

COVID-19 : Point épidémiologique

Bulletin hebdomadaire n°19 – 08 au 14 Aout 2020 -

Editorial :

Cette pandémie a montré que *la surveillance épidémiologique est un élément central de toute stratégie de santé publique «... vient en soutien direct aux décisions de santé, que ce soit dans une perspective de prévention, de promotion de la santé ou de sécurité sanitaire »(O.M.S.)*

Il est temps de tirer des enseignements, d'améliorer nos interventions, nos stratégies et nos pratiques. Les efforts en cours destinées à la surveillance de la CoViD19, sont une opportunité pour évaluer et réorganiser le système de contrôle épidémiologique des maladies transmissibles au niveau national." *L'élaboration et le renforcement de systèmes nationaux de surveillance demandent un engagement important et à long terme en ressources matérielles et humaines, et commencent habituellement par une évaluation systématique des activités nationales de surveillance"(O.M.S.)*

L'évaluation cherchera à décrire l'impact des informations produites par le système sur les décisions de santé publique;« Il est alors considéré comme utile s'il répond à l'une des huit questions suivantes :

- Permet-il d'identifier les cas afin de mettre en place rapidement des moyens de prévention adaptés ?
- Permet-il de détecter des changements de tendances ou d'épisodes épidémiques ?
- Fournit-il des estimations chiffrées et fiables de morbidité et de mortalité ?
- Identifie-t-il des facteurs de risque de survenue de la maladie ?
- Contribue-t-il à améliorer le contrôle et la prévention de la maladie ?
- Sert-il à mesurer l'impact des mesures de prévention ou de contrôle ?
- Les données produites permettent-elles de générer des hypothèses ou des questions pour la recherche ?
- Les données produites permettent-elles d'améliorer les pratiques professionnelles, sociales ou environnementales. L'atteinte des objectifs initialement assignés."(O.M.S.)

Une première étape a été franchie par la reconnaissance et le renforcement des attributions des SEMEP comme pivot de ce système, mais sa réorganisation en réseau de contrôle et d'alerte nécessite de reconsidérer :
- La qualification et la diversification de sa composante humaine ; aussi bien des professionnels de santé (exemple :les médecins privés absent jusqu'à présent dans la lutte contre cette épidémie) que les compétences et capacités des autres secteurs, collectivités locales (bureaux communaux d'hygiène), laboratoires régionaux vétérinaires etc....

- Ces moyens matériels et particulièrement les nouvelles technologies (SIG)localisation et détection des signaux d'alertes ; plates-formes d'identification et de suivi des cas et contacts. Les difficultés sont souvent liées à un manque de moyens adaptés, à des techniques d'accès aux recueils d'analyse et à de diffusion des données en temps réel.

"Sans communication régulière des résultats, tout système de surveillance s'épuisera rapidement par manque de visibilité quant à l'utilisation qui est faite des données transmises "(O.M.S.)

Nous ne savons pas tout ce qui peut encore arriver, mais on peut à partir des expériences et connaissances acquises, évaluer notre système, réactualiser notre riposte, et anticiper sur la menace d'un regain de cette épidémie ou d'autres risques.

D. Zoughailech.

Sommaire

Objectifs et méthode.
Situation COVID-19 :

- En Algérie
 - Dans la région Est
- COVID-19 et oncologie.**
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:** nombre des décès/ nombre cas confirmés.

- % **COVID-19 Région sanitaire:** nombre cas dans la région/ nombre cas en Algérie.

Situation En Algérie

Du 08 au 14 Aout

Depuis le 25 Février, début de l'épidémie COVID-19 dans notre pays, et jusqu'au 14 Aout 2020:

- Nombre des cas confirmés (par RT-PCR): **37 664 (3509 nouveau cas)**.
- Nombre de décès: **1351 (69 nouveau décès)**.
- % Décès: **3.6%**.
- Moyenne des cas déclarés par jour: **501cas**.
- Nombre des cas en soins intensifs : **46**.
- Nombre des cas guéris: **26 308(2641 nouveau cas guéris)**.

La semaine du 08 au 14 Aout a été caractérisée par une baisse progressive du nombre des cas confirmés et une stabilité relative du nombre des décès due au COVID-19.

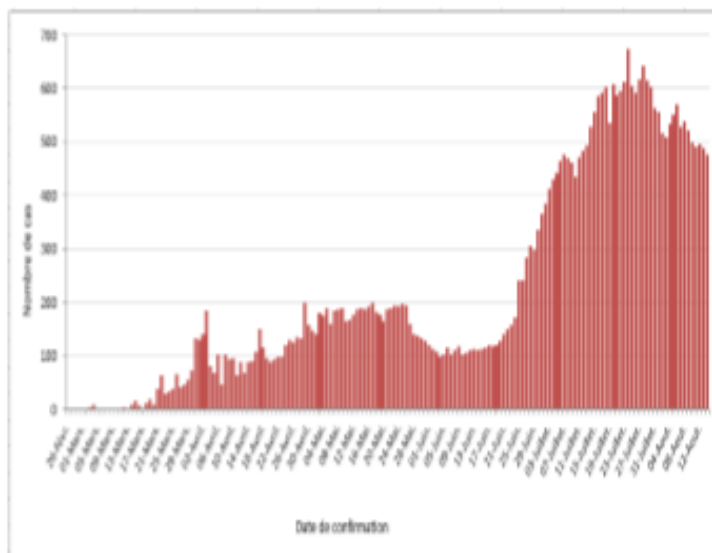
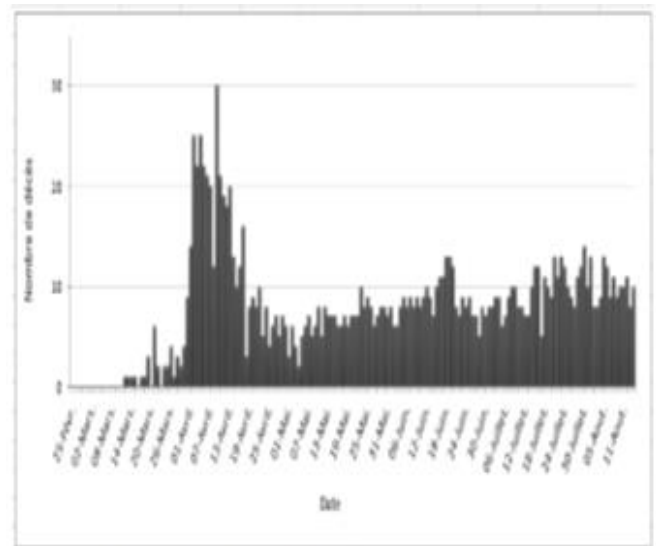


Figure 1 : Répartition des cas confirmés COVID-19 par date de confirmation
Algérie, 14/08/2020
(Source: ministère de la santé)



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

Figure 2: Répartition des décès COVID-19 par date
Algérie, 14/08/2020
(Source: ministère de la santé)

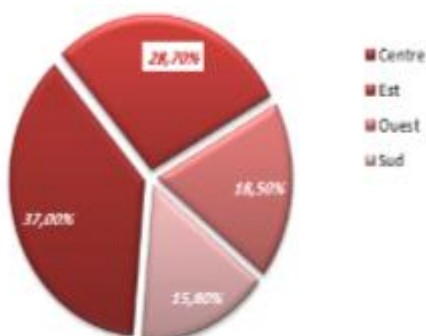


Figure 3 : Proportion des cas confirmés COVID-19 selon la région sanitaire
Algérie, 14/08/2020
(Source: Institut national de santé publique)

Tableau 1: Répartition de la proportion des décès COVID-19 par région sanitaire
Algérie, 14/08/2020

(Source: Institut National de Santé Publique)

Région sanitaire	Cas confirmés		Décès		% Décès
	Cumulés	Nouveaux*	Cumulés	Nouveaux**	
Centre	13922	1301	644	33	4.6
Est	10828	950	398	23	3.7
Ouest	6968	758	149	07	2.1
Sud	5946	500	160	06	2.7
Total	37664	3509	1351	69	3.6

* : Nouveau cas COVID-19 enregistrés pendant la semaine du 08 au 14 Aout.

** : Nouveau décès COVID-19 enregistrés pendant la semaine du 08 au 14 Aout.

Situation dans l'Est Algérien

Du 08 au 14 Aout

Depuis l'enregistrement du premier cas le 12 Mars à l'Est Algérien et jusqu'au 14 Aout 2020:

Proportion du COVID-19 en Région Est: **28.7% de l'ensemble des cas en Algérie.**

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

Nombre de cas confirmés: **10 828 (950 nouveaux cas).**

50% des nouveaux cas étaient enregistrés au niveau des wilayas de **Msila, Annaba et Batna.**

Nombre de décès: **398 (23 nouveaux décès).**

% Décès: **3.7%.**

NB: les données entre parenthèses représentent la semaine du 08 au 14 Aout.

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

Est Algérien, 14/08/2020

(Source: ministère de la santé)

Wilaya	Cas confirmés		Décès		% Décès
	Cumulés	Nouveaux*	Cumulés	Nouveaux**	
Sétif	2735	93	119	2	4,4
Constantine	1348	88	41	6	3,0
Batna	1226	125	40	2	3,3
Msila	993	173	39	1	3,9
Annaba	827	178	34	3	4,1
Tébessa	592	56	17	5	2,9
Khencchla	561	35	13	0	2,3
Oum El Bouaghi	548	24	28	2	5,1
Jijel	444	69	20	0	4,5
Guelma	408	37	5	1	1,2
Skikda	366	36	8	0	2,2
Mila	319	15	18	1	5,6
Souk Ahras	269	16	9	0	3
El Taref	192	05	7	0	4

* : Nouveau cas COVID-19 enregistrés pendant la semaine du 08 au 14 Aout.

** : Nouveau décès COVID-19 enregistrés pendant la semaine du 08 au 14 Aout.

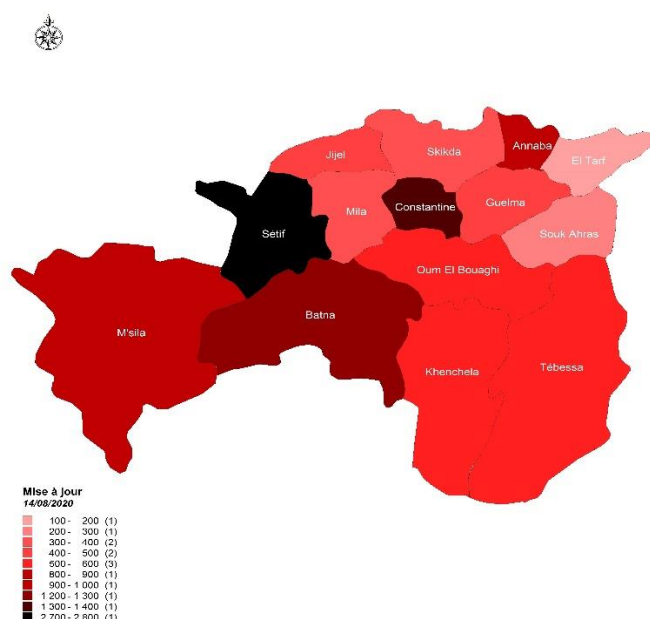


Figure 4 : Répartition du nombre de cas confirmés COVID-19 Région Est, 14/08/2020

(Source: ministère de la santé)

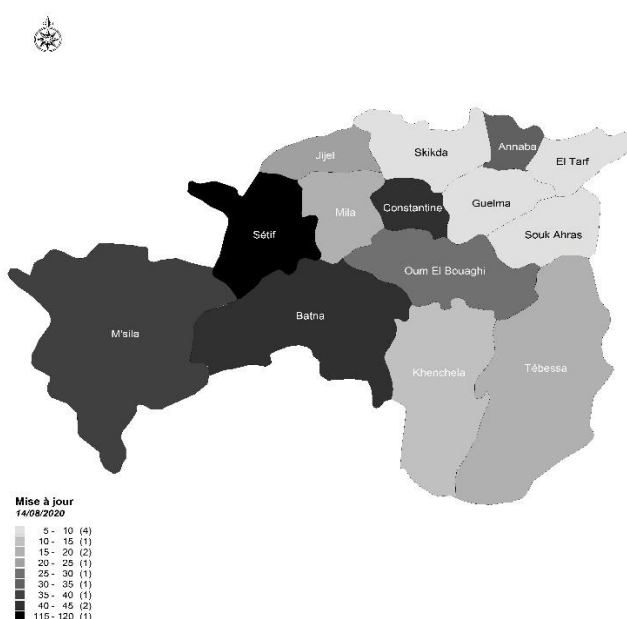


Figure 5 : Répartition du nombre de décès par COVID-19 Région Est, 14/08/2020

(Source: ministère de la santé)

COVID-19 : Réseau e-MADO

Du 08 au 14 Aout

Entre le 08 et le 14 Aout, **76 cas** COVID-19 ont été signalés via le réseau de surveillance e-MADO, dont :

- 10 étaient confirmés.
- 63 cas probables.
- 03 cas suspects.

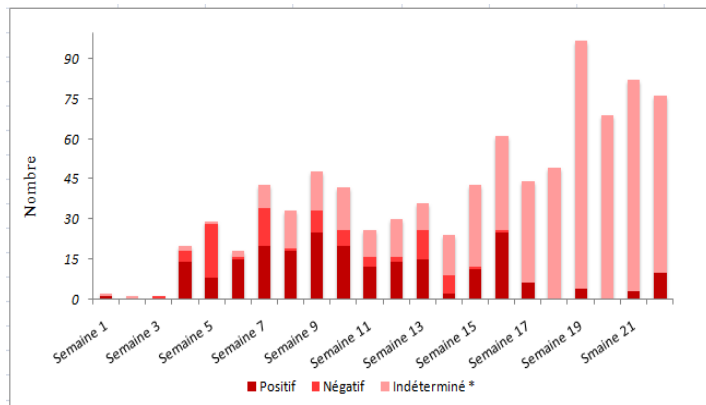


Figure 6: Répartition des cas COVID-19 selon le résultat du prélèvement et la semaine d'enregistrement sur e-MADO
08 au 14 Aout(Source: Réseau e-MADO)

Tableau 4 : Prise en charge des cas confirmés et probables COVID-19
08 au 14 Aout(Source: Réseau e-MADO)

Caractéristiques	Cas confirmés (10)	Cas Probables (63)
Hospitalisation (n/N)		
Service clinique	9/10	63/63
Soins intensifs	-	-
Non précisée	1/10	-
Délai d'hospitalisation (Jours) (entre le début des signes et hospitalisation)		
Médiane (IIQ*)	06 (02-09)	06 (04-13)
Délai de prélèvement (Jours) (entre le début des signes et la réalisation du prélèvement)		
Médiane (IIQ*)	06 (03-10)	08 (06-14)
Délai de confirmation (Jours) (entre la réalisation du prélèvement et le résultat)		
Médiane (IIQ*)	03 (01-09)	-
Durée de séjour (Jours)		
Médiane (IIQ*)	02 (01-05)	03 (01-05)
Test RT-PCR (n/N)		
Réalisé	10/10	-
Non réalisé	-	7/63
Résultat en cours	-	56/63
Traitement au protocole (n/N)		
Oui	8/10	6/63
Non	-	-
Non précisé	2/10	57/63

* : Intervalle Inter Quartile.

Tableau 3 : Caractéristiques des cas confirmés et probables COVID-19
08 au 14 Aout(Source: Réseau e-MADO)

Caractéristiques	Cas confirmés (10)	Cas Probables (63)
Wilaya (n/N)		
Oum El Bouaghi	5/10	56/63
Khenchla	4/10	-
Sétif	1/10	6/63
Tébessa	-	1/63
Age ans (n/N)		
Médiane (IIQ*)	54 (47-67)	57 (44-72)
15 - 44	2/10	16/63
45 - 64	5/10	24/63
65 et plus	3/10	23/63
Sexe (n/N)		
Masculin	2/10	38/63
Féminin	8/10	25/63
Nature d'exposition (n/N)		
Séjour dans une zone à risque	-	-
Contact avec un cas confirmé	-	-
Travail dans un établissement de santé	-	-
Indéterminée	10/10	63/63
Co morbidité (n/N)		
Avec co morbidité	3/10	22/63
Sans co morbidité ou non précisée	7/10	41/63
Caractéristiques cliniques (n/N)		
Asthénie	9/10	60/63
Fièvre	7/10	57/63
Toux	1/10	53/63
Myalgies/courbatures	6/10	3/63
Anosmie et/ou agueusie	2/10	5/63
Signes digestifs	-	23/63
Dyspnée	1/10	-
Céphalées	3/10	19/63

* : Intervalle Inter Quartile.

Tableau 5 : Contact tracing des cas confirmés et probables COVID-19
08 au 14 Aout(Source: Réseau e-MADO)

Contact tracing	Cas confirmés (10)	Cas Probables (63)
Nombre des enquêtes réalisées	5/10	42/63
Nombre des sujets contacts des cas	36	178
Nombre Moyen des sujets contacts par cas	7	4
Nombre des cas positifs parmi les contacts	3	1
Nature des contacts		
Contacts familiaux	5	42
Indéterminée ou en cours d'investigation	-	-

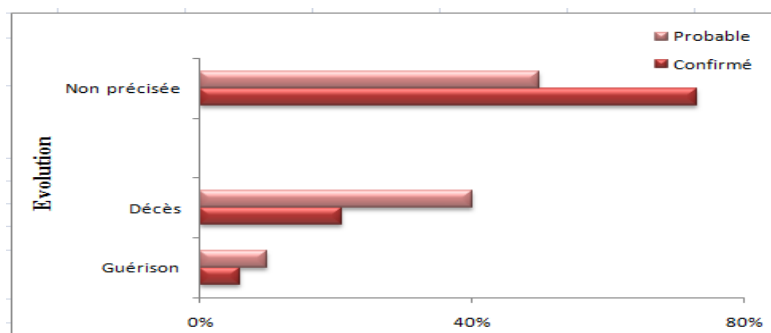


Figure 7: Répartition des cas confirmés et probables COVID-19 selon l'évolution
08 au 14 Aout(Source: Réseau e-MADO)

Introduction

En réponse au COVID-19, le plan d'action du gouvernement britannique contre les coronavirus a été lancé début mars et a lancé un verrouillage depuis fin mars 2020. Le plan du gouvernement est de protéger le National Health Service (NHS) contre le dépassement de l'exponentiel croissance des cas confirmés COVID-19. Le NHS a transformé ses services pour maximiser la capacité des patients hospitalisés et des soins intensifs afin de libérer un objectif d'au moins 30000 lits sur les 100000 lits pour le COVID-19. Dans l'immédiat, tous les services, y compris les services oncologiques, ont été touchés tandis que les ressources ont été recentrées sur la réponse COVID-19 du gouvernement. Dans le même temps, le NHS a connu une crise de personnel sans précédent en raison d'un nombre important d'employés infectés et / ou isolés. En raison de la transformation du service ou du choix personnel des patients, il y a eu en moyenne une baisse de 30% des patients sous chimiothérapie et jusqu'à 50% des nouveaux patients présentant ou référés pour un diagnostic de cancer suspecté entre mars et avril 2020.

Dans l'intervalle, les services de cancérologie essentiels et urgents se sont poursuivis, tandis que les références et autres services ont été reportés ou transformés pour permettre la prestation virtuelle. Les patients atteints de cancer étant plus susceptibles d'être immunodéprimés, il est important de minimiser leur risque d'exposition au SRAS-CoV-2. Les stratégies comprennent l'obligation pour le personnel et les patients de porter un équipement de protection individuelle (EPI) pour prévenir la transmission virale ou la mise en place de la livraison à domicile de certains traitements anticancéreux systémiques (SAT). La livraison à domicile de certains SAT permet aux patients d'éviter des visites inutiles dans les hôpitaux et réduit le temps d'attente pour les autres patients dans la salle de chimiothérapie, permettant ainsi une meilleure distanciation sociale. Pour guider les cliniciens à prendre de meilleures décisions, l'Institut national pour l'excellence en santé et en soins (NICE) a développé un système de triage pour classer les patients en fonction de leurs chances de survie après le traitement. Pour les patients nécessitant un traitement à l'hôpital, comme une intervention chirurgicale, ils sont dirigés vers les nouveaux centres de cancérologie sans COVID pour les procédures à effectuer. De plus, les effets à long terme sont inconnus, comme le défi de maintenir la distance sociale, la sécurité d'un traitement prolongé à domicile et les problèmes de sécurité entourant la capacité de surveiller à distance les toxicités des médicaments.

Le développement futur du service oncologique après la pandémie du COVID-19 est inconnu, mais il y a une demande croissante de services médicaux virtuels - où les capacités technologiques actuelles restent principalement sur les consultations téléphoniques dans le NHS. En outre, il est important de fournir un soutien à la santé physique et mentale des travailleurs de la santé alors que le NHS prévoit la transformation à long terme des services.

COVID-19 et Cancer

1- Incidence et prévalence

Bien que la base de preuves soit limitée, une étude transversale basée à Wuhan, en Chine, a révélé qu'un échantillon de 1524 patients hospitalisés atteints de cancer sur une période de 6 semaines présentait un taux d'infection de 0,79%, supérieur à l'incidence cumulative de 0,37% dans l'ensemble des patients hospitalisés,

bien que tous ces patients hospitalisés en oncologie soient dans un état suffisamment mauvais pour justifier une hospitalisation, ce qui en soi est un facteur de mauvais pronostic du risque d'infection, ainsi que le fait que les patients atteints de cancer de la communauté n'ont pas été pris en compte.

2- Présentation

Les caractéristiques cliniques chez les patients cancéreux atteints de COVID-19 ne diffèrent pas de celles de la population non cancéreuse et comprennent les éléments suivants :

- Fièvre
- Toux sèche
- Dyspnée
- Frissons
- Douleur musculaire
- Mal de crâne
- Gorge irritée
- Les rigueurs
- Perte de goût et / ou d'odeur

Les chiffres d'incidence ne peuvent donc pas être pleinement applicables à la population de patients atteints d'un cancer COVID-19, mais peuvent être utilisés à titre indicatif.

Les données sont cependant limitées, la plupart des études existantes étant limitées par la petite taille des échantillons. Un rapport composé de 28 patients COVID-19 provenant de trois hôpitaux de Wuhan, en Chine, a montré que les caractéristiques les plus courantes étaient la fièvre, la toux sèche, la lymphopénie et l'anémie avec 75% à 82% des patients présentant ces symptômes; 54% des patients avaient une maladie grave et 21% ont dû être admis aux soins intensifs; les événements graves étaient plus fréquents chez les patients qui avaient subi une chimiothérapie, une radiothérapie, une thérapie ciblée ou une immunothérapie au cours des 14 derniers jours; la consolidation des patchs à la tomодensitométrie était associée à un risque accru de maladie grave.

3- Pronostic

Le COVID-19 présente un taux de mortalité et une gravité plus élevés chez une population plus âgée; quel que soit l'âge, les patients atteints d'une maladie préexistante courent également un risque accru s'ils sont infectés.

Les données en développement suggèrent qu'une gravité accrue de l'évolution de la maladie COVID-19 est associée aux patients adultes atteints de cancer.

Les premières données de Wuhan, en Chine, dans une analyse de 105 patients dont les résultats ont été comparés à 536 patients témoins, ont montré que dans la population cancéreuse, le cancer du poumon était la malignité la plus fréquente suivie de la malignité gastro-intestinale, mammaire ou thyroïdienne, puis hématologique; par rapport à la population témoin non cancéreuse, les patients cancéreux avaient des taux de mortalité plus élevés, des taux d'admission aux USI, une plus grande probabilité de symptômes sévères et un risque doublé de nécessiter une ventilation mécanique invasive; cependant, les patients atteints de cancer

étaient aussi plus souvent des fumeurs et souffraient davantage d'infections à l'hôpital, ce qui pourrait avoir contribué aux différences statistiques.

Impact sur les services oncologiques

1- Impact immédiat sur les services oncologiques

En réponse à la pandémie COVID-19, le National Health Service (NHS) avait connu un défi non présenté. Sur une très courte période de temps, le NHS a dû adapter ses services pour répondre aux demandes de l'augmentation soudaine de patients présentant des symptômes du COVID-19. Les données limitées et la désinformation ont laissé les agents de santé de première ligne dans la frustration d'adapter efficacement leurs services.

Rétrospectivement, en mars 2020, le NHS a été frappé par l'une des pires crises de dotation en personnel. Cela était dû à plusieurs facteurs, notamment l'accès limité mondial aux équipements de protection individuelle (EPI), aux fournitures médicales et à la recrudescence de travailleurs de la santé souffrant de COVID-19. L'OMS conseille de protéger les agents de santé, car l'une des priorités signifiait que le seuil d'un personnel obligé d'être isolé est très bas. Tout membre du personnel présentant des symptômes du COVID-19 doit s'auto-isoler. Ce non seulement eu un impact immédiat sur la capacité de service du NHS, mais aussi des effets à long terme sur le travailleur de la santé individuelle, dont il est question ci - après. Cela a encore été exacerbé par les capacités limitées de test COVID-19, qui n'étaient que de moins de 1000 tests effectués par jour à la fin du mois de mars. En outre, le NHS a connu l'un des plus importants redéploiements de personnel pour redistribuer la main-d'œuvre afin de répondre aux exigences de la pandémie de coronavirus. Certaines équipes locales d'oncologie avaient vu plus de la moitié de leur équipe redistribuée à des tâches liées au COVID-19.

Parallèlement, il y a eu une forte baisse du nombre de patients recevant des services oncologiques. En raison de la priorité de maximiser la capacité des patients hospitalisés et des soins intensifs avec des objectifs de libération de plus de 10 000 lits d'hôpitaux à travers l'Angleterre. ainsi que des stratégies similaires, il a conduit à une réduction de 30% chez les patients recevant une chimiothérapie, qui comprenait à la fois qui sont invités à être protégés des hôpitaux et les patients qui ont préféré volontairement leur traitement. En raison de la suspension de certains cabinets de médecins généralistes, le service a connu une baisse de plus de 50% des présentations de nouveaux patients référés par des médecins généralistes.

2- Impact sur les services pendant la période intermédiaire

Après la période immédiate, le NHS a rapidement développé des mécanismes pour mieux équilibrer les services ciblés pour lutter contre la pandémie, mais aussi pour conserver les services essentiels et urgents non COVID.

Au cours de cette période intérimaire, la haute direction des services du NHS Cancer a publié une lettre fin mars pour donner des conseils sur le traitement du cancer en réponse à la pandémie de COVID-19. Les principales recommandations incluaient, premièrement, les services de cancérologie essentiels et urgents doivent se poursuivre et discuter avec les patients des risques associés à la poursuite du traitement,

deuxièmement, les références s'écartent de la pratique normale et qu'un filet de sécurité doit être en place pour permettre le suivi des patients, et, troisièmement, le développement d'une plaque tournante sans COVID pour la chirurgie du cancer avec un système de triage centralisé. Ces piliers clés servent à guider la décision et les changements apportés par les groupes de mise en service clinique (GCC), les fiducies hospitalières et l'hôpital local.

Bien que ces changements aient eu lieu, ils ont permis d'atténuer la pénurie de personnel avec le retour au travail de certains. Pourtant, de nombreux membres du personnel ont été redéployés dans les services COVID, tandis que ceux qui sont isolés sont encouragés à mener des consultations téléphoniques et vidéo avec les patients.

Comme d'autres spécialités, les soins en oncologie sont dispensés en tenant compte du COVID-19: si un patient n'est *pas connu* pour avoir le COVID-19, le NICE a recommandé aux patients de se rendre seuls aux rendez-vous sans membres de leur famille ou soignants, car cela réduirait le risque de contracter COVID-19. Lorsque les patients se présentent à leur rendez-vous, les fournisseurs de services peuvent réduire le temps passé dans la salle d'attente de l'hôpital ou de la clinique grâce à une planification efficace. Une autre stratégie consiste à demander aux patients d'attendre à l'extérieur ou dans leur voiture et de les informer par SMS en cas de demande lorsque le médecin ou l'agent de santé est prêt à les voir.

Dans notre service d'oncologie local, les services sont divisés en deux types, l'un pour les patients indemnes de COVID-19 et l'autre pour les patients dont le COVID-19 est confirmé ou suspecté. La dotation en personnel est également gérée pour s'assurer qu'il n'y a pas de mélange entre les équipes propres et sales.

Des changements intermédiaires importants ont été mis en œuvre pour permettre une plus grande flexibilité dans le but de maximiser les avantages et de minimiser les risques pour les patients. Les SAT peuvent être administrées à domicile ou dans un cadre similaire qui réduit l'exposition du patient au SRAS-CoV-2. Cette stratégie réduit la fréquence des visites à l'hôpital, dans le but de réduire le risque d'exposition au virus. Une autre recommandation est d'arrêter la chimiothérapie d'entretien, généralement administrée en association avec une immunothérapie d'entretien, et de ne permettre que la poursuite de l'immunothérapie. Cela peut potentiellement réduire l'efficacité, mais d'améliorer la sécurité et réduire d'autant le risque de toxicité et le risque de tour de l'infection et des visites à l'hôpital évitables. Alternativement, la chimiothérapie a également été recommandée pour passer à une thérapie orale à administrer à domicile, ce qui réduit encore une fois la fréquence des visites à l'hôpital. Cependant, il existe des preuves contradictoires sur l'immunothérapie, car certains affirment qu'elle atténue les risques pour les patients de contracter le virus ou de tomber gravement malades à cause du COVID-19, à l'exception de l'ibrutinib et d'un inhibiteur de la tyrosine kinase.

Une autre pratique courante consiste à prescrire quotidiennement un facteur de stimulation des colonies de granulocytes (G-CSF) prophylactique pour prévenir le risque de fièvre neutropénique, réduisant ainsi les admissions. Cela est en pratique dans notre département local depuis fin mars 2020. D'autres changements dans les traitements oncologiques développés par le National Comprehensive Network peuvent aider à guider d'autres services oncologiques dans leur adaptation de services.

Si un patient est *connu* ou *soupçonné* d'avoir le COVID-19, il est conseillé aux patients de suivre les directives gouvernementales les plus récentes sur la distance sociale et l'auto-isollement. À moins que le traitement ne soit jugé urgent et essentiel, le patient se verrait proposer de poursuivre le traitement. Sinon, il est recommandé à ces patients de différer tout traitement anticancéreux jusqu'à au moins un test négatif selon NICE. Cela contraste avec la plupart des autres recommandations qui suggèrent généralement une période minimale de 14 jours à compter de l'apparition des symptômes du COVID-19 ou du transfert du traitement de l'hôpital à la maison.

3- Hiérarchisation des patients et systèmes de triage centralisés

Si les ressources du NHS se raréfient dans cette pandémie de COVID-19, il est important de développer des directives claires et un système pour hiérarchiser les patients en fonction des besoins cliniques. Il est également important de développer des voies efficaces pour permettre un triage rapide et efficace des patients selon les voies de diagnostic et de traitement appropriées. Ce système ne devrait être utilisé que si les ressources deviennent extrêmement limitées et qu'il faut décider d'allouer des ressources aux patients qui en ont le plus besoin - sinon, les patients devraient bénéficier de toutes les options de traitement disponibles.

Pour les SAT, NICE a développé un système à six niveaux pour classer les patients qui ont besoin de SAT pour aider les cliniciens à prendre les décisions les plus appropriées. Par exemple, bien qu'un patient atteint de cholangiocarcinome métastatique envisageant des SAT tombe dans la catégorie de priorité 4 ou 5. Cependant, si le patient est en forme et bien avant le diagnostic de cancer, il pourrait bien vouloir envisager des SAT et ne pas avoir la possibilité de reporter le traitement de 6 mois en raison du risque potentiel de détérioration rapide des symptômes et de la qualité de vie. Des décisions claires et éclairées doivent être prises avec le patient quant aux avantages et aux risques de commencer une chimiothérapie palliative. Les services chirurgicaux ont dû adopter un sourire souriant pour faire face aux pressions des patients infectés par le COVID-19, y compris l'orthopédie, la chirurgie cardiaque et le cancer. Pour les patients nécessitant une chirurgie du cancer, NICE a développé un système de catégorisation similaire pour faciliter la décision chirurgicale et la planification.

De plus, ces lignes directrices doivent être mises en œuvre en tenant compte des priorités des patients ainsi que des priorités de l'hôpital ou du système. Des systèmes similaires se sont développés dans différents pays avec des principes similaires pour réduire le risque d'infection et optimiser les options de traitement oncologique pour les patients. Ceci est primordial pour soutenir le bien-être émotionnel du patient en lui fournissant un soutien psychologique ainsi que les soins médicaux dont il a besoin.

4- Impact à long terme sur les services oncologiques

Les implications du COVID-19 sur le monde sont sans précédent et ont créé de nouveaux défis auxquels tous les systèmes de santé du monde entier doivent faire face. Il y aura clairement des changements à long terme et permanents qui seront apportés pour façonner la façon dont nous pratiquons la médecine à l'avenir.

L'un des défis majeurs est de maintenir la distanciation sociale, qui restera probablement un conseil du gouvernement pendant des mois, voire des années à venir. Cela pose un défi pour la prestation de soins de santé en personne. Le maintien de la distanciation sociale peut ne pas être possible dans divers contextes, comme dans les salles d'attente et lors de l'exécution de procédures courantes. Ce sera également un défi car

ceux qui nécessitent des visites fréquentes à l'hôpital sont souvent aussi ceux qui sont cliniquement extrêmement vulnérables.

Une stratégie efficace qui permet l'accès aux services tout en protégeant ces patients vulnérables est une priorité des équipes oncologiques du NHS. Comme souligné précédemment, le personnel a été encouragé à pratiquer davantage de pratique virtuelle; cependant, malgré les récentes initiatives de numérisation des services, le NHS reste des décennies en arrière dans ses capacités technologiques. Dans notre service d'oncologie, le téléphone reste la seule option pour les consultations virtuelles, tandis que les logiciels de conférence en ligne sont disponibles sur la plupart des ordinateurs Trust - le service n'a accès à aucune webcam ni à aucun appareil audio, comme des écouteurs.

Bien que les lignes directrices du NICE recommandent une adaptation provisoire des traitements anticancéreux, il est probable que ceux-ci puissent être mis en œuvre pendant une période prolongée ou réintroduits pour toute épidémie ultérieure de coronavirus, ce qui est très probable en hiver. Des preuves limitées sont disponibles sur les risques et la toxicité de ces régimes de traitement intermédiaires. Cela pose un défi aux cliniciens qui devront être en mesure de peser les meilleures options de traitement sur la base des données limitées et de leur propre expérience clinique afin de mieux guider les patients tout au long de leur parcours de traitement. Il s'agit d'un besoin clair et d'un accent pour déplacer le traitement vers des milieux à domicile, des préoccupations suscitent de plus en plus de préoccupations quant à la sécurité des patients, car la surveillance de la toxicité du traitement devra être effectuée plus à distance. La livraison de SAT à domicile a certainement ses avantages, mais n'est pas sans défis,

Un autre impact important qui devrait se produire avec les services de cancérologie est l'arriéré des renvois qui ont été retardés ou interrompus en raison du début de la pandémie. Par exemple, dans notre centre de cancérologie local, on estime qu'il y a environ 2000 endoscopies en suspens (pour des cancers gastro-œsophagiens suspectés) qui avaient été demandées avant et pendant la pandémie. Avec un taux de conversion d'environ 6% en diagnostic de cancer pour ces références, cela équivaut à environ 120 patients cancéreux potentiels qui recevront un diagnostic de cancer dans un proche avenir et nécessiteront un traitement. Il y a aussi la cohorte de patients qui ont développé des symptômes suspects de cancer pendant la pandémie mais qui ne se sont pas encore présentés à l'hôpital en raison de l'infection à COVID19. Des travaux supplémentaires doivent être faits pour accroître l'éducation et la sensibilisation du public et pour encourager les patients à se rendre à l'hôpital en cas de malaise, au moins ces patients se présentent trop tard pour pouvoir recevoir un diagnostic et un traitement.

Adaptations des services après l'ère COVID - 19

À partir des expériences et des défis auxquels le NHS, en tant qu'organisation et en tant que personnel individuel, a été confronté pendant la pandémie COVID-19, plusieurs leçons peuvent être tirées qui aideraient à la modernisation et à l'optimisation du NHS.

Il y a eu une mise en œuvre généralisée de la télémédecine avec un double objectif de compenser le manque de rendez-vous en face-à-face, ainsi que d'optimiser les ressources là où redistribuer là où c'est le plus nécessaire - dans la gestion de la pandémie. Ce que nous pouvons apprendre de cette expérience, c'est

que les avantages de la télémédecine que nous avons constatés pendant cette période pourraient également être appliqués pendant une période où le COVID-19 n'est pas présent. L'utilisation de consultations virtuelles permettrait aux patients qui, après le triage ont été jugés de moindre urgence, d'être vus et de répondre à leurs préoccupations de manière beaucoup plus efficace en termes de temps et de ressources, et à leur tour libérer ces ressources pour l'utilisation des patients un problème plus urgent tout en traitant les problèmes de longue date de sursurveillance, de retard et de report de rendez-vous.

La pandémie a accéléré la mise en œuvre de nombreux systèmes afin de réduire le fardeau du NHS et de se conformer aux directives de distanciation sociale, dont des exemples sont la télémédecine et les cliniques virtuelles mentionnées ci-dessus, ainsi que les configurations de travail à domicile pour les cliniciens. Cela reflète une priorisation de l'allocation des ressources qui était nécessaire pour y parvenir, à partir de laquelle nous pouvons également étendre à l'ère post-COVID afin de rationaliser et d'optimiser l'infrastructure logistique du NHS.

Alors que l'importance de la santé mentale des travailleurs de la santé est devenue de plus en plus sous les projecteurs ces dernières années, la pandémie COVID-19 a en outre mis en évidence la nécessité d'un soutien adéquat, car les travailleurs de la santé sont gravement surmenés et exposés à un niveau de stress sans précédent. Cela peut être dû à un pur épuisement physique et mental, à la gestion de nombreux décès de patients ainsi qu'à l'écart entre l'offre et la demande, entraînant des décisions difficiles dans l'allocation des ressources aux patients, causant un préjudice moral. Un soutien suffisant pendant la pandémie est cruellement nécessaire ainsi qu'un suivi adéquat pour éviter l'épuisement du personnel et les cas possibles de culpabilité du survivant, pour former un «récit significatif plutôt que traumatisant». La sensibilisation accrue de cette période servira également à encourager les cliniciens et le personnel de santé à rechercher un soutien en santé mentale et, espérons-le, à faire progresser l'infrastructure existante de soutien en santé mentale du personnel.

Leçons de COVID - 19

Dans le cas spécifique de l'optimisation de l'avenir et l'adaptation des services oncologiques utilisant les leçons apprises au cours de l'ère Covid-19, la mise en œuvre susmentionnée précédente de la télémédecine est particulièrement pertinente autant de patients du service d'oncologie immunosupprimés et vulnérables à l'infection, et ceci s'étendent également à un environnement sans COVID-19, si la gravité est moindre en raison du traitement et de la nature du cancer en tant que maladie.

Au-delà du risque infectieux, de nombreux patients peuvent souffrir de fragilité et de mobilité sévèrement réduite, faisant de la réduction du besoin de transport un soulagement, tant pour les patients que pour le service de santé en tant que zone de drain de ressources.

La fourniture à distance du traitement du cancer et de la surveillance des patients peut également être reportée à l'ère post COVID-19 pour optimiser le bien-être des patients ainsi que les avantages psychologiques et pour la santé mentale d'une réduction des visites à l'hôpital.

Ces transformations ne sont pas sans limites. La télémédecine, tout en offrant une commodité et une optimisation des ressources dans certains domaines, est limitée dans sa capacité à faire correspondre certains

aspects des cliniques hospitalières de personne à personne, y compris l'examen physique, l'établissement d'un rapport patient-clinicien sur la base du langage corporel également comme relations d'équipe avec le personnel et utilisation du travail d'équipe. La prestation de services à distance limite également les options de traitement du patient et peut augmenter la fuite des ressources du NHS dans certains cas. Pour que les adaptations apportées par le NHS au cours de l'ère COVID-19 continuent de profiter au service, au clinicien et au patient, ces limites doivent être explorées et surmontées.

Les faiblesses du système existant ont également été exposées par la tension de la pandémie. Si certains ont été compensés par la prestation de services à distance, d'autres, comme le retard des renvois et des enquêtes, ne l'ont pas été. En oncologie, où le diagnostic et le traitement sont extrêmement sensibles au facteur temps en raison de la progression de la maladie, des méthodes améliorées de dépistage, exécutées par les cliniciens ou exécutées par le patient, doivent être développées et mises en œuvre. Celles-ci pourraient être aussi simples qu'une éducation accrue sur la surveillance des symptômes du cancer et l'auto-évaluation ou pourraient s'étendre à un protocole modifié dans la réalisation d'investigations pour garantir un risque d'infection minimisé pour les patients vulnérables.

Conclusion

La pandémie COVID-19 avait transformé les services oncologiques par le principe de la sécurité des patients en empêchant les patients de contracter le virus et de se propager à d'autres. Cette transformation continue des services peut être réalisée en déplaçant les services vers un format virtuel ou un traitement à domicile. L'accès actuel à la technologie est faible et nécessiterait un changement radical pour améliorer les communications avec le patient. L'oncologie est multidisciplinaire par la pratique; par conséquent, de nombreux aspects du service ne sont possibles ou offerts de manière optimale qu'en face à face.

COVID-19 : Bon à savoir

1- Considérations relatives à la fourniture des services de santé bucco-dentaire essentiels dans le contexte du COVID-19, OMS.

Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-nCoV-oral-health-2020.1>

2- Évaluation biologique des systèmes de l'immunité à l'infection légère par rapport à l'infection sévère au COVID-19 chez l'homme.

Disponible sur: <https://science.sciencemag.org/content/early/2020/08/10/science.abc6261>

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 et oncologie: transformation des services pendant une pandémie.

Disponible sur: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cam4.3384>

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 Beida, Hammam Sokhna et Yabous des wilayas d'Oum El Bouaghi, Sétif et Khenchla pour leur collaboration et participation au signalement des cas COVID-19 sur le réseau e-MADO durant cette semaine.

**O
R
S
T**



Laboratoire d'hygiène Daksi Abdesslem Constantine



031 61 36 57



orsestdz@gmail.com

