

COVID-19 : Point épidémiologique

Bulletin hebdomadaire n°11 – 09 au 15 Juin 2020 -

Editorial : Briser la chaîne de contamination

1/ Renforcer la surveillance épidémiologique :

Actuellement cette activité ne peut rendre compte de la réalité épidémiologique présente ni des tendances futures avec une rapidité et une précision satisfaisante. Encore moins à l'échelle locale où ces données sont très cloisonnées ? Dans le cas du Sars-cov-2 l'action de recherche des contacts, leur dépistage et leur isolement et/ou éventuel traitement est l'une des principales interventions pour briser la chaîne de contamination (tester, isoler, traiter). Si l'isolement n'est pas possible à domicile, des lieux dédiés et encadrés médicalement à cette intervention doivent être prévus (hôtels, centre d'accueil etc...) avant l'hospitalisation.

En plus des SEMEP, les médecins généralistes privés représentent le premier maillon de la chaîne de « traçage » des personnes malades et des contacts ; doivent être intégrés pour empêcher la propagation du virus.

2/ Susciter l'adhésion de la population

La communication est un élément stratégique indispensable pour susciter l'adhésion de la population et particulièrement dans certaines zones urbaines densément peuplées propices à la propagation rapide du virus. Les messages doivent être clairs, compréhensibles, crédibles et culturellement appropriés. Le port du masque **rendu obligatoire chez nous depuis le 24 Mai, est une décision importante à respecter et faire respecter**, mais comme pour les autres produits (gels hydroalcooliques et autres désinfectants) l'état doit garantir leur disponibilité et leur qualité et veiller à leur bonne utilisation.

3/ Enfin troisième critère contribuant à la maîtrise de l'épidémie : c'est la disponibilité et l'accessibilité aux différents tests de dépistage et de suivi de tous les cas et leurs contacts. Le soutien effectif par un réseau de laboratoires publics et/ou privés reste la garantie pour l'efficacité et la rapidité des interventions visant à casser la chaîne de transmission. La coordination et la gestion de cette crise à l'échelle locale doit permettre l'implication de tous les intervenants publics et privés dans la lutte contre COVID-19.

Sommaire

Objectifs et méthode.

Situation COVID-19 :

- En Algérie
- Dans la région Est

Critères pour anticiper ou prévoir une flambée épidémique.

COVID-19 et La dexaméthasone.

Retour d'expérience.

Bon à savoir.

Objectifs

Ce bulletin hebdomadaire permet le suivi de l'épidémie COVID-19 en région Est. Sur la base de ce suivi, il constitue un moyen de communication entre les différentes wilayas et d'échange sur les méthodes et les moyens de mise en œuvre du plan national de lutte contre cette épidémie ainsi que sur la mise à jour des connaissances récentes essentiellement en matière de prévention et de surveillance épidémiologique.

Méthode :

Sources des données :

- Site officiel du ministère de la santé (chiffres quotidiens base de suivi de l'évolution de l'épidémie).

- Réseau de surveillance épidémiologique e-MADO: surveillance COVID –19.

Les indicateurs calculés:

- **% Décès:** $\frac{\text{nombre décès}}{\text{nombre cas confirmés}}$

- **% COVID-19 Région sanitaire:** $\frac{\text{nombre cas dans la région}}{\text{nombre cas en Algérie}}$

Situation En Algérie

Du 09 au 15 Juin

Depuis le 25 Février, début de l'épidémie COVID-19, et jusqu'au 15 Juin 2020:

- Nombre des cas confirmés (par RT-PCR): **11031 (766 nouveau cas)**.
- Nombre de décès: **777 (62 nouveau décès)**.
- % Décès: **7.04%**
- Moyenne des cas déclarés par jour: **109 cas**.
- Nombre des cas en soins intensifs: **38**.
- Nombre des cas guéris: **7735 (936 nouveau cas guéris)**.

Durant la semaine du 09 au 15 Juin, il y avait une relative stabilité du nombre des cas confirmés et du nombre des décès due au COVID-19.

NB: Les données entre parenthèses représentent la semaine du 09 au 15 Juin.

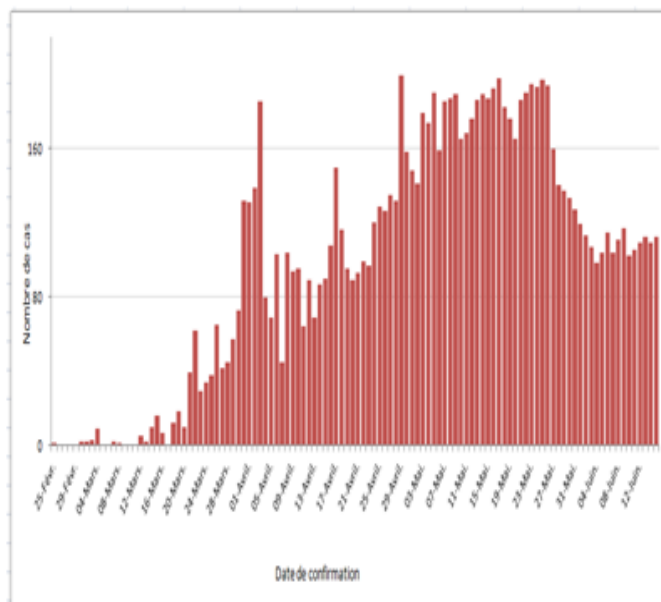


Figure 1 : Répartition des cas confirmés COVID-19 par date de confirmation
Algérie, 15/06/2020
(Source: ministère de la santé)

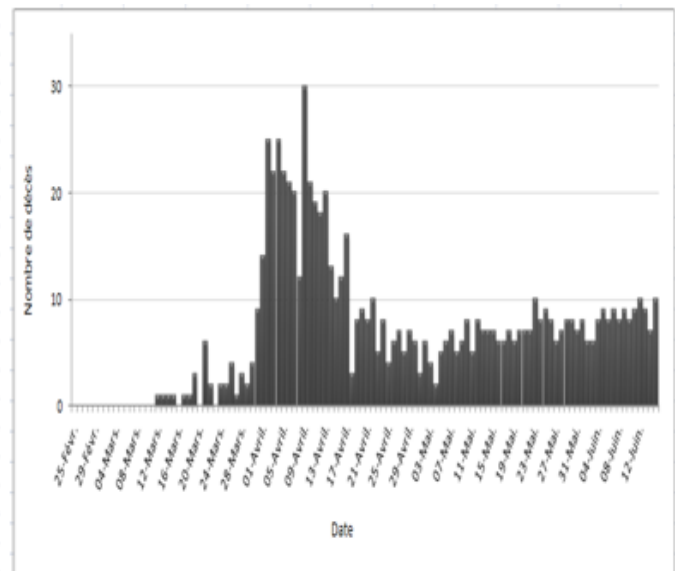


Figure 2: Répartition des décès COVID-19 par date*
Algérie, 15/06/2020
(Source: ministère de la santé)

*: la date est celle de confirmation ou de décès.

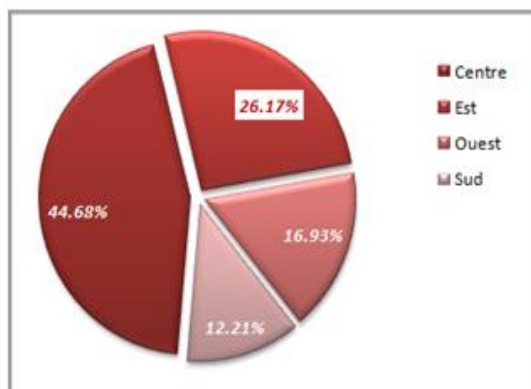


Figure 3 : Proportion des cas confirmés COVID-19 selon la région sanitaire, 15/06/2020
(Source: ministère de la santé)

Tableau 1: Répartition de la proportion des décès COVID-19 par région sanitaire
Algérie, 15/06/2020

(Source: ministère de la santé)

Région sanitaire	Cas confirmés		Décès		% Décès
	Cumulés	Nouveaux*	Cumulés	Nouveaux**	
Centre	4929	294	438	16	8.9
Est	2887	255	165	28	5.7
Ouest	1868	129	90	08	4.8
Sud	1347	88	84	10	6.2
Total	11031	752	777	54	7

* : Nouveau cas COVID-19 enregistrés pendant la semaine du 09 au 15 Juin.

** : Nouveau décès COVID-19 enregistrés pendant la semaine du 09 au 15 Juin.

Situation dans l'Est Algérien

Du 09 au 15 Juin

Depuis l'enregistrement du premier cas le 12 Mars et jusqu'au 15 Juin 2020:

% COVID-19 Région Est: **26.2 %** de l'ensemble des cas en Algérie.

14 wilayas touchées **soit** tout l'Est Algérien.

Nombre de cas confirmés: **2887 (255 nouveaux cas)**.

34 % des nouveaux cas étaient enregistrés au niveau de la wilaya de **Sétif**.

Nombre de décès: **165 (28 nouveaux décès: Sétif, Msila, Annaba, Oum El Bouaghi, Tébessa, Jijel, Souk Ahras, Constantine et El Taref)**.

% Décès: **5.7 %**.

NB: les données entre parenthèses représentent la semaine du 09 au 15 Juin.

Tableau 2: Répartition de la proportion des décès COVID-19 par wilaya

Est Algérien, 15/06/2020

(Source: ministère de la santé)

Wilaya	Cas confirmés		Décès		% Décès
	Cumulés	Nouveaux*	Cumulés	Nouveaux**	
Sétif	771	110	53	8	6.9
Constantine	504	17	24	1	4.8
Oum El Bouaghi	215	14	8	2	3.7
Annaba	207	7	7	3	3.4
Batna	195	12	12	0	6.2
Msila	191	17	24	8	12.6
Khencela	170	8	4	0	2.4
Skikda	159	11	7	0	4.4
Tébessa	104	15	6	2	5.8
Souk Ahras	90	10	6	1	6.7
Mila	89	11	5	0	5.6
Jijel	81	12	7	2	8.6
Guelma	68	7	1	0	1.5
El Taref	43	4	1	1	2.3

* : Nouveau cas COVID-19 enregistrés pendant la semaine du 09 au 15 Juin.

** : Nouveau décès COVID-19 enregistrés pendant la semaine du 09 au 15 Juin.

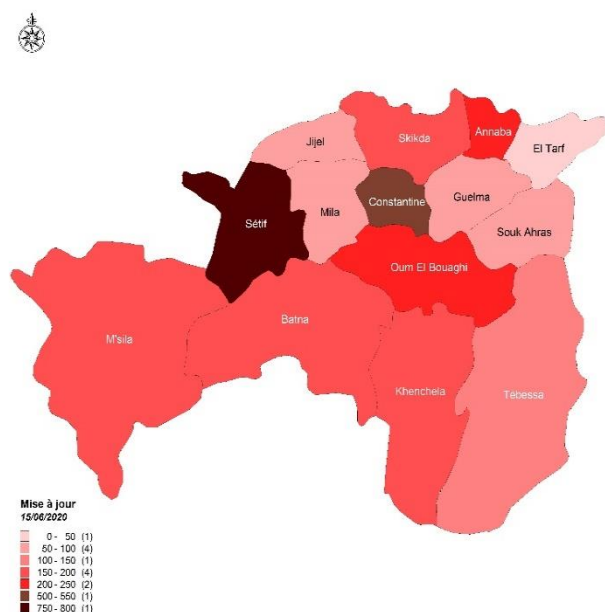


Figure 4 : Répartition du nombre de cas confirmés COVID-19
Région Est, 15/06/2020
(Source: ministère de la santé)

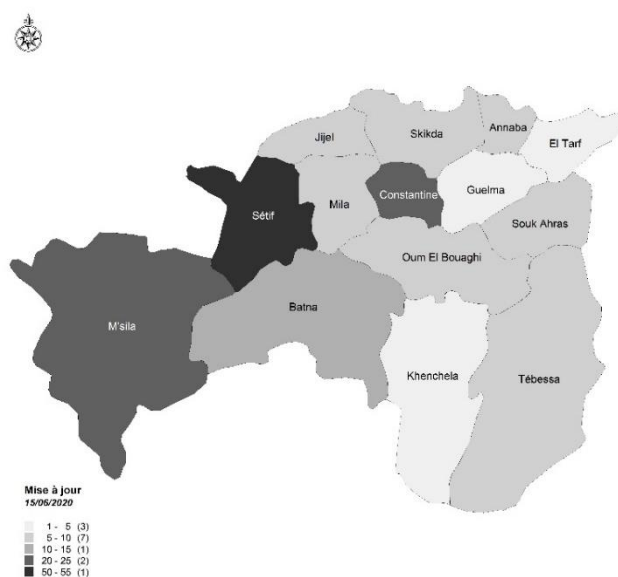


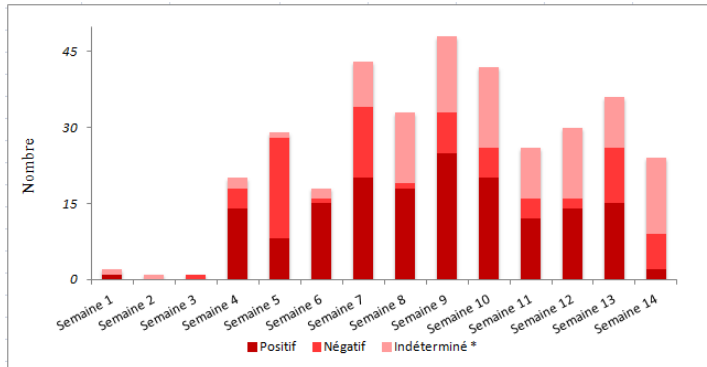
Figure 5 : Répartition des décès par COVID-19
Région Est, 15/06/2020
(Source: ministère de la santé)

COVID-19 : Réseau e-MADO

Du 09 au 15 Juin

Durant période du 16 Mai au 15 Juin, **136 cas** de COVID-19 ont été signalés via le réseau de surveillance e-MADO dont:

- 69 cas ont été confirmés.
- 06 cas suspects.
- 20 cas probable.
- 15 cas ont été exclus.



*: résultat en cours ou prélèvement non réalisé.

Figure 6: Répartition des cas COVID-19 selon le résultat du prélèvement et la semaine d'enregistrement sur e-MADO 09 au 15 Juin (Source: Réseau e-MADO)

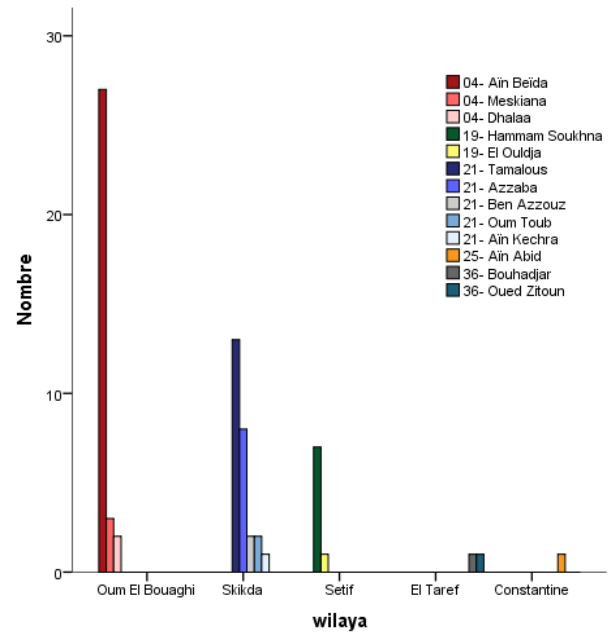


Figure 7: Répartition des cas confirmés COVID-19 selon la commune et la wilaya 09 au 15 Juin (Source: Réseau e-MADO)

Tableau 3 : Caractéristiques des cas confirmés COVID-19 09 au 15 Juin (Source: Réseau e-MADO)

Caractéristiques (N= 69)		
Sexe		
Hommes	34	
Femmes	35	
Sexe ratio Homme / Femme	0.97	
Age		
Médiane (minimum-maximum)	42 ans	9 – 90 ans
Moins de 15 ans	1	1.4 %
15 – 44 ans	36	52.2 %
45 – 64 ans	16	23.2 %
65 – 74 ans	10	14.5 %
75 ans et plus	5	7.2 %
Non précisé	1	1.4 %
Nature d'exposition		
Séjour dans une zone à risque	-	-
Contact avec un cas confirmé	33	47.8 %
Travail dans un établissement de santé	1	1.4 %
Indéterminée ou en cours d'investigation	35	50.7 %
Co morbidité		
Avec co morbidité	58	84.1 %
Sans co morbidité ou non précisée	11	15.9 %
Caractéristiques cliniques		
Toux	44	63.8 %
Asthénie	43	62.3 %
Fèvre	40	57.9 %
Signes digestifs	28	40.6 %
Anosmie et/ou agueusie	24	34.8 %
Céphalées	18	26.1 %
Myalgies/courbatures	16	23.2 %
Maux de gorge	15	21.7 %
Dyspnée	4	5.8 %

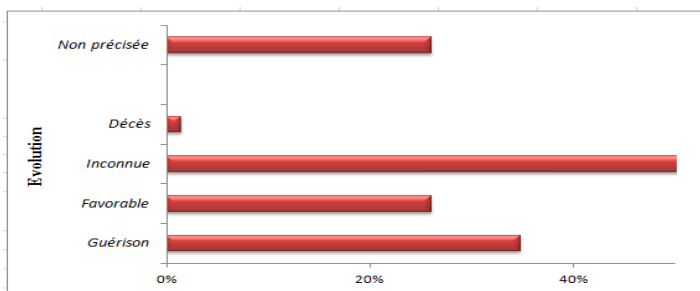


Figure 9: Répartition des cas confirmés COVID-19 selon l'évolution 09 au 15 Juin (Source: Réseau e-MADO)

Prise en charge à l'hôpital

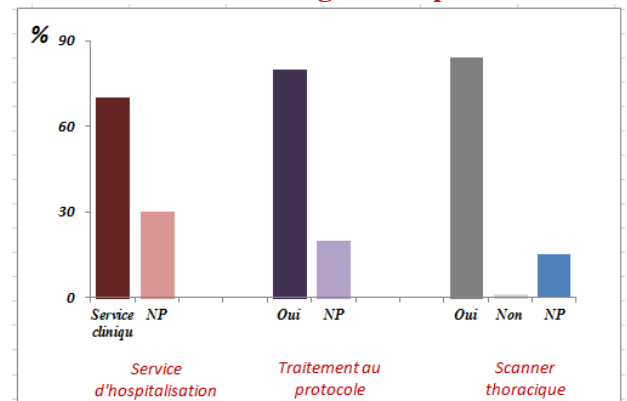


Figure 8: Prise en charge des cas confirmés COVID-19 09 au 15 Juin (Source: Réseau e-MADO)

Suivi des sujets contacts (contact tracing)

- Nombre total des sujets contacts : **737**.
- Nombre moyen des contacts par cas confirmé: **20**.
- Nombre des cas positifs (confirmé) parmi les cas contacts: **57**.
- Nature des contacts :
 - * contacts familiaux: **28**.
 - * contacts professionnels: **01**.
 - * Indéterminée ou en cours d'investigation: **40**.

Sur quels critères se basent on pour anticiper ou prévoir une flambée épidémique ?

Tiré de "COVID-19 : La seule chose qui compte, c'est l'endroit où s'qu'elle tombe, ou comment éviter une éventuelle deuxième vague

Par Stéphane KORSIA-MEFFRE - Date de publication : 04 Juin 2020 (Vidal.fr)

QUESTIONNEMENTS

- Quelles sont les informations importantes sur la façon dont la COVID-19 se propage ?
- Quels sont les conditions nécessaires à l'apparition d'une flambée épidémique ?

CONSTATATIONS ET HYPOTHESE

Le SARS-CoV-2 était présent, de manière ponctuelle, avant les flambées épidémiques. En témoignent les analyses *a posteriori* de prélèvements ou de scanners thoraciques montrant des signes caractéristiques de COVID-19 chez quelques patients.

Dans les pays de moyenne ou grande taille, **la pandémie n'a flambé que dans certaines régions** (Île-de-France et Grand Est, Lombardie, Hubei, État de New York, etc.), sans embraser l'ensemble du territoire (malgré des cas identifiés un peu partout).

Remarque : Ces deux observations suggèrent fortement que **la COVID-19 ne progresse pas comme la grippe saisonnière**. Celle-ci envahit rapidement et uniformément tout un territoire dès que le virus commence à être repéré. Cela n'a pas été le cas pour le SARS-CoV-2, même si son R_0 , supérieur à celui du virus *Influenza*, le rend théoriquement plus contagieux

MODE STOCASTIQUE ?

La COVID-19 semble être une infection dont la transmission se fait sur un mode stochastique

L'épidémie progresse alors de manière discontinue ce qui, en termes statistiques, répond à une **distribution binomiale négative** (alors que la grippe saisonnière se rapproche davantage d'une **distribution de type Poisson**).

Ce mode de diffusion stochastique a été observé lors de l'épidémie de SRAS ($R_0 = 2$; $k = 0,16$) et, à un moindre degré, celle de MERS ($R_0 = 0,6$; $k = 0,25$).

C'est là où **les situations superpropagatrices sont indispensables**: soudain, le milieu devient favorable à la propagation de SARS-CoV-2, malgré sa faible contagiosité chez la majorité des personnes infectées

Cette particularité explique que les foyers les plus importants de COVID-19 ne soient pas systématiquement apparus dans les grandes métropoles (comme c'est le cas pour les infections à distribution de type Poisson), mais également **dans des lieux moins peuplés** (par exemple Mulhouse ou Codogno), là où avait eu lieu un événement super propageur

Par ailleurs, toujours selon le modèle binomial négatif, une fois un foyer installé, **la croissance du nombre de cas explose rapidement**, en quelques générations de patients infectés. Par exemple, sur le paquebot *Diamond Princess*, les 135 premiers cas se sont déclarés en 5 jours.

Taux de reproduction (R_0 /Reff) et facteur de dispersion (k)

Connaître son taux de reproduction (R_0 /Reff) ne suffit pas. En effet, comment expliquer que, plus contagieuse que la grippe saisonnière, elle ne soit pas parvenue à coloniser les différents territoires de manière homogène ?

La réponse se trouve dans une autre caractéristique des infections, **leur facteur de dispersion k (kappa)**.

N.B. Si le taux de reproduction reflète la contagiosité moyenne sur l'ensemble des personnes infectées, le facteur de dispersion mesure **la variabilité de ce taux de reproduction** au sein de la population infectée.

Quelle valeur pour le k de la COVID-19 ?

Il est trop tôt pour connaître avec certitude le k de la COVID-19.

Sa mesure a, de plus, été rendue difficile par les mesures de confinement généralisé. Diverses études se sont penchées sur la question.

- une étude de modélisation suisse situe son k entre 0,3 et 0,6 avec une médiane à 0,54.
- Une étude chinoise propose 0,45, ce qui (avec un R_0 de 3), signifie que 20 % des personnes infectées seraient responsables de 80 % des cas.
- Une étude britannique propose un k plus faible, entre 0,1 et 0,3 (10 % des cas responsables de 80 % des cas, $R_0 = 3$).
- Ce qui semble certain, c'est que **le k de la COVID-19 est plus élevé que celui du SRAS et probablement moindre que celui du MERS.**

Pourquoi les situations superpropagatrices sont-elles cruciales lorsque le k est faible ?

Connaître le k (donc apprécier le degré de stochasticité de la diffusion) est essentiel pour identifier des méthodes de contrôle de la pandémie.

En effet, **plus une infection est stochastique et plus ses flambées sont dépendantes de situations superpropagatrices** (« *superspreading events* »).

Lorsque 80 % des cas sont dus à 10 ou 20 % des personnes infectées, comme cela semble être le cas pour la COVID-19, cela signifie également que 80 à 90 % des personnes infectées sont responsables de 20 % des infections.

Donc, la majorité des cas, une personne infectée n'en contamine aucune autre.

Dès lors, on comprend que les probabilités ne jouent pas en faveur du SARS-CoV-2 et que la majeure partie des chaînes de contamination ou des foyers s'éteignent d'eux-mêmes

Quand $k = 1$, R_0 est le même quel que soit le patient, l'épidémie progresse de façon uniforme, façon tache d'huile : CAS de l'épidémie de grippe espagnole en 1918.

Plus k se rapproche de 0, plus la contagiosité de chaque patient est variable. Par exemple, lorsque $k = 0,1$ et $R_0 = 3$, 73 % des patients contaminent moins d'une personne, mais 6 % en contaminent plus de 8

Les situations superpropagatrices

Les situations superpropagatrices, au cœur de la diffusion de la COVID-19
Comme observé lors des épidémies de SRAS et de MERS, la COVID-19 ne semble flamber qu'en présence d'un événement ou d'une situation où de nombreuses personnes ont été simultanément contaminées par quelques individus, voire un seul.

4 types de situations superpropagatrices :

- **les situations "biologiques"** qui augmentent l'infectiosité, par exemple une charge virale élevée dans l'oropharynx ou les poumons (hypothèse) ;
- **les situations "comportementales ou sociales"** que sont, par exemple, les sujets amenés par leur profession à être en contact avec de nombreuses personnes ;
- **les "établissements à risque élevé"** comme les abattoirs, les foyers communautaires, les EHPAD, les établissements de soins, les prisons, etc.
- **les "scénarios opportunistes"** qui sont des rassemblements occasionnels de forte densité (navires, transports en commun sans ventilation, par exemple), en particulier ceux qui comportent des cris ou des chants (offices religieux, concerts, boîtes de nuit, etc.).

Ainsi, ce qui définit une situation superpropagatrice, c'est à la fois **la présence de nombreuses personnes susceptibles d'être infectées et des conditions augmentant la probabilité d'être infecté** (contacts fréquemment répétés ou étroits, présence de personnes ou d'activités fortement contaminantes, par exemple).

Quelles conséquences sur l'apparition éventuelle d'une deuxième vague ?

La population susceptible d'être gravement malade est encore vaste, comme autant de forêts prêtes à s'embraser. De plus, même si le nombre de cas diminue fortement cet été, voire devient égal à zéro, le SARS-CoV-2 va continuer à être présent à travers le monde.

La probabilité qu'il disparaisse complètement de notre planète semble faible, au moins pour ce que l'on en sait actuellement.

Si quelques foyers infectieux dominent la transmission de la COVID-19 alors que la plupart d'entre eux s'éteignent d'eux-mêmes, cela signifie que, **pour éviter une deuxième vague épidémique, il est indispensable, dès aujourd'hui, de construire des échelles de risque, à la fois pour les personnes**

vulnérables, mais aussi pour les situations, activités, événements ou lieux particulièrement à risque de superpropagation

Ces échelles de risque permettront de décider de mesures de contrôle à appliquer à chaque population/situation, pour **un contrôle finement adapté** (et moins coûteux économiquement ou psychologiquement).

Selon la vulnérabilité de la cible, ces mesures pourront être drastiques (de type "cordons sanitaires" autour des EHPAD, par exemple) ou plus souples (limiter les rassemblements en lieux clos où les personnes crient et chantent, par exemple).

En conclusion

En conclusion, les travaux récents sur la dissémination de la COVID-19 confirment que, sur le plan épidémiologique comme sur le plan virologique ou immunologique, **cette infection à coronavirus n'est pas fondamentalement différente du SARS.**

Ses particularités (un facteur de dispersion un peu plus élevé, une transmission possible avant l'apparition de symptômes) devront être prises en compte dans la manière dont nous devrons continuer à être vigilants.

Mais, comme pour le SRAS ou le MERS, **la plus grande attention devra être portée à la prévention des situations superpropagatrices, avec des mesures adaptées au niveau de risque de chaque population, en particulier les plus vulnérables**

La survenue de situations superpropagatrices (« superspreaderevents ») est essentielle pour que naisse une flambée épidémique.

Comprendre et contrôler en amont ces situations, lieux ou événements superpropagateurs vont devenir essentiel, dans les mois qui viennent pour **prévenir l'apparition d'une éventuelle deuxième vague** sans devoir recourir aux mesures extrêmes de type confinement généralisé

Ces situations, biologiques, sociales ou liées à la concentration de personnes particulièrement vulnérables, sont la condition *sine qua non* pour que la COVID-19 passe de l'anecdotique au stade épidémique

Pour	aller	plus	loin
------	-------	------	------

L'article sur le caractère stochastique de la transmission de la COVID-19 Althouse BM, Wenger EA, Miller JC et al. " <u>Stochasticity and heterogeneity in the transmission dynamics of SARS-CoV-2.</u> " arXiv,	27	mai	2020.
--	----	-----	-------

Une synthèse sur la variabilité du R0 et le facteur de dispersion dans la COVID-19 Kupferschmidt K. " <u>Why do some COVID-19 patients infect many others, whereas most don't spread the virus at all?</u> "	Science,	19	mai 2020.
--	----------	----	-----------

Les études sur le facteur de dispersion de la COVID-19 L'étude suisse Riou J & Althaus CL. " <u>Pattern of early human-to-human transmission of Wuhan 2019 novel coronavirus (2019-nCoV), December 2019 to January 2020.</u> " Eurosurveillance, Volume 25, Issue 4, 30/Jan/2020. L'étude chinoise Adam D, Wu P, Wong J et al. " <u>Clustering and superspreading potential of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) infections in Hong Kong.</u> " Research Square, 21 mai 2020. L'étude britannique Endo A, Abbott S, Kucharski AJ & Funk S. " <u>Estimating the overdispersion in COVID-19 transmission using outbreak sizes outside China.</u> " Wellcome Open Research, 28 mai 2020.			
---	--	--	--

Un article sur les événements superpropagateurs dans la COVID-19 Leclerc QJ, Fuller NM, Knight LE & Knight Gwenan. " <u>What settings have been linked to SARS-CoV-2 transmission clusters?</u> " Wellcome Open Research, 29 mai 2020.			
--	--	--	--

L'essai clinique britannique Recovery a montré qu'un stéroïde bon marché et largement disponible réduit d'un tiers le nombre de décès chez les patients atteints d'une forme grave du Covid-19.

La dexaméthasone, un stéroïde peu coûteux et courant, pourrait sauver la vie des patients gravement malades du Covid-19, selon les conclusions de Recovery, un vaste essai clinique mené en Grande-Bretagne. Ce médicament est le premier à montrer un effet clair sur la mortalité liée au virus SARS-CoV-2, qui a tué plus de 430 000 personnes dans le monde. Ce stéroïde a réduit d'environ un tiers les décès chez les patients de l'essai placés sous respirateur artificiel à cause d'une forme grave du Covid-19.

« C'est un résultat surprenant », déclare Kenneth Baillie, médecin en soins intensifs à l'université d'Édimbourg, au Royaume-Uni, qui fait partie du comité directeur de l'essai Recovery. « Il aura clairement un impact important au niveau mondial. » Ces résultats ont été annoncés dans un communiqué de presse le 16 juin, mais les chercheurs affirment qu'ils vont publier leurs résultats rapidement et qu'ils les partageront avec les autorités de réglementation du monde entier.

L'essai Recovery, lancé en mars, est l'un des plus grands essais randomisés et contrôlés au monde pour tester les traitements potentiels contre le coronavirus. Près de 2 100 participants recrutés pour l'étude ont reçu de la dexaméthasone à une dose modérée de 6 milligrammes par jour pendant 10 jours, et leur évolution a été comparée à celle d'environ 4 300 patients ayant reçu des soins standard pour le Covid-19.

L'effet de la dexaméthasone a été le plus prononcé chez les patients gravement malades placés sous respirateur artificiel. Une amélioration, moindre, a aussi été constatée chez les patients qui recevaient juste de l'oxygène : leur risque de mourir a été réduit de 20 %. Le stéroïde n'a en revanche montré aucun effet sur les cas légers de Covid-19, c'est-à-dire les malades qui ne recevaient ni oxygène ni ventilation.

COVID-19 : Retour d'expérience

La démarche de retour d'expérience répond à une nécessité, de faire connaître et d'apprendre de notre propre expérience, de valoriser les initiatives, les compétences locales et les qualités intellectuelles qui nous ont souvent fait défaut.

Elle nous permet de diffuser des connaissances scientifiques adaptées et/ou nécessitant certaines conditions pour son application à notre contexte et contribuer ainsi à son enrichissement.

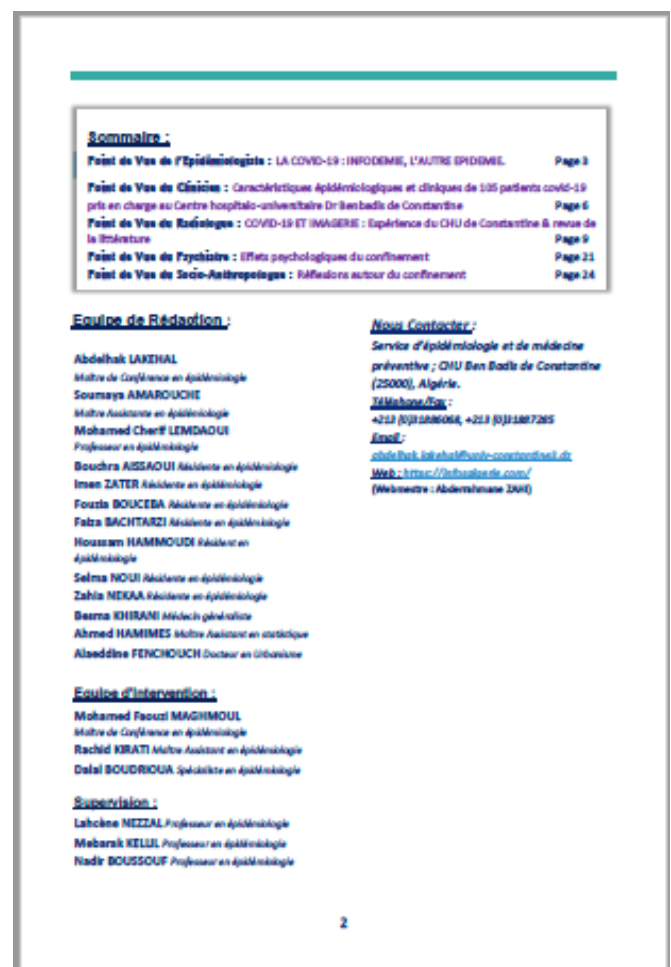
A partir de l'épreuve de la pandémie du COVID-19, il va falloir s'organiser et se former chaque jour en équipe.

“Le principe consiste à rechercher les facteurs qui ont construit une situation difficile, pour disséquer : pratiques immédiates et interactions, et enchaînements, qui ont produit la dynamique, de l'anticipation à la “sortie” de crise”.

Nous abordons cette rubrique pour diffuser toutes les interventions faites par les équipes des wilayas dans leur lourde tâche de lutte contre COVID-19, les difficultés et les réussites dans l'application des mesures pour casser la chaîne de transmission.

Cette rubrique est aussi une invitation à formuler au delà des évidences scientifiques des faits et pratiques qui ont donnés des résultats et qui nécessitent d'être pris en considération.

Dans ce bulletin, nous allons rapporter le **Numéro Spécial 03** du bulletin réalisé par l'équipe du SEMEP CHU Constantine : « *Point de situation sur le COVID-19* ». Ce numéro contient des articles d'universitaires Algériens de spécialités et de disciplines différentes, quoique complémentaires, à savoir : l'épidémiologie, l'infectiologie, la radiologie, la psychiatrie et la socio-anthropologie, rapportant leurs expériences, analyses et visions sur la situation de COVID-19 en Algérie, et particulièrement à Constantine.



Rappel des principaux axes du plan national de préparation et de riposte à la menace de l'infection coronavirus COVID-19.

DISPOSITIF DE SURVEILLANCE DE L'INFECTION COVID-19_ Identification et prise en charge des sujets contacts

Identification des niveaux de risque pour les « sujets contacts »

Un sujet contact est une personne reliée au cas index, ne présentant initialement pas de symptomatologie respiratoire compatible avec un cas suspect d'infection Covid-19 ET qui a eu des contacts répétés et très proches avec un cas suspect d'infection Covid-19 mais n'a pas été soumis à la même exposition. Il s'agit généralement de personnes partageant le même foyer.

Le cas index est défini comme la première personne qui a motivé des investigations complémentaires. Elle a été déclarée comme « cas suspect », sont reliés à ce malade sujets contacts.

L'identification des sujets « contacts » doit débuter dès la classification du patient en « cas suspect », et dès que les premières mesures de prise en charge et de prélèvement en vue du diagnostic virologique ont été réalisées.

La conduite à tenir tient compte du niveau de risque d'exposition.

Trois niveaux sont définis :

1- Niveau 1 : Sujet contact à risque négligeable

Personne ayant eu un contact ponctuel avec un cas confirmé à l'occasion de la fréquentation de lieux publics.

2- Niveau 2 : Sujet contact à risque faible

Personne ayant eu un contact ponctuel étroit et/ou prolongé avec un cas confirmé à l'occasion de la fréquentation des lieux publics ou contact dans la sphère privée (bureau) ne correspondant pas aux critères de risque modéré/élevé.

3- Niveau 3 : Sujet contact à risque modéré/élevé

Personne ayant partagé le même lieu de vie que le « cas confirmé » lorsque celui-ci présentait des symptômes.

Prise en charge des sujets contacts par niveau de risque

Le suivi des sujets contacts est assuré dans chaque région par le SEMEP de l'EPSP territorialement compétent en collaboration avec la DSP pour notamment la mise en œuvre du suivi actif des sujets contacts.

1- SUJETS CONTACTS A RISQUE NEGLIGEABLE

- Aucune mesure à prendre.

2- SUJETS CONTACTS A RISQUE FAIBLE

Les sujets contacts à risque faible d'un cas confirmé Covid-19 doivent surveiller eux-mêmes, à domicile, l'apparition de symptômes pendant une durée de 14 jours après leur dernier contact à risque avec le cas confirmé.

Cette surveillance consiste en la prise de la température deux fois par jour et la surveillance de l'apparition de symptômes d'infection respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoires, ...).

- Dès l'apparition de l'un de ces symptômes (fièvre, toux, difficultés respiratoires, ...), porter un masque si possible et s'isoler;
- Contacter immédiatement le **SAMU-Centre 115** ou la protection civile au **14 ou 1021** en signalant le contact avec un cas confirmé de Covid-19 ou le numéro vert **3030** pour orientation.

3- SUJETS CONTACTS A RISQUE MODERE/ELEVE

- Les sujets contacts à risque modéré/élevé d'un cas confirmé de Covid-19 doivent bénéficier d'un isolement à domicile d'une durée de 14 jours après le dernier contact à risque avec le cas confirmé sous le contrôle d'une équipe médicale territorialement compétente.

Durant son isolement, le sujet contact doit :

- Rester à domicile.
- Éviter les contacts avec l'entourage intrafamilial (à défaut port d'un masque chirurgical).
- Se laver très régulièrement les mains et utiliser des solutions hydro alcooliques.
- Surveiller sa température et l'apparition de symptômes d'infection respiratoire (fièvre, toux, difficultés respiratoires, ...).
- Dès l'apparition de l'un de ces symptômes (fièvre, toux, difficultés respiratoires, ...): même conduite que chez le sujet contact à risque faible.

COVID-19 : Bon à savoir

1-Guide pour l'identification et l'investigation de situations de cas groupés de COVID-19. Santé Publique France.

Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/rapport-synthese/guide-pour-l-identification-et-l-investigation-de-situations-de-cas-groupes-de-covid-19>

2-COVID-19 dans l'environnement et les lieux publics, INSPQ.

Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/environnement>

Références bibliographiques:

1- Coronavirus disease (COVID-2019) Pandemic, Viewdashboard, WHO.
Disponible sur: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.

2- Situation update worldwide, ECDC.
Disponible sur: <https://www.ecdc.europa.eu/en/geographical-distribution-2019-ncov-cases>.

3- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière.
Disponible sur: <http://covid19.sante.gov.dz/fr/acceuil/>

4- Institut national de santé publique.
Disponible sur: <http://insp.dz>

5- COVID-19 : La seule chose qui compte, c'est l'endroit où s'enfonce, ou comment éviter une éventuelle deuxième vague.
Disponibles sur: https://www.vidal.fr/actualites/25061/covid_19_la_seule_chose_qui_compte_c_est_l_endroit_ou_s_elle_tombe_ou_comment_eviter_une_eventuelle_deuxieme_vague/

6- La dexaméthasone, premier médicament efficace contre le Covid-19.
Disponible sur: <https://www.pourlascience.fr/sr/covid-19/la-dexamethasone-premier-medicament-efficace-contre-le-covid-19-19632.php>

Equipe de rédaction:

D. Zoughailech¹

Professeur en épidémiologie.

M. Hamouda¹

Assistante en épidémiologie.

S. Naidja¹

Assistante en épidémiologie.

H. Naidja²

Docteur en Urbanisme.

1/ Observatoire Régional de Santé « Est ».

2/ Université 3 Constantine.

Nous tenons à remercier les SEMEP: Ain Abid, Ain Beida, Ain Kachera, Ben Azzouz, Bouhadjar et Hammam Sokhna des wilayas d'Oum El Bouaghi, Skikda, Sétif, Constantine El Taref pour leur collaboration et leur participation au signalement des cas COVID-19 sur le réseau e-MADO.

**O
R
S
T**



Laboratoire d'hygiène Daksi Abdesslem Constantine



031 61 36 57



orstedz@gmail.com

