24,7 jours (IC 95 % 22,9-28,1) : délai moyen entre l'apparition des symptômes et la sortie de l'hôpital ([Verity et al.](#)).
- Le délai médian entre l'admission en réanimation et le décès était de sept jours pour les patients décédés ([Yang et al.](#)).
- ([Meilleure estimation des CDC](#)) pour plus d'indicateurs par âge aux États-Unis – MIS À JOUR LE 17/07/2020.

	18-49 ans	50-64 ans	>65
Nombre moyen de jours entre l'apparition des symptômes et l'hospitalisation (écart type)	6	6	3
Nombre moyen de jours d'hospitalisation parmi les patients non admis en réanimation	3	4	6
Nombre moyen de jours d'hospitalisation parmi les patients admis en réanimation	10	14	12
Pourcentage admis en réanimation parmi les patients hospitalisés	23,6	36,2	35,1
Pourcentage placé sous respirateur parmi les patients admis en réanimation	11,7	21,8	21,3
Pourcentage de patients décédés parmi ceux hospitalisés	2	9,8	28,1
Nombre moyen de jours sous respirateur		6	
Nombre moyen de jours entre l'apparition des symptômes et le décès	15	15	12
Nombre moyen de jours entre le décès et le signalement de ce dernier	7	7	6

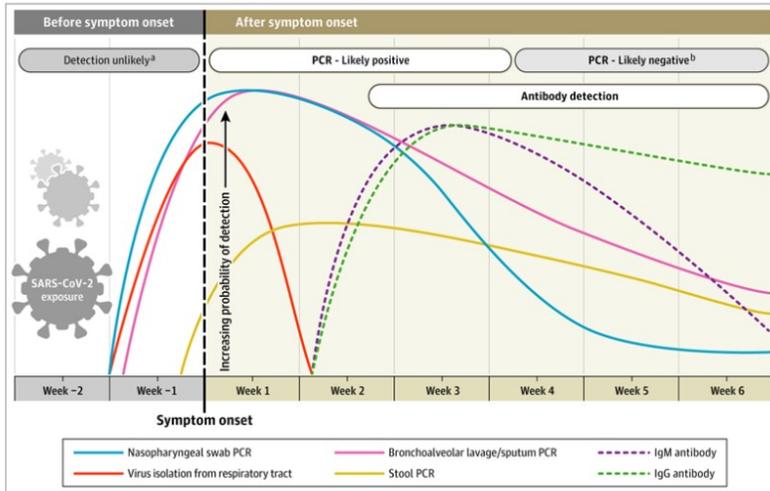
Test diagnostique

- Une meilleure détection de l'ARN viral du SARS-CoV-2 est obtenue avec les échantillons nasopharyngés qu'avec les échantillons de gorge ([CDC américains](#)).

De nombreux résultats sont obtenus avec les prélèvements effectués dans les voies respiratoires basses que dans les voies respiratoires hautes ([CDC américains](#)).

- L'ARN du SARS-CoV-2 a également été détecté dans les selles et le sang. La détection de l'ARN du SARS-CoV-2 dans le sang peut être un marqueur d'infection grave ([CDC américains](#)).
- Les personnes âgées et les patients ayant présenté une forme grave de la maladie nécessitant d'être hospitalisés peuvent excréter l'ARN viral pendant de plus longues périodes (durée médiane de l'excrétion virale chez les patients hospitalisés : 12-20 jours) ([CDC américains](#)).
- L'excrétion virale apparaît avant les premiers symptômes et est plus importante au cours de la première semaine de symptômes. Elle décline ensuite au fil du temps ([To et al.](#), [He et al.](#), [ECDC](#)).
- Des infections concomitantes par le SARS-CoV-2 et d'autres virus respiratoires ont été rapportées. La détection d'un autre agent pathogène respiratoire n'exclut pas le diagnostic de COVID-19 ([CDC américains](#)).

Figure. Estimated Variation Over Time in Diagnostic Tests for Detection of SARS-CoV-2 Infection Relative to Symptom Onset



Estimated time intervals and rates of viral detection are based on data from several published reports. Because of variability in values among studies, estimated time intervals should be considered approximations and the probability of detection of SARS-CoV-2 infection is presented qualitatively. SARS-CoV-2 indicates severe acute respiratory syndrome coronavirus 2; PCR, polymerase chain reaction.

^aDetection only occurs if patients are followed up proactively from the time of exposure.

^bMore likely to register a negative than a positive result by PCR of a nasopharyngeal swab.

Source : <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2765837>

Taux de létalité / taux de létalité chez les personnes infectées

- Le taux de létalité global de 5,6 % observé au 12 juin 2020 ([ECDC](#)) est surestimé en raison des cas non détectés (légers, pré-symptomatiques, asymptomatiques).
- En Chine, le taux de létalité était plus élevé pendant la phase initiale de l'épidémie (17 % des cas rapportés du 1^{er} au 10 janvier). Ce taux est ensuite descendu à 0,7 % des patients ayant présenté des symptômes après le 1^{er} février ([OMS](#)).
- Estimation du taux réel de létalité chez les personnes infectées (tient compte des cas non détectés) : 0,1-1,1 % (multiples sources, les plus récentes : [Oxford, Nature](#)).
- Mise à jour des indicateurs du scénario de planification de la pandémie des CDC – meilleure estimation du taux de létalité chez les personnes infectées : 0,65 % (0,5-0,8 %) ([CDC](#)).
- **Taux de létalité chez les personnes infectées par tranche d'âge**

Âge	Taux de létalité	Consensus	Taux de létalité chez les personnes infectées	Consensus
	https://ourworldindata.org/coronavirus			
0-9 ans	Taux de létalité en Corée = 0/32 = 0 % Taux de létalité en Chine = 0/416 = 0 % Italie = 0 % Espagne = 0 % États-Unis = 0,1 %	0-0,1 %	Chine - 0,00161 % Suisse (5-9) – 0,0016 % Stockholm (0-49) – 0,01 % Italie (0-59) – 0,05 %	0,001-0,002 %

10-19 ans	Taux de létalité en Corée = 0/169 = 0 % Taux de létalité en Chine = 1/549 = 0,2 % Italie = 0 % Espagne = 0 % États-Unis = 0,1	0-0,1 %	Chine - 0,00695 % Suisse (10-19) – 0,00032 % Stockholm (0-49) – 0,01 % Italie (0-59) – 0,05 %	0,0003-0,007 %
20-29 ans	Taux de létalité en Corée = 0/1 235 = 0 % Taux de létalité en Chine = 7/3 619 = 0,2 % Italie = 0 % Espagne = 0,22 % États-Unis = 0,1 %	0,1-0,2 %	Chine - 0,0309 % Suisse (20-49) – 0,0092 % Stockholm (0-49) – 0,01 % Italie (0-59) – 0,05 %	0,01-0,03 %
30-39 ans	Taux de létalité en Corée = 1/506 = 0,11% Taux de létalité en Chine = 18/7 600 = 0,2 % Italie = 0,3 % États-Unis (20-44) = 0,1-0,2 % Espagne = 0,14 % États-Unis = 0,4 %	0,2-0,4 %	Chine - 0,0844 % Suisse (20-49) – 0,0092 % Stockholm (0-49) – 0,01 % Italie (0-59) – 0,05 %	0,01-0,08 %
40-49 ans	Taux de létalité en Corée = 1/633 = 0,08 % Taux de létalité en Chine = 38/8 571 = 0,4 % Italie = 0,4 % États-Unis (45-54) = 0,5-0,8 % Espagne = 0,3 % États-Unis = 1,0 %	0,3-0,8 %	Chine - 0,161 % Suisse (20-49) – 0,0092 % Stockholm (0-49) – 0,01 % Italie (0-59) – 0,05 %	0,05-0,16 %
50-59 ans	Taux de létalité en Corée = 5/834 = 0,5 % Taux de létalité en Chine = 130/10 008 = 1,3 % Italie = 1 % États-Unis (55-65) = 1,4-2,6 % Espagne = 0,4 % États-Unis = 2,4 %	0,4 %-2,4 %	Chine - 0,595 % Suisse (50-64) – -0,14 % Stockholm (0-59) – 0,27 % Italie (0-59) – 0,05 %	0,14-0,60 %
60-69 ans	Taux de létalité en Corée = 6/530 = 1,8 % Taux de létalité en Chine = 309/8 583 = 3,6 % Italie = 3,5 % États-Unis (65-75) = 2,7-4,9 % Espagne = 1,9 % États-Unis = 6,7 %	1,8 %-6,7 %	Chine - 1,93 % Suisse (65+) – 5,6 % Stockholm (60-69) – 0,45 % Italie (60+) – 4,16 %	0,45-1,93 %
70-79 ans	Taux de létalité en Corée = 6/192 = 6,3 % Taux de létalité en Chine = 312/3 918 = 8 % Italie = 12,8 % États-Unis (75-85) = 4,3-10,5 % Espagne = 4,8 % États-Unis = 16,6 %	4,8 %-16,6 %	Chine - 4,28 % Suisse (65+) – 5,6 % Stockholm (60-79) – 1,92 % Italie (60+) – 4,16 %	1,92-4,28 %

80-89 ans ou 80+ ans	Taux de létalité en Corée = 3/81 = 13 % Taux de létalité en Chine = 208/1 408 = 14,8 % Italie = 20,2 % États-Unis 85+ = 10,4-27,3 % Espagne = 7,8 % États-Unis = 28,7 %	7,8 %-28,7 %	Chine (80+) - 7,8 % Suisse (65+) – 5,6 % Stockholm (80-89) – 7,2 % Italie (60+) – 4,16 %	7,2 %-7,8 %
90+ ans			Chine (80+) - 7,8 % Stockholm (90+) – 16,21 % Italie (60+) – 4,16 %	16 %

Table 1. Parameter Values that vary among the five COVID-19 Pandemic Planning Scenarios. The scenarios are intended to advance public health preparedness and planning. They are **not** predictions or estimates of the expected impact of COVID-19. The parameter values in each scenario will be updated and augmented over time, as we learn more about the epidemiology of COVID-19. Additional parameter values might be added in the future (e.g., population density, household transmission, and/or race and ethnicity).

Parameter	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	Scenario 4	Scenario 5: Current Best Estimate
R_0^*	2.0	2.0	4.0	4.0	2.5
Infection Fatality Ratio, Overall ^f	0.005	0.005	0.008	0.008	0.0065
Percent of infections that are asymptomatic ^g	10%	70%	10%	70%	40%
Infectiousness of asymptomatic individuals relative to symptomatic ^h	25%	100%	25%	100%	75%
Percentage of transmission occurring prior to symptom onset ^{**}	35%	70%	35%	70%	50%

* The best estimate representative of the point estimates of R_0 from the following sources: Chinazzi M, Davis JT, Ajelli M, et al. The effect

CONTRE-MESURES MÉDICALES

Traitements

- Oxygénothérapie immédiate pour les patients atteints d'infection respiratoire aiguë sévère et de détresse respiratoire, d'hypoxémie ou de choc. Objectif de l'oxygénothérapie : > 94 % ([OMS](#)).
- Administration d'antimicrobiens empiriques pour traiter tous les agents pathogènes possibles de l'infection respiratoire aiguë sévère et du sepsis ; cette administration doit être réalisée aussi rapidement que possible, dans l'heure suivant l'évaluation initiale pour les patients atteints de sepsis ([OMS](#)).
- Ne pas administrer de corticoïdes systémiques en routine pour le traitement d'une pneumonie virale en dehors du cadre d'un essai clinique ([OMS](#)).
- L'utilisation de traitements expérimentaux contre la COVID-19 doit se faire dans le cadre d'essais cliniques randomisés, contrôlés, validés sur le plan éthique ([OMS](#)).

Aucun médicament approuvé par la FDA and Drug Administration (FDA) américaine n'a démontré son efficacité et son innocuité dans les essais cliniques contrôlés et randomisés, lorsqu'utilisé pour traiter des patients atteints de COVID-19. Toutefois, la FDA a accordé une autorisation d'utilisation urgente au remdésivir chez les patients atteints de formes graves de la maladie ([CDC américains](#)).

- Les données préliminaires suggèrent que le remdésivir permettrait de réduire la durée de la maladie à COVID-19. Davantage de données sont nécessaires afin de confirmer ces résultats ([NIH](#)).
- [Un article en prépublication](#) a montré que la dexaméthasone réduisait d'un tiers les décès chez les patients sous respirateur (risque relatif 0,65 [IC 95 % 0,48-0,88] ; $p = 0,0003$) et d'un cinquième les décès chez les autres patients uniquement sous oxygénothérapie (0,80 [0,67-0,96] ; $p = 0,0021$). Aucun bénéfice n'a été observé chez les patients qui n'avaient pas besoin d'assistance respiratoire (1,22 [0,86-1,75] ; $p = 0,14$).
- Une prophylaxie thromboembolique par héparine de bas poids moléculaire par voie sous-cutanée est recommandée pour tous les patients hospitalisés pour COVID-19 ([JAMA](#)).
- [Directives thérapeutiques pour la COVID-19 du NIH](#)
- [Prise en charge clinique de la COVID-19 - OMS](#)
- [Directives cliniques des CDC pour la prise en charge des patients atteints de COVID-19](#)
- [Outil de suivi des traitements et médicaments pour le coronavirus du New York Times \(FIGURE\)](#)

Vaccins

- [Outil de suivi des vaccins contre la COVID-19](#)
- [Outil de suivi des vaccins contre la COVID-19 du New York Times](#)

Coronavirus Drug and Treatment Tracker

By Jonathan Corum, Katherine J. Wu and Carl Zimmer Updated July 22, 2020
[Leer en español](#)

The Covid-19 pandemic is one of the greatest challenges modern medicine has ever faced. Doctors and scientists are scrambling to find treatments and drugs that can save the lives of infected people and perhaps even prevent infection.

Below is an updated list of **19 of the most-talked-about treatments for the coronavirus**. While some are accumulating evidence that they're effective, most are still at early stages of research. We also included a warning about a few that are just bunk.

We are following **19 coronavirus treatments** for effectiveness and safety:



Coronavirus Vaccine Tracker

By Jonathan Corum, Denise Grady, Sui-Lee Wee and Carl Zimmer Updated August 3, 2020



ENVIRONNEMENT

Température

- De nouvelles données probantes issues de publications non évaluées par des pairs semblent suggérer que les conditions climatiques pourraient influencer la transmission du nouveau coronavirus (SARS-CoV-2). La propagation du virus semblerait en effet plus importante dans des climats froids et secs. Ce phénomène peut se manifester par le biais de deux mécanismes : la stabilité du virus et l'effet du climat sur l'hôte. L'effet du climat est toutefois minime et toutes les estimations sont sujettes à des biais significatifs (Oxford).
- Le pic épidémique pourrait être désormais observé en hiver dans les pays tempérés. Les variations du taux de transmission observées en fonction des saisons pourraient modifier le pic épidémique, qui serait observé pendant les mois d'hiver – ce qui aura d'importantes implications pour les établissements de santé en matière de planification ([Danon](#)).

Matières contaminées

- Survie du SARS-CoV-2 en environnement contrôlé :
 - 72 heures après dépôt sur du plastique, 48 heures sur de l'acier inoxydable, 24 heures sur du carton et 4 heures sur du cuivre ([NEJM](#)).
- Une étude réalisée dans des services hospitaliers à Wuhan, en Chine, a testé des échantillons d'air et de surfaces. Le virus était fortement présent sur le sol, les souris d'ordinateur, les poubelles et les rampes des lits des malades. Il a également été détecté dans l'air à près de 4 mètres des patients ([EID](#)).
- Consulter le [briefing de l'OMS](#) sur la transmission (9 juillet 2020).