

COVID-19

Revue scientifique hebdomadaire

31 octobre – 6 novembre 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.

ANALYSE APPROFONDIE

Diminution du taux de mortalité chez les personnes atteintes d'une forme grave de COVID-19

Message clé : Les taux de mortalité et les taux d'incidence de la COVID-19 diminuent au fil du temps dans de nombreux pays. De nouveaux éléments suggèrent que cela n'est pas uniquement dû à une évolution des taux de dépistage, de la structure démographique et des maladies sous-jacentes présentées par les personnes infectées par la COVID-19. Des études menées dans les systèmes hospitaliers en Angleterre et à New York indiquent que, même lorsque les chercheurs procèdent à un ajustement des données relatives à l'âge et à d'autres maladies, les taux de mortalité diminuent. On en ignore les raisons pour l'instant, mais il pourrait s'agir de changements qui touchent les populations de patients et qui ne sont pas pris en compte dans les modèles (par exemple leur fragilité), d'améliorations dans les soins médicaux prodigués aux malades de la COVID-19, d'une baisse de la fréquentation des hôpitaux et, moins probablement, de modifications du virus lui-même.

Fin octobre, le nombre de cas quotidiens de COVID-19 aux États-Unis a atteint un niveau record, [pourtant, le nombre de décès quotidiens est resté bien inférieur au pic constaté en avril](#). Bien que cela soit dû en partie à un décalage des décès, [les hospitalisations dues à la COVID-19 en juillet aux États-Unis ont atteint des niveaux similaires à ceux du mois d'avril](#), mais le nombre de décès est resté bien

inférieur à celui d'avril. Au-delà des États-Unis, les taux de létalité ont diminué dans [43 pays](#) entre le premier et le deuxième pic de cas de COVID-19.

Parmi les nombreuses raisons possibles expliquant cette diminution de la mortalité - qui a fait l'objet de beaucoup d'attention - figure l'évolution de la répartition par âge des personnes infectées. Par exemple aux États-Unis, [l'âge médian des cas confirmés a diminué](#) pour passer de plus de 45 ans début mai à moins de 40 ans pendant les mois de juillet et août. Le groupe d'âge présentant la plus forte incidence est passé des plus de 80 ans aux 20-29 ans. De même, les hôpitaux de [Houston](#) ont documenté des taux de mortalité plus faibles lors de la deuxième vague de cas de COVID-19 que lors de la première (5 % contre 12 %). Et en même temps, les patients étaient plus jeunes et présentaient moins de comorbidités. Étant donné que le taux de létalité lié à l'infection (pourcentage de personnes atteintes de la COVID-19, *quel que soit le diagnostic*, qui meurent de la maladie) [augmente avec l'âge](#) et les comorbidités, ce changement de dynamique pourrait suffire à expliquer l'évolution du taux de létalité de la maladie (pourcentage de personnes *ayant reçu un diagnostic* de COVID-19 qui meurent de la maladie).

Des éléments de preuve récents laissent cependant penser que l'amélioration constatée chez les personnes âgées infectées par la COVID-19 pourrait être à l'origine de la baisse de la mortalité. [Dennis et al](#) ont examiné l'évolution dans le temps des taux de mortalité d'une cohorte de plus de 21 000 patients en soins intensifs, admis dans les hôpitaux anglais entre le 1^{er} mars et la fin juin. Après ajustement des critères d'âge, de sexe, de comorbidités, d'ethnicité et de région du comté, la mortalité la plus élevée a été constatée chez les patients admis fin mars, puis elle a diminué de 9 % par semaine pour les patients des unités de soins intensifs et de 12 % par semaine pour les autres patients en soins aigus (voir figure 1). Une étude réalisée par [Horwitz et al.](#) à partir du système hospitalier de l'université de la ville de New York entre mars et août, est parvenue à des résultats similaires. En procédant à un ajustement des données relatives à l'âge, la gravité de la COVID-19 lors de l'admission, ainsi que les comorbidités, la mortalité parmi les personnes hospitalisées a diminué pour passer de 26 % en mars à 8 % en août.

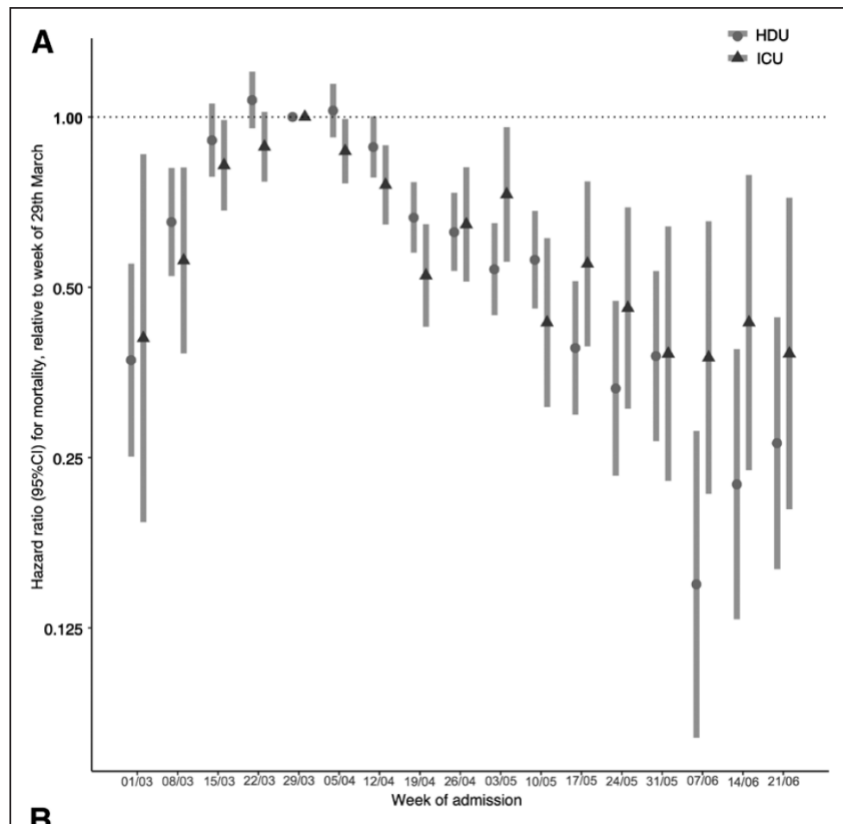


Figure 1 : Ratios de risque ajustés représentant l'évolution relative dans le temps de la mortalité hospitalière parmi les personnes admises en soins intensifs et en soins de haute dépendance (autres soins aigus) en Angleterre. Adapté de [Dennis et al.](#)

En plus des études sur les patients hospitalisés, une récente étude de modélisation réalisée par [Yang et al.](#) a abouti à un schéma similaire en examinant les taux de létalité estimés pour la ville de New York. Parmi les personnes âgées de 65 à 74 ans, le taux de létalité due à l'infection a diminué, passant d'un maximum de 7 % début avril à 4 % fin mai ; parmi les personnes âgées de 75 ans et plus, le taux de létalité due à l'infection a diminué de 19 % à 10 %. Ces taux n'ont pas changé chez les moins de 45 ans. Une analyse des données publiques relatives aux cas et aux décès en [Allemagne](#) a également constaté une diminution des taux de létalité au fil du temps en général, et plus particulièrement pour les plus de 80 ans (baisse de 29 % à 11 %) et les personnes de 60 à 79 ans (baisse de 9 % à 2 %). Le taux de létalité n'a pas changé chez les 35 à 59 ans.

La baisse de la mortalité chez les personnes âgées atteintes de COVID-19 est importante compte tenu des taux de mortalité relativement élevés dans cette tranche d'âge. Plusieurs raisons peuvent expliquer les baisses observées. Bien que deux des études aient réalisé un ajustement sur l'âge et les comorbidités et que les deux autres aient examiné des groupes plus âgés, il est toujours possible qu'il existe des différences entre les populations qui n'ont pas été détectées dans les données. La fragilité des personnes âgées, qui complique [le retour à la normale après un stress](#) comme la maladie, peut avoir une influence indépendamment des comorbidités mesurées et pourrait rendre les gens plus vulnérables à une forme grave de COVID-19, voire au risque de décès. Par exemple, une personne de 85 ans souffrant

d'hypertension nécessitant des soins à plein temps dans une maison de retraite peut être beaucoup plus vulnérable qu'une personne de 85 ans souffrant d'hypertension qui vit chez elle et qui est tout à fait capable de prendre soin d'elle-même.

La baisse de la mortalité peut peut-être aussi s'expliquer par l'amélioration de la capacité des hôpitaux à prendre en charge les patients atteints de COVID-19. Les traitements qui se sont avérés efficaces lors des essais cliniques sont maintenant utilisés. La dexaméthasone a réduit la mortalité de [18 % chez les patients qui ont reçu de l'oxygène et de 34 % chez ceux qui étaient sous ventilation mécanique](#). Des éléments indiquent que les patients qui éprouvent des difficultés à respirer ont [une meilleure oxygénation](#) s'ils sont couchés sur le ventre. Enfin, il y a eu une standardisation des soins apportés aux patients atteints de COVID-19. L'[Infectious Disease Society of America \(Société américaine des maladies infectieuses\)](#) et d'autres organisations médicales spécialisées ont publié des lignes directrices pour la prise en charge des patients atteints de COVID-19, en s'appuyant sur ce que l'on sait déjà de la prise en charge des patients atteints de pneumonie virale, ainsi que sur de nouvelles données concernant spécifiquement la COVID-19. Toutes ces avancées ont probablement amélioré les résultats pour les patients, mais on ignore si elles expliquent la baisse substantielle de la mortalité.

Il est également possible que les soins hospitaliers se soient améliorés simplement parce que les hôpitaux ne sont plus surchargés. Dans l'étude anglaise, la mortalité a en fait augmenté entre début mars et début avril, atteignant un pic au même moment que le taux d'occupation des hôpitaux, avant que tous deux ne baissent. De même, le taux estimé de létalité due à l'infection à New York a augmenté tout au long du mois de mars. Au plus fort de l'épidémie à New York, [les intervenants affectés aux situations d'urgence](#) déterminaient qui était assez malade pour être hospitalisé, parce que les hôpitaux et les urgences étaient surchargés. Les soins intensifs destinés aux patients gravement malades, notamment ceux consistant à les placer en position couchée sur le ventre, nécessitent beaucoup de ressources pour être bien mis en œuvre. Malheureusement, cela signifie qu'avec l'augmentation des cas de COVID-19 aux États-Unis et en Europe, nous pourrions voir les taux de mortalité augmenter à nouveau à mesure que les hôpitaux se remplissent et qu'il devient plus difficile de fournir des soins de qualité.

Enfin, il est possible qu'il y ait un changement du virus lui-même ou dans la façon dont les gens sont infectés. Dans une [précédente revue scientifique](#), nous nous sommes intéressés à l'hypothèse selon laquelle les masques et la distanciation physique diminuent la dose infectieuse du SARS-COV-2, le virus qui provoque la COVID-19, réduisant ainsi la gravité de la maladie. Bien que plausible, il ne s'agit toujours que d'une hypothèse qui [reste controversée](#). Une autre hypothèse consiste à dire que la virulence du virus diminue dans le temps, à mesure qu'il s'adapte à son hôte. C'est moins probable. Les scientifiques qui suivent les mutations de la COVID-19 ont trouvé des éléments indiquant qu'elle [est peut-être devenue plus contagieuse, mais que rien ne prouve que sa gravité ait diminué à ce jour](#).

En résumé, l'évolution de la structure par âge et de la prévalence des maladies sous-jacentes a contribué à la baisse des taux de mortalité liés à la COVID-19 au fil du temps, mais ce ne sont pas les seuls facteurs en cause.

Sites Internet nationaux consacrés à la COVID-19

Message clé : Les crises de santé publique représentent des défis uniques en matière de gouvernance sanitaire. Une approche impliquant l'ensemble de la société ou l'ensemble des pouvoirs publics nécessite un engagement et une coopération multisectoriels dans le but de communiquer efficacement pour optimiser la sécurité du public, atténuer l'impact social et économique de la crise et maîtriser la propagation des maladies. Les sites Internet des pouvoirs publics consacrés à la COVID-19 peuvent contenir des informations sur la réponse du gouvernement, le risque de COVID-19, les actions individuelles et communautaires, des mises à jour de la situation concernant l'activité de la maladie et des liens vers des ressources supplémentaires. La quantité d'informations disponibles sur ces sites Internet, et leur nature, varient considérablement. Tous les sites des pays étudiés fournissaient des informations générales sur le virus ainsi que des mises à jour sur l'activité de la maladie et les données épidémiologiques. Les informations relatives au niveau de risque national et aux actions menées pour le réduire ne sont pas toujours disponibles.

Il faudra peut-être des mois ou des années avant de comprendre pleinement ce qui a conduit au succès relatif de certains pays, tels que la Nouvelle-Zélande et la Corée du Sud, en matière de contrôle de la propagation de COVID-19. Bien que des questions subsistent quant aux stratégies optimales pour communiquer sur les risques, tenir le public informé et impliquer les communautés dans la riposte, la communication avec le public reste un élément déterminant dans la réponse des pouvoirs publics à n'importe quelle crise sanitaire. Afin de comprendre les pratiques de communication des gouvernements du monde entier, nous avons examiné les sites Internet des agences nationales et de santé publique parmi un échantillon de pays. Nous avons examiné les différentes pratiques liées à la communication sur les risques et aux messages de santé publique, en utilisant des logiciels de traduction pour interpréter les informations sur certains sites. Nous avons identifié sept domaines à évaluer qui englobent non seulement des informations spécifiques à la maladie, mais aussi des informations pertinentes pour la santé et le bien-être général des individus et des communautés. Voici la liste des sept domaines en question :

- niveau de risque
- mise à jour de la situation
- informations de base sur le SARS-CoV-2, le virus qui provoque la COVID-19
- informations sur ce que les gens doivent faire pour réduire les risques
- détails de la riposte
- possibilités d'aide financière
- où trouver plus d'informations.

La [Corée du Sud](#) a identifié son premier cas de COVID-19 le 20 janvier 2020, c'est-à-dire plus tôt que tous les autres pays concernés par ce rapport. Sur le site Internet du président, un lien bien visible renvoie vers le site du ministère sud-coréen de la Santé et du bien-être concernant la COVID-19. Ce site offre une synthèse globale et une vue instantanée quotidienne des données épidémiologiques concernant la COVID-19 dans le pays, ainsi que des liens vers un comité de riposte officiel, des conseils au public et des

informations de base sur la COVID-19. Les utilisateurs peuvent accéder à des briefings réalisés par des responsables de la santé publique et du gouvernement sur la COVID-19, et à des liens vers des vidéos sur YouTube montrant la reconnaissance internationale dont a bénéficié la Corée du Sud pour son utilisation réussie des 3 T : test, traçage et traitement. Le site national sud-coréen ne fournit pas de cadre de référence sur les niveaux de risque. Mais il contient des liens vers d'autres agences gouvernementales impliquées dans la riposte, y compris les Centres coréens de contrôle des maladies.

[Le site national de la Nouvelle-Zélande consacré à la COVID-19](#) baptisé « Unite Against COVID-19 », donne la priorité à la communication sur les risques et informe le public des mesures que chacun peut prendre pour réduire la propagation. La page d'accueil fait apparaître des messages sur le niveau de risque actualisé, ainsi que des informations sur le port du masque et le fait de rester chez soi si l'on est malade. La page principale renvoie, via des liens, vers le plus important système de niveau d'alerte du pays et des conseils régionaux, et indique les dernières mises à jour du pays sur la COVID-19. Y sont également fournis des liens vers des informations sur les voyages, la santé et le bien-être, la COVID-19 en général, les ressources financières pour les entreprises et les particuliers, ainsi que la gestion des divers aspects de la vie quotidienne pendant la pandémie. Les informations proposées sont disponibles en plusieurs langues. Certaines informations de base sur les cas et les décès sont disponibles dans la partie actualisée du site. Des données épidémiologiques plus détaillées sont disponibles sur le site du ministère de la Santé néo-zélandais, accessible via un lien depuis le site principal.

Le site Internet du gouvernement national du Mexique affiche un lien bien visible vers le [site Internet que le pays consacre à la COVID-19](#). 25 liens supplémentaires renvoient vers des sujets spécifiques tels que les soins aux personnes âgées pendant la pandémie, les coordonnées pour obtenir des ressources sur la COVID-19 dans les différents états et localités, les idées reçues sur la COVID-19 et les questions fréquemment posées. On y trouve également un système officiel d'alerte appelé « feu de signalisation » qui informe les gens sur le niveau de risque national actualisé, ainsi que sur les actions nécessaires à chaque niveau. Il contient également une vidéo du ministère de la Santé publique avec une carte dont le code couleur indique le niveau d'activité de la maladie par état/localité. Comme dans certains autres pays, il existe des liens vers les conférences de presse quotidiennes des dirigeants du pays sur l'évolution de la pandémie.

[Le site Internet spécial COVID-19 de l'Allemagne](#) affiche des informations sur la pandémie et la riposte apportée, sous différents formats. À partir d'une page de « synthèse », les utilisateurs peuvent accéder à un menu qui renvoie à des informations de base sur la maladie et sa propagation, à des questions fréquemment posées et à des mises à jour sur les aides financières. Ils peuvent accéder à un grand nombre d'articles et de vidéos à portée éducative sur divers aspects de la pandémie en rapport avec l'enseignement supérieur, la liberté d'expression et les vaccins, entre autres. Il y a également des liens pour contrer la désinformation sur la COVID-19, des documents en différentes langues et des infographies qui décrivent le niveau des restrictions en cours dans le pays. Un tableau de bord intégré de l'Institut Robert Koch, l'agence fédérale allemande de santé publique, présente les dernières données épidémiologiques par région.

La page d'accueil du [Centre d'information sur la riposte à la COVID-19 en Ouganda](#) présente une synthèse chiffrée de l'épidémie dans le pays. Les liens renvoient vers deux tableaux de bord : l'un contenant des données plus détaillées sur l'épidémie et l'autre présentant un indice de vulnérabilité à l'échelle du pays, qui examine les tendances concernant la pauvreté, les capacités hospitalières, les données démographiques et d'autres facteurs par région. Des menus déroulants permettent d'accéder à de plus amples informations sur la chronologie de l'épidémie et la réponse apportée en Ouganda. Il existe un [répertoire](#) qui comprend des liens vers près de 200 documents des centres africains de contrôle de la maladie (CDC), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), du ministère ougandais de la santé, d'autres organisations gouvernementales et non gouvernementales, ainsi que d'experts sur divers sujets. La recherche dans le répertoire peut se faire de plusieurs façons, notamment par auteur, par sujet ou par secteur. On y trouve des rapports de situation, des communiqués de presse, des plans de riposte, des lignes directrices pour différents secteurs, des informations sur la santé publique et les mesures sociales visant à assurer la sécurité des communautés. Il existe une section distincte rassemblant des ressources sur [la communication sur les risques et la mobilisation sociale](#), qui est l'un des huit [piliers de la riposte](#) présentés sur le site Internet. Il n'y a pas de système évaluant le niveau de risque.

Le lien le plus évident qui apparaît sur le [site Internet du gouvernement canadien consacré à la COVID-19](#) sous la forme d'un gros bouton en haut de la page est celui de [Alerte COVID](#), une application qui utilise les données de localisation téléphonique pour informer les utilisateurs s'ils se sont trouvés à proximité d'une personne dont le test s'est révélé positif au cours des 14 derniers jours. Cette application a été téléchargée plus de 5 millions de fois. Le reste de la page d'accueil prend la forme d'une série de liens regroupés par thématique, parmi lesquelles la situation actuelle, le soutien financier et économique, des informations sur la santé liées à la COVID-19 mais pas exclusivement, des informations sur la santé publique et les mesures sociales, et des directives spécifiques à différents secteurs et populations. L'ensemble du site est disponible en français et en anglais, et certaines ressources sont disponibles en plus dans d'autres langues. Chaque lien contient de multiples liens vers un certain nombre de sous-thèmes ; une grande partie des informations affichées dans les liens correspond à un texte complet, présenté de manière claire et succincte.

Sept thématiques présentes sur six sites Internet nationaux consacrés à la COVID-19

	Corée du Sud	Nouvelle-Zélande	Mexique	Allemagne	Ouganda	Canada
Niveau de risque		X	X			
Mises à jour	X	X	X	X	X	X

de la situation						
Informations sur le virus	X	X	X	X	X	X
Conseils pratiques	X	X	X	X	X	X
Détails de la riposte	X			X	X	X
Aide financière		X	X	X	X	X
Plus d'informations	X	X	X	X	X	X

Les sites Internet consacrés à la COVID-19 dans les pays auxquels nous nous sommes intéressés illustrent diverses approches pour communiquer des informations sur la pandémie. Puisque la pandémie a eu des effets dramatiques sur la santé et le bien-être, au-delà des seuls risques d'infection, nous avons cherché des informations sur la pandémie et sur plusieurs des axes de la riposte, y compris la communication sur les risques. Tous les sites Internet que nous avons évalués fournissent des informations complètes, notamment un point sur la situation et des conseils sur la santé publique et les mesures sociales. Bien que tous incluent une communication sur le risque de maladie, nous avons constaté que ce qui variait le plus était le fait de fournir ou non un système de niveau d'alerte.

Nous n'avons pas testé la convivialité de ces sites, et plus particulièrement la facilité ou la difficulté d'accès à certains types d'informations. Il est important pour les pays de fournir à leurs citoyens une ressource centralisée contenant des informations factuelles et spécifiques à chaque pays sur les multiples aspects de la pandémie et la riposte, du point de vue de l'ensemble de la société. C'est peut-être l'un des meilleurs moyens pour mettre les citoyens en capacité de prendre des décisions avisées concernant la sécurité, de comprendre les problèmes actuels et la manière dont ils sont traités, et de sentir qu'ils font partie d'une riposte cohérente et solidaire à la crise de santé publique la plus difficile à laquelle l'humanité ait été confrontée depuis plus de 100 ans.

ARTICLES

[Conséquence sur l'accouchement et le bébé d'une infection par le SARS-CoV-2 pendant la grossesse confirmée par des analyses en laboratoire — SET-NET, 16 Juridictions, 29 mars –17 octobre 2020](#)

(MMWR, Nov. 6)

Message clé : Le pourcentage de prématurés parmi les nouveau-nés de femmes infectées par le SARS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19, est plus élevé que les estimations concernant la population générale. Les femmes enceintes sont également exposées à un risque accru de forme grave. Parmi les nouveau-nés de mères atteintes de COVID-19 pour lesquelles des résultats des tests étaient disponibles, 2 % ont été testés positifs au SARS-CoV-2. Alors que des informations supplémentaires sont récoltées sur l'impact de la COVID-19 sur la grossesse et l'accouchement, il est important d'informer les femmes sur le risque plus élevé qu'elles encourent de développer une forme grave de la maladie, ainsi que sur le risque potentiellement plus élevé de naissance prématurée. Les femmes enceintes doivent être accompagnées sur les mesures préventives à adopter pour réduire leur risque de contracter la COVID-19, notamment le lavage des mains, le respect de la distanciation et le port du masque.

- Les chercheurs des Centres américains de contrôle des maladies (CDC) ont recueilli des données de surveillance sur les femmes enceintes dont le test de dépistage du SARS-CoV-2 s'est révélé positif et ont analysé des informations sur l'issue des naissances, lorsqu'elles étaient disponibles.
- C'était le cas pour 5 252 femmes ayant été testées positives au SARS-CoV-2 pendant leur grossesse. Pour 3 912 d'entre elles, on disposait d'informations sur l'âge gestationnel au moment de la naissance vivante. Parmi ces dernières, 13 % étaient prématurées (moins de 37 semaines), contre une estimation nationale de 10 % en 2019. Un faible pourcentage de nouveau-nés de mères dont la COVID-19 était connue ont également été testés positifs à l'infection, mais aucun de ces cas ne s'est produit chez des femmes qui avaient été infectées plus de 14 jours avant l'accouchement.
- S'agissant des conclusions issues de la recherche rétrospective réalisée à partir des données de surveillance, il convient de tenir compte de leurs limites. Elles sont parfois incomplètes et n'ont pas été ajustées pour tenir compte de facteurs de risque de confusion. Toutefois, les femmes enceintes doivent être informées sur les risques potentiels de COVID-19 pendant la grossesse, notamment sur la possibilité d'une naissance prématurée. Les femmes enceintes et les membres de leur foyer doivent prendre des mesures pour réduire le risque de COVID-19, notamment respecter les gestes barrières (3 M).

[Épidémie de COVID-19 dans le cadre d'une retraite estivale avec hébergement — Wisconsin, juillet – août 2020](#)

(MMWR, Oct. 30)

Message clé : La COVID-19 s'est rapidement propagée parmi les adolescents et les jeunes adultes participant à un camp de vacances. Malgré les mesures prises pour confirmer les tests négatifs avant la participation au camp, 116 participants et membres du personnel (76 % au total) ont développé des formes de COVID-19 confirmées ou probables. Tous ces cas étaient vraisemblablement liés à un seul participant testé négatif par RT-PCR avant son arrivée au camp, mais qui a ensuite développé des symptômes et a été testé positif. Aucune infection n'a été signalée parmi les 24 participants chez qui des anticorps avaient été détectés lors des tests sérologiques du SARS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19. Étant donné le potentiel de propagation rapide de la maladie dans les lieux de rassemblement tels que des camps, un plan d'atténuation détaillé est nécessaire pour réduire le risque d'infection. Il peut inclure une quarantaine avant l'arrivée, des tests avant et après l'arrivée, des protocoles d'isolement et de quarantaine, une priorité accordée aux programmes et activités de plein air et un respect strict des gestes barrières (3 M).

- Une enquête menée sur l'épidémie constatée lors d'une retraite estivale de lycéens avec hébergement, organisée dans le Wisconsin, a établi la propagation rapide de COVID-19 parmi les participants et le personnel. Malgré les tests et les exigences de quarantaine imposés avant l'arrivée des participants, plus des trois quarts ont finalement développé une COVID-19 confirmée ou probable.
- Parmi les 24 participants avec un test sérologique positif aux anticorps anti-SARS-CoV-2 au moment de leur arrivée, aucun cas n'a été identifié. Étant donné le taux d'attaque élevé constaté parmi les participants en général et le taux d'infection nul chez ceux possédant des anticorps, il peut s'agir d'une preuve préliminaire de l'effet protecteur que procurent les anticorps pendant une période inconnue, bien que les données de cette enquête ne soient pas définitives. Ça ne peut pas être un hasard si sur les 24 personnes déjà positives au test sérologique à l'arrivée, aucune n'a finalement été positive au test RT-PCR, alors que 116 des 128 autres participants l'ont été. Si l'on considère [d'autres études sur les épidémies](#), dont une survenue sur un bateau de pêche, il semble très probable que des personnes ayant déjà été infectées soient protégées pendant un certain temps d'une nouvelle infection.
- Les maladies infectieuses, y compris la COVID-19, peuvent se propager rapidement dans les lieux de rassemblement. Le strict respect des mesures d'atténuation est nécessaire pour réduire le risque d'épidémies dans ce type de configuration. Une fois les cas identifiés, un dépistage rapide, l'isolement et la quarantaine sont indispensables pour minimiser la propagation ; une coordination rapide avec les autorités de santé publique peut être nécessaire dans ce type de contexte.

[Séroprévalence du SARS-CoV-2 et facteurs de risque de transmission parmi les contacts étroits à haut risque : un étude de cohorte rétrospective](#)

(Lancet Infectious Diseases, Nov. 2)

Message clé : L'analyse des recherches de contacts à Singapour a montré que le taux d'attaque secondaire parmi les contacts familiaux était environ cinq fois plus élevé que parmi les contacts sociaux ou professionnels, suggérant que ces contacts familiaux doivent être prioritaires pour une mise en quarantaine. Les données des tests sérologiques ont montré que la stratégie de test basée sur la PCR est passée à côté de plus de la moitié des cas parmi les contacts mis en quarantaine. L'analyse des facteurs de risque de transmission a illustré l'importance de la distanciation physique et de la minimisation des interactions verbales.

- Un contact étroit correspond à quelqu'un qui a été en contact avec une personne atteinte de COVID-19 dans un rayon inférieur à 2 mètres pendant au moins 30 minutes (à Singapour, les directives stipulaient que tous les contacts étroits étaient surveillés en quarantaine pendant 14 jours ; ceux qui ont développé des symptômes ont subi un test PCR de dépistage du SARS-CoV-2). Entre janvier et avril, le test PCR a permis de détecter 188 cas de COVID-19 parmi 7770 contacts étroits de 1114 cas index de COVID-19, soit un taux d'attaque de : 5,9 % (IC à 95 % : 4,9-7,1) pour 1779 contacts familiaux ; 1,3 % (0,9-1,9) pour 2231 contacts professionnels ; et 1,3 % (1,0-1,7) pour 3508 contacts sociaux.
- Les données des tests sérologiques ont montré que la stratégie de test PCR basée sur les symptômes a manqué ~60 % des diagnostics de COVID-19.
- L'analyse des données issues d'un questionnaire en 70 items a montré que les facteurs de risque d'infection parmi les contacts familiaux comprennent le fait de partager une chambre à coucher avec un cas index (OR 5,38 [IC à 95% : 1,82-15,84]) et le fait d'être en contact avec un cas index pendant au moins 30 minutes (7,86 [3,86-16,02]). Parmi les contacts hors cellule familiale, les facteurs de risque d'infection sont l'exposition à plus d'un cas (3,92 [2,07-7,40]), le fait d'avoir discuté avec un cas index pendant au moins 30 minutes (2,67 [1,21-5,88]) et le partage d'un véhicule avec un cas index (3,07 [1,55-6,08]).
- Tous les contacts n'ont pas été soumis à des tests sérologiques, il se peut par conséquent qu'il y ait un biais dans les tests. Les effets potentiels du port du masque ont été difficiles à évaluer : le port du masque parmi les cas index était élevé (>80 %), tandis que le port du masque par les contacts étroits « à l'occasion de tous les contacts » était faible (<10 %). Il n'a pas été possible de détecter une différence dans l'utilisation du masque entre les paires contact/cas ayant débouché sur une transmission et les paires sans transmission.