

Rapport quotidien du RMISP pour le 17 septembre 2020

Section spéciale sur le coronavirus

Canada

Régions du Canada où il y avait des cas de COVID-19 en date du 16 septembre 2020 à 7 heures HAE

Source : Gouvernement du Canada

Province, territoire ou autre	Nombre de cas confirmés	Nombre de cas actifs	Nombre de décès
Canada	139 747	8 105	9 193
Terre-Neuve-et-Labrador	271	1	3
Île-du-Prince-Édouard	57	1	0
Nouvelle-Écosse	1 086	1	65
Nouveau-Brunswick	194	3	2
Québec	65 857	2 265	5 788
Ontario	45 383	2 316	2 822
Manitoba	1 489	283	16
Saskatchewan	1 751	107	24
Alberta	16 128	1 495	254
Colombie-Britannique	7 498	1 633	219
Yukon	15	0	0
Territoires du Nord-Ouest	5	0	0
Nunavut	0	0	0
Voyageurs rapatriés	13	0	0

Un [résumé épidémiologique](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html) détaillé est disponible.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html>

Canada - Éclosions et résultats de la maladie à coronavirus (COVID -19)
(Sources officielles et médias)

Canada

Le premier ministre annonce les prochaines étapes de l'Accord sur la relance sécuritaire

16 septembre 2020

Ottawa (Ontario)

À l'approche de l'automne, alors que le monde fait toujours face aux répercussions de la COVID-19, le gouvernement du Canada continue d'assurer la santé et la sécurité des Canadiens, et de faire en sorte qu'ils disposent du soutien nécessaire pendant cette crise sanitaire et économique mondiale.

Aujourd'hui, le premier ministre Justin Trudeau a présenté les détails des investissements qui seront effectués dans le cadre de l'Accord sur la relance sécuritaire. Ces investissements permettront d'apporter un soutien continu aux Canadiens alors que nous relançons notre économie en toute sécurité et bâtissons un Canada plus résilient.

Aux termes de l'Accord, qui a été conclu plus tôt cet été, le gouvernement du Canada a annoncé un financement fédéral de plus de 19 milliards de dollars pour aider les provinces et les territoires à relancer leur économie en toute sécurité. Les provinces et les territoires devaient indiquer dans une lettre la meilleure façon dont ces fonds pourraient être utilisés dans leur administration en fonction de leurs priorités. Les premiers ministres provinciaux et territoriaux ont maintenant tous présenté leur [lettre](#), et les fonds fédéraux seront transférés aux provinces et aux territoires.

L'Accord sur la relance sécuritaire appuie les mesures visant à accroître le dépistage et la recherche des contacts afin de protéger les Canadiens contre les futures vagues du virus. Il contribuera à soutenir la capacité de nos systèmes de soins de santé, notamment en ce qui concerne les services de santé mentale. De plus, des fonds seront fournis aux municipalités pour qu'elles puissent assurer une prestation rapide des services essentiels, comme le transport en commun, sur lesquels les Canadiens comptent chaque jour. Le financement offert permettra également de garantir une source fiable d'équipement de protection individuelle pour les travailleurs essentiels.

L'Accord prévoit également un soutien direct aux travailleurs canadiens, notamment des services de garde d'enfants sécuritaires pour les parents qui retournent au travail, ainsi qu'un soutien au revenu pour les personnes n'ayant pas accès à un congé de maladie payé. Il comprend aussi des mesures visant à protéger les personnes les plus vulnérables, dont les aînés du Canada.

Alors que nous continuons de faire face aux répercussions de la pandémie sur la santé et sur l'économie, le gouvernement continuera d'investir dans les Canadiens. En collaboration avec les provinces et les territoires, nous bâtissons un Canada plus résilient, soit un Canada plus sain et plus sécuritaire, plus propre et plus concurrentiel, et plus juste et inclusif pour tous.

<https://pm.gc.ca/fr/nouvelles/communiqués/2020/09/16/premier-ministre-annonce-les-prochaines-etapes-de-laccord-la>

Canada

Déclaration de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada le 16 septembre 2020

De : [Agence de la santé publique du Canada](#)

Déclaration

Le 16 septembre 2020, la D^{re} Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, a fait la déclaration suivante au sujet de la COVID-19.

Le 16 septembre 2020 - Ottawa (Ontario) – Agence de la santé publique du Canada

Au lieu de présenter une mise à jour aux médias en personne, la Dre Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, a diffusé la déclaration suivante aujourd'hui :

« On dénombre 138 803 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 188 décès. Quatre-vingt-huit pour cent des personnes sont désormais guéries. Des laboratoires dans l'ensemble du Canada ont testé en moyenne 47 111 personnes par jour au cours de la dernière semaine et 1,4 % des tests se sont révélés positifs. En moyenne, 722 nouveaux cas ont été déclarés quotidiennement au cours des sept derniers jours.

Nous aimerions prendre le temps aujourd'hui de souligner que plus de six millions de Canadiens ont subi un test de dépistage de la COVID-19 au cours des derniers mois, et, à l'heure actuelle, 300 000 personnes subissent un test chaque semaine au Canada. Je tiens à remercier tous les Canadiens qui ont décidé de subir un test.

Depuis le début de la pandémie, il y a plus de six mois, les représentants de la santé publique comme nous-mêmes ont souvent souligné ce que chacun peut faire pour se protéger et protéger sa famille et sa collectivité. Une grande part de ces conseils ont mis l'accent sur des mesures de prévention qui se sont révélées efficaces, comme rester à la maison et à l'écart des autres si l'on ressent des symptômes, même légers, maintenir une distance de deux mètres des autres dans les lieux publics, porter un masque non médical ou un couvre-visage lorsqu'il est difficile de respecter les règles de distanciation physique et maintenir une bonne hygiène des mains.

Cela dit, l'une des mesures de santé publique les plus importantes que nous pouvons prendre si nous ressentons des symptômes ou pensons avoir été exposés à quelqu'un atteint de la COVID-19 est de passer un test de dépistage. Pour vous aider à décider si vous devez passer un test de dépistage de la COVID-19 et à déterminer comment passer un tel test, vous pouvez utiliser les [outils d'auto-évaluation sur la COVID-19](#) accessibles en ligne.

Les tests permettent aux autorités de santé publique locales de briser les chaînes de transmission et de limiter la propagation du virus grâce à la détection des cas et la recherche des contacts, ainsi que l'isolement et la mise en quarantaine, respectivement. Nous reconnaissons qu'il peut y avoir des files d'attente à certaines installations de dépistage et que l'attente de résultats de test peut être stressante et bouleverser votre vie professionnelle et familiale. Toutefois, nous vous remercions de faire preuve de patience. Les mesures que vous prenez sont essentielles pour nous permettre de maintenir les activités liées à la COVID-19 à un niveau gérable.

Se soumettre à un test de dépistage de la COVID-19 est un acte de bonté, et franchement, de bravoure qui signifie que vous choisissez non seulement de vous protéger, mais aussi de protéger les gens qui vous entourent. Si le résultat du test s'avère positif, les autorités de santé publique locales aviseront les personnes pouvant avoir été exposées afin que ces dernières puissent prendre des mesures pour isoler et subir un test si elles présentent des symptômes.

Si vous connaissez une personne qui subit un test de dépistage de la COVID-19 ou qui est en attente de résultat, vous pouvez l'aider en lui offrant votre aide, que ce soit faire une course urgente, déposer des provisions à sa porte ou communiquer avec elle virtuellement pour lui rappeler qu'elle n'est pas seule pendant son isolement et dans l'attente de son résultat. Nous aurons tous besoin d'un tel appui si nous recevons un diagnostic positif.

Une autre façon de contribuer à interrompre le cycle d'infection est de télécharger gratuitement sur votre téléphone l'application Alerte COVID du gouvernement du Canada. Cette application peut vous aviser d'une exposition possible avant l'apparition de symptômes tout en protégeant vos renseignements personnels. Si vous avez téléchargé l'application et avez reçu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19, vous recevrez une clé à usage unique des autorités sanitaires de votre province ou de votre territoire que vous pourrez entrer dans l'application. L'application avisera ensuite les autres utilisateurs de l'application avec qui vous auriez pu être entrés en contact étroit alors que vous étiez

contagieux. L'application ne recueille aucun renseignement permettant d'identifier les personnes ni aucune donnée de localisation.

Nous nous adaptons tous à notre nouveau mode de vie et aux nouvelles façons de reprendre l'école, le travail et nos activités commerciales. Se faisant, continuons à nous entraider, à nous protéger les uns les autres et à faire preuve de compassion et de compréhension. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les facteurs de risque de la COVID-19 et les précautions à prendre [ici](#). »

ERRATUM

Lors de la mise à jour faite aux médias ce mardi, nous avons mentionné qu'en moyenne 838 nouveaux cas ont été signalés quotidiennement au cours des sept jours précédents. **Le calcul de cette moyenne comprenait à tort des cas qui avaient été relevés pendant la fin de semaine de la fête du Travail, mais qui n'avaient pas été signalés avant le mardi 8 septembre. En retirant ces cas de l'équation, la moyenne exacte du nombre de cas quotidien du 8 au 14 septembre est de 696 cas.** De plus, la moyenne exacte du nombre de cas quotidien du 7 au 13 septembre est de 681, et non pas de 618 comme il a été mentionné dans notre déclaration de lundi. Nous sommes navrés de ces erreurs. Toutefois, nous sommes toujours préoccupés par l'augmentation constante du nombre de cas quotidien à l'échelle nationale mentionné au cours des dernières semaines.

Personnes-ressources

Relations avec les médias
Agence de la santé publique du Canada
613-957-2983
hc.media.sc@canada.ca

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/09/declaration-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-le-16-septembre-2020.html>

Canada

Un expert médical de premier plan affirme que l'Ontario doit réduire la taille des classes, car l'augmentation du nombre cas de COVID-19 s'accélère.

Source : *National Post*
ID : [1007853235](#)

TORONTO — Idéalement, les classes des écoles à haut risque au Canada devraient compter au plus 20 élèves afin que les enfants puissent rester à une distance sécuritaire les uns des autres, a déclaré un éminent médecin qui a conseillé le gouvernement de l'Ontario au moment de la réouverture des écoles, car il est arrivé que les cours reprennent dans des classes bondées au milieu d'une forte augmentation du nombre de cas de COVID-19. **Le Dr Ronald Cohn, président du Hospital for Sick Children de Toronto, est l'un des auteurs de deux rapports que la province la plus peuplée du Canada a cités à maintes reprises dans l'élaboration de plans de retour à l'école.**

Selon le Dr Cohn, beaucoup de choses dépendent de la grandeur des salles de classe; certaines peuvent accueillir seulement 15 élèves, tandis que d'autres sont assez vastes pour qu'on puisse y enseigner à 18 ou 20 enfants, mais probablement pas beaucoup plus.

« **Il est essentiel d'offrir un cadre où la taille des classes est réduite afin que la distanciation physique soit possible** », a déclaré le Dr Cohn à Reuters en fin de journée lundi, ajoutant que c'est particulièrement important dans les régions où la transmission communautaire est marquée et où habitent souvent les enfants et les familles les plus vulnérables.

Les résultats préliminaires d'une nouvelle étude publiée par l'hôpital lundi montrent qu'il n'est pas possible de maintenir une distance de deux mètres (6,5 pi) dans les salles de classe ordinaires où sont regroupés plus de 12 à 15 élèves (<https://safeschoolcovid19.ca/updates/>).

<https://nationalpost.com/pmnh/health-pmnh/top-medical-expert-says-ontario-needs-smaller-classes-as-covid-19-cases-accelerate>

Canada

L'Alberta prévoit dépenser 1,3 G\$ dans le cadre de l'Accord sur la relance sécuritaire

Source : CBC | Edmonton News

ID : 1007853135

L'Alberta prévoit dépenser 1,3 milliard de dollars versés par le gouvernement fédéral pour accroître le nombre de tests de dépistage de la COVID-19, renforcer la capacité des services de santé, accorder des fonds aux réseaux municipaux de transport en commun et acheter plus d'équipement de protection individuelle.

Les plans de dépenses dans le cadre de l'Accord sur la relance sécuritaire sont décrits dans une lettre que le premier ministre de l'Alberta, Jason Kenney, a envoyée au premier ministre du Canada.

En vertu de l'accord conclu plus tôt cet été, le gouvernement fédéral a annoncé qu'il accorderait plus de 19 milliards de dollars aux provinces et territoires pour les aider à relancer l'économie en toute sécurité.

Dans sa lettre au premier ministre Justin Trudeau, M. Kenney, énumère six grandes priorités et précise le montant qui sera consacré à chacune.

La province dépensera 349,9 millions de dollars pour accroître le nombre de tests de dépistage, intensifier la recherche des contacts et gérer les données.

Les fonds seront utilisés notamment pour :

- accroître la capacité de dépistage, qui se situe maintenant à 12 000 tests par jour pour la porter à un maximum de 22 000 par jour (les chiffres réels dépendront de la demande);
- élargir l'utilisation de MyHealth Records pour consigner tous les résultats des tests;
- rembourser certaines dépenses liées à la COVID engagées par Alberta Precision Labs au cours des huit premiers mois de l'année.
- La province prévoit dépenser 139 millions de dollars pour accroître la capacité des soins de santé, a dit M. Kenney.

Ces fonds serviront notamment :

- à financer des mesures supplémentaires de prévention et de contrôle des infections dans les établissements de soins de santé.
- à réduire l'arriéré des interventions non liées à la COVID.
- à payer pour remplacer ou embaucher du nouveau personnel de soins de santé.
- à accroître le soutien en ligne, par téléphone et en personne en matière de santé mentale et de traitement des dépendances.
- La province consacrera 303,2 millions de dollars aux municipalités et au transport en commun.

L'Alberta utilisera cet argent, qui sera en grande partie réparti au prorata de la population, aux fins suivantes :

- fournir des fonds aux 15 réseaux municipaux de transport en commun en Alberta, qui couvrira les coûts d'exploitation supplémentaires attribuables à la COVID-19, notamment l'achat d'équipement de protection individuelle, les frais d'un nettoyage plus poussé et le remplacement des recettes perdues en raison de la baisse de fréquentation;
- aider les municipalités à absorber les pertes découlant de la COVID-19 et à remplacer les revenus perdus, comme les frais de stationnement, les frais d'entrée dans les installations de loisirs et les droits des permis de construction.

Une part des fonds sera mise de côté pour les centres touristiques de Banff, de Jasper et de Canmore.

La province consacra 71,8 millions de dollars aux services de garde d'enfants.

Ces fonds serviront à :

- fournir des places en garderie et à augmenter le nombre de places disponibles pour les familles des enfants handicapés ou à risque;
- fournir une subvention d'une durée déterminée pour couvrir certains coûts fixes des établissements préscolaires, des garderies et des garderies en milieu familial et les programmes parascolaires;
- fournir une subvention unique aux éducateurs de la petite enfance.

L'Alberta dépensera 86,3 millions de dollars pour aider les populations vulnérables.

La province prévoit utiliser ces fonds aux fins suivantes :

- aider les exploitants des centres de soins continus et d'hébergement, notamment pour l'augmentation des effectifs, pour les fournitures nécessaires au nettoyage supplémentaire, pour les pertes de revenus d'hébergement;
- offrir du soutien aux personnes qui utilisent des refuges ou des logements temporaires, y compris les centres d'hébergement pour femmes;
- offrir du soutien pour contrer et prévenir les violences familiales et sexuelles;
- fournir des fonds à des organisations caritatives et de la société civile.

La province consacra également près de 350 millions de dollars à l'équipement de protection individuelle.

<https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-covid-19-coronavirus-coronavirus-safe-restart-agreement-funding-1.5726475?cmp=rss>

Canada

Le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique affichera tous les cas de COVID 19 dans les écoles.

ID : 1007853610

Source : globalnews.ca

Le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique informera désormais le public de chaque cas de COVID-19 détecté dans le réseau scolaire, en donnant des détails, à la suite des protestations du public et des comparaisons avec les politiques d'autres provinces. Auparavant, les districts scolaires de la Colombie-Britannique avisait le personnel et les élèves qu'un membre de leur milieu scolaire avait reçu un résultat positif au test de dépistage de la maladie à coronavirus.

Mais les parents et d'autres membres du public ont réclamé plus de détails, comme la date et le type d'exposition, information qui est donnée dans d'autres provinces comme l'Ontario.

À compter de mercredi, le Centre fournira des liens vers les pages de notification des autorités régionales de la santé, y compris des détails supplémentaires comme la date et le type d'exposition, sur sa liste globale des cas d'exposition.

La page de notification de Fraser Health était déjà disponible immédiatement après l'annonce.

Les autorités n'ont pas encore identifié d'éclosions dans les écoles, mais il y a un seul cas confirmé dans cinq écoles à Surrey et un à Delta.

Le surintendant du district scolaire de Surrey, Jordan Tinney, s'est prononcé en faveur de la publication de renseignements supplémentaires.

« La transparence est vraiment importante, si nous voulons bâtir la confiance, mais il ne faut pas aller jusqu'à porter atteinte à la vie privée », a dit M. Tinney.

« Nous devons protéger la vie privée tout en donnant les avertissements nécessaires au public. »

<https://globalnews.ca/news/7339757/bc-centre-for-disease-control-to-post-all-school-related-covid-19-cases/>

Canada

Le personnel des bars et des restaurants est à l'origine de 20 % des cas de COVID : médecin principale de la Ville

Toronto Sun

ID : 1007853783

Selon la médecin-hygiéniste de Toronto, les activités à l'intérieur comme les repas au restaurant et les séjours dans les bars sont à l'origine d'environ 20 % des cas de transmission communautaire de la COVID-19.

La D^{re} Eileen de Villa a déclaré mercredi que le nombre de cas d'infection dans les bars et les restaurants est à la hausse. Toutefois, on ne peut pas en dire autant des infections transmises par le personnel des restaurants et des bars à leurs clients.

La D^{re} De Villa a ajouté que, dans un établissement, il y a eu quatre cas dans le personnel et deux dans la clientèle. Dans un autre, il y a eu neuf cas, dont sept chez les membres du personnel et deux parmi les clients. Dans un restaurant, il y a eu quatre cas dans le personnel et un client a contracté la COVID, dit-elle.

« Selon nos données, les malades contractent la COVID-19 notamment en socialisant à l'intérieur sans porter de masque et en se tenant trop près les uns des autres et pendant trop longtemps », a-t-elle dit.

« Cela se produit particulièrement lorsqu'on se méfie moins... Nos chercheurs ont également remarqué que des gens vont au travail même s'ils ont des symptômes et travaillent même s'ils sont contagieux. Je ne saurais trop insister : si vous savez que vous êtes malade, ou que vous pourriez l'être, la première chose à faire est de traiter vos symptômes et de vous tenir à l'écart des autres autant que possible. »

La D^{re} De Villa a imploré les employeurs d'accorder des congés de maladie aux travailleurs qui présentent des symptômes et elle a rappelé qu'il faut se laver les mains fréquemment et maintenir la distanciation physique.

Son équipe assure également le suivi de quatre mariages différents qui sont à l'origine de 22 cas d'infection.

« On ne peut pas d'un simple coup d'œil savoir si quelqu'un a la COVID-19 », dit-elle. « Ce n'est pas parce qu'il s'agit de membres de la famille, d'amis ou de camarades de travail qu'ils ne peuvent pas vous infecter. »

La D^{re} De Villa ajoute que la ville a des listes de personnes qui peuvent préciser le contact à l'origine de l'infection et les périodes d'exposition pertinentes.

« Les personnes qui présentent un risque quelconque pour la santé publique sont informées en conséquence », a-t-elle déclaré. « L'une des étapes de la gestion de cas est l'isolement, ce qui élimine efficacement le risque pour le public. »

Toronto a déclaré 86 nouveaux cas de COVID-19 mercredi, pour un total de 17 028. La D^{re} de Villa ajoute que 15 089 personnes se sont rétablies et 20 restent à l'hôpital à cause du virus, dont sept aux soins intensifs.

<https://torontosun.com/news/local-news/bars-and-restaurant-staff-contribute-to-20-of-covid-transmission-city>

Canada

L'Ontario lance un nouvel outil de dépistage de la COVID-19 qui contribuera à protéger les élèves et le personnel scolaire

Source : Gouvernement de l'Ontario

ID : [1007851127](#)

TORONTO – Le gouvernement de l'Ontario a lancé un nouvel outil interactif de dépistage à utilisation volontaire pour aider les parents, les élèves et le personnel scolaire à évaluer au jour le jour les symptômes et les facteurs de risque de la COVID-19 avant de se rendre à l'école, comme l'exigent les consignes de santé publique. Cet outil permettra aux parents, aux élèves et au personnel scolaire de déterminer s'il est sécuritaire d'aller à l'école et orientera les utilisateurs exposés à un risque vers les ressources appropriées. C'est là un autre élément de la stratégie de prévention que la province met en œuvre pour protéger la santé et la sécurité des élèves, du personnel et des collectivités au sein desquelles ils vivent et travaillent.

Le premier ministre Doug Ford était accompagné aujourd'hui de la vice-première ministre et ministre de la Santé, Christine Elliott, du ministre de l'Éducation, Stephen Lecce, et du président du Conseil du Trésor, Peter Bethlenfalvy, pour fournir les détails de cette annonce.

« Nous faisons tout ce qui est en notre pouvoir pour assurer la sécurité des élèves et du personnel scolaire, et cela inclut ce nouvel outil de dépistage qui les aidera à se protéger et à protéger les autres de la COVID-19, a déclaré le premier ministre Ford. Il incombe chacun de surveiller ses symptômes ou ceux de son enfant pour éviter la propagation dans nos écoles. Si vous êtes malade ou si un membre de votre foyer est malade, et ce même si les symptômes sont légers, restez chez vous. »

Le nouvel outil mis en place par la province est facile à utiliser. Son utilisation est facultative, mais tous les parents, les élèves et le personnel sont invités à y recourir pour faciliter le dépistage quotidien des symptômes de la maladie. Les utilisateurs devront répondre à des questions simples sur les symptômes et les risques, élaborées par des médecins, et l'outil leur indiquera immédiatement s'il est sûr ou non de fréquenter l'école ce jour-là. L'outil protège la vie privée de ses utilisateurs et ne collecte aucune information personnelle sur la santé. Par ailleurs, il a été conçu à l'interne par les Services numériques de l'Ontario, sans frais supplémentaires pour le contribuable ontarien.

« Notre gouvernement prend toutes les mesures préventives nécessaires pour rouvrir nos écoles en toute sécurité, y compris avec le lancement de ce nouvel outil de dépistage de la COVID-19 à l'intention des élèves et du personnel scolaire, a indiqué le ministre Lecce. Nous avons fait d'énormes progrès à l'échelle de la province; c'est pourquoi nous devons continuer à agir avec vigilance en intensifiant le dépistage auprès des élèves et des membres du personnel avant qu'ils n'entrent dans nos écoles. »

Plus tôt cet été, l'Ontario a dévoilé le plan le plus complet au pays pour la réouverture sécuritaire des écoles en septembre. Ce plan prévoit des mesures de soutien essentielles totalisant 1,3 milliard de

dollars et vise notamment à embaucher plus d'enseignants et enseignantes, à favoriser l'écart sanitaire, à acheter de l'équipement de protection individuelle, à améliorer le nettoyage dans les écoles et les bus scolaires, à améliorer la ventilation, à embaucher davantage de concierges et à créer un plus grand nombre de postes de direction et de soutien administratif pour appuyer l'enseignement virtuel. La province a également mis en place une politique de port du masque obligatoire pour les élèves de la quatrième à la douzième année, ainsi qu'une stratégie rigoureuse de surveillance et de dépistage visant à favoriser une rentrée scolaire réussie.

En outre, les bureaux de santé publique locaux ont embauché plus de 530 infirmières et infirmiers, pourvoyant ainsi 85 % des 625 postes supplémentaires créés pour assurer la sécurité des élèves et du personnel. Le personnel infirmier apportera un soutien rapide dans les écoles et auprès des conseils scolaires en favorisant le respect des mesures de santé publique et de prévention, y compris le dépistage, les tests, la recherche des contacts et la réduction des risques. Afin de garantir que les écoles bénéficient d'un soutien dès le début de l'année scolaire, plusieurs bureaux de santé publique ont temporairement redéployé leur personnel infirmier existant, en attendant que se poursuive le processus d'embauche.

Dans le cadre de l'engagement de l'Ontario en matière de transparence, et en partenariat avec le ministère de la Santé et les Services numériques de l'Ontario, le ministère de l'Éducation a également lancé une page Web où sont signalés les cas de COVID-19 dans les écoles et les centres de garde d'enfants. Cette page sera mise à jour quotidiennement, du lundi au vendredi, avec les plus récentes informations disponibles sur la COVID-19, y compris un relevé des cas dans les écoles et les centres et agences de garde d'enfants agréés. Cette importante ressource aidera les parents et les tuteurs à savoir si un cas COVID-19 a été confirmé à l'école de leur enfant ainsi qu'à déterminer d'où proviennent les données publiées.

« Alors que les élèves de toute la province retournent à l'école, il est plus important que jamais que nous fournissions aux familles les outils et les renseignements dont elles ont besoin pour rester en sécurité et en santé, a souligné le ministre Bethlenfalvy. Tout au long de la pandémie, notre gouvernement a travaillé rapidement pour tirer parti de la technologie et de l'innovation et rendre accessibles des programmes et services essentiels. Cet outil est un autre exemple de la façon dont nous bâtissons un gouvernement véritablement au service des citoyens. »

Le gouvernement a également publié des directives opérationnelles pour la gestion de la COVID-19 dans les écoles. Élaborées en consultation avec des experts de la santé publique, dont le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, elles visent à aider les écoles à détecter et isoler les cas de COVID-19, à réduire la propagation du virus dans les établissements, et à prévenir et minimiser les éclosions.

Faits en bref

- L'Ontario s'est engagé à mettre 1,3 milliard de dollars de ressources liées à la COVID-19 à la disposition des conseils scolaires pour lutter contre la pandémie. Cette enveloppe comprend 381 millions de dollars de financement fédéral pour appuyer les plans de la province pour la rentrée scolaire et 50 millions de dollars de financement provincial pour la qualité de l'air et la ventilation dans les écoles.
- En préparation de la rentrée de septembre, le gouvernement a livré plus de 37 millions d'articles de protection individuelle aux 72 conseils scolaires et 10 autorités scolaires de l'Ontario, dont plus de 19,5 millions de masques, 16 millions de gants, 317 000 écrans faciaux, 320 000 bouteilles de désinfectant pour les mains et 218 000 bidons de désinfectant, entre autres fournitures essentielles.
- Le gouvernement de l'Ontario a nommé le Dr Dirk Huyer au poste de coordonnateur provincial de l'intervention en cas d'éclosion. À ce titre, il dirige les efforts de la province pour prévenir et minimiser les éclosions de COVID-19 dans un certain nombre de secteurs, notamment l'éducation, la garde d'enfants, l'agriculture et les soins de santé.
- L'outil de dépistage à utilisation volontaire est l'une des nombreuses ressources que les Ontariens et Ontariennes sont encouragés à utiliser pour stopper la propagation de la COVID-19. Parmi les autres ressources, citons l'outil d'auto-évaluation de l'Ontario, qui aide les gens à vérifier s'ils présentent des symptômes de la COVID-19, et l'application Alerte COVID, qui permet à ses utilisateurs de savoir s'ils ont été exposés à la COVID-19 et d'alerter les autres en cas de test positif.

<https://news.ontario.ca/fr/release/58386/ontario-lance-un-nouvel-outil-de-depistage-de-la-covid-19-qui-contribuera-a-protger-les-eleves-et>

Canada

COVID-19 Mise à jour : 124 nouveaux cas – Six écoles de Calgary qui ont deux cas ou plus; St. Wilfrid sous surveillance

ID : [1007850024](#)

La province a déclaré mardi 124 nouveaux cas de COVID-19, mais aucun nouveau décès. Il y a 1 491 cas actifs en Alberta.

Le service sans rendez-vous de dépistage de la COVID-19 quitte le Richmond Road Diagnostic and Treatment Centre des Alberta Health Services pour s'installer dans l'ancienne gare d'autobus Greyhound, a annoncé AHS mardi. L'établissement du chemin Richmond offrira toujours des tests sur rendez-vous.

Six écoles de Calgary ont maintenant atteint le seuil de déclaration d'écllosion. Les écoles secondaires Notre Dame et Crescent Heights sont les dernières écoles à s'ajouter à la liste.

La province a inscrit l'école primaire St. Wilfrid sur la liste des écoles « sous surveillance » mardi, ce qui signifie qu'il y a eu cinq cas ou plus à l'école qui pourraient être attribuables à une transmission en milieu scolaire.

Le conseil municipal a voté lundi le prolongement de l'application du règlement de Calgary sur les masques au moins jusqu'en décembre. Les conseillers municipaux ont appris au cours de la réunion que le règlement pourrait être en place jusqu'à ce qu'il y ait un vaccin.

Le premier ministre Justin Trudeau a averti les Canadiens que, dans la lutte contre la COVID-19, il ne fallait pas baisser la garde. Son Cabinet et lui amorçaient à ce moment-là deux jours de réunions à huis clos pour discuter de la pandémie et de la façon de diriger le pays pendant une deuxième vague.

Vendredi, le médecin en chef de l'Alberta a annoncé que, contrairement à ce que prévoient les restrictions précédentes, la province autorisera cette fois, avec certaines contraintes, les répétitions musicales, le chant et les concerts avec instruments à vent à l'intérieur.

<https://calgaryherald.com/news/local-news/covid-19-update-124-new-cases-six-calgary-schools-with-two-or-more-cases-st-wilfrid-under-watch>

Canada

Des centaines d'infirmières et d'infirmiers du Québec ont quitté leur emploi au cours des six premiers mois de la pandémie

Source : CBC News

www.cbc.ca

Publié : 2020-09-16 13 h 53 UTC

Reçu : 2020-09-16 13 h 53 UTC (0 minute)

Dernière utilisation : 2020-09-16 13 h 47 UTC (-6 minutes)

Pertinence : 0,5

Catégories : Maladies infectieuses – Humaines, autres, produits

Lieux : Canada, Québec

ID : [1007850020](#)

Au moment où le Québec s'apprête à affronter une deuxième vague de COVID-19, le système de santé de la province a perdu des centaines d'infirmières et d'infirmiers qui ont quitté la profession au cours des six derniers mois.

Une analyse de Radio-Canada a révélé que plus de 1 700 infirmières et infirmiers travaillant pour 13 des régions régionales de la santé de la province ont quitté leur emploi entre la mi-mars et le mois d'août. Il y avait eu environ 1 300 départs pendant la même période en 2019.

Au moins 11 établissements ont eu un plus grand nombre de départs que pendant la même période l'an dernier.

Au CISSS de Laval, l'augmentation du nombre de départs a été de 52 %. Au CIUSSS de Ouest-de-l'Île-de-Montréal, elle a été de 17 %. À celui de la Mauricie-et-Centre-du-Québec, 247 infirmières et infirmiers ont quitté leur emploi, soit une augmentation de 72 %.

Le premier ministre du Québec, François Legault, dit être conscient du problème.

« Il faut trois ans pour former des infirmières », a déclaré M. Legault. Selon lui, les difficultés de recrutement qui existaient avant la pandémie sont un problème persistant. Il a souligné que, dans les prochaines semaines, des milliers de nouveaux préposés aux patients recrutés et formés au cours de l'été pour les centres de soins de longue durée commenceront à travailler.

La santé mentale mise à l'épreuve

Monika Grzes a quitté son poste d'infirmière en mai après avoir commencé à travailler dans un établissement de soins de longue durée, le CHSLD Herron, où plus de 50 patients ont été emportés par la COVID-19.

Jusqu'en mars, elle avait fait carrière dans les écoles. Mme Grzes avoue qu'elle n'était pas prête à voir ce qu'elle a vu.

« Quand je rentrais à la maison, mes enfants me demandaient ce qui m'arrivait, pourquoi je pleurais. Et je leur répondais que j'avais eu une journée difficile », raconte Mme Grzes.

« En deux mois, j'ai vu mourir 25 personnes, peut-être même 35. »

Après avoir été infirmière pendant 20 ans, Mme Grzes a quitté la profession.

Elle dit qu'elle aime toujours les soins infirmiers, mais après son expérience du printemps, rien ne garantit qu'elle y retournera un jour.

L'équilibre travail-famille et l'amélioration des ratios infirmière-patients font partie des sujets abordés dans les négociations collectives du gouvernement avec les syndicats du secteur de la santé.

Les efforts de recrutement d'infirmières se poursuivent

Bien que le nombre d'infirmières qui quittent la profession ait augmenté, les régies régionales de la santé de la province disent qu'elles s'efforcent de compenser les départs.

Au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal, où il y a eu une hausse du nombre de départs, l'embauche a aussi augmenté.

« Nous nous employons à transformer les postes à temps partiel en postes à temps plein », a déclaré Émilie Jacob, porte-parole. Nous sommes convaincus que cela aura des répercussions très favorables sur la stabilité du personnel, ce qui permettra de renforcer nos équipes de soins de santé et de réduire les déplacements entre établissements. »

Au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal, le porte-parole Carl Thériault déclare que le plus grand nombre de départs en 2020 est attribuable au fait que des infirmières sont venues prêter main-forte temporairement au printemps dernier et sont reparties. Le CIUSSS a aussi embauché 470 infirmières auxiliaires, ce qui donne un gain net de 280 employés.

<https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/nurses-quitting-covid-19-1.5725870?cmp=rss>

Canada

Écllosion à l'école John Pritchard : cinq élèves ont eu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19

Source : Global News

ID : [1007849633](#)

Les parents dont les enfants fréquentent l'école John Pritchard, sur la route Henderson, se sont fait dire tard mardi soir qu'il y avait quatre nouveaux cas confirmés de COVID-19 à l'école, ce qui porte le total à cinq après qu'un enfant asymptomatique eut reçu un résultat positif. L'école a écrit aux parents que le téléenseignement commencera immédiatement pour les 6^e, 7^e et 8^e années, la classe combinée 4/5 et le programme de garde avant et après l'école. Au total, cinq élèves d'une école de Winnipeg ont eu un résultat positif au test de dépistage du nouveau coronavirus.

Au total, cinq élèves d'une école de Winnipeg ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du nouveau coronavirus.

Les parents dont les enfants fréquentent l'école John Pritchard, sur la route Henderson, se sont fait dire tard mardi soir qu'il y avait quatre nouveaux cas confirmés de COVID-19 à l'école, ce qui porte le total à cinq après qu'un enfant asymptomatique eut reçu un résultat positif.

L'école a écrit aux parents que le téléenseignement commencera immédiatement pour les 6^e, 7^e et 8^e années, la classe combinée 4/5 et le programme de garde avant et après l'école.

« À l'heure actuelle, les responsables de la santé publique prévoient que l'apprentissage à distance se poursuivra pour ces cohortes/niveaux pendant 14 jours, mais la période pourrait être prolongée ou abrégée selon les résultats de l'enquête qui se poursuit », peut-on lire dans la lettre.

La direction de l'école a déclaré que, bien qu'elle ne soit pas autorisée à divulguer des renseignements permettant d'identifier les cas, la Santé publique du Manitoba communiquera avec toute personne identifiée comme ayant eu un contact étroit.

Global News a communiqué avec la division scolaire de River East Transcona pour obtenir de plus amples renseignements.

<https://globalnews.ca/news/7338133/outbreak-at-john-pritchard-school-as-five-students-test-positive-for-covid-19/>

Canada

Le premier ministre de l'Ontario fera pression pour abaisser les limites des rassemblements sociaux dans les points chauds de COVID-19

Source : CTV

ID : [1007851036](#)

TORONTO – Le premier ministre de l'Ontario, Doug Ford, cherche maintenant faire diminuer le nombre de personnes autorisés dans les rassemblements à Toronto, à Peel et à Ottawa, parce que ces rassemblements sont à l'origine de la hausse du nombre de cas de COVID-19 dans la province, a appris CTV News Toronto.

La province a relevé à la mi-juillet le nombre maximum de personnes qui peuvent participer à un rassemblement social, autorisant 50 personnes à se réunir à l'intérieur et 100 personnes à l'extérieur. Certains ont rapidement profité des nouvelles règles pour lancer des fêtes de fin d'été. Or, selon les responsables de la santé publique, ces fêtes ont contribué à la propagation de la COVID-19 dans les villes densément peuplées.

La médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario a reconnu que les Ontariens ne savaient peut-être pas à quoi s'en tenir au sujet des nouvelles règles et elle a insisté sur le fait que le port du masque et la distanciation physique s'appliquaient toujours pendant ces rassemblements, sauf entre les personnes qui appartiennent à une même bulle sociale.

Bien que le premier ministre Ford ait dit la semaine dernière que les médecins-hygiénistes régionaux pouvaient imposer des restrictions au niveau, aucun n'a profité de cette possibilité offerte par le premier ministre.

Au lieu de cela, les maires des régions touchées ont eu des discussions directes avec Ford, soulevant des préoccupations au sujet des règles applicables aux rassemblements, aux clubs de danseuses et au service d'alcool. Ils ont pressé le premier ministre d'imposer des restrictions à l'échelle provinciale, mais avec une modulation selon les régions.

Aujourd'hui, Ford et son Cabinet examineront un certain nombre d'options concernant les limites applicables aux rassemblements. Selon des sources gouvernementales, toutefois, les limites pourraient ne pas s'appliquer aux entreprises, qui ont exprimé des préoccupations au sujet de l'incidence de nouvelles restrictions sur la rentabilité de leurs activités.

<https://toronto.ctvnews.ca/ontario-premier-will-push-to-lower-social-gathering-limits-in-covid-19-hotspots-1.5107057>

Canada

Deux autres écoles de Surrey (C.-B.) signalent des cas de COVID-19

Source : Global news

ID : [1007851027](#)

Deux autres écoles de Surrey, en Colombie-Britannique, signalent des cas de COVID-19.

Un élève a fréquenté l'école secondaire Sullivan Heights et l'autre l'école élémentaire William Watson, a dit le surintendant de district, Jordan Tinney, mardi soir.

Les deux élèves étaient à l'école jeudi dernier, le 10 septembre, a-t-il ajouté. Les cas sont considérés comme à faible risque.

Seules les personnes dont on croit qu'elles ont peut-être été exposées à la COVID-19 sont invitées à s'isoler elles-mêmes ou à surveiller leurs symptômes.

Les parents qui n'ont pas été avisés par téléphone ou par lettre doivent normalement envoyer leur enfant à l'école.

Mardi, le ministre de la Santé, Adrian Dix, a dit qu'il examinerait les lignes directrices sur la notification des cas dans les écoles, après que la maladie eut été signalée dans trois écoles secondaires du Grand Vancouver.

Un membre du personnel de l'école secondaire Panorama Ridge et une personne de l'école secondaire Johnston Heights, à Surrey dans les deux cas, ont eu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 avant que les cours en présentiel ne reprennent.

Le district scolaire de Delta refuse de dire si son cas confirmé concerne un élève ou un membre du personnel, mais ajoute que la personne en cause s'isole à la maison. Cette exposition s'est produite après le début de la nouvelle année scolaire.

<https://globalnews.ca/news/7338564/surrey-schools-covid-19-cases/>

Canada

Le Canada change d'orientation dans le prochain discours du Trône pour s'attaquer au risque de deuxième vague de la COVID-19

Source : NEWS 1130

ID : [1007850866](#)

OTTAWA – Les priorités du gouvernement Trudeau ont changé en raison de l'augmentation du nombre de cas de COVID-19 partout au Canada.

Ce réaménagement des priorités survient à la fin de la retraite du Cabinet fédéral, mercredi. L'ambitieux plan de relance économique a été mis en veilleuse au cours de cette période de réflexion, les ministres essayant de trouver la meilleure façon d'affronter une deuxième vague possible de COVID-19.

L'objectif est d'éviter une poussée majeure et un autre ralentissement de l'économie, ce qui indique probablement un changement d'orientation pour le discours du Trône de la semaine prochaine.

Cependant, le ministre de l'Innovation, des Sciences et de l'Industrie, Navdeep Bains, affirme que cela ne veut pas dire que le gouvernement ne tient pas compte de l'économie, ajoutant que les ministres présenteront des idées pour essayer de stimuler la création d'emplois.

« Nous avons besoin de solutions uniques et adaptées pour aider les travailleurs et les collectivités, et c'est exactement ce que nous chercherons dans un avenir rapproché », a-t-il déclaré mercredi.

D'autres ministres font remarquer qu'il ne peut y avoir de reprise économique si on n'assure pas la sécurité des Canadiens tout au long de l'automne.

Le président du Conseil du Trésor affirme que le gouvernement sera là pour appuyer les Canadiens et assurer leur sécurité, mais il refuse de dire si le gouvernement a fixé un plafond à ne pas dépasser pour son déficit, qui atteint déjà un niveau record.

« L'objectif est de ne jamais atteindre ce plafond. C'est pour éviter d'en arriver là – et nous n'en arriverons pas là – que, comme je l'ai dit, nous protégeons l'intégrité sociale et économique de notre pays », a expliqué le ministre Jean-Yves Duclos.

Pendant ce temps, la ministre du Développement économique, Mélanie Joly, affirme que l'économie et la sécurité des Canadiens vont de pair.

« Il existe un lien étroit entre la santé de notre économie et la santé des Canadiens. Et ce que les Canadiens attendent de nous en ce moment, c'est assurément que nous luttons contre la pandémie avec les provinces et les territoires », a-t-elle dit.

Le premier ministre devrait prendre la parole plus tard aujourd'hui.

<https://www.citynews1130.com/2020/09/16/canadas-economic-recovery-second-wave-covid-19/>

Canada

Le CSDT n'a plus besoin de places supplémentaires dans les écoles parce qu'un plus grand nombre de parents optent pour les cours en ligne

Source : *National Post*

ID : [1007850850](#)

TORONTO — Le plus grand conseil scolaire du Canada affirme qu'il n'a plus besoin de salles de classe supplémentaires pour les écoles primaires parce que beaucoup de parents ont refusé les cours en présentiel.

Le Conseil scolaire du district de Toronto affirme qu'il a d'abord craint de manquer de locaux dans cinq de ses écoles, mais qu'un grand nombre d'élèves sont maintenant passés à l'apprentissage en ligne.

Le porte-parole Ryan Bird affirme que des milliers de parents ont fait la transition au cours des dernières semaines parce que la COVID-19 se propage davantage en Ontario.

Cela signifie, explique-t-il, que dans les écoles où on craignait de manquer de place, on pourra maintenant se débrouiller en utilisant des gymnases et des bibliothèques pour dispenser l'enseignement. Le Conseil continuera de chercher des salles de classe supplémentaires en fonction des besoins.

Plus tôt au cours de l'été, il a repéré plusieurs quartiers de Toronto qui ont été le plus durement touchés par le coronavirus et il a entrepris de louer des espaces d'apprentissage à l'extérieur des écoles.

Toutefois, M. Bird a écrit dans un courriel mercredi que, dans les cinq écoles initialement désignées, les locaux actuels suffiront pour accueillir tous les élèves.

« À ce stade-ci, aucune école n'aura besoin de locaux supplémentaires à l'extérieur de son bâtiment pour le début de l'année scolaire, a déclaré M. Bird.

« Nous élaborons des plans au cas où des locaux supplémentaires seraient nécessaires. »

<https://nationalpost.com/pmnl/news-pmn/canada-news-pmn/tdsb-no-longer-needs-extra-school-spaces-after-more-parents-opt-for-online-class>

États-Unis – Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) – Ressources en communications (sources officielles et médias)

États-Unis

Dix conseils cliniques sur la COVID-19 pour les fournisseurs de soins qui s'occupent des patients

Source : CDC des États-Unis

ID : 1007853284

Dix conseils cliniques sur la COVID-19 pour les fournisseurs de soins de santé qui s'occupent des patients

Mise à jour du 16 septembre 2020

Traitement et prophylaxie

1. Les National Institutes of Health ont élaboré des lignes directrices sur le traitement, qui seront régulièrement mises à jour à mesure que de nouvelles données probantes sur l'innocuité et l'efficacité des médicaments et des produits thérapeutiques émergeront des essais cliniques et des publications des chercheurs.

2. Il n'existe actuellement aucune prophylaxie post-exposition approuvée par la FDA pour les personnes qui pourraient avoir été exposées au SRAS-CoV-2.

Journal de gratitude - brouill

Symptômes et diagnostic

3. Symptômes non respiratoires de la COVID-19 – Des symptômes gastro-intestinaux (p. ex., nausées, vomissements, diarrhée) ou neurologiques (p. ex., anosmie, agueusie, maux de tête), de la fatigue ou des douleurs musculaires peuvent apparaître avant la fièvre et les symptômes des voies respiratoires inférieures (p. ex., toux et essoufflement).

4. Les enfants qui ont la COVID-19 peuvent présenter moins de symptômes que les adultes. Bien que la plupart des enfants atteints ne soient pas gravement malades, les cliniciens devraient rester très attentifs aux risques d'infection par le SRAS-CoV-2 chez les enfants, en particulier les nourrissons et les enfants

ayant des problèmes médicaux sous-jacents. Les CDC étudient le syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants, une complication rare, mais grave associée à la COVID-19. Ils recommandent de surveiller les enfants pour voir si la COVID-19 s'aggrave.

5. Il ne faut pas recourir à la tomodensitométrie pour dépister la COVID-19 ni l'utiliser comme test de première ligne pour diagnostiquer cette maladie. Les tomodensitogrammes doivent être utilisés avec parcimonie et réservés aux patients hospitalisés qui présentent des symptômes et qui ont des indications cliniques spécifiques rendant utiles les tomodensitogrammes.

Co-infections

6. Les patients infectés par le SRAS-CoV-2 (le virus qui cause la COVID-19) peuvent avoir une autre infection virale (comme la grippe), bactérienne ou fongique en même temps. Au cours d'une circulation généralisée simultanée du SRAS-CoV-2 et de la grippe, les cliniciens devraient envisager de tester des patients présentant des symptômes compatibles avec ceux des deux virus.

7. On a signalé que plusieurs patients atteints de la COVID-19 souffraient en même temps d'une pneumonie bactérienne d'origine communautaire. Les décisions sur l'administration d'antibiotiques aux patients atteints de la COVID-19 devraient être fondées sur la probabilité d'une infection bactérienne (contractée dans la communauté ou les services de santé), la gravité de la maladie et les lignes directrices à jour sur la pratique clinique.

Maladie grave

8. Les cliniciens doivent être conscients de la possibilité que l'état de certains patients se détériore rapidement une semaine après l'apparition de la maladie.

9. La durée médiane du syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) varie de 8 à 12 jours.

10. Des taux élevés de lymphopénie, de neutrophilie, d'alanine aminotransférase sérique et d'aspartate aminotransférase, de lactate-déshydrogénase, de CRP et de ferritine peuvent être associés à une forme plus grave de la maladie.

Dernière mise à jour le 16 septembre 2020

Source du contenu : National Center for Immunization and Respiratory Diseases (NCIRD), Division des maladies virales

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-tips-for-healthcare-providers.html>

États-Unis

Trousse de ressources parentales pour la COVID-19

Source : CDC

Assurer le bien-être social, émotionnel et mental des enfants et des jeunes

Mise à jour du 16 septembre 2020

Langues

Ressources, par groupe d'âge

- Survol
-

- [Petite enfance \(0 à 5 ans\)](#)
- [Enfance \(de 6 à 12 ans\)](#)
- [Adolescence \(13 à 17 ans\)](#)
- [Jeunes adultes \(18 à 24 ans\)](#)

Santé sociale, émotionnelle et mentale des enfants et des jeunes

La maladie à coronavirus (COVID-19) peut affecter directement et indirectement les enfants et les jeunes. Au-delà de la maladie, le bien-être social, émotionnel et mental de nombreux jeunes a été touché par la pandémie. Les traumatismes subis à ce stade du développement peuvent les hanter toute leur vie.

Parmi les difficultés auxquelles sont exposés les enfants et les jeunes pendant la pandémie de COVID-19 notons les suivantes :

- **Bouleversement des habitudes** (p. ex., éloignement physique de la famille, des amis, de la communauté religieuse)
- **Interruptions dans l'apprentissage** (p. ex., environnements d'apprentissage virtuel, problèmes d'accès à la technologie et de connectivité)
- **Interruptions dans les soins de santé** (p. ex., consultations de médecine préventive et d'immunisation pour les enfants, accès limité aux services de santé mentale, d'orthophonie et de santé au travail)
- **Événements marquants manqués** (p. ex., célébrations manquantes, plans de vacances ou étapes marquantes de la vie)
- **Sécurité et sûreté perdues** (p. ex., insécurité en matière de logement et d'alimentation, exposition accrue à la violence et aux méfaits en ligne, menace de maladie physique et incertitude pour l'avenir)

Les CDC ont élaboré la **trousse de ressources parentales pour la COVID-19, Assurer le bien-être social, émotionnel et mental des enfants et des jeunes**, afin d'aider les parents, les fournisseurs de soins et les autres adultes qui sont au service des enfants et des jeunes à reconnaître chez les enfants et les jeunes leurs difficultés en matière de santé sociale, émotionnelle et mentale pour mieux assurer leur bien-être.

Ressources, par groupe d'âge

Renseignez-vous sur les problèmes de santé sociale, émotionnelle et mentale qu'éprouve chaque groupe d'âge, découvrez ce que vous pouvez faire pour les aider et accédez à des ressources propres à chaque groupe d'âge pour mieux entreprendre votre démarche.

[Petite enfance \(0 à 5 ans\)](#) | [Enfance \(6 à 12 ans\)](#) | [Adolescence \(13 à 17 ans\)](#) | [Jeunes adultes \(18 à 24 ans\)](#)

Ressources

Explorez les différents types de ressources disponibles pour vous aider à soutenir le bien-être social, émotionnel et mental des jeunes tout au long de leur vie.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/parental-resource-kit/index.html>

États-Unis

Débarquements des équipages par des moyens commerciaux de transport

Mise à jour du 16 septembre 2020

Source : CDC

Les CDC s'engagent à aider les croisiéristes à assurer la sécurité et le bien-être de leurs membres d'équipage à bord des navires de croisière et au moment de leur débarquement. Ils permettent aux membres d'équipage de débarquer de tous les navires de croisière dans les eaux américaines sous réserve de certaines précautions.

Les croisiéristes ayant des plans d'intervention complets et précis pourront utiliser les transports commerciaux pour débarquer les membres d'équipage de certains navires si ceux-ci répondent à certains critères établis par les CDC, notamment qu'il n'y ait pas eu de cas confirmés de COVID-19 ou des maladies semblables à bord du navire au cours des 28 derniers jours.

Ces navires peuvent également atténuer certaines restrictions de distanciation sociale à bord. Les croisiéristes qui ont des plans d'intervention complets et précis en vertu de l'interdiction de navigation (No Sail Order), mais qui ne satisfont pas aux critères ci-dessus pourront toujours débarquer leurs membres d'équipage en utilisant des moyens de transport non commerciaux.

Les compagnies de croisière doivent avoir mis en place des mesures pour s'assurer que ceux qui assurent le transport ne sont pas exposés au virus qui cause la COVID-19 et qu'ils respectent toutes les exigences des CDC pour empêcher l'interaction entre l'équipage qui débarque et le public.

Critères de transport commercial de l'équipage

Pour en savoir plus sur le débarquement des [membres d'équipage des navires de croisière](#) pendant la pandémie de COVID-19.

Les navires qui demandent à utiliser des moyens de transport commerciaux pour les membres d'équipage au débarquement devront répondre aux critères suivants :

- **[Un plan d'intervention](#) en vertu de l'interdiction de navigation** qui soit complet et précis
 - Cela ne signifie pas que les navires sont autorisés à reprendre le transport de passagers, mais plutôt qu'ils ont satisfait aux exigences des CDC visant à fournir un environnement sécuritaire où les membres d'équipage peuvent travailler et débarquer en toute sécurité par des moyens de transport non commerciaux.
 - Les représentants de la compagnie de croisière doivent signer une attestation confirmant que leur plan d'intervention est complet et exact.
 - **Aucun cas confirmé de COVID-19 [1] ou de maladie semblable à la COVID [2] pendant 28 jours, selon l'avis d'un professionnel de la santé compétent.**
 - **Si le navire a reçu du personnel transféré de navire à navire, l'équipage doit provenir d'un navire qui n'avait pas de cas confirmés de COVID-19 ou d'une maladie semblable dans les 28 jours précédant le transfert.**
 - **Si des membres d'équipage sont arrivés de la terre ferme, ils ont été immédiatement mis en quarantaine pendant 14 jours à bord du navire.**
 - **Présentation d'une attestation signée pour les moyens de transport commerciaux.**
- Le respect de ces critères ne signifie pas que les navires de croisière peuvent reprendre leurs activités de transport de passagers. Nous n'avons pas suffisamment d'information à l'heure actuelle pour dire quand il sera sécuritaire de reprendre la navigation avec des passagers. Les croisiéristes pourraient devoir adopter des mesures de sécurité supplémentaires avant de pouvoir reprendre cette activité. Les CDC continueront d'évaluer et de mettre à jour les recommandations à mesure que la situation évoluera.**

Tous les navires de croisière qui [naviguent](#) dans les eaux américaines, ou qui demandent à le [faire](#), doivent se conformer à toutes les exigences de [l'interdiction de navigation et des directives provisoires applicables pendant la durée de son application](#), même lorsqu'ils se trouvent à l'extérieur des eaux américaines.

À mesure que les navires obtiendront le droit de recourir à de moyens de transport commerciaux pour les membres d'équipage, cette page fournira une liste des navires de croisière qui répondent aux critères.

-
1. Cas de COVID-19 confirmé signifie qu'il y a eu confirmation en laboratoire de la présence du SRAS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19, par un test de réaction en chaîne de la polymérase (PCR).
 2. Maladie semblable à la COVID signifie une maladie respiratoire aiguë (MRA), une maladie grippale (MG) ou un diagnostic de pneumonie.

État des plans d'intervention en cas d'interdiction de naviguer et transport commercial de l'équipage

Comme condition préalable à la demande d'utilisation de moyens de transport commerciaux, les croisiéristes doivent avoir un plan d'intervention complet et précis qui offre un environnement sécuritaire où les membres d'équipage peuvent travailler et débarquer pendant la période visée par l'interdiction de naviguer. Les CDC ont livré leurs réactions à tous les plans d'intervention qui ont été soumis et travaillent avec les croisiéristes pour s'assurer qu'ils mettent en œuvre les mesures de protection décrites dans leurs plans.

Le tableau suivant énumère les croisiéristes dont les navires naviguent ou prévoient naviguer dans les eaux américaines pendant la période de prolongation de l'interdiction de naviguer.

La détermination [du code couleur](#) (vert, rouge ou jaune) ne peut être effectuée pour les navires que si les éléments suivants sont avérés :

1. Les CDC ont terminé l'examen du plan de la compagnie de croisière.
2. La compagnie de croisière a retourné une attestation affirmant que son plan d'intervention donnant suite à l'interdiction de naviguer est complet et exact.

Les navires de croisière qui n'ont pas satisfait aux deux critères ci-dessus ont le code provisoirement vert* ou provisoirement rouge.

Le tableau est mis à jour une fois par semaine tous les mardis. Dernière mise à jour le 15 septembre 2020.

Le tableau n'est pas inclus. Veuillez consulter le lien.

1. Examen et révision du plan d'intervention du croisiériste en réponse à l'interdiction de naviguer ou
2. Attestation signée par le croisiériste d'un plan complet et précis ou
3. Présentation par le navire d'une attestation signée au CDC pour les déplacements de l'équipage par des moyens de transport commerciaux.

Provisoirement jaune : le navire répond aux critères de surveillance pour le code « jaune », mais ce qui suit n'a pas été fait :

1. Examen et révision du plan d'intervention du croisiériste en réponse à l'interdiction de naviguer ou
2. Attestation signée par le croisiériste d'un plan complet et précis ou
3. Présentation par le navire d'une attestation signée au CDC pour les déplacements de l'équipage par des moyens de transport commerciaux.

Provisoirement rouge : Le navire répond aux critères de surveillance pour le code « rouge », mais ce qui suit n'a pas été fait :

1. Examen et révision du plan d'intervention du croisiériste en réponse à l'interdiction de naviguer ou
2. Attestation signée par le croisiériste d'un plan complet et précis.

*Transport commercial autorisé : Autorisé pour les navires qui ont le code « vert » et pour lesquels a été présentée une attestation signée au CDC pour que l'équipage puisse emprunter des moyens de transport commerciaux.

Remarque : La liste ci-dessus s'applique aux navires de croisière qui naviguent dans les eaux américaines ou qui cherchent à le faire pendant la période de prolongation de l'interdiction de naviguer.

Foire aux questions

Qu'est-ce que cela veut dire, pour un exploitant de navire de croisière, avoir un plan complet et précis?

Un plan complet et précis traite adéquatement de chaque élément de l'interdiction de naviguer.

L'exploitant d'un navire de croisière doit se conformer à l'interdiction, au plan d'intervention de l'exploitant en vertu de l'interdiction et de l'[Interim Guidance for Mitigation of COVID-19 Among Cruise Ship Crew During the Period of the No Sail Order](#). Le CDC évalue la conformité en vérifiant la mise en œuvre dans certains navires visés par le plan d'un exploitant de navires de croisière. Il ne doit y avoir aucune preuve de non-conformité.

Quelles mesures les CDC prennent-ils pour s'assurer que les navires respectent les critères régissant le transport de l'équipage par des moyens commerciaux?

Les CDC examinent les données de surveillance hebdomadaires fournies par les navires, et seuls les navires qui continuent de ne déclarer aucun cas de COVID-19 ou de maladie semblable à la COVID conserveront ce statut.

Quels autres changements les navires de croisière peuvent-ils apporter s'ils répondent à ces critères?

Les CDC sont déterminés à aider les croisiéristes à assurer la sécurité et le bien-être des membres d'équipage à bord. Lorsque les navires de croisière sont en mesure de démontrer qu'ils n'ont aucun cas confirmé de COVID-19 ou de maladies semblables à la COVID à bord, les membres d'équipage peuvent reprendre certaines de leurs interactions quotidiennes avec les autres membres d'équipage.

Parmi les exemples de restrictions réduites sur les navires de croisière qui répondent à ces critères, notons la reprise de réunions en personne, d'activités et de réunions sociales, la réouverture de bars, de gymnases ou d'autres installations collectives à bord destinées aux membres d'équipage et l'élimination des exigences relatives au port de masques.

Quelle est la différence entre les deux attestations exigées par les CDC en vertu de l'interdiction de naviguer?

En vertu de l'interdiction, les croisiéristes sont tenus d'élaborer et de mettre en œuvre des plans complets pour prévenir, détecter et contenir les cas COVID-19 chez les membres d'équipage à bord et intervenir en conséquence. Pendant que ces plans d'intervention font l'objet d'un examen, les CDC permettent aux croisiéristes de laisser descendre des membres d'équipage s'ils présentent une attestation signée disant qu'ils se sont conformés aux exigences de débarquement sécuritaire des membres d'équipage. Cette attestation comprenait une exigence selon laquelle les membres d'équipage devaient utiliser des

déplacements non commerciaux seulement pour débarquer et atteindre leur destination finale et ne pas interagir avec le public pendant les déplacements.

Les croisiéristes qui ont un plan d'intervention complet et précis en cas d'interdiction de naviguer peuvent débarquer des membres d'équipage sans attestation signée s'ils utilisent des déplacements non commerciaux et respectent les exigences du CDC. Les représentants de la compagnie de croisière doivent signer une attestation témoignant de l'exhaustivité et de l'exactitude de leur plan d'intervention.

Les navires de croisière qui veulent utiliser les moyens de transport commerciaux pour les membres d'équipage doivent satisfaire à des exigences supplémentaires, notamment démontrer qu'il n'y a pas de cas confirmés de COVID-19 ou de maladie semblable à la COVID à bord et présenter une attestation signée pour utiliser les moyens de transport commerciaux.

Si un croisiériste ne figure pas dans le tableau ci-dessus, que faut-il en déduire?

Si une compagnie de croisière n'est pas inscrite sur la liste, cela signifie qu'elle n'est pas en exploitation et qu'elle ne prévoit pas exploiter ses navires dans les eaux américaines pendant la période visée par l'interdiction de naviguer.

Si un navire de croisière ne figure pas dans le tableau ci-dessus, que faut-il en déduire?

Si un navire de croisière ne figure pas dans la liste, cela signifie qu'il ne navigue pas dans les eaux américaines et qu'il n'est pas prévu qu'il le fasse pendant la période visée par l'interdiction de naviguer.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/crew-disembarkations-commercial-travel.html>

États-Unis

Les États-Unis publient un plan de vaccination gratuite contre le coronavirus

Source : Global News

ID : [1007850018](#)

Les États-Unis ont esquissé mercredi un vaste plan visant à offrir gratuitement les vaccins contre la COVID-19 à tous les Américains, même si les sondages montrent qu'un fort courant de scepticisme déferle sur le pays.

Dans un rapport au Congrès et un « guide » d'accompagnement pour les États et les localités, les agences fédérales de santé et le département de la Défense esquissent des plans complexes en vue d'une campagne de vaccination qui débutera progressivement en janvier ou peut-être plus tard cette année et prendra ensuite de l'ampleur de façon que tout Américain qui le souhaite puisse se faire vacciner. Le Pentagone participe à la distribution des vaccins, mais ce sont les travailleurs de la santé civils qui feront les injections.

La campagne a « une portée et une complexité beaucoup plus vastes que les campagnes de vaccination contre la grippe saisonnière ou d'autres interventions de vaccination antérieures liées à une éclosion », précise le guide proposé aux États par les Centers for Disease Control and Prevention.

Faits saillants :

Pour la plupart des vaccins, il faudra recevoir deux doses, à un intervalle de 21 à 28 jours. Les vaccins à double dose devront provenir du même fabricant. Plusieurs vaccins de différents fabricants pourraient être approuvés et disponibles.

La vaccination de la population américaine ne sera pas un sprint, mais un marathon. Au départ, l'offre de vaccins pourrait être limitée, et l'accent sera mis sur la protection des travailleurs de la santé, des autres employés essentiels et des personnes appartenant à des groupes vulnérables. La National Academy of Medicine étudie les priorités de la première phase. Une deuxième et une troisième phases permettraient d'étendre la vaccination à l'ensemble de la population.

Le vaccin lui-même sera gratuit, et les patients ne paieront pas de leur poche pour se le faire administrer, grâce à des milliards de dollars de fonds publics approuvés par le Congrès et débloqués par l'administration Trump.

Les États et les localités devront élaborer des plans précis pour recevoir et distribuer localement les vaccins, dont certains nécessiteront une manutention spéciale comme la réfrigération ou la congélation.

Les États et les villes ont un mois pour soumettre leurs plans.

Certains des éléments généraux du plan fédéral ont déjà fait l'objet de discussions, mais les rapports de mercredi tentent d'intégrer les principaux détails dans un cadre global. La distribution se fait dans le cadre de l'opération Warp Speed, une initiative appuyée par la Maison-Blanche visant à ce que des millions de doses soient prêtes à être expédiées une fois qu'un vaccin aura reçu ce qui devrait être une

approbation d'urgence de la Food and Drug Administration. Plusieurs vaccins en sont actuellement au stade des essais finaux.

Mais toute l'entreprise est accueillie avec scepticisme dans l'opinion. Environ la moitié seulement des Américains disent qu'ils se feraient vacciner, selon un sondage d'Associated Press réalisé en mai. Parmi ceux qui refusent d'être vaccinés, la grande majorité s'inquiètent de la sécurité du vaccin. Pour protéger efficacement le pays contre le coronavirus, les experts affirment que plus de 70 % des Américains doivent être vaccinés ou avoir leur propre immunité contre la COVID-19.

Depuis le sondage, on se demande de plus en plus si le gouvernement a essayé de précipiter l'élaboration des traitements et des vaccins contre la COVID-19 pour aider le président Donald Trump à se faire réélire.

Avant le Congrès national républicain, en août, la FDA autorisait le traitement de patients atteints de la COVID-19 avec du plasma de personnes qui s'étaient rétablies, même si certains scientifiques du gouvernement n'étaient pas convaincus que les preuves cliniques étaient suffisamment solides. Et la semaine dernière, on a rapporté que Michael Caputo, nommé pour des raisons politiques par le département de la Santé et des Services sociaux, a tenté d'obtenir le contrôle éditorial d'une publication scientifique hebdomadaire des Centers for Disease Control and Prevention.

La confiance du public envers les principaux organismes du domaine de la santé étant ébranlée, les représentants de l'administration Trump ont été forcés de se défendre.

« Nous travaillons en étroite collaboration avec nos partenaires de l'État et de la santé publique locale (...) pour faire en sorte que les Américains puissent recevoir le vaccin le plus rapidement possible et qu'on puisse vacciner avec confiance », a affirmé le secrétaire du département de la Santé et des Services sociaux, Alex Azar, dans une déclaration mercredi. « Les Américains devraient savoir que le processus de développement d'un vaccin est entièrement guidé par la science et les données. »

Cela pourrait être difficile à faire accepter. Selon le sondage de l'AP, le cinquième des Américains disent qu'ils ne prendront pas le vaccin contre le coronavirus, et 31 % qu'ils ne sont pas certains.

<https://globalnews.ca/news/7338230/u-s-free-coronavirus-vaccine-rollout/>

États-Unis

Les NIH financent les efforts de recherche sur l'engagement communautaire dans les régions les plus durement touchées par la COVID-19

Source : National Health Institute

ID : [1007851014](#)

Les National Institutes of Health ont annoncé aujourd'hui une subvention de 12 millions de dollars pour les efforts de sensibilisation et d'engagement dans les communautés ethniques et raciales minoritaires touchées de façon disproportionnée par la pandémie de COVID-19. Le montant remis à RTI International, un établissement de recherche sans but lucratif, soutiendra des équipes de 11 États mises sur pied dans le cadre de la Community Engagement Alliance (CEAL) du NIH contre les disparités des effets de la COVID-19. Ces équipes ont reçu un financement initial pour créer immédiatement des programmes du CEAL, et RTI servira de centre de soutien et de coordination technique et administratif (TASC).

Les équipes de recherche de la CEAL se concentreront sur la sensibilisation à la COVID-19 et la recherche en éducation, en particulier chez les Afro-Américains, les Hispaniques/Latinos et les Amérindiens – populations qui représentent plus de la moitié de tous les cas déclarés aux États-Unis. Elles favoriseront également l'inclusion et la participation de ces groupes dans les essais cliniques de vaccins et de traitements visant à prévenir et à traiter la maladie.

Les collectivités spécialement ciblées comprennent des comtés de l'Alabama, de l'Arizona, de la Californie, de la Floride, de la Géorgie, de la Louisiane, du Michigan, du Mississippi, de la Caroline du Nord, du Tennessee et du Texas.

« La lutte contre les disparités en matière de santé touchant les minorités raciales et ethniques est depuis longtemps une priorité pour le NIH », a déclaré le directeur de l'Institut, le Dr Francis S. Collins. « Le fardeau de la pandémie de COVID-19 qui pèse sur diverses communautés, en particulier celles qui comprennent des Noirs et des Latinos, montre clairement qu'il est urgent de mettre au point des traitements et des vaccins efficaces pour tous les Américains. Une recherche inclusive qui reflète l'ensemble de la population est essentielle à la poursuite de cet objectif. »

La CEAL est un effort à l'échelle des NIH dirigé par le National Institute on Minority Health and Health Disparities (NIMHD) et le National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI). Il élargit les efforts de sensibilisation communautaire déjà en cours dans les réseaux d'essais du NIH sur la COVID-19. Les équipes de recherche de la CEAL tireront parti des relations établies entre les chercheurs financés par les NIH et les dirigeants locaux engagés dans la collectivité pour aider à atteindre les collectivités mal desservies qui pourraient ne pas être situées près des centres de recrutement de recherche clinique sur la COVID-19. « En misant sur la force des organisations locales et sur nos efforts de recherche de longue date dans la collectivité, nous pourrions communiquer efficacement afin d'atténuer les disparités et d'appuyer la résilience avérée dans les collectivités », a déclaré le directeur du NIMHD, le Dr Eliseo J. Pérez-Stable. Ces travaux aideront à faire en sorte que les gens obtiennent des renseignements exacts et fiables sur le virus, sur la façon de freiner sa propagation et sur la façon de se protéger et de protéger leur famille. »

Les équipes de recherche de la CEAL comprennent les NIH et d'autres entités financées par le gouvernement fédéral qui ont des compétences en matière d'engagement communautaire, des organismes communautaires non universitaires, des centres de santé admissibles au niveau fédéral (FQHC), des services de santé d'État ou locaux, et d'autres. Leur objectif est de lancer rapidement des efforts de sensibilisation qui peuvent aider à réduire l'impact de la COVID-19 sur les populations les plus vulnérables et d'évaluer ces efforts au moyen de recherches communautaires. « Étant donné que les communautés de couleur ont été particulièrement touchées et qu'elles ont toujours été sous-représentées dans la recherche clinique, il est essentiel que nous encourageons les gens à participer aux recherches sur la COVID-19 », a déclaré le directeur de la NHLBI, le Dr Gary Gibbons. « C'est pourquoi le NIH s'associe à des messagers qui vivent, travaillent et prient dans les collectivités où la maladie a causé les taux les plus élevés de maladie et de décès. Au beau milieu d'une pandémie, les gens ont besoin d'entendre des voix familières et dignes de confiance qui, ils le savent, défendent leur santé et leur sécurité. »

Pour de plus amples renseignements sur la CEAL, visitez la page des collectivités du NIH portant sur la COVID-19.

Le National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) est le chef de file mondial dans la réalisation et le soutien des recherches sur les maladies cardiaques, pulmonaires et sanguines et sur les troubles du sommeil qui font progresser les connaissances scientifiques, améliorent la santé publique et sauvent des vies. Pour en savoir plus, visitez le site <https://www.nhlbi.nih.gov>.

Les National Institutes on Minority Health and Health Disparities (NIMHD) dirigent la recherche scientifique visant à améliorer la santé des minorités et à éliminer les disparités en matière de santé en menant et en appuyant des recherches; ils planifient, examinent, coordonnent et évaluent toutes les recherches sur la santé des minorités et les disparités en matière de santé dans les NIH; favorisent et soutiennent la formation d'un personnel de recherche diversifié; traduisent et diffusent l'information sur la recherche; favorisent les collaborations et les partenariats. Pour en savoir plus sur les NIMHD, visitez <https://www.nimhd.nih.gov>.

Les National Health Institutes (NIH) sont l'agence de recherche médicale des États-Unis. Ils regroupent 27 instituts et centres et font partie du département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis. Les NIH sont le principal organisme fédéral qui mène et appuie la recherche médicale fondamentale, clinique et translationnelle, et ils étudient les causes et les traitements des maladies courantes et rares, et les remèdes pour les guérir. Pour en savoir plus sur les NIH et leurs programmes, visitez www.nih.gov. <https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-funds-community-engagement-research-efforts-areas-hardest-hit-covid-19>

États-Unis

Plus du tiers des pédiatres américains écartent les familles qui refusent le vaccin.

Source : Infosur Hoy

ID : [1007850827](#)

Les données probantes sur les vaccins sont si solides que les médecins peuvent avoir l'impression qu'ils ne peuvent tout simplement pas travailler avec des parents qui s'éloignent considérablement des normes

des soins médicaux », a déclaré l'auteur principal, le Dr Sean O'Leary. Trente-sept pour cent des pédiatres eux-mêmes ont dit qu'ils rejetaient souvent des familles parce qu'elles choisissaient de retarder les vaccins, et 6 % ont dit qu'ils congédieraient une famille si elle décide de refuser des vaccins précoces essentiels. Mais on sait peu de choses sur la façon dont les pédiatres traitent les parents qui refusent les vaccins ou qui demandent à les retarder, ce qui pourrait rendre leur enfant vulnérable aux infections comme la rougeole.

Selon une enquête nationale, un peu plus de la moitié (51 %) des cabinets de pédiatrie aux États-Unis ont pour politique d'écarter les familles qui refusent les vaccins pour enfants. Trente-sept pour cent des pédiatres eux-mêmes ont dit qu'ils écarteraient souvent des familles parce qu'elles refusaient les vaccins, et 6 % ont dit qu'ils le feraient si la famille choisit de retarder des vaccins précoces essentiels.

« Les arguments en faveur du rejet de ces familles comprennent le fait que la vaccination est la norme de soins et que les avantages l'emportent de loin sur les risques. Les données probantes sur les vaccins sont si solides que les médecins peuvent avoir l'impression qu'ils ne peuvent tout simplement pas travailler avec des parents qui s'éloignent à ce point des normes des soins médicaux », a déclaré l'auteur principal, le Dr Sean O'Leary. Il est professeur de pédiatrie au Anschutz Medical Campus de l'Université du Colorado et au Children's Hospital Colorado, à Aurora.

« Un autre argument en faveur du rejet de ces familles est que cela pourrait faire augmenter les taux de vaccination, si les parents constatent que, dans la pratique pédiatrique, on tient tellement aux vaccins. Certains des inconvénients sont que les enfants pourraient se retrouver sans attache à un centre médical, ou que les parents trouveront des pédiatres qui n'ont pas de politiques sur les vaccins », a déclaré le Dr O'Leary.

L'an dernier, l'Organisation mondiale de la santé a dit que l'hésitation à se faire vacciner était l'une des 10 principales menaces qui pesaient sur la santé mondiale. Mais on sait peu de choses sur la façon dont les pédiatres traitent les parents qui refusent les vaccins ou qui demandent à les retarder, ce qui pourrait rendre leur enfant vulnérable aux infections comme la rougeole.

Afin de mieux comprendre comment les médecins affrontent ces difficultés, les chercheurs ont interrogé environ 300 pédiatres américains entre avril et juillet 2019.

Le sondage portait sur les pratiques actuelles des pédiatres et les politiques de leur cabinet à l'égard des familles qui refusaient les vaccins ou tentaient de modifier considérablement le calendrier, en retardant les vaccins.

« J'ai été étonné que le taux soit aussi élevé : plus de la moitié d'entre eux n'acceptaient pas les familles qui refusent les vaccins. L'écllosion de rougeole de Disney [en Californie, à Disneyland, de 2014 à 2015] a peut-être eu un impact. Les parents ont commencé à dire : Si vous acceptez des gens qui ne sont pas vaccinés, je vais aller ailleurs pour que mes enfants ne soient pas à risque », a dit le Dr O'Leary.

Lorsque les médecins écartent les familles qui refusent les vaccins, les parents sont parfois influencés, révèle le sondage. En fait, 18 % d'entre elles changent souvent ou toujours d'avis, tandis que 48 % changent parfois d'avis. Vingt-neuf pour cent changent rarement d'avis, et 5 % ne le font jamais, selon les sondages.

Le rapport a révélé que les cabinets privés étaient plus susceptibles que les organismes communautaires, hospitaliers ou de soins de santé d'avoir une politique prévoyant le refus de traiter les familles qui n'acceptent pas les vaccins. Les cabinets du Midwest étaient moins susceptibles d'avoir des politiques de cette nature que ceux d'autres régions.

Le Dr Paul Offit, directeur du Vaccine Education Center de l'hôpital pour enfants de Philadelphie, a déclaré que l'objectif des politiques qui consistent à refuser certaines familles est de s'assurer que les enfants sont vaccinés. Il n'a pas participé à l'étude.

« En tirant un trait et en disant : Je ne peux pas vous voir si vous choisissez de retarder ou de refuser les vaccins, parce que vous me demandez d'offrir des soins de qualité inférieure; si cet enfant tombait malade, je serais — à un certain niveau — tacitement responsable, parce que continuer à voir votre famille reviendrait à dire que c'est acceptable », d'expliquer le Dr Offit.

Les pédiatres ont également une responsabilité à l'égard de tous les enfants qui sont dans la salle d'attente. « Parfois, les enfants qui sont dans la salle d'attente ne peuvent pas être vaccinés parce qu'ils sont trop jeunes, qu'ils prennent certains médicaments ou sont immunodéprimés », a poursuivi le Dr Offit. La grande préoccupation, cependant, c'est que les médecins ne savent pas où un enfant risque de se retrouver s'ils refusent de le voir.

« Je ne pense pas que les pédiatres puissent faire le choix idéal. C'est très difficile », a dit le Dr Offit.

Le Dr O'Leary espère que les parents comprendront que « de nombreux pédiatres sont tellement convaincus que les avantages des vaccins l'emportent de loin sur le risque qu'ils sont prêts à prendre la mesure extrême de ne pas accepter les familles qui refusent de se faire vacciner. Et n'oubliez pas que ce sont des gens qui ont consacré leur carrière à s'occuper des enfants. »

Selon lui, de nombreuses questions demeurent et il faut étudier le problème plus à fond. Par exemple, les politiques de refus de consultations aident-elles à faire augmenter les taux de vaccination? Quel message ces politiques envoient-elles aux parents?

Les résultats ont été publiés le 15 septembre dans un résumé de recherche dans le *Journal of the American Medical Association*.

<https://infosurhoy.com/news-summary/more-than-1-in-3-u-s-pediatricians-dismiss-vaccine-refusing-families/>

États-Unis

L'administration Trump rend publique la stratégie de distribution du vaccin contre la COVID-19

Source : HHS

ID : [1007850596](#)

Le département de la Santé et des Services sociaux (HHS) des États-Unis et le département de la Défense (DoD) ont publié aujourd'hui deux documents décrivant la stratégie détaillée de l'administration Trump visant à fournir des doses de vaccin contre la COVID-19 sûres et efficaces à la population américaine de la manière la plus rapide et la plus fiable possible.

Ces documents, élaborés par le HHS en collaboration avec le département de la Défense et les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), donnent un aperçu de la distribution stratégique ainsi qu'un guide provisoire pour les programmes de santé publique des États, des tribus, des territoires et des localités et leurs partenaires sur la façon de planifier et d'opérationnaliser une intervention de vaccination contre la COVID-19 dans leurs champs de compétence respectifs.

« Dans le cadre de l'opération Warp Speed, nous préparons le terrain depuis des mois pour distribuer et administrer un vaccin sûr et efficace contre la COVID-19 dès qu'il répondra aux plus hautes exigences de la FDA », a déclaré le secrétaire du HHS, Alex Azar. « Ce travail de planification approfondi et suivi avec nos partenaires des États et des localités et des organismes communautaires de confiance, en particulier par l'intermédiaire des CDC, permettra aux Américains de recevoir un vaccin sûr et efficace en un temps record. »

L'aperçu stratégique présente quatre tâches nécessaires au programme de vaccination contre la COVID-19 :

Communiquer avec les partenaires des États, des tribus, des territoires et des localités, d'autres intervenants et le public pour diffuser de l'information sur la santé publique concernant le vaccin et promouvoir la confiance dans le vaccin et son acceptation.

Distribuer les vaccins dès que l'utilisation d'urgence est autorisée et que la licence de produits biologiques est accordée, en utilisant une méthode d'attribution progressive conçue en toute transparence, et dès que les CDC ont fait des recommandations sur les vaccins.

Assurer l'administration sécuritaire du vaccin et la disponibilité des fournitures nécessaires à cet égard. Surveiller les données nécessaires du programme de vaccination au moyen d'un système de technologie de l'information (TI) capable d'appuyer et de suivre la distribution, l'administration et d'autres données nécessaires.

Le 14 août, les CDC ont signé une option contractuelle existante avec la McKesson Corporation pour appuyer la distribution du vaccin. L'entreprise a également distribué le vaccin contre la grippe H1N1 pendant la pandémie de grippe H1N1 en 2009-2010. Le contrat actuel avec McKesson, attribué dans le cadre d'un appel d'offres concurrentiel en 2016, comprend une option pour la distribution de vaccins en cas de pandémie.

« Les CDC s'appuient sur leurs années de planification et de coopération avec les partenaires de santé publique des États et des localités pour s'assurer qu'un vaccin contre la COVID-19 sûr, efficace et salvateur est prêt à être distribué après l'approbation de la FDA », a déclaré le directeur des CDC, Robert Redfield. « Par l'entremise de l'Advisory Committee on Immunization Practices, les CDC joueront un rôle essentiel dans la décision, fondée sur les observations d'experts et d'intervenants, sur la façon dont les doses initiales et limitées du vaccin seront attribuées et distribuées, tout en produisant de façon fiable plus de 100 millions de doses d'ici janvier 2021. »

Une planification détaillée est en cours pour assurer une distribution rapide dès que la FDA autorisera ou approuvera un vaccin contre la COVID-19 et que les CDC feront des recommandations sur les personnes qui devraient recevoir les doses initiales. Une fois ces décisions prises, McKesson travaillera sous la direction des CDC, avec le soutien logistique du MDN, pour expédier les vaccins contre la COVID-19 vers les lieux où ils seront injectés.

« Le département de la Défense utilise son expertise logistique de calibre mondial pour planifier la distribution d'un vaccin sûr et efficace à une vitesse fulgurante », a déclaré le général Gustave Perna. « Les Américains peuvent avoir l'assurance que les meilleurs spécialistes de la logistique et de la santé publique de notre pays travaillent ensemble pour leur fournir des vaccins en toute sécurité dès que possible. »

Opération Warp Speed :

OWS est un partenariat entre des composantes du ministère de la Santé et des Services sociaux et du ministère de la Défense, qui collabore avec des entreprises privées et d'autres organismes fédéraux, et qui coordonne les efforts déployés dans tout le HHS pour accélérer la création, la fabrication et la distribution des vaccins contre la COVID-19, des produits thérapeutiques et des tests.

HHS et CDC

Le HHS vise à améliorer et à protéger la santé et le bien-être de tous les Américains, à fournir des services de santé et des services sociaux efficaces et à favoriser les progrès dans les domaines de la médecine, de la santé publique et des services sociaux. Pour de plus amples renseignements sur le soutien fédéral à l'intervention nationale contre la COVID-19, visitez [coronavirus.gov](https://www.coronavirus.gov).

Les CDC travaillent sans discontinuer à protéger la santé, la sûreté et la sécurité des Américains. Que la maladie commence au pays ou à l'étranger, qu'elle soit guérissable ou évitable, chronique ou aiguë, ou qu'elle provienne de l'activité humaine ou d'une attaque délibérée, les CDC répondent aux menaces les plus pressantes pour la santé aux États-Unis. Le siège social se trouve à Atlanta et compte des experts dans l'ensemble des États-Unis et du monde.

Département de la Défense :

La mission constante du département de la Défense consiste à fournir les forces militaires crédibles au combat nécessaires pour décourager la guerre et protéger la sécurité de notre pays. Le département fournit une force interarmées destructrice et efficace qui, combinée à notre réseau d'alliés et de partenaires, soutient l'influence américaine et fait progresser la sécurité et la prospérité communes.

Les personnes qui utilisent une technologie d'assistance pourraient ne pas être en mesure d'accéder à toute l'information contenue dans ce fichier. Pour obtenir de l'aide, veuillez communiquer avec digital@hhs.gov.

<https://www.hhs.gov/about/news/2020/09/16/trump-administration-releases-covid-19-vaccine-distribution-strategy.html>

États-Unis

Becton Dickinson étudie les résultats faussement positifs du test de la COVID-19 dans les centres d'hébergement aux États-Unis

Source : *Leader Post*

ID : [1007850244](#)

Selon Becton, les tests effectués sur le système Veritor Plus de l'entreprise pour détecter le virus donnent de multiples faux positifs dans certains cas.

Les résultats inexacts ont d'abord été signalés dans le *Wall Street Journal*

<https://www.wsj.com/articles/covid-19-test-maker-examines-false-positive-results-in-nursing-homes-11600121878?mod=searchresults&page=1&pos=6>.

Jusqu'à présent, le nombre de signalements de faux positifs est faible. L'entreprise a communiqué avec les sites et enquête activement sur la situation pour obtenir des détails supplémentaires, a dit un porte-parole de Becton à Reuters dans un courriel.

En vertu de son accord avec le département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, l'entreprise fournit des tests de dépistage de la COVID-19 à plus de 11 000 maisons d'hébergement aux États-Unis.

En juillet, le gouvernement des États-Unis a accepté d'acheter 2 000 systèmes BD Veritor Plus de l'entreprise et 750 000 tests de dépistage de l'antigène du SARS-CoV-2, à un moment où le pays accélère les tests de dépistage du virus qui se propage à un rythme alarmant.

Becton Dickinson prévoit produire 10 millions de tests jusqu'en septembre, puis passer à 2 millions de tests par semaine par la suite.

(Reportage de Mrinalika Roy dans Bengaluru; édition par Amy Caren Daniel)

<https://leaderpost.com/pmnbusiness-pmnbecton-dickinson-probes-false-positive-covid-19-test-results-in-u-s-nursing-homes/wcm/a2b56b79-a40d-45c0-a4ad-359ca686bb09/>

ONU/OMS

Il faut faire plus de recherches sur les effets de la COVID-19 sur les enfants, selon le directeur de l'OMS

Source : news.un.org

ID : [1007850035](https://news.un.org/id/1007850035)

UNICEF/Seyha Lychheang

Les élèves d'une école primaire de Phnom Penh, au Cambodge, le deuxième jour après la réouverture de leur école. Les élèves, les enseignants et les administrateurs de l'école portent des masques à l'école et maintiennent une distance physique.

16 septembre 2020

Santé

Il faut approfondir les recherches sur les facteurs qui font augmenter le risque d'une forme grave de la COVID-19 chez les enfants et les adolescents, a déclaré le dirigeant de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) des Nations Unies, ajoutant que même si les enfants ont été épargnés en grande partie par les effets les plus graves, ils ont souffert d'autres façons.

En compagnie des dirigeants du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et de l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO), Tedros Adhanom Ghebreyesus, directeur général de l'OMS, a souligné que, depuis le début de la pandémie de COVID, une priorité a été de comprendre ses effets sur les enfants.

« Neuf mois après le début de la pandémie, de nombreuses questions demeurent, mais nous commençons à avoir une meilleure idée de la situation. Nous savons que les enfants et les adolescents peuvent être infectés et infecter d'autres personnes », a-t-il dit.

« Nous savons que ce virus peut tuer des enfants, mais que les enfants ont tendance à avoir une infection plus légère et qu'il y a très peu de cas graves et de décès causés par la COVID-19 chez les enfants et les adolescents. »

Portail du coronavirus et mises à jour

Les situations varient selon les pays. Dans certains, les écoles ont ouvert leurs portes et dans d'autres, elles restent fermées. L'UNESCO, l'UNICEF et l'OMS ont publié des directives actualisées sur les mesures de santé publique à appliquer dans les écoles dans le contexte de la COVID-19.

Des conseils pratiques, reposant sur les dernières données scientifiques, sont donnés aux écoles dans des régions où il n'y a pas de cas, des cas sporadiques, des éclosions ou une transmission communautaire. Ils ont été élaborés avec la contribution du groupe consultatif technique d'experts sur les établissements d'enseignement et la COVID-19, mis sur pied par les trois organisations des Nations Unies en juin.

Les écoles fournissent des services essentiels et diversifiés

Audrey Azoulay, directrice générale de l'UNESCO, a également souligné l'importance de l'école, non seulement pour l'enseignement, mais aussi pour la fourniture de services de santé, de protection et, parfois, de nutrition.

« Plus les écoles restent fermées longtemps, plus les conséquences sont lourdes, surtout pour les enfants issus de milieux défavorisés... Par conséquent, soutenir la réouverture sécuritaire des écoles doit être une priorité pour nous tous », a-t-elle déclaré.

En plus de rouvrir les écoles en toute sécurité, il faut veiller à ce que personne ne soit laissé pour compte, a ajouté Mme Azoulay, en prévenant que, dans certains pays, il manque des élèves dans les classes, car on craint que nombre d'entre eux – en particulier des filles – ne retournent jamais à l'école. Parallèlement, il est tout aussi important, a-t-elle dit, d'assurer la circulation de l'information et une communication adéquate entre les enseignants, les administrateurs scolaires et les familles, de définir de nouvelles règles et de nouveaux protocoles, notamment sur les rôles des enseignants et les formations à leur intention, de gérer les horaires scolaires, de réviser les contenus d'apprentissage et de fournir un soutien pour combler les pertes sur le plan de l'apprentissage.

« En matière d'éducation, les décisions que nous prenons aujourd'hui auront un impact sur le monde de demain », a déclaré la directrice générale de l'UNESCO.

Une urgence mondiale en matière d'éducation

Cependant, comme la moitié de la population étudiante mondiale n'est toujours pas en mesure de retourner à l'école et que près d'un tiers des élèves du monde n'ont pas accès à l'apprentissage à distance, la situation est « rien de moins qu'une urgence mondiale en matière d'éducation », a déclaré Henrietta Fore, directrice générale de l'UNICEF.

« Nous savons que la fermeture d'écoles pendant des périodes prolongées peut avoir des conséquences dévastatrices pour les enfants », a-t-elle ajouté, soulignant le risque accru d'exposition à la violence physique, sexuelle ou psychologique.

La situation est d'autant plus préoccupante qu'une récente enquête de l'UNICEF a révélé que près d'un quart des 158 pays interrogés sur leurs plans de réouverture d'école n'avaient pas fixé de date pour le retour en classe.

« Pour les plus marginalisés, le fait de ne pas aller à l'école – même si ce n'est que pendant quelques semaines – peut mener à des résultats négatifs qui durent toute une vie », a prévenu Mme Fore.

Elle a appelé les gouvernements à accorder la priorité à la réouverture des écoles, lorsque les restrictions seront levées, et à se concentrer sur toutes les choses dont les enfants ont besoin – l'apprentissage, la protection et la santé physique et mentale – et à faire passer l'intérêt supérieur de chaque enfant en premier.

De plus, lorsque les gouvernements décident de garder les écoles fermées, ils doivent élargir les possibilités d'apprentissage à distance pour tous les enfants, en particulier les plus marginalisés.

« Trouvez des moyens novateurs – y compris en ligne, à la télévision et à la radio – pour que les enfants continuent d'apprendre, peu importe ce qui se passe », a-t-elle fait remarquer.

<https://news.un.org/fr/story/2020/09/1072472>

OMS

Garantir la sécurité des agents de santé pour assurer celle des patients : OMS

Source : Représentant de l'OMS \$\$\$

17 septembre 2020

Communiqué

Genève

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) appelle les gouvernements et les responsables des soins à faire face aux menaces persistantes qui pèsent sur la santé et la sécurité des agents et des patients.

« La pandémie de COVID-19 nous a rappelé le rôle vital que jouent les agents de santé pour soulager les souffrances et sauver des vies », a déclaré le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS. « Aucun pays, aucun hôpital ou aucun dispensaire ne peut assurer la sécurité de ses patients sans garantir celle de ses agents de santé. La Charte de l'OMS pour la sécurité des agents de santé marque une étape pour veiller à ce que ceux-ci bénéficient des conditions de travail sûres, de la formation, de la rémunération et du respect qu'ils méritent. : »

La pandémie a également montré à quel point la protection des agents est essentielle pour assurer le bon fonctionnement du système de santé et de la société.

Publiée aujourd'hui à l'occasion de la Journée mondiale de la sécurité des patients, la Charte appelle les gouvernements et les personnes qui gèrent les services de santé au niveau local à prendre cinq mesures pour mieux protéger les agents de santé. Il s'agit de mesures visant à mettre les agents de santé à l'abri de la violence, à améliorer leur santé mentale, à les protéger des dangers physiques et biologiques, à faire progresser les programmes nationaux à l'appui de leur sécurité et à relier les politiques dans ce domaine à celles existantes en matière de sécurité des patients.

Augmentation du nombre d'infections, de maladies et d'agressions signalées concernant les agents de santé luttant contre la COVID-19

La COVID-19 a exposé les agents de santé et leurs familles à des niveaux de risque jamais vus auparavant. Bien qu'elles ne soient pas représentatives, les informations émanant de nombreux pays de l'ensemble des régions de l'OMS laissent entendre que les infections par le virus responsable de la COVID-19 sont beaucoup plus importantes chez les agents de santé que dans la population générale.

Ainsi, alors que les agents de santé représentent moins de 3 % de la population dans la grande majorité des pays et moins de 2 % dans presque tous les pays à revenu faible ou intermédiaire, ils constitueraient environ 14 % des cas de COVID-19 signalés à l'OMS. Dans certains pays, cette proportion peut aller jusqu'à 35 %. Toutefois, la disponibilité et la qualité des données sont limitées, de sorte qu'il est impossible de déterminer si les agents de santé ont été infectés sur leur lieu de travail ou dans la communauté. À l'échelle mondiale, des milliers d'agents de santé infectés par la COVID 19 ont perdu la vie.

En plus des risques physiques, la pandémie soumet les agents de santé à un formidable stress psychologique, tandis qu'ils passent de longues heures dans des environnements très exigeants et vivent dans la peur constante de l'exposition à la maladie tandis qu'ils sont séparés de leur famille et font face à un rejet social. Avant que la COVID-19 frappe, les professionnels de la médecine présentaient déjà un risque plus élevé de suicide dans toutes les régions du monde. **Dans une [étude récente sur les professionnels de la santé](#), il est apparu qu'un sur quatre faisait état de dépression et d'anxiété et qu'un sur trois avait souffert d'insomnie en période de COVID^[1]. L'OMS vient de mettre en évidence une augmentation alarmante des signalements de harcèlement verbal, de discrimination et de violence physique à l'encontre des agents de santé dans le sillage de la pandémie de COVID-19.**

Cinq mesures pour améliorer la sécurité des agents de santé et des patients

À l'occasion de la Journée mondiale de la sécurité des patients, l'OMS rappelle aux gouvernements qu'ils ont la responsabilité juridique et morale de garantir la santé, la sécurité et le bien-être des agents de santé. La charte de l'Organisation pour les agents de santé demande à tous les États membres et aux parties prenantes concernées de prendre des mesures pour :

Créer des synergies entre les politiques et les stratégies en matière de sécurité des agents de santé et celles portant sur la sécurité des patients :

Établir des liens entre la santé et la sécurité au travail, la sécurité des patients, l'amélioration de la qualité et les programmes de prévention et de lutte contre les infections.

Inclure les compétences en matière de santé et de sécurité dans le domaine de la sécurité des personnes et des patients dans les programmes d'éducation et de formation des agents de santé à tous les niveaux.

Intégrer les exigences relatives à la sécurité des agents de santé et des patients dans les normes de délivrance d'autorisations et d'accréditation en matière de soins de santé.

Mettre en place des systèmes de signalement des incidents et d'apprentissage en matière de sécurité du personnel et des patients.

Élaborer des critères intégrés pour la sécurité des patients, la sécurité des agents de santé et les indicateurs de qualité des soins, et les rendre compatibles avec le système d'information sanitaire.

Élaborer et mettre en œuvre des programmes nationaux de santé et de sécurité au travail pour les agents de santé :

Élaborer et mettre en œuvre des programmes nationaux de santé au travail pour les agents de santé conformément aux politiques nationales en matière de santé et de sécurité au travail.

Revoir et moderniser, le cas échéant, les réglementations et les législations nationales en matière de santé et de sécurité au travail afin de garantir que tous les agents de santé disposent d'une protection réglementaire dans ce domaine.

Nommer des responsables ayant autorité en matière de santé et de sécurité au travail pour les agents de santé, tant au niveau national qu'à celui des établissements.

Élaborer des normes, des lignes directrices et des codes de pratique sur la santé et la sécurité au travail.

Renforcer la collaboration intersectorielle en matière de sécurité des agents de santé et des patients, en veillant à ce que les travailleurs et la direction soient bien représentés, notamment en ce qui concerne le genre, la diversité et l'ensemble des groupes professionnels.

Protéger les agents de santé contre la violence sur le lieu de travail

Adopter et mettre en œuvre conformément au droit national des politiques et des mécanismes utiles visant à prévenir et à éliminer la violence dans le secteur de la santé.

Promouvoir une culture de tolérance zéro à l'égard de la violence contre les agents de santé.

Examiner le droit du travail et d'autres textes législatifs et adopter le cas échéant une législation spécifique, afin de prévenir la violence à l'égard des agents de santé.

Veiller à la mise en œuvre efficace des politiques et des réglementations afin de prévenir la violence et de protéger les agents de santé.

Mettre en place des mécanismes de mise en œuvre pertinents, comme des médiateurs et des lignes d'assistance téléphonique, pour que les agents de santé confrontés à la violence puissent la signaler et bénéficier d'un soutien gratuitement et en toute confidentialité.

Améliorer la santé mentale et le bien-être psychologique

Mettre en place des politiques pour veiller à ce que la durée des affectations, le temps de travail et les temps de repos soient adaptés et équitables et pour réduire autant que possible la charge administrative qui pèse sur les agents de santé.

Définir et maintenir des niveaux de dotation en effectifs propres à garantir la sécurité dans les établissements de soins.

Fournir une couverture d'assurance pour les risques liés au travail, en particulier pour les personnes qui travaillent dans des zones à haut risque.

Établir une culture du travail qui soit juste et ne cherche pas de responsables grâce à une communication ouverte et à une protection juridique et administrative contre les mesures punitives qui pourraient être prises en cas de signalement d'événements ayant des effets néfastes sur la sécurité.

Offrir aux agents de santé un accès aux services de bien-être mental et de protection sociale, y compris des conseils sur l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée et sur l'évaluation et l'atténuation des risques.

Protéger les agents de la santé contre les dangers physiques et biologiques

Assurer la mise en œuvre de normes minimales en matière de sécurité des patients, de prévention et de lutte contre les infections et de sécurité au travail dans tous les établissements de soins du système de santé.

Garantir en permanence, en fonction des rôles de chacun et des tâches accomplies, la disponibilité des équipements de protection individuelle (EPI) en quantité suffisante, en bon état et d'une qualité acceptable. Conserver au niveau local un stock de sécurité suffisant d'EPI. Assurer une formation adéquate sur la bonne utilisation des EPI et les précautions de sécurité.

Garantir des services environnementaux adéquats tels que l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la désinfection et une ventilation adaptée dans tous les établissements de soins.

Assurer la vaccination de tous les agents de santé à risque contre toutes les infections évitables de cette manière, y compris l'hépatite B et la grippe saisonnière, conformément aux politiques nationales de vaccination, et dans le contexte des interventions d'urgence, garantir aux agents de santé un accès prioritaire aux vaccins nouvellement homologués et disponibles.

Fournir des ressources suffisantes pour mettre les agents de santé à l'abri des blessures et d'une exposition nocive aux produits chimiques et aux rayonnements; fournir des équipements et des postes de travail fonctionnels et ergonomiques afin de minimiser les lésions musculosquelettiques et les chutes.

En plus de la Charte pour la sécurité des agents de santé, l'OMS a également défini des objectifs spécifiques de la Journée mondiale de la sécurité des patients 2020 visant à amener les responsables des soins de santé à investir dans la sécurité des agents, à la mesurer et à l'améliorer dans le courant de l'année qui vient. Ces objectifs sont destinés à permettre aux établissements de soins de santé d'aborder cinq domaines : prévenir les blessures par objets tranchants réduire le stress lié au travail et l'épuisement professionnel; améliorer l'utilisation des équipements de protection individuelle; promouvoir la tolérance zéro à l'égard de la violence contre les agents de santé, et signaler et analyser les incidents graves liés à la sécurité.

Pour de plus amples renseignements sur la [campagne de la Journée mondiale de la sécurité des patients](#)

^[1] Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E. et Katsaounou, P. (2020).

Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic : *Brain, behavior, and immunity*, S0889-1591(20)30845-X. Advance on-line publication.

<https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>

<https://www.who.int/fr/news/item/17-09-2020-keep-health-workers-safe-to-keep-patients-safe-who>

ECDC

COVID-19 : Augmentation du nombre de cas en Europe

Source : ECDC

ID : [1007851140](#)

Selon les dernières données sur la COVID-19, le taux de notification des cas sur 14 jours pour l'UE/EEE et le Royaume-Uni augmente depuis plus de 50 jours, plus de la moitié de tous les pays de l'UE enregistrant actuellement une augmentation du nombre de cas.

Bien que l'augmentation du nombre de tests contribue à une meilleure sensibilisation à toute transmission continue, ce n'est pas la seule raison de l'augmentation du nombre de cas de COVID-19, qui est également liée au relâchement dans le respect de la distance physique et à d'autres mesures de prévention.

Tandis que les écoles rouvrent et que plus d'activités se déroulent à l'intérieur, l'augmentation du nombre de cas nous rappelle que la pandémie n'est pas terminée.

Tout le monde a un rôle à jouer pour prévenir la propagation de la maladie en observant des mesures de prévention simples, notamment :

Meilleure hygiène des mains;

Bonne étiquette pour la toux et la respiration;

Utilisation appropriée des masques;

Rester à la maison même si la maladie est légère;

Distanciation physique.

Des données récentes confirment l'importance de la distance physique pour la prévention de la transmission de personne à personne. Il a été prouvé que la distance physique d'un mètre ou plus permet de réduire de cinq fois le risque de transmission, et chaque mètre de distance supplémentaire produit deux fois l'effet protecteur.

L'ECDC recommande de maximiser les efforts de dépistage afin d'offrir des tests rapidement pour tous les cas symptomatiques, y compris les cas légers. En plus du dépistage rapide des contacts, les tests à grande échelle sont la clé du contrôle de la transmission au sein d'une population, suivis de l'isolement et du traitement des cas identifiés et de la mise en quarantaine des contacts.

En outre, à l'approche de la saison de la grippe, la préparation des systèmes de santé dans toute l'Europe est vitale. Cela comprend les services essentiels, les établissements de soins primaires et les hôpitaux qui veillent à ce que des plans de capacité d'appoint appropriés soient mis en place en cas de forte demande de soins aux patients souffrant de détresse respiratoire.

L'ECDC continue de suivre de près la pandémie et de fournir des conseils aux États membres sur la façon de faire face aux défis actuels.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/covid-19-cases-increasing-across-europe>

International – Maladie à coronavirus (COVID-19) Éclosions et résultats (Médias)

OMS

L'OMS ne recommande pas les passeports coronavirus parce que l'immunité demeure douteuse

ID : 1007853120

Source : CNBC

Un représentant de l'Organisation mondiale de la santé a déclaré mercredi que l'Organisation ne recommande pas aux pays de délivrer des passeports d'immunisation pour le coronavirus, car les scientifiques ne savent toujours pas si les anticorps de la COVID-19 réduisent le risque de réinfection.

Plus tôt au cours de la pandémie, certains pays ont dit qu'ils émettraient des passeports ou des certificats qui indiqueraient si une personne a eu la COVID-19, ce qui lui permettrait de voyager ou de retourner au travail, puisqu'elle serait censément protégée.

Cette idée a depuis été abandonnée parce que les scientifiques ne savent toujours pas combien de temps dure l'immunité, a déclaré le D^r Jarbas Barbosa, directeur adjoint de l'Organisation panaméricaine de la santé de l'OMS, lors d'un point de presse mercredi.

« Nous n'avons pas cette information. Par conséquent, cette personne peut recevoir ce passeport et croire qu'elle est dûment protégée et, plus tard, avoir une nouvelle infection parce que l'immunité peut ne durer que quelques mois », a expliqué le D^r Barbosa. Nous ne le savons pas. Pour cette raison, nous ne recommandons pas cette pratique. »

Les anticorps sont généralement produits en réponse aux particules ou aux antigènes étrangers qui envahissent le corps et ils aident le système immunitaire à lutter contre les infections. Les responsables de la santé publique estiment qu'il n'y a pas encore assez de données pour affirmer que les anticorps du coronavirus assurent l'immunité contre le virus.

Une étude d'ampleur modeste publiée dans *Nature Medicine* en juin a montré que les anticorps du coronavirus pouvaient ne durer que deux à trois mois après l'infection. Des chercheurs du district de Wanzhou, en Chine, ont comparé la réponse anticorps de 37 personnes asymptomatiques à celle de 37 personnes symptomatiques. Ils ont découvert que les personnes sans symptômes avaient une réponse anticorps plus faible que celles qui présentaient des symptômes.

Mais les scientifiques disent qu'il n'est pas clair que l'absence d'anticorps ou de faibles niveaux d'anticorps signifient qu'une personne est réellement exposée au risque de réinfection si elle est de nouveau exposée au virus.

En juin, le Dr Anthony Fauci, le principal spécialiste des maladies infectieuses aux États-Unis, a déclaré que, si le virus de la COVID-19 agit comme d'autres coronavirus, « il est probable que l'immunité ne sera pas de longue durée ».

« Lorsqu'on examine l'histoire des coronavirus, des coronavirus communs qui causent le rhume, on constate que les rapports publiés indiquent que la durée de l'immunité protectrice varie entre trois et six mois et se maintient presque toujours pendant moins d'un an », a-t-il dit au rédacteur en chef de JAMA, Howard Bauchner. « Ce n'est pas une longue durée ni une protection durable. »

La durée de l'immunité a d'importantes répercussions sur la création de vaccins. Même si une personne perd son immunité après un certain temps, si les scientifiques découvrent combien de temps dure l'immunité, ils peuvent recommander l'injection d'une autre dose de vaccin.

<https://www.cnbc.com/2020/09/16/who-doesnt-recommend-coronavirus-passports-because-immunity-remains-questionable.html>

Allemagne

Un général américain rencontre des représentants allemands pour discuter d'une écloison dans un centre de villégiature

ID : 1007853117

Source : stcatharinesstandard.ca

Mercredi 16 septembre 2020

BERLIN – Le général commandant les troupes américaines en Bavière a rencontré mercredi des responsables locaux dans la ville alpine de Garmisch-Partenkirchen pour les rassurer quant à l'engagement de l'armée américaine à prévenir la propagation de la COVID-19, après une écloison dans un hôtel de troupe qui a fait des dizaines de malades.

Au total, 59 habitants de la ville, dont 25 membres du personnel de l'Edelweiss Lodge and Resort, exploité par l'armée américaine, ont reçu un résultat positif au test de dépistage du nouveau coronavirus après qu'une Américaine de 26 ans qui travaillait à l'hôtel eut, semble-t-il, contrevenu aux règles de quarantaine en se rendant dans plusieurs bars la semaine dernière.

Mercredi, les autorités allemandes ont déclaré que d'autres tests n'avaient révélé aucun autre cas, bien qu'elles aient encouragé à se manifester tous ceux qui avaient fréquenté les bars en cause et qui n'avaient pas encore été testés.

« Bien qu'il reste encore beaucoup de travail à faire, nous sommes encouragés par les résultats des tests d'hier et d'aujourd'hui, » a dit le brigadier général Christopher Norrie dans une déclaration qu'il a faite après sa visite.

Norrie a fait remarquer qu'après avoir été mise au courant de l'écllosion vendredi, l'armée américaine avait déployé quatre hélicoptères à Garmisch-Partenkirchen, transportant du personnel médical supplémentaire et des trousse de dépistage.

Les employés qui avaient eu des contacts étroits avec des membres positifs du personnel ont été mis en quarantaine et l'hôtel a été fermé pendant deux semaines, a-t-il ajouté.

« Nous sommes extrêmement reconnaissants de la réponse proactive de la Bavière pour protéger nos communautés contre ce virus », a déclaré Norrie. « Nous participons à cet effort, aux côtés de nos hôtes et amis bavarois, pour agir de façon responsable afin de limiter la propagation de la COVID-19. »

Norrie a affirmé que son commandement, qui comprend environ 51 000 soldats, employés civils et membres de leurs familles à sept endroits en Bavière, veillerait à ce que les membres de ce groupe qui ne respectent pas les ordres, y compris les ordonnances locales, répondent de leurs actes.

Il est interdit au personnel de l'armée américaine, y compris aux civils et aux membres de leurs familles, de se rendre dans des établissements qui sont exclusivement des bars et des boîtes de nuit, a-t-il dit.

« Nous savons que les locaux surpeuplés, confinés et où les gens sont proches les uns des autres sont propices à la propagation du virus », a déclaré Norrie.

Il a ajouté que, bien qu'il ne soit peut-être pas possible de savoir comment le virus est entré dans la communauté, « nous avons tous la responsabilité individuelle et collective de limiter la propagation de la COVID-19, et je suis convaincu que notre communauté dans son ensemble continuera de contribuer à cette lutte ».

<https://www.stcatharinesstandard.ca/ts/news/world/europe/2020/09/16/us-general-meets-with-german-officials-over-resort-outbreak.html>

Afrique du Sud

Douze millions de Sud-Africains ont « probablement » le coronavirus, mais le faible taux de mortalité donne à penser qu'il existe une immunité en Afrique du Sud

ID : 1007853115

Source : scmp.com

Environ 12 millions de personnes en Afrique du Sud ont « probablement » été infectées par le coronavirus, mais ce nombre étonnamment élevé n'a pas causé un taux de mortalité aussi élevé et pourrait révéler un certain niveau d'immunité généralisée, a déclaré le ministre de la Santé du pays.

Le Dr Zweli Mkhize a estimé plus tôt cette semaine que plus de 20 % des 58 millions de Sud-Africains ont déjà été infectés par le virus. Il a cité des études qui ont révélé la présence d'anticorps du coronavirus dans des échantillons de sang prélevés dans certains segments de la population. Les résultats ont incité le gouvernement à entreprendre une étude nationale plus complète, a-t-il déclaré.

« L'Afrique du Sud a vu la poussée pandémique s'atténuer, ce qui soulève la question du niveau d'immunité qui existe peut-être déjà dans la société », a-t-il dit.

Selon d'autres études, la proportion de la population immunisée contre le virus pourrait atteindre 40 %, a déclaré le ministre de la Santé. Certains experts sud-africains évoquent l'idée que l'économie la plus développée d'Afrique s'approche de l'immunité collective, mais les scientifiques estiment qu'il faut un taux d'immunisation d'au moins 70 à 80 % avant qu'il n'y ait un effet. Et, dans le cas de la COVID-19, on ne sait pas exactement combien de temps cette immunité pourrait durer.

Comme il y a une diminution significative du nombre de cas confirmés, le président de l'Afrique du Sud, Cyril Ramaphosa, s'adressera à la nation le 16 septembre et devrait annoncer un nouvel assouplissement des restrictions de confinement qui pourrait comprendre une ouverture limitée des frontières internationales aux voyageurs de certains pays.

Le nombre de cas confirmés en Afrique du Sud a diminué de façon spectaculaire au cours des dernières semaines, après un sommet atteint à la fin de juillet. Le pays enregistrait alors parfois 15 000 nouveaux cas par jour, ce qui faisait craindre un effondrement des services de santé dans certaines grandes villes. Selon les chiffres officiels, il n'y a eu que 772 nouveaux cas mardi.

L'Afrique du Sud accuse également une baisse du nombre des admissions à l'hôpital, des patients dans aux soins intensifs et des décès attribués à la COVID-19, a déclaré le D^r Mkhize.

« La cohérence de ces indicateurs nous donne l'assurance que nous sommes en plein milieu d'un creux de la pandémie », a-t-il dit.

L'Afrique du Sud compte un peu plus de 650 000 cas confirmés de COVID-19, selon les derniers chiffres officiels du gouvernement, ce qui la place au huitième rang des pays les plus touchés. Au plus fort de la vague, elle était au cinquième, derrière les États-Unis, l'Inde, le Brésil et la Russie, qui ont tous une population beaucoup plus importante.

Les experts tentent depuis des mois de comprendre pourquoi le taux officiel de mortalité attribuable au virus en Afrique du Sud est faible. Au début de la pandémie, on craignait que la pauvreté, le surpeuplement des logements, l'accès restreint à l'eau potable et la forte prévalence de la tuberculose et du VIH n'exposent l'Afrique du Sud, et l'Afrique dans son ensemble, au risque de millions de décès.

Jusqu'à maintenant, cela ne s'est pas produit. L'Afrique du Sud est de loin le pays le plus touché d'Afrique, avec près de la moitié des 1,3 million de cas confirmés sur le continent. La COVID-19 a fait 33 000 morts dans 54 pays d'Afrique, qui compte 1,3 milliard d'habitants. Ce nombre de morts est inférieur au nombre de personnes décédées au Royaume-Uni ou en Italie, et bien inférieur aux 195 000 décès confirmés aux États-Unis.

Toutefois, les chiffres de l'Afrique, compilés par les centres africains pour le contrôle et la prévention des maladies, s'appuient sur les données de chaque pays et beaucoup ont des tests extrêmement limités.

Le nombre réel de décès en Afrique du Sud dus à la COVID-19 devrait être considérablement plus élevé. Du début mai à la mi-septembre, le pays a enregistré 44 000 décès de plus que la moyenne historique.

On croit que bon nombre de ces décès sont attribuables à la COVID-19, mais les malades n'ont pas été testés. Les autres décès pourraient être ceux de personnes atteintes d'autres maladies qui ont évité de demander des soins par crainte de la COVID-19 ou qui n'ont pas eu accès aux soins parce que les ressources ont été détournées vers la pandémie, ont estimé des experts.

« Nous pensons qu'environ 30 000 personnes plutôt que 15 000 sont mortes de la COVID-19 », a déclaré Shabir Madhi, professeur de vaccinologie à l'Université de Witswatersrand, à Johannesburg, lors d'un webinaire cette semaine. « Nous devons comprendre qu'il y a eu de nombreux décès à l'extérieur des hôpitaux. »

Malgré ce niveau plus élevé de décès, le taux de mortalité de l'Afrique du Sud attribuable à la COVID-19 semble relativement faible.

Certains experts de la santé pensent que, dans les cantons pauvres et densément peuplés d'Afrique du Sud – dont beaucoup craignaient qu'ils ne soient terriblement affectés par le virus –, des millions de personnes ont pu acquérir une immunité au virus en raison de la propagation antérieure et fréquente d'autres coronavirus, dont ceux du rhume et de la grippe.

« Ils ont été exposés, ils ont développé cette immunité cellulaire clé qui les aide à lutter contre les effets graves de la COVID-19 », a déclaré M. Madhi, le chercheur principal d'un essai clinique en Afrique du Sud du vaccin contre le coronavirus que l'Université d'Oxford met au point avec la société pharmaceutique AstraZeneca. « Ils ont peut-être obtenu une immunité sous-jacente. »

<https://www.scmp.com/news/world/africa/article/3101852/twelve-million-south-africans-probably-had-coronavirus-low-death>

Chine

Dans le cadre de l'étude sur l'origine du virus, des scientifiques examineront la possibilité que le virus de la COVID se soit échappé d'un laboratoire

Source : The Telegraph Online

ID : [1007845400](#)

Le chercheur principal affirme qu'on ne ménagera aucun effort, bien que les éléments de preuve existants pointent vers un débordement zoonotique naturel

Dans le cadre d'une étude approfondie sur les origines du virus, une équipe internationale de scientifiques examinera la possibilité que le Sars-Cov-2 provienne d'un laboratoire.

L'équipe est mise en place dans le cadre de la Commission Lancet COVID-19, entité créée en juillet pour « offrir des solutions pratiques » à la pandémie et formuler des recommandations sur la façon d'éviter la prochaine pandémie ou de mieux lutter contre elle.

L'équipe qui cherchera les origines du virus sera dirigée par le Dr Peter Daszak, zoologiste britannique et spécialiste des incidents de débordement zoonotique.

Le Dr Daszak a déclaré hier que son équipe et lui « examineraient systématiquement toutes les théories » sur l'origine du virus, en rassemblant soigneusement les preuves scientifiques pour chacune.

Il a admis que les conspirationnistes n'accueilleraient pas favorablement sa nomination, mais il a ajouté que, en tant que scientifique, il ne serait pas lié à des idées préconçues et qu'il examinerait toutes les avenues de façon rigoureusement scientifique et « avec un esprit ouvert ».

Il a toutefois prévenu qu'il n'était pas possible de « prouver un résultat négatif » et qu'il était peu probable qu'il soit jamais possible de dire avec une « certitude absolue » comment le virus a émergé.

« Mais ce que nous pouvons faire, c'est examiner toutes les théories possibles sur les origines du virus de la COVID-19 et nous demander quelles sont les preuves à cet égard? Nous devons ensuite rassembler toutes ces théories et nous demander de quel côté penche la prépondérance de la preuve. »
« Le virus est-il venu de la nature pour se propager chez les humains et émerger de cette façon? Y a-t-il plutôt eu une forme quelconque d'intervention humaine mettant en cause un laboratoire ou la biotechnologie? Voyons ce que disent les faits. »

Depuis que le coronavirus a fait son apparition à Wuhan, en Chine, à la fin de décembre, une foule de théories du complot ont circulé au sujet de ses origines.

Dans son énoncé de mission, la Commission Lancet fait remarquer que « les données recueillies jusqu'à maintenant appuient l'opinion selon laquelle le Sars-Cov-2 serait un virus d'origine naturelle plutôt que le résultat de sa création et de sa propagation en laboratoire ».

Mais il ajoute que les chercheurs devraient examiner la « possibilité d'un rôle des laboratoires » « d'une manière scientifique et objective qui n'est pas entravée par les agendas géopolitiques et la désinformation ».

On espère qu'une enquête complète permettra à tout le moins d'écarter « les allégations non fondées et non éclairées et les théories du complot qui ne sont pas étayées par des preuves ».

La Commission Lancet COVID-19 est présidée par M. Jeffery Sachs, éminent économiste américain et conseiller auprès des Nations Unies.

Il supervisera l'enquête, non seulement sur l'origine du virus, mais aussi sur la réaction du monde à ce virus afin de formuler des recommandations pour renforcer la préparation mondiale à une pandémie.

« Ce que nous avons appris, je pense, au sujet de la réponse de la santé publique jusqu'à présent, c'est que, même s'il s'agit d'un virus diabolique, il est contrôlable », a-t-il dit au *Telegraph*.

« Près de deux milliards de personnes vivent dans des pays qui ont considérablement enrayeré le virus. Ils ont été en mesure de le faire, principalement en raison des moyens de la santé publique, et surtout des interventions non pharmaceutiques (distanciation sociale). »

« Mais si nous regardons le Royaume-Uni, les États-Unis et l'Europe de l'Ouest, nous n'avons pas mis en place de telles politiques jusqu'à présent. Aux États-Unis, nous n'avons toujours pas de système de contrôle efficace.

« Nous mettons beaucoup l'accent sur les hôpitaux, mais beaucoup moins sur la santé publique. »

M. Sachs a déclaré qu'il espérait et comptait que la Commission Lancet mène ses travaux sur une base objective et sans parti pris politique.

« Il y a eu beaucoup de rumeurs et de déclarations qui sont tout à fait déplacées, qui font partie du programme politique de certaines personnes, des sénateurs aux États-Unis et d'autres qui sont vraiment allés bien au-delà de ce que nous savons », a-t-il dit.

« Il faut comprendre les origines du virus, à la fois pour aider à mettre fin à la pandémie actuelle et pour prévenir la prochaine. »

Le Dr Daszak, comme la plupart des zoologistes, virologues et généticiens, explique que les preuves les plus solides disponibles à ce jour révèlent que le Sars-Cov-2 a émergé naturellement.

Il est probable que le virus a un réservoir naturel chez les chauves-souris dans lesquelles des coronavirus étroitement apparentés ont été découverts.

À partir de là, il a peut-être sauté directement vers les humains à la suite d'un débordement, ou peut-être indirectement par l'intermédiaire de mustélidés d'élevage comme les furets, les visons, les martres, les civettes et les belettes.

Une étude récente sur les fermes de vison en Hollande a montré que les mustélidés très entassés attrapent et propagent efficacement le Sars-Cov-2. Les chercheurs ont également pu suivre le passage du virus entre les ouvriers agricoles et leurs animaux, en mutant au fur et à mesure.

L'élevage intensif de mustélidés et d'autres petits animaux est courant en Chine, où les animaux ont diverses utilisations : fourrure, viande, médecine traditionnelle.

Le Dr Daszak explique que la clé pour comprendre le débordement zoonotique est de le considérer non pas comme une occurrence rare, mais comme quelque chose qui se produit tout le temps, un jeu de chiffres.

La plupart des virus animaux meurent rapidement s'ils passent de l'homme à l'homme, mais un certain virus, dans des circonstances favorables, peut se propager de façon fulgurante.

« On ne peut pas dire que, tous les 10 ans environ, une personne est infectée par un virus de chauve-souris et qu'une pandémie s'ensuit. Ce qui se passe en réalité, c'est que chaque jour des gens sont infectés », a-t-il dit.

« Les chances de propagation dépendent de choses comme la répllication rapide du virus. Cause-t-il une maladie? La personne infectée a-t-elle beaucoup de contacts avec d'autres personnes? Se rend-elle dans des villes ou des marchés achalandés? »

Le monde étant de plus en plus développé, mobile et interconnecté, le risque d'incidents de débordement s'est accru, ce qui a amené les scientifiques à avancer l'hypothèse que nous pourrions faire face à un « siècle de pandémie » dans lequel les éclosions majeures deviennent beaucoup plus fréquentes. « Nous sommes peut-être beaucoup plus vulnérables à ces pandémies que nous ne le pensons », a expliqué le Dr Daszak. « Nous sommes peut-être en train de créer une tempête parfaite. Et si c'est vrai, nous devons le savoir. Nous devons trouver des données à ce sujet.

« Il ne s'agit pas de blâmer qui que ce soit ni de se livrer à des jeux politiques. C'est beaucoup plus important. Il s'agit de savoir comment nous, en tant qu'espèce, faisons face à ce qui pourrait constituer une menace pour notre existence. »

Protégez-vous et protégez votre famille en en apprenant davantage sur la sécurité sanitaire mondiale <https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1007845400>

Inde

Un hôpital de la ville traite un enfant de 10 ans souffrant d'une co-infection pédiatrique de dengue et de COVID-19

Source : hindustantimes

ID : [1007843233](#)

Le traitement de l'enfant a été planifié de façon à tenir compte de ses problèmes médicaux à la fois de dengue et de COVID-19.

Un hôpital de la ville a traité une co-infection pédiatrique, où un enfant de 10 ans a été traité pour un problème de dengue et de COVID-19. L'enfant a été amenée à la clinique de la grippe de l'Hôpital Aditya Birla et se plaignait d'une forte fièvre (plus de 102 °F toutes les 8 à 12 heures) et souffrait de maux de gorge, de malaises et de nausées depuis les cinq derniers jours avec un résultat positif au test RT-PCR de la COVID-19. Pas de toux et ni d'essoufflement, selon les autorités de l'hôpital.

Son traitement a été planifié de façon que ses problèmes médicaux de dengue et de COVID-19 soient pris en compte. La Dr^e Vrushali Bichkar, consultante à l'hôpital, a déclaré : « Elle a été examinée immédiatement. L'examen physique initial a révélé une température de 103 °F avec tachycardie, son rythme cardiaque dépassant 100 battements à la minute. Il n'y a pas eu de détresse respiratoire, ses niveaux de saturation en oxygène (Spo2) étant de 98 % dans l'air ambiant, mais elle avait un état de comorbidité par surpoids (IMC - 25,6). Ses autres rapports signalaient une leucopénie, état où le nombre de globules blancs diminue dans le sang, et le rapport de radiographie pulmonaire montrait des infiltrations bilatérales. »

Elle a immédiatement été mise en isolement. Ses tests de laboratoire ont été effectués et le dépistage initial a révélé une détérioration de la leucopénie, avec des plaquettes normales, des enzymes hépatiques perturbées et des marqueurs inflammatoires élevés, selon les autorités de l'hôpital. Le deuxième jour après son admission, l'enfant a développé une éruption maculopapuleuse érythémateuse (rougeur anormale et éruption cutanée avec lésions à plat et en relief) sur le tronc (torse) et les extrémités. Ses analyses de laboratoire ont révélé que le nombre de globules blancs avait diminué davantage en même temps que le nombre de plaquettes.

« Nous avons effectué des tests pour la dengue NS1 et anti-IgM, dont les résultats ont été positifs. « La patiente a été admise le 12 août et nous l'avons suivie pendant deux semaines pour nous assurer qu'il s'agissait d'une dengue primaire chez une patiente atteinte de la COVID-19 », a ajouté la Dr^e Bichkar.

« Il est important que les pédiatres et les médecins soient de plus en plus conscients du phénomène de co-infection », a aussi dit le Dr Rahul Kallianpur, directeur associé du département de néonatalogie et de pédiatrie.

Les résultats des tests de COVID RT-PCR répétés se sont révélés négatifs. Le compte des globules blancs et de plaquettes s'était normalisé. La patiente, en bonne santé, a reçu son congé et doit prendre des vitamines par voie orale.

Cependant, le Dr Pradeep Suryavashi, qui collabore avec le service pédiatrique de l'hôpital de Bharati, a déclaré : « Ce n'est pas un cas rare, car nous avons signalé deux infections de ce type chez les enfants également. Les antigènes viraux de la COVID-19 et de la dengue sont semblables et peuvent donc être positifs. »

<https://www.hindustantimes.com/pune-news/city-hospital-treats-10-year-old-with-paediatic-co-infection-of-dengue-and-covid-19/story-YSbfNqbmiKVPxysXgWVvaBM.html>

Taiwan

Des chercheurs locaux créent une trousse de détection de la puissance des anticorps COVID-19

Source : Focus Taiwan

ID : [1007850021](#)

Taipei, 16 septembre (CNA) Des chercheurs de l'Université Chang Gung de Taiwan ont annoncé mercredi qu'ils ont mis au point une trousse qui peut détecter la puissance des anticorps de la COVID-19 et qui, selon eux, aidera à mettre au point un vaccin contre la maladie.

Selon le Centre de recherche sur les infections virales émergentes de l'université, l'identification de la puissance des anticorps d'une personne après qu'elle a reçu un vaccin est essentielle pour déterminer l'efficacité du vaccin.

La détection des anticorps neutralisants est particulièrement importante, car ils reflètent la protection d'une personne contre la maladie, a déclaré le directeur du centre de recherche, Shih Shin-ru (施信如). La méthode actuelle de dépistage des anticorps neutralisants consiste à placer du sérum sanguin dans une cellule infectée par un virus pour voir si le virus est supprimé, précise la déclaration.

Tout le processus prend de cinq à sept jours, et comme il implique la culture de virus, il doit être effectué dans un laboratoire de biosécurité de niveau 3, indique le communiqué.

Toutefois, le test développé par Shih et son équipe, qui utilise une protéine spécialisée pour détecter les anticorps neutralisants du virus à l'origine de la COVID-19, peut être utilisé dans n'importe quel laboratoire, selon les chercheurs.

Les résultats sont disponibles en deux à trois heures, mais l'énoncé n'en précise pas l'exactitude.

L'équipe de recherche de Shih a signé un accord technologique avec Formosa Biomedical Inc. mercredi, dans l'espoir de rendre la trousse plus largement disponible.

<https://focustaiwan.tw/sci-tech/202009160025>

International

L'anticorps de la COVID-19 de Lilly aide certains patients à se débarrasser du virus plus tôt, selon les premières analyses

Source : STAT

ID : 1007850787

Un médicament mis au point par Eli Lilly a aidé les patients malades à se débarrasser du virus qui cause la COVID-19 plus tôt et pourrait leur avoir évité un séjour à l'hôpital, selon des données récemment publiées. Le médicament est ce qu'on appelle un anticorps monoclonal, que les experts considèrent comme l'une des technologies les plus susceptibles d'aider à traiter la COVID-19.

C'est une version fabriquée des anticorps que l'organisme utilise pour réagir à la présence d'un virus.

<https://gphn.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1007850787>

Études liées à l'écllosion de la maladie à coronavirus (COVID-19) (médias)

États-Unis

SRAS-CoV-2 viable dans l'air, dans une chambre d'hôpital où se trouvent des patients atteints de la COVID-19

ID : 1007852949

Source : *International Journal of Infectious Diseases*/CIDRAP

Résumé

Objectifs

Étant donné qu'on signale souvent la détection de l'ARN du SRAS-CoV-2 dans les aérosols, mais sans qu'on puisse isoler le virus viable (infectieux), il y a une vive controverse sur la question de savoir si le SRAS-CoV-2 peut être transmis par les aérosols. La difficulté tient au fait que les échantillonneurs d'air courants peuvent inactiver les virions par leur mode de collecte rude. Nous avons cherché à savoir si le

SRAS-CoV-2 viable peut être présent dans les aérosols à l'aide d'échantillonneurs d'air VIVAS, qui fonctionnent selon un principe de condensation douce de vapeur d'eau.

Méthodes

Des échantillons d'air prélevés dans la chambre d'hôpital de deux patients atteints de la COVID-19, dont l'un était prêt à recevoir son congé, et l'autre, nouvellement admis, ont été soumis à un test RT-qPCR, avec culture de virus. Les génomes du SARS-CoV-2 recueillis dans l'air et isolés dans la culture cellulaire ont été séquencés.

Résultats

Le SRAS-CoV-2 viable a été isolé à partir d'échantillons d'air prélevés à 2 à 4,8 m des patients. Le séquençage du génome de la souche SRAS-CoV-2 isolée à partir du matériel recueilli par les échantillonneurs d'air était identique à celui isolé du patient nouvellement admis. Les estimations des concentrations virales viables variaient de 6 à 74 unités TCID₅₀/L d'air.

Conclusions

Les patients qui ont des manifestations respiratoires de la COVID-19 produisent des aérosols en l'absence de procédures génératrices d'aérosols qui contiennent du SRAS-CoV-2 viable, et ces aérosols peuvent servir de source de transmission du virus.

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/news-scan-sep-16-2020>

[https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(20\)30739-6/fulltext#%20](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(20)30739-6/fulltext#%20)

États-Unis

Caractéristiques de la COVID-19 dans les refuges pour sans-abri

Source : *Annals of Internal Medicine*/CIDRAP

ID : 1007852949

Une étude de surveillance communautaire

[RÉSUMÉ](#)

[MÉTHODES](#)

[RÉSULTATS](#)

[DISCUSSION](#)

[OBSERVATIONS](#)

[MATÉRIEL SUPPLÉMENTAIRE](#)

[RÉSUMÉ VISUEL](#)

[Résumé](#)

[Outils](#)

[Partager](#)

[Résumé](#)

Contexte

Les refuges pour sans-abri sont un milieu à risque élevé de transmission du coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2) en raison du surpeuplement et des installations d'hygiène communes.

Objectif

Enquêter sur le nombre de cas de SRAS-CoV-2 dans plusieurs refuges pour adultes et familles sans abri dans une grande région métropolitaine.

Conception

Étude de surveillance communautaire transversale (ClinicalTrials.gov : NCT04141917).

Cadre

14 refuges pour sans-abri dans le comté de King, dans l'État de Washington.

Participants

Au total, 1 434 rencontres dans le cadre de l'étude ont eu lieu avec des résidents et des membres du personnel des refuges, sans égard aux symptômes.

Intervention

Deux stratégies ont été utilisées pour le dépistage du SRAS-CoV-2, soit la surveillance courante et le dépistage des contacts (« tests en période de poussée épidémique »).

Mesures

La principale mesure des résultats a été le taux de séropositivité au SRAS-CoV-2 dans les refuges, déterminé en divisant le nombre de cas positifs par le nombre total de rencontres des participants, sans égard aux symptômes. Les variables sociodémographiques, cliniques et virologiques ont été évaluées comme des corrélations de la positivité virale.

Résultats

Sur 1434 rencontres, 29 (2 % [IC à 95 %, 1,4 % à 2,9 %]) cas d'infection par le SRAS-CoV-2 ont été détectés dans cinq refuges. La plupart des cas ($n = 21$ [72,4 %]) ont été détectés pendant les tests en période de poussée plutôt que pendant la surveillance courante, et la plupart ($n = 21$ [72,4 %] {IC, 52,8 % à 87,3 %}) étaient asymptomatiques au moment du prélèvement de l'échantillon. Les personnes qui étaient séropositives au SRAS-CoV-2 étaient plus fréquemment âgées de 60 ans ou plus que celles qui n'avaient pas le SRAS-CoV-2 (44,8 % comparativement à 15,9 %). Quarante-vingt-six pour cent des personnes dont les résultats étaient positifs dormaient dans un espace communautaire plutôt que dans une pièce privée ou partagée.

Limite

Biais de sélection attribuable à la participation volontaire et à un nombre de cas relativement faible.

Conclusion

Une surveillance active et des tests en période de poussée ont été utilisés pour détecter de multiples cas d'infection asymptomatique et symptomatique au SRAS-CoV-2 dans les refuges pour sans-abri. Les résultats donnent à penser qu'il y a un besoin non satisfait de tests viraux courants en dehors des contextes cliniques pour les populations de sans-abri.

<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-3799>

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/news-scan-sep-16-2020>

États-Unis

Caractéristiques et résultats (santé de la mère et naissance) des femmes enceintes hospitalisées et ayant la COVID-19 (confirmation en laboratoire) — COVID-NET, 13 États, du 1^{er} mars au 22 août 2020

Source : *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*

Résumé

Que sait-on déjà à ce sujet?

On sait peu de choses des caractéristiques cliniques et des résultats à la naissance dans le cas des femmes américaines enceintes hospitalisées qui ont la COVID-19.

Qu'est-ce que le présent rapport ajoute?

Parmi les 598 femmes enceintes hospitalisées qui avaient la COVID-19, 55 % étaient asymptomatiques à l'admission. Des maladies graves sont survenues chez les femmes enceintes symptomatiques : admissions aux soins intensifs (16 %), ventilation mécanique (8 %) et décès (1 %). Il y a eu des pertes de grossesse dans 2 % des grossesses terminées au cours des hospitalisations associées à la COVID-19, et ce, tant chez des femmes symptomatiques qu'asymptomatiques.

Quelles sont les répercussions sur la pratique en santé publique?

Les femmes enceintes et les fournisseurs de soins de santé doivent être au courant des risques de formes graves de la COVID-19, y compris d'une issue indésirable pour la grossesse. L'identification de la COVID-19 pendant les hospitalisations à la naissance est importante pour guider les mesures préventives visant à protéger les femmes enceintes, les parents, les nouveau-nés, les autres patients et le personnel hospitalier.

Les femmes enceintes pourraient être exposées à un risque accru de maladie à coronavirus grave (COVID-19) (1,2). Le COVID-19-Associated Hospitalization Surveillance Network (COVID-NET) (3) recueille des données sur les femmes enceintes hospitalisées atteintes du SRAS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19, avec confirmation en laboratoire; à ce jour, ces données sont limitées. Du 1^{er} mars au 22 août 2020, environ le quart des femmes de 15 à 49 ans hospitalisées qui avaient la COVID-19 étaient enceintes. Parmi les 598 femmes enceintes hospitalisées qui avaient la COVID-19, 54,5 % étaient asymptomatiques à l'admission. Des 272 femmes enceintes atteintes de la COVID-19 qui présentaient des symptômes à l'admission à l'hôpital, 16,2 % ont été admises aux soins intensifs et 8,5 % ont eu besoin d'une ventilation mécanique invasive. Au cours des hospitalisations associées à la COVID-19, 448 des 458 (97,8 %) grossesses terminées ont donné une naissance vivante et 10 (2,2 %) une perte de grossesse. Les politiques de dépistage fondées sur la présence de symptômes pourraient ne pas repérer les infections à la COVID-19 pendant la grossesse. La surveillance des femmes enceintes atteintes de la COVID-19, y compris celles qui ont une infection asymptomatique, est importante si nous voulons comprendre les conséquences à court et à long terme de la maladie pour les mères et les nouveau-nés. Le dépistage de la COVID-19 chez les femmes hospitalisées pour accoucher est importante pour guider les mesures préventives visant à protéger les femmes enceintes, les parents, les nouveau-nés, les autres patients et le personnel hospitalier. Les femmes enceintes et les fournisseurs de soins de santé doivent être informés des risques potentiels de maladie grave causée par la COVID-19, des résultats indésirables de la grossesse et des moyens de prévenir l'infection.

COVID-NET effectue une surveillance de la population pour les hospitalisations liées à la COVID-19, avec confirmation en laboratoire, dans 14 États englobant 99 comtés* (3). Treize États (Californie, Colorado, Connecticut, Géorgie, Maryland, Michigan, Minnesota, Nouveau-Mexique, New York, Ohio, Oregon, Tennessee et Utah) ont fourni des données pour ce rapport. Les résidentes du bassin de surveillance prédéfini qui avaient un test moléculaire positif au SRAS-CoV-2 pendant l'hospitalisation ou jusqu'à 14 jours avant l'admission à l'hôpital ont été classées comme ayant une hospitalisation associée à la COVID-19 et ont été incluses dans la surveillance COVID-NET. Les personnes visées par la surveillance COVID-NET sont désignées comme ayant la COVID-19 tout au long du rapport. Les tests de dépistage du SRAS-CoV-2 ont été effectués à la discrétion des fournisseurs de soins de santé ou au moyen de politiques de l'établissement imposant des tests uniformes ou fondés sur des critères aux patients à leur admission. Des agents de surveillance formés ont procédé à des prélèvements de dossiers médicaux pour un échantillon de commodité sur les hospitalisations à l'aide d'un formulaire normalisé. Cette analyse a porté sur les femmes âgées de 15 à 49 ans qui étaient enceintes à leur admission à l'hôpital. Des statistiques descriptives ont été calculées pour les femmes enceintes hospitalisées, avec un examen complet des dossiers et une décision sur le congé (c.-à-d. les femmes qui ont reçu leur congé ou qui sont décédées pendant leur hospitalisation). Les femmes présentant un ou plusieurs signes ou symptômes inscrits sur le formulaire de rapport de cas COVID-NET (3) au moment de l'admission à l'hôpital ont été classées comme symptomatiques. Les résultats à la naissance ont été décrits pour les grossesses terminées au cours d'une hospitalisation associée à la COVID-19. La raison de l'admission à l'hôpital a été recueillie à partir de juin. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SAS (version 9.4; SAS Institute). Cette activité a été examinée par le CDC et a été menée conformément à la loi fédérale applicable et à la politique du CDC.† Les sites ont obtenu l'approbation pour la surveillance de COVID-NET de leurs comités d'examen institutionnels locaux et étatiques, au besoin.

Au cours de la période du 1^{er} mars au 22 août 2020, COVID-NET a identifié 7 895 femmes hospitalisées âgées de 15 à 49 ans qui avaient la COVID-19; la décision a été prise de leur donner leur congé, et un examen des dossiers a été effectué pour 2 318 d'entre elles (29,4 %) (figure 1). Parmi les 2 255 (97,3 %) femmes ayant de l'information sur leur état de grossesse, 598 (26,5 %) étaient enceintes et avaient un âge médian de 29 ans. Parmi les 577 femmes enceintes (96,5 %) dont la race et l'origine ethnique ont été déclarées, 42,5 % étaient hispaniques ou latinos (hispaniques), et 26,5 % étaient noires non hispaniques (noires) (tableau).

Parmi les 596 femmes atteintes de la COVID-19 dont le trimestre de grossesse était connu, 14 (2,3 %), 61 (10,2 %) et 521 (87,4 %) ont été hospitalisées au premier, au deuxième et au troisième trimestres, respectivement. La raison de l'admission à l'hôpital a été signalée pour 324 femmes : 242 (74,7 %) ont été hospitalisées pour des indications obstétriques (y compris le travail et l'accouchement), 61 (18,8 %)

pour des maladies liées à la COVID-19 et 21 (6,5 %) pour d'autres raisons. La raison la plus courante de l'admission au cours du premier ou du deuxième trimestre de grossesse était la maladie liée à la COVID-19 (56,8 %) et au cours du troisième trimestre, les indications obstétriques (81,9 %). Parmi les femmes enceintes hospitalisées atteintes de la COVID-19, 20,6 % présentaient au moins un problème médical sous-jacent; l'asthme (8,2 %) et l'hypertension (4,3 %) étaient les plus prévalents.

Dans l'ensemble, 272 (45,5 %) femmes enceintes atteintes de la COVID-19 présentaient des symptômes au moment de leur admission, et 326 (54,5 %) étaient asymptomatiques. Les femmes hospitalisées au premier ou au deuxième trimestre présentaient plus souvent des symptômes (84,0 %) que celles hospitalisées au troisième trimestre (39,9 %). Chez les femmes symptomatiques, les symptômes les plus fréquemment signalés étaient la fièvre ou les frissons (59,6 %) et la toux (59,2 %) (figure 2).

Sur 272 femmes enceintes symptomatiques hospitalisées, 44 (16,2 %) ont été admises aux soins intensifs et 23 (8,5 %) ont eu besoin d'une ventilation mécanique invasive. Deux décès (0,7 %) ont été signalés chez les femmes symptomatiques. Aucune femme asymptomatique n'a été admise aux soins intensifs, n'a eu besoin d'une ventilation mécanique invasive ou n'est décédée.

Au moment du congé de l'hôpital, 458 femmes (76,6 %) atteintes de la COVID-19 avaient terminé leur grossesse, dont 448 (97,8 %) qui ont donné des naissances vivantes et 10 (2,2 %) des pertes de grossesse (figure 1). Il y a eu des pertes de grossesse chez les femmes hospitalisées symptomatiques et asymptomatiques qui avaient la COVID-19 (tableau). Quatre pertes de grossesse (0,9 % des grossesses terminées) se sont produites à <20 semaines de gestation, cinq (1,1 %) à ≥20 semaines de gestation et une (0,2 %) à un stade gestationnel inconnu. Sur 445 grossesses aboutissant à des naissances vivantes avec un stade gestationnel connu à l'accouchement, 87,4 % étaient des naissances à terme (37 semaines de gestation) et 12,6 % étaient prématurées (<37 semaines). Parmi les grossesses entraînant des naissances vivantes, l'accouchement prématuré a été signalé chez 23,1 % des femmes symptomatiques et 8,0 % des femmes asymptomatiques. Deux nouveau-nés vivants sont décédés pendant l'hospitalisation à la naissance (tableau); les deux sont nés de femmes symptomatiques qui ont eu besoin d'une ventilation mécanique invasive.

Discussion

Le quart des femmes âgées de 15 à 49 ans qui ont été hospitalisées atteintes de la COVID-19 entre le 1^{er} mars et le 22 août 2020 étaient enceintes, d'après un échantillon de commodité de COVID-NET. Environ la moitié des femmes enceintes étaient asymptomatiques à leur admission à l'hôpital. Parmi les femmes enceintes symptomatiques, 16,2 % ont été admises aux soins intensifs, 8,5 % ont eu besoin d'une ventilation mécanique invasive et deux sont décédées au cours d'hospitalisations associées à la COVID-19; aucun de ces résultats n'a été observé chez les femmes enceintes asymptomatiques. Parmi toutes les grossesses terminées au cours d'une hospitalisation associée à la COVID-19, 2,2 % se sont terminées par la perte de l'enfant. Il y a eu des pertes de grossesse chez les femmes hospitalisées symptomatiques et asymptomatiques qui avaient la COVID-19.

À tout moment, environ 5 % des femmes en âge de procréer dans la population générale sont enceintes (1). La proportion de femmes hospitalisées de 15 à 49 ans atteintes de la COVID-19 qui étaient enceintes – pendant cette étude (26,5 %) – révèle que les femmes enceintes ont des taux d'hospitalisation associée à la COVID-19 beaucoup plus élevés que les femmes non enceintes. Bien que la COVID-19 puisse être plus grave chez les femmes enceintes, d'autres facteurs pourraient aussi expliquer ces taux d'hospitalisation plus élevés. Les fournisseurs de soins de santé pourraient avoir des exigences moins rigoureuses pour admettre des femmes enceintes, quelle que soit la raison de l'hospitalisation. Certaines femmes enceintes atteintes de la COVID-19 pourraient être admises uniquement pour accoucher. Les femmes enceintes peuvent aussi avoir une plus grande probabilité de subir un test de dépistage de la COVID-19 à leur admission que les femmes non enceintes. Néanmoins, les femmes enceintes représentent une proportion importante des hospitalisations associées à la COVID-19 chez les femmes en âge de procréer.

Les proportions de femmes enceintes hospitalisées qui étaient hispaniques (42,5 %) et noires (26,5 %) étaient plus élevées que les proportions globales de femmes âgées de 15 à 49 ans dans la zone de COVID-NET qui étaient hispaniques (15,3 %) ou noires (19,5 %). Bien que la composition raciale et ethnique du groupe des femmes enceintes dans la zone visée soit inconnue, le rapport et une étude antérieure (1) donnent à penser que les femmes enceintes d'origine hispanique ou noire pourraient avoir des taux d'hospitalisation associés à la COVID-19 beaucoup plus élevés, par rapport à ceux des femmes enceintes d'autres races et ethnies. Les inégalités de longue date des déterminants sociaux de la santé, comme la profession et les conditions de logement, qui rendent la distanciation physique difficile, ont accru le risque de maladie et de décès associés à la COVID-19 pour certaines minorités raciales et ethniques (4,5). Une meilleure compréhension des circonstances dans lesquelles les femmes hispaniques et noires en âge de procréer sont exposées au SRAS-CoV-2 pourrait éclairer les stratégies de prévention.

La plupart des femmes enceintes visées par l'étude ayant contracté la COVID-19 étaient asymptomatiques, ce qui correspond aux résultats obtenus dans des contextes où des tests universels de dépistage du SRAS-CoV-2 sont effectués au moment de l'admission dans des unités de travail et d'accouchement (6). Les politiques de dépistage fondées sur la présence de symptômes pourraient éviter de nombreuses infections au SRAS-CoV-2 pendant la grossesse. Le dépistage précoce de la COVID-19 chez les femmes enceintes hospitalisées peut aider à garantir que les fournisseurs de soins de santé utilisent l'équipement de protection individuelle approprié et acceptent seulement les visiteurs qui sont essentiels au bien-être et aux soins des patients.

La proportion globale de femmes enceintes atteintes de la COVID-19 admises aux soins intensifs (7,4 %) était semblable à celle observée dans deux études européennes (7,8); toutefois, 16,2 % des femmes enceintes symptomatiques participant à cette étude ont été admises aux soins intensifs, ce qui montre que les résultats pourraient être plus graves chez les femmes enceintes admises avec une maladie aiguë que chez celles admises pour des indications obstétriques seulement.

Bien que le taux d'accouchements prématurés dans le bassin visé par l'étude pendant la période de surveillance soit inconnu, la prévalence des accouchements prématurés parmi les naissances vivantes pendant les hospitalisations associées à la COVID-19 (12,6 %) était plus élevée que celle observée dans la population générale des États-Unis en 2018 (10,0 %) (9). Au cours de l'étude, les naissances prématurées étaient environ trois fois plus fréquentes chez les femmes enceintes symptomatiques que chez les femmes asymptomatiques. Les nouveau-nés prématurés peuvent présenter un risque accru de forme grave de la COVID-19, et il faut mettre l'accent sur des mesures préventives, comme encourager les soignants à porter un masque et à pratiquer l'hygiène des mains, afin de réduire au minimum les risques de transmission.**

Dans cette analyse, les résultats relatifs aux naissances se limitaient aux grossesses ayant eu lieu pendant une hospitalisation associée à la COVID-19. COVID-NET n'a saisi que les pertes de grossesse médicalement assistées et sous-estime probablement le pourcentage des pertes de grossesse chez les femmes qui ont la COVID-19. D'autres données prospectives sur l'issue de la naissance chez les femmes infectées pendant tous les trimestres de grossesse sont nécessaires. Le CDC collabore avec les services de santé des États et des localités pour effectuer une surveillance précise des femmes enceintes atteintes de la COVID-19 et de leurs nourrissons. ††

Les conclusions du rapport sont assujetties à au moins six limites. Tout d'abord, au moment de l'analyse, des résumés de dossiers étaient en cours et terminés pour un échantillon de commodité de 29,4 % des femmes âgées de 15 à 49 ans. Par conséquent, la proportion estimée de femmes hospitalisées qui avaient la COVID-19 et étaient enceintes pourrait être faussée, parce que l'état de la grossesse n'a pas encore été déterminé pour les femmes dont l'examen du dossier n'est pas terminé. Deuxièmement, les femmes enceintes prises en compte dans l'analyse pourraient ne pas être représentatives de toutes les femmes enceintes dans la zone visée. Troisièmement, il se peut que des cas de COVID-19 aient été oubliés en raison des pratiques relatives aux tests et de la disponibilité des tests, qui variaient probablement dans le temps et d'une installation à l'autre. Quatrièmement, la raison de l'admission à l'hôpital n'était pas connue pour 45,8 % des femmes, ce qui limite la capacité de faire la distinction entre

les admissions uniquement pour le travail et l'accouchement et les admissions pour des maladies liées à la COVID-19. Cinquièmement, l'information sur l'obésité comme condition sous-jacente avant la grossesse n'était pas disponible, de sorte que ce problème de santé sous-jacent ne pouvait pas être décrit. Enfin, l'information sur la mortalité maternelle et néonatale a été obtenue uniquement à partir du dossier médical de la mère et n'a pas tenu compte de ce qui s'est passé après l'hospitalisation associée à la COVID-19.

Des maladies graves et des effets indésirables à la naissance ont été observés chez les femmes enceintes hospitalisées qui avaient la COVID-19, ce qui fait ressortir l'importance de la prévention et du dépistage de la COVID-19 chez les femmes enceintes. Celles-ci doivent éviter tout contact étroit avec des personnes dont l'infection à la COVID-19 est confirmée ou soupçonnée, rester à une distance de six pieds des personnes qui ne font pas partie du ménage et prendre des mesures préventives générales comme porter un masque et se laver les mains. §§ Les CDC recommandent de tester les nouveau-nés de mères atteintes de la COVID-19, d'isoler les mères atteintes de la COVID-19 et leurs nouveau-nés des autres mères et nouveau-nés hospitalisés, et de prendre des mesures de prévention des infections pour les personnes qui s'occupent de nouveau-nés qui pourraient être exposés au SRAS-CoV-2. ** La surveillance continue de la COVID-19 chez les femmes enceintes est importante pour comprendre et améliorer les résultats en matière de santé des mères et des nouveau-nés.

https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6938e1.htm?s_cid=mm6938e1_f&ACSTrackingID=DM38216&ACSTrackingLabel=MMWR%20Early%20release%20-%20vol.%2069%2C%20September%2016%2C%202020&deliveryName=DM38216

États-Unis

Infection par le SARS-CoV-2 chez les femmes enceintes hospitalisées : motifs d'admission et caractéristiques de la grossesse — Huit centres de soins américains, du 1^{er} mars au 30 mai 2020

Source : *CDC Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*

Résumé

Que sait-on déjà à ce sujet?

Les femmes enceintes pourraient être plus à risque de contracter une maladie grave à cause de l'infection au SRAS-CoV-2.

Qu'est-ce que ce rapport ajoute?

Les prévalences de l'obésité avant la grossesse et du diabète gestationnel étaient plus élevées chez les femmes enceintes hospitalisées pour une maladie liée à la COVID-19 (p. ex., détérioration de l'état de l'appareil respiratoire) que chez les femmes admises pour un traitement ou une intervention liés à la grossesse (p. ex., accouchement) chez lesquelles on a constaté la présence de la COVID-19. Des soins intensifs ont été requis pour 30 % (13 sur 43) des femmes enceintes admises pour la COVID-19, et une femme enceinte est décédée de la maladie.

Quelles sont les répercussions sur la pratique en santé publique?

Des consultations prénatales mettant l'accent sur des mesures préventives, y compris l'utilisation de masques, le lavage fréquent des mains et la distanciation sociale pourraient aider à prévenir la COVID-19 chez les femmes enceintes, en particulier celles qui souffrent d'obésité avant la grossesse et de diabète gestationnel.

Les femmes enceintes pourraient être exposées à un risque accru de maladie à coronavirus grave (COVID-19), peut-être à cause de changements dans leur système immunitaire et leur physiologie respiratoire* (1). De plus, les résultats indésirables à la naissance, comme l'accouchement prématuré et la mortinatalité, pourraient être plus fréquents chez les femmes enceintes infectées par le SRAS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19 (2,3). L'information sur l'infection au SRAS-CoV-2 pendant la grossesse s'accumule rapidement; toutefois, les données sur les raisons de l'admission à l'hôpital, les caractéristiques propres à la grossesse et les résultats à la naissance chez les femmes enceintes hospitalisées pour une infection au SRAS-CoV-2 sont limitées. Au cours de la période du 1^{er} mars au 30 mai 2020, dans le cadre de la surveillance des hospitalisations liées à la COVID-19, 105 femmes

enceintes hospitalisées infectées par le SRAS-CoV-2 ont été identifiées, dont 62 (59 %) hospitalisées pour des raisons obstétriques. (c.-à-d. travail et accouchement ou autre indication liée à la grossesse) et 43 (41 %) ont été hospitalisés pour une maladie associée à la COVID-19 sans raison obstétrique. Dans l'ensemble, 50 (81 %) des 62 femmes enceintes infectées au SRAS-CoV-2 qui ont été admises pour des raisons obstétriques étaient asymptomatiques. Parmi les 43 femmes enceintes hospitalisées pour la COVID-19, 13 (30 %) ont dû être admises à l'unité de soins intensifs, six (14 %) ont eu besoin d'une ventilation mécanique et une est décédée de la COVID-19. L'obésité antérieure à la grossesse était plus courante (44 %) chez les femmes enceintes hospitalisées pour la COVID-19 que chez les femmes enceintes asymptomatiques hospitalisées pour des raisons obstétriques (31 %). De même, le taux de diabète gestationnel (26 %) chez les femmes enceintes hospitalisées pour la COVID-19 était plus élevé que chez les femmes hospitalisées pour des raisons obstétriques (8 %). L'accouchement prématuré s'est produit dans 15 % des grossesses chez 93 femmes qui ont accouché, et la mortinatalité (mort fœtale à 20 semaines de gestation) s'est produite dans 3 % des cas. Les consultations prénatales mettant l'accent sur des mesures préventives (p. ex., utilisation de masques, lavage fréquent des mains et distanciation sociale) pourraient aider à prévenir la COVID-19 chez les femmes enceintes, en particulier celles qui souffrent d'obésité avant la grossesse et de diabète gestationnel, ce qui pourrait réduire les résultats indésirables de la grossesse.

Le VSD (Vaccine Safety Datalink) est une collaboration entre l'Immunization Safety Office du CDC et neuf organismes de soins de santé des États-Unis desservant plus de 12 millions de personnes chaque année. Les hospitalisations avec un diagnostic de COVID-19 ont été déterminées à l'aide de la dixième révision de la modification clinique de la Classification internationale des maladies de la COVID-19 (CIM-10-CM) et des codes de diagnostic internes propres au site du 1^{er} mars au 30 mai 2020. Les femmes enceintes ont été identifiées à l'aide d'un algorithme validé basé sur le diagnostic de la CIM-9 et les codes de procédure (4) qui ont été modifiés pour la CIM-10. Dans le cadre de cette étude, les dossiers médicaux des femmes hospitalisées qui avaient la COVID-19 ont été examinés par des rédacteurs de sommaires et évalués par un médecin de façon à déterminer la principale raison de l'admission à l'hôpital, les caractéristiques de la grossesse, les complications liées à la COVID-19 et l'issue de l'accouchement chez les femmes qui ont accouché avant le 31 juillet 2020.

Les femmes enceintes ayant reçu un diagnostic de COVID-19 ont été classées dans les trois groupes suivants en fonction de la principale raison de leur admission, soit : 1) le traitement de la COVID-19 sans raison obstétrique (p. ex., aggravation de la détresse respiratoire); 2) une raison obstétrique, ainsi que des symptômes correspondant à la COVID-19 (p. ex., fièvre, frissons, toux, essoufflement); et 3) une raison obstétrique, sans symptômes compatibles avec la COVID-19 (ou avec des antécédents de COVID-19 résolus), mais avec un résultat positif pour le SRAS-CoV-2 au moment de l'admission. Les caractéristiques démographiques et de grossesse des femmes enceintes admises pour la COVID-19 ont été comparées à celles des femmes admises pour des raisons obstétriques. Les résultats à la naissance chez les femmes enceintes infectées par le SRAS-COV-2 ont été comparés aux taux de référence chez toutes les femmes enceintes dans huit sites de VSD au cours de la période considérée. Cette activité a été examinée par la CDC et a été menée conformément à la loi fédérale applicable et à la politique du CDC.** Le logiciel SAS (version 9.4; SAS Institute) a été utilisé pour effectuer toutes les analyses.

Au cours de la période du 1^{er} mars au 30 mai, parmi les 4 408 personnes hospitalisées pour un diagnostic de COVID-19 aux centres de dépistage de VSD, 105 (2,4 %) femmes enceintes ont été identifiées. Les résultats du test de réaction en chaîne par transcription inversée en temps réel du SRAS-CoV-2 ont été positifs chez 104 femmes. Une autre femme, dont le résultat au test de dépistage du SRAS-CoV-2 était négatif, présentait des symptômes et avait eu des contacts étroits avec un porteur confirmé de la COVID-19; elle a reçu un diagnostic clinique de COVID-19. Parmi ces 105 femmes enceintes, 43 (41,0 %) ont été hospitalisées pour une maladie associée à la COVID-19 et 62 (59,0 %) ont été admises pour des raisons obstétriques (tableau 1). Parmi les 62 femmes admises pour des raisons obstétriques, 12 (19,4 %) présentaient des symptômes compatibles avec la COVID-19 et 50 (80,6 %) étaient asymptomatiques. L'âge médian de toutes les femmes était de 30 ans (fourchette = 17 à 54 ans), et 61,9 % étaient hispaniques ou latinos (tableau 2). L'admission aux soins intensifs a été nécessaire pour 14 (13,3 %) femmes enceintes hospitalisées, dont 13 (30,2 %) des 43 femmes hospitalisées pour la COVID-19; six de ces femmes ont eu besoin d'une ventilation mécanique et une, admise à 15 semaines

de gestation, est décédée de la COVID-19. La prévalence de l'obésité avant la grossesse (indice de masse corporelle de ≥ 30 kg/m²) était de 36,2 % dans l'ensemble et était plus élevée chez les 43 femmes hospitalisées pour la COVID-19 (44,2 %) que chez les 6 femmes hospitalisées pour des raisons obstétriques (30,6 %). De même, la prévalence du diabète gestationnel était plus élevée chez les femmes hospitalisées pour la COVID-19 (25,6 %) que chez celles hospitalisées pour des raisons obstétriques (8,1 %).

Parmi les 105 femmes enceintes hospitalisées ayant la COVID-19, 93 (88,6 %) ont terminé leur grossesse avant le 31 juillet (tableau 3), dont 79 (84,9 %) ont accouché au cours de leur hospitalisation initiale et 14 (15,1 %) au cours d'une hospitalisation subséquente. Une des 12 autres femmes est décédée au cours de l'hospitalisation initiale, et 11 étaient encore enceintes au moment de l'analyse. La prévalence de l'accouchement prématuré a été de 15,1 % dans l'ensemble et de 12,2 % chez les naissances vivantes, ce qui est près de 70 % plus élevé que les taux de référence du VSD pendant la période d'étude (8,9 % parmi 43 571 naissances vivantes et mortinaissances dans le VSD). La prévalence de la mortinatalité (3,2 %) était plus de quatre fois plus élevée chez les femmes atteintes du SRAS-CoV-2 que le taux de référence du VSD pendant la période à l'étude (0,6 %). Les trois mortinaissances ont eu lieu avant l'accouchement, l'une avec décollement placentaire et l'autre sans étiologie identifiée après adjudication.

Discussion

Parmi les 105 femmes enceintes hospitalisées ayant reçu un diagnostic de COVID-19 au cours de la période du 1^{er} mars au 30 mai, 41 % ont été hospitalisées à cause de la COVID-19 et 59 % pour des raisons obstétriques. Environ 80 % des femmes admises pour des raisons obstétriques ne présentaient pas de symptômes de la COVID-19. Ce pourcentage est semblable aux résultats d'une étude de New York qui a fait état d'un dépistage universel chez les patients en obstétrique à l'admission et qui a révélé que, parmi les 13,7 % des femmes ayant un test positif au SRAS-CoV-2, 87,9 % étaient asymptomatiques (5). De même, parmi les femmes enceintes admises dans une grande organisation de soins gérés dans le sud de la Californie pour le travail et l'accouchement à qui on a proposé un dépistage universel, la prévalence de l'infection au SRAS-CoV-2 était de 0,4 %, et toutes les femmes dont les résultats étaient positifs étaient asymptomatiques (6).

Comparativement aux taux de référence de toutes les femmes enceintes de la population du VSD au cours de la même période, les résultats actuels indiquent une augmentation des pourcentages d'accouchements prématurés et de mortinaissances chez toutes les femmes enceintes infectées au SRAS-CoV-2. D'autres études ont également révélé des taux plus élevés d'accouchements prématurés et de mortinatalité chez les femmes enceintes infectées à la SRAS-CoV-2 (symptomatiques et asymptomatiques), comparativement à ceux de la population générale (2,3).

On a relevé des pourcentages plus élevés d'obésité avant grossesse et de diabète gestationnel chez les femmes enceintes hospitalisées à cause de la COVID-19 sans raison obstétrique, comparativement aux pourcentages de ces maladies chez les femmes enceintes atteintes du SRAS-CoV-2 admises pour des raisons obstétriques. Les problèmes médicaux sous-jacents, y compris l'obésité et le diabète, ont été reconnus comme des facteurs de risque d'une forme grave de la COVID-19 (7,8). Une étude portant sur 46 femmes enceintes atteintes de la COVID-19 (9) a révélé que presque toutes les femmes atteintes d'une infection grave avaient de l'embonpoint ou étaient obèses. Cette étude a aussi révélé des taux plus élevés de complications chez les femmes enceintes qui ont une infection au SRAS-CoV-2 (y compris le besoin d'une admission aux soins intensifs ou d'une ventilation mécanique) et de décès, ce qui fait ressortir l'importance des mesures de prévention de la COVID-19 pour toutes les femmes enceintes et toutes les personnes en contact étroit avec elles.

Les conclusions du rapport sont assujetties à au moins cinq limites. Premièrement, le nombre de femmes enceintes infectées par le SRAS-CoV-2 était faible, ce qui limite la capacité de détecter des différences importantes entre les groupes de comparaison. Deuxièmement, au cours de la période de l'étude, diverses politiques de dépistage ont été mises en œuvre dans l'ensemble des sites du VSD. Par conséquent, des femmes asymptomatiques infectées au SRAS-CoV-2 hospitalisées pendant la

grossesse auraient pu être laissées de côté, surtout vers le début de la période à l'étude. Troisièmement, cette étude n'a pas permis d'identifier systématiquement les femmes enceintes ayant obtenu des résultats négatifs au test de dépistage du SRAS-CoV-2. Il faut plus d'information si on veut comprendre si une stratégie de dépistage universelle devrait être envisagée dans le soin des femmes enceintes et, dans l'affirmative, à quel moment de la grossesse (moment et contexte) elle devrait être mise en œuvre. Quatrièmement, l'étude n'a pas permis de recueillir des renseignements sur les soins prénataux, qui ont une incidence avérée sur les résultats de la grossesse. Toutefois, la population observée par le VSD est principalement assurée et les taux de soins prénataux classiques y sont élevés (10), et les résultats à la naissance chez les femmes enceintes infectées au SRAS-CoV-2 ont été comparés aux taux de référence du VSD pendant la période visée par l'étude. Bien que l'étude d'une population principalement assurée puisse limiter la possibilité de généraliser les résultats de l'étude, le VSD englobe les personnes assurées par le régime public et comprend un grand régime urbain intégré de santé†† qui s'adresse aux patients non assurés. Enfin, l'étude n'a pas tenu compte de facteurs importants prédisposant à des résultats indésirables à la naissance, comme les problèmes liés à la grossesse, et il faut plus d'information si on veut comprendre les effets de l'infection par le SRAS-CoV-2 sur l'issue des grossesses.

Le rapport vise à combler des lacunes dans les données d'observation déjà déclarées en utilisant une combinaison de codes de diagnostic, d'examen des dossiers médicaux et d'évaluation médicale pour déterminer les diverses raisons de l'admission à l'hôpital chez les femmes enceintes qui ont la COVID-19, leurs caractéristiques de grossesse et les résultats de l'accouchement. Il fait ressortir l'importance des consultations prénatales chez les femmes enceintes, en particulier celles qui souffrent d'obésité avant la grossesse et de diabète gestationnel. Les consultations devraient mettre l'accent sur les mesures préventives pour toutes les femmes enceintes et leurs proches contacts, y compris l'utilisation de masques, le lavage fréquent des mains, la distanciation sociale et l'abstention de toute participation à des grands rassemblements pour aider à prévenir l'infection par le SRAS-CoV-2 et les complications de la grossesse associées à la COVID-19.

https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6938e2.htm?s_cid=mm6938e2_f&ACSTrackingID=DM38216&ACSTrackingLabel=MMWR%20Early%20release%20-%20vol.%2069%2C%20September%2016%2C%202020&deliveryName=DM38216

Étude

Étude cas-témoins sur l'utilisation de mesures de protection individuelle et le risque d'infection par le syndrome respiratoire aigu sévère à coronavirus 2 (SRAS-CoV-2), Thaïlande

Source : CDC

Résumé

Nous avons évalué l'efficacité des mesures de protection individuelle contre l'infection par le SRAS-CoV-2. Notre étude cas-témoins a porté sur 211 cas de maladie à coronavirus (COVID-19) et un groupe-témoin de 839 personnes en Thaïlande. Les cas ont été définis comme des contacts asymptomatiques de patients atteints de COVID-19 qui se sont par la suite révélés positifs au SRAS-CoV-2; les membres du groupe témoin étaient des contacts asymptomatiques qui n'ont jamais eu de résultats positifs. Le port du masque en tout temps pendant le contact était associé de façon indépendante à un risque plus faible d'infection par le SRAS-CoV-2 que le fait de ne pas le porter; le fait de porter le masque à certains moments pendant le contact ne réduisait pas le risque d'infection. Nous avons constaté que le type de masque porté n'était pas associé de façon indépendante à une infection et que les contacts qui portaient toujours un masque étaient plus susceptibles de maintenir la distanciation sociale. Le maintien d'une distance de plus de 1 m d'une personne atteinte de la COVID-19, le contact étroit pendant moins de 15 minutes et le lavage fréquent des mains étaient indépendamment associés à un risque plus faible d'infection. Nos constatations appuient le port constant du masque, le lavage des mains et la distanciation sociale comme moyens de se protéger contre la COVID-19.

Il est urgent d'évaluer l'efficacité du port de masque pour protéger les personnes en bonne santé dans la population contre l'infection par le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2), l'agent qui cause la maladie à coronavirus ([COVID-19](#)) ([1,2](#)). Le 27 février 2020, au début de l'écllosion de COVID-19, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a annoncé qu'il n'était pas recommandé de porter un masque de quelque type que ce soit pour les personnes asymptomatiques ([3](#)). À l'époque, la justification était d'éviter les coûts inutiles, le fardeau de l'approvisionnement et un faux sentiment de

sécurité (3). Plusieurs examens systématiques n'ont révélé aucune preuve concluante à l'appui de l'utilisation généralisée de masques dans des lieux publics pour se protéger contre les maladies respiratoires infectieuses, comme la grippe et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) (4-6). Cependant, la Chine, la Corée du Sud, le Japon, la Thaïlande et d'autres pays d'Asie ont recommandé l'utilisation de masques faciaux dans le grand public dès le début de la pandémie de COVID-19 (7). Les faits montrent que les personnes atteintes de COVID-19 peuvent avoir une période présymptomatique au cours de laquelle elles peuvent être contagieuses et transmettre le SRAS-CoV-2 à d'autres personnes avant que les symptômes ne se manifestent (8). Le 4 avril 2020, ces constatations ont entraîné un changement dans les recommandations formulées par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis, qui conseillaient désormais à tout le monde de porter un masque en tissu en public (9). Les 6 avril et 5 juin 2020, l'OMS a mis à jour ses conseils sur l'utilisation des masques pour le grand public et a encouragé les pays qui émettent des recommandations à mener des recherches sur ce sujet (8).

La Thaïlande a mis en œuvre de multiples mesures contre la transmission du SRAS-CoV-2 depuis le début de l'écllosion (10,11). Elle a établi un contrôle thermique dans les aéroports le 3 janvier 2020 et a détecté un cas précoce de COVID-19 à l'extérieur de la Chine chez un voyageur en provenance de Wuhan, en Chine, qui est arrivé à l'aéroport Suvarnabhumi de Bangkok le 8 janvier 2020 (10). La Thaïlande a recours à des équipes de surveillance et d'intervention rapide (ESIR), ainsi qu'à des bénévoles en santé dans les villages, pour effectuer le dépistage des contacts, sensibiliser le public à la COVID-19 et surveiller les contacts étroits des personnes ayant la COVID-19 en quarantaine (11). Les ESIR sont des équipes épidémiologiques formées pour effectuer la surveillance, les enquêtes et le contrôle initial des maladies transmissibles, comme le SRAS et la grippe (12,13). Plus de 1 000 ESIR de district, de province et de région travaillent au dépistage des contacts COVID-19 en Thaïlande. En février 2020, les pressions exercées par le public pour le port du masque en Thaïlande étaient élevées. Toutefois, il est devenu difficile pour le public de se procurer des masques médicaux, et le gouvernement les a classés dans la catégorie des marchandises à prix contrôlé. Lorsque le ministère de la Santé publique a désigné la COVID-19 comme une maladie transmissible dangereuse, conformément à la Loi sur les maladies transmissibles de 2015, les représentants du gouvernement ont été habilités à mettre en quarantaine les personnes ayant eu des contacts avec des cas avérés et à fermer des lieux (14,15). Le 3 mars, le ministère de la Santé publique a recommandé au public d'utiliser des masques en tissu (16). Le 18 mars, les écoles, les universités, les bars, les boîtes de nuit et les salles de spectacle ont été fermés (17). Le 26 mars, au moment où le pays signalait de 100 à 150 nouveaux cas de COVID-19 par jour, le gouvernement a déclaré l'état d'urgence nationale, interdit les rassemblements publics et impose le port du masque dans les transports en commun (18). Le 21 avril, le ministère de la Santé publique a annoncé 19 nouveaux cas de COVID-19 confirmés par test PCR, ce qui portait le nombre total de cas à 2 811 (18). Compte tenu du manque de données probantes, nous avons cherché à évaluer l'efficacité du port de masque, du lavage des mains, de la distanciation sociale et d'autres mesures de protection personnelle contre l'infection à SRAS-CoV-2 en public en Thaïlande.

Discussion

Nos constatations montrent que le port d'un masque, le lavage des mains et la distanciation sociale sont indépendamment associés à un risque plus faible d'infection par le SRAS-CoV-2 dans le grand public en milieu communautaire en Thaïlande. Nous avons observé que le port de masques tout au long de la période d'exposition à une personne infectée par le SRAS-CoV-2 était associé à un risque plus faible d'infection, mais qu'il ne l'était pas si le masque n'était pas porté en tout temps. Ces données appuient les recommandations préconisant le port du masque de façon uniforme et correcte en tout temps en public (2,7-9).

L'efficacité du port du masque que nous avons observée correspond aux résultats d'études antérieures, y compris un essai contrôlé randomisé montrant que le port constant du masque réduit le risque de contracter une maladie grippale (28), deux études cas-témoins qui ont révélé que le port du masque est associé à un risque plus faible d'infection par le SRAS (29,30), et une étude de cohorte rétrospective qui a révélé que le port du masque par les patients témoins ou les membres de la famille à la maison est associé à un risque plus faible d'infection par le SRAS-CoV-2 (31). Des études antérieures ont montré que l'utilisation de masques chirurgicaux ou de masques semblables réutilisables en coton de 12 à 16 couches donnait une protection contre l'infection au coronavirus dans la communauté (32), mais nous n'avons pas observé de différence entre le port de masques non médicaux et médicaux dans la

population générale. Nos résultats donnent à penser que le port de masques non médicaux en public peut réduire la transmission du SRAS-CoV-2. Une autre étude a révélé que la perception du risque de contracter la COVID-19 peut augmenter la probabilité qu'une personne porte un masque médical dans un contexte non médical (T.D. Huynh, données non publiées,

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.26.20044388v1> External Link). Toutefois, compte tenu des pénuries, les masques médicaux devraient être réservés aux travailleurs de la santé.

Nous avons constaté un lien négatif entre le risque d'infection par le SRAS-CoV-2 et la distanciation sociale, ce qui concorde avec les études antérieures qui ont révélé que la distanciation physique de plus de 1 m était associée à un effet protecteur important et que des distances de plus de 2 m pourraient être plus efficaces (32). Nos constatations sur l'efficacité de l'hygiène des mains concordaient également avec les rapports d'études antérieures (33).

Dans cette étude, les taux d'attaques secondaires à différents endroits variaient grandement. Le taux d'attaques secondaires dans les ménages, selon l'étude (16,5 %), est comparable aux fourchettes précédemment déclarées (11 % à 23 %) (34,35) et relativement élevé comparativement aux milieux de travail (4,9 %) et à d'autres milieux (1,4 %). Bien que les mesures de quarantaine puissent être difficiles et parfois irréalistes, les membres du ménage devraient immédiatement mettre à l'écart une personne qui présente des symptômes de la COVID-19; la personne malade devrait demeurer dans une pièce à part; utiliser une salle de toilette à part, si possible; et ne pas partager de vaisselle, de tasses et d'autres ustensiles avec d'autres personnes (36). Tous les membres du ménage doivent porter un masque, se laver fréquemment les mains et maintenir la distanciation sociale dans la mesure du possible (37).

Le nombre élevé de cas de COVID-19 associés à l'exposition à des boîtes de nuit à Bangkok est comparable à une éclosion de COVID-19 associée au groupe de boîtes de nuit d'Itaewon à Séoul, en Corée du Sud, en mai 2020 (38), où des personnes se sont rendues dans plusieurs boîtes de nuit dans la même région pendant une courte période. Le taux d'attaques secondaires dans les stades de boxe était élevé (86 %), mais semblable à un groupe de cas de COVID-19 associés à un match de football en Italie en février 2020 (39). Le taux d'attaques secondaires de COVID-19 dans une répétition de chorale aux États-Unis était de 53,3 % à 86,7 % (40). Les taux d'attaques secondaires dans les lieux publics de rassemblement où il y a une forte densité de personnes qui crient et qui applaudissent, comme les stades de football et de boxe, sont encore incertains, mais ils semblent élevés.

Des messages publics clairs et cohérents de la part des décideurs peuvent probablement empêcher un faux sentiment de sécurité et promouvoir le respect de la distanciation sociale en Thaïlande. Nous avons constaté que les personnes qui portaient un masque pendant qu'elles étaient exposées à un patient malade de la COVID-9 étaient également plus susceptibles de se laver les mains et de maintenir la distanciation sociale. Les médias traditionnels et les médias sociaux peuvent appuyer les interventions en santé publique en travaillant avec les gouvernements pour fournir des messages cohérents, simples et clairs (41). En Thaïlande, les séances d'information quotidiennes du Centre d'administration de la situation de la COVID-19 ont lancé des messages clairs et cohérents sur la distanciation sociale, la façon de porter le masque et de se laver les mains, ce qui aurait pu améliorer la confiance du public à l'égard des recommandations. Des messages publics cohérents sur la façon de porter correctement le masque sont également nécessaires, en particulier pour ceux qui portent des masques seulement par intermittence ou incorrectement (sans qu'ils couvrent le nez et la bouche). Nous avons constaté que les personnes qui portaient des masques seulement de façon intermittente pendant l'exposition ne prenaient pas de distance sociale adéquate.

Notre étude comporte plusieurs limites. Premièrement, comme nos constatations étaient fondées sur les contacts liés à trois grandes éclosions de COVID-19 en Thaïlande en mars 2020, elles pourraient ne pas être généralisables à tous les contextes. Deuxièmement, les estimations ont été conditionnées par les rapports de contact avec les patients-témoins; l'étude n'a pas évalué ni pris en compte la probabilité de contacts avec d'autres personnes infectées dans la collectivité, ce qui aurait pu se produire.

Troisièmement, comme seulement 89 % des témoins ont été testés, ceux qui ne l'ont pas été auraient pu être infectés; par conséquent, des cas auraient pu passer inaperçus chez des personnes présentant des symptômes légers ou nuls ou qui n'ont pas signalé de symptômes ou n'ont pas cherché à obtenir des soins ou à subir des tests. Néanmoins, nous croyons que le problème des erreurs était probablement minime parce que les personnes qui n'ont pas été testées (RT-PCR) étaient des contacts à faible risque; le petit nombre ne changerait probablement pas nos principales constatations et recommandations sur les mesures de protection individuelle. Quatrièmement, il peut être presque impossible d'identifier chaque contact potentiel, car certaines personnes pourraient avoir été en contact avec plus d'un patient atteint de

la COVID-19. Par conséquent, nos estimations des taux d'attaques secondaires parmi les contacts avec une exposition à risque élevé pourraient être surestimées ou sous-estimées. Cinquièmement, la fraction attribuable à la population est fondée sur plusieurs hypothèses, y compris la relation de cause à effet, et devrait être interprétée avec prudence (42,43). Enfin, les constatations ont fait l'objet de biais communs d'études rétrospectives cas-témoins, y compris le biais de mémoire, le biais d'observation et le biais d'information (44). Pour réduire les biais potentiels, nous avons utilisé des entrevues structurées dans lesquelles chaque participant était appelé à répondre au même ensemble de questions définies. Au moment où de nombreux pays commencent à relâcher les mesures de distanciation sociale, nos résultats fournissent des preuves en faveur du port d'un masque, du lavage des mains et du respect des recommandations de distanciation sociale afin de réduire la transmission du SRAS-CoV-2 dans les rassemblements publics. Le port de masques non médicaux en public pourrait contribuer à ralentir la propagation de la COVID-19. Le respect de toutes les mesures pourrait être très efficace; cependant, dans les endroits à forte densité de population, des mesures supplémentaires pourraient s'imposer. Des messages publics clairs et cohérents sur les recommandations en matière de protection individuelle sont essentiels, en particulier pour cibler les personnes qui portent le masque de façon intermittente ou incorrecte. Nos données ont montré qu'aucune mesure de protection n'était associée à une protection complète contre la COVID-19. Toutes les mesures, y compris le port d'un masque, le lavage des mains et la distanciation sociale, peuvent accroître la protection contre la COVID-19 en public.

https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/11/20-3003_article?ACSTrackingID=USCDC_333-DM38200&ACSTrackingLabel=Latest%20Expedited%20Articles%20-%20Emerging%20Infectious%20Diseases%20Journal%20-%20September%202015%2C%202020&deliveryName=USCDC_333-DM38200

Étude

L'accident vasculaire cérébral pourrait être le premier symptôme de la COVID-19 chez les patients de moins de 50 ans

Source : Blackburn News

Identifiant unique : [1007850019](#)

L'équipe de recherche a examiné des données sur 160 patients victimes d'un accident vasculaire cérébral ayant la COVID-19 et a déterminé que l'un des symptômes les plus préoccupants du virus est l'apparition de gros caillots sanguins susceptibles de causer des blocages dans les artères, ce qui peut occasionner un accident vasculaire cérébral. **Des chercheurs de Western University et du Lawson Health Research Institute, qui tentent de comprendre le lien entre les accidents vasculaires cérébraux et le nouveau coronavirus, ont découvert qu'environ 2 % des patients hospitalisés avec la COVID-19 subissent un accident vasculaire cérébral. Pour près de la moitié des patients de moins de 50 ans atteints de la COVID-19, le premier signe du virus pourrait être un accident vasculaire cérébral, selon une nouvelle étude réalisée depuis Londres.**

Pour près de la moitié des patients de moins de 50 ans atteints de la COVID-19, le premier signe du virus pourrait être un accident vasculaire cérébral, selon une nouvelle étude réalisée à Londres.

Des chercheurs de Western University et du Lawson Health Research Institute, qui tentent de comprendre le lien entre les accidents vasculaires cérébraux et le nouveau coronavirus, ont découvert qu'environ 2 % des patients hospitalisés avec le COVID-19 subissent un accident vasculaire cérébral. En raison de la combinaison de ces deux conditions, 35 % des patients décèdent.

L'équipe de recherche a examiné les données de 160 patients victimes d'un accident vasculaire cérébral ayant la COVID-19 et a déterminé que l'un des symptômes les plus préoccupants du virus est l'apparition de gros caillots sanguins susceptibles de causer des blocages dans les artères, ce qui peut occasionner un accident vasculaire cérébral.

Chez les patients de moins de 50 ans, près de 50 % n'avaient aucun autre symptôme visible du virus au moment de l'accident vasculaire cérébral.

« L'une des constatations les plus révélatrices de cette étude est que, chez les patients de moins de 50 ans, beaucoup étaient totalement asymptomatiques lorsqu'ils avaient un accident vasculaire cérébral lié à la COVID-19 », a déclaré la D^{re} Luciano Sposato, chercheuse principale et titulaire de la chaire de recherche sur les accidents vasculaires cérébraux à la Schulich School of Medicine & Dentistry de

l'Université Western. « Cela signifie que, pour ces patients, l'accident vasculaire cérébral était le premier symptôme de la maladie. »

Elle affirme qu'il est important de comprendre le lien entre la COVID-19 et l'AVC pour élaborer un traitement efficace.

« Le message à retenir ici pour les fournisseurs de soins de santé est que, si on voit un patient avec un accident vasculaire cérébral, particulièrement chez les personnes de moins de 50 ans qui ont de gros caillots, il faut considérer la COVID-19 comme une cause possible, même en l'absence de symptômes respiratoires », a déclaré la D^{re} Sposato.

Les chercheurs ont également constaté que l'âge plus avancé, d'autres maladies chroniques et la gravité des symptômes respiratoires de la COVID-19 sont associés à un risque de décès « extrêmement élevé ». L'étude a été publiée mardi dans le numéro en ligne de *Neurology*, la revue médicale de l'American Academy of Neurology.

<https://n.neurology.org/content/early/2020/09/15/WNL.000000010851>

<https://blackburnnews.com/london/london-news/2020/09/16/stroke-first-symptom-covid-19-patients-50/>

Événements d'intérêt au niveau national

Canada

Baisse de la distribution de trousse de naloxone à Windsor pendant la pandémie

Source : CBC

Identifiant unique : [1007850022](#)

Le nombre de trousse de naloxone qui sauvent des vies distribuées à Windsor a considérablement diminué depuis le début de la pandémie de COVID-19, en mars, tandis que les visites aux urgences liées aux surdoses – de même que les décès – semblent augmenter.

Tara Gomes, professeure d'épidémiologie à l'Université de Toronto, est parmi les chercheurs à l'origine de la toute première étude visant à suivre la distribution de la naloxone dans la province par emplacement géographique.

L'étude permet d'estimer que la disponibilité de la naloxone, fournie principalement par les pharmacies, a réduit le taux de décès liés aux opioïdes d'un quart à la moitié depuis l'introduction des trousse gratuites par le gouvernement de l'Ontario, en juin 2016.

« Dans la région de Windsor, nous avons constaté que le nombre de trousse qui étaient distribuées chaque mois a diminué de moitié environ depuis le début de la pandémie de COVID-19 », a déclaré M^{me} Gomes.

Environ 350 trousse de naloxone ont été distribuées chaque mois à Windsor avant la pandémie, a-t-elle précisé. Ce nombre est tombé à environ 175 au cours des derniers mois.

Selon M^{me} Gomes, ces chiffres sont alarmants, car il semble y avoir une augmentation des décès liés aux opioïdes dans la région.

En 2019, 47 personnes sont mortes d'une surdose à Windsor-Essex. Au cours des quatre premiers mois de 2020, il y a eu 19 décès confirmés.

« Nous savons que, pendant la pandémie, on conseille aux gens de rester à la maison et de ne pas se déplacer autant qu'avant. Il est donc probable que les gens ne vont pas à la pharmacie aussi souvent », explique M^{me} Gomes.

« L'une des vraies préoccupations, c'est que les gens sont plus isolés. Il arrive donc plus souvent qu'ils consomment seuls. Ils ne sont peut-être même pas dans une situation où ils peuvent recevoir de la naloxone, puisqu'il faut quelqu'un d'autre pour la leur administrer. »

Wale Aderinto, pharmacien et propriétaire d'Erie Health and Wellness Pharmacy, à Windsor, a constaté une diminution de la demande à sa pharmacie.

Il croit que cela pourrait être le résultat d'une évolution de la société, qui se préoccupe moins de la crise des opioïdes et s'intéresse davantage aux dangers de la COVID-19. Le public est donc peut-être moins conscient de l'existence des trousse de naloxone.

« Il est important de ne pas perdre de vue les dangers posés par les surdoses et le rôle que les trousse de naloxone peuvent jouer pour sauver des vies », a déclaré M. Aderinto.

M. Aderinto rappelle qu'il est plus important que jamais d'avoir une trousse à sa disposition puisque les gens sont isolés et doivent faire face à la pandémie, ce qui les rend plus vulnérables aux surdoses. Le coroner de l'Ontario a déjà signalé une augmentation de 25 % du nombre de décès liés aux opioïdes depuis le début de la pandémie, à cause d'une combinaison de drogues illicites de plus en plus toxiques et de restrictions imposées aux travailleurs de proximité en cas de pandémie.

L'étude montre que seulement 56 % des pharmacies de l'Ontario ont des troussees gratuites et M^{me} Gomes croit que, compte tenu du fait que les analgésiques à base d'opioïdes sont très répandus, que ceux-ci soient fournis par un médecin ou distribués dans la rue, il faut en faire plus pour maximiser l'accès à la naloxone, qui sauve des vies, au point qu'elle soit aussi courante qu'une trousse de premiers soins.

Pointe des visites à l'urgence liées aux opioïdes

Le Service de santé du comté de Windsor-Essex a lancé une mise en garde au sujet de certains des dangers de l'isolement des toxicomanes.

Il y a eu une augmentation du nombre de visites aux services d'urgence en raison des opioïdes, et pour la plupart des mois de 2020, on signale une augmentation des cas d'une année à l'autre. Au cours d'une période de deux jours en juillet seulement, il y a eu neuf cas de surdose, tous liés au fentanyl.

Le mois dernier, le service de santé, en collaboration avec des partenaires participant à la Windsor-Essex Community Opioid and Substance Strategy, a commencé à solliciter des déclarations d'intérêt de la part des propriétaires d'immeubles et de propriétaires pour héberger un centre de consommation sécuritaire de drogues.

Le site des Services de consommation et de traitement offrirait des services complets, notamment des services de consultations, de soins primaires, de traitement de la dépendance aux opioïdes et d'autres services de santé, en plus d'être un endroit sécuritaire où les gens peuvent consommer leurs drogues.

<https://www.cbc.ca/news/canada/windsor/naloxone-kits-drop-in-distribution-windsor-essex-1.5725857?cmp=rss>

Canada

Les médecins et les infirmières de la Colombie-Britannique peuvent maintenant prescrire des médicaments de rechange sécuritaires pour lutter contre la crise des surdoses

Source : globalnews.ca

Identifiant : [1007853249](https://www.cbc.ca/news/canada/windsor/naloxone-kits-drop-in-distribution-windsor-essex-1.5725857?cmp=rss)

La médecin en chef de la Colombie-Britannique a émis une ordonnance de santé publique afin de donner aux médecins et aux infirmières praticiennes la capacité de prescrire des solutions pharmaceutiques de rechange plus sécuritaires pour aider à ralentir la crise des surdoses dans la province.

En effet, la D^{re} Bonnie Henry, de la santé publique, a déclaré dans un communiqué que l'augmentation du nombre de professionnels de la santé autorisés à aider les personnes à risque de surdose en prescrivant des solutions de rechange aux drogues illicites toxiques sera essentielle pour sauver des vies et amener plus de gens vers les traitements et d'autres aspects des services de santé et sociaux.

L'ordonnance, délivrée en vertu du *Health Professions Act*, permet aux infirmières autorisées et aux infirmières psychiatriques autorisées à prescrire des solutions de rechange pharmaceutiques aux drogues illicites pour aider à amener davantage de personnes à renoncer à chercher des drogues illicites toxiques, de façon à sauver des vies et à offrir des possibilités de soins continus, de traitement et de soutien.

Cette nouvelle norme portera aussi sur la formation et l'éducation.

« Avant le début de la pandémie de COVID-19, la Colombie-Britannique faisait des progrès et le nombre de décès par surdose diminuait pour la première fois depuis 2012 », a déclaré Judy Darcy, ministre de la Santé mentale et de la Toxicomanie, dans un communiqué.

Chaque décès par surdose est un drame, et nous prenons toutes les mesures préventives possibles pour sauver plus de vies et mettre plus de gens en contact avec des services de traitement et de soutien. »

Les Britanno-Colombiens qui souffrent de troubles liés à la consommation de drogues et à la toxicomanie peuvent actuellement avoir accès à des solutions de rechange plus sécuritaires en s'adressant à leur médecin, à leur infirmière praticienne, à leur équipe de soins communautaires ou en composant le 811.

À ce jour, plus de 1 000 personnes en Colombie-Britannique sont décédées d'une surdose en 2020.

<https://globalnews.ca/news/7338724/bc-overdose-crisis-safe-drug-alternatives/>

Événements d'intérêt au niveau international

États-Unis

***Vibrio vulnificus* au Connecticut : un nombre inhabituel d'infections déclenche une alerte**

Source : outbreaknewstoday.com

Identifiant unique : [1007845417](https://doi.org/10.1007/845417)

Les responsables de la santé du Connecticut ont lancé une alerte au public des zones littorales au sujet des dangers de l'exposition à l'eau salée ou saumâtre le long du détroit de Long Island, en raison d'un nombre exceptionnellement élevé d'infections à *Vibrio vulnificus*.

Depuis juillet, cinq cas d'infection à *Vibrio vulnificus* ont été signalés au ministère de la Santé publique (un cas en juillet et quatre en août). Les patients proviennent des comtés de Fairfield (1), Middlesex (1) et New Haven (3), et sont âgés de 49 à 85 ans (médiane de 73 ans); il y a quatre hommes et une femme.

Deux patients ont eu une septicémie (infection du sang) et trois une infection de plaie grave. Les cinq patients ont été hospitalisés. Aucun décès signalé.

Les cinq cas ont tous fait état d'une exposition à l'eau salée ou saumâtre pendant des activités comme la baignade, la pêche au crabe et la navigation de plaisance. Les cinq patients avaient des blessures préexistantes ou de nouvelles blessures survenues au cours de ces activités qui ont mené aux infections à *Vibrio*.

L'infection à *Vibrio vulnificus* est extrêmement rare. Au cours des 10 dernières années, entre 2010 et 2019, seulement sept cas ont été signalés au Connecticut.

V. vulnificus peut causer des infections lorsque des plaies ouvertes sont exposées à de l'eau salée chaude ou de l'eau saumâtre (mélange de sel et d'eau douce). Une fois à l'intérieur du corps, la bactérie peut infecter le sang et causer une septicémie. Les personnes atteintes d'une infection à *V. vulnificus* peuvent tomber gravement malades et avoir besoin de soins intensifs ou devoir se faire amputer un membre. Environ une personne sur cinq souffrant de ce type d'infection à *Vibrio* meurt, parfois un jour ou deux après être tombée malade. Les personnes les plus à risque de contracter la maladie à *V. vulnificus* sont celles dont le système immunitaire est affaibli et les personnes âgées.

On peut atténuer ses risques d'infection à *Vibrio* par une plaie en suivant les conseils suivants :

Les personnes ayant une plaie (y compris à la suite d'une intervention chirurgicale récente, d'un perçage ou d'un tatouage) doivent éviter l'eau salée ou saumâtre, si possible. Cela comprend les promenades à la plage.

Couvrir la plaie d'un pansement imperméable si celle-ci peut entrer en contact avec de l'eau salée, de l'eau saumâtre ou des fruits de mer crus ou mal cuits et leurs jus. Ce contact peut se produire pendant les activités quotidiennes, comme la natation, la pêche ou une marche sur la plage.

Il faut laver soigneusement les plaies et les coupures avec de l'eau et du savon après qu'elles sont entrées en contact avec de l'eau salée, de l'eau saumâtre, des fruits de mer crus ou leurs jus.
<http://outbreaknewstoday.com/vibrio-vulnificus-in-connecticut-unusual-number-of-infections-prompt-warning-92837/>

États-Unis

Les autorités sanitaires soupçonnent un premier cas de virus EEE dangereux chez un habitant du comté de Barry

Identifiant unique : [1007845596](#)

COMTÉ DE BARRY, Mich. — Les résultats préliminaires de tests ont révélé mardi qu'un habitant du comté de Barry pourrait avoir contracté le premier cas d'encéphalite équine de l'Est dans la région.

Des responsables du département de la Santé et des Services sociaux du Michigan (MDHHS) ont déclaré qu'une deuxième série de tests devrait être terminée d'ici la fin de la semaine pour confirmer les résultats.

« Ce cas présumé d'EEE chez un habitant du Michigan montre qu'il s'agit d'une menace constante pour la santé et la sécurité des habitants de cet État et qu'il faut des mesures permanentes pour prévenir l'exposition, y compris un traitement aérien », a déclaré le Dr Joneigh Khaldun, directeur médical et chef adjoint de la santé au MDHHS. « Le MDHHS continue d'encourager les autorités locales des comtés touchés à envisager de reporter, de reprogrammer ou d'annuler les activités de plein air qui se déroulent au crépuscule ou après la tombée de la nuit, en particulier celles auxquelles participent des enfants, afin de réduire le risque de piqûre de moustique. »

Le cas survenu chez l'humain s'ajoute aux 22 cas confirmés chez des chevaux de 10 comtés de l'État.

Les représentants du MDHHS ont déclaré que le virus était l'une des maladies transmises par les moustiques les plus dangereuses aux États-Unis, avec un taux de mortalité de 33 % chez les humains et de 90 % chez les chevaux, et ils ont encouragé les habitants de l'État à se protéger contre les piqûres de moustiques par les moyens suivants :

Remettre à plus tard, reprogrammer ou annuler les activités de plein air qui se déroulent à la tombée du jour ou après la tombée du jour, en particulier les activités d'enfants.

Éviter d'être à l'extérieur du crépuscule à l'aube, période pendant laquelle les moustiques porteurs du virus EEE sont plus actifs.

Appliquer des insectifuges contenant l'ingrédient actif DEET ou tout autre produit approuvé par l'Environmental Protection Agency des États-Unis sur la peau ou les vêtements exposés, et toujours suivre les directives d'utilisation du fabricant.

Porter des chemises à manches longues et des pantalons à l'extérieur. Appliquer un insectifuge sur les vêtements pour prévenir les piqûres.

Installer les moustiquaires aux fenêtres et aux portes pour aider à garder les moustiques à l'extérieur. Enlever l'eau des sites de reproduction des moustiques autour de la maison, comme les seaux, les piscines des tout-petits non utilisées, les vieux pneus ou d'autres objets semblables où les moustiques peuvent pondre des œufs.

Utiliser des filets et ou des ventilateurs aux endroits où on prend des repas à l'extérieur.

Lundi, les responsables de la santé publique de l'État ont annoncé un épandage aérien dans 10 comtés pour contrôler la population de moustiques, réduisant ainsi le risque d'infection virale.

Traitement aérien : L'État annonce des plans de lutte contre le virus EEE

Les signes d'infection comprennent une fièvre soudaine, des frissons, des douleurs corporelles et articulaires. Bien que les premiers symptômes puissent ressembler beaucoup à la grippe ou à d'autres maladies, le Dr Khaldun a déclaré qu'il y a quelques symptômes qui pourraient indiquer qu'il faut consulter un médecin immédiatement.

« L'encéphalite donne lieu à une forte fièvre et à des maux de tête anormaux. Le malade peut avoir une raideur au cou et adopter un comportement étrange », a expliqué le Dr Khaldun. « Quiconque présente de tels symptômes devrait certainement communiquer avec son médecin et peut-être même se rendre à l'urgence, surtout si son état mental a changé. Il s'agit d'une urgence. »

Si elle progresse, l'infection peut causer des maux de tête, de la désorientation, des tremblements, des crises épileptiques et la paralysie. Dans les pires cas, des lésions cérébrales permanentes, le coma et la mort peuvent survenir. Les responsables de la santé ont déclaré que les personnes de moins de 15 ans et de plus de 50 ans étaient les plus à risque de complications à la suite de l'infection.

<https://wwmt.com/news/local/health-officials-suspect-first-case-of-dangerous-eee-virus-in-barry-county-resident>

Pays-Bas

Le virus du Nil occidental apparaît aux Pays-Bas pour la toute première fois

Source : NL Times

Identifiant unique : [1007849764](#)

Le virus du Nil occidental a été dépisté dans un oiseau trouvé dans la région d'Utrecht. C'est la première fois que le virus est découvert aux Pays-Bas. Il est en grande partie inoffensif pour les humains dans 80 % des cas, a déclaré le RIVM. Ceux qui ont une réaction ont le plus souvent des symptômes qui s'apparentent à ceux de la grippe, dont une fièvre.

« Dans des cas exceptionnels, une infection peut entraîner de graves troubles neurologiques. Une infection par le virus a déjà été découverte aux Pays-Bas, mais toutes ces infections ont été contractées à l'étranger », a déclaré le RIVM.

Selon les Centers for Disease Control des États-Unis, dans environ un cas sur 150 infections humaines, il y a des symptômes plus graves qui se révèlent parfois mortels. Le virus est transmis par les moustiques qui s'infectent en se nourrissant d'oiseaux infectés.

La fauvette a été attrapée vers la fin d'août dans le cadre d'un programme organisé par le Centre médical Erasmus. Selon le RIVM, les fauvettes arrivent en avril et partent pour l'Afrique vers la fin de l'été.

Comme cet oiseau a été capturé et testé à la fin de l'été, les chercheurs soupçonnent qu'il a été infecté aux Pays-Bas.

« Le consortium travaille au développement d'un système d'alerte précoce dans le cadre d'un projet de recherche. Le système doit détecter le plus tôt possible l'introduction d'un certain nombre de virus exotiques, dont le virus du Nil occidental », a déclaré le RIVM.

Plus d'un millier d'oiseaux sauvages ont été capturés et testés depuis janvier. Au cours des années précédentes, on a trouvé des oiseaux infectés par le virus du Nil occidental, mais jamais par une infection active. « Comme il ne s'agissait pas d'oiseaux migrateurs, ces oiseaux ont probablement contracté l'infection aux Pays-Bas ou dans les environs. »

Le virus du Nil occidental a déjà été découvert en Allemagne, dans les pays européens du centre et du sud-est du continent. Les moustiques transmettent le virus aux humains et à d'autres mammifères, dont les chevaux. Il existe un vaccin contre le virus qui est utilisé sur les chevaux.

<https://nltimes.nl/2020/09/16/west-nile-virus-surfaces-netherlands-first-time-ever>

République démocratique du Congo

Des enfants comptent parmi les derniers cas d'Ebola en RDC alors que l'écllosion atteint 123 cas

Source : OMS

16 septembre

Deux cas d'Ebola additionnels ont été signalés dans la province de l'Équateur, en République démocratique du Congo (RDC), ainsi que deux autres décès, a déclaré aujourd'hui le bureau régional africain de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sur Twitter. Ces cas portent le total à 123 cas et à 50 décès.

Le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies (BCAH de l'ONU) a déclaré aujourd'hui dans une mise à jour publiée sur ReliefWeb qu'un cas récent avait été signalé dans une zone

sanitaire de Ngelo Monzoi récemment affectée, dans la zone sanitaire de Bikoro, portant le nombre de zones sanitaires touchées à 40. Il ajoute que deux infections chez des enfants, l'un de deux mois et l'autre de cinq ans, ont été confirmées le 14 septembre.

Près de 30 000 personnes ont été vaccinées depuis que l'écllosion, la 11^e en RDC impliquant le virus Ebola, a été détectée au début de juin.

<https://twitter.com/WHOAFRO/status/1306153061568700422>

<https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/rd-congo-note-d-information-humanitaire-epid-mie-de-la-maladie-76>

Chine

Plus de 3 000 personnes infectées lors de la dernière éclosion de maladie bactérienne en Chine

Source : theepochtimes.com

Identifiant : 1007853411

Mise à jour : 16 septembre 2020

Près d'un an après une éclosion de brucellose, maladie bactérienne hautement infectieuse, dans la ville de Lanzhou, dans le nord-ouest de la province de Gansu, en Chine, la commission de la santé de la ville a déclaré que 3 245 personnes avaient eu un résultat positif au test de dépistage de la maladie.

L'annonce faite par la Ville le 15 septembre constitue une mise à jour à la suite d'un examen effectué par le Centre de contrôle et de prévention de la maladie de la province de Gansu.

Selon l'annonce, une enquête menée par les autorités provinciales et locales a révélé que l'usine biopharmaceutique de Lanzhou avait utilisé des désinfectants périmés pendant sa production de vaccins contre la brucellose du 24 juillet au 20 août 2019, ce qui a mené à des rejets et à une stérilisation qui laissent à désirer.

Les rejets transportaient le bouillon fermenté qui s'est transformé plus tard en aérosol. L'air porteur de bactéries, poussé par le vent, s'est répandu à l'endroit où se trouvait l'Institut de recherche vétérinaire de Lanzhou. Le personnel a produit des anticorps après avoir respiré de l'air résiduaire en juillet et en août de l'an dernier.

La brucellose est une maladie zoonotique qui touche principalement les animaux, y compris le bétail et les chiens, qui peuvent transmettre la bactérie aux humains par contact direct. Les symptômes comprennent une transpiration abondante et des douleurs articulaires et musculaires. La maladie peut durer quelques semaines, quelques mois ou même des années.

Le bureau chinois Caixin a signalé que dix localités résidentielles voisines étaient touchées dans un rayon de 1 km.

Gao Hong (pseudonyme), une habitante de Yanchangpu, a dit à Caixin qu'elle et sa famille — son mari et leur fils de 10 ans — étaient touchés. Elle a reçu un mauvais diagnostic de rhume, de spondyloarthrite, de polyarthrite rhumatoïde et de fièvre humide en septembre dernier, jusqu'à ce que les résultats finaux, il y a six mois, révèlent qu'il s'agissait de brucellose.

On lui a dit qu'elle avait raté le meilleur moment pour traiter la maladie et elle ajoute qu'elle était extrêmement préoccupée par son jeune fils.

Les niveaux de stress chez les patients ont augmenté en raison de l'écllosion de COVID-19 et un certain nombre d'entre eux ont eu du mal à combattre les deux maladies en même temps. Certains parents ont refusé de dire la vérité à leurs enfants.

Les autorités locales ont dit que cela pénaliserait toutes les organisations concernées, entre autres par la révocation des permis de production de vaccins.

Aucun fonctionnaire n'a été légalement tenu responsable de la contamination de masse.

Les autorités locales ont utilisé un libellé vague pour décrire la situation. Par conséquent, on ignore quelle proportion de patients continuent de souffrir de la maladie depuis le début de l'écllosion, l'an dernier.

https://www.theepochtimes.com/lanzhou-brucellosis-outbreak-update-more-than-3000-cases-confirmed_3501530.html

Recherches, politiques et lignes directrices

États-Unis

Le vaccin candidat ne parvient pas à réduire l'infection au *C. difficile* au cours de la phase 3 des essais

Identifiant : 1007853109

Source : CIDRAP/Lancet

Une équipe internationale de chercheurs dirigée par des scientifiques de Sanofi Pasteur a signalé hier dans *The Lancet Infectious Diseases* qu'un essai de phase 3 pour un vaccin bivalent contre les toxoïdes *Clostridioides difficile* a pris fin en raison de sa futilité.

Dans l'essai contrôlé randomisé mené à l'aveugle dans 326 hôpitaux des États-Unis, du Canada, d'Amérique latine, d'Europe et de la région de l'Asie-Pacifique, des adultes de 50 ans et plus présentant un risque accru d'infection par le *C. difficile* ont été randomisés 2:1 pour recevoir une dose du vaccin candidat de Sanofi Pasteur contre le *C. difficile* (contenant des toxoïdes A et B) ou un placebo. Le résultat principal visait à vérifier l'efficacité du vaccin dans la prévention de l'infection symptomatique au *C. difficile*.

Du 30 juillet 2013 au 17 novembre 2017, 9 302 participants ont été inscrits, dont 6 201 dans le groupe du vaccin *C. difficile* et 3 101 dans le groupe du placebo. La première analyse provisoire prévue a signalé 34 infections à *C. difficile* sur 11 697,2 années-personnes à risque (0,29 infection par 100 années-personnes) dans le groupe vacciné comparativement à 16 infections à *C. difficile* sur 5 789,4 années-personnes à risque (0,28 infection par 100 années-personnes) dans le groupe placebo, indiquant une efficacité du vaccin de -5,2 % (intervalle de confiance [IC] à 95 %, -104,1 % à 43,5 %). En raison de ces résultats, on a conclu à la futilité du vaccin et les essais ont pris fin.

L'analyse de l'innocuité a révélé que 2 847 des 6 113 participants (46,6 %) du groupe vacciné ont signalé une réaction indésirable dans les 30 jours suivant l'injection, comparativement à 1 282 des 3 057 (41,9 %) du groupe placebo. La proportion de participants qui ont eu une réaction indésirable menant à l'abandon de l'étude était de 4,8 % dans les deux groupes.

Les chercheurs estiment que plusieurs facteurs ont pu contribuer à l'inefficacité du vaccin, malgré une bonne immunogénicité. Entre autres explications, la vaccination n'a pas généré une fonction anticorps appropriée pour neutraliser efficacement la toxine dans l'environnement intestinal. Le vieillissement ou la fragilité du système immunitaire et l'exposition antérieure au *C. difficile* pourraient également être des facteurs.

« En conclusion, même si le vaccin candidat était immunogène, il n'a pas réussi à réduire l'incidence de l'infection symptomatique au *C. difficile* chez les participants à risque », écrivent-ils. « Les résultats de cet essai mettent en évidence les défis importants associés au développement de vaccins contre les infections nosocomiales bactériennes, et ils éclaireront le développement futur de vaccins. »

Les essais ont été financés et conçus par Sanofi Pasteur.

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/stewardship-resistance-scan-sep-16-2020>

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30331-5/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30331-5/fulltext#%20)

États-Unis

Publication de nouvelles directives sur la prévention et le contrôle de *S. aureus* dans les unités de soins intensifs

Source : CIDRAP

Identifiant unique : [1007845639](#)

Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont publié de nouvelles recommandations pour la prévention et le contrôle du staphylocoque doré chez les patients des soins intensifs néonataux.

Les lignes directrices sont fondées sur la compréhension actuelle de la dynamique de transmission de *S. aureus* aux soins intensifs de néonatalogie et ont été élaborées au moyen d'une revue systématique des meilleures publications disponibles jusqu'en août 2019. L'examen a été guidé par diverses questions : les stratégies les plus efficaces pour prévenir la transmission de *S. aureus* par les patients des soins intensifs néonataux colonisés ou infectés, les sites d'échantillonnage et les essais en laboratoire qui permettent d'identifier le plus efficacement la colonisation chez les patients des soins intensifs néonataux et les facteurs de risque d'infection à *S. aureus* chez les patients des soins intensifs néonataux.

Les lignes directrices recommandent d'effectuer des tests de surveillance active à intervalles réguliers pour la colonisation par le *S. aureus* chez les patients des soins intensifs lorsqu'il y a de plus en plus de signes d'infection ou dans un contexte d'éclosion, et pour la colonisation par le *S. aureus* résistant à la méthicilline lorsqu'il y a des signes de transmission suivie dans les soins de santé. Une surveillance active peut être effectuée à l'aide de méthodes culturales ou de détection de la réaction en chaîne de la polymérase, et des échantillons doivent être prélevés dans les narines. Les auteurs recommandent conditionnellement le dépistage chez les nourrissons provenant d'autres unités de soins néonataux et la décolonisation ciblée pour les patients des soins intensifs néonataux colonisés.

Le *S. aureus* est l'agent pathogène associé aux soins le plus courant dans les soins de santé néonataux aux États-Unis, avec une incidence estimée à 45 infections pour 100 000 nourrissons hospitalisés, et les taux d'infection invasive à *S. aureus* sont particulièrement élevés chez les nourrissons prématurés et de faible poids à la naissance. Bien que les nourrissons puissent avoir la bactérie dans leur microbiote normal en développement, ceux qui sont colonisés par le *S. aureus* courent un risque accru d'infection.

Un document d'accompagnement de la Society for Healthcare Epidemiology of America (SHEA), publié hier dans *Infection Control and Hospital Epidemiology*, répond à certaines des questions que les cliniciens peuvent se poser au sujet de la détection et de la prévention de *S. aureus* dans les soins intensifs néonataux.

https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/B54E657100142EEE0FD4AEE4CC5D824E/S0899823X20000513a.pdf/shea_neonatal_intensive_care_unit_nicu_white_paper_series_practical_approaches_to_staphylococcus_aureus_disease_prevention.pdf

<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/NICU-saureus-h.pdf>

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/news-scan-sep-15-2020>

ONU

Un rapport souligne les liens entre la « perte sans précédent de biodiversité » et la propagation des maladies (ONU)

Source : news.un.org

Identifiant unique : [1007844295](https://news.un.org/fr/story/2020/08/1007844295)

La dégradation continue de l'environnement augmente la probabilité de propagation de maladies des animaux aux humains, met en garde un rapport des Nations Unies sur la biodiversité, publié mardi. La cinquième édition du rapport des Nations Unies sur les perspectives mondiales de la biodiversité, publié par la Convention sur la diversité biologique (CDB), fournit un aperçu faisant autorité de l'état de la nature dans le monde.

Le rapport souligne l'importance de la biodiversité dans la lutte contre le changement climatique et la sécurité alimentaire à long terme, et conclut qu'il est essentiel d'agir pour protéger la biodiversité afin de prévenir de futures pandémies.

L'étude agit comme un signal d'alarme et un encouragement à considérer les dangers impliqués dans la relation actuelle de l'humanité avec la nature : la perte continue de biodiversité et la dégradation continue des écosystèmes ont de profondes conséquences sur le bien-être et la survie de l'espèce humaine.

« Alors que la nature se dégrade », a déclaré Maruma Mrema, secrétaire exécutive de la Convention sur la diversité biologique, « de nouvelles opportunités se présentent pour la propagation aux humains et aux animaux de maladies dévastatrices comme le coronavirus de cette année. La fenêtre de temps disponible est courte, mais la pandémie a également démontré que des changements transformateurs sont possibles lorsqu'ils doivent être effectués ».

La fondation Tikki Hywood

Restauration des récifs coralliens sur la côte de Bonaire dans les Caraïbes.

Transitions vers une planète plus saine

Le rapport contient plusieurs recommandations, ou « transitions », qui dessinent un scénario pour un monde dans lequel « le statu quo » est réellement remis en cause et où la dévastation de l'environnement est renversée.

Selon ces propositions, les écosystèmes seraient restaurés et conservés, les systèmes alimentaires seraient repensés pour améliorer la productivité tout en minimisant leurs effets négatifs, et les océans seraient gérés de manière durable.

La conception des villes est également à l'honneur, avec des appels à la réduction de l'empreinte environnementale dans les zones urbaines et à la mise en place d'« infrastructures vertes », qui font de la place à la nature dans les paysages bâtis.

Le rapport amplifie le soutien des Nations Unies aux solutions basées sur la nature, saluées comme l'un des moyens les plus efficaces de lutter contre les changements climatiques. Parallèlement à une élimination rapide de l'utilisation des combustibles fossiles, ces solutions peuvent apporter des avantages positifs pour la biodiversité et d'autres objectifs de durabilité.

En ce qui concerne les préoccupations sanitaires et la propagation des maladies des animaux aux humains, le rapport appelle à une transition vers une « santé unique », dans laquelle l'agriculture, l'environnement urbain et la faune sont gérés de manière à promouvoir des écosystèmes sains et des populations en bonne santé.

Réagissant au rapport, le secrétaire général des Nations Unies, António Guterres, a déclaré que les transitions représentent une occasion sans précédent de « reconstruire en mieux », alors que le monde émerge des impacts immédiats de la pandémie de COVID-19.

« Une partie de ce nouveau programme doit consister à relever le double défi mondial des changements climatiques et de la perte de biodiversité de manière plus coordonnée, en comprenant à la fois que les changements climatiques menacent de saper tous les autres efforts de conservation de la biodiversité et que la nature elle-même offre certaines des solutions les plus efficaces pour éviter les pires impacts du réchauffement planétaire », a fait valoir le secrétaire général.

La biodiversité à la 75^e assemblée générale de l'ONU

Les conclusions du rapport *Perspectives mondiales de la biodiversité* seront reprises par les chefs d'État lors du sommet des Nations Unies sur la biodiversité, qui se tiendra le 30 septembre, sous les auspices de l'assemblée générale.

Le sommet mettra en lumière la crise que la dégradation de la biodiversité fait peser sur l'humanité et l'urgence d'accélérer les actions visant à protéger la biodiversité pour un développement durable. En raison des mesures destinées à limiter la propagation de la COVID-19, la réunion se tiendra de manière virtuelle.

Une nouvelle série d'objectifs, pour la période comprise entre 2021 et 2030, est actuellement en cours de négociation, et devrait être examinée lors de la 15^e conférence des parties à la Convention sur la diversité biologique, qui devrait se tenir à Kunming, en Chine, en mai 2021.

<https://news.un.org/en/story/2020/09/1072292>