

COVID-19 : Point épidémiologique

Bulletin hebdomadaire n°23 – 05 au 11 Septembre 2020 -

Editorial : La pandémie SARS-COV-2, six mois déjà : La sécurité sanitaire en question. Comment anticiper les risques à venir ?

Si les indicateurs de sévérité sont pour le moment rassurants, nette régression de la mortalité et des hospitalisations en réanimation, ceux concernant la transmissibilité, nombre de contaminations journalières et particulièrement le taux de positivité aux tests PCR montrent que dans le monde entier le virus circule toujours et le risque d'un rebond comme en Europe n'est pas à écarter. L'OMS espère « en terminer avec cette pandémie en moins de deux ans », mais beaucoup d'incertitudes persistent quant à l'évolution de ce virus et aux limites des stratégies et moyens de luttes.

Durant ces six mois cette pandémie a mis à nu les limites des systèmes de santé dont l'approche est axée essentiellement sur les capacités à prendre en charge les patients CoViD-19, moins sur la prévention et le contrôle du risque épidémique, et qui se trouvent de fait ramenés à des pratiques anciennes de confinement aujourd'hui difficilement supportables. Cette crise nous rappelle aussi que la démarche santé publique axée sur la surveillance épidémiologique et la prévention est née justement des périodes de grandes épidémies.

Dans notre pays l'émergence du concept de sécurité sanitaire serait une réponse réaliste à moyen et long terme à cette situation ; santé publique et nouvelles technologies, en sont deux approches indispensables.

Notre propos est d'en rappeler les atouts en santé publique :

-Un réseau exceptionnel : de SEMEP (services d'épidémiologie et de médecine préventive), de structures de santé scolaire (UDS), et d'établissements de santé de proximité à consolider et à coordonner.

- Des ressources humaines : des spécialistes de santé publique, médecins hygiénistes*, de médecins de santé scolaire** des médecins formés aux soins pré hospitaliers en situation de catastrophe***.

Quant aux nouvelles technologies, l'expérience en cours pour le tracing des contacts lancée dans plusieurs Wilayas du pays, est une initiative prometteuse à généraliser.

Comment transformer ces acquis en un dispositif qui permettrait de maîtriser l'épidémie en cours et d'anticiper sur les risques à venir ? Ne doit-on pas aussi intégrer la dimension sociétale aux mesures prescrites au plan national de riposte et à sa déclinaison à l'échelle locale? Enfin l'épidémie est loin d'être terminée, la plus grande prudence est de mise concernant l'appréciation des données épidémiologiques disponibles.

D. Zoughailech.

* Diplômés en Hygiène hospitalières (C.E.S.), or rares sont ceux qui sont opérationnels au niveau des hôpitaux.

**Diplômés en santé scolaire et qui sont en fonction au niveau des UDS ,pourquoi ces médecins ne sont pas rappelés ,recyclés et préparés à encadrer la rentrée scolaire et universitaires.

Sommaire

Objectifs et méthode.

Situation COVID-19 :

- En Algérie

- Dans la région Est

COVID-19 et grippe saisonnière.

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 05 au 11 Septembre

Depuis le 25 Février, début de l'épidémie COVID-19 dans notre pays, et jusqu'au 11 Septembre 2020:

- Nombre des cas confirmés (par RT-PCR): **47 752 (1979 nouveau cas)**.
- Nombre de décès: **1599 (60 nouveau décès)**.
- % Décès: **3.3%**.
- Moyenne des cas déclarés par jour: **283 cas**.
- Nombre des cas en soins intensifs : **28**.
- Nombre des cas guéris: **33 723 (1464 nouveau cas guéris)**.

La semaine du 05 au 11 Septembrea été caractérisée par la poursuite de la régression du nombre des cas confirmés et une stabilité relative du nombre des décès due au COVID-19.

NB: Les données entre parenthèses représentent la semaine du 05 au 11 Septembre.

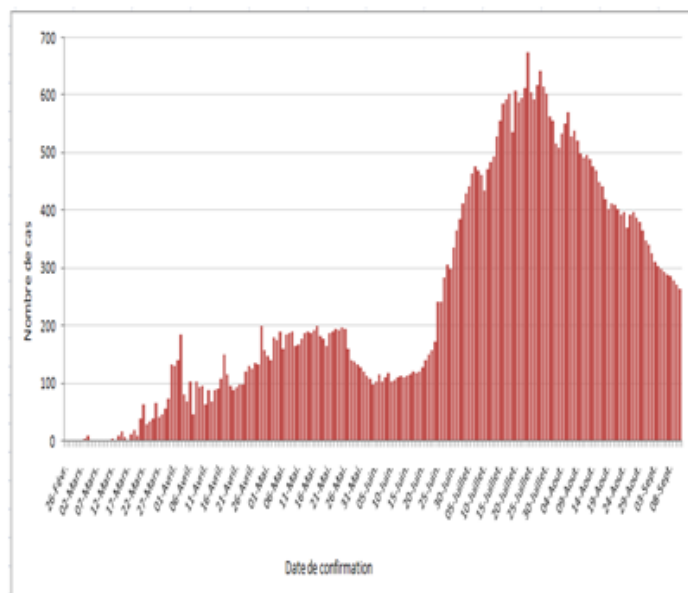
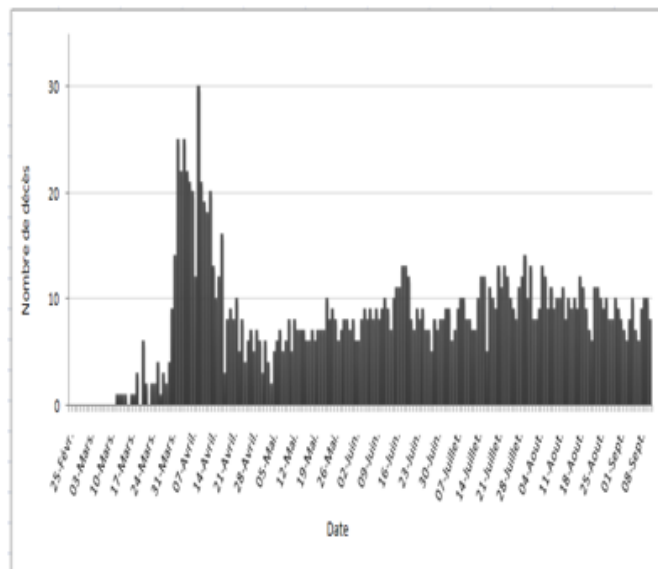


Figure 1 : Répartition des cas confirmés COVID-19 par date de confirmation
Algérie, 11/09/2020
(Source: ministère de la santé)



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

Figure 2: Répartition des décès COVID-19 par date
Algérie, 11/09/2020
(Source: ministère de la santé)

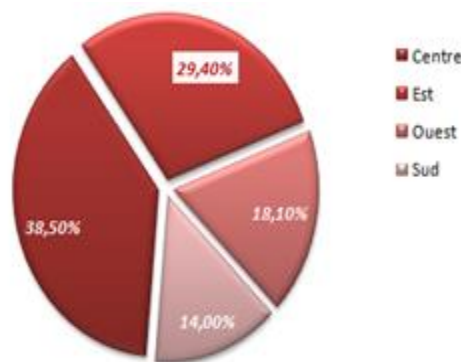


Figure3 : Proportion des cas confirmés COVID-19 selon la région sanitaire
Algérie, 11/09/2020
(Source: Institut national de santé publique)

Tableau 1: Répartition de la proportion des décès COVID-19 par région sanitaire
Algérie, 11/09/2020

(Source: Institut National de Santé Publique)

Région sanitaire	Cas confirmés		Décès		% Décès
	Cumulés	Nouveaux*	Cumulés	Nouveaux**	
Centre	18396	941	754	24	4,1
Est	14064	735	496	29	3,5
Ouest	8637	223	165	02	1,9
Sud	6682	80	184	05	2,7
Total	47752	1979	1599	60	3,3

*: Nouveau cas COVID-19 enregistrés pendant la semaine du 05 au 11 Septembre.

** :Nouveau décès COVID-19 enregistrés pendant la semaine du 05 au 11 Septembre.

Situation dans l'Est Algérien

Du 05 au 11 Septembre

Depuis l'enregistrement du premier cas le 12 Mars à l'Est Algérien et jusqu'au 11 Septembre 2020:

Proportion du COVID-19 en Région Est: **29.4% de l'ensemble des cas en Algérie.**

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

Nombre de cas confirmés: **14 064 (735 nouveaux cas).**

42% des nouveaux cas étaient enregistrés au niveau des wilayas de **Annaba, Batna et Jijel.**

Nombre de décès: **496 (29 nouveaux décès).**

% Décès: **3.5%.**

NB: les données entre parenthèses représentent la semaine du 05 au 11 Septembre.

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

Est Algérien, 11/09/2020

(Source: ministère de la santé)

Wilaya	Cas confirmés		Décès		% Décès
	Cumulés	Nouveaux*	Cumulés	Nouveaux**	
Sétif	3090	71	136	3	4,4
Batna	1685	90	43	1	2,6
Constantine	1580	59	49	1	3,1
Annaba	1366	124	39	1	2,9
M'sila	1235	19	44	0	3,6
Tébessa	860	87	42	8	4,9
Jijel	839	97	27	2	3,2
Oum El Bouaghi	686	27	34	2	5,0
Skikda	649	80	16	5	2,5
Khenchla	581	3	14	0	2,4
Guelma	493	10	8	2	1,6
Mila	392	15	22	3	5,6
Souk Ahras	381	33	12	1	3,1
El Taref	227	20	10	0	4,4

* : Nouveau cas COVID-19 enregistrés pendant la semaine du 05 au 11 Septembre.

** : Nouveau décès COVID-19 enregistrés pendant la semaine du 05 au 11 Septembre.

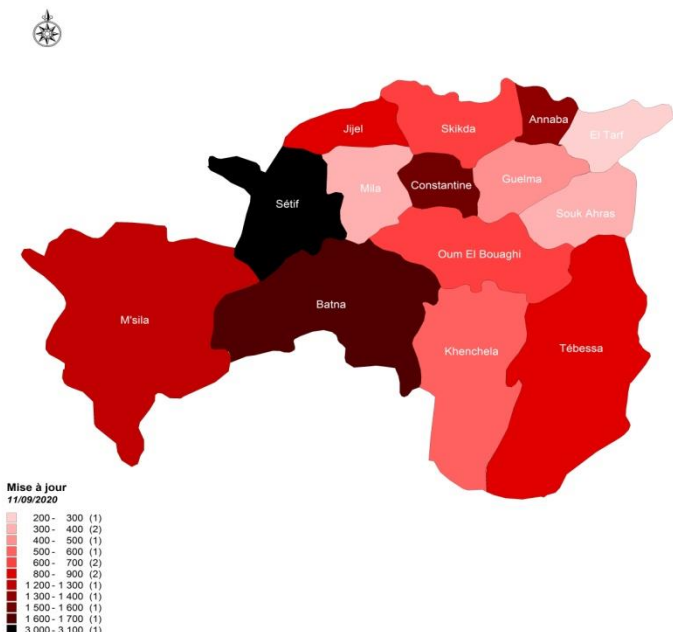


Figure 4 : Répartition du nombre de cas confirmés COVID-19

Région Est, 11/09/2020

(Source: ministère de la santé)

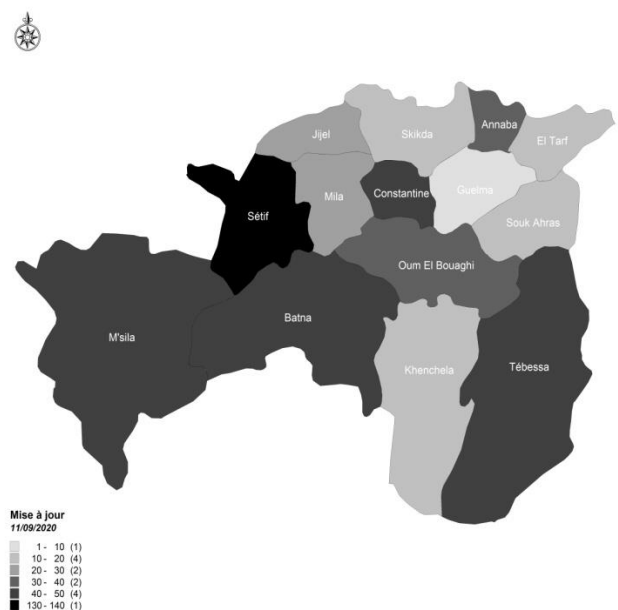


Figure 5 : Répartition du nombre de décès par COVID-19

Région Est, 11/09/2020

(Source: ministère de la santé)

COVID-19 : Réseau e-MADO

Du 05 au 11 Septembre

Entre le **05 au 11 Septembre**, **34 cas** COVID-19 ont été signalés via le réseau de surveillance e-MADO :

- 07 cas ont été confirmés.
- 26 cas probables.
- 01 cas suspect.

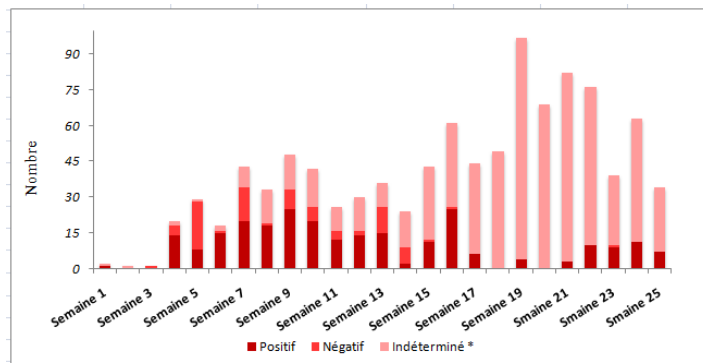


Figure 6: Répartition des cas COVID-19 selon le résultat du prélèvement et la semaine d'enregistrement sur e-MADO
05 au 11 Septembre (Source: Réseau e-MADO)

Tableau 4 : Prise en charge des cas confirmés et probables COVID-19
05 au 11 Septembre (Source: Réseau e-MADO)

Caractéristiques	Cas confirmés (07)	Cas Probables (26)
Hospitalisation (n/N)		
Service clinique	7/7	26/26
Soins intensifs	-	-
Non précisée	-	-
Délai d'hospitalisation (Jours) (entre le début des signes et l'hospitalisation)		
Médiane (IIQ*)	06 (05-10)	08 (07-11)
Délai de prélèvement (Jours) (entre le début des signes et la réalisation du prélèvement)		
Médiane (IIQ*)	07 (05-10)	08 (07-11)
Délai de confirmation (Jours) (entre la réalisation du prélèvement et le résultat)		
Médiane (IIQ*)	03 (02-03)	-
Durée de séjour (Jours)		
Médiane (IIQ*)	**	**
Test RT-PCR (n/N)		
Réalisé	7/7	-
Non réalisé	-	-
Résultat en cours	-	26/26
Traitement au protocole (n/N)		
Oui	7/7	-
Non	-	-
Non précisée	-	26/26

* : Intervalle Inter Quartile.

** : Données non disponibles.

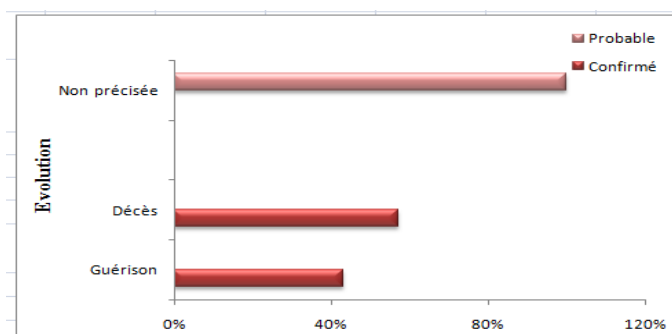


Figure 6: Evolution des cas confirmés et probables COVID-19
05 au 11 Septembre (Source: Réseau e-MADO)

Tableau 3 : Caractéristiques des cas confirmés et probables COVID-19
05 au 11 Septembre (Source: Réseau e-MADO)

Caractéristiques	Cas confirmés (07)	Cas Probables (26)
Wilaya (n/N)		
Oum El Bouaghi	6/7	25/26
Guelma	1/7	-
Souk Ahras	-	1/26
Age ans (n/N)		
Médiane (IIQ*)	70 (40-73)	59 (50-68)
15 - 44	2/7	4/26
45 - 64	1/7	13/26
65 et plus	4/7	9/26
Sexe (n/N)		
Masculin	6/7	15/26
Féminin	1/7	11/26
Nature d'exposition (n/N)		
Séjour dans une zone à risque	-	-
Contact avec un cas confirmé	-	5/26
Travail dans un établissement de santé	-	-
Indétournée	7/7	21/26
Co morbidité (n/N)		
Avec co morbidité	3/7	8/26
Sans co morbidité ou non précisée	4/7	18/26
Caractéristiques cliniques (n/N)		
Fièvre	6/7	25/26
Toux	4/7	25/26
Asthénie	6/7	23/26
Céphalées	3/7	12/26
Signes digestifs	3/7	12/26
Anosmie et/ou agueusie	3/7	5/26
Myalgies/courbatures	-	5/26
Dyspnée	3/7	4/26

* : Intervalle Inter Quartile.

Tableau 5 : Contact tracing des cas confirmés et probables COVID-19
05 au 11 Septembre (Source: Réseau e-MADO)

Contact tracing	Cas confirmés (07)	Cas Probables (26)
Nombre des enquêtes réalisées	1/7	7/26
Nombre des sujets contacts des cas	5	24
Nombre Moyen des sujets contacts par cas	-	3
Nombre des cas positifs parmi les contacts	0	0
Nature des contacts		
Contacts familiaux	1	7
Indétournée ou en cours d'investigation	-	-

L'épidémie annuelle de grippe affecte considérablement les systèmes de soins de santé dans le monde entier et a entraîné entre 12 000 et 61 000 décès par an depuis 2010 uniquement aux États-Unis. L'ampleur de la morbidité et de la mortalité au cours d'une année donnée reflète le degré de dérive ou de changement génétique de la souche dominante du virus de la grippe ainsi que l'efficacité et la couverture vaccinale. Avec la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), les cliniciens font face à un deuxième virus respiratoire associé à une morbidité et une mortalité plusieurs fois plus élevées que celles de la grippe, en partie en raison de sa propagation dans une population immunologiquement naïve. Une menace imminente d'épidémies concomitantes de grippe et de COVID-19 est une préoccupation majeure pour les responsables de la santé publique et les cliniciens.

Une perspective démographique

Le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2), le virus qui cause le COVID-19, et la grippe sont des agents pathogènes très différents, mais il existe d'importants domaines de chevauchement ([tableau](#)). Les deux virus sont principalement transmis par des gouttelettes respiratoires. Ainsi, on s'attend à ce que l'adoption d'interventions non pharmacologiques (INP), telles que les couvertures faciales obligatoires dans le public, la fermeture d'écoles et d'espaces de vente au détail, et les restrictions de mouvement, influencent l'incidence des deux infections à des degrés divers. Des études ont systématiquement montré un schéma de diminution de l'incidence de la grippe en 2020 (de janvier à mai) après l'adoption des IPN par rapport aux saisons précédentes. Une tendance similaire s'est produite aux États-Unis, le nombre de maladies de type grippal pour la saison 2019-2020 diminuant plus tôt que prévu. Il faut être prudent lors de l'interprétation de ces données, car les taux de dépistage des virus respiratoires non SRAS-CoV-2 ont été considérablement réduits au cours de la vague pandémique initiale.

Table. Comparaison entre la grippe saisonnière et le SRAS-CoV-2

Table. Comparison Between Seasonal Influenza and SARS-CoV-2

Characteristics	Seasonal influenza viruses	SARS-CoV-2
Primary route of transmission	Droplet	Droplet (airborne, fomite, and fecal-oral transmission possible but less important)
Overall infectivity	Less contagious The basic reproduction number (R_0) of both viruses is highly dependent on NPIs effective in decreasing transmission	More contagious
Dynamics of infectivity	Patients are most infectious after symptom onset Both viruses capable of asymptomatic transmission, but less than during presymptomatic and symptomatic phases	Patients are most infectious starting 48 h prior to symptom onset ²
Incubation period	1-4 d (median, 2 d)	2-14 d (median, 5 d)
Risk factors for severe disease	• Age >65 y and <2 y • Immunosuppression • Pregnancy (through 2 weeks postpartum) • Morbid obesity • Chronic lung disease, cardiac disease, advanced liver disease, chronic kidney disease • Residence in nursing home or long-term care facilities • American Indian/Alaska Native heritage	• Advanced age (risk increases with age) • Male sex • Obesity • Hypertension • Chronic lung disease, cardiac disease, type 2 diabetes, cancer, chronic kidney disease, advanced liver disease • Surgery during incubation period • Residence in nursing home • Structural racism, poverty³
Most common clinical manifestations	Fever, chills, headache, myalgias, cough, nasal congestion, sore throat, fatigue For both viruses, the majority of infections are either subclinical or mild	Fever, chills, headache, myalgias, cough, shortness of breath, fatigue, anosmia
Pediatric disease	• Common, especially high risk in children <2 y • Children play a leading role in propagating outbreaks	• Uncommon, with typically mild disease • Multisystem inflammatory syndrome has been observed in children, but is rare • Limited evidence on children as a source of infection
Case-fatality rate	≈0.1%	≈0.25%-3.0% ⁴
Dynamics of symptoms	Symptoms typically peak during first 3-7 d of illness	Symptoms can peak during week 2 or 3 of illness
Vaccine	Multiple approved	No vaccine currently licensed
Clinical diagnostics	Nucleic acid amplification and antigen-based assays from respiratory samples	• Nucleic acid amplification and antigen-based assays from respiratory samples • Serologies
Available antiviral agents	• Neuraminidase inhibitors • Cap-dependent endonuclease inhibitors • M2 channel blockers	Nucleoside analogue (remdesivir)

Abbreviations: NPI, nonpharmacologic intervention; SARS-CoV-2, severe acute respiratory syndrome coronavirus 2.

L'espoir que le modèle de diminution de la transmission de la grippe perdure tout au long de la prochaine saison grippale suppose une adhésion continue aux IPN. L'utilisation continue de masques faciaux et le rétablissement des verrouillages locaux pendant les périodes de transmission accrue pourraient réduire considérablement les taux d'infection pour les deux maladies, mais à mesure que les restrictions de mouvement se relâchent, la transmission de la grippe et du SRAS-CoV-2 devrait augmenter.

En plus des INM, la vaccination contre la grippe saisonnière revêt une importance accrue afin de minimiser le réservoir viral dans la population. Malgré la disponibilité généralisée de plusieurs vaccins antigrippaux, la couverture vaccinale nationale est systématiquement inférieure à 50% chez les adultes. Des campagnes nationales d'éducation associées à des programmes de vaccination à base communautaire qui se concentrent sur les populations ayant un accès limité aux services de santé et les groupes à faible taux de vaccination, comme les jeunes adultes, seront essentielles pour augmenter la couverture au-dessus des niveaux des années précédentes.

Effets sur la pratique clinique

Bien qu'aucune manifestation clinique spécifique ne fasse une distinction fiable entre la grippe précoce et le COVID-19, il sera important d'identifier l'étiologie virale dans la pratique clinique.

Premièrement, l'approche de la gestion des 2 virus est différente. La grippe peut être traitée avec un inhibiteur de la neuraminidase ou un inhibiteur d'endonucléase cap-dépendant, dont aucun n'a d'activité antivirale contre le SRAS-CoV-2. Le remdesivir est disponible pour le traitement du COVID-19 dans le cadre d'une autorisation d'utilisation d'urgence, mais comme il est administré par voie parentérale, il est réservé aux patients hospitalisés. Il est également essentiel de confirmer un diagnostic de COVID-19 pour encourager la participation précoce aux essais cliniques, en particulier pour les patients pouvant présenter des contre-indications au remdesivir. De nombreux autres traitements contre le COVID-19 sont à l'étude, y compris les antiviraux oraux qui pourraient avoir des implications importantes pour la prise en charge ambulatoire.

Deuxièmement, le syndrome causé par chaque virus suit une évolution différente. Les patients atteints de grippe présentent généralement les symptômes les plus graves au cours de la première semaine de la maladie, tandis que les patients atteints de COVID-19 peuvent ressentir une durée plus longue des symptômes avec un pic pendant la deuxième ou la troisième semaine de la maladie. La distinction entre les virus pourrait permettre aux cliniciens de fournir aux patients des conseils d'anticipation sur la façon dont les symptômes devraient évoluer et peut aider à identifier les complications plus tard dans l'évolution de la maladie.

Troisièmement, l'identification correcte du virus a des implications importantes sur le contrôle des infections, y compris des conseils appropriés concernant l'isolement et la quarantaine, les recommandations de retour à l'école et au travail, ainsi que l'identification des cas de COVID-19 et la recherche des contacts.

Au début de la saison 2020 des virus respiratoires, tout patient présentant les caractéristiques non spécifiques d'une infection virale respiratoire devrait au minimum subir un test de dépistage du SRAS-CoV-2, une rupture avec la pratique antérieure dans laquelle ces patients étaient souvent pris en charge uniquement sur des critères cliniques. . Une couche supplémentaire de complexité est que la co-infection avec la grippe et le SRAS-CoV-2 a été observée, de sorte qu'un résultat positif pour un virus n'exclut pas l'infection par l'autre. Il n'est pas encore clair si le test initial devrait inclure les deux virus ou si le test de la grippe peut être ajouté après le retour des résultats du SARS-CoV-2. L'algorithme de diagnostic préféré dépendra des tests de diagnostic disponibles localement en tenant soigneusement compte des caractéristiques des tests, du coût, du délai d'exécution et des problèmes de la chaîne d'approvisionnement.

La gestion de la population pédiatrique peut différer car il existe plusieurs caractéristiques uniques des virus chez les enfants. La grippe est une source importante de morbidité et de mortalité chez les enfants, et les personnes âgées de 5 à 17 ans sont considérées comme jouant un rôle essentiel dans la propagation des flambées de grippe saisonnière.⁸ En revanche, la trajectoire de la maladie du COVID-19 chez les enfants est

généralement bénigne, et les enfants peuvent être moins susceptibles d'être infectés ou d'infecter d'autres personnes. Par conséquent, tandis que la surveillance de la propagation pédiatrique de Covid-19 reste importante pour guider les plans pour l'école et la réouverture de la garderie, les effets sur la santé des Covid-19 chez les enfants devrait être beaucoup plus faible que chez les personnes âgées.

Un paysage diagnostique en évolution

La pierre angulaire des efforts de contrôle de la pandémie de COVID-19 a été la surveillance de masse du SRAS-CoV-2. L'extension des tests de diagnostic peut être réalisée en validant d'autres types d'échantillons (tels que les écouvillons nasaux antérieurs et la salive) qui augmentent la facilité de collecte et de diffusion des diagnostics rapides au point de service. Ces deux éléments faciliteraient les tests en série, ce qui pourrait améliorer la détection des cas, réduisant ainsi la propagation asymptomatique et présymptomatique, l'utilisation d'un équipement de protection individuelle et la durée de l'isolement. Surtout, un certain nombre de fabricants modifient les tests existants pour permettre des tests multiplex de la grippe, du SRAS-CoV-2 et du virus respiratoire syncytial à l'aide d'une seule cartouche. Ces tests pourraient aider à combler un besoin important des cliniciens cherchant à diagnostiquer efficacement l'infection tout en minimisant les risques et les inconvénients pour les patients et le personnel. Des travaux supplémentaires restent à faire pour valider ces tests pour une utilisation avec la salive et pour une utilisation au point de soins.

Conclusions

Malgré le rythme rapide des progrès dans les domaines du diagnostic, du traitement et du développement de vaccins contre le SRAS-CoV-2, la population reste vulnérable aux épidémies concomitantes de grippe et de COVID-19. L'ampleur de la morbidité et de la mortalité sera directement liée à la force de la réponse de santé publique, qui doit souligner l'importance des 2 outils de prévention des infections les plus efficaces actuellement disponibles: mise en œuvre généralisée de la vaccination contre la grippe saisonnière et préservation des INM jusqu'à ce que l'immunité communautaire soit atteinte par un vaccin efficace contre le SRAS-CoV-2 et / ou une infection naturelle. En tant que cliniciens et membres des communautés locales, les médecins et autres professionnels de la santé devraient promouvoir ces interventions importantes et rester flexibles dans l'approche du diagnostic en ces temps de défis sans précédent.

COVID-19 : Bon à savoir

1- Détection d'antigène dans le diagnostic de l'infection par le SRAS-CoV-2 à l'aide de dosages immunologiques rapides, OMS.

Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/antigen-detection-in-the-diagnosis-of-sars-cov-2infection-using-rapid-immunoassays>

2- Prévention et contrôle des infections pour la gestion sûre d'un cadavre dans le contexte du COVID-19: conseils provisoires, OMS.

Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/infection-prevention-and-control-for-the-safe-management-of-a-dead-body-in-the-context-of-covid-19-interim-guidance>

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- La grippe à l'ère du COVID-19

Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2769676>

Equipe de rédaction:

D. Zoughailech¹

Professeur en épidémiologie.

M. Hamouda¹

Assistante en épidémiologie.

S.Naidja¹

Assistante en épidémiologie.

H. Naidja²

Doctorante en Urbanisme.

1/ Observatoire Régional de Santé « Est ».

2/ Université 3 Constantine.

Nous tenons à remercier les SEMEP de Ain Beida et Ain Abessa des wilayas d'Oum El Bouaghi et Sétif pour leur collaboration et participation au signalement des cas COVID-19 sur le réseau e-MADO durant cette semaine.

**O E
R S
S T**



Laboratoire d'hygiène Daksi Abdesslem Constantine



031 61 36 57



orsestdz@gmail.com

