

Rapport quotidien du RMISP du 25 août 2020

Section spéciale sur le coronavirus

Canada

Régions du Canada où il y avait des cas de COVID-19 au 25 août 2020 à 19 h (HAE)

Source : Gouvernement du Canada

Province, territoire ou autre	Nombre de cas confirmés	Nombre de cas actifs	Nombre de décès
Canada	125 647	4 870	9 083
Terre-Neuve-et-Labrador	268	0	3
Île-du-Prince-Édouard	44	4	0
Nouvelle-Écosse	1 080	7	65
Nouveau-Brunswick	189	9	2
Québec	61 741	1 236	5 744
Ontario	41 507	1 036	2 798
Manitoba	993	395	12
Saskatchewan	1 602	98	22
Alberta	13 006	1 172	234
Colombie-Britannique	5 184	913	203
Yukon	15	0	0
Territoires du Nord-Ouest	5	0	0
Nunavut	0	0	0
Voyageurs rapatriés	13	0	0

Il est possible de consulter un [résumé épidémiologique](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html?topic=tilelink#a1) détaillé à l'adresse.
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html?topic=tilelink#a1>

Canada – Éclosions de COVID-19 et résultats (document officiel et annonce pour les médias)

Canada

Déclaration de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada, le 24 août 2020

De : Agence de la santé publique du Canada

Déclaration

Le 24 août 2020 – Ottawa (Ontario) – Agence de la santé publique du Canada

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

« Il y a eu 124 896 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 073 décès. Des personnes infectées, 89 % sont rétablies. À ce jour, des laboratoires de partout au pays ont analysé les tests de dépistage de la COVID-19 de 5 115 490 personnes. Au cours de la dernière semaine, nous avons testé en moyenne plus de 48 700 personnes chaque jour, dont 0,8 % ont reçu un résultat positif. Au cours des dernières semaines, les chiffres quotidiens nationaux allaient de 350 à 500 nouveaux cas; une moyenne de 390 cas ont été signalés chaque jour au cours des sept derniers jours.

Alors que nous poursuivons nos efforts collectifs pour limiter la propagation de la COVID-19, nous surveillons de près les indicateurs d'activité de la maladie afin de guider et d'adapter nos actions au besoin. À l'échelle nationale, le nombre moyen de cas quotidien est resté stable au cours des trois dernières semaines et le nombre d'hospitalisations et de décès demeure faible dans l'ensemble. Toutefois, l'augmentation du nombre de cas dans les provinces à l'ouest de l'Ontario au cours des dernières semaines nous rappelle que le virus peut survenir n'importe où et que nous devons rester vigilants.

Les jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans continuent de représenter la proportion la plus élevée des cas signalés ces dernières semaines. Apprendre à vivre en cette période de COVID-19 sera un défi permanent pour nous tous, mais qui vaut la peine d'être relevé pour nous protéger et protéger les autres lorsque nous travaillons, étudions, socialisons et vaquons à nos activités quotidiennes au sein de la communauté. Si les mesures de contrôle de la COVID-19 peuvent vous ralentir, sachez que la COVID-19 peut avoir des effets encore plus néfastes sur vous et votre entourage.

Cette semaine, des témoignages vidéo supplémentaires de jeunes adultes qui se sont remis de la COVID-19 ont été publiés ici sur le site Web du gouvernement du Canada. Bien que la plupart des jeunes adultes aient des symptômes faibles quand ils contractent la COVID-19, ils peuvent être gravement malades et transmettre le virus à d'autres personnes de leur famille et de leur cercle social qui sont à risque de subir des conséquences graves. J'encourage les jeunes adultes à regarder les témoignages vidéo pour en savoir plus sur l'expérience de Canadiens du même âge qui ont été touchés par la COVID-19.

Nous avons tous un rôle à jouer pour maintenir la propagation de la COVID-19 à un niveau gérable en limitant au minimum le nombre de nos contacts et en prenant des précautions pour réduire le risque d'infection et prévenir la propagation aux personnes qui nous sont chères. Vous trouverez des renseignements et des conseils supplémentaires qui augmenteront votre savoir-faire en matière de lutte contre la COVID-19 et vous aideront à prendre des décisions éclairées pour que vous, votre famille et nos communautés soyons plus en sécurité ici. »

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/08/declaration-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-le-24-aout-2020.html>

Canada

[Traduction] L'Ontario enregistre un peu plus de 100 nouveaux cas de COVID-19

Source : CTV News

Numéro d'id. unique : [1007686038](#)

Le 22 août 2020, à 10 h 29 (HAE) Dernière mise à jour : le samedi 22 août 2020, à 11 h 57 (HAE)
Le vendredi 29 mai 2020, un travailleur de la santé d'un centre spécial de dépistage à Scarborough (Ontario) donne des directives à un homme sur le dépistage de la COVID-19. LA PRESSE CANADIENNE/Nathan Denette

TORONTO -- Les responsables de la santé en Ontario ont signalé samedi un peu plus de 100 nouveaux cas de COVID-19.

Les 108 nouvelles infections portent à 41 287 le nombre total de cas de COVID-19 en Ontario.

La veille, la province avait ajouté 131 cas du nouveau coronavirus, bien que la ministre de la Santé, Christine Elliott, ait déclaré que ce nombre était une surestimation en raison d'un problème ayant causé la non-divulgation de certains chiffres le jeudi.

Selon le résumé épidémiologique de samedi, un autre décès attribuable à la COVID-19 a été enregistré au cours de la dernière période de 24 heures. Le nombre de décès causés par la COVID-19 en Ontario s'élève maintenant à 2 797.

De plus, le ministère de la Santé juge que 90 autres personnes infectées se sont rétablies. Depuis le début de la pandémie, 37 487 patients en Ontario se sont remis du virus.

La plupart des nouveaux cas signalés samedi mettaient en cause des personnes âgées de 20 à 39 ans. Où sont les nouveaux cas de COVID-19?

Des 34 bureaux de santé publique de la province, 27 ont déclaré moins de cinq nouveaux cas de COVID-19.

La majorité des 108 nouveaux cas signalés samedi ont été enregistrés à Toronto (25), dans la région de Peel (25) et à Ottawa (14).

Les hospitalisations liées à la COVID-19 demeurent relativement faibles, alors que 40 patients sont traités dans les hôpitaux de l'Ontario. Treize d'entre eux se trouvent dans une unité de soins intensifs, où sept respirent avec l'aide d'un ventilateur.

Mise à jour sur les tests de dépistage de la COVID-19 en Ontario

La province a effectué près de 29 000 tests de dépistage de la COVID-19 au cours de la dernière période de 24 heures.

Près de 2 750 000 tests ont été administrés depuis le début de l'écllosion à la fin de janvier.

Au moins 19 941 tests font actuellement l'objet d'une enquête.

Date de diffusion : le 21 août 2020 <https://toronto.ctvnews.ca/ontario-records-slightly-more-than-100-new-cases-of-covid-19-1.5075065>

Canada

[Traduction] Les enseignants qui retournent au travail sont invités à subir un test de dépistage de la COVID-19

Source : Calgary Herald

Numéro d'identification unique : [1007696444](#)

Alors que les enseignants et le personnel scolaire retournent au travail pour se préparer à la nouvelle année scolaire, le médecin-chef de l'Alberta continue de les encourager à ajouter le test de dépistage de la COVID-19 à leurs listes de choses à faire pour la rentrée scolaire.

Dimanche après-midi, la D^{re} Deena Hinshaw, médecin hygiéniste en chef de l'Alberta,

a une fois de plus incité sur Twitter les enseignants et le personnel scolaire à se faire tester.

« Nous sommes dans le dernier droit de nos préparatifs de la rentrée. Si vous êtes enseignant ou membre du personnel scolaire et que vous n'avez pas encore été testé pour la COVID-19, je vous encourage à prendre les dispositions nécessaires pour subir le test aujourd'hui », a-t-elle déclaré.

« La transmission communautaire est l'un des principaux indicateurs prédictifs du succès de la réouverture des écoles. Là où la transmission est élevée, la propagation dans les écoles est importante. Ce qui n'est pas le cas dans les régions où la transmission est faible. Si nous suivons les directives en matière de santé publique, nous pouvons tous contribuer à limiter le plus possible le nombre de cas cet automne. »

La rentrée scolaire cet automne a suscité la controverse. Vendredi, devant les bureaux des députés provinciaux du Parti conservateur uni, les parents ont exprimé leurs frustrations et exigé plus de financement et de mesures de sécurité pour les écoles.

Au total, 27 rassemblements ont eu lieu en Alberta, dont 14 à Calgary, y compris devant les bureaux d'éminents députés provinciaux du Parti conservateur uni, comme le ministre de la Santé, Tyler Shandro,

à Calgary-Acadia.

Lors de sa conférence de presse du jeudi, la D^{re} Hinshaw a appuyé le plan gouvernemental de réinsertion scolaire et a répété que le compromis en valait la peine même s'il y aura probablement des cas de COVID-19.

« Nous devons prendre la pandémie au sérieux et examiner la situation dans son ensemble, a-t-elle déclaré. En tant que parent d'enfants d'âge scolaire, j'ai décidé que la valeur de l'apprentissage à l'école l'emporte sur le risque pour ma famille. C'est pourquoi j'envoie mes enfants à l'école en septembre. » Les données provinciales sur la COVID-19 n'ont pas été mises à jour au cours de la fin de semaine, mais 144 nouveaux cas et deux décès supplémentaires ont été signalés vendredi. On comptait vendredi 1 144 cas actifs dans la province, dont 294 dans la région de Calgary. Des 12 748 cas confirmés de COVID-19 dans la province, 11 374 personnes se sont remises. Si l'on ajoute les deux décès additionnels survenus vendredi, le nombre de morts en Alberta s'élève à 230. Quarante-trois personnes sont hospitalisées, dont neuf dans les unités de soins intensifs. Au total, 865 835 tests ont été effectués, dont 9 866 vendredi, et 697 546 personnes ont été testées. La région d'Edmonton comptait vendredi 676 cas actifs, soit le plus grand nombre de cas actifs.

<https://calgaryherald.com/news/local-news/teachers-returning-to-their-classrooms-encouraged-to-get-tested-for-COVID-19>

Canada

[Traduction] Les visiteurs de certains centres de soins de longue durée sont tenus de signer une renonciation relative à la COVID-19 avant de visiter leurs êtres chers

Source : CBC News

Numéro d'identification unique : [1007696451](https://www.cbc.ca/news/health/covid-19-nursing-homes-waiver-1.5511111)

Certains exploitants de services de soins de longue durée demandent maintenant aux personnes qui visitent leurs proches de signer une renonciation dans laquelle ils reconnaissent qu'ils mettent peut-être leur santé en danger et, par le fait même, renoncent à leurs droits légaux de poursuivre l'établissement pour tout problème lié à la COVID-19.

Le formulaire de renonciation a été rédigé par des avocats de l'Alberta Continuing Care Association (ACCA) par suite des préoccupations exprimées par ses membres à l'égard de l'assouplissement des restrictions imposées aux visiteurs le mois dernier. La lettre de l'association a été transmise à CBC News par Rob Wipond, un visiteur inquiet.

« J'ai lu la renonciation et je me suis dit : Oh mon Dieu, qu'est-ce que c'est? » de déclarer M. Wipond qui visitait un parent habitant dans une maison de soins de Bethany, gérée par la Bethany Care Society. -- Je me suis alors dit : « Pas question, c'est scandaleux. »

Depuis le début de la pandémie, les établissements de soins de longue durée et les maisons de soins de l'Alberta ont été durement touchés.

Selon un rapport publié en juin par l'Institut canadien de l'information sur la santé, l'Alberta se classait au quatrième rang parmi les provinces canadiennes pour ce qui est de la proportion de décès causés par la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée.

En date de vendredi, 153 résidents d'établissements de soins de longue durée sont décédés.

M. Wipond déclare avoir reçu par courriel, le 23 juillet, une lettre et le formulaire de renonciation de Bethany.

Depuis lors, il a fait part de ses préoccupations à Bethany Care, à l'ACCA, à la province et à des défenseurs en matière de soins de santé, mais bon nombre de ses questions sont encore sans réponse. L'ACCA a refusé de commenter ce reportage et nous ne savons donc pas exactement combien de ses membres ont décidé d'exiger la signature de cette renonciation.

Sur son site Web, l'association dit qu'elle fournit des services à plus de 13 000 personnes qui reçoivent des soins de longue durée et des services désignés de soutien à l'autonomie.

CBC News a communiqué avec divers établissements de la province.

Dans un courriel, un porte-parole de la Good Shepherd Foundation a déclaré que « la plupart, sinon tous les membres de l'Alberta Continuing Care Association utilisent le formulaire de renonciation », et ajoute qu'il s'agit d'une « pratique à l'échelle de l'industrie ».

Mike Conroy, PDG de la Brenda Strafford Foundation – qui compte cinq maisons à Calgary et dans les environs – a déclaré que la fondation a rédigé sa propre renonciation en consultation avec son équipe juridique, et que celle-ci ressemble à celle de l'ACCA.

Il affirme que c'est en réaction à un certain nombre de recours collectifs découlant de décès liés à la COVID-19 dans des établissements de soins de longue durée partout au pays.

« La nouvelle politique en matière de visites dans les établissements de soins de longue durée pourrait exposer les visiteurs à des risques de contracter la COVID-19. Cette renonciation vise à protéger les fournisseurs contre des poursuites judiciaires intentées par des visiteurs qui contractent le virus et en sont malades à la suite d'un choix qu'ils font librement (c.-à-d. en visitant un établissement de soins de longue durée) », de préciser M. Conroy.

« La renonciation contribue également à énoncer en toute transparence les risques liés aux visites. » CBC News a reçu une réponse d'un autre exploitant, le Good Samaritan, qui débattait encore de la justesse de remettre ce document à ses visiteurs.

Validité de la renonciation

La renonciation que M. Wipond a reçue et communiquée à CBC News comporte deux parties.

La première qui confirme que les visiteurs se soumettront à un dépistage médical et se conformeront à tous les protocoles de l'établissement liés à la COVID-19 ne lui pose aucun problème.

Toutefois, il juge la deuxième partie offensante.

« Je trouve le libellé tellement excessif, tellement exagéré et abusif », de dire M. Wipond.

La deuxième partie exonère le centre de toute responsabilité si quelqu'un contracte la COVID-19 à la suite d'une visite à l'établissement. Elle stipule également que les signataires renoncent à leur droit d'intenter des poursuites.

L'avocat de Calgary, Mathew Farrell de Guardian Law, confirme qu'à première vue la renonciation semble valide.

« Lorsque vous signez une renonciation, vous ne vous contentez pas de dire que vous comprenez qu'une activité est intrinsèquement dangereuse et que vous ne tiendrez pas l'entreprise responsable de conséquences qui ne sont pas de sa faute », a dit M^e Farrell. « Vous convenez également que vous ne les tiendrez pas responsables de conséquences qui sont de leur faute, alors qu'ils devraient être mieux avisés – c'est ce que fait une renonciation. »

M^e Farrell n'est mêlé à aucun des recours collectifs, mais son cabinet, Guardian Law, défend un recours collectif de 25 millions de dollars contre l'entreprise qui exploite le McKenzie Towne Continuing Care Centre à Calgary.

La poursuite a été intentée après qu'une écloison a coûté la vie à 21 personnes et infecté en mai un total de 62 résidents et de 44 membres du personnel.

Selon lui, même si les entreprises ne peuvent pas obliger les visiteurs à signer une renonciation, elles peuvent leur interdire d'entrer en cas de refus, ce qui pourrait être contesté devant les tribunaux par la suite.

M^e Farrell conseille donc aux visiteurs d'essayer d'éviter de signer cette renonciation.

S'ils n'y arrivent pas, il leur suggère de biffer et de réécrire les parties avec lesquelles ils ne sont pas d'accord, puis de signer la renonciation.

Enfin, si ce n'est pas possible, M^e Farrell dit de la signer, puis de vous envoyer un courriel indiquant que vous n'êtes pas d'accord avec la renonciation et décrivant les mesures que vous avez prises pour éviter de la signer.

« Au moins, si vous me présentiez ce genre de preuve, j'aurais de meilleures chances de faire valoir que ce n'est pas juste... rien ne garantit que cela réussirait », a déclaré M^e Farrell.

Signature requise?

M. Wipond affirme qu'au départ il ne savait pas trop s'il devait signer la renonciation pour pouvoir rendre visite à son proche, car le libellé n'était pas clair.

Une lettre, rédigée par le personnel de Bethany Care, se lit comme suit : « Veuillez apporter l'entente de renonciation et d'exonération avant votre première visite à Bethany Calgary. »

Il y est indiqué qu'il s'agit d'une entente permettant des visites pour une période d'un an.

Toutefois, la renonciation suggère en outre de consulter un avocat avant de signer le document.

Ayant poussé ses recherches, M. Wipond a ajouté qu'une porte-parole de l'ACCA lui a affirmé qu'il n'est pas tenu de signer le document avant de rendre visite à son proche.

« Vous induisez les gens en erreur en leur faisant croire qu'ils doivent signer ce document, sans leur dire qu'ils n'y sont pas obligés, jusqu'à ce qu'ils se plaignent et qu'ils demandent l'avis d'un avocat. Ce n'est pas acceptable », a-t-il dit.

Mais M. Wipond a demandé à Bethany et à l'ACCA pourquoi les renonciations étaient nécessaires, si les visiteurs sont libres de les signer ou non. Il n'a pas encore reçu d'explication valable.

CBC News a interrogé la Bethany Care Society au sujet de l'objet de la renonciation. L'organisme a fourni une déclaration qui se lit en partie comme suit :

« Nous travaillerons énergiquement pour défendre la vie et la santé de chaque résident et pour protéger son domicile, ce qui comprend le recours à des renonciations, le cas échéant », lit-on dans la déclaration. « Il est approprié d'avoir recours à une renonciation et à une exonération lorsque la vie et la santé d'un résident sont en danger, comme le font à cette fin de nombreux exploitants d'établissements de soins de longue durée de l'Alberta. »

Un porte-parole du ministère de la Santé de l'Alberta a déclaré que certains exploitants d'établissements de soins de longue durée utilisent les renonciations pour s'assurer que les visiteurs sont au courant des risques liés à la COVID-19 pour eux-mêmes et pour les autres, avant d'entrer dans l'établissement – et des précautions qu'ils doivent prendre.

Le porte-parole a cependant ajouté qu'à la connaissance du Ministère personne n'a été empêché de voir un être cher parce qu'il n'a pas signé la renonciation. Si c'est le cas, la province conseille de déposer une plainte.

Libellé plus doux

Selon M. Wipond, si le but est simplement de rappeler aux gens les risques associés à la visite d'un centre, la première partie de la renonciation suffit.

En fin de compte, il a paraphé la première partie et biffé toute la deuxième partie avant de remettre la renonciation au bureau du centre de soins de Bethany.

Selon lui, la deuxième partie devrait être supprimée, ou du moins réécrite en utilisant un libellé plus doux.

« N'est-il pas possible de signaler le risque sans induire en erreur ni mentir au sujet de l'obligation de signer le formulaire, et sans menacer ni effrayer les visiteurs de sorte qu'ils ne rendent pas visite à leurs proches malades? » a-t-il demandé.

« Ne peut-on simplement dire : "Si on détermine que vous n'avez pas suivi le protocole approprié et que des personnes ont été infectées, vous pourriez être tenu responsable?" Ce serait suffisant. »

Il est d'avis que la responsabilité ne devrait pas incomber uniquement aux visiteurs et que le gouvernement et les exploitants devraient accepter une certaine responsabilité à l'égard des risques associés au virus.

<https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/bethany-care-centre-calgary-alberta-waiver-sue-COVID-19-1.5695887?cmp=rss>

Canada

[Traduction] Deux décès de plus attribuables à l'écllosion de COVID-19 dans une maison de soins du sud d'Edmonton

Source : Globalnews.ca

Numéro d'identification unique : 1007697780

Deux autres personnes d'un établissement de soins de longue durée dans le sud d'Edmonton sont décédées de la COVID-19, alors qu'il y avait écloson de la maladie dans l'établissement.

Dimanche après-midi, sur son site Web, la Good Samaritan Society a fait le point sur les décès survenus au Southgate Care Centre. Le centre dénombre maintenant 31 décès attribuables à la COVID-19.

Selon la Société, il y avait dimanche après-midi neuf cas actifs de COVID-19 chez les résidents et huit cas actifs chez les employés. Jusqu'à présent, 39 résidents et 25 employés se sont remis de la maladie, selon la Good Samaritan Society.

L'écllosion de COVID-19 a été déclarée au centre en juin.

Le 10 août, la médecin hygiéniste en chef de l'Alberta, la D^{re} Deena Hinshaw, a annoncé que la province avait autorisé l'embauche d'employés supplémentaires dans l'établissement, malgré la règle de l'Alberta sur la dotation en personnel à emplacement unique.

Au début de la pandémie, l'Alberta a adopté une règle selon laquelle le personnel ne peut travailler qu'à un seul établissement de soins de longue durée. Cette mesure a été prise pour atténuer le risque de propagation du coronavirus.

[Abonnez-vous à notre bulletin Health IQ pour recevoir l'information la plus récente sur le coronavirus.]

La D^{re} Hinshaw a mentionné que Good Samaritan Southgate a annoncé des pénuries de personnel à la fin de juillet; elle a ajouté que la plupart des employés supplémentaires recrutés ne travaillent actuellement pas dans d'autres établissements. Voici ce qu'elle a dit le 10 août :

« Il est essentiel que les établissements puissent avoir accès à suffisamment de personnel » pour assurer non seulement la gestion de l'écllosion, mais aussi la prise en charge de leurs résidents. Dans une lettre envoyée aux familles des résidents le 21 août, la présidente et chef de la direction par intérim de la Good Samaritan Society a déclaré que l'organisme continue de travailler en étroite collaboration avec les Services de santé et la Santé publique de l'Alberta pour ce qui est de la gestion de la lutte contre l'écllosion, et qu'elle demeurerait vigilante.

« Nous continuons de déployer des efforts considérables pour que ce virus ne se propage pas et que nos résidents et employés soient en sécurité », a écrit Michelle Bonnici.

Global News a communiqué avec Santé Alberta pour obtenir une mise à jour sur l'écllosion de COVID-19 au Southgate Care Centre.

La D^e Hinshaw devrait faire le point sur la situation de la COVID-19 en Alberta lundi après-midi.

<https://globalnews.ca/news/7294739/COVID-19-good-samaritan-society-southgate-care-centre-edmonton-31-deaths/>

Canada

[Traduction] Exposition possible à la COVID-19 dans des commerces de Swift Current | CTV News

Source : regina.ctvnews.ca

Numéro d'identification unique : 1007697908

REGINA -- La Régie de la santé de la Saskatchewan avise la population qu'elle pourrait avoir été exposée à la COVID-19 après avoir visité des commerces de Swift Current la semaine dernière.

La Régie de la santé a annoncé lundi qu'une personne dont le test de dépistage du virus a été positif a visité les commerces suivants :

le lundi 17 août – Shoppers Drug Mart de 13 h à 13 h 30

le lundi 17 août – Dairy Queen de 13 h 30 à 14 h 30

le vendredi 21 août – Original Joe's de 17 h 30 à 19 h

Les autorités conseillent aux personnes qui se trouvaient à ces endroits aux dates et heures mentionnées de s'isoler si elles ont eu ou ont à l'heure actuelle des symptômes de COVID-19. Elles leur demandent d'appeler la ligne Santé 811 et de prendre rendez-vous pour un test de dépistage.

La Régie de la santé conseille aux personnes qui ne présentent pas de symptômes de s'autosurveiller pendant 14 jours.

<https://regina.ctvnews.ca/possible-COVID-19-exposures-at-swift-current-businesses-1.5076912>

Canada

[Traduction] Nouvelles règles relatives à la COVID-19 imposées dans la région sanitaire de Prairie Mountain

Source : CTV News – Winnipeg

Numéro d'identification unique : 1007699110

WINNIPEG -- La région sanitaire de Prairie Mountain est officiellement assujettie à des restrictions selon le système d'intervention en cas de pandémie du Manitoba.

Cette annonce a été faite la semaine dernière et, au 24 août, ces restrictions comprennent des règles relatives à la taille des rassemblements et exigent le port du masque pour aider à réduire la propagation de la COVID-19 dans la région.

Lundi, la région sanitaire de Prairie Mountain dénombrait 196 cas actifs de COVID-19. De ce nombre, 114 se trouvent à Brandon et 52 dans le district sanitaire d'Asessippi.

Lundi, le D^r Brent Roussin, administrateur en chef de la santé publique de la province, a fourni plus de détails sur les nouvelles mesures dans la région.

Voici les nouvelles mesures qui sont en vigueur depuis au moins deux semaines :

MASQUE OBLIGATOIRE

Le port du masque est maintenant obligatoire dans tous les espaces publics intérieurs et pour tous les rassemblements publics extérieurs de la région.

Le D^r Roussin a mentionné qu'il y avait certaines exceptions au port obligatoire du masque, notamment pour les enfants de moins de cinq ans, ainsi que les personnes qui sont incapables de mettre ou d'enlever un masque sans l'aide d'une autre personne.

Les personnes ayant un problème de santé non lié à la COVID-19, y compris des difficultés respiratoires ou cognitives ou une incapacité les empêchant de porter un masque en toute sécurité, sont également exemptées de l'obligation de porter un masque.

« Les masques ne sont pas nécessaires si les gens peuvent s'asseoir à au moins deux mètres les uns des autres, et s'il y a une barrière physique non perméable, y compris une barrière en plexiglas », a-t-il dit.

Le masque peut être retiré temporairement pour recevoir un service qui en exige le retrait, manger ou boire, répondre à une urgence médicale ou subir une intervention médicale, établir son identité et participer à une activité sportive ou de conditionnement physique, y compris des activités aquatiques.

Le masque doit être porté pour couvrir la bouche, le nez et le menton.

RESTRICTIONS RELATIVES À LA TAILLE DES RASSEMBLEMENTS

Les rassemblements intérieurs et extérieurs sont limités à 10 personnes. Les restrictions s'appliquent aux mariages, aux funérailles, aux banquets, aux réceptions et aux activités sportives professionnelles.

Selon le D^r Roussin, plus de 10 membres du public peuvent se rendre dans une entreprise ou un établissement autorisé à ouvrir selon les ordonnances, si des mesures de distanciation physique sont en place pour permettre aux gens de maintenir une distance d'au moins deux mètres.

« Par exemple, un restaurant n'est pas tenu de respecter la règle d'un maximum de 10 personnes, dit-il. Le restaurant doit suivre les consignes actuelles qui exigent une distance de deux mètres entre les tables. »

COMMENT LES RESTRICTIONS SERONT-ELLES APPLIQUÉES?

Pendant la conférence de presse, le D^r Roussin a déclaré que la province commencera par sensibiliser les gens de la région aux nouvelles mesures de santé, mais qu'il existe divers modes d'application de la loi.

« Les mesures d'application de la loi, si nécessaire, peuvent ressembler à celles prises pour faire respecter d'autres aspects des ordonnances de santé publique, a-t-il dit. Des contraventions pourraient être imposées, mais, encore une fois, notre plus grande réussite est d'informer les gens et d'essayer de les amener à se conformer. »

<https://winnipeg.ctvnews.ca/the-new-COVID-19-rules-prairie-mountain-health-has-to-follow-1.5077295>

Canada

[Traduction] Écllosion de COVID-19 à l'hôpital Sunnybrook de Toronto

Source : CTV News Barrie

Numéro d'identification unique : 1007699077

TORONTO -- Une écllosion de COVID-19 a été signalée à l'hôpital Sunnybrook de Toronto, comme l'ont confirmé les responsables de la santé.

Un porte-parole du Bureau de la santé publique de Toronto (BSPT) a déclaré lundi que l'organisme savait qu'une écllosion avait été déclarée dans une unité de l'hôpital.

Selon le BSPT, il y a eu quatre cas confirmés de COVID-19 et « des mesures de lutte contre l'écllosion et des précautions adéquates ont été prises ».

On a sollicité les commentaires de l'hôpital Sunnybrook, mais aucune réponse n'a été fournie.

Depuis le début de la pandémie, 99 écllosions ont été signalées dans divers hôpitaux de l'Ontario.

Trois des écllosions sont considérées comme actives.

<https://toronto.ctvnews.ca/COVID-19-outbreak-declared-at-toronto-s-sunnybrook-hospital-1.5077087>

Canada

[Traduction] Des travailleurs migrants demandent de fermer l'usine Maple Leaf de Brandon et d'accroître les mesures sanitaires

Source : Global News

Numéro d'identification unique : 1007699069

Les travailleurs de l'établissement de traitement des viandes Maple Leaf de Brandon réclament la fermeture de l'usine pendant deux semaines pour aider à maîtriser l'écllosion de COVID-19.

L'usine a été un point chaud de contagion dans la région qui fait l'objet à l'heure actuelle de restrictions provinciales accrues, y compris des limites sur les rassemblements et le port obligatoire du masque en public.

Lundi, des travailleurs par l'entremise de Migrant Manitoba, un organisme communautaire qui défend les droits et le bien-être des travailleurs migrants, ont dit dans une lettre ouverte qu'ils « appelaient à l'aide » en raison de la pandémie qui a causé 70 cas de COVID-19 à l'usine Maple Leaf.

« Ils ont l'impression que leurs voix ne sont pas entendues », a déclaré Diwa Marcellino, de Migrant. « Certaines des préoccupations sont assez légitimes, comme le manque de distance physique dans les espaces communs, les toilettes, certaines aires de production et aussi la cafétéria, de même que le manque d'accès aux installations de lavage des mains et aux désinfectants. »

M. Marcellino a mentionné sur les ondes de CJOB 680 que même si la province a déterminé que l'écllosion provenait de l'extérieur de l'usine – ce dont les travailleurs doutent – il n'y a pas de mal à intensifier les mesures de protection de la santé pendant une pandémie.

« Il n'y a rien de mal à veiller au respect de la distanciation physique et du lavage des mains sur le lieu de travail, puisqu'il s'agit d'une consigne qui a été donnée à presque tout le monde à l'échelle de la planète », a-t-il dit.

« Les travailleurs de l'ensemble de l'industrie du traitement de la viande m'ont communiqué le même message. »

Dans la lettre susmentionnée, les travailleurs ont dit que leur frustration découle en grande partie de la façon dont le personnel migrant est traité.

[Abonnez-vous à notre bulletin Health IQ pour recevoir l'information la plus récente sur le coronavirus.]

La lettre précise que « Les travailleurs se sont également fait dire par Maple Leaf que l'établissement ne pouvait pas fermer, car il s'agit d'une installation de première ligne ».

« Toutefois, lorsque les travailleurs ont présenté une demande dans le cadre du programme provincial de reconnaissance du risque, la province a refusé leur demande et a répondu qu'ils n'étaient pas considérés comme des travailleurs de première ligne. La contradiction témoigne qu'il n'y a aucun respect à l'égard des travailleurs migrants et immigrants. »

M. Marcellino a déclaré que les travailleurs demandent à la province et à Maple Leaf de fermer temporairement l'usine, de procéder à un nettoyage en profondeur et de mettre en œuvre plus sérieusement les principes fondamentaux de santé publique de la province, c'est-à-dire le lavage des mains et la distanciation physique.

Lundi, l'administrateur en chef de la santé publique de la province, le D^r Brent Roussin, a dit qu'aucun des organismes de santé avec lesquels la province travaille n'a vu de raison de fermer l'usine de Brandon.

« De nombreuses mesures de sécurité sont en place depuis un certain temps, et nous travaillons avec beaucoup d'organismes... ainsi que l'employeur qui est très coopératif à cet égard », a dit le D^r Roussin.

« Les protocoles en place vont au-delà de ce que nous voyons normalement. »

« Nous surveillons la situation de très près. Nous n'avons toujours pas de preuve de la propagation entre les installations; par conséquent, aucun organisme n'a suggéré pour le moment de fermer cette usine, mais nous continuerons d'examiner la situation. »

Un porte-parole de Maple Leaf a dit que l'entreprise prend très au sérieux les préoccupations soulevées dans la lettre et a fait écho à l'opinion du D^r Roussin selon laquelle les mesures de sécurité actuellement en place ont été efficaces.

« La sécurité de notre personnel est notre priorité absolue et des niveaux élevés de sécurité ne peuvent être atteints que si vous êtes guidés par la science », a déclaré la vice-présidente des communications et des affaires publiques de Maple Leaf, Janet Riley.

« La Santé publique et les responsables ont dit à maintes reprises qu'ils n'avaient trouvé aucune preuve de transmission en milieu de travail et que les cas qui se sont produits chez les membres de notre équipe semblaient être liés à des activités et à des interactions au sein de la collectivité. »

M^{me} Riley a expliqué que l'usine effectue quotidiennement des exercices de surveillance sanitaire et de prise de température, exige le port du masque et d'autres équipements de protection individuelle, et applique la distanciation physique dans l'usine, en plus d'avoir installé des séparateurs en plexiglas entre les postes de travail.

<https://globalnews.ca/news/7295412/maple-leaf-foods-brandon-COVID-19-outbreak/>

Canada

[Traduction] La Santé publique de Montréal incite les participants à de récents événements de danse latine à subir un test de dépistage de la COVID-19 Source : Global News

Numéro d'identification unique : 1007699628

La Direction régionale de santé publique de Montréal invite toute personne ayant participé à des « événements de danse latine », à l'intérieur comme à l'extérieur, depuis le 31 juillet, à subir un test de dépistage de la COVID-19.

La D^{re} Mylène Drouin, directrice de la Santé publique de la ville, a déclaré lundi que trois personnes ayant reçu un diagnostic positif pour la COVID-19, la maladie causée par le virus, ont participé à des danses à Montréal.

« Dans le présent cas, on parle de danse salsa, mais tous les types de danse sont à risque; nous encourageons donc les gens à suivre les recommandations de la santé publique », a-t-elle dit.

Deux personnes dont le test a révélé la présence du virus ont participé à une danse le 14 août sur la rue Sainte-Catherine et à un deuxième événement au parc Frédéric-Back le lendemain, le 15 août.

Les autorités affirment que d'autres danses latines organisées récemment au parc Lafontaine et dans le quartier de Verdun pourraient aussi être liées à l'éclosion.

L'article se poursuit après la publicité.

Pour en savoir plus : L'Hôpital général juif n'accepte plus de patients qui se présentent sans rendez-vous au centre de dépistage.

Selon la D^{re} Drouin, il est difficile de retrouver les participants qui ont peut-être été exposés parce qu'il n'y a pas de registre lors de ces activités de danse. Elle précise que son bureau recommande que les organisateurs de ces événements consignent dans un registre les coordonnées des participants en cas d'éclosion.

Articles populaires

[Abonnez-vous à notre bulletin Health IQ pour recevoir l'information la plus récente sur le coronavirus.]

Les centres de dépistage de la ville sont au courant et prêts à effectuer les tests, a-t-elle ajouté. La dernière fois que la Direction régionale de santé publique a lancé un appel au dépistage à l'échelle de la ville – à quiconque ayant travaillé dans un bar ou en ayant fréquenté un en juillet – les centres n'étaient pas prêts et les gens faisaient la file pendant des heures pour se faire tester.

« Nous sommes dans une phase où Montréal a peu de cas à l'heure actuelle », a dit la D^{re} Drouin. « Pour chaque éclosion, nous faisons donc vraiment tout ce que nous pouvons pour retracer les contacts et essayer de contrôler la transmission le plus rapidement possible. »

Elle rappelle également que les rassemblements intérieurs où les gens peuvent danser sont actuellement interdits dans la mesure où ces activités représentent toujours un risque important de transmission de la COVID-19.

La Direction régionale de santé publique de Montréal a également publié une série de consignes pour les danses en plein air afin de prévenir la propagation du virus.

Elle demande notamment de rester à la maison aux personnes qui présentent des symptômes de COVID-19 ou qui ont été en contact avec une personne ayant contracté le virus, de porter un masque si la distanciation physique n'est pas possible et de ne pas changer de partenaire de danse. Les autorités disent que les participants devraient aussi se laver les mains fréquemment et ne pas chanter ou crier pendant les événements.

<https://globalnews.ca/news/7294592/montreal-latin-dancing-coronavirus-testing/>

Canada

[Traduction] Signalement de 13 cas de COVID-19 à l'usine de transformation du poulet Lilydale à Calgary

Source : CBC News

Numéro d'identification unique : 1007699379

On a dénombré 11 cas actifs de COVID-19 et 2 cas de rémission associés à l'usine située au sud-est de la ville.

Une éclosion dans une usine de transformation du poulet de Calgary a entraîné 13 cas de COVID-19.

La D^{re} Deena Hinshaw, médecin hygiéniste en chef de l'Alberta, a déclaré lundi qu'il y a 11 cas actifs et deux cas de rémission liés à l'usine de Lilydale à Ramsay, au 2126 Hurst Road S.E.

L'usine appartient à Sofina Foods Inc. qui exploite 16 usines au Canada. CBC News a communiqué avec l'entreprise pour obtenir ses commentaires.

En avril, les Travailleurs et travailleuses unis de l'alimentation et du commerce ont envoyé une lettre à Sofina Foods pour demander la fermeture de l'usine de Calgary après qu'un travailleur a obtenu un diagnostic positif.

Les usines de transformation de la viande ont été durement touchées par les éclosions survenues pendant la pandémie. Une éclosion dans une installation de Cargill dans le sud de l'Alberta a été, à un certain moment, la plus importante éclosion dans un seul établissement en Amérique du Nord.

La plus importante éclosion de coronavirus en Amérique du Nord a commencé dans cet abattoir albertain. Jetez un coup d'œil à l'intérieur.

L'éclosion à Lilydale était l'une des deux nouvelles éclosions à Calgary annoncées lundi. La deuxième éclosion, au centre Peter Lougheed, dans le nord-est de la ville, est liée à six cas à l'unité de santé mentale et de toxicomanie de l'hôpital, selon les Services de santé de l'Alberta.

Il y a 1 172 cas actifs de COVID-19 en Alberta.

<https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/calgary-lilydale-outbreak-1.5698342?cmp=rss>

États-Unis – Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) – Ressources de communication (document officiel et annonce pour les médias)

États-Unis

[Traduction] Préparation des administrateurs scolaires de la maternelle à la 12^e année pour un retour sécuritaire à l'école à l'automne 2020

Source : CDC

Article mis à jour le 24 août 2020

Langues

Sur cette page

- [Critical role of schools](#)
- [Signs and symptoms, burden, and transmission among children](#)
- [How schools have reopened and the impact on transmission](#)
- [Importance of opening schools for in-person instruction](#)
- [Schools play a critical role in supporting the whole child](#)
- [How can K-12 schools prepare for going back to in-person instruction?](#)
- [Cohorting](#)
- [Additional resources for K-12 administrators](#)
- [Références](#)

Les écoles jouent un rôle important dans l'infrastructure communautaire et un rôle essentiel dans le soutien de tous les besoins de l'enfant, et pas seulement sur le plan de sa réussite scolaire.

Le présent guide a pour but d'aider les administrateurs scolaires à réfléchir à la façon de protéger la santé, la sécurité et le bien-être des élèves, des enseignants, des autres membres du personnel scolaire, de leur famille et de leur collectivité, et à se préparer à enseigner aux élèves cet automne.

Il s'adresse aux administrateurs scolaires de la maternelle à la 12^e année qui préparent le retour à l'école des élèves, des enseignants et du personnel à l'automne 2020. Les administrateurs scolaires sont des personnes qui supervisent les activités quotidiennes des écoles de la maternelle à la 12^e année et peuvent comprendre des surintendants de district scolaire, des directeurs d'école et des directeurs adjoints.

Il est essentiel que tous les administrateurs prennent les mesures suivantes :

- mobiliser et inciter tous les membres de l'école et de la collectivité à adopter des comportements préventifs. Ces mesures sont cruciales pour favoriser la réouverture sécuritaire des écoles et leur permettre de rester ouvertes;

- mettre en œuvre plusieurs stratégies d'atténuation du SRAS-CoV-2 (p. ex., la distanciation physique, le port de protège-visages en tissu, l'hygiène des mains et l'utilisation de [cohortes](#));
- **communiquer, expliquer et renforcer** les pratiques appropriées d'hygiène et de distanciation physique de manière convenant au développement des élèves, des enseignants et du personnel;
- intégrer les stratégies d'atténuation du SRAS-CoV-2 dans les activités extrascolaires et parascolaires (p. ex., restreindre ou annuler la participation à des activités où la distance physique n'est pas possible);
- maintenir des milieux sains (p. ex., nettoyer et désinfecter les surfaces fréquemment touchées);
- prendre des décisions qui tiennent compte du niveau de transmission communautaire;
- réaménager les espaces scolaires (ou communautaires) inutilisés ou sous-utilisés pour accroître l'espace d'enseignement et faciliter la distanciation physique, y compris les espaces extérieurs, lorsque c'est possible;
- élaborer un plan proactif lorsqu'un étudiant ou un membre du personnel obtient un diagnostic positif de COVID-19;
- élaborer un plan avec le service de santé de l'État et de la région pour effectuer le suivi des cas positifs;
- sensibiliser les parents et les gardiens à l'importance de surveiller les symptômes de COVID-19 à la maison et d'y réagir;
- établir des voies de communication permanentes avec les services de santé de l'État et locaux qui permettent de rester au courant de la transmission de la COVID-19 et de l'intervention dans la région.

Les consignes données dans le présent document reposent sur les meilleures données probantes disponibles à l'heure actuelle. Elles visent à s'ajouter aux lois, aux règles et aux règlements en matière de santé et de sécurité des États, des collectivités, des territoires ou des tribus, auxquels les écoles doivent se conformer, et non pas à les remplacer.

Principales considérations pour les administrateurs scolaires

- Taux de transmission de la COVID-19 dans la collectivité immédiate et dans les collectivités où vivent les élèves, les enseignants et le personnel
- Création de regroupements par cohorte qui répondent aux besoins de l'école, du district et de la collectivité (p. ex., garder les élèves dans des bulles scolaires, distancer les élèves qui retournent à l'établissement scolaire, demander au même enseignant de rester avec le même groupe d'élèves)
 - Possibilité de réaménager les espaces scolaires inutilisés ou sous-utilisés, y compris les espaces extérieurs, afin d'accroître l'espace d'enseignement et de faciliter la distanciation physique
- En même temps, mettre en œuvre de multiples stratégies à l'école pour prévenir la propagation de la COVID-19 (p. ex., la distanciation physique, le port des couvre-visages en tissu, l'hygiène des mains et l'utilisation de cohortes)
- Pratiques exemplaires pour l'école et la collectivité afin de communiquer, expliquer et renforcer les comportements de protection personnelle qui peuvent prévenir la propagation de la COVID-19 à l'école et dans la collectivité
- Intégration des stratégies visant à réduire la transmission de la COVID-19 dans les activités extrascolaires et parascolaires (p. ex., limiter la participation à des activités où la distanciation physique n'est pas possible)
- Planification et préparation en cas de maladie
- Collaboration avec les autorités sanitaires locales et de l'État pour élaborer un plan de suivi des contacts liés à un cas positif
- Communication adéquate avec les familles au sujet du dépistage des symptômes à domicile

Rôle essentiel des écoles

Le présent guide vise d'abord et avant tout à protéger la santé, la sécurité et le bien-être des élèves, des enseignants, des autres membres du personnel scolaire, de leur famille et de leur collectivité.

Les écoles sont un élément important de l'infrastructure communautaire, car elles offrent aux élèves des milieux d'apprentissage sécuritaires et habilitants, emploient des enseignants et d'autres membres du personnel et permettent aux parents, aux tuteurs et aux gardiens de travailler. Les écoles fournissent également des services essentiels qui aident à atténuer les disparités en matière de santé, comme les

programmes de repas à l'école et des services de nature sociale, physique, comportementale et de santé mentale. La fermeture des écoles perturbe la prestation de ces services essentiels aux enfants et aux familles, et impose un stress économique et psychologique supplémentaire aux familles, qui peut accroître le risque de conflits familiaux et de violence.^{[11], [2]}

Il est prioritaire d'ouvrir les écoles et de les maintenir ouvertes en raison de leur rôle unique et essentiel pour assurer aux élèves l'enseignement et le soutien nécessaires et leur fournir des services essentiels. Pour que cette ouverture prioritaire des écoles et la nécessité de les maintenir ouvertes se réalisent de manière sécuritaire, les collectivités doivent envisager d'adopter des mesures pour atténuer la transmission communautaire. Le document des CDC intitulé [Implementation of Mitigation Strategies for Communities with Local COVID-19 Transmission](#) propose des stratégies d'atténuation communautaire visant à réduire ou à prévenir la propagation de la COVID-19 et, par le fait même, à aider les écoles à ouvrir et à rester ouvertes en toute sécurité. Compte tenu de l'importance d'offrir un apprentissage sécuritaire en présentiel, les collectivités peuvent également vouloir aider les écoles en examinant si d'autres espaces publics ou privés, y compris des espaces extérieurs, qui sont actuellement sous-utilisés, pourraient être réaffectés de façon sécuritaire à l'école et à l'enseignement.

La reprise des activités scolaires à l'automne 2020 pose de nouveaux défis pour les écoles, notamment la mise en œuvre de mesures d'atténuation (p. ex., la distanciation physique, le nettoyage et la désinfection, l'hygiène des mains, le port d'un couvre-visage), l'offre de services pour répondre aux besoins sociaux, émotionnels et de santé mentale des élèves, la compensation d'une perte des apprentissages et la préparation à la possibilité de faire face à des cas de COVID-19 dans la communauté scolaire en général.

Le présent guide fournit de l'information sur les sujets suivants :

- l'information actuelle concernant la COVID-19 chez les enfants d'âge scolaire;
- l'importance de retourner à l'école en toute sécurité;
- ce qu'on sait actuellement sur la transmission du SRAS-CoV-2 (le virus qui cause la COVID-19) dans les écoles et son incidence sur la transmission dans la collectivité;
- les mesures de planification et de préparation que les administrateurs des écoles de la maternelle à la 12^e année peuvent prendre pour assurer l'enseignement en personne et réduire le plus possible l'incidence des fermetures possibles;

L'information actuelle sur les signes et les symptômes, ainsi que sur le fardeau et la transmission du SRAS-CoV-2 chez les enfants

Signes et symptômes

Les symptômes courants de la COVID-19 [chez les enfants](#) comprennent la fièvre, les maux de tête, les maux de gorge, la toux, la fatigue, les nausées et vomissements, ainsi que la diarrhée.^[3] Cependant, de nombreux enfants et adultes infectés par le virus qui cause la COVID-19 sont asymptomatiques (c'est-à-dire qu'ils ne présentent aucun signe ni symptôme de la maladie).

Incidence de la COVID-19 sur les enfants

Il est important de recueillir et de partager des données sur l'effet de la COVID-19 dans certains milieux et chez certaines populations afin de comprendre le contexte et le fardeau de la pandémie. Les responsables scolaires devraient prendre la décision de rouvrir les écoles en fonction des données disponibles, y compris les niveaux de transmission dans la collectivité et leur capacité à mettre en œuvre dans les écoles des mesures d'atténuation adéquates. Les enfants semblent être moins à risque de contracter la COVID-19 que les adultes. Bien que certains enfants aient contracté la COVID-19, les adultes représentent près de 95 % des cas déclarés de cette maladie.^[4] Selon les premiers rapports, les enfants sont moins susceptibles de contracter la COVID-19 que les adultes et sont moins malades s'ils sont infectés par le virus.^[5] Au 21 juillet 2020, 6,6 % des cas déclarés de COVID-19 et moins de 0,1 % des décès liés à la COVID-19 aux États-Unis touchaient des enfants et des adolescents âgés de moins de 18 ans.^[6]

Les premiers rapports indiquent que le nombre de cas de COVID-19 chez les enfants peut varier selon l'âge et d'autres facteurs. Les adolescents âgés de 10 à 17 ans peuvent être plus susceptibles d'être infectés par le SRAS-CoV-2 que les enfants de moins de 10 ans ^{[7], [8]}, mais les adolescents ne semblent pas être plus à risque de développer une maladie grave.^[9] Il y a actuellement une proportion plus élevée de cas chez les enfants hispaniques et latinos que chez les enfants blancs non hispaniques. Les enfants et les adultes qui ont certains [problèmes médicaux sous-jacents](#) courent un [risque accru de maladie grave causée par](#) la COVID-19.^[10] Une maladie grave s'entend de la possibilité d'être hospitalisé, d'être aux soins intensifs, d'avoir besoin d'un ventilateur pour pouvoir respirer, ou même de mourir. Les enfants

ayant des déficiences intellectuelles et développementales sont plus susceptibles d'avoir des [problèmes de santé concomitants](#) (p. ex., des maladies de l'appareil respiratoire, des maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques et des maladies de l'appareil circulatoire) qui peuvent les exposer à un risque accru d'une maladie grave causée par la COVID-19.^[11] Malgré la rareté des cas, certains enfants ont développé un syndrome inflammatoire multisystémique (SIG-C) après avoir été exposés au SRAS-CoV-2. Au 20 mai 2020, la majorité des enfants atteints du SIG-C qui avaient été hospitalisés s'étaient rétablis.^[12]

Il existe peu de données sur la transmission du SRAS-CoV-2 chez les enfants. D'après les données probantes provenant d'autres pays, la majorité des enfants infectés par la COVID-19 l'ont été par un membre de leur famille.^[13] Par exemple, les premiers patients pédiatriques en Corée du Sud et au Vietnam étaient plus susceptibles d'avoir été en contact avec un membre adulte de leur famille.^{[14], [15]} Selon les rapports publiés sur le suivi des contacts d'élèves atteints de la COVID-19 dans des écoles de France, d'Australie et d'Irlande, les élèves sont plus susceptibles de transmettre le virus aux membres de leur ménage qu'à d'autres élèves.^{[16], [17], [18]} Cependant, d'autres recherches s'imposent sur la transmission du SRAS-CoV-2 entre les enfants et les membres du ménage.

Que sait-on de la manière dont les écoles ont rouvert et de l'effet sur la transmission du SRAS-CoV-2? À l'échelle internationale, les écoles ont utilisé diverses méthodes pour lutter contre la COVID-19.^{[19], [20]} Par exemple, la Chine, le Danemark, la Norvège, Singapour et Taïwan ont imposé des vérifications de la température à l'entrée à l'école.^[21] La plupart des pays ont modifié leur façon de faire et ont réduit la taille des classes, augmenté la distanciation physique entre les élèves et gardé les élèves dans des groupes définis afin de réduire les contacts (c.-à-d., une [cohorte](#)).^[22] En outre, de nombreux pays ont échelonné les heures de présence, de début et de fin des cours, et créé des périodes d'alternance pour permettre la distanciation physique. Dans certains endroits, cela signifie que seuls certains élèves sont retournés à l'école, soit en fonction du niveau scolaire ou de leurs besoins. Par exemple, le Danemark a été le premier pays européen à rouvrir des écoles. Il a échelonné le retour des élèves par vagues (p. ex., un groupe a commencé l'école en premier, suivi d'un autre groupe à une date ultérieure) et restreint la taille des classes, en plus d'utiliser d'autres mesures de distanciation physique.^[23] Les élèves plus jeunes (moins de 12 ans) ont été les premiers à retourner à l'école parce qu'ils posaient un faible risque sanitaire et qu'ils avaient besoin de plus de supervision que les élèves plus âgés. La taille des classes a été réduite pour permettre la distanciation physique. À Taïwan, les élèves sont retournés à l'école et ont été assujettis à des vérifications obligatoires de la température et au port de couvre-visages. Plutôt que de fermer les écoles à l'échelle du pays, Taïwan s'en est remis aux responsables locaux pour décider s'il fallait fermer des salles de classe ou des écoles, en fonction des taux d'infection.^[24]

Les preuves sont partagées quant à savoir si le retour à l'école entraîne une augmentation de la transmission ou des éclosions. Par exemple, le Danemark a d'abord signalé une légère augmentation du nombre de cas dans la collectivité après la réouverture des écoles et des centres de la petite enfance pour les élèves de 2 à 12 ans, puis une baisse constante du nombre de cas chez les enfants de 1 à 19 ans.^[25] En revanche, Israël a connu une vague de nouveaux cas et d'éclosions dans les écoles après la réouverture et la détente des mesures de distanciation physique; on ne sait pas trop ce qui a causé la hausse du nombre de cas et quelles autres mesures d'atténuation les écoles ont mises en œuvre.^[26] Au cours de l'été de 2020, le Texas a signalé plus de 1 300 cas de COVID-19 dans les centres de la petite enfance; cependant, deux fois plus de membres du personnel que d'enfants avaient été diagnostiqués, ce qui laisse entendre que les enfants pourraient être moins à risque de contracter la COVID-19 que les adultes.^[27]

Il est important de tenir compte du risque de transmission dans la collectivité à mesure que les écoles rouvrent. Les données recueillies dans les écoles à l'échelle internationale indiquent que la réouverture des écoles est sécuritaire dans les collectivités où les taux [de transmission du SRAS-CoV-2 sont faibles](#).^[28] Des simulations informatiques réalisées en Europe laissent entendre que la réouverture des écoles pourrait accroître davantage le risque de transmission dans les collectivités où la propagation est déjà élevée.^[29] Afin de déterminer les stratégies les plus efficaces, il est nécessaire d'effectuer d'autres recherches et évaluations sur la mise en œuvre des stratégies d'atténuation (p. ex., la distanciation physique, le port de couvre-visages, l'hygiène des mains et le recours aux [cohortes](#)) dans les écoles. De telles recherches permettraient de mieux comprendre les répercussions des stratégies d'atténuation sur le risque de transmission du SRAS-CoV-2 dans les écoles, alors que le suivi et la surveillance continus de la transmission dans les écoles pourraient contribuer à la détection rapide des éclosions et à la prévention de leur propagation.

Pourquoi est-il important d'ouvrir les écoles aux fins de l'enseignement en personne?

Même si l'ouverture des écoles – comme l'ouverture d'un bâtiment ou d'un établissement – pose un risque de propagation de la COVID-19, il y a de nombreuses raisons pour lesquelles l'ouverture d'écoles à l'automne 2020 pour l'enseignement en personne est importante.

Les écoles jouent un rôle essentiel dans le bien-être des collectivités

Elles constituent un élément fondamental de l'infrastructure communautaire. Les écoles offrent un milieu, une structure et des routines sécuritaires et bénéfiques pour les enfants, ainsi que d'autres services de soutien dont eux et leurs familles ont besoin. Les écoles jouent un rôle crucial pour la santé économique des collectivités puisqu'elles embauchent des enseignants et d'autres membres du personnel et permettent aux parents, aux tuteurs et aux soignants de travailler.

Les écoles fournissent un enseignement et un soutien scolaire essentiels.

Elles assurent un enseignement et un soutien scolaire essentiels qui profitent aux élèves et aux collectivités à court et à long terme. Les établissements d'enseignement de la maternelle à la 12^e année ont pour rôle principal et priorité d'offrir un enseignement adapté à l'âge et de soutenir le développement scolaire des élèves. La réouverture des écoles permettra d'offrir un enseignement en personne aux élèves, de faciliter la communication entre les enseignants et les élèves et d'offrir à ces derniers des services scolaires essentiels, y compris du tutorat scolaire, de l'éducation spécialisée et d'autres mesures de soutien à l'apprentissage spécialisé.

Les études montrent que les élèves ont vécu une perte d'apprentissage pendant la fermeture des écoles et les mois d'été.^[30] L'enseignement en personne pour les élèves présente des avantages par rapport à l'apprentissage virtuel, surtout lorsque celui-ci n'était pas le mode d'enseignement prévu, et que les écoles n'ont peut-être pas les ressources ou la capacité nécessaires pour effectuer la transition complète vers l'apprentissage virtuel. L'enseignement à l'école présente un avantage supplémentaire pour de nombreux élèves en ce qui a trait à l'interaction interpersonnelle entre l'élève et l'enseignant et l'élève et ses pairs. Les enseignants sont en mesure de participer plus activement à l'apprentissage des élèves, de leur donner de la rétroaction à mesure que ceux-ci rencontrent des difficultés et de promouvoir l'apprentissage actif.^[32]

L'enseignement en personne peut être particulièrement bénéfique pour les élèves qui ont des besoins d'apprentissage supplémentaires. Les enfants handicapés peuvent ne pas avoir accès, par des moyens virtuels, à l'enseignement spécialisé, aux services connexes ou aux mesures de soutien supplémentaires requis par leurs programmes d'adaptation scolaire (IEP) ou leurs régimes 504.^[33] Il se peut aussi que les élèves n'aient pas accès par des moyens virtuels à un apprentissage de l'anglais de qualité.^[34]

La fermeture des écoles, qui empêche d'offrir un enseignement en personne, pourrait intensifier les disparités dans les résultats scolaires, car certaines familles pourraient ne pas être en mesure de participer pleinement à l'apprentissage à distance (p. ex., en raison de problèmes d'accès informatique ou à Internet, du manque de soutien par les parents, les tuteurs ou les soignants à cause des horaires de travail), ou comptent sur les services de l'école qui favorisent la réussite scolaire de leur enfant. Les écarts de rendement persistants qui existaient déjà avant les fermetures causées par la COVID-19, comme les disparités entre les niveaux de revenu et les groupes raciaux et ethniques, pourraient s'aggraver et avoir des effets à long terme sur les résultats scolaires des enfants, la santé et le bien-être économique des familles et des collectivités.^[35], ^[36] Bien que les préoccupations au sujet des taux plus élevés de COVID-19 chez certains groupes raciaux et ethniques puissent justifier davantage la fermeture d'une école qui accueille principalement des élèves de minorités raciales, il faut également tenir compte du fait que ce sont peut-être les écoles sur lesquelles on compte le plus pour que les élèves reçoivent d'autres services et mesures de soutien, comme des services de nutrition et d'aide.

Les écoles jouent un rôle essentiel sur le plan du soutien de l'enfant dans son ensemble, et pas seulement pour ce qui est de la réussite scolaire des élèves.

Les écoles peuvent renforcer la santé sociale et émotionnelle des élèves.

L'interaction sociale entre les enfants de la maternelle à la 12^e année est importante non seulement pour leur bien-être émotionnel, mais aussi pour le langage, la communication, les aptitudes sociales et interpersonnelles.^[37] Certains élèves qui n'ont pu fréquenter l'école en raison de la COVID-19 pourraient avoir vécu un isolement social et une angoisse accrue. La reprise de l'enseignement en personne peut favoriser le bien-être social et émotionnel des élèves.^[38] Les écoles peuvent servir de fondement à la socialisation des enfants. Les enfants qui ne sont pas à l'école peuvent être séparés de leur réseau social et de leur soutien social entre pairs. Les écoles peuvent favoriser la santé sociale et émotionnelle des enfants grâce à des leçons qui développent leur capacité à reconnaître et à gérer leurs émotions, à

fixer et à atteindre des objectifs positifs, à tenir compte du point de vue des autres, à nouer et entretenir des relations positives, et à prendre des décisions responsables.^[39]

La santé mentale des élèves peut être favorisée par des mesures d'aide et des services scolaires. Les écoles constituent un lieu important où les élèves peuvent recevoir un [soutien émotionnel et psychologique](#) de la part d'amis, d'enseignants et d'autres membres du personnel. La fermeture des écoles pendant une longue période peut entraîner chez certains élèves un sentiment d'isolement par rapport à leurs principaux amis et d'abandon par d'autres adultes attentifs. Les écoles offrent également des services essentiels de santé psychologique, mentale et comportementale (p. ex., le counseling psychologique, l'évaluation psychologique et comportementale) aux enfants qui n'ont peut-être pas accès à ces services ailleurs. La fermeture des écoles a restreint la disponibilité de ces services. De plus, l'isolement et l'incertitude entourant la pandémie de COVID-19 peuvent créer des sentiments de [désespoir et d'anxiété](#) tout en éliminant d'importantes sources de soutien social. Certains élèves peuvent être traumatisés par la perte d'un être cher à cause de la COVID-19. Les élèves peuvent souffrir davantage d'anxiété et de dépression lorsqu'ils n'ont pas accès à la structure et à la routine que l'école leur assure tous les jours. Enfin, la possibilité de faire de l'activité physique pendant les récréations et les cours d'éducation physique peut aider à atténuer les sentiments d'anxiété et de tristesse chez les élèves. Ces activités physiques doivent être offertes régulièrement aux élèves dans un milieu sécuritaire et favorable, ce qui inclut la distanciation physique et des stratégies pour réduire les contacts étroits entre les élèves.

L'offre continue d'autres services spéciaux est importante pour la réussite des élèves

Les élèves qui comptent sur des services clés, comme les programmes alimentaires scolaires, l'éducation spécialisée et les services connexes (p. ex., les services d'orthophonie et de travail social, l'ergothérapie), et les programmes d'activités après l'école sont plus à risque d'obtenir de mauvais résultats en matière de santé et d'éducation lorsque les écoles sont fermées et qu'ils ne peuvent pas avoir accès à ces programmes et services de santé en milieu scolaire.^[41] Pendant la fermeture des bâtiments scolaires, les élèves avaient un accès restreint à un grand nombre de ces services essentiels, ce qui risquait d'accroître les disparités et les inégalités en matière d'éducation et de santé.

Comment les écoles de la maternelle à la 12^e année peuvent-elles se préparer à retourner à l'enseignement en personne?

S'attendre à enregistrer des cas de COVID-19 dans les collectivités.

Ce qu'ont vécu les autres pays a démontré que même lorsqu'une école coordonne, planifie et prépare soigneusement ses activités, des cas peuvent tout de même se produire dans la collectivité et dans les écoles. La planification et la préparation à l'égard de l'émergence de cas de COVID-19 dans les collectivités peuvent aider tout le monde à se préparer à réagir lorsqu'un ou plusieurs cas sont repérés. Coordonner, planifier et préparer

Les administrateurs devraient collaborer avec les responsables locaux de la santé publique pour se tenir au courant de l'état de la propagation de la COVID-19 dans leur collectivité. De plus, la planification et la préparation sont des étapes essentielles que les administrateurs peuvent suivre pour rouvrir les écoles en toute sécurité :

- le document [Considérations for schools](#) des CDC fournit des recommandations détaillées pour que les écoles planifient et se préparent à réduire la propagation de la COVID-19, à établir des milieux sains et à maintenir un bon fonctionnement. Le présent guide fournit des renseignements sur la mise en œuvre de stratégies d'atténuation, comme la distanciation physique à l'intérieur des autobus, des salles de classe et d'autres zones de l'école, les saines habitudes d'hygiène, le nettoyage et la désinfection, le port de couvre-visages, les horaires décalés des élèves et la planification des absences du personnel et des enseignants (p. ex., les plans de dotation des remplaçants).
- Une stratégie importante que les administrateurs peuvent envisager est la formation de [cohortes](#) (ou « bulles »), où un groupe d'élèves (et parfois d'enseignants) restent ensemble tout au long de la journée scolaire afin de réduire au minimum l'exposition des élèves, des enseignants et du personnel dans tout le milieu scolaire. Au niveau élémentaire, il peut être plus facile de garder la même classe ensemble pendant la majeure partie de la journée scolaire. Dans les écoles de niveau intermédiaire et secondaire, il peut être plus difficile de créer des cohortes d'élèves et d'enseignants. Cependant, des stratégies comme la création d'horaires en alternance ou la séparation des élèves par niveau peuvent aider à garder les petits groupes d'élèves ensemble et à limiter les échanges. Les stratégies visant à garder les élèves en petits groupes peuvent aussi

aider à atténuer les répercussions des cas de COVID-19 lorsqu'ils se produisent dans une école. Si un élève, un enseignant ou un membre du personnel obtient un diagnostic positif de SRAS-CoV-2, les personnes en contact étroit doivent suivre les [directives de mise en quarantaine](#) des CDC. Cette façon de procéder contribue à empêcher la perturbation du reste de l'école et de la collectivité en restreignant l'exposition. Les écoles devraient avoir des mesures en place pour assurer la continuité de l'enseignement ou l'apprentissage des élèves tenus de rester à la maison parce qu'ils doivent être isolés ou mis en quarantaine. Ces mesures comprennent l'accès à l'apprentissage en ligne, aux repas scolaires et à d'autres services. Il en va de même pour les élèves ayant des besoins supplémentaires, y compris les enfants handicapés, qui ont de la difficulté à adhérer à des stratégies d'atténuation.

Fonctionnement des écoles pendant la pandémie de COVID-19 : Principes directeurs et stratégies d'atténuation à utiliser lorsque l'école est ouverte

Se préparer à d'éventuels cas de COVID-19 et à une transmission accrue dans le milieu scolaire
Les écoles devraient être prêtes à réagir aux cas de COVID-19 et à l'exposition dans leurs établissements. La collaboration avec les [responsables locaux de la santé](#) demeurera importante une fois que les élèves seront de retour à l'école, car cette collaboration permettra d'obtenir des mises à jour régulières sur l'évolution de la COVID-19 dans la collectivité et aider à soutenir et à maintenir la santé et le bien-être des élèves, des enseignants et du personnel. Il est également essentiel d'adopter un plan pour maintenir l'enseignement et veiller à ce que les étudiants aient accès à des services spéciaux. Prendre des décisions concernant le fonctionnement de l'école

Les administrateurs devraient prendre des décisions en collaboration avec les responsables locaux de la santé, en fonction d'un certain nombre d'éléments, y compris le [niveau de transmission communautaire](#), l'infection ou non d'étudiants, d'enseignants ou de membres du personnel, d'autres indicateurs utilisés par les responsables locaux de la santé publique pour évaluer l'évolution de la pandémie de COVID-19, et l'établissement ou non au sein de l'école de cohortes d'élèves, d'enseignants et de membres du personnel.

Quel est le niveau de transmission communautaire ?

Il existe des stratégies précises que les écoles peuvent mettre en œuvre en fonction du [niveau de transmission communautaire](#) signalé par les responsables locaux de la santé :

- Si la [transmission communautaire est inexistante ou minimale](#), il est important de renforcer les mesures de prévention quotidiennes, d'assurer une [ventilation adéquate](#) dans les installations scolaires, y compris les autobus, et de maintenir les pratiques de nettoyage et de désinfection. Ces mesures peuvent aider à réduire au minimum l'exposition possible. Les écoles devraient également surveiller l'absentéisme chez les enseignants, les membres du personnel et les élèves afin de cerner les tendances et de déterminer si les absences sont attribuables à la COVID-19, aux symptômes qui ont mené à la mise en quarantaine, aux préoccupations liées à la présence dans le milieu scolaire et à la santé et la sécurité personnelles, ou aux diagnostics positifs. Quiconque obtient un diagnostic positif par suite d'un test de dépistage de la COVID-19 devrait [rester à la maison et s'isoler](#) pendant la période recommandée par les responsables de la santé publique. Toute personne qui a été en [contact étroit](#) avec quelqu'un dont le test de dépistage de la COVID-19 est positif ou qui présente des symptômes de la maladie devrait subir un test de dépistage et rester à la maison jusqu'à ce qu'elle reçoive un résultat négatif, ou [rester à la maison et surveiller les symptômes](#).
- Si la [transmission communautaire est minimale à modérée](#), les écoles devraient suivre les mesures susmentionnées et continuer de mettre en œuvre des stratégies d'atténuation, comme la [distanciation physique](#), le port d'un [couvre-visage](#), le renforcement des mesures préventives quotidiennes et le maintien du nettoyage et de la désinfection. Elles peuvent aussi veiller à ce que les bulles ou cohortes d'étudiants et de membres du personnel soient aussi statiques que possible et que les échanges entre les groupes d'étudiants et de membres du personnel soient limités.
- Si la [transmission est importante, mais contrôlée](#), il faut mettre en application des stratégies d'atténuation sérieuses. Il s'agit notamment de suivre toutes les mesures susmentionnées et de veiller à ce que les bulles et cohortes d'élèves et de membres du personnel soient aussi statiques que possible avec des échanges restreints entre les élèves et membres du personnel, que les excursions scolaires et les grands rassemblements et événements soient annulés, et que les espaces communautaires (p. ex., cafétérias et médiathèques) soient fermés.

- Si la [transmission est importante et non contrôlée](#), les écoles devraient travailler en étroite collaboration avec les responsables locaux de la santé pour décider s'il faut maintenir les activités scolaires. La santé, la sécurité et le bien-être des élèves, des enseignants, du personnel et de leur famille sont les éléments les plus importants pour déterminer si la fermeture d'une école constitue une étape nécessaire. Les collectivités peuvent aider les écoles à rester ouvertes en mettant en œuvre des stratégies qui diminuent le niveau de transmission communautaire. Toutefois, s'il est impossible d'abaisser les niveaux de transmission communautaire, la fermeture des écoles est une stratégie importante. Des plans d'apprentissage virtuel devraient être en place en cas de fermeture d'école.

Est-ce qu'un étudiant ou un membre du personnel a obtenu un diagnostic positif de SRAS-CoV-2?

Si un membre de la communauté scolaire (p. ex., un élève, un enseignant ou un membre du personnel) a obtenu un diagnostic positif par suite d'un test de dépistage du SRAS-CoV-2, il est important d'évaluer le niveau de risque pour déterminer si, quand et pendant combien de temps une école devrait être fermée, en partie ou en totalité. Les administrateurs de la maternelle à la 12^e année peuvent également se reporter au document intitulé [Interim Considerations for K-12 for School Administrators for SARS-CoV-2 Testing](#), qui fournit des renseignements supplémentaires sur les [tests de dépistage viral](#). Un seul cas de COVID-19 dans une école ne justifierait probablement pas la fermeture de toute l'école, surtout si les taux de transmission communautaire ne sont pas élevés. Avant de fermer une école, il faudrait tenir compte des niveaux de transmission communautaire décrits ci-dessus et de l'étendue des [contacts étroits](#) de la personne qui a reçu un diagnostic positif au test de dépistage du SRAS-CoV-2. Ces variables devraient également servir à déterminer combien de temps une école, ou une partie de l'école, doit rester fermée. Si la transmission du virus à l'intérieur d'une école est supérieure à celle de la collectivité, ou si l'école est la source d'une éclosion, les administrateurs devraient travailler en collaboration avec les responsables locaux de la santé pour déterminer si la fermeture temporaire de l'école est nécessaire. Les élèves, les enseignants et les membres du personnel qui ont reçu un diagnostic positif ou qui ont été en contact étroit avec la personne qui a obtenu un diagnostic positif devraient recevoir des conseils sur le moment où il est sécuritaire de [mettre fin à leur auto-isolement](#) ou à la [mise en quarantaine](#).

- **Quels autres indicateurs les responsables locaux de la santé publique utilisent-ils pour évaluer l'état de la pandémie de COVID-19?** Les responsables locaux de la santé peuvent aider à éclairer les décisions liées aux activités scolaires en examinant les [indicateurs \(icône de document en PDF\)](#) de santé publique qui sont utilisés pour déterminer le taux de transmission communautaire et les niveaux de gravité de la maladie. Par exemple, des indicateurs, comme la capacité des soins de santé (p. ex., la dotation en personnel et l'occupation des lits aux soins intensifs), les changements constatés dans les nouveaux cas de COVID-19 et le pourcentage de personnes de la collectivité chez qui les tests de dépistage du SRAS-CoV-2 ont été positifs, pourraient être utiles pour déterminer s'il faut laisser l'école ouverte ou en modifier le fonctionnement. Ces indicateurs sont établis par les responsables de la santé et des soins de santé des États, ainsi que des collectivités locales, tribales et territoriales, et devraient être communiqués aux écoles aux fins de la prise de décisions.
- **L'école utilise-t-elle la technique des cohortes?** Il faudrait également tenir compte des déplacements des élèves et des membres du personnel au sein de l'école. Si les élèves sont regroupés par cohortes afin de réduire au minimum les déplacements des élèves, l'exposition à une personne ayant la COVID-19 pourrait se limiter à une cohorte en particulier et ne pas poser de risque important pour le reste de l'école. Les cohortes qui ont été en contact étroit avec une personne atteinte de la COVID-19 peuvent passer à l'apprentissage virtuel et rester à la maison conformément aux lignes directrices des CDC sur la [mise en quarantaine](#) et l'[auto-isolement](#), et l'école peut demeurer ouverte.

Communiquer avec les familles, le personnel et d'autres partenaires

Au moment du retour à l'école, des communications régulières devraient être utilisées pour informer les élèves, les familles, les enseignants et le personnel au sujet des normes scolaires, des services du programme de repas et de l'accès à d'autres services scolaires essentiels sur lesquels comptent les élèves et les familles.

Les communications régulières avec les familles, le personnel et d'autres partenaires doivent porter notamment sur les sujets suivants :

- les mises à jour sur l'état de la pandémie de COVID-19 dans l'école et la collectivité;

- des avis lorsqu'il y a des cas de COVID-19 dans l'école (dans le cadre des communications sur l'état de santé des élèves, les écoles doivent prendre soin d'éviter de divulguer des renseignements personnels identifiables et doivent respecter toutes les exigences applicables en matière de protection de la vie privée, y compris celles de la Family Educational Rights et de la Privacy Act);
- des explications sur les attentes que peuvent avoir les parents, les élèves, les enseignants et les membres du personnel à leur retour à l'école; en particulier, des communications sur les sujets suivants :
 - l'importance de rester à la maison lorsque la personne est malade et de [rester à la maison pour surveiller les symptômes en cas de contact étroit avec une personne dont le test de dépistage du SRAS-CoV-2 a été positif](#);
 - les points à prendre en considération pour le dépistage des symptômes de la COVID-19;
 - les types de mesures de distanciation physique mises en œuvre;
 - les situations dans lesquelles les élèves, les enseignants, les membres du personnel et/ou les visiteurs devront porter des couvre-visages et si ceux-ci seront fournis par l'école;
 - les [pratiques d'hygiène saines](#) qui seront mises en œuvre à la réouverture (p. ex., l'isolement à la maison des élèves, enseignants et membres du personnel lorsqu'ils sont malades, l'hygiène des mains et le nettoyage des surfaces fréquemment touchées);
- les mesures prises pour prévenir la transmission du SRAS-Cov-2 dans les autobus, les bâtiments scolaires et les installations;
- les [mesures que les familles et les ménages peuvent prendre pour prévenir la propagation](#) de la COVID-19;
- les mesures que les familles peuvent prendre pour [gérer l'anxiété liée à la COVID-19](#);
- les décisions sur le mode de fonctionnement et le recours possible à l'apprentissage virtuel si des cas de COVID-19 sont enregistrés parmi les élèves, les enseignants ou les membres du personnel;
- des conseils sur les [soins à donner à une personne malade](#) et à l'intention des [parents, tuteurs et soignants qui sont malades](#);
- des conseils sur la façon de [réduire la stigmatisation](#). La peur et l'anxiété liées à une maladie peuvent mener à la réprobation sociale à l'égard de personnes, de lieux ou d'objets.

Lorsque les familles et les élèves ont dû prendre d'autres dispositions avec des fournisseurs communautaires pour recevoir des services (p. ex., physiothérapie ou ergothérapie, orthophonie, services de santé mentale) pendant la fermeture des écoles, il peut être nécessaire de fournir un soutien et des communications supplémentaires pour établir un plan de transition concernant le retour à l'école. De plus, certaines familles peuvent avoir connu des difficultés importantes qui augmentent maintenant le nombre d'élèves ayant besoin de certains services ou y étant admissibles, comme les programmes de repas à l'école. Les écoles peuvent prendre des mesures pour repérer les familles qui ont besoin d'avoir accès à de nouveaux services au moment du retour à l'école, les soutenir et communiquer avec elles. Les administrateurs peuvent travailler avec des partenaires communautaires pour planifier d'autres services et programmes scolaires pendant la transition vers des horaires normaux en prévision d'un besoin accru de services de santé mentale.

[Haut de la page](#)

Qu'entend-on par cohorte?

La cohorte (parfois appelée « bulle ») est un nouveau terme qui désigne une stratégie pouvant être utilisée par les écoles pour restreindre les contacts entre les élèves et le personnel dans le but de limiter la transmission du SRAS-CoV-2 (le virus qui cause la COVID-19). Cette stratégie consiste à garder des groupes d'élèves – et parfois des membres du personnel – ensemble pendant une période prédéterminée. Idéalement, les élèves et les membres du personnel faisant partie d'une cohorte n'auront une proximité physique qu'avec les autres membres de la même cohorte. Cette pratique peut aider à prévenir la propagation de la COVID-19 en limitant dans la mesure du possible les déplacements des élèves et des enseignants, et ainsi :

- diminuer les possibilités d'exposition ou de transmission du SRAS-CoV-2;
- réduire les contacts avec les surfaces communes;

- faciliter un dépistage plus efficace des contacts en cas de diagnostic positif;
- permettre des tests ciblés, la mise en quarantaine et/ou l'isolement d'une seule cohorte au lieu de prendre des mesures à l'échelle de l'école en cas de cas positifs ou de grappes de cas.

La stratégie des cohortes est une pratique courante dans de nombreuses écoles primaires des États-Unis. De nombreux élèves de niveau primaire ont le même enseignant et les mêmes camarades de classe pendant toute l'année scolaire. La mise en œuvre de cette stratégie varie selon le contexte et les ressources. Par exemple :

- Les écoles peuvent garder une cohorte dans une salle de classe et demander aux enseignants de passer d'une salle à l'autre.
- Les écoles peuvent alterner les cohortes, selon le jour ou la semaine, en attribuant à chaque cohorte un jour ou une semaine en particulier.
- Les écoles peuvent adopter une approche hybride qui prévoit l'apprentissage en personne pour certaines cohortes et l'apprentissage en ligne pour d'autres.

Il existe peu de données probantes concernant l'incidence de l'application de la stratégie des cohortes sur la propagation de la COVID-19. Certaines données probantes associées à d'autres épidémies de maladies virales et à la réouverture d'écoles dans d'autres pays indiquent que la cohorte peut être un outil important pour atténuer la propagation de la COVID-19. Cependant, il est essentiel de noter que ces études ont été menées dans des contextes très différents et dans des collectivités où les taux de transmission sont plus faibles.

[Haut de la page](#)

Ressources supplémentaires pour les administrateurs de la maternelle à la 12^e année

- [Considerations for Schools](#)
- [Latest COVID-19 Information](#)
- [Cleaning and Disinfection](#)
- [Guidance for Businesses and Employers](#)
- [Guidance for Schools and Childcare Centers](#)
- [COVID-19 Prevention](#)
- [Handwashing Information](#)
- [Face Coverings](#)
- [Social Distancing](#)
- [COVID-19 Frequently Asked Questions](#)
- [People at Higher Risk](#)
- [Managing Stress and Coping](#)
- [HIPAA and COVID-19](#)
- [CDC Communication Resources](#)
- [Community Mitigation](#)
- [Approach for Monitoring and Evaluating Community Mitigation Strategies](#)
- [OSHA Guidance on Preparing Workplaces for COVID-19 \(icône de document en PDF\)](#)
- [FERPA & Coronavirus Disease 2019 \(icône de document en PDF\)](#)

Références

1. Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W. et Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner abuse*, n° 3(2), pp. 231 à 280.
2. [Intimate Partner Violence and Child Abuse Considerations During COVID 19pdf icon](#). *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, 2020.
3. Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, du 12 février au 2 avril 2020. *Rapport hebdomadaire Morb Mortal*, 2020; n° 69, pp. 422 à 426.
4. [CDC COVID Data Tracker](#). Consulté le 6 juillet 2020.
5. Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, du 12 février au 2 avril 2020. *Rapport hebdomadaire Morb Mortal*, 2020; n° 69, pp. 422 à 426.
6. [CDC COVID Data Tracker](#). Consulté le 21 juillet 2020.
7. Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, du 12 février au 2 avril 2020. *Rapport hebdomadaire Morb Mortal*, 2020; n° 69, pp. 422 à 426.
8. [CDC COVID Data Tracker](#). Consulté le 6 juillet 2020.
9. Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, du 12 février au 2 avril 2020. *Rapport hebdomadaire Morb Mortal*, 2020; n° 69, pp. 422 à 426.

10. Coronavirus Disease 2019 in Children — United States, du 12 février au 2 avril 2020. *Rapport hebdomadaire Morb Mortal*, 2020; n° 69, pp. 422 à 426.
11. Turk, M.A., Landes, S.D., Formica, M.K. et Goss, K.D. (2020). Intellectual and developmental disability and COVID 19 case-fatality trends: TriNetX analysis. *Disability and Health Journal*, volume 100942.
12. Feldstein L.R., Rose E.B., Horwitz S.M., Collins J.P., Newhams M.M., Son M.B., Newburger J.W., Kleinman L.C., Heidemann S.M., Martin A.A. et Singh A.R. Multisystem Inflammatory Syndrome in US Children and Adolescents [publié en ligne avant l'imprimé du 29 juin 2020]. *New England Journal of Medicine*. DOI : 10.1056/NEJMoa2021680
13. Rajmil, L. Role of children in the transmission of the COVID 19 pandemic : a rapid scoping review. *BMJ Paediatr Open*. 2020; n° 4, p. e000722.
14. Park J.Y., Han M.S., Park K.U., Kim J.Y., Choi E.H. First pediatric case of Coronavirus Disease 2019 in Korea. *J Korean Med Sci.*, 2020; n° 35, p. e124.
15. Le H.T., Nguyen L.V., Tran D.M., Do H.T., Tran H.T., Le Y.T. et Phan P.H. The first infant case of COVID 19 acquired from a secondary transmission in Vietnam. *Lancet Child Adolesc Health*, 2020; n° 4, pp. 405 et 406.
16. Danis K., Epaulard O., Bénet T., Gaymard A., Campoy S., Botelho-Nevers E. et coll. [Cluster of Coronavirus Disease 2019 \(COVID 19\) in the French Alps, 2020](#). *Clin Infect Dis.*, 2020; n° 52(5), p. c1aa424
17. National Centre for Immunisation Research and Surveillance (NCIRS). [COVID 19 in schools – the experience in NSW, Sydney, Australia : NCIRS \(icône de document en PDF\)](#); 2020.
18. Laura H., Geraldine C., Ciara K., David K. et Geraldine M. [No evidence of secondary transmission of COVID 19 from children attending school in Ireland, 2020](#). *Euro Surveill.* 2020; n° 25, pii=2000903.
19. Melnick, H. et Darling-Hammond, L. (avec Leung, M., Yun, C., Schachner, A., Plasencia, S. et Ondrasek, N.). (2020). *Reopening schools in the context of COVID 19: Health and safety guidelines from other countries* (document d'orientation). Palo Alto, CA : Learning Policy Institute.
20. Sheikh A., Sheikh A., Sheikh Z., Dhami S. Reopening schools after the COVID 19 lockdown. *J Glob Health.*, juin 2020; n° 10(1) : 010376.
21. Melnick, H. et Darling-Hammond, L. (avec Leung, M., Yun, C., Schachner, A., Plasencia, S. et Ondrasek, N.). (2020). *Reopening schools in the context of COVID 19: Health and safety guidelines from other countries* (document d'orientation). Palo Alto, CA : Learning Policy Institute.
22. Guthrie B.L., Tordoff D.M., Meisner J., Tolentino L. et coll., [Summary of School Re-Open Models and Implementation Approaches During the COVID 19pdf icon Pandemic](#) [consulté le 13 juillet 2020].
23. Melnick, H. et Darling-Hammond, L. (avec Leung, M., Yun, C., Schachner, A., Plasencia, S. et Ondrasek, N.). (2020). *Reopening schools in the context of COVID 19: Health and safety guidelines from other countries* (document d'orientation). Palo Alto, CA : Learning Policy Institute.
24. Melnick, H. et Darling-Hammond, L. (avec Leung, M., Yun, C., Schachner, A., Plasencia, S. et Ondrasek, N.). (2020). *Reopening schools in the context of COVID 19: Health and safety guidelines from other countries* (document d'orientation). Palo Alto, CA : Learning Policy Institute.
25. [Reopening schools in Denmark did not worsen outbreak, data shows](#). (le 28 mai 2020). Consulté le 3 juillet 2020.
26. Darling, D. (le 3 juin 2020). [After Reopening Schools, Israel Orders Them To Shut If COVID 19 Cases Are Discovered](#). Consulté le 3 juillet 2020.
27. Spells A. et Jones C.K. [Texas coronavirus cases top 1,300 from child care facilities alone](#). CNN. Diffusé en 2020. Consulté le 8 juillet 2020.
28. [School openings across globe suggest ways to keep coronavirus at bay, despite outbreaks](#). *Science*. Consulté le 10 juillet 2020.
29. Stage H.B., Shingleton J., Ghosh S., Scarabel F., Pellis L. et Finnie T. Shut and re-open: the role of schools in the spread of COVID 19 in Europe. arXiv preprint arXiv:2006.14158. Consulté le 25 juin 2020.
30. Dorn E., Hancock B., Sarakatsannis J. et Viruleg E. [COVID 19 and student learning in the United States: the hurt could last a lifetime](#). Consulté le 4 juillet 2020.

31. Fitzpatrick, B.R., Berends, M., Ferrare, J.J. et Waddington, R.J. (2020). [Virtual Illusion: Comparing Student Achievement and Teacher and Classroom Characteristics in Online and Brick-and-Mortar Charter Schools](#). *Educational Researcher*, n° 49(3), pp. 161 à 175.
32. Fitzpatrick, B.R., Berends, M., Ferrare, J.J. et Waddington, R.J. (2020). [Virtual Illusion: Comparing Student Achievement and Teacher and Classroom Characteristics in Online and Brick-and-Mortar Charter Schools](#). *Educational Researcher*, n° 49(3), pp. 161 à 175.
33. Petretto D.R., Masala I., Masala C. Special educational needs, distance learning, inclusion and COVID 19. *Education Sciences*, n° 10, 2020 : 154. doi:10.3390/educsci10060154
34. Granados A., Parker C., Boney L. [How is COVID 19 affecting ESL students?](#). EducationNC. Publié en 2020. Consulté le 13 juillet 2020.
35. Dorn E., Hancock B., Sarakatsannis J. et Viruleg E. [COVID 19 and student learning in the United States: the hurt could last a lifetime](#). Consulté le 4 juillet 2020.
36. U.S. Department of Education, Office of Elementary and Secondary Education, Consolidated State Performance Report, 2017-2018. Voir *Digest of Education Statistics 2019*.
37. Fitzpatrick, B.R., Berends, M., Ferrare, J.J. et Waddington, R.J. (2020). [Virtual Illusion: Comparing Student Achievement and Teacher and Classroom Characteristics in Online and Brick-and-Mortar Charter Schools](#). *Educational Researcher*, n° 49(3), pp. 161 à 175.
38. Fitzpatrick, B.R., Berends, M., Ferrare, J.J. et Waddington, R.J. (2020). [Virtual Illusion: Comparing Student Achievement and Teacher and Classroom Characteristics in Online and Brick-and-Mortar Charter Schools](#). *Educational Researcher*, n° 49(3), pp. 161 à 175.
39. Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL). [What is SEL? site Web](#). Consulté le 4 juillet 2020.
40. Loades et coll. Rapid systematic review: [The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19](#). *J Am Acad Child Adolesc Psych*. 2020; préimpression.
41. Basch C. Healthier students are better learners: high-quality, strategically planned, and effectively coordinated school health programs must be a fundamental mission of schools to help close the achievement gap. *J Sch Health*. 2011; n° 81, pp. 650 à 662.

[Haut de la page](#)

Dernière mise à jour le 24 août 2020

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/prepare-safe-return.html>

États-Unis

[Traduction] Restreindre les actes de violence au travail associés aux politiques de prévention de la COVID-19 dans les commerces de détail et les entreprises de services

Source : CDC

Article mis à jour le 24 août 2020

À qui cette information s'adresse-t-elle? Cette information s'adresse aux employeurs et aux employés des commerces de détail, ainsi que des entreprises de services et autres axées sur la clientèle. Les commerces de détail ou les entreprises de services vendent des biens et fournissent des services à la population et comprennent les magasins à rayons, les épiceries, les stations-service et les restaurants. Ces entreprises sont ouvertes et ont commencé à mettre en œuvre les politiques et les pratiques adoptées par les États, les municipalités et les entreprises dans le but de prévenir la propagation de la COVID-19 et ainsi la réduire le plus possible parmi les employés et les clients.

Cette information n'est pas destinée à tous les milieux de travail. Une entreprise peut devoir adapter ces stratégies en fonction de son espace physique, de son personnel et d'autres éléments.

Objectif : Cette page Web présente des stratégies pour restreindre la violence envers les travailleurs, que peut engendrer la mise en œuvre de politiques et de pratiques pour aider à minimiser la propagation de la COVID-19 parmi les employés et les clients des entreprises. Ces politiques peuvent exiger que les employés et les clients portent des [masques](#), que les clients suivent les [règles de distanciation physique](#) et que le nombre de clients présents en même temps dans un établissement commercial soit limité.

Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) pourraient mettre cette page à jour périodiquement. Veuillez consulter régulièrement le [site Web des CDC sur la COVID-19](#) pour obtenir des consignes à jour.

Veillez consulter les [Interim Guidance for Businesses and Employers Responding to Coronavirus Disease 2019 \(COVID-19\)](#) des CDC pour obtenir des conseils généraux aux entreprises sur la prévention de la COVID-19.

La **violence en milieu de travail** s'entend d'un « *acte de violence, y compris les voies de fait et les menaces de voies de fait, à l'égard de personnes au travail ou en service* ». La violence en milieu de travail comprend les actes suivants :

- **Menace** : expression verbale, écrite et physique qui pourrait raisonnablement être interprétée comme une intention de causer un préjudice.
- **Agression verbale** : cris, jurons, insultes ou intimidations envers une autre personne dans l'intention de lui faire du mal ou de lui porter préjudice. Contrairement aux agressions physiques, l'intention n'est pas nécessairement de causer un préjudice physique, mais plutôt d'entraîner des émotions négatives chez la personne agressée.
- **Agression physique** : coups, gifles, coups de pied, poussées, étouffements, agrippements ou autres contacts physiques avec l'intention de causer des blessures ou des préjudices.

Résolution de conflits : processus qui consiste à trouver une solution pacifique à un conflit ou à un différend.

Intervention non violente : technique pacifique de règlement d'une situation dans laquelle une personne est agressive ou menaçante. Cette technique consiste à rester calme, à donner de l'espace à l'agresseur, à veiller à ce que d'autres personnes se trouvent à proximité et à ne pas le toucher ou essayer de l'expulser de force.

Violence en milieu de travail et COVID-19

Les travailleurs peuvent être menacés et agressés lorsque les entreprises tentent de mettre en place des politiques et des pratiques de prévention de la COVID-19 (p. ex., le port obligatoire du [masque](#), la [distanciation physique](#) et la présence d'un nombre limité de clients dans une entreprise). Ces menaces et ces agressions peuvent provenir de clients, d'autres employés ou d'employeurs. Selon un document intitulé [Current Intelligence Bulletin de 1996](#), les menaces et les agressions peuvent se produire dans n'importe quel milieu de travail, mais elles sont plus susceptibles de se présenter dans les commerces de détail, les entreprises de services (p. ex., les restaurants) et d'autres entreprises axées sur la clientèle. Ressources et formation relatives à la prévention de la violence au travail

Les employeurs et les employés peuvent utiliser les ressources et les formations suivantes pour en apprendre davantage sur la prévention et le traitement de la violence en milieu de travail :

- [FAA Workplace Violence Prevention and Response \(icônes de document en PDF et de document externe\)](#)
- [FBI Workplace Violence: Issues in Response \(icône de document externe\)](#)
- [NIOSH Occupational Violence](#)
- [OSHA Recommendations for Workplace Violence Prevention Programs in Late-Night Retail Establishments \(icônes de document en PDF et de document externe\)](#)

Les employeurs peuvent prendre des mesures pour prévenir la violence en milieu de travail, notamment :



offrir aux clients des options pour réduire le plus possible leurs contacts avec les autres et promouvoir la [distanciation physique](#). Ces options peuvent comprendre le ramassage en bordure de rue, le recours à des acheteurs personnels, la livraison à domicile pour l'épicerie, la nourriture et d'autres services, et les heures de magasinage différentes;



installer des affiches informant les clients des politiques relatives au port du [masque](#), à la [distanciation physique](#) et au nombre maximal de personnes autorisées dans un commerce;



annoncer les politiques liées à la COVID-19 sur le site Web de l'entreprise;



assurer de la formation aux employés sur la reconnaissance des menaces, la résolution des conflits, l'intervention non violente et tout autre sujet pertinent lié à l'intervention en cas de violence en milieu de travail;



mettre en œuvre des processus pour évaluer la violence en milieu de travail et y réagir. L'intervention dépendra de la gravité de l'acte de violence, ainsi que de la taille et de la structure de l'entreprise. Les interventions possibles peuvent comprendre le signalement à un gestionnaire ou à un superviseur en service, l'appel à la sécurité ou l'appel au 911;



demeurer conscient des employés et des clients et les soutenir en cas de situation menaçante ou violente;



créer des équipes de deux travailleurs pour favoriser le respect des politiques de prévention de la COVID-19, si la dotation le permet;



installer des systèmes de sécurité (p. ex., des boutons de panique, des caméras, des alarmes) et former les employés sur la façon de les utiliser;



déterminer un endroit sécuritaire où les employés peuvent se rendre s'ils se sentent en danger (p. ex., une pièce qui se verrouille de l'intérieur, qui a un deuxième accès de sortie et dans laquelle se trouve un téléphone ou une alarme silencieuse).

Formation obligatoire des employés : signes avant-coureurs et interventions

La formation des employés sur la violence en milieu de travail porte habituellement sur les définitions et les types de violence, les facteurs de risque et les signes avant-coureurs de la violence, les stratégies de prévention et les façons de réagir à des situations menaçantes pouvant être violentes ou étant violentes.

Signes avant-coureurs

Dans le cadre de la formation, les employés apprennent souvent à saisir des indices verbaux et non verbaux qui peuvent être des signes de violence possible. Les indices verbaux peuvent comprendre le fait de parler fort ou de jurer. Les indices non verbaux peuvent inclure entre autres comportements des poings serrés, une respiration bruyante, un regard fixe et de l'agitation. **Plus il y a d'indices, plus grand est le risque de violence.**

Réactions

Au cours de la formation, les employés apprennent également à réagir de façon appropriée à des situations pouvant être violentes. Les réactions vont de prêter attention à la personne et de maintenir un contact visuel non menaçant à utiliser un langage corporel réconfortant et à éviter les gestes menaçants, comme pointer du doigt ou croiser les bras.



[Version imprimable \(8.5 x 11\) icône de document en PDF \[PDF – 1 page\]](#)

Dernière mise à jour le 24 août 2020

Sources du contenu : [National Center for Immunization and Respiratory Diseases \(NCIRD\)](#), [Division of Viral Diseases](#)

Accueil [Community, Work & School](#)

- [Health Equity \(icône du signe plus\)](#)
- [Community Mitigation Framework](#)
- [Cleaning & Disinfecting \(icône du signe plus\)](#)
- [Businesses & Workplaces \(icône du signe plus\)](#)
- [Worker Safety & Support \(icône du signe plus\)](#)
 - [Critical Infrastructure Sector Response Planning](#)
 - [Testing in High-Density Critical Infrastructure Workplaces](#)
 - [Critical Workers](#)
 - [Coping with Stress for Workers](#)
 - [Limit Workplace Violence Associated with COVID-19](#)
 - [Managing Workplace Fatigue](#)
- [Schools & Child Care \(icône du signe plus\)](#)
- [Colleges & Universities \(icône du signe plus\)](#)
- [Parks, Sports & Recreation \(icône du signe plus\)](#)
- [Gatherings & Community Events \(icône du signe plus\)](#)
- [Community & Faith-Based Organizations \(icône du signe plus\)](#)
- [First Responders, Law Enforcement & Public Services \(icône du signe plus\)](#)
- [Shared & Congregate Housing \(icône du signe plus\)](#)
- [Retirement Communities \(icône du signe plus\)](#)
- [Homeless Populations \(icône du signe plus\)](#)
- [Correctional & Detention Facilities \(icône du signe plus\)](#)
- [Tribal Communities \(icône du signe plus\)](#)
- [Guidance Documents](#)
- [Communication Resources \(icône du signe plus\)](#)
- [What's New](#)

email_03Get Email Updates

Pour recevoir des mises à jour par courriel au sujet de la COVID-19, entrez votre adresse courriel :

Haut du formulaire

Adresse électronique

[What's this?](#)

Soumettre

Bas du formulaire

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/organizations/business-employers/limit-workplace-violence.html>

États-Unis

[Traduction] Maisons de soins de santé et établissements de soins de longue durée

Source : CDC

Article mis à jour le 24 août 2020

Guide sur le contrôle des infections (en anglais seulement)

- [Infection Control for Nursing Homes](#)
- [Public Health Response in Nursing Homes](#)
- [Infection Control in Memory Care Units](#)
- [Infection Control FAQs](#)

Guide sur le dépistage du SRAS-CoV-2 (en anglais seulement)

- [Testing Nursing Home Residents](#)
- [Testing Healthcare Personnel](#)
- [Facility-wide Testing in Nursing Homes](#)
- [Testing FAQs](#)

Outil d'évaluation du contrôle des infections (en anglais seulement)

[Nursing Home COVID-19 Infection Control Assessment and Response \(ICAR\) Tool](#)

Outil d'aide pour les maisons de soins de santé et les résidences-services en matière de plan d'intervention complet associé à la COVID-19

Ressources de formation

- [Applying COVID-19 Infection Control Strategies in Nursing Homes](#) Webinaire de Clinical Outreach and Communication Activity (COCA), le 16 juin 2020
Des scénarios pratiques servent à décrire la façon de mettre en œuvre les consignes en matière de prévention et de contrôle des infections dans les maisons de soins de santé et autres établissements de soins de longue durée qui se préparent à gérer des éclosions de COVID-19 et à y réagir.
- [Nursing Home Infection Preventionist Training Course \(CDC TRAIN\) \(icône de document externe\)](#) CDC TRAIN s'entend d'un programme de formation gratuit donné par la Public Health Foundation.

Vidéos de formation pour le personnel de première ligne dans les établissements de soins de longue durée



Série de mini-webinaires de formation pour le personnel de première ligne afin de les aider à protéger les résidents contre la COVID 19

- [Keep COVID-19 Out](#)
- [Clean Hands: Combat COVID-19](#)
- [Closely Monitor Residents for COVID-19](#)
- [Use Personal Protective Equipment Correctly for COVID-19](#)
- [Sparkling Surfaces: Stop COVID-19's Spread](#)

Ressources supplémentaires

- Modèle de lettre d'avis aux résidents et aux familles : Cas de COVID-19 décelés [icône de document en PDF](#) | [icône de document Word](#)
- [Long-term Care Facility Letter \(icône de document en PDF – 1 page\)](#) – lettre destinée aux résidents, aux familles, aux amis et aux bénévoles
- [CMS Emergency Preparedness & Response Operations \(icône de document externe\)](#)
- [Supporting Your Loved One in a Long-Term Care Facility \(icône de document en PDF – 472 ko, 1 page\)](#)
- [Infection Prevention Success Stories](#)
- [Applying COVID-19 Infection Prevention and Control Strategies in Nursing Homes \(webinaire enregistré\)](#)

Dernière mise à jour le 24 août 2020

Sources du contenu (en anglais seulement) : [National Center for Immunization and Respiratory Diseases \(NCIRD\)](#), [Division of Viral Diseases](#)

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-home-long-term-care.html>

États-Unis

[Traduction] La COVID-19 et les animaux

Source : CDC

Article mis à jour le 24 août 2020

Ce que vous devez savoir

- Nous ne connaissons pas la source exacte de l'écllosion actuelle de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), mais nous savons qu'elle provenait à l'origine d'un animal, probablement une chauve-souris.
- À l'heure actuelle, rien n'indique que les animaux jouent un rôle important dans la propagation du virus qui cause la COVID-19.
- Compte tenu du peu de renseignements disponibles à ce jour, le risque que des animaux transmettent la COVID-19 aux humains paraît faible.
- Il faudra effectuer d'autres études pour comprendre si et comment différents animaux peuvent être infectés par la COVID-19.
- Nous en apprenons encore sur ce virus, mais il semble qu'il puisse se transmettre des humains aux animaux dans certaines situations.

Pour de plus amples renseignements, consultez [COVID-19 and Animals Frequently Asked Questions](#).

Pour obtenir des renseignements sur les animaux de compagnie, consultez le document [If You Have Pets](#).

Les coronavirus forment une grande famille de virus. Certains coronavirus causent chez les humains des maladies qui ressemblent à des rhumes, tandis que d'autres rendent malades certains types d'animaux, comme le bétail, les chameaux et les chauves-souris. Certains coronavirus, comme les coronavirus canins et félins, infectent uniquement les animaux et ne touchent pas les humains.

Risque de transmission du virus de COVID-19 aux humains par les animaux

Certains coronavirus qui infectent les animaux peuvent être transmis aux humains, puis se propager entre ceux-ci, mais c'est rare. C'est ce qui s'est produit dans le cas du virus qui a causé l'écllosion actuelle de COVID-19, puisque celui-ci a probablement été contracté au départ par les chauves-souris.

Les premières infections signalées étaient liées à un marché d'animaux vivants, mais le virus se propage maintenant d'une personne à l'autre.

Le virus qui cause la COVID-19 se transmet principalement d'une personne à l'autre par des gouttelettes respiratoires produites par la toux, des éternuements et des conversations. Des études récentes montrent que les personnes infectées, mais asymptomatiques, pourraient jouer aussi un rôle dans la propagation de la COVID-19. À l'heure actuelle, rien n'indique que les animaux jouent un rôle important dans la propagation du virus qui cause la COVID-19. Compte tenu du peu de renseignements disponibles à ce jour, le risque que des animaux transmettent la COVID-19 aux humains paraît faible. Il faudra effectuer d'autres études pour comprendre si et comment différents animaux peuvent être infectés par la COVID-19.

Risque de transmission du virus causant la COVID-19 aux animaux par des humains

Le premier cas aux États-Unis d'un test de dépistage de COVID-19 positif était un tigre dans un zoo de New York.

Nous en apprenons encore sur ce virus, mais il semble qu'il puisse se propager des humains aux animaux dans certaines situations, surtout après un contact étroit avec une personne atteinte de la COVID-19.

Pour obtenir des renseignements sur la façon de protéger les animaux de compagnie contre une infection possible au SRAS-CoV-2, consultez le document [If You Have Pets](#).

Animaux qui peuvent être infectés par le virus causant la COVID-19

Nous savons que les chats, les chiens et quelques autres types d'animaux peuvent être infectés par le SRAS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19, mais nous ne savons pas encore quels sont les animaux qui peuvent être infectés. On a signalé l'infection d'animaux par le virus dans le monde entier.

- Un petit nombre de chats et de chiens de compagnie auraient été infectés par le virus dans plusieurs pays, dont les États-Unis. La plupart de ces animaux sont tombés malades après avoir été en contact avec des personnes atteintes de la COVID-19.
- [Plusieurs lions et tigres \(icône de document externe\)](#) d'un zoo de New York ont obtenu un diagnostic positif pour le SRAS-CoV-2 après avoir montré des signes de maladie respiratoire. Les responsables de la santé publique croient que ces gros félins sont tombés malades après avoir été exposés à un employé du zoo qui avait contracté le SRAS-CoV-2. Tous ces gros félins se sont complètement rétablis.
- Le SRAS-CoV-2 a été signalé chez le vison (qui est étroitement lié au putois) dans plusieurs fermes aux Pays-Bas, au Danemark, en Espagne et aux [États-Unis \(icône de document externe\)](#).
 - L'infection par le SRAS-CoV-2 chez le vison d'élevage se caractérise par une maladie respiratoire et un taux de mortalité accru.
 - Comme certains travailleurs de ces fermes présentaient des symptômes de COVID-19, il est probable que les travailleurs agricoles infectés aient été la source des infections du vison.
 - À l'heure actuelle, rien ne prouve que les animaux jouent un rôle important dans la transmission du SRAS-CoV-2 aux humains. Cependant, des rapports provenant d'élevages de visons infectés aux Pays-Bas indiquent que dans ces milieux le SRAS-CoV-2 pourrait se transmettre du vison à l'humain.
 - De plus, certains chats et chiens de ferme dans des élevages de visons en Europe ont aussi obtenu un diagnostic positif pour le SRAS-CoV-2, ce qui laisse croire qu'ils ont été exposés au virus.

Les CDC, l'USDA et les responsables de la santé publique et de la santé animale de certains États surveillent activement l'infection au SRAS-CoV-2 des animaux de compagnie, y compris les chats, les chiens et d'autres petits mammifères, qui ont été en contact avec une personne atteinte de la COVID-19. Ces animaux sont soumis à des tests de dépistage de l'infection par le SRAS-CoV-2 et à des tests visant à déterminer si l'animal de compagnie développe des anticorps contre ce virus. Ce travail vise à mieux comprendre comment l'infection commune au SRAS-CoV-2 peut se manifester chez les animaux de compagnie, ainsi que le rôle possible de ces derniers dans la propagation du virus.

Le département de l'Agriculture des États-Unis (USDA) [tient une liste \(icône de document externe\)](#) de tous les animaux infectés par le SRAS-CoV-2 aux États-Unis.

Recherches sur les animaux et la COVID-19

Il existe peu de recherches sur l'infection d'animaux par le SRAS-Cov-2, mais des études sont en cours pour en apprendre davantage sur la façon dont ce virus peut infecter différents animaux.

- Des recherches récentes en laboratoire montrent que les putois, les chats et les hamsters syriens dorés peuvent être infectés par le virus et le transmettre à d'autres animaux de la même espèce.
- Un certain nombre d'études ont porté sur les primates non humains comme modèles d'infection humaine. Des études en laboratoire ont révélé que les macaques rhesus, les macaques de Buffon, les singes verts d'Afrique et les ouistitis peuvent être infectés par le SRAS-CoV-2 et devenir malades.
- Les souris, les porcs, les poulets et les canards ne semblent pas contracter le virus ou propager l'infection d'après les résultats de ces études.

- Les données d'une étude indiquent que certains chiens peuvent être infectés, mais ne pourraient pas transmettre le virus à d'autres chiens aussi facilement que les chats et les putois, qui peuvent facilement transmettre le virus à d'autres animaux de la même espèce.

Ces résultats découlaient d'études portant sur un petit nombre d'animaux, et ne démontrent pas si les animaux peuvent transmettre l'infection aux humains. Il faudra effectuer d'autres études pour comprendre si et comment différents animaux peuvent être infectés par la COVID-19.

Directives et recommandations (en anglais seulement)

- [Interim Guidance for Public Health Professionals Managing People with COVID-19 in Home Care and Isolation Who Have Pets or Other Animals](#)
- [Interim recommendations for intake of companion animals from households where humans with COVID-19 are present \(icône de document externe\)](#)
- [Interim Infection Prevention and Control Guidance for Veterinary Clinics](#)
- [Evaluation for SARS-CoV-2 Testing in Animals](#)
- [Interim Guidance for SARS-CoV-2 Testing in North American Wildlife](#)
- [Toolkit: One Health Approach to Address Companion Animals with SARS-CoV-2](#)
- [COVID-19 Recommendations for Pet Stores, Pet Distributors, and Pet Breeding Facilities](#)

Renseignements supplémentaires

- [COVID-19 and Animals FAQs](#)
- [COVID-19 and Pets](#)
- [Information on Bringing an Animal into the United States](#)
- [World Organisation for Animal Health: COVID-19 Events in Animals \(icône de document externe\)](#)
- [USDA : Confirmed cases of SARS-CoV-2 in Animals in the United States \(icône de document externe\)](#)
- [USDA : Coronavirus Disease 2019 \(icône de document externe\)](#)
- [FDA : Coronavirus Disease 2019 \(icône de document externe\)](#)

Communiqués

- [USDA Confirms SARS-CoV-2 in Mink in Utah \(icône de document externe\)](#)
- [Confirmation of COVID-19 in Pet Dog in New York \(icône de document externe\)](#)
- [Confirmation of COVID-19 in Two Pet Cats in New York](#)
- [USDA Statement on the Confirmation of COVID-19 Infection in a Tiger in New York \(icône de document externe\)](#)

[Haut de la page](#)

Dernière mise à jour le 24 août 2020

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/animals.html>

États-Unis

[Traduction] Le point sur la maladie à coronavirus (COVID-19) : Récapitulatif quotidien, le 24 août 2020

Source : FDA

[Traduction] La Food and Drug Administration des États-Unis a annoncé aujourd'hui les mesures suivantes prises dans le cadre de ses efforts continus de lutte contre la pandémie de COVID 19 :

- Aujourd'hui, la FDA a pris des mesures pour favoriser la mise au point de tests de dépistage du SRAS-CoV-2. Elle a affiché une nouvelle page Web qui donne un aperçu des ressources disponibles liées aux tests de dépistage du SRAS-CoV-2 et aux tests effectués à l'aide d'échantillons combinés.
- Le point sur les tests de dépistage
 - À ce jour, la FDA a autorisé 221 tests dans le cadre d'une autorisation d'utilisation d'urgence, dont 179 tests moléculaires, 39 tests d'anticorps et 3 tests d'antigènes.

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-COVID-19-update-daily-roundup-august-24-2020>

États-Unis

[Traduction] L'administration Trump inclut les régimes de santé dans le guide sur les dons de plasma de juin 2020

Source : HHS

Aujourd'hui, sous la direction du président Trump, l'Office for Civil Rights (OCR) du département de la Santé et des Services humains des États-Unis (HHS) a émis de nouvelles lignes directrices sur la façon dont la règle de protection des renseignements personnels de l'Health Insurance Portability and Accountability Act de 1996 (HIPAA) permet aux fournisseurs de soins de santé (p. ex., les hôpitaux, les pharmacies et les laboratoires) et aux régimes de santé inscrits de communiquer avec leurs patients et bénéficiaires qui se sont remis de la COVID-19 afin de les informer sur la manière de faire don de leur plasma contenant des anticorps (appelé « plasma de convalescent »), qui peut aider à traiter d'autres personnes atteintes de la COVID-19.

L'OCR a inclus les régimes de santé dans le guide de juin 2020 qui explique comment la HIPAA permet aux fournisseurs de soins de santé et aux régimes de santé inscrits de repérer et de contacter les patients et les bénéficiaires qui se sont remis de la COVID-19 aux fins de la gestion de cas individuels et chez certaines populations ou de la coordination des soins. Le guide précise également que, sans une autorisation personnelle, les fournisseurs et les régimes de soins de santé ne peuvent recevoir de paiement d'un centre de dons de plasma, ou en son nom, s'ils n'ont pas transmis une telle communication aux convalescents.

Cette annonce fait suite à l'appel à l'action du président Trump et repose sur le partenariat existant avec les laboratoires commerciaux, les assureurs, les fournisseurs de soins et les pharmacies afin de favoriser la transmission de ces communications aux personnes qui se sont remises de la COVID-19 et ainsi les encourager à faire don de leur plasma de convalescent. Le présent guide qui s'adresse aux fournisseurs de soins de santé et aux gestionnaires de régimes de santé donne plus d'information par suite de la récente délivrance par la Food and Drug Administration (FDA) d'une autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) du plasma de convalescent expérimental pour le traitement de la COVID-19 chez certains patients hospitalisés. La FDA a conclu que ce produit pouvait être efficace pour traiter la COVID-19.

« En réponse à l'appel du président demandant aux Américains qui se sont remis de la COVID-19 de faire don de leur plasma, l'OCR a précisé comment la HIPAA permet aux régimes de santé de communiquer avec leurs bénéficiaires au sujet des possibilités de don de plasma », de déclarer Roger Severino, directeur de l'OCR. « Nous continuerons d'utiliser tous les outils à notre disposition pour vaincre ce virus et garder les Américains en bonne santé », a-t-il ajouté.

Le guide modifié (en anglais seulement) peut être consulté à l'adresse <https://www.hhs.gov/sites/default/files/guidance-on-hipaa-and-contacting-former-COVID-19-patients-about-blood-and-plasma-donation.pdf> – PDF.

Pour de plus amples renseignements sur la HIPAA et la COVID-19, veuillez consulter le site <https://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/special-topics/hipaa-covid19/index.html>.

[Traduction] OMS – Deuxième relevé épidémiologique hebdomadaire sur la maladie à coronavirus (COVID-19) (document officiel)

- Au cours de la séance d'information des États membres du 20 août, le directeur général de l'OMS a souligné que « [le moyen le plus rapide de mettre fin à cette pandémie et de relancer les économies passe d'abord par la protection des populations à haut risque partout, plutôt que par la protection de l'ensemble des populations de certains pays seulement](#) ». Il a encouragé tous les pays à adhérer au [Mécanisme COVAX pour un accès mondial aux vaccins](#), qui [fait partie de l'Accélérateur ACT](#). Il s'agit d'un mécanisme essentiel pour l'approvisionnement général et la mise en commun des risques relativement à de nombreux vaccins. Neuf candidats vaccins du portefeuille de COVAX font actuellement l'objet d'essais cliniques dans le cadre des phases II ou III. L'OMS propose de distribuer les vaccins en deux phases. Elle a publié les modalités d'accord

pour tous les pays afin de confirmer comment ils préfèrent adhérer au mécanisme, au plus tard le 31 août.

- L'OMS a publié des lignes directrices révisées sur les [mesures de mise en quarantaine pour les personnes](#) ayant été en contact avec un cas de COVID-19. Ces lignes directrices incluent de l'information sur la mise en quarantaine, ainsi que sur l'utilisation de ventilateurs et les soins aux enfants en quarantaine.
- L'OMS a publié de nouveaux conseils sur le [port du masque par les enfants](#), sous forme d'annexe au [guide déjà publié sur le port du masque](#) dans le contexte de la COVID-19. Les [questions et réponses sur les masques et les enfants](#) ont récemment été mises à jour en fonction des questions du public.
- Selon un recensement de l'OMS auprès de 39 pays d'Afrique subsaharienne, seulement six écoles ont été complètement ouvertes. Les perturbations à long terme de l'éducation causées par la fermeture des écoles sont graves et comprennent la malnutrition, le stress, l'exposition accrue à la violence et à l'exploitation, les grossesses infantiles et une diminution des progrès scolaires. [L'OMS et l'UNICEF ont exhorté les gouvernements africains à promouvoir la réouverture sécuritaire des écoles](#) tout en prenant des mesures pour limiter la propagation du virus.
- À l'échelle mondiale, il existe un risque de résurgence de la COVID-19 dans tous les pays qui ont réussi à supprimer la transmission. Le directeur régional de l'OMS pour l'Europe a souligné dans le cadre de sa déclaration en point de presse qu'à l'heure où l'été va faire place à l'automne dans l'hémisphère nord, que [nous devons veiller à adopter les bonnes mesures de santé publique en vue de permettre un retour à l'école en toute sécurité, de gérer la saison grippale qui approche, de soutenir nos économies et d'aborder les risques sanitaires accrus pour les personnes âgées en cette période de l'année.](#)
- La pandémie de COVID-19 a eu un effet négatif sur la santé mentale et a soulevé des préoccupations au sujet d'une augmentation de la violence familiale dans les Amériques. Le directeur régional de l'OMS a conseillé aux [pays des Amériques d'accroître les services de santé mentale et d'investir davantage à cet égard](#). L'OMS a produit plusieurs [publications sur la santé mentale et la COVID-19](#), y compris des avis au public, un livre pour enfants et d'autres conseils.
- [Des études récentes révèlent un risque accru chez les femmes enceintes de subir une forme grave de COVID-19](#). Dans ce contexte, le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques encourage les pays à intensifier leurs efforts pour garantir l'accès des femmes enceintes aux services de soins prénatals.
- [L'OMS et la Fondation Jack Ma ont fait don de fournitures médicales essentielles à la lutte contre la COVID-19 à 20 pays des Caraïbes](#). Les fournitures transportées par avion à la Barbade seront livrées par l'entremise d'un nouveau centre logistique régional intégré, financé par un don du gouvernement du Canada.
- La pandémie de COVID-19 a touché les personnes âgées de façon disproportionnée, surtout celles qui vivent dans des établissements de soins de longue durée. Certains pays indiquent que plus de 40 % des décès attribuables à la COVID-19 sont liés aux établissements de soins de longue durée. Le Bureau régional du Pacifique occidental de l'OMS a produit une [trousse de communication pour les établissements de soins de longue durée](#) afin de les aider sur le plan de la prévention et du contrôle des infections. Cette trousse s'ajoute à la note d'orientation de l'OMS publiée le mois dernier sur la [prévention et la gestion de la COVID-19 dans l'ensemble des services de soins de longue durée](#).

https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200824-weekly-epi-update.pdf?sfvrsn=806986d1_2

International – Écllosion et effets de la maladie à coronavirus (COVID-19) (annonce pour les médias)

Corée du Sud

[Traduction] En Corée du Sud, près de 400 cas d'infection par le SRAS-CoV-2 ont été signalés en 24 heures

Source : TKS

Numéro d'identification unique : [1007695502](#)

SÉOUL, le 24 août 2020 à 8 h 28 – REGNUM a décelé près de 400 cas d'infection par le coronavirus en Corée du Sud au cours des dernières 24 heures. Cette donnée a été rapportée par KBS le 24 août, qui citait des représentants des centres de contrôle et de prévention des infections de Corée.

Suivez les événements dans le reportage : « Paix et coronavirus : stabilisation ou « deuxième vague »? – toutes les nouvelles »

Selon les données publiées, 387 nouveaux cas ont été signalés au niveau local et 10 autres cas ont été importés. Le pays a enregistré jusqu'à maintenant 17 399 cas d'infection confirmés.

Selon les données, 138 cas ont été décelés à Séoul, 124 cas dans la province de Gyeonggi, 32 à Incheon, à Gwangju et à Taejon, 15 cas dans la province de Gangwon, 14 cas dans la province de Cholla-Nambo, 10 cas dans la province de Chungcheon-Namdo, 8 cas dans la province de Gyeongsan-Namdo, 6 cas à Daegu, 3 cas à Ulsan et dans la province de Chonchhon Puto et 2 cas à Pusan et dans la province de Kyung-Utto.

Le nombre de décès attribuables à la COVID-19 est demeuré à 309. Le taux de mortalité était de 1,78 %.

Contexte

À la fin de décembre 2019, les autorités chinoises signalent une éclosion de pneumonie d'origine inconnue dans la ville de Wuhan, dans la province de Hubei. Les experts ont déjà déterminé que l'agent pathogène était un nouveau type de coronavirus – 2019-nCoV (plus tard appelé SRAS-CoV-2). Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la Santé décrète l'existence d'une pandémie de coronavirus (COVID-19) qui a déjà touché 118 000 personnes dans 114 pays.

France

[Traduction] La France enregistre la plus forte augmentation quotidienne de cas de coronavirus

Source : Agence Anadolu

Numéro d'identification unique : [1007696304](#)

La France a enregistré un pic de 4 897 cas confirmés supplémentaires de contamination par le nouveau coronavirus en l'espace de 24 heures, ce qui représente un sommet quotidien depuis le début de l'éclosion.

Selon le ministère de la Santé, le nombre de décès en France s'élève aujourd'hui à 30 513 et a atteint un nombre total de 242 899 cas.

Au total, 4 709 personnes sont encore hospitalisées, dont 383 aux soins intensifs.

Le ministre de la Santé, Olivier Veran, a déclaré que la France avait réussi à tester 700 000 personnes par semaine, ce qui représente environ 1 % de la population française.

« Nous venons de dépasser notre objectif de 700 000 tests réalisés chaque semaine, précisément 725 000 », a déclaré M. Veran au Journal du Dimanche lors d'un entretien en fin de semaine.

« La France fait aujourd'hui plus de tests que l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, la Suède, les Pays-Bas. Nous pouvons réaliser un million de tests par semaine s'il le faut. »

En France, 333 nouvelles grappes ont été confirmées et 38 ministères sont considérés comme vulnérables.

Le ministre de la Santé a toutefois hésité à qualifier la hausse quotidienne des cas d'une résurgence du virus.

[traduction] « Non, ce n'est pas comme en février. Il ne s'agit pas d'une reprise de l'épidémie puisqu'elle n'a jamais cessé. Elle n'a été contrôlée que pendant le confinement. Il existe un risque qu'après avoir retiré délicatement le couvercle de la marmite, l'eau bouille de nouveau. »

<https://www.aa.com.tr/en/europe/france-reports-highest-daily-rise-in-coronavirus-cases/1951520>

Brésil

La chloroquine aurait pu sauver beaucoup de vies au Brésil soutient M. Bolsonaro.

Source : CE Noticias Financieras

Numéro d'id. unique : 1007699233

Lundi, le président Jair Bolsonaro a fait l'éloge des médecins qui ont prescrit de l'hydroxychloroquine à ceux qui présentaient les premiers symptômes de la COVID-19 et a assuré que ce médicament contesté aurait évité un grand nombre des quelque 115 000 décès causés par le virus au Brésil.

« Vous avez sauvé, à ce que je comprends, des milliers et des milliers de vies au Brésil. Si l'hydroxychloroquine n'avait pas été politisée, beaucoup de vies en plus auraient pu être sauvées », a dit Jair Bolsonaro lors de l'annonce au palais présidentiel du Planalto du plan « Le Brésil en train de vaincre la COVID-19 ».

Le groupe des « médecins volontaires », qui d'après leur porte-parole compte 10 000 adhérents dans les 27 États du pays, a défendu avec enthousiasme l'hydroxychloroquine combinée à d'autres médicaments pour lutter contre le coronavirus chez les patients peu malades, même si l'efficacité de cet antipaludique pour le nouveau coronavirus n'a pas fait l'objet d'une vérification scientifique.

« Nous avons appris [...] qu'en attaquant le virus dès sa phase initiale, en utilisant des médicaments simples comme l'hydroxychloroquine, avec l'azithromycine [un antibiotique] et d'autres médicaments, la maladie s'affaiblit et (cela) empêche que la majorité des cas ne s'aggrave », a affirmé l'anesthésiste Luciano Dias de Azevedo, qui dirige le groupe.

« Notre jolie et belle hydroxychloroquine [...] a réussi à réduire les dommages de la COVID-19 [...]. Peuple brésilien, n'aie pas peur de ce médicament », a lancé un médecin, Raissa de Melo Soares.

M. Bolsonaro, âgé de 65 ans, dit avoir subi un traitement lorsqu'il a été contaminé par le virus en juillet dernier, tout comme au moins 200 fonctionnaires présidentiels, dont une douzaine de ses ministres qui ont contracté la maladie.

Le représentant a félicité le groupe de médecins, comme l'a fait le gouvernement.

[traduction] « Je tiens à vous remercier et à vous féliciter pour votre décision à cet égard. Il ne fait aucun doute que l'histoire ne se souviendra jamais des faibles, des lâches et des mauviettes. Nous nous souviendrons toujours d'eux, » dit le chef de l'extrême droite.

M. Bolsonaro a qualifié la COVID-19 de « grippe », et de « dictateurs » les gouverneurs qui ont mis en œuvre un confinement pour freiner la propagation du coronavirus, une mesure qui contribue aux répercussions négatives de la pandémie sur l'économie.

Le Brésil compte 3,6 millions de cas et 114 744 décès, le deuxième pays ayant le plus grand nombre de victimes du nouveau coronavirus après les États-Unis.

Bolivie

[Traduction] La Bolivie compterait cinq fois plus de décès que le chiffre officiel

Source : CE NoticiasFinancieras

Numéro d'identification unique : 1007699229

TARIJA, Bolivie — Tant de gens sont morts que les chiffres du gouvernement ne peuvent pas être exacts.

Des appels pour récupérer les corps ont inondé le bureau médico-légal de la Bolivie. En juillet, les agents ont recueilli jusqu'à 150 cadavres par jour, soit 15 fois plus que la normale, a déclaré Andrés Flores, chef médico-légal du pays.

Selon M. Flores, la poursuite intentée dans son bureau laissait entendre que le nombre officiel de décès liés à la COVID-19 — qui s'établit maintenant à un peu plus de 4 300 — était très faible.

Cependant, compte tenu du peu de preuves et de la crise politique qui déchire le pays, les vies supplémentaires qui ont été en grande partie perdues ne sont pas reconnues.

Les nouveaux chiffres de mortalité révisés par le *Times* laissent entendre que le nombre réel de décès durant l'épidémie est presque cinq fois plus élevé que le chiffre officiel, ce qui indique que la Bolivie a connu l'une des pires épidémies au monde.

L'augmentation extraordinaire de la mortalité, rajustée en fonction de la population, est plus du double de celle des États-Unis, et beaucoup plus élevée que celle de l'Italie, de l'Espagne et du Royaume-Uni.

Selon une analyse du *Times* des données du registre civil de la Bolivie, depuis juin, quelque 20 000 personnes de plus sont mortes comparativement aux années précédentes, soit un nombre énorme dans un pays qui compte environ 11 millions d'habitants.

Selon les démographes, le suivi des décès (toutes causes confondues) donne une image plus précise du nombre réel de victimes de la pandémie, car il ne dépend pas des tests effectués, dont le nombre était très faible en Bolivie.

Les taux de mortalité incluent les personnes qui sont peut-être décédées en raison de la COVID-19 et d'autres causes parce qu'elles n'ont pas pu recevoir de soins médicaux.

M. Flores, qui dirige l'institut de recherche médico-légale, a déclaré qu'il s'agissait d'une situation très cruelle que vivait la population. Il a ajouté que le pays a été démuné face à une telle situation.

Selon Virgilio Prieto, responsable de l'épidémiologie au ministère de la Santé de Bolivie, le pays, avec un système de santé précaire, un gouvernement décentralisé et une infrastructure déficiente, avait du mal à contenir des maladies infectieuses telles que la dengue avant même la pandémie de coronavirus.

Toutefois, la capacité à réagir de la Bolivie a été minée par une élection contestée en novembre, qui a mené au départ du socialiste Evo Morales, alors président. Une présidente intérimaire, la conservatrice Jeanine Añez, a pris le pouvoir en promettant de gouverner jusqu'à la tenue des élections.

Depuis lors, M^{me} Añez a annoncé sa candidature et a demandé au conseil électoral de reporter le nouveau scrutin parce que la pandémie rendait les élections dangereuses pour la population.

Le report du scrutin de mai à octobre a rendu furieux les groupes d'opposition qui y voient une tentative par la présidente intérimaire de s'accrocher au pouvoir.

Selon Santiago Anria, spécialiste de la Bolivie au Dickinson College de Pennsylvanie, M^{me} Añez n'est pas reconnue comme un leader légitime, ce qui rend extrêmement difficile la coordination de l'intervention complexe qu'exige la pandémie.

Il affirme que la décision de M^{me} Añez de se présenter à la présidence, de nommer des législateurs de l'opposition et des responsables régionaux dont dépendait la mobilisation des ressources en soins de santé a entraîné un effort désorganisé et inefficace.

La réaction de la Bolivie a également été freinée par des scandales de corruption, y compris l'arrestation du ministre de la Santé en mai, après que des enquêteurs l'aient accusé d'avoir utilisé l'argent des donateurs internationaux pour acheter des ventilateurs d'hôpitaux au double du coût réel.

M^{me} Añez a défendu sa gestion de l'épidémie en disant que la décision d'imposer rapidement l'isolement avait empêché d'autres pertes de vie.

Elle a également blâmé le parti de Morales pour sa mauvaise gestion du système de santé au cours de ses 14 années au pouvoir et pour s'être opposé aux plans visant à augmenter les dépenses publiques pendant la pandémie.

Elle a écrit sur Twitter ce mois-ci, que son parti avait fait plus en trois mois que ce qui avait été fait en santé pendant toute l'histoire du pays.

Les syndicats et les partisans de Morales ont érigé une centaine de barrages qui ont paralysé une économie déjà affaiblie et réduit les ressources à la disposition du gouvernement pour importer les fournitures médicales dont le pays a un urgent besoin.

Selon un rapport de l'Organisation des États américains, le manque d'oxygène et de matériel causé par les barrages a entraîné la mort d'au moins 30 patients.

Alors que les hôpitaux manquaient de médicaments et de tests de dépistage du coronavirus, les partisans de Morales au Congrès ont adopté une loi permettant l'utilisation à des fins médicales d'un agent de blanchiment très populaire chez les Boliviens, le dioxyde de chlore, à titre de traitement non éprouvé contre le coronavirus et potentiellement dangereux.

Franklin Pareja, politologue à la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz, a déclaré que la pandémie a placé le pays dans une situation très précaire, alors que le gouvernement n'avait pas d'expérience et faisait face à de fortes pressions politiques. Il a soutenu que l'affrontement politique a un coût en vies humaines.

Dans le centre politique de la Bolivie, la région de La Paz, cinq fois plus de personnes sont décédées en juillet par rapport aux années précédentes, ce qui représente un taux comparable à celui de Madrid au cours de son pire mois.

La région de Beni a connu dans ses plaines tropicales sept fois plus de décès que d'habitude, un nombre supérieur à celui de Bergame, en Italie, au haut de la vague.

Bien que les statistiques officielles de la Bolivie montrent une forte augmentation des décès depuis juillet, la fermeture des bureaux du gouvernement pendant le confinement d'avril signifie qu'il n'y a presque pas eu de décès ce mois-là.

Les responsables du registre civil de la Bolivie, lequel émet les certificats de décès, ont prévenu qu'au moins une partie des décès survenus en avril auraient pu être enregistrés dans les mois suivants et ainsi fausser le taux de mortalité.

Cependant, l'ampleur de l'augmentation de la mortalité peut être confirmée par le débordement des crématoriums, des cimetières et des agences de collecte des cadavres de Bolivie.

Le plus grand nombre de décès a entraîné l'effondrement des hôpitaux boliviens et forcé les autorités locales à agrandir leurs crématoriums et à ouvrir de nouveaux cimetières.

Au cimetière municipal de La Paz, les voisins et les corbillards peuvent faire la file devant l'entrée pendant jusqu'à une semaine pour avoir la possibilité d'enterrer les êtres chers.

À Sucre, capitale de la Bolivie, les autorités sanitaires locales ont mentionné qu'elles devaient empiler des dizaines de corps dans des morgues, des hôpitaux et même à l'université locale jusqu'à ce soit installé un nouveau crématorium pour répondre à la demande.

Dans la ville de Copchabamba, les familles ont dû conserver les corps de leurs proches à la maison pendant des jours parce que les salons funéraires et les crématoriums ne pouvaient plus répondre à la demande accrue.

M. Prieto, chef de l'épidémiologie au ministère de la Santé, a précisé que le système de santé avait toujours été saturé. Il a ajouté que la Bolivie ne compte pas assez d'établissements, de matériel ou d'unités de soins intensifs.

Malgré la crise, certains gouvernements régionaux ont cédé aux pressions visant à relancer l'économie avant les élections et ont commencé à permettre la réouverture des gymnases et des restaurants, ce qui fait craindre une nouvelle hausse des taux de mortalité.

Le ministère de la Santé estime que le pays n'atteindra pas le plus fort de la pandémie avant septembre. Entre-temps, la population continuera de subir le coût de la réponse inefficace de la Bolivie.

Lorsque Joshua Jallaza, un chauffeur de taxi de Cochabamba âgé de 24 ans, est tombé malade et exhibait des symptômes du coronavirus, sa famille a appelé trois fois pour avoir un médecin, mais personne n'est venu. Il s'est ensuite évanoui et la famille l'a emmené à l'hôpital qui, selon son frère, Marcelo Jallaza, ne voulait pas s'occuper d'eux.

L'hôpital les a expulsés comme des chiens, selon M. Jallaza.

La famille l'a ensuite emmené dans une clinique privée où un médecin est sorti et a admis le patient à l'urgence. Mais lorsque le personnel a vu ses yeux, il a annoncé que Joshua était décédé et qu'il ne pouvait rien faire.

La famille a ramené le corps à la maison et a passé quatre jours à essayer de l'enterrer. Après avoir supplié en larmes les employés du cimetière, on leur a finalement permis de l'enterrer.

Corée du Sud

[Traduction] La Corée du Sud est à l'aube d'une éclosion nationale « massive » de COVID-19

Source : nypost.com (en anglais seulement)

Numéro d'identification unique : 1007699210

Le plus haut responsable de la santé du pays a annoncé que la Corée du Sud, qui a enregistré son plus grand nombre de nouveaux cas depuis des mois, est à l'aube d'une « éclosion nationale massive » du coronavirus.

Dimanche, le pays a signalé 397 nouvelles infections de COVID-19, soit le plus grand nombre depuis le 7 mars, selon les centres de contrôle et de prévention des infections de Corée (KCDC).

Jeong Eun-Kyeong, directrice des KCDC, a confié à Bloomberg que le nombre de cas augmente dans 17 villes et provinces du pays, et que le pays est maintenant au bord d'une épidémie nationale massive.

La Corée du Sud a déjà servi de modèle en matière de contrôle du virus, alors qu'elle a été capable de réduire le nombre de cas à moins de dix grâce à une campagne intensive de suivi et de tests.

Toutefois, selon M^{me} Jeong, maintenant que le pays a enregistré plus d'un millier de nouveaux cas pendant 11 jours consécutifs, il pourrait devoir revenir à des mesures de distanciation physique plus strictes pour stopper le virus.

Ces mesures pourraient comprendre l'interdiction des rassemblements de plus de 10 personnes, la fermeture des écoles, l'interdiction temporaire des sports professionnels et la recommandation aux employés de travailler à domicile.

M^{me} Jeong a appelé les Sud-Coréens à faire chacun leur part pour prévenir la propagation du virus.

Selon un reportage de la BBC, elle les a priés de rester à la maison et de porter un masque s'ils sortent de leur domicile.

Elle les a invités à se joindre au gouvernement une fois de plus, dans le cadre de cette campagne de distanciation physique, afin de pouvoir continuer d'éduquer les élèves, de soutenir l'économie locale et d'empêcher l'effondrement du réseau médical, ainsi que pour éviter que les patients ne soient en danger. <https://nypost.com/2020/08/24/south-korea-on-verge-of-massive-nationwide-COVID-19-outbreak/>

Palestine

[Traduction] Selon les autorités, le virus s'est propagé dans la communauté de Gaza

Source : OttawaMatters.com : ottawamatters

Numéro d'identification unique : 1007699071

GAZA, Territoire palestinien — Le ministère de la Santé dirigé par le Hamas dans la Bande de Gaza a annoncé lundi les premiers cas de coronavirus enregistrés dans la communauté, ce qui fait craindre une éclosion dans ce territoire appauvri et visé par le blocus d'Israël et de l'Égypte.

Jusqu'à présent, tous les cas signalés à Gaza étaient liés à des installations de quarantaine pour les résidents revenant de l'étranger.

Le ministère de la Santé a déclaré que quatre personnes de la même famille du centre de Gaza avaient obtenu un diagnostic positif aux tests de dépistage du virus et que des enquêtes étaient en cours pour remonter à la source de l'infection. Un confinement complet a été imposé au camp de réfugiés d'al-Maghazi, où vit la famille.

Le gouvernement dirigé par le Hamas a annoncé un couvre-feu de 48 heures dans tout le territoire et, par le fait même, a fermé les entreprises, les écoles, les mosquées et les cafés.

Le mouvement militant islamique Hamas gouverne Gaza depuis qu'il a pris le contrôle des forces palestiniennes rivales en 2007. À la suite de la prise de contrôle par le Hamas du territoire comptant quelque deux millions de Palestiniens, l'Égypte et Israël ont imposé un blocus servant à paralyser le territoire. Depuis, il y a eu trois guerres et d'innombrables escarmouches entre Israël et le Hamas. Les tensions se sont intensifiées au cours des dernières semaines, alors que des militants palestiniens ont lancé des ballons incendiaires et des roquettes à la frontière. Israël a réagi par des frappes aériennes sur des cibles liées au Hamas. Il n'y a eu ni décès ni blessures graves de part et d'autre.

Les cas d'infection locaux surviennent malgré des mois d'efforts rigoureux pour empêcher la transmission dans la collectivité.

Dès le 15 mars, le Hamas a imposé un confinement obligatoire de 21 jours dans des centres de quarantaine désignés pour tous ceux qui revenaient dans la Bande de Gaza en passant par Israël et l'Égypte. Les autorités ont décelé 109 cas dans les installations de quarantaine depuis mars, et 72 des personnes atteintes se sont rétablies. Le seul décès à Gaza a été une femme qui avait des problèmes de santé sous-jacents.

<https://www.ottawamatters.com/world-news/authorities-detect-community-spread-of-virus-in-gaza-2661108>

Chine

[Traduction] Depuis juillet, la Chine vaccine secrètement des travailleurs clés avec un nouveau médicament mystérieux

Source : express.co.uk

Numéro d'identification unique : 1007698286

La CHINE inocule secrètement un vaccin inconnu à des travailleurs clés, depuis juillet.

Les travailleurs clés comprennent le personnel médical de première ligne et les inspecteurs du contrôle frontalier. Zheng Zhongwei, haut fonctionnaire de la commission nationale de la santé, a révélé en fin de semaine que le vaccin avait été approuvé secrètement le 22 juillet. Dans une déclaration officielle, M. Zheng a expliqué la distribution rapide du nouveau vaccin en précisant que l'article 20 de la loi du pays sur les vaccins contient des dispositions claires.

Il a ajouté que lorsqu'un incident majeur de santé publique se produit, la commission nationale de santé présente une demande d'utilisation d'urgence d'un vaccin, et l'administration des aliments et des médicaments de l'État réunit des spécialistes pour évaluer le vaccin et accorder à la commission nationale de la santé l'autorisation d'urgence de l'administrer à une certaine échelle et dans un certain délai.

Le responsable de l'équipe de recherche et de développement des vaccins en Chine a annoncé que la prochaine phase d'inoculation du vaccin commencerait à l'automne et à l'hiver.

Il a expliqué que cette vaccination avait pour but de créer une « barrière immunitaire ».

Il a ajouté qu'une fois le personnel médical immunisé, le vaccin pourra être administré au personnel responsable du fonctionnement des systèmes de base des villes, comme ceux du marché agricole, du transport et de certaines industries de services.

POUR EN SAVOIR DAVANTAGE : Coronavirus : La COVID-19 se propage-t-elle davantage en hiver?

Avertissement des experts

Selon les porte-paroles, tous les services de la ville bénéficient ainsi d'une stabilité garantie.

Jusqu'à présent, le vaccin expérimental n'a été utilisé que pour des personnes qui travaillent dans des professions à « haut risque ».

Les autorités ont maintenant autorisé l'administration du vaccin au personnel de prévention de l'épidémie et au personnel des cliniques de lutte contre les infections.

La China National Biotec Group Company (CNBG) de Sinopharm a mis au point le nouveau vaccin.

NE MANQUEZ PAS

la diffusion **EN DIRECT** du reportage sur l'infection au coronavirus dans le pays : la panique après la communication du bilan **VÉRITABLE** des décès [BLOGUE EN DIRECT]

Les Britanniques revenant d'Espagne s'exposent à des amendes **CONSIDÉRABLES** s'ils ne respectent pas la mise en quarantaine [INSIGHT]

Deuxième vague d'horreur : une nouvelle éclosion de coronavirus éclate au parc à roulettes [ANALYSE]

Le vaccin a fait l'objet d'essais cliniques de phase 3, qui ont été menés aux EAU, au Pérou, au Maroc et en Argentine.

En juin, Beijing a approuvé l'utilisation d'un vaccin différent pour l'Armée de libération du peuple.

Le vaccin a été soumis à toute vapeur au processus « d'approbation de médicaments militaires spécialement nécessaires ».

La Chine peut créer des vaccins à grande échelle.

Le pays compte 40 fabricants qui peuvent créer jusqu'à un milliard de doses d'un vaccin spécifique en beaucoup moins de temps que d'autres pays.

Les résultats de ces vaccins expérimentaux n'ont pas été dévoilés.

On ignore si le vaccin a fait l'objet des essais cliniques les plus rigoureux.

La Chine soutient qu'il y a relativement peu de cas de coronavirus au pays et indique que la plupart des cas récents ont été importés de l'étranger.

M. Zheng a soutenu que la plupart des cas en Chine sont maintenant importés, de sorte que les agents frontaliers constituent un groupe à risque élevé.

Articles connexes portant sur les éclosions de coronavirus : L'immunité contre la COVID-19 pourrait être beaucoup plus élevée. L'Iran est accusé de "camouflage du coronavirus" depuis que le véritable bilan des décès a été révélé. En raison des Fêtes, la hausse des cas de coronavirus suscite des craintes pour certains points chauds.

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1007698286>

OMS

[Traduction] L'OMS constate un manque de données probantes sur les bienfaits du plasma de convalescent pour les patients atteints de la COVID-19

Source : UrduPoint

Numéro d'identification unique : [1007696484](#)

MOSCOU (UrduPoint News / Sputnik – Le 24 août 2020) L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime qu'il y a un manque de preuves démontrant que la thérapie au plasma de convalescent est efficace ou sécuritaire pour le traitement des patients atteints de la COVID-19 et recommande de l'utiliser comme traitement expérimental, selon la déclaration faite lundi par la scientifique en chef de l'OMS, Soumya Swaminathan.

Cette dernière est d'avis qu'un certain nombre d'essais cliniques en cours portent sur le plasma de convalescent, mais que seulement certains d'entre eux ont fourni des résultats et ceux-ci ne sont pas concluants.

Les essais ont porté sur des groupes relativement petits, et les résultats dans certains cas laissent entrevoir certains avantages, mais ils n'ont pas été concluants. Les essais font l'objet de suivis, ainsi que

de méta-analyses et d'examen systématiques réguliers, visant à déceler les modifications et les tendances en matière de données probantes; pour l'instant, il s'agit toujours de données de très faible qualité. Nous recommandons donc que le plasma de convalescent demeure un traitement expérimental. Dans le cadre d'une séance d'information virtuelle, M^{me} Swaminathan a déclaré qu'il fallait continuer à l'évaluer dans des essais cliniques randomisés bien conçus.

Le Dr Bruce Aylward, conseiller principal du directeur général de l'OMS, a quant à lui souligné les effets secondaires causés par cette thérapie.

Il a précisé que la thérapie au plasma de convalescent causait un certain nombre d'effets secondaires allant des frissons et de la fièvre connexes à des blessures pulmonaires plus graves, voire à une surcharge circulatoire. « C'est pourquoi, comme l'a signalé Soumya Swaminathan, les résultats des essais cliniques sont extrêmement importants pour démontrer l'existence d'avantages clairs qui peuvent faire contrepoids à ces effets aux fins des recommandations finales » de déclarer le Dr Aylward.

La Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a approuvé dimanche l'utilisation de plasma de convalescent pour traiter les patients atteints de la COVID-19. L'administration Trump des États-Unis a fait valoir que ce traitement pourrait réduire de 35 % le taux de mortalité attribuable au coronavirus.

Le plasma de convalescent est un traitement expérimental que certains médecins utilisent pour les personnes qui présentent des symptômes graves du coronavirus. Il s'agit de la portion liquide du sang riche en anticorps prélevé sur les patients qui ont guéri de la maladie.

<https://www.urdupoint.com/en/world/who-sees-lacking-evidence-of-convalescent-pla-1009916.html>

OMS

[Traduction] L'OMS annonce que 172 pays ont accepté de participer au programme mondial de mise au point de vaccins

Source : Euronews

Numéro d'identification : 1007698087

Regardez le directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, mener sur la plateforme ci-dessus une séance d'information relative à la pandémie de coronavirus en cours.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a annoncé que 172 pays pourraient être intéressés à participer à une initiative mondiale visant à assurer l'accès équitable à un vaccin sûr et efficace contre le coronavirus.

L'objectif serait de maîtriser la pandémie de COVID-19 en mettant en commun les ressources et en distribuant un vaccin éventuel à tous les pays participants.

Si tous les pays qui ont manifesté leur intérêt s'engagent officiellement dans le projet, plus de 70 p. 100 de la population mondiale pourrait avoir accès à un vaccin grâce au plan COVAX dirigé par l'OMS.

« Au début, lorsque l'approvisionnement [en vaccins] sera limité, il est important de fournir le vaccin aux personnes les plus à risque dans le monde », de dire le directeur général de l'OMS,

Tedros Adhanom Ghebreyesus. Il a ajouté qu'il ne s'agit pas seulement de mettre en commun les risques, mais aussi de veiller à ce que les prix soient maintenus aussi bas que possible.

Le coronavirus a tué plus de 800 000 personnes dans le monde.

Il y a actuellement neuf candidats vaccins qui font partie de l'initiative et neuf autres sont à l'étude.

Selon l'OMS, l'optimisation du portefeuille de vaccins augmente la probabilité de succès, car les vaccins individuels ont historiquement un taux d'échec élevé.

« Le plan COVAX visait à fournir deux milliards de doses d'un vaccin sûr et viable d'ici la fin de 2021 », a déclaré M. Ghebreyesus.

Il a ajouté qu'on voyait la lumière au bout du tunnel et qu'ensemble, comme il l'avait dit la semaine précédente, il est possible d'y arriver.

En plus de souligner les efforts déployés par les gouvernements du monde entier pour atténuer l'impact économique de la pandémie du coronavirus, M. Ghebreyesus a prévenu qu'il était urgent de débloquer davantage de fonds pour faire avancer le portefeuille.

Les médicaments utilisés pour traiter la COVID-19 sont-ils efficaces? Euronews démystifie les mythes.

Poutine a même annoncé que sa fille avait déjà été vaccinée.

Cette annonce a soulevé la controverse car au moment où elle a été faite le vaccin n'avait pas encore fait l'objet d'essais avancés prouvant qu'il était efficace, ce qui va à l'encontre du protocole scientifique normal.

La D^r Soumya Swaminathan, scientifique en chef de l'OMS, a indiqué que l'OMS avait demandé aux Russes de partager les données sur l'efficacité du vaccin.

Selon elle, la sécurité doit être évaluée à court terme, mais aussi à long terme, car certains effets secondaires ne sont décelés que plus tard.

Interrogé sur la question de savoir si les pays devraient envisager de commander des doses du vaccin russe, le D^r Bruce Aylward, conseiller principal du directeur général, a déclaré que l'OMS ne recommanderait pas de vaccins qui n'auraient pas été soumis à son « programme d'homologation préalable à l'utilisation d'urgence ».

À ce jour, aucun vaccin n'a franchi cette étape.

Les États-Unis mettent au point une souche de coronavirus pour de futurs essais de vaccin.

L'autorisation d'urgence du plasma de convalescent en tant que traitement de la COVID-19 aux États-Unis a également été remise en question lors du point de presse.

Le président des États-Unis, Donald Trump, a salué cette mesure comme une « percée » qui pourrait réduire les décès de 35 p. 100.

La D^r Swaminathan a indiqué qu'il y avait très peu de preuves pour démontrer l'innocuité et l'efficacité du traitement au coronavirus, et a déclaré qu'il y avait un certain nombre d'essais cliniques en cours portant sur le plasma et que seules quelques données avaient été publiées jusqu'à présent.

Elle a précisé que les résultats ne sont pas concluants et que les essais ont été relativement modestes et indiquent dans certains cas certains avantages, sans être concluants. Elle a dit que l'OMS suivait la situation de près et faisait le point régulièrement pour voir les changements ou les résultats possibles des données probantes et que celles-ci étaient encore jugées trop faibles pour dresser un tableau complet.

<https://www.euronews.com/2020/08/24/watch-live-who-director-general-gives-update-on-COVID-19-pandemic>

Suède

[Traduction] Le responsable de la lutte contre la COVID-19 en Suède prédit des éclosons locales, mais pas de deuxième vague importante – *National Post*

Source : *National Post*

Numéro d'identification : 1007698101

STOCKHOLM — La Suède devrait connaître des épidémies locales, mais si sa stratégie non orthodoxe de lutte contre la pandémie se poursuit, il ne devrait pas y avoir de deuxième vague importante de cas de COVID-19 à l'automne, comme ce fut le cas il y a quelques mois alors que les hôpitaux étaient surchargés, selon ce qu'a dit le principal épidémiologiste et architecte de la lutte du pays.

La Suède a été une exception dans la lutte de l'Europe contre le nouveau coronavirus, car elle a gardé les commerces, les restaurants et la plupart des écoles ouverts tout au long de la pandémie, sans recommander l'utilisation de masques faciaux qui restent rares dans les rues des villes.

Le responsable de la lutte contre la COVID-19 en Suède prédit des éclosons locales, pas de deuxième vague importante. Retour à la vidéo

La Suède a connu beaucoup plus de décès causés par la COVID-19 que ses voisins nordiques par rapport à sa population, mais pas autant que les pays européens les plus durement touchés comme la Belgique, l'Espagne et la Grande-Bretagne.

Les nouveaux cas, les hospitalisations et les décès ont fortement diminué au cours des derniers mois. Comme la plupart des Suédois sont revenus de leurs vacances d'été et que les écoles ont rouvert la semaine dernière pour le nouveau semestre, il y a lieu de craindre une deuxième vague d'infections dans le pays.

L'épidémiologiste en chef, Anders Tegnell, a déclaré au diffuseur TV4 que le gouvernement ne croyait pas que la Suède connaîtrait une deuxième vague classique, comme celle des pandémies de grippe, où la contagion généralisée se répand de nouveau dans la communauté.

Il est d'avis que cette maladie semble fonctionner différemment et que la propagation est plus irrégulière, de sorte qu'il est plus probable que nous voyons à l'automne – comme on le constate actuellement en Europe – des éclosons dans certains endroits, sur les lieux de travail et dans des milieux similaires.

<https://nationalpost.com/pmnh/health-pmnh/swedish-COVID-19-response-chief-predicts-local-outbreaks-no-big-second-wave>

France

[Traduction] Éclosion de coronavirus « très inquiétante » dans un centre de villégiature populaire de France

Source : Info sur Hoy

Numéro d'identification unique : [1007696609](#)

Le centre de villégiature de Cap d'Agde dans la région d'Hérault, très populaire chez les naturistes, a accusé 38 cas positifs lundi qui s'ajoutent aux 57 autres enregistrés mercredi dernier.

Les autorités sanitaires régionales de France ont annoncé dimanche que 100 naturistes en vacances sur la côte méditerranéenne avaient reçu un diagnostic positif de COVID-19.

Environ 100 vacanciers nudistes ont reçu un diagnostic positif relatif au dépistage de la COVID-19 au village de Cap d'Agde sur la côte méditerranéenne de France, alors que le pays lutte contre une deuxième vague.

La plage nudiste de Cap d'Agde en France est une destination prisée par les naturistes.

Le taux d'infection au coronavirus est quatre fois plus élevé dans le centre de villégiature nudiste que dans le reste de la région.

Le Royaume-Uni a ajouté la France à sa liste de destinations voyage qui exigent une mise en quarantaine.

Les autorités sanitaires locales ont annoncé que le taux d'infection est à l'heure actuelle quatre fois plus élevé chez les naturistes du centre de villégiature que dans le village comme tel.

Il y a eu une éclosion « très inquiétante » de coronavirus dans un centre de villégiature de France.

Cinquante autres vacanciers ont obtenu un résultat positif à leur retour à la maison.

Tel qu'annoncé dimanche, près de 4 900 nouveaux cas de coronavirus ont été signalés sur une période de 24 heures, soit le chiffre le plus élevé au pays depuis mai.

La France fait partie de plusieurs pays européens qui connaissent une hausse du nombre de cas après avoir semblé maîtriser les taux d'infection.

D'autres résultats de tests sont attendus la semaine prochaine. Les autorités ont déclaré que l'éclosion était « très inquiétante », et une alerte a été émise à l'égard du centre de villégiature.

La France teste plus de personnes qu'auparavant — jusqu'à 700 000 par semaine — de sorte qu'il y aura plus de cas positifs, mais le taux d'infection a doublé depuis la fin juillet.

Les responsables affirment que le virus circule maintenant surtout dans les grandes villes parmi les jeunes qui ne présentent généralement pas de symptômes graves.

La France compte plus de 280 000 cas confirmés d'infection par le coronavirus et 30 518 décès, ce qui la place au troisième rang des pays d'Europe après le Royaume-Uni et l'Italie.

Le ministre français de la Santé Olivier Veran a insisté sur le fait que le pays n'aura pas à procéder à un deuxième confinement à l'échelle nationale.

L'Espagne, l'Allemagne et l'Italie ont également enregistré leur plus grand nombre de cas depuis la fin d'avril ou de mai.

Le Royaume-Uni a récemment ajouté la France, l'Autriche, la Croatie, Malte et les Pays-Bas à sa liste de destinations voyage nécessitant deux semaines d'auto-isolement au retour.

L'Italie a enregistré 845 nouveaux cas jeudi dernier, son chiffre le plus élevé depuis trois mois.

Boris Johnson a déclaré qu'il faudra faire preuve « d'impitoyabilité » pour empêcher le coronavirus de réapparaître au Royaume-Uni, comme il semble le faire en Europe.

<https://infosurhoy.com/health/very-worrying-coronavirus-outbreak-at-popular-nudist-resort-in-france-latest-news/>

OMS

[Traduction] Pandémie de coronavirus : les enfants de 12 ans et plus doivent porter un masque

Source : BBC News

Numéro d'identification unique : [1007696311](#)

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié une directive selon laquelle les enfants de plus de 12 ans devraient porter un masque, conformément à la pratique recommandée pour les adultes dans leur

pays ou leur région.

L'OMS admet que l'on sait peu de choses sur la façon dont les enfants transmettent le virus, mais détient des preuves selon lesquelles les adolescents peuvent infecter les autres, au même titre que les adultes. Les enfants de cinq ans et moins ne devraient normalement pas porter de masque, a déclaré l'OMS. Plus de 800 000 personnes sont mortes du coronavirus dans le monde.

Selon l'Université Johns Hopkins, au moins 23 millions de cas d'infection ont été enregistrés, la plupart aux États-Unis, au Brésil et en Inde.

Toutefois, on croit que le nombre réel de personnes qui ont contracté le virus est beaucoup plus élevé, compte tenu de la quantité insuffisante de tests de dépistage et du nombre de cas asymptomatiques. La pandémie a de nouveau augmenté dans des pays aussi divers que la Corée du Sud, les États de l'UE et le Liban.

Pourquoi l'Espagne vit une deuxième vague de Covid?

Une nouvelle étude révèle que plus de femmes à Delhi avaient contracté la Covid.

Où sont les points chauds du coronavirus dans le monde?

Le directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, a dit qu'il espérait que la pandémie se terminerait dans deux ans, mais un conseiller scientifique de premier plan au Royaume-Uni a prévenu que la COVID-19 ne serait jamais éradiquée, et que les gens auraient besoin de vaccins réguliers.

Quelles sont les directives de l'OMS pour le port du masque par les enfants?

L'avis publié sur le site Web de l'OMS couvre trois groupes d'âge :

Les enfants âgés de 12 ans et plus devraient porter un masque dans les mêmes situations que les adultes, surtout lorsqu'ils ne peuvent garantir une distance d'au moins un mètre avec les autres et qu'il existe une transmission généralisée de l'infection dans la région. Pour les enfants de 6 à 11 ans, l'OMS conseille de tenir compte de la gravité de la propagation du virus et de l'interaction que pourrait avoir l'enfant avec des sujets à risque élevé, comme les aînés. L'OMS insiste également sur la nécessité d'une supervision par des adultes pour aider les enfants à utiliser, à enfiler et à retirer les masques en toute sécurité.

Les enfants de cinq ans et moins ne devraient pas, dans des circonstances normales, porter de masque. Quant aux enseignants, l'OMS affirme que dans les régions où la transmission est répandue, tous les adultes de moins de 60 ans et qui sont généralement en bonne santé devraient porter des masques en tissu lorsqu'ils ne peuvent garantir une distance d'au moins un mètre des autres.

Elle juge cette mesure particulièrement importante pour les adultes qui travaillent avec des enfants et qui peuvent avoir des contacts étroits avec des enfants et entre eux.

Les adultes de 60 ans et plus, ou ceux qui ont des problèmes de santé sous-jacents, devraient porter un masque médical, dit-on.

Les directives de l'OMS ne précisent pas si un enfant de plus de 12 ans doit porter un masque à l'école, mais ce pourrait être une exigence en salle de classe au début de la nouvelle année scolaire.

La France l'a récemment rendu obligatoire pour tous les enfants de plus de 11 ans, et un certain nombre d'écoles au Royaume-Uni prennent l'initiative d'obliger les élèves à les porter même s'il ne s'agit pas d'une directive officielle du gouvernement.

L'école secondaire James Gillespie d'Édimbourg est l'une de ces écoles qui, après avoir reçu des commentaires des élèves, du personnel et des parents, ont pris la décision d'exiger que les élèves portent des masques à l'intérieur pendant les déplacements d'une classe à l'autre. Nicola Sturgeon, la première ministre d'Écosse, a prévenu les élèves du secondaire qu'ils pourraient devoir porter des couvre-visages dans un « proche avenir ».

<https://www.bbc.com/news/world-53877292>

Cuba

[Traduction] Cuba commence les essais cliniques de son candidat vaccin contre la COVID-19

Source : CE NoticiasFinancieras

Numéro d'identification : 1007699541

La Havane, le 24 août (EFE). – Cuba a commencé lundi à La Havane les essais cliniques chez des humains de son premier candidat vaccin contre le coronavirus SRAS-CoV-2; les deux premières phases devraient se terminer au début de novembre prochain et 676 volontaires devraient y participer.

Les essais de la formule mise au point par les scientifiques de la Finlay Institute of Vaccines de l'État et appelée « Souverain 01 » ont été autorisés après inscription le 13 août au registre du centre cubain de

contrôle des médicaments, du matériel et des appareils médicaux (Cedmec). Les essais auprès d'animaux qui ont eu lieu en mai et août ont été réussis et il s'agit du premier candidat vaccin d'un pays d'Amérique latine, qui a été approuvé pour des essais cliniques, selon le directeur de l'institut Finlay, Vicente Vérez. Selon les gestionnaires du centre, au cours de la première phase, le vaccin sera administré au centre national de toxicologie (Cenatox) à 20 volontaires âgés de 19 à 59 ans puis, une semaine plus tard, à 20 autres personnes âgées de 60 à 80 ans.

La deuxième phase débutera le 11 septembre avec la vaccination des volontaires restants jusqu'à l'atteinte du nombre prévu de 676 personnes.

Les participants à l'essai recevront deux doses du vaccin à un intervalle de 28 jours et leur réaction sera étudiée pendant deux mois. Selon le centre national, l'essai du vaccin devrait se terminer le 11 janvier 2021 et les résultats devraient être disponibles le 1^{er} février pour publication le 15 du même mois. M. Vérez a expliqué en présentant la recherche que l'essai clinique sera « randomisé, contrôlé, adaptatif et multicentrique » et visera à évaluer « la sécurité, la réactogénicité et l'immunogénicité » dans un scénario à deux doses.

Bien que les essais sur les humains commencent maintenant, le 28 juillet, trois des chercheurs de l'équipe qui a mis au point le candidat vaccin ont été vaccinés. Contrairement à d'autres projets de vaccins plus avancés aujourd'hui, développés à partir de vecteurs adénoviraux ou de virus inactivés, la formule cubaine est fondée sur une protéine recombinante, bien qu'aucune autre donnée sur le développement n'ait été officiellement diffusée à ce jour. Cuba, qui compte jusqu'à maintenant 3 717 cas de coronavirus et 91 décès attribuables à la COVID-19, ainsi que 545 cas actifs à l'heure actuelle, fait face à une reprise de la maladie dans les provinces de l'Ouest et surtout à La Havane, où les autorités ont réactivé les mesures restrictives qui avaient été assouplies au début de juillet. Ce pays des Caraïbes compte une industrie en biotechnologie et pharmaceutique renommée qui produit déjà 8 vaccins contre des maladies comme la méningite, le cancer du poumon (thérapeutique) et des tumeurs solides, entre autres.

Études liées à l'éclosion de coronavirus (COVID-19) (annonce pour les médias)

États-Unis

[Traduction] Quarante millions d'adultes qui travaillent ou vivent avec des enfants risquent d'être gravement malades en raison d'une infection de COVID-19

Source : CIDRAP

Numéro d'identification : 1007698895

Un article scientifique publié à la fin de la semaine dernière dans les *Annals of Internal Medicine* révèle qu'environ 40 millions d'adultes américains qui travaillent ou vivent avec des enfants d'âge scolaire présentent des facteurs de risque certains ou possibles de contracter une forme grave de COVID-19, ce qui a des répercussions sur la réouverture de l'école à l'automne.

Des chercheurs de la Faculté de médecine de Harvard et de la City University of New York au Hunter College, qui ont analysé des données représentatives de l'enquête nationale sur la santé de 2018, ont montré que 2,9 millions des 5,8 millions d'enseignants de la maternelle à la 12^e année (50,6 %) avaient des facteurs de risque certains ou possibles de contracter une maladie grave liée au coronavirus, notamment en raison de l'obésité (32,1 %), de problèmes cardiaques (8,0 %) et du cancer (0,7 %). Parmi le personnel non enseignant, 55,8 % des employés avaient des facteurs de risque certains ou possibles.

Des 69,7 millions d'adultes vivant avec des enfants âgés de 5 à 17 ans, 37,7 millions (54,0 %) présentaient des facteurs de risque certains ou possibles, y compris en raison de leur âge de plus de 64 ans (6,6 %), de maladies cardiaques (12,5 %), du diabète de type 2 (12,7 %) et du cancer (au moins 1,6 %). La prévalence des facteurs de risque était semblable chez les enfants de 5 à 10 ans et chez ceux de 11 à 17 ans.

Les membres adultes des ménages à faible revenu avec enfants présentaient un risque plus élevé de contracter une forme grave de COVID-19 que ceux des ménages à revenu élevé. Alors que les adultes

vivant avec des enfants noirs présentaient un risque élevé, ceux vivant avec des enfants asiatiques ou d'autres groupes ethniques accusaient le risque le plus faible.

Les auteurs ont noté que l'étude ne tenait pas compte des 4,4 millions de non-spécialistes travaillant dans les écoles ou des 1,6 million de travailleurs de garderie, de sorte que le nombre d'adultes à risque serait supérieur à 40 millions.

Ils ont affirmé que les risques pour les enseignants semblent similaires à ceux des autres adultes qui travaillent et, bien que l'école en classe soit meilleure pour le développement intellectuel et social des enfants, la santé mentale, la sécurité alimentaire et la sûreté, et que les enfants ont tendance à avoir seulement une forme asymptomatique ou légère de la COVID-19, ils propagent le virus.

Les chercheurs soutiennent que les dirigeants des écoles doivent évaluer ces avantages indéniables par rapport au risque pour les adultes qui s'occupent des enfants, en particulier les enfants plus âgés qui transmettent couramment l'infection (les enfants plus jeunes sont environ un tiers plus susceptibles de propager l'infection qui sévit dans leur foyer). Les risques et les avantages de la réouverture des écoles sont probablement plus grands pour les familles pauvres et les familles noires.

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/08/news-scan-aug-24-2020>

<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M20-5413>

Royaume-Uni

[Traduction] Pour protéger la santé mentale des enfants pendant la pandémie de COVID-19, les parents doivent s'occuper de leurs propres enfants

Source : Medical Xpress

Numéro d'identification : 1007699559

Les effets négatifs de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale sont clairs, mais on craint particulièrement que les enfants soient les plus touchés à long terme.

À la fin de mars, les fermetures d'écoles touchaient 91 % de la population étudiante mondiale, alors qu'elles touchent encore plus de 60 % des élèves. Ces fermetures limitent les possibilités pour les enfants d'avoir des interactions sociales importantes, ce qui peut nuire à leur santé mentale.

En particulier, le confinement à domicile, les craintes d'infection, le stress familial et la perte financière peuvent avoir des effets négatifs sur la santé mentale des jeunes. Des recherches menées plus tôt au cours de la pandémie ont indiqué que ces effets pourraient être plus prononcés chez les enfants qui ont des problèmes de santé mentale préexistants.

Quels sont les enfants les plus à risque?

Les parents ont un rôle important à jouer afin de protéger la santé mentale des enfants pendant la pandémie de COVID-19.

La recherche montre que les liens familiaux comptent davantage dans les situations stressantes de longue durée que dans les périodes de stress aigu. Cela signifie que les facteurs familiaux sont probablement encore plus importants pour la santé mentale des enfants pendant la pandémie de COVID-19 que pendant des expériences traumatisantes plus éphémères comme l'exposition à une catastrophe naturelle.

L'étude récente a révélé que 81 % des enfants âgés de 5 à 17 ans avaient démontré au moins un symptôme de traumatisme au cours de la phase précoce de la COVID-19. Par exemple, certains enfants ont eu de la difficulté à dormir seuls ou ont eu un comportement exceptionnellement plus enfantin ou plus sérieux pour leur âge.

Les recherches non publiées s'appuyaient sur des rapports de parents d'Australie et du Royaume-Uni. Elles ont également fait ressortir une augmentation des problèmes émotionnels. Par exemple, selon leurs parents, 29 % des enfants étaient plus malheureux qu'avant la COVID-19.

Fait important, l'étude a souligné plusieurs facteurs parentaux et familiaux qui sont importants pour prédire les changements au titre des problèmes de santé mentale des enfants.

Voici quatre des principales constatations :

1. La détresse des parents compte

La plus grande détresse personnelle vécue par les parents est liée à l'augmentation des problèmes de santé mentale de leur enfant pendant la COVID 19. Cette détresse s'entend du stress général en plus de

l'inquiétude et de la détresse provoquées par la COVID-19. Elle englobe aussi l'anxiété associée aux problèmes qui existaient avant la COVID-19.

C'est pourquoi il est important que les parents s'occupent de leur propre santé mentale et de leur niveau de stress. L'appel à l'aide psychologique est une bonne option pour les parents qui ont du mal à s'en sortir.

Avec une référence d'un omnipraticien, les Australiens peuvent recevoir dix séances de soins psychologiques par année payées par l'assurance-maladie. Les habitants de Victoria qui sont actuellement soumis à des restrictions plus sévères peuvent maintenant recevoir jusqu'à 20 séances de soins psychologiques.

2. De bons liens familiaux aident

Des niveaux plus élevés de chaleur parentale et de cohésion familiale ont été associés à des symptômes moindres de traumatisme chez les enfants. La « chaleur parentale » s'exprime par l'intérêt démontré à l'égard de ce que fait l'enfant ou par l'encouragement à parler de ce qu'il pense; la « cohésion familiale » signifie que les membres de la famille s'entraident et s'appuient mutuellement.

D'autres recherches ont fait ressortir que ces facteurs étaient systématiquement liés à l'adaptation des enfants au stress et aux traumatismes.

Heureusement, les parents peuvent utiliser toute une gamme de ressources pour renforcer leurs relations avec leurs enfants.

<https://medicalxpress.com/news/2020-08-safeguard-children-mental-health-covid-.html>

Royaume-Uni

[Traduction] Une étude révèle que les médicaments contre l'hypertension artérielle améliorent les taux de survie à la COVID-19

Source : ScienceDaily

Numéro d'identification : 1007698084

Selon une nouvelle recherche de l'Université d'East Anglia, les médicaments contre l'hypertension artérielle pourraient améliorer les taux de survie à la COVID-19 et réduire la gravité de l'infection.

Les chercheurs ont mené une étude auprès de 28 000 patients prenant des antihypertenseurs, une catégorie de médicaments utilisés pour traiter l'hypertension (hypertension artérielle).

Ils ont constaté que le risque de maladie grave associée à la COVID-19 et de décès était réduit chez les patients atteints d'hypertension artérielle qui prenaient des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA).

Le Dr Vassilios Vassiliou, chercheur principal de la faculté de médecine de Norwich de l'UEA, a déclaré ce qui suit : « Nous savons que les patients atteints de maladies cardiovasculaires courent un risque particulier d'infection grave par la COVID-19. Mais au début de la pandémie, nous craignons que des médicaments spécifiques pour l'hypertension artérielle empirent les effets pour les patients atteints de COVID-19. »

« Nous devons savoir quel était l'impact de ces médicaments sur les personnes atteintes de COVID-19.

« Nous avons donc étudié les résultats pour les patients prenant des antihypertenseurs, en particulier ce que nous appelons les résultats "critiques" comme l'admission aux soins intensifs, la mise sous respirateur, et la mort. »

La recherche a été menée par l'UEA en collaboration avec l'hôpital universitaire Norfolk and Norwich.

L'équipe a analysé les données de 19 études liées à la COVID-19 et aux médicaments ICEA et ARA. La méta-analyse a porté sur plus de 28 000 patients et constitue l'étude la plus vaste et la plus détaillée à ce jour.

Elle a comparé les données de patients atteints de la COVID-19 qui prenaient des médicaments de type ICEA ou ARA à celles de ceux qui n'en prenaient pas, et s'est surtout arrêtée aux événements

« critiques » qu'ils auraient pu subir (admission aux soins intensifs et ventilation invasive ou non invasive) et aux décès.

Le Dr Vassiliou a déclaré : « Nous avons constaté qu'un tiers des patients atteints de COVID-19 souffraient d'hypertension artérielle et qu'un quart de tous les patients prenaient des médicaments de type ICEA ou ARA. Cette situation s'explique probablement par le risque accru d'infection chez les patients atteints de comorbidités, telles que les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et le diabète.

« Toutefois, ce qui est important est que, selon l'étude, rien ne prouve que ces médicaments pourraient augmenter la gravité de la COVID-19 ou le risque de décès. »

« Au contraire, l'étude a révélé que le risque de décès et les résultats critiques étaient beaucoup plus faibles, de sorte que ces médicaments pourraient en fait avoir un rôle de protection, en particulier chez les patients atteints d'hypertension.

« Les patients atteints de la COVID-19 qui prenaient des médicaments de type ICEA ou ARA étaient 0,67 fois moins susceptibles d'avoir un résultat critique ou mortel que ceux qui n'en prenaient pas. »

« Alors que le monde se prépare à une deuxième vague d'infection possible, il est particulièrement important de comprendre l'effet de ces médicaments sur les patients atteints de COVID-19.

« Notre recherche fournit des preuves substantielles qui justifient de recommander l'utilisation continue de ces médicaments si les patients les prenaient déjà. »

« Toutefois, nous ne pouvons déterminer si l'ingestion de tels comprimés de façon aiguë par les patients atteints de COVID-19 pourrait améliorer leur pronostic, car le mécanisme d'action pourrait être différent », d'ajouter le Dr Vassiliou.

<https://www.sciencedaily.com/releases/2020/08/200823201518.htm>

Royaume-Uni

[Traduction] Des respirateurs pourraient être adaptés pour aider en même temps deux patients atteints de la COVID-19

Source : medicalxpress.com

Numéro d'identification : 1007697977

À l'approche du premier pic de la pandémie de COVID-19, les gouvernements craignaient qu'il n'y ait pas assez de respirateurs, c'est-à-dire les appareils qui « respirent » pour les patients lorsqu'ils ne peuvent le faire eux-mêmes, pour aider tous ceux qui en avaient besoin.

Des chercheurs du King's College de Londres et de l'Imperial College de Londres ont conçu un modèle théorique sur la façon dont un seul respirateur pourrait être utilisé pour traiter deux patients. Selon eux, bien que la division des respirateurs puisse être dangereuse en soi, leur modèle montre comment certains des problèmes peuvent être atténués par l'utilisation de résistances variables et de clapets de non-retour.

Habituellement, les respirateurs sont programmés spécifiquement pour chaque patient, puisque chaque patient a besoin d'une pression et d'un volume d'air particuliers. Cette nouvelle recherche, publiée dans le *Royal Society Open Science*, présente une approche selon laquelle un respirateur pourrait en théorie aider en même temps deux patients ayant des problèmes pulmonaires différents, et permettre que le débit d'air (volume courant) administré à un patient puisse être réglé indépendamment de celui de l'autre.

Pour ce faire, les chercheurs ont élaboré un modèle théorique, fondé sur une analogie électrique mécanique, et l'ont utilisé pour mettre à l'essai diverses configurations de connexion permettant d'utiliser un seul respirateur pour deux patients. Ils ont découvert qu'il est théoriquement possible de fournir une ventilation adaptée à différents patients à partir d'un seul respirateur lorsque des résistances variables et des clapets de non-retour sont ajoutés dans les voies d'inhalation et d'expiration du circuit du respirateur. Les chercheurs expliquent que le modèle théorique pourrait être utilisé par d'autres chercheurs pour évaluer d'autres solutions possibles.

Le coauteur de l'étude, M. Peter Vincent du département d'aéronautique de l'Impériale, déclare qu'au-delà de la pandémie de COVID-19, l'approche pourrait être utile dans un éventail d'autres scénarios extrêmes, comme le manque aigu de capacité dans le cadre d'une catastrophe ou dans le contexte d'un champ de bataille militaire.

M. Steven Williams, le coauteur de la School of Biomedical Engineering & Imaging Sciences du King's College de Londres ajoute que le coupleur proposé peut aider en permettant d'ajuster un paramètre de ventilation particulier, soit celui du volume courant.

L'équipe souligne qu'il y a toute une série de problèmes importants associés à l'utilisation partagée du respirateur, et que cette pratique doit être prise en compte uniquement dans les circonstances les plus extrêmes, car elle pose de graves risques. Toutefois, les chercheurs affirment que si la ventilation partagée s'avérait nécessaire, leur méthode pourrait être considérée comme une solution de « dernier recours ».

M. Vincent signale que l'équipe souhaite maintenant obtenir les commentaires de la communauté internationale et commencer à mettre la méthode à l'essai en laboratoire.

Pour en savoir davantage : José A. Solís-Lemus et coll., *A simulated single ventilator/dual patient ventilation strategy for acute respiratory distress syndrome during the COVID-19 pandemic*, Royal Society Open Science (2020). DOI : 10.1098/rsos.200585
<https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rsos.200585>
Renseignements sur la revue : *Royal Society Open Science*
produite par l'Imperial College de Londres
<https://medicalxpress.com/news/2020-08-ventilators-covid-patients.html>

États-Unis

[Traduction] Des chercheurs découvrent les prédicteurs immunitaires des cas de COVID-19 les plus graves

Source : medicalxpress.com

Numéro d'identification : 1007697969

Selon une étude publiée dans la revue *Nature Medicine* en août, les scientifiques du Mont Sinai ont identifié deux marqueurs d'inflammation qui prédisent de manière fiable la gravité des cas de COVID-19 et la probabilité de survie, et qui constituent la base d'une plate-forme de diagnostic et de cibles thérapeutiques.

Les chercheurs ont étudié quatre protéines connues sous le nom de cytokines qui circulent dans le sang et sont couramment associées à des infections, et ont découvert que deux d'entre elles, appelées IL-6 et TNF- α , étaient capables de prédire quels patients seraient susceptibles de développer des formes plus graves de COVID-19 et de mourir. D'après les scientifiques, les niveaux de IL-6 et de TNF- α dans le sérum, mesurés à l'admission à l'hôpital, étaient élevés chez les patients qui étaient le plus malades; cette constatation n'avait aucun lien avec les autres conditions médicales sous-jacentes du patient, les caractéristiques démographiques, comme l'âge et le sexe, d'autres biomarqueurs cliniques courants de la gravité d'une maladie, comme une faible saturation en oxygène, et d'autres marqueurs habituels liés à l'inflammation, aux niveaux de fer et aux anomalies de coagulation sanguine.

Les chercheurs expliquent que d'après cette étude ces cytokines devraient être surveillées pendant le traitement des patients atteints de COVID 19 afin d'aider à sélectionner ceux qui devraient participer aux essais cliniques et recevoir des médicaments spécifiques pouvant les cibler.

M. Sacha Gnjatic, qui est directeur associé de l'Human Immune Monitoring Center à Mount Sinai, professeur associé de médecine, d'oncologie et de pathologie à l'Icahn School of Medicine de Mount Sinai et membre de la Precision Immunology Institute et du Tisch Cancer Institute du Mount Sinai, précise que les chercheurs proposent de tenir compte des niveaux d'IL-6 et de TNF- α dans le sérum aux fins de la gestion et du traitement des patients atteints de la COVID-19 afin d'effectuer une stratification des essais cliniques éventuels, d'orienter l'affectation des ressources et de justifier les options thérapeutiques. « Nous proposons également que les patients présentant des niveaux élevés d'IL-6 et de TNF- α soient évalués aux fins de l'utilisation d'un blocage concomitant du processus inflammatoire de la pathogénie associée à cette maladie. Les médicaments qui bloquent ces cytokines sont approuvés par la FDA ou font l'objet d'essais cliniques. »

Au début de la pandémie, les scientifiques du Mount Sinai ont rapidement mis en œuvre un test rapide pour mesurer les concentrations de quatre cytokines associées à l'inflammation pathogène, que l'on soupçonnait être responsables de la gravité de la maladie chez les patients atteints de la COVID-19. En un mois seulement, les taux de cytokines dans le sang ont été testés auprès de 1 484 patients à leur admission dans les hôpitaux du réseau de santé du Mount Sinai; l'état de ces patients a été surveillé pendant une période pouvant aller jusqu'à 41 jours.

Grâce à une autorisation d'urgence du département de la Santé de l'État de New York, le test a pu être inclus dans le système électronique de dossiers médicaux des hôpitaux, auquel les médecins ont accès pour commander des analyses sanguines normales et des médicaments, ce qui a permis le prélèvement rapide d'une grande quantité d'échantillons. Étant donné que les résultats sont disponibles en trois heures, les chercheurs croient que ce test pourrait être utilisé en milieu clinique pour stratifier les patients et déterminer les traitements en temps quasi réel.

Les résultats des tests ont montré que le risque de décès chez les patients présentant une concentration élevée d'IL-6 ou de TNF- α était au moins deux fois plus élevé, même si l'on tient compte d'autres facteurs de risque connus. Les scientifiques ont ensuite validé leur modèle prédictif à l'aide d'échantillons d'une autre cohorte de 231 patients atteints de la COVID-19, qui étaient hospitalisés.

Les chercheurs ont analysé les effets que pouvaient avoir divers traitements tentés chez un sous-ensemble de ces patients sur les cytokines qu'ils mesuraient. Ils ont découvert que les traitements récemment jugés bénéfiques pour les patients atteints de la COVID-19, tels que l'antiviral remdesivir ou le corticostéroïde dexaméthasone, pourraient abaisser les niveaux de cytokines.

Compte tenu de ces résultats, les chercheurs soutiennent que la surveillance de ces cytokines chez les patients atteints de COVID-19 peut aider à déterminer leur pronostic, et que tout traitement devrait être éventuellement administré en fonction des concentrations de cytokines, car celles-ci ont un effet sur les résultats.

Ils allèguent également que ces résultats justifient la mise à l'essai de médicaments ciblant l'IL-6 et le TNF- α par eux-mêmes ou combinés, afin de déterminer leur efficacité possible en fonction des niveaux de départ élevés.

La surveillance des concentrations d'IL-6 et de TNF- α avant et pendant les traitements expérimentaux, tels que les anticorps anti-cytokines ou les corticostéroïdes, servira à établir une valeur prédictive et pronostique pour ces biomarqueurs possibles.

Pour en savoir davantage : Diane Marie Del Valle et coll., *An inflammatory cytokine signature predicts COVID-19 severity and survival*, *Nature Medicine* (2020). DOI : 10.1038/s41591-020-1051-9

<https://www.nature.com/articles/s41591-020-1051-9>

Renseignements sur la revue : *Nature Medicine*

fournie par l'Hôpital Mount Sinai

<https://medicalxpress.com/news/2020-08-immune-predictors-covid-cases-fare.html>

États-Unis

[Traduction] Des chercheurs découvrent des anticorps qui peuvent assurer une protection contre la COVID-19

Source : medicalxpress.com

Numéro d'identification : 1007697943

Une nouvelle étude menée par des chercheurs de la MassBiologics of UMass Medical School et publiée dans la revue Nature Communications laisse entendre que les anticorps monoclonaux IgA spécifiques à la COVID peuvent fournir une immunité efficace du système respiratoire contre le nouveau coronavirus – une caractéristique pouvant être essentielle pour un vaccin efficace.

Le Dr Yang Wang, M.D. et Ph.D., directeur adjoint de la découverte de produits chez MassBiologics et professeur agrégé de médecine, et ses collaborateurs décrivent la découverte et la caractérisation d'un anticorps monoclonal humain (MAB) à réaction croisée dirigé contre la protéine de spicule SRAS-CoV-2, qui bloque la liaison du récepteur ACE2 aux muqueuses des voies respiratoires, ce qui pourrait prévenir ou limiter l'infection au SRAS-CoV-2 causant la maladie COVID-19.

À l'instar des scientifiques du monde entier, les dirigeants de la recherche à MassBiologics ont commencé à parler de ce qui est devenu le SRAS-CoV-2 dans les jours qui ont suivi les premiers cas du nouveau coronavirus. MassBiologics était dans une position unique pour intervenir, et ces premières discussions ont abouti à la découverte d'une nouvelle méthode pour prévenir et traiter l'infection attribuable au SRAS-CoV-2.

Les origines de cette découverte rapide et importante remontent à 16 ans, lorsque MassBiologics a mis au point un anticorps monoclonal IgG qui a été efficace contre un virus similaire, le SRAS (qui était le SRAS-CoV, le premier syndrome respiratoire aigu sévère causé par un nouveau coronavirus). Le premier virus du SRAS a causé une maladie alarmante, mais il a disparu; MassBiologics, qui était prêt à l'époque à entreprendre un essai clinique, a préservé le matériel de recherche associé à ce travail.

Lorsque le SRAS-CoV-2 a été reconnu et a commencé à se propager, les chercheurs de MassBiologics ont constaté que ce premier MAB pouvait aider à lutter contre cette nouvelle infection. Ils ont relancé l'ancien programme du SRAS en décongelant les hybridomes qui avaient été mises au point 16 ans plus tôt pour voir si ce qui avait fonctionné pour ce nouveau coronavirus pouvait s'appliquer à un autre coronavirus. Bien que les deux coronavirus soient similaires dans une proportion de 90 %, l'anticorps monoclonal ne présentait aucune liaison avec le coronavirus actuel. MassBiologics a ensuite évalué un autre MAB issu de ses travaux antérieurs, dont l'efficacité était également faible.

Sans se décourager, le Dr Wang et ses collaborateurs ont réfléchi à leurs expériences associées à un programme de recherche distinct visant à mettre au point des anticorps « IgA sécrétoires (sIgA) » qui jouent un rôle crucial dans l'immunité des surfaces muqueuses. MassBiologics a étudié la présence de

sIgA dans le tractus gastro-intestinal comme traitement possible pour prévenir les infections gastro-intestinales. Est-ce que le même sIgA anti-SRAS-CoV-2 produirait une immunité mucoale passive dans les voies respiratoires, où la COVID-19 est extrêmement dommageable? La démarche a fonctionné, produisant un anticorps accompagné d'une affinité de liaison et d'une activité de neutralisation. Cet anticorps a été appelé « MAb362 ».

Le Dr Mark Klempner, vice-recteur principal de MassBiologics et professeur de médecine, a déclaré que l'équipe était heureuse de constater que les anticorps du SRAS-CoV-2 pouvaient se lier au virus et le neutraliser de manière plus efficace que les anticorps IgG habituels lorsqu'ils sont sous forme d'isotype sIgA. En pratique, les anticorps de type sIgA recouvrent les surfaces muqueuses comme celles des voies respiratoires, gastro-intestinales et génito-urinaires, où elles sont stabilisées par la couche muqueuse sur ces surfaces. Elles remplissent alors la fonction importante d'empêcher la liaison d'un agent pathogène aux cellules hôtes, ce qui prévient ainsi l'infection.

Compte tenu de ces résultats, MassBiologics a travaillé avec la professeure Celia Schiffer, responsable de la chaire Gladys Smith Martin en oncologie, professeure de biochimie et de pharmacologie moléculaire, et directrice de l'Institute for Drug Resistance, et son étudiant de troisième cycle à l'époque, Shurong Hou, qui a depuis terminé ses études et obtenu son doctorat, afin de comprendre la nature de l'effet de l'anticorps IgA. M^{me} Schiffer et M. Hou, tous deux titulaires d'un doctorat, ont découvert que MAb362 partageait un cadre très similaire avec MAb 80R, un autre anticorps du SRAS-CoV ayant une structure cristalline en complexe avec le SRAS-CoV. Un modèle moléculaire a révélé un épitope protecteur hautement conservé dans le domaine de liaison du récepteur de la protéine S. Le MAb362 neutralise le virus authentique du SRAS-CoV-2 en faisant directement concurrence à la liaison de la protéine S avec les récepteurs de l'hACE2.

D'après le Dr Klempner, les travaux, qui ont commencé lors d'une conversation pendant une pause-café, ont produit un anticorps IgA unique qui pourrait être appliqué par administration mucoale, en combinaison avec d'autres traitements utilisés systématiquement pour la protection directe des muqueuses.

Pour en savoir davantage : Monir Ejemel et coll., *A cross-reactive human IgA monoclonal antibody blocks SARS-CoV-2 spike-ACE2 interaction*, Nature Communications (2020). DOI : 10.1038/s41467-020-18058-8

<https://www.nature.com/articles/s41467-020-18058-8>

Renseignements sur la revue *Nature Communications*

produite par la faculté de médecine de l'Université du Massachusetts

<https://medicalxpress.com/news/2020-08-antibodies-covid-.html>

Israël

[Traduction] La présence du virus de la COVID-19 dans les eaux usées pourrait-elle entraîner une infection?

Source : medicalxpress.com

Numéro d'identification : 1007697909

Selon une nouvelle étude mondiale menée par des chercheurs de l'institut de recherche sur les eaux usées Zuckerberg de l'université Ben-Gurion du Néguev (BGU), les eaux usées contenant des coronavirus pourraient constituer une menace sérieuse.

Le nouvel article publié dans *Nature Sustainability*, grâce à une collaboration de 35 chercheurs du monde entier, analyse des études récentes sur les coronavirus dans les eaux usées et les maladies infectieuses aéroportées antérieures, y compris le SRAS et le SRMO. L'objectif est d'évaluer les menaces éventuelles, les pistes de recherche et les solutions possibles, ainsi que d'obtenir des perspectives utiles pour l'avenir.

L'auteur principal, Edo Bar-Zeev de l'Institut Zuckerberg du BGU, explique qu'il y a de nombreuses raisons de s'inquiéter de la durée de survie des coronavirus dans les eaux usées et de leur effet sur les sources d'eau naturelles. « Les eaux usées peuvent-elles contenir suffisamment de coronavirus pour infecter les gens? » Il affirme qu'en vérité, les données sont insuffisantes pour tirer une telle conclusion et qu'il faut remédier à cette situation le plus tôt possible.

Le professeur Bar-Zeev et son étudiante postdoctorale, Anne Bogler, ainsi que d'autres chercheurs de renom, indiquent que les eaux usées qui s'écoulent dans les cours d'eau naturels peuvent entraîner une infection par pulvérisation aérienne. De même, les eaux usées traitées qui servent à remplir les

installations de loisirs, comme les lacs et les rivières, pourraient également devenir des sources de contagion. Enfin, les fruits et légumes irrigués avec des eaux usées qui n'ont pas été correctement désinfectées pourraient aussi être une voie d'infection indirecte.

L'équipe de recherche recommande de nouvelles études immédiates pour déterminer le niveau d'infection potentielle, le cas échéant, et la durée de vie des coronavirus dans divers plans d'eau et agents de pulvérisation.

Selon M. Bar-Zeev et ses collègues, les usines de traitement des eaux usées doivent améliorer leurs protocoles de traitement et très bientôt passer à un traitement tertiaire grâce à des membranes de microfiltration et d'ultrafiltration, qui éliminent avec succès les virus.

Par ailleurs, les eaux usées peuvent servir de canari dans une mine de charbon parce qu'elles peuvent être surveillées pour déceler les éclosions de COVID-19. Les coronavirus commencent à apparaître dans les matières fécales avant que d'autres symptômes comme la fièvre et la toux se manifestent chez les personnes autrement asymptomatiques. Une surveillance régulière permet donc aux autorités d'être averties à l'avance des points chauds. Des chercheurs du BGU ont récemment terminé une étude pilote à Ashkelon, en Israël, dans le cadre de laquelle ils ont utilisé une nouvelle méthodologie pour déceler et retracer la présence du virus et calculer sa concentration dans le but de localiser les points chauds émergents de COVID-19. D'autres chercheurs du BGU travaillent à la mise au point de technologies de nanofiltration de l'eau.

Pour en savoir davantage : Anne Bogler et coll., *Rethinking wastewater risks and monitoring in light of the COVID-19 pandemic*, Nature Sustainability (2020). DOI : 10.1038/s41893-020-00605-2

<https://www.nature.com/articles/s41893-020-00605-2>

Renseignements sur la revue : *Nature Sustainability*

produite par American Associates, Université Ben-Gurion du Néguev

<https://medicalxpress.com/news/2020-08-covid-wastewater-infectious.html>

Étude

[Traduction] Des études indiquent que l'application de notification d'exposition à la COVID-19 connaît d'importants problèmes technologiques en milieu urbain

Source : *The Daily Reformer*

Numéro d'identification unique : [1007696310](#)

Deux études de recherche menées en juin indiquent qu'il pourrait y avoir de graves problèmes liés à l'application de notification d'exposition à la COVID-19 dont le gouvernement fédéral du Canada fait la promotion.

Selon un porte-parole du Service numérique canadien, l'application Alerte COVID a été déployée il y a près d'un mois et a été téléchargée par quelque deux millions de Canadiens. L'application, qui repose sur une interface de programmation d'applications (IPA) mise au point par Google, de concert avec Apple, utilise la technologie Bluetooth pour indiquer les expositions, c'est-à-dire quand deux téléphones sont à proximité pour une période de temps donnée. Portail qui donne accès aux nouvelles et opinions conservatrices diffusées sur Internet, à la radio, dans les journaux et à la télévision en un seul endroit – « Accès intelligent et rapide aux NOUVELLES de l'Amérique conservatrice ».

Application : <https://www.canada.ca/fr/public-health/services/diseases/coronavirus-disease-COVID-19/covid-alert.html>

Étude : <https://www.scss.tcd.ie/Doug.Leith/pubs/luas.pdf>

<https://thedailyreformer.com/contact-tracing-app-faces-big-technological-problems-in-urban-environments-studies-say/>

États-Unis

[Traduction] Enquête : Les populations autochtones font face à des risques particuliers de contracter la COVID-19

Source : Medical Xpress

Numéro d'identification unique : [1007696392](#)

La COVID-19 a des répercussions particulières sur les populations autochtones. Un réseau de chefs de file autochtones, de scientifiques et d'autres spécialistes a maintenant recensé des sujets de recherche qu'il faut absolument examiner pour mieux comprendre les répercussions de la pandémie sur les peuples

autochtones.

Le Rising Voices Center for Indigenous and Earth Sciences, qui est administré en partie par le National Center for Atmospheric Research (NCAR), a mené un sondage et un webinaire de discussion afin de donner l'occasion aux Autochtones de communiquer leurs perspectives relatives à la pandémie de coronavirus et de mieux les comprendre, en plus de cerner leurs principales préoccupations, vulnérabilités et questions émergentes. Ce réseau a également examiné comment les pratiques culturelles traditionnelles peuvent renforcer la résilience des sociétés autochtones.

M^{me} Heather Lazrus, chercheuse au NCAR et codirectrice du Rising Voices Center, a précisé que les collectivités autochtones qui peuvent avoir un accès particulièrement restreint à des ressources comme l'eau, la nourriture, le logement et les soins de santé ou dont l'accès aux sources traditionnelles de ces ressources a été perturbé par les pratiques coloniales, sont touchées plus sérieusement par la COVID-19 que d'autres populations. Dans bien des cas, a-t-elle ajouté, la pandémie exacerbe les pressions actuelles des changements climatiques. Par ailleurs, les connaissances et les pratiques autochtones relativement à l'alimentation de subsistance, au soutien communautaire et à la guérison peuvent contribuer à la résilience.

Le sondage et le webinaire du Rising Voices Center ont révélé un certain nombre de défis auxquels faisaient face les collectivités autochtones. Par exemple, la pandémie a restreint davantage l'accès des peuples autochtones à leurs terres traditionnelles où ils se procurent de la nourriture. Ces aliments aident à soutenir leur bien-être spirituel, mental et physique. Les ordonnances de quarantaine ont également limité l'accès aux épiceries, qui sont souvent situées à plusieurs kilomètres des collectivités autochtones rurales et dont l'approvisionnement est irrégulier. Dans certains cas, les familles se sont tournées vers des aliments hors saison, comme des mollusques qui peuvent contenir des biotoxines s'ils sont consommés au mauvais moment de l'année.

La COVID-19 exacerbe également les disparités auxquelles font face de nombreux Autochtones, notamment les taux élevés de pauvreté et les ressources limitées en matière de logement, d'éducation et de soins de santé. Les réponses au sondage ont fait ressortir des préoccupations au sujet de la persistance des préjugés raciaux et de la méfiance qui en découle à l'égard des fonctionnaires, ce qui a miné la confiance dans les directives de confinement de l'État. Les collectivités qui manquent d'ordinateurs et d'accès à Internet ont besoin d'information plus fiable et plus accessible.

L'enquête a également révélé que les collectivités autochtones sont très résilientes.

En effet, bien qu'elles soient particulièrement vulnérables au nouveau coronavirus parce que la population vit à l'étroit dans de petits foyers multifamiliaux ou multigénérationnels de plus de 10 personnes, ce qui rend la distanciation physique difficile, ces collectivités font preuve d'une résilience qui s'appuie sur les stratégies de leurs ancêtres en situations difficiles. Un nombre accru de personnes ont déclaré revenir aux pratiques traditionnelles en matière de médecine et d'alimentation, le jardinage et l'agriculture étant les solutions les plus courantes pour contrer l'insécurité alimentaire. Les réseaux communautaires travaillent également avec les familles pour fournir des repas aux enfants, aux personnes âgées et à d'autres personnes qui ne savent pas d'où proviendra leur prochain repas.

Questions émergentes

Les réponses au sondage ont mis en évidence un certain nombre de sujets de recherche pour une collaboration interculturelle possible entre les collectivités autochtones et les communautés du secteur des sciences de la Terre. En voici des exemples :

Quel rôle la température et l'humidité jouent-elles dans l'augmentation ou la diminution de la propagation du nouveau coronavirus?

Quel rôle la pollution atmosphérique joue-t-elle dans la propagation du virus?

Les changements climatiques et météorologiques influent-ils sur l'exposition aux nouveaux virus?

Comment les pratiques traditionnelles, comme le fait de ne pas manger d'animaux prédateurs ou de ne pas déranger le sol à certains endroits, peuvent-elles empêcher la transmission du virus aux humains?

« L'importance des réponses à ce sondage met en évidence la nécessité d'inclure le savoir autochtone dans la discussion sur les solutions à cette pandémie mondiale. », de déclarer Lesley Laukea, candidate au doctorat en études autochtones à l'Université d'Hawaï à Manoa. « Nous avons constaté que ces solutions sont axées sur la réaffirmation et la réappropriation des pratiques traditionnelles grâce à une intervention active dans les enjeux de l'ère moderne. La collaboration entre les différentes visions du monde pourrait également aider à trouver des solutions à de plus grands problèmes de durabilité et à des catastrophes liées aux changements climatiques. »

<https://risingvoices.ucar.edu/>

<https://medicalxpress.com/news/2020-08-survey-indigenous-populations-unique-covid-.html>

Étude

[Traduction] Une mère a transmis la COVID-19 à son bébé pendant la grossesse, selon les médecins

Source : Medical Xpress

Numéro d'identification unique : [1007696408](#)

Les médecins de l'UT Southwestern rapportent qu'une femme enceinte ayant reçu un diagnostic positif au test de dépistage de la COVID-19 a transmis le virus à son bébé né prématurément. Les deux ont été traités et sont guéris.

Ce cas décrit en détail dans un article publié le mois dernier dans la revue *The Pediatric Infectious Disease Journal* s'ajoute à un nombre croissant de preuves selon lesquelles le virus SRAS-CoV-2 peut être transmis in utero. Il souligne également l'importance de limiter l'exposition des femmes enceintes à la COVID-19.

La D^{re} Amanda Evans, professeure adjointe de pédiatrie spécialisée dans les maladies infectieuses à l'UT Southwestern et auteure principale de l'article, a déclaré que compte tenu de la prévalence croissante du virus au Texas, il est très important d'attirer l'attention sur le fait que les mères et les nourrissons peuvent être touchés par la COVID-19, que la transmission peut se produire pendant la grossesse et que les femmes enceintes doivent se protéger. Elle ajoute qu'on ne sait pas s'il y a des effets à long terme de l'infection par la COVID-19 chez les bébés.

Même si plus de 20 millions de personnes dans le monde ont été infectées par le SRAS-CoV-2 — le virus qui cause la COVID-19 —, les données sur la façon dont le virus touche les femmes enceintes sont peu nombreuses. Une étude antérieure menée à Wuhan, en Chine, a conclu que la transmission du SRAS-CoV-2 de la mère au bébé était improbable, car les chercheurs n'ont trouvé aucune copie du virus dans le liquide amniotique, le sang du cordon ombilical ou le lait maternel. Mais quelques études plus récentes laissent croire qu'il peut y avoir des cas isolés où une telle transmission virale se produit pendant la grossesse.

Dans le cas décrit dans le document, une femme enceinte de 34 semaines s'est rendue à l'urgence avec des signes de travail prématuré et a été admise à l'unité COVID de l'hôpital Parkland Memorial lorsqu'elle a obtenu un résultat positif au test de dépistage du virus du SRAS-CoV-2. Même si elle n'avait pas les symptômes respiratoires typiques associés à la COVID-19, elle avait de la fièvre et de la diarrhée, ce qui laissait croire à une infection virale possible.

Le D^r Wilmer Moreno, professeur adjoint d'obstétrique et de gynécologie à l'UTSW qui faisait partie de l'équipe de soins dans ce cas, a précisé qu'à ce moment-là des tests universels étaient pratiqués sur quiconque présentait les symptômes les plus courants de la COVID-19, y compris les symptômes respiratoires et les symptômes gastro-intestinaux.

La femme, qui ne savait pas comment elle avait contracté le virus, est restée hospitalisée à cause de son diagnostic de COVID-19. Trois jours après son admission, ses eaux se sont rompues. Après huit heures de travail, elle a donné naissance au début du mois de mai à une fille en santé de 7 livres et 3 onces.

La D^{re} Julide Sisman, auteure principale de l'article et professeure agrégée de pédiatrie, a ajouté que le bébé s'en est très bien sorti au cours des 24 premières heures de sa vie. Mais comme elle est née prématurément d'une mère ayant contracté la COVID-19, la nouveau-née a été admise à l'unité néonatale de soins intensifs dans une zone spéciale, loin des autres bébés.

Environ 24 heures après sa naissance, le bébé commencé à faire de la fièvre de plus en plus forte et a montré des signes de détresse respiratoire, y compris un rythme respiratoire anormalement élevé et des niveaux d'oxygène plus faibles dans son sang. La D^{re} Sisman et ses collègues ont effectué des tests de détection du virus et de bactéries. Alors que les autres tests sont revenus négatifs, un test de dépistage de la COVID-19 a été positif 24 et 48 heures après la naissance.

« À l'époque, nous croyions que la transmission ne se faisait pas in utero, alors nous ne nous y attendions pas du tout », d'expliquer la D^{re} Sisman.

Pour aider à déterminer comment et quand la transmission entre la mère et le bébé s'est produite, le D^r Dinesh Rakheja, professeur de pathologie à l'UTSW et titulaire de la chaire John Lawrence et Patsy Louise Goforth en pathologie, a analysé le placenta de la mère en question.

Il a déclaré qu'il avait trouvé des signes d'inflammation et des preuves que le bébé était stressé. Pour

décélérer le virus, il a par la suite fait des tests plus poussés que ceux qui étaient faits régulièrement. Lui et ses collègues ont d'abord examiné de fines tranches du placenta sous un microscope électronique, et ont repéré des structures qui ressemblaient à des virus. Ils ont ensuite testé de petits échantillons du placenta pour détecter la présence du virus du SRAS-CoV-2. Le dépistage du virus de la COVID-19 par les tests commerciaux actuellement disponibles portent exclusivement sur des liquides corporels, et non sur des tissus solides. Le Dr Rakheja a donc réappliqué un test qui avait été mis au point à l'origine pour le virus du SRAS en 2003. Adapté au nouveau coronavirus, le test immunohistochimique a permis au pathologiste de détecter la protéine de nucléocapside du virus SRAS-CoV-2.

Ni la mère ni le bébé n'ont eu de symptômes suffisamment graves pour justifier un traitement autre que l'oxygène et les liquides, et ils se sont tous deux complètement remis. Le bébé est resté à l'hôpital pendant trois semaines avant de recevoir son congé.

La Dr^e Evans a ajouté qu'elle a fait un suivi auprès de la famille environ une semaine plus tard, et que le bébé allait vraiment bien et prenait encore du poids, et que la mère aussi allait bien.

Les médecins s'entendent pour dire qu'il faut davantage de données, non seulement des rapports de cas individuels, mais aussi de vastes études de cohorte, pour mieux comprendre comment la COVID-19 touche les femmes enceintes et les bébés. L'UTSW a mieux compris, grâce à ce cas, que les nouveau-nés pouvaient naître déjà porteurs du virus.

Le Dr Moreno a expliqué que la possibilité d'une telle situation, même rare, illustre à quel point il est important de limiter l'exposition des mères et des nouveau-nés. N'importe quelle méthode qui peut éliminer la nécessité pour la mère de côtoyer d'autres personnes, comme les visites de télémédecine, sera très utile.

Pour plus d'informations : Julide Sisman et coll., *INTRAUTERINE TRANSMISSION OF SARS-COV-2 INFECTION IN A PRETERM INFANT*, *Pediatric Infectious Disease Journal* (2020). DOI : 10.1097/INF.0000000000002815

Renseignements sur la revue : *Pediatric Infectious Disease Journal* produit par le UT Southwestern Medical Center

https://journals.lww.com/pidj/FullText/2020/09000/Intrauterine_Transmission_of_SARS_COV_2_Infection.32.aspx

<https://medicalxpress.com/news/2020-08-mother-transmitted-covid-baby-pregnancy.html>

Étude

[Traduction] Novavax entame la deuxième phase de l'essai clinique en deux phases du vaccin contre la COVID-19 | Financial Post

Source : *Financial Post*

Numéro d'identification unique : [1007696410](#)

GAITHERSBURG, Md., le 24 août 2020 (GLOBE NEWSWIRE) — Novavax, Inc. (Nasdaq : NVAX), une entreprise en biotechnologies de stade avancé, qui développe des vaccins de prochaine génération pour les maladies infectieuses graves, a annoncé aujourd'hui que les premiers volontaires ont été inscrits à la phase 2 de son essai clinique en cours pour évaluer l'immunogénicité et la sécurité du NVX-CoV2373, le candidat vaccin de Novavax contre la COVID-19. L'essai clinique de phase 2 élargit la tranche d'âge de la phase 1 en incluant les adultes âgés de 60 à 84 ans qui représenteront environ 50 % de la population de l'essai. NVX-CoV2373 est une protéine stable en forme pré-fusion fabriquée à l'aide de la technologie de nanoparticules de Novavax, et comprend un adjuvant MatrixM^{mc} exclusif à Novavax.

Le Dr Gregory Glenn, président de la Recherche et du développement chez Novavax a précisé que la phase 2 de l'essai clinique devrait confirmer les données encourageantes de la phase 1 en matière d'immunogénicité et d'innocuité du NVX-CoV2373, en plus de vérifier si les adultes plus âgés auront des réactions immunitaires robustes. Il a ajouté que l'essai de la phase 3 de NanoFlu, sur laquelle un rapport a été publié en mars 2020, a permis de très bien comprendre les besoins uniques des adultes âgés, qui sont particulièrement vulnérables à la COVID-19. Novavax sait que le monde entier surveille de près tous ces essais et prévoit rendre disponibles les données provisoires de cet essai au quatrième trimestre de l'année.

La phase 2 en cours de l'essai clinique en deux phases est une étude randomisée, contrôlée par placebo et à l'insu de l'observateur, qui vise à évaluer l'innocuité et l'immunogénicité du NVX-CoV2373 avec Matrix-M, chez des sujets âgés de 18 à 84 ans. L'essai clinique évaluera deux différentes doses (5 et 25 µg), chacune contenant 50 µg de Matrix-M. Bien que l'essai ait été conçu pour confirmer

l'immunogénicité et l'innocuité chez les adultes, les objectifs secondaires comprennent une évaluation préliminaire de l'efficacité. L'étude vise à recruter jusqu'à 1 500 volontaires en bonne santé, dont environ 50 % sont âgés de 60 ans ou moins, dans au plus 40 sites aux États-Unis et en Australie. L'essai est financé par la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI).

Au cours de la phase 1 de l'essai clinique en deux phases, menée en Australie, le NVX-CoV2373 était généralement bien toléré et a suscité de solides réponses immunitaires numériquement supérieures à celles observées dans le sérum de convalescent humain. Ces données ont été soumises à un examen par les pairs dans une revue scientifique et sont affichées en ligne sur le serveur de pré-publication medRxiv.org.

Pour plus de renseignements, y compris des images prêtes pour les médias, des séquences vidéo, des ressources téléchargeables et plus encore, cliquez ici.

À propos de NVX-CoV2373

Le NVX-CoV2373 est un candidat vaccin issu de la séquence génétique du SRAS-CoV-2, le virus qui cause la maladie de COVID-19. Le NVX-CoV2373 a été créé à l'aide de la technologie de nanoparticules recombinantes de Novavax pour générer un antigène dérivé de la protéine de spicule (S) du coronavirus et contient l'adjuvant breveté Matrix-M^{mc} à base de saponine de Novavax dans le but d'améliorer la réponse immunitaire et de stimuler des niveaux élevés d'anticorps neutralisants. Au cours d'essais précliniques, le NVX-CoV2373 a donné des indications de la création d'anticorps qui bloquent la liaison de la protéine de spicule aux récepteurs ciblés par le virus, un aspect essentiel pour une protection vaccinale efficace. Selon les données de la phase 1 de l'essai clinique en deux phases, le NVX-CoV2373 a été généralement bien toléré et a suscité des réponses immunitaires robustes supérieures numériquement à celles observées dans le sérum de convalescents humains. La phase 2 des essais cliniques a commencé en août. Novavax a obtenu 2 milliards de dollars de financement pour son programme mondial de vaccin contre le coronavirus, y compris jusqu'à 388 millions de dollars de financement de la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI).

L'adjuvant breveté Matrix-M^{mc} à base de saponine de Novavax a été bien toléré et a déclenché une réaction robuste en stimulant l'entrée de cellules présentant des antigènes dans le site d'injection et en améliorant la présentation d'antigènes dans les ganglions lymphatiques locaux, ce qui stimule la réponse immunitaire.

À propos de Novavax

Novavax, Inc. (Nasdaq : NVAX) est une entreprise en biotechnologies de stade avancé qui fait la promotion de l'amélioration de la santé à l'échelle mondiale grâce à la découverte, au développement et à la commercialisation de vaccins novateurs pour prévenir les maladies infectieuses graves. Novavax a entrepris des essais cliniques pour le NVX-CoV2373, son candidat vaccin contre le SRAS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19. Les données de la phase 1 de l'essai clinique en deux phases ont révélé que le NVX-CoV2373 était généralement bien toléré et a suscité de solides réponses immunitaires numériquement supérieures à celles observées dans le cadre de l'administration du sérum de convalescent. NanoFlu^{mc}, son vaccin quadrivalent contre les nanoparticules grippales, a atteint tous les objectifs principaux de la phase 3 de son essai clinique pivot sur des adultes âgés. Les deux candidats vaccins intègrent l'adjuvant Matrix-M^{mc} exclusif à base de saponine de Novavax dans le but d'améliorer la réponse immunitaire et de stimuler des niveaux élevés d'anticorps neutralisants. Novavax est un innovateur de premier plan dans le domaine des vaccins recombinants; sa plateforme technologique brevetée combine la puissance et la vitesse du génie génétique pour produire efficacement des nanoparticules hautement immunogènes afin de répondre aux besoins urgents en matière de santé mondiale.

Pour en savoir plus, visitez www.novavax.com et communiquez avec nous sur Twitter et LinkedIn.

Déclarations prospectives de Novavax

Les déclarations contenues dans le présent document concernant l'avenir de Novavax et le développement continu de son vaccin et de ses produits adjuvants sont de nature prospective. Novavax prévient que ces déclarations prospectives sont sujettes à de nombreux risques et incertitudes, ce qui pourrait faire en sorte que les résultats réels diffèrent sensiblement de ceux exprimés ou implicites dans ces déclarations. Ces risques et incertitudes comprennent ceux énoncés sous la rubrique « Facteurs de risque » dans le rapport annuel de Novavax sur le formulaire 10-K pour l'exercice se terminant le 31 décembre 2019 et le rapport trimestriel sur le formulaire 8-K pour la période se terminant le 30 juin 2020, tels que déposés auprès de la Securities and Exchange Commission (SEC). Nous conseillons aux investisseurs de ne pas trop se fier aux déclarations prospectives contenues dans le

présent communiqué de presse. Nous vous invitons à lire nos documents déposés auprès de la SEC, disponibles à sec.gov, pour une discussion sur ces risques et autres incertitudes. Les déclarations prospectives contenues dans le présent communiqué ne sont valables qu'à la date du présent document, et nous ne sommes pas tenus de les mettre à jour ni de les réviser. Notre entreprise est assujettie à des risques et des incertitudes importants, y compris ceux mentionnés ci-dessus. Les investisseurs, actuels et éventuels, et d'autres devraient examiner attentivement ces risques et ces incertitudes.

L'étude : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.05.20168435v1>

<https://financialpost.com/pmnp/press-releases-pmn/globe-newswire-releases/novavax-initiates-phase-2-portion-of-phase-1-2-clinical-trial-of-COVID-19-vaccine>

Hong Kong

[Traduction] Des chercheurs annoncent le premier cas de réinfection de COVID-19 à Hong Kong

Source : Stat News

Numéro d'identification unique : [1007697441](https://www.statnews.com/2020/08/05/hong-kong-reinfection-covid-19/)

Des chercheurs de Hong Kong ont signalé lundi ce qui semble être le premier cas confirmé de réinfection à la COVID-19; il s'agit d'un homme de 33 ans qui a été infecté pour la première fois par le SRAS-CoV-2 à la fin mars et qui, quatre mois et demi plus tard, a apparemment contracté le virus de nouveau alors qu'il voyageait en Europe.

L'affaire soulève des questions sur la durabilité de la protection immunitaire contre le coronavirus. Mais elle a également été accueillie avec prudence par d'autres scientifiques, qui ont remis en question la mesure dans laquelle l'affaire soulevait des préoccupations plus larges au sujet de la réinfection.

Il y a eu des rapports épars de cas de réinfection à la COVID-19. Toutefois, ces rapports sont fondés sur des preuves anecdotiques et sont en grande partie attribués à des tests défectueux.

Dans le cas mentionné, les chercheurs de l'université de Hong Kong ont séquencé le virus à partir des deux infections du patient et ont découvert qu'il n'y avait pas de correspondance, ce qui indique que la seconde infection n'est pas liée à la première. Il y avait une différence de 24 nucléotides – les « lettres » qui constituent l'ARN du virus – entre les deux infections.

Les chercheurs ont déclaré dans un communiqué qu'il s'agissait de la première fois au monde où des données concrètes étaient recueillies à l'égard d'un patient qui s'est remis de la COVID-19, puis qui a été de nouveau infecté par le coronavirus.

Selon les spécialistes, il pourrait s'agir d'un cas isolé parmi les dizaines de millions de cas dans le monde et la protection immunitaire pourrait généralement durer plus de quelques mois. Ils ont précisé que les études en cours sur les patients guéris de la COVID-19 devraient aider à tirer des conclusions plus définitives.

Lundi, au cours d'une séance d'information, spécialiste en matière de coronavirus de l'Organisation mondiale de la Santé, la D^{re} Maria Van Kerkhove, a précisé au sujet de l'article de Hong Kong que plus de 24 millions de cas avaient été signalés jusqu'à maintenant et qu'il fallait donc s'attendre à une telle situation dans la population.

La question de savoir combien de temps une personne est immunisée contre la COVID-19 après avoir été infectée et s'être remise est importante.

Les études montrent de plus en plus que la plupart des personnes qui se remettent de la maladie développent une réponse immunitaire robuste impliquant à la fois des anticorps (molécules qui peuvent empêcher le virus d'infecter de nouveau les cellules) et des lymphocytes T (qui peuvent aider à éliminer le virus). Selon ces études, les gens ne pourraient pas être réinfectés pendant un certain temps.

Cependant, les spécialistes savent, s'ils se fient à ce qui se passe avec d'autres coronavirus, que l'immunité au SRAS-CoV-2 ne durera pas éternellement. Dans le cas du rhume ordinaire, les gens deviennent généralement de nouveau vulnérables aux coronavirus responsables après un an ou même moins, alors que la protection contre le SRAS-1 et le SRMO semble durer quelques années.

La D^{re} Van Kerkhove a précisé que selon les données, les patients développent une réponse immunitaire, mais la robustesse et la durée de celle-ci ne sont pas encore connues. Elle a ajouté qu'elle examinait toujours le cas de Hong Kong.

La robustesse et la durabilité de la réponse immunitaire constituent également un élément crucial pour établir la durée d'efficacité des vaccins et le délai d'attente avant la dose de rappel.

Dans le cas de Hong Kong, l'homme s'était rendu en Espagne et était retourné à Hong Kong en passant par le Royaume-Uni. Un échantillon de salive a été prélevé à son arrivée à Hong Kong dans le cadre d'un

protocole de dépistage et a donné lieu à un diagnostic positif au SRAS-CoV-2 le 15 août. Lors de sa deuxième infection, l'homme n'avait aucun symptôme. Certains patients atteints de la COVID-19 n'affichent aucun symptôme. Les chercheurs ont émis l'hypothèse que les cas secondaires du coronavirus seront en général plus faibles que la première infection. Même si le système immunitaire ne peut pas empêcher le virus d'infecter les cellules, il pourrait tout de même entraîner un certain niveau de réponse qui empêcherait la personne d'être plus malade. Dans le cadre de la première infection, le patient présentait des symptômes classiques de COVID-19, soit de la toux, de la fièvre, des maux de gorge et des maux de tête.

Même si le cas de Hong Kong est une aberration, il fait ressortir quelques points à considérer : Tout d'abord, les chercheurs de Hong Kong soutiennent que les personnes qui se sont remises de la COVID-19 devraient également être vaccinées et continuer à suivre les précautions, comme le port d'un masque et la distanciation physique.

https://www.statnews.com/2020/08/24/first-COVID-19-reinfection-documented-in-hong-kong-researchers-say/?utm_campaign=rss

Étude

[Traduction] Les médicaments contre l'hypertension artérielle améliorent les taux de survie à la COVID-19

Source : Info Sur Hoy

Numéro d'identification unique : [1007696671](#)

Selon une nouvelle recherche de l'Université d'East Anglia, les médicaments contre l'hypertension artérielle pourraient améliorer les taux de survie à la COVID-19 et réduire la gravité de l'infection. Les chercheurs ont étudié 28 000 patients prenant des antihypertenseurs, une catégorie de médicaments utilisés pour traiter l'hypertension artérielle.

Ils ont constaté que le risque d'une maladie grave et de décès attribuables à la COVID-19 était moindre chez les patients atteints d'hypertension artérielle qui prenaient des inhibiteurs des enzymes de conversion de l'angiotensine (IECA) ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA).

Le Dr Vassilios Vassiliou, chercheur principal de l'hôpital universitaire Norwich de l'UEA, a déclaré qu'il était connu que les patients atteints de maladies cardiovasculaires couraient un risque particulier d'infection grave par la COVID-19. Mais au début de la pandémie, on craignait que des médicaments spécifiques contre l'hypertension artérielle ne provoquent de pires résultats pour les patients atteints de la COVID-19.

Il a ajouté que les chercheurs voulaient savoir quelles étaient les répercussions de ces médicaments sur les personnes atteintes de COVID-19.

Ils ont donc étudié les résultats des patients prenant des antihypertenseurs, en particulier ce qu'on appelle les résultats « critiques », comme l'admission aux soins intensifs, l'utilisation d'un ventilateur et la mort.

La recherche a été menée par l'UEA en collaboration avec l'hôpital universitaire Norfolk and Norwich. L'équipe a analysé les données de 19 études liées à la COVID-19 et aux médicaments de type IECA et ARA. La méta-analyse a porté sur plus de 28 000 patients et constitue l'étude la plus vaste et la plus détaillée à ce jour.

Elle a comparé les données des patients atteints de la COVID-19 qui prenaient des médicaments de type IECA ou ARA à celles des patients qui n'en prenaient pas, en examinant surtout s'ils avaient vécu des événements « critiques » (admission aux soins intensifs et ventilation invasive ou non invasive) et la mort.

Le Dr Vassiliou a ajouté ce qui suit : « L'étude a révélé que le tiers des patients atteints de la COVID-19 souffraient d'hypertension artérielle et que le quart de l'ensemble des patients prenait des médicaments de type IECA et ARA. Cette situation s'explique probablement par le risque accru d'infection chez les patients atteints de comorbidités, telles que les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et le diabète. » La conclusion vraiment importante de cette étude est que rien ne prouve que ces médicaments pourraient augmenter la gravité de la COVID-19 ou le risque de décès.

Au contraire, elle a révélé qu'il y avait un risque beaucoup plus faible de décès et de résultats critiques, de sorte que ces médicaments pourraient en fait avoir un rôle de protection, particulièrement chez les patients qui souffrent d'hypertension.

Les patients atteints de la COVID-19 qui prenaient des médicaments contre l'hypertension artérielle de type IECA et ARA étaient 0,67 fois moins susceptibles d'avoir un résultat critique ou mortel que ceux qui

ne prenaient pas ces médicaments.

Alors que le monde se prépare à une deuxième vague possible de l'infection, il est particulièrement important de comprendre l'effet de ces médicaments sur les patients atteints de la COVID-19.

Nos recherches fournissent des preuves substantielles permettant de recommander aux patients qui prenaient déjà ces médicaments d'en poursuivre l'utilisation.

Toutefois, nous ne pouvons dire si le fait de commencer à administrer de façon intensive de tels comprimés aux patients atteints de la COVID-19 pourrait améliorer leur pronostic, car le mécanisme d'action pourrait être différent. »

L'étude : <https://link.springer.com/article/10.1007/s11883-020-00880-6>

<https://infosurhoy.com/news-summary/blood-pressure-medication-improves-COVID-19-survival-rates/>

Événements nationaux d'intérêt

Canada

[Traduction] Rappel de mini-saucissons de marque Brandt contaminés par la bactérie *Listeria monocytogenes*

Source : [foodsafetynews.com](https://www.foodsafetynews.com)

Numéro d'identification : 1007699397

La compagnie G. Brandt Meat Packers Ltée procède au rappel de mini-saucissons au fromage épicé de marque Brandt, parce que ces produits pourraient être contaminés par la bactérie *Listeria monocytogenes*.

Ce rappel découle de résultats d'analyses effectuées par l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA). L'ACIA procède actuellement à une enquête sur la salubrité des aliments qui pourrait entraîner le rappel d'autres produits.

Le produit a été distribué en Ontario, au Québec et en Saskatchewan. L'ACIA vérifie que le produit rappelé est retiré du marché.

Elle informe les consommateurs de ne pas consommer le produit visé par le rappel.

Le produit visé par le rappel :

- Marque du produit Taille CUP
- Mini-saucissons au fromage épicé de marque Brandt 0,375 kg 773321 206306
- Codes « Meilleur » 20AU20

Étiquette au verso du produit faisant l'objet du rappel, soit le mini-saucisson au fromage épicé de marque Brandt

Aucun cas de maladie associé à la consommation de ce produit n'a été signalé.

Les questions peuvent être adressées à l'ACIA au 800-442-2342 (Canada et États-Unis) ou au 613-773-2342 (local ou international).

À propos des infections par la bactérie *Listeria*

Les aliments contaminés par la bactérie *Listeria monocytogenes* ne présentent pas nécessairement d'altération visible ni d'odeur suspecte, mais peuvent quand même causer des infections graves et parfois mortelles. Quiconque a consommé l'un ou l'autre des produits visés par le rappel et a développé des symptômes d'infection à la bactérie *Listeria* doit consulter un médecin et l'informer de l'exposition possible à la listériose.

De plus, toute personne qui a consommé l'un ou l'autre des produits visés par le rappel devrait rester à l'affût des symptômes au cours des semaines suivantes, car il peut s'écouler jusqu'à 70 jours après l'exposition à la listériose pour en déceler les symptômes.

Les symptômes de l'infection à la bactérie *Listeria* peuvent comprendre des vomissements, des nausées, une fièvre persistante, des douleurs musculaires, de graves maux de tête et une raideur de la nuque. Des tests de laboratoire spécifiques sont nécessaires pour diagnostiquer les infections à la listériose, qui peuvent imiter d'autres maladies.

Les femmes enceintes, les personnes âgées, les jeunes enfants et les personnes atteintes de cancer dont le système immunitaire est affaibli sont particulièrement à risque de maladies graves, d'infections pouvant être mortelles et d'autres complications. Dans le cas de la femme enceinte, l'infection peut n'occasionner que des symptômes légers qui s'apparentent à ceux de la grippe, mais l'enfant qu'elle porte risque d'être infecté, de naître prématurément ou de mourir avant la naissance.

<https://www.foodsafetynews.com/2020/08/brandt-brand-sausage-recalled-due-to-possible-listeria/>

Canada

Maladie pulmonaire associée au vapotage – Les plus récents renseignements nationaux sur les cas

Numéro d'identification : 1007697501

Au Canada, en date du 14 août 2020, 20 cas de maladie pulmonaire associée au vapotage ont été signalés à l'Agence de la santé publique du Canada par l'Alberta (1), la Colombie-Britannique (5), le Nouveau-Brunswick (2), Terre-Neuve-et-Labrador (1), l'Ontario (5) et le Québec (6). Aucun décès n'a été signalé.

De l'information sur le cas est disponible pour 20 des 20 cas. L'apparition des symptômes se situe entre mai 2019 et avril 2020. Seize (16) personnes ont dû être hospitalisées.

Cinq patients présentaient des symptômes respiratoires seulement (souffle court, toux), alors que quinze (15) personnes présentaient une combinaison de symptômes respiratoires, gastro-intestinaux et généraux, comme de la fièvre ou une perte de poids.

Profil de cas :

Groupe d'âge Nombre de cas

De 15 à 19 ans 5

De 20 à 34 ans 5

De 35 à 49 ans 5

50 ans et plus 5

Sexe

Femme 8

Homme 12

Produits vapotés :

Exposition Tableau 2 Note de bas de page 1 Nombre de cas

Nicotine seulement 11

Tétrahydrocannabinol (THC) seulement 5

Liquide de vapotage aromatisé seulement 1

Nicotine, THC et autres substances 3

Cette information est autodéclarée et n'a pas été validée dans le cadre de l'enquête en cours sur l'éclosion. Huit patients ont déclaré avoir acheté leurs produits de vapotage au Canada et trois patients ont déclaré les avoir achetés en ligne. Les données sur le lieu d'achat ne sont pas disponibles pour neuf (9) patients.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladie-pulmonaire-vapotage.html>

Étude

[Traduction] Une nouvelle étude préconise une nouvelle approche pour lutter contre la crise des surdoses | New West Record

Source : New Westrecord

Numéro d'identification unique : [1007696309](#)

VANCOUVER — Le Canada doit adopter une nouvelle approche pour lutter contre la crise des surdoses, affirme l'auteur principal d'une nouvelle étude soulignant la prévalence des surdoses de fentanyl et de stimulants non prescrits en Colombie-Britannique.

Plus de 15 000 décès semblent avoir été associés aux opioïdes au Canada depuis 2016.

La Colombie-Britannique a enregistré plus de 5 000 décès par surdose de drogues illicites depuis qu'elle a déclaré une urgence de santé publique en 2016.

L'étude publiée lundi dans le *Canadian Medical Association Journal* a porté sur 1 789 décès par surdose en Colombie-Britannique entre 2015 et 2017, où le coroner a été en mesure de déterminer les substances causant les décès.

Celui-ci a signalé que, malgré une diminution de la prescription d'opioïdes dans l'ensemble de la province, le taux de mortalité attribuable aux surdoses de drogues illicites a continué d'augmenter.

La D^{re} Alexis Crabtree, auteure principale de l'étude et médecin résident en santé publique et en médecine préventive à l'Université de la Colombie-Britannique, affirme que l'étude met en évidence ce qui ne fonctionne pas dans la lutte contre la crise des surdoses.

Elle a précisé à l'occasion d'une entrevue que les données avaient révélé que cette crise des surdoses n'était pas alimentée par les médicaments d'ordonnance et que le seul fait de cesser de prescrire ce type de substances ne résoudra pas la crise des surdoses.

La D^{re} Crabtree a ajouté que dans la plupart des décès où des opioïdes d'ordonnance étaient en cause, le rapport toxicologique signalait également des opioïdes non prescrits dans l'organisme de la personne décédée.

Les conclusions de l'étude soulignent également le rôle décroissant des opioïdes d'ordonnance et de l'héroïne dans la crise des surdoses, et l'augmentation des opioïdes synthétiques et des stimulants.

L'étude conclut que les stratégies actuelles de lutte contre la crise des surdoses ne doivent pas s'en tenir à cibler l'arrêt des prescriptions d'opioïdes.

Les hommes continuent de dominer le bilan des décès par surdose, représentant plus de 80 % des décès, et les personnes âgées de 31 à 49 ans constituent la tranche prédominante des décès.

La D^{re} Crabtree soutient qu'un aspect souvent négligé est l'efficacité de la méthadone et de la buprénorphine, qui sont des opioïdes utilisés pour traiter la dépendance aux opioïdes.

L'étude a montré que peu de surdoses avaient lieu chez les personnes ayant ces opioïdes dans leur système, ce qui, selon la D^{re} Crabtree, devrait faire en sorte que les médecins se sentent plus à l'aise de les prescrire aux toxicomanes.

En Colombie-Britannique, le gouvernement provincial a élargi l'accès à un approvisionnement sécuritaire de médicaments d'ordonnance vers le début de la pandémie de COVID-19, car il se préoccupait du nombre de décès par surdose attribuables à des consommateurs de drogue isolés.

Ce programme et les préoccupations soulevées par la suite au sujet de la prescription de médicaments de remplacement aux drogues illicites ont motivé la décision de publier l'étude dans le *Canadian Medical Association Journal*, a déclaré la D^{re} Crabtree.

« Une question ou une préoccupation des médecins est de savoir si le médicament que je prescris contribue aux surdoses », de préciser la D^{re} Crabtree. « Je peux comprendre pourquoi les gens ont cette préoccupation. Je pense que ces résultats sont vraiment rassurants, car ils démontrent que les médicaments d'ordonnance ne sont pas un facteur de risque de surdose et qu'ils appuient la décision des médecins de les prescrire en vertu de ces lignes directrices sur l'atténuation des risques. »

Elle a dit qu'elle était d'accord avec les recommandations de la D^{re} Bonnie Henry, agente de santé provinciale, qui a demandé dans un rapport de 2019 la décriminalisation des personnes qui possèdent de petites quantités de drogues.

À l'époque, la D^{re} Henry avait écrit que la province ne pouvait attendre que le gouvernement fédéral agisse.

Elle a réitéré ces recommandations en juin 2020, alors qu'il y a eu 175 décès présumés liés à une surdose.

La D^{re} Crabtree a ajouté que la COVID-19 a clairement démontré que le gouvernement peut agir très

rapidement et efficacement lorsqu'il accorde la priorité à une intervention en cas d'urgence de santé publique. Elle aimerait que la même efficacité soit appliquée aux interventions d'urgence en cas de surdose et à la protection de la santé des personnes qui consomment des drogues.

Elle a ajouté qu'un meilleur accès aux centres de prévention des surdoses et d'inhalation supervisée devrait être l'une des prochaines étapes, tant en Colombie-Britannique qu'ailleurs au pays.

La semaine dernière, le gouvernement fédéral a lancé une consultation nationale sur les centres de consommation supervisée afin d'obtenir les commentaires de divers Canadiens, y compris ceux qui exploitent ces sites et ceux qui les utilisent.

L'étude : <https://www.cmaj.ca/content/192/34/E967>

<https://www.newwestrecord.ca/new-study-calls-for-new-approach-to-tackling-overdose-crisis-1.24191203>

Événements internationaux d'intérêt

Brésil

[Traduction] Des chercheurs valident des tests rapides pour dépister la dengue, le virus Zika, la fièvre jaune et d'autres virus

Source : Medical Xpress

Numéro d'identification unique : [1007696625](https://doi.org/10.1007/s00705-020-04680-w)

Il y a plus de 70 espèces de flavivirus, et beaucoup d'entre eux causent des maladies chez les humains et les animaux, y compris les virus de la dengue, du Zika et de la fièvre jaune. La D^{re} Mariana Sequetin Cunha et des collaborateurs de l'Institut Adolfo Lutz, un laboratoire de surveillance épidémiologique de premier plan qui relève du gouvernement de l'État de São Paulo, ont validé au Brésil un nouveau test de dépistage des flavivirus, à la fois rapide et sensible.

Un article sur le sujet a été publié dans Archives of Virology.

La recherche a été financée par la Fondation de recherche de São Paulo (FAPESP) dans le cadre d'un projet thématique, pour lequel le chercheur principal était Maurício Lacerda Nogueira, et une subvention de recherche régulière pour laquelle le chercheur principal était Paulo Cesar Maiorka.

La D^{re} Sequetin a déclaré que le Brésil a amélioré sa surveillance des flavivirus grâce à une méthode fiable qui consiste à utiliser la technique d'essai qRT-PCR. qRT-PCR signifie réaction en chaîne de la polymérase après transcription inverse quantitative. La technique de laboratoire combine la transcription inversée de l'ARN dans l'ADN et l'amplification de cibles d'ADN spécifiques à l'aide de la réaction en chaîne de la polymérase. Elle constitue la norme d'excellence pour l'identification rapide des virus et est recommandée par l'Organisation mondiale de la Santé pour dépister l'infection par le SRAS-CoV-2.

« Jusqu'à récemment, la principale méthode utilisée au Brésil pour identifier les flavivirus nécessitait l'inoculation dans le cerveau de souris nouveau-nés d'échantillons de matériel suspect prélevés sur des patients humains ou des animaux », a déclaré la D^{re} Sequetin. Elle a ajouté que lorsqu'elle s'est jointe à l'Institut Adolfo Lutz en tant que chercheuse en 2012, elle a décidé de trouver une méthode de rechange qui ne nécessiterait pas le recours aux souris, mais d'utiliser directement la technique qRT-PCR pour tester les échantillons de sang, de sérum ou de viscères du patient.

La question clé était de savoir si la technique qRT-PCR serait suffisamment sensible pour détecter de petites quantités de virus dans les échantillons analysés. La D^{re} Sequetin s'est souvenue que l'Institut Adolfo Lutz avait conservé un grand nombre de souris surgelées qui avaient été inoculées dans les années 1990 et stockées à -80 °C. Elle a extrait le matériel génétique de leur cerveau et cherché le seuil de détection de différents flavivirus en préparant des solutions de plus en plus diluées.

Le protocole établi s'est révélé très sensible et précis. Il peut servir à dépister les différents flavivirus présents au Brésil et à effectuer une surveillance virale chez les animaux sentinelles et les vecteurs. Elle a ajouté que le protocole serait mis à l'essai à l'aide de nouveaux échantillons qu'elle reçoit. Elle s'attend à trouver des flavivirus qui ne sont pas décrits dans la documentation, surtout chez les moustiques.

Pour en savoir davantage : Mariana Sequetin Cunha et coll., *Applying a pan-flavivirus RT-qPCR assay in Brazilian public health surveillance*, Archives of Virology (2020). DOI : 10.1007/s00705-020-04680-w

<https://link.springer.com/article/10.1007/s00705-020-04680-w>

<https://medicalxpress.com/news/2020-08-validate-rapid-dengue-zika-yellow.html>

République démocratique du Congo

[Traduction] Deux autres cas d'infection au virus Ebola en RDC, ce qui porte le nombre de cas à 102, dont 44 décès

Source : CIDRAP

Numéro d'identification : 1007698897

Des tests ont confirmé que deux autres personnes en République démocratique du Congo (RDC) ont été infectées par le virus Ebola dans le cadre de l'éclosion dans la province de l'Equateur, portant le total à 102 cas, a déclaré aujourd'hui le bureau régional africain de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur Twitter.

De plus, un autre décès a été signalé, ce qui a porté à 44 le nombre de décès.

L'éclosion, qui marque la onzième épidémie du virus Ebola en République démocratique du Congo, a commencé au début de juin et a été difficile en raison d'une augmentation constante des cas dans une vaste région géographique, notamment dans certains secteurs très éloignés. Les intervenants en cas d'éclosion ont également été aux prises avec les exigences supplémentaires liées à la pandémie de COVID-19 et le manque de financement. Une éclosion semblable dans la même province en 2018 a causé 54 cas de maladie, dont 33 décès.

<https://twitter.com/WHOAFRO/status/1297834977346883584>

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/08/news-scan-aug-24-2020>

ECDC

[Traduction] Maladies transmissibles – menaces pour la santé publique dans l'Union européenne – Rapport épidémiologique annuel de 2019

Source : ECDC

Rapport de surveillance

Le 24 août 2020

Série de publications : Rapport épidémiologique annuel sur les maladies transmissibles en Europe

Période : Du 1^{er} janvier au 31 décembre 2019

Le présent rapport porte sur les incidents et les menaces recensés par l'équipe du renseignement épidémiologique de l'ECDC en 2019, ainsi que sur les mesures connexes prises. Tel que défini dans le mandat de l'ECDC, le Renseignement épidémiologique de l'organisme a pour objectif de repérer et d'évaluer rapidement les incidents de santé publique de toute origine afin d'assurer la sécurité sanitaire de l'UE. Le présent rapport découle des activités de dépistage du Renseignement épidémiologique et des données recueillies en 2019 à partir du système d'information épidémiologique (EPIS), du système d'avertissement précoce et d'intervention (EWRS) et de l'outil de suivi des menaces de l'ECDC (TTT).

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/communicable-disease-threats-public-health-european-union-2019>

ECDC

[Traduction] Caractérisation du virus de la grippe – Résumé Europe, juillet 2020

Source : ECDC

Rapport de surveillance

Le 24 août 2020

Les rapports de caractérisation du virus de la grippe de l'ECDC sont publiés périodiquement et donnent un aperçu des virus de la grippe en circulation. Ils fournissent des détails sur les souches actuelles des vaccins, résument l'évolution des virus depuis le dernier rapport et suivent de près les principaux changements pour la saison grippale en cours. Les rapports de caractérisation des virus sont principalement destinés aux virologues et épidémiologistes de la grippe.

Sommaire

Il s'agit du neuvième rapport pour la saison de la grippe de 2019-2020. En date de la semaine 30, 164 887 de cas de grippe avaient été signalés dans toute la région européenne de l'OMS : 73 % attribuables au virus de type A (la souche pdm09 (H1N1) étant plus fréquente que la souche A(H3N2)) et 27 % au virus de type B, soit 4 479 (98 %) des 4 568 cas causés par le virus B de la lignée Victoria. Depuis le rapport de caractérisation de juin 2020¹, le Francis Crick Worldwide Influenza Centre (WIC), soit le centre de collaboration de l'OMS à Londres, a reçu trois envois d'échantillons positifs de la grippe. Au total (depuis la semaine 40 de 2019), 1 661 échantillons du virus prélevés après le 31 août 2019 ont été reçus.

Sur les 49 virus de type A(H1N1)pdm09 provenant des pays de l'UE/EEE qui ont été caractérisés antigéniquement depuis le rapport de juin, 36 ont été bien reconnus par les antisérums du vaccin de 2019-2020 mis au point contre le virus de type A de la lignée de Brisbane/02/2018. Les 13 virus présentant une faible réactivité transportaient généralement des substitutions d'acides aminés (notamment N156K) dans la zone de boucle 150 de la chaîne HA1. Les 468 virus provenant de l'UE/EEE et prélevés au cours de la semaine 40 de 2019, qui ont été génétiquement caractérisés au WIC, sont classés ainsi dans les sous-clades du clade 6B.1A : 425 dans 6B.1A5A, 30 dans 6B.1A5B, 1 dans 6B.1A6 et 12 dans 6B.1A7.

La majorité (39) des 68 virus de type A(H3N2) des pays de l'UE/EEE caractérisés antigéniquement en juillet s'inscrivaient dans le clade 3C.3a et étaient bien reconnus par l'antisérum marqué à partir des œufs que transporte le vaccin contre la souche de grippe A de la lignée Kansas/14/2017, le virus actuel visé par le vaccin. À l'échelle mondiale, des virus des clades 3C.3a et des sous-groupes 3C.2a1b+T131K et 3C.2a1b+T135K ont été décelés dans des proportions à peu près semblables, mais dans le cas des virus dépistés depuis le 1^{er} février 2020, les sous-groupes 3c.2a1b+T135KA/B ont prévalu aux États-Unis, alors que ceux du clade 3C.3a et du sous-groupe 3C.2a1b+T131K ont dominé en Europe. Au total, 500 virus des pays de l'UE/EEE ont été caractérisés génétiquement au WIC : 282 s'inscrivaient dans le clade 3C.3a, 137 dans le sous-groupe 3C.2a1b+T131K, 61 dans le sous-groupe 3C.2a1b+T135K A et 20 dans le sous-groupe 3C.2a1b+T135K B.

Les trente-deux virus de type B de la lignée Victoria des pays de l'UE/EEE, qui ont été caractérisés antigéniquement en juillet, s'inscrivaient dans le sous-clade 1A(Δ 3)B. Quatre virus n'ont pas été bien reconnus par l'antisérum marqué contre le virus B de la lignée Washington/02/2019, c'est-à-dire le virus du vaccin pour la saison de grippe 2020-2021 dans l'hémisphère nord. Une mauvaise reconnaissance a été associée aux substitutions d'acide aminés de la chaîne HA1 pour les variants N126K ou T155A. Au total, 306 virus de l'UE/EEE ont été caractérisés génétiquement au WIC : 290 s'inscrivaient dans le sous-clade 1A(Δ 3)B et 16, dans le sous-clade 1A(Δ 2). Un virus de type B de la lignée Yamagata unique provenant de France et prélevé en février 2020, a été caractérisé antigéniquement en juillet. Quant à tous les virus de type B de la lignée Yamagata récemment en circulation, les huit virus de l'UE/EEE caractérisés génétiquement au WIC depuis la semaine 40 de 2019 appartiennent au clade génétique 3 et contiennent au moins deux substitutions d'acides aminés HA (HA1 L172Q et M251V) par rapport au virus de type B de la lignée Phuket/3073/2013, dont les effets antigéniques ont été minimes selon les rapports antérieurs.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/influenza-virus-characterisation-summary-europe-july-2020>

Recherches, politiques et lignes directrices

Aucune