



Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information website.

Elsevier hereby grants permission to make all its COVID-19-related research that is available on the COVID-19 resource centre - including this research content - immediately available in PubMed Central and other publicly funded repositories, such as the WHO COVID database with rights for unrestricted research re-use and analyses in any form or by any means with acknowledgement of the original source. These permissions are granted for free by Elsevier for as long as the COVID-19 resource centre remains active.

Introduction Le 7/02/2020, Santé publique France a été informée via European Early Warning and Response System (EWRS) d'un cas confirmé d'infection au nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) chez un anglais infecté à Singapour. Ce cas index était symptomatique durant son séjour en Haute-Savoie du 24 au 28/01 où il a résidé dans 2 logements successifs. Il ne s'est signalé qu'après son retour en Angleterre, où le diagnostic de COVID-19 a été confirmé.

Matériels et méthodes Un cas possible était défini comme tout patient présentant des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë et ayant un lien avec le cas index ou avec un cas confirmé lié à ce cas index ; un cas confirmé était un cas possible avec un prélèvement positif par RT-PCR à SARS-CoV-2. Les cas confirmés ont été interrogés par Santé publique France et l'Agence régionale de santé pour documenter les caractéristiques cliniques et identifier leurs contacts durant leur période symptomatique. Les sujets contacts identifiés ont été interrogés pour évaluer leur niveau d'exposition permettant de les classer en 3 catégories de risque (modéré/élevé, faible et négligeable) puis de leur transmettre les consignes (adaptées à leur catégorie de risque) d'isolement et de surveillance de leur état de santé.

Résultats Le cas index a séjourné dans un chalet avec 10 autres touristes anglais et une famille de 5 anglais (2 adultes et 3 enfants) résidant en France dans un autre appartement de ce chalet. Parmi ces 16 personnes, 12 ont été testées positives pour le SARS-CoV-2 : 6 en Angleterre (dont le cas index), 5 en France (dont un enfant) et 1 en Espagne, soit un taux d'attaque global de 75 %. Cinq autres touristes anglais ayant séjourné dans le chalet après le départ du cas index ont été en contact avec les cas confirmés symptomatiques : l'un d'eux a été confirmé positif à SARS-CoV-2 le 15/02, traduisant une seconde chaîne de transmission au sein du chalet ; aucun des 6 cas confirmés en France ne présentait alors de signe de gravité. Au 16/02, 169 sujets contacts ont été recensés dont 70 ont rapporté des symptômes et classés comme cas possibles : 67 ont été testés négatifs. Parmi ces contacts, 46 % étaient en lien avec trois écoles et un club sportif fréquentés par le cas pédiatrique confirmé.

Conclusion Il s'agit du premier cluster large documenté en France qui aura été remarquable par le nombre élevé de cas dans l'environnement confiné du chalet (au 16/02, $n = 13$: 1 cas index, 11 cas secondaires et 1 cas tertiaire), le nombre important de sujets contacts suivis, et son caractère international (3 pays concernés).

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.142>

COVID-28

Gestion d'un cluster de COVID-19 : expérience d'un CH

V. Tolsma¹, G. Macheda¹, G. Gheno¹, H. Petitprez¹, A. Jean¹, B. Humbert¹, C. Peigne¹, E. Saligari¹, E. Forestier², V. Vitrat¹

¹ CH d'Annecy Genevois, Annecy, France

² CH Métropole Savoie, Chambéry, France

Introduction Dans le contexte d'infections à COVID-19 en Chine depuis décembre 2019, nous avons créé une procédure de prélèvement et de prise en charge des cas possibles. La nuit du 6 au 7 février, le SAMU déclenche une alerte pour 2 patients, en contact avec un cas confirmé COVID-19 dans les 14 jours précédents et consultant pour une infection respiratoire haute.

Matériels et méthodes Nous décrivons la gestion de l'alerte, la création d'une cellule de crise locale pluridisciplinaire et les interactions avec les différentes instances régionales et nationales.

Résultats En l'absence de signes de gravité, les 2 patients rentrent à domicile pour confinement avec 11 autres personnes exposées. En concertation avec l'ARS, des prélèvements pour tous, symptomatiques ou non, sont réalisés au domicile le 7 février par un médecin et une IDE d'infectiologie. Cinq sont positifs à COVID-19 le soir même. Ceci entraîne la création d'une cellule de crise locale composée des directions, de l'unité d'hygiène, d'infectiologues, du SAMU,

des urgences, de microbiologistes et de pédiatres, en lien avec les instances territoriales, régionales et nationales lors de conférences téléphoniques pluriquotidiennes. Les cas confirmés sont hospitalisés dans 3 CHU proches pour maintenir les capacités d'accueil dans les 2 CH de proximité. Le *contact tracing* est assuré par les ARS territoriale et régionale et la DGS (pour l'étranger). Les principales actions de la cellule de crise locale sont la mise en place :

- d'une stratégie progressive, raisonnée, adaptable à l'évolution de la situation sans céder à la panique ;
- d'un circuit extérieur dédié pour les urgences (pour afflux éventuel de patients) ;
- de secteurs d'hospitalisation pour *cohorting* des cas possibles ou confirmés ;
- d'une campagne de prélèvements par des binômes infectiologues/paramédicaux dans le village où résident les cas confirmés le premier jour (91 faits, tous négatifs) puis dans le CH les jours suivants, pour les contacts à haut risque symptomatiques. Les points forts de cette organisation ont été la réactivité et la mobilisation générale des professionnels, la collaboration fluide avec l'ARS territoriale et la complémentarité médico-administrative. Les principales difficultés ressenties étaient en lien avec :
 - le nombre élevé de contacts, gérés par 3 instances différentes ;
 - le manque de transmission d'informations en temps réel aux équipes locales ;
 - l'inadéquation entre les impératifs du terrain et les consignes et concertations nécessaires aux niveaux supérieurs.

Conclusion Cette expérience permet de souligner les forces et les faiblesses de la gestion locale d'un cluster de COVID-19. Une réunion de débriefing avec les différents acteurs sera pertinente afin d'améliorer le dispositif pour des situations semblables à l'avenir.

Déclaration de liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

<https://doi.org/10.1016/j.medmal.2020.06.143>

COVID-29

Évaluation du test de diagnostic rapide COVID-19 IgG/IgM (Orient Gene Biotech)

S. Dellièvre, M. Salmona, M. Minier, A. Gabassi, A. Alanio, J. Le Goff, C. Delaugerre, M. Chaix
Hôpital Saint-Louis, Paris, France

Introduction Tandis que le pic épidémique du COVID-19 semble passé dans la majorité des pays européens, le nouveau challenge est d'évaluer l'immunité de la population à grande échelle. De nombreux tests sérologiques aux performances très variables sont proposés. Il est nécessaire et urgent d'en réaliser la validation qualitative afin de ne pas mésestimer la séroprévalence COVID-19. Nous proposons l'évaluation des performances du test de diagnostic rapide (TDR) Orient Gene (OG) COVID-19 IgG/IgM en comparaison au test ELISA-Abbott SARS-CoV-2 IgG immunoassay (ASIA).

Matériels et méthodes Il s'agit d'un test immunochromatographique à flux latéral permettant l'obtention d'un résultat en 10 minutes. Un total de 102 sérums provenant de patients ayant eu une RT-PCR SARS-CoV-2 positive ont été testés. Ces patients étaient asymptomatiques ($n = 2$), présentaient des symptômes légers ($n = 37$), des symptômes sévères nécessitant l'hospitalisation ($n = 35$) ou ont dû être admis en réanimation ($n = 28$). La spécificité a été évaluée à partir de 42 sérums provenant de patients présentant diverses pathologies virales (dont des coronavirus endémique), parasitaires ou avec un taux de facteur rhumatoïde élevé et prélevé en période pré-pandémique.

Résultats La sensibilité de l'OG était de 95,8 % (IC95 % : 89,6–98,8) pour les échantillons collectés ≥ 10 jours après le début des symptômes ce qui était équivalent à la sensibilité 90,5 % (IC95 % : 82,8–95,6) de l'ASIA. L'OG a permis de détecter 6 sérums négatifs en ASIA parmi lesquels 2 présentaient uniquement des IgM sur l'OG.

