

Section spéciale sur le coronavirus

**Canada**

**Régions du Canada avec des cas de COVID-19 en date du 27 septembre 2020, 19 h HAE**

Source : Gouvernement du Canada

Province, territoire ou autre	Nombre de cas confirmés	Nombre de cas actifs	Nombre de décès
Canada	153 125	12 759	9 268
Terre-Neuve-et-Labrador	273	2	3
Île-du-Prince-Édouard	58	1	0
Nouvelle-Écosse	1 087	1	65
Nouveau-Brunswick	200	7	2
Québec	71 901	4 947	5 825
Ontario	49 831	4 196	2 839
Manitoba	1 880	589	19
Saskatchewan	1 878	144	24
Alberta	17 343	1 497	261
Colombie-Britannique	8 641	1 375	230
Yukon	15	0	0
Territoires du Nord-Ouest	5	0	0
Nunavut	0	0	0
Voyageurs rapatriés	13	0	0

Un [résumé épidémiologique](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html#a1) détaillé peut être consulté à l'adresse suivante :

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html#a1>

**Canada – Éclotions et incidences de la maladie à coronavirus (COVID -19) (sources officielles et médias)**

**Canada**

**Allocution de l'administratrice en chef de la santé publique sur la COVID-19 du 25 septembre 2020**

De : [Agence de la santé publique du Canada](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html#a1)

## Allocution

On a signalé 149 094 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 249 décès. Des personnes infectées, 86 % sont rétablies. La semaine dernière, les laboratoires du Canada ont administré un test de dépistage à près de 70 000 personnes par jour en moyenne, dont 1,4 % se sont révélées positives. Au cours des sept derniers jours, on a signalé en moyenne 1 175 cas par jour au Canada.

Nous continuons de constater une augmentation du nombre de cas quotidiens à l'échelle nationale. L'augmentation est particulièrement prononcée au Québec et en Ontario. Le nombre d'hospitalisations de personnes infectées par la COVID-19 est également en hausse dans ces deux provinces, ainsi qu'en Colombie-Britannique et en Saskatchewan. Il s'agit d'une tendance inquiétante. Nous savons à quel point le virus peut se propager rapidement. À certains endroits, les ressources de la santé publique et du système de santé sont insuffisantes pour faire face à ces poussées.

Comme je l'ai dit en début de semaine, le Canada est à la croisée des chemins en ce qui concerne la pandémie de COVID-19. Selon les dernières analyses épidémiologiques et études de modélisation, si nous ne travaillons pas de concert dès maintenant pour ralentir la propagation du virus, nous serons confrontés à une forte recrudescence dans les zones où les cas de COVID-19 augmentent.

Nous pouvons empêcher que l'épidémie s'aggrave en agissant tous de concert dès maintenant. Les autorités sanitaires locales ne peuvent pas y parvenir seules. Chacun d'entre nous doit agir pour se protéger et protéger ses proches et la collectivité. C'est pourquoi nous devons tous nous engager de nouveau à respecter les mesures de protection personnelle dont l'efficacité est prouvée, notamment l'éloignement physique, le lavage fréquent des mains et le port d'un masque non médical dans les espaces clos, les lieux bondés et les situations de contact étroit lorsque l'éloignement est difficile. Surtout, restez chez vous et isolez-vous si vous ressentez des symptômes, même légers.

J'invite également chacun à limiter autant que possible les contacts étroits. Nous avons tous des responsabilités différentes quand nous entrons en contact étroit avec d'autres personnes, mais il ne faut pas oublier que chaque personne croisée vient avec tout un réseau de contacts. Ainsi, en réduisant vos contacts étroits et leur durée, vous réduisez le risque de transmission.

Aidons-nous les uns les autres. Merci.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/09/allocution-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-sur-la-covid-19-le-25-septembre-2020.html>

## Déclaration de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada du 26 septembre 2020

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

### Déclaration

Le 26 septembre 2020, la D<sup>re</sup> Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, a fait la déclaration suivante sur la COVID-19.

Le 26 septembre 2020

Ottawa (Ontario)

Agence de la santé publique du Canada

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

« Il y a eu 150 456 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 255 décès. À l'heure actuelle, 86 % des personnes infectées se sont rétablies. La quantité de prélèvements analysés dans les laboratoires du Canada demeure élevée. La semaine dernière, près de 70 000 personnes en moyenne ont subi un test de dépistage chaque jour, et 1,4 % de ces tests se sont révélés positifs. En date du vendredi

25 septembre 2020, 1 175 cas étaient signalés en moyenne chaque jour au Canada sur une période de sept jours. Certaines provinces et certains territoires ne déclarent pas de nouveaux cas la fin de semaine. La prochaine mise à jour du nombre moyen de cas quotidiens sera fournie mardi prochain, quand toutes les données auront été compilées.

Comme le nombre de cas quotidiens continue d'augmenter, à l'approche de la prochaine fin de semaine, les Canadiens sont invités à renforcer les mesures de protection personnelle et à réduire le nombre de contacts étroits autant que leur situation personnelle et familiale le permet. Nous devons également réfléchir à l'endroit et à la manière dont le virus se propage et trouver des moyens plus sûrs de poursuivre nos habitudes et nos activités quotidiennes importantes tout en maintenant la propagation de la COVID-19 à un niveau gérable.

Malgré la crainte fondée d'une recrudescence importante dans les régions où la propagation du virus est en hausse, il y a toujours lieu de croire que nous pouvons reprendre le contrôle. Nous savons que les mesures que nous prenons collectivement peuvent contribuer, et contribuent effectivement, à ralentir la propagation, et nous savons aussi que la prévention de la propagation dans certains types de contextes peut ralentir considérablement la propagation de l'épidémie.

Certaines des régions où le taux d'infection est particulièrement élevé ont indiqué que des événements comme les grands rassemblements privés à l'intérieur et à l'extérieur ont entraîné une hausse substantielle de l'exposition et du nombre de personnes infectées. Ainsi, les répercussions d'un seul événement de cette nature peuvent être considérables. Par exemple, une communauté peut passer du stade d'une propagation lente à une propagation fulgurante. On peut se réjouir à l'idée que si de tels événements peuvent être interrompus rapidement, avant que le virus ne se propage dans la communauté, la propagation peut être freinée plus facilement. Il ne faut pas non plus oublier que ces événements de propagation peuvent être évités si des précautions efficaces sont prises. Il s'agit ici d'une leçon sur la vie avec la COVID-19 que nous ne pouvons pas nous permettre d'ignorer.

À l'approche des festivités d'automne, comme l'Action de grâce, il est temps de faire le point sur tout ce que nous avons appris sur la vie avec la COVID-19 et de nous féliciter de nous être adaptés et d'avoir renforcé notre résilience. Il ne faut pas non plus oublier que le fait de connaître les gens que nous côtoyons lors d'un rassemblement ne diminue d'aucune manière le risque d'attraper la COVID-19. **Même si les personnes avec qui vous participez à un événement font partie de votre famille élargie, comme dans le cas de certaines éclosions survenues à la suite de rassemblements privés, cela ne signifie pas pour autant qu'elles ne sont pas infectées, et ce, même si elles ne semblent pas être malades.** Pour assurer notre sécurité et celle de nos proches, nous devons consciemment et constamment faire des efforts tant que la COVID-19 sera parmi nous. Cette fin de semaine, prenez le temps de vous réunir avec votre famille et vos proches, et élaborer un plan pour protéger votre bulle de confiance tout en trouvant des moyens nouveaux et créatifs de rester en contact d'une manière stimulante avec les autres grâce à des outils virtuels et d'autres moyens qui permettent de maintenir un éloignement suffisant. Lisez mon document d'information sur les risques et les précautions à prendre, et dans lequel vous trouverez des liens vers des [renseignements et des ressources relatifs à la COVID-19](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/09/declaration-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-le-26-septembre-2020.html).  
<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/09/declaration-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-le-26-septembre-2020.html>

**Déclaration de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada du 27 septembre 2020**  
De : [Agence de la santé publique du Canada](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/09/declaration-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-le-26-septembre-2020.html)

#### **Déclaration**

Le 27 septembre 2020, la D<sup>re</sup> Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, a fait la déclaration suivante sur la COVID-19.

27 septembre 2020 – Ottawa (Ontario) – Agence de la santé publique du Canada

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

« Il y a eu 151 671 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 262 décès. À l'heure actuelle, 86 % des personnes infectées se sont rétablies. La quantité de prélèvements analysés dans les laboratoires du Canada demeure élevée. La semaine dernière, près de 70 000 personnes en moyenne ont subi un test de dépistage chaque jour, et 1,4 % de ces tests se sont révélés positifs. En date du vendredi 25 septembre 2020, 1 175 cas étaient signalés en moyenne chaque jour au Canada sur une période de sept jours. Certaines provinces et certains territoires ne déclarent pas de nouveaux cas la fin de semaine. La prochaine mise à jour du nombre moyen de cas quotidiens sera fournie mardi prochain, quand toutes les données auront été **compilées**.

**À l'approche d'une nouvelle semaine, nous devons surveiller l'augmentation des cas et des hospitalisations, en particulier dans les régions où les cas augmentent le plus rapidement. À certains endroits, les ressources de la santé publique et du système de santé peuvent être insuffisantes pour faire face à la hausse des cas, qui s'accompagne d'une augmentation des hospitalisations, ce qui accroît la probabilité de propagation à d'autres zones.**

La semaine dernière, j'ai exhorté les Canadiens à renforcer les mesures de protection personnelle et à réduire autant que possible le nombre et la durée de leurs contacts étroits. Bien que la situation personnelle et familiale de chacun soit différente, toutes les mesures de protection que nous pouvons prendre contribuent à réduire le taux global d'infection dans la collectivité. Chaque personne que nous rencontrons apporte tout un réseau de contacts. Ainsi, tout effort visant à réduire le nombre, la durée et la proximité des rencontres a une incidence importante sur la propagation du virus. De plus, comme les contrôles et les politiques de santé publique réduisent le risque d'infection et de propagation du virus, toutes les mesures que nous prenons en matière de protection personnelle contribuent à réduire le taux global d'infection.

**Le moyen le plus rapide et le plus sûr pour le Canada de ralentir la propagation est que nous prenions tous l'ensemble des mesures toute la journée et que nous agissions toujours de manière à prévenir la propagation de la maladie à d'autres personnes. Voici ce qu'il faut faire :**

- À l'extérieur comme à l'intérieur, il faut toujours garder une distance de deux mètres avec les personnes qui ne font pas partie de notre petite bulle de contacts habituels et fiables.
- Conserver de bonnes habitudes d'hygiène en tout temps, à savoir se laver les mains fréquemment et méticuleusement, se couvrir la bouche lorsqu'on tousse et [porter un masque non médical ou se couvrir le visage, s'il y a lieu](#).
- Limiter la durée des contacts et le nombre de personnes avec lesquelles on entre en contact étroit.
- Se limiter, dans la mesure du possible, aux milieux et aux situations à faible risque, c'est-à-dire où des mesures et des politiques de santé publique sont en place.

**Nous pouvons empêcher que l'épidémie s'aggrave en agissant tous de concert dès maintenant. Les autorités sanitaires locales ne peuvent pas y parvenir seules.** Chacun d'entre nous doit agir pour se protéger et protéger ses proches et la collectivité. Lisez mon document d'information qui contient de [l'information et des ressources relatives à la COVID-19](#) pour connaître les risques et les précautions à prendre.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/09/declaration-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-le-27-septembre-2020.html>

## **Canada**

**Mise à jour du gouvernement du Canada concernant la COVID-19 pour les peuples et les collectivités autochtones – Canada.ca**

Source : canada.ca

ID : 1007927082

Depuis la mi-août, le nombre de nouveaux cas et de cas actifs de COVID-19 chez les collectivités autochtones augmente considérablement chaque semaine. Nous vous prions de suivre les directives de santé publique émises par votre province ou territoire de résidence, et/ou par les dirigeants de votre collectivité, y compris les directives sur le port du masque à l'école. À la suite de cette augmentation, il ne fait aucun doute que nous devons prendre de nouveau les précautions sanitaires prises au printemps dernier.

Communiqué de presse

25 septembre 2020 – Ottawa, territoire traditionnel algonquin, Ontario – Services aux Autochtones Canada

Depuis la mi-août, le nombre de nouveaux cas et de cas actifs de COVID-19 chez les collectivités autochtones augmente considérablement chaque semaine. À la suite de cette augmentation, on a enregistré un record de nouveaux cas hebdomadaires depuis le début de la pandémie. Cette semaine, le nombre total de cas actifs est passé de 79 à 121. Le nombre croissant de cas d'origine externe chez les collectivités autochtones est tout aussi inquiétant.

En date du 24 septembre 2020, Services aux Autochtones Canada a connaissance des cas confirmés de COVID-19 suivants chez les collectivités autochtones :

631 cas positifs confirmés de COVID-19;

52 hospitalisations;

121 cas actifs;

499 personnes rétablies;

11 décès.

On dénombre 19 cas positifs confirmés dans la région québécoise du Nunavik. Seules deux personnes ne sont pas guéries.

À la suite de cette augmentation, il ne fait aucun doute que nous devons prendre de nouveau les précautions sanitaires prises au printemps dernier. Bien que ces changements soient préoccupants, les mesures individuelles auront une influence importante sur le cours de la pandémie, et nous ne pouvons pas nous permettre d'arrêter maintenant. Nous devons poursuivre ce travail jusqu'à ce que nous soyons tous en sécurité.

**Nous pouvons tous aider en faisant ce qui suit :**

Éviter les déplacements non essentiels;

Limiter autant que possible les rassemblements non essentiels;

Limiter le nombre de personnes dans vos groupes sociaux et éviter les grands rassemblements;

Maintenir une distance d'au moins deux mètres (six pieds);

Porter un masque non médical qui couvre le nez et la bouche si l'éloignement physique n'est pas possible;

Nous vous prions de suivre les directives de santé publique émises par votre province ou territoire de résidence, et/ou par les dirigeants de votre collectivité, y compris les directives sur le port du masque à l'école.

En outre, il ne faut pas oublier de maintenir une bonne hygiène des mains, même à l'extérieur. Il faut notamment se laver les mains à l'eau tiède courante et au savon pendant au moins 20 secondes. Si vous n'avez pas accès à de l'eau ni à du savon, utilisez un désinfectant pour les mains qui contient au moins 60 % d'alcool.

Toussez et éternuez dans un mouchoir ou votre coude, et non dans vos mains, et jetez les mouchoirs usés dès que possible dans une corbeille à papier munie d'un sac de poubelle et lavez-vous les mains immédiatement après.

Évitez de vous toucher les yeux, le nez et la bouche sans vous être d'abord lavé les mains.

Les symptômes de la COVID-19 peuvent apparaître jusqu'à 14 jours après l'exposition au virus. Pendant ce temps, le virus peut facilement se propager à d'autres personnes. Cela signifie que les décisions que nous prenons aujourd'hui peuvent avoir des répercussions pour notre famille, nos amis et notre collectivité pendant des semaines. Nous vous prions tous de contribuer à inverser la tendance en prenant les mesures de santé publique.

Selon l'Agence de la santé publique du Canada, il faut s'isoler pendant 14 jours dans les circonstances suivantes :

Si vous revenez d'un voyage à l'étranger. Dans ce cas, il s'agit d'une période d'auto-isolement obligatoire.

Si vous avez été en contact étroit avec une personne qui est atteinte de la COVID-19 ou qui pourrait l'être.

Si les autorités sanitaires vous ont demandé de vous isoler en raison d'une possible exposition à une personne atteinte de la COVID-19.

**Par auto-isolement, on veut dire :**

Rester chez soi;

Éviter tout contact avec d'autres personnes;

Prendre des mesures sanitaires comme l'éloignement physique, le nettoyage des surfaces communes, l'hygiène des mains et tousser et éternuer dans un mouchoir.

Le gouvernement du Canada et ses partenaires autochtones continuent de gérer les répercussions de la pandémie tout en se préparant aux prochaines vagues. Il s'agit notamment de prendre des mesures pour s'assurer que toute personne qui vit au Canada puisse avoir accès aux futurs traitements et vaccins. Il faudra du temps pour que notre pays se rétablisse à la suite de la pandémie. Nous devons continuer d'être prudents et d'écouter les conseils de nos experts en santé publique.

À cette époque de l'année, nous devons également faire attention à la grippe, ou grippe saisonnière. Nous pouvons en réduire la propagation en prenant les mesures sanitaires et en adoptant les habitudes hygiéniques recommandées pour limiter la propagation de la COVID-19. Le vaccin annuel contre la grippe est le moyen le plus efficace de prévenir la grippe et les complications qui en découlent.

À ce jour, on a investi plus de 2,2 milliards de dollars dans le soutien aux collectivités et aux organisations autochtones et nordiques. Services aux Autochtones Canada continue de travailler avec les dirigeants et les organisations autochtones afin de déterminer les besoins des collectivités et d'y répondre, surveille l'évolution de la pandémie et se tient prêt à déployer des ressources supplémentaires s'il y a lieu.

Personnes-ressources

<https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/nouvelles/2020/09/mise-a-jour-du-gouvernement-du-canada-sur-la-covid-19-a-lintention-des-peuples-et-communautés-autochtones.html>

## **Canada**

### **Les experts ne sont pas sûrs que le système de santé du Québec puisse résister à la dernière vague de COVID-19**

Source : CBC

ID : [1007926140](#)

Au Québec, après une augmentation des cas de COVID-19 comme on n'en avait pas vu depuis le printemps, les experts de la santé demandent au gouvernement de prendre des mesures draconiennes afin d'épargner à un système de santé assiégé un stress supplémentaire.

**Dimanche, le Québec a enregistré 896 nouveaux cas, un chiffre proche des pires jours d'avril et de mai. Cependant, le nombre d'hospitalisations et de décès est nettement inférieur à ce qu'on voyait à la première vague.**

**Néanmoins, les hospitalisations ont augmenté de 46 % au cours de la semaine dernière. Il y a actuellement 216 patients atteints de COVID-19 à l'hôpital, dont 41 aux soins intensifs.**

Selon les experts, la baisse du nombre d'hospitalisations s'explique par la proportion plus élevée de jeunes ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage. À cet âge, ils sont moins susceptibles de développer des complications.

Toutefois, les médecins des hôpitaux de Montréal disent admettre des patients plus jeunes, ce qui pourrait poser de nouveaux problèmes au système de santé.

Le Dr François Marquis, chef du service des soins intensifs de l'hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal, a déclaré que les jeunes patients qu'il a vus ont mis plus de temps à se rétablir.

« Dans cette deuxième vague, nous pourrions nous retrouver avec le problème suivant : un petit nombre de jeunes qui occupent nos lits aux soins intensifs ne meurent pas, mais ne se rétablissent pas. Ils demeurent dans un état mitigé, a-t-il expliqué lors d'une entrevue à Radio-Canada.

C'est un phénomène que la population, et plus particulièrement les jeunes, n'a pas compris. »

Selon le Dr Matthew Oughton, un médecin qui se spécialise dans les maladies infectieuses à l'Hôpital général juif de Montréal, les hospitalisations devraient augmenter plus rapidement dans environ un mois, car les jeunes transmettent le virus aux personnes plus âgées.

« Les hôpitaux du Québec se retrouveront dans la situation périlleuse que nous avons connue à la fin du mois de mars et en avril », explique M. Oughton.

On s'inquiète de nouveau pour les soins de longue durée.

Avec l'augmentation du nombre de cas, le sort des établissements de soins de longue durée est un sujet de préoccupation.

Lors de la première vague de la pandémie, on a assisté à des éclosions dans des centaines d'établissements publics (appelés CHSLD au Québec). Ces éclosions ont fait près de 4 000 victimes.

Le gouvernement a promis d'apporter des changements majeurs aux protocoles et aux effectifs afin d'éviter qu'une telle catastrophe ne se reproduise. Or, les éclosions des derniers jours dans des CHSLD et des foyers pour personnes âgées inquiètent les observateurs.

Les visites ont dû être interrompues au CHSLD Idola Saint-Jean de Laval samedi, après que 11 patients et sept employés se sont révélés porteurs du virus.

Pendant ce temps, 10 autres personnes ont reçu un résultat positif à l'Initial, dans l'Outaouais, et les patients du CHSLD Herron, où 38 personnes sont mortes au printemps, sont de nouveau en isolement après qu'un membre du personnel a reçu un diagnostic de COVID-19.

« C'est extrêmement préoccupant. Cela ne devrait plus se produire », assure la Dre Cécile Tremblay, spécialiste des maladies infectieuses du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

« Le gouvernement a été strict sur ce point et a dit que cela n'arriverait plus, ce qui n'est pas le cas. »

Selon Mme Tremblay, bien que le gouvernement ait embauché des préposés aux bénéficiaires, les établissements de soins de longue durée demeurent confrontés à une pénurie d'infirmières, et le ratio personnel-patients est loin d'être optimal.

**Selon les experts, des mesures plus sévères sont nécessaires.**

Afin de ralentir la propagation de la COVID-19, le gouvernement du Québec exhorte les gens à éviter tout rassemblement social, surtout dans les résidences privées, pendant le mois prochain.

**« La forte augmentation des cas est principalement associée à la transmission communautaire du virus », a écrit le ministre de la Santé Christian Dubé sur Twitter, dimanche.**

Mme Tremblay soutient que la propagation du virus est hors de contrôle. Elle a suggéré au gouvernement d'envisager des mesures plus strictes pour éviter que le nombre de décès n'augmente. Elle a notamment proposé de rendre obligatoire le port du masque par les élèves en classe.

« Il est extrêmement important que les gens comprennent que nous nous dirigeons tout droit vers une deuxième vague qui sera au moins aussi mauvaise que la première, voire pire », a-t-elle déclaré.

M. Oughton estime lui aussi que le gouvernement doit faire plus. Selon lui, il ne suffit pas de demander aux gens de réduire leurs contacts.

« C'est une demande qui manque d'autorité. Par conséquent, je crois que certaines personnes y voient une simple suggestion ou une recommandation », explique-t-il.

En ce moment, le message manque de clarté. Le gouvernement doit faire preuve de fermeté et expliquer clairement aux gens en quoi cela constitue un problème. »

L'information est tirée des reportages de Valeria Cori-Manocchio et de Radio-Canada

<https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/covid-19-cases-on-the-rise-in-quebec-900-new-cases-1.5740915?cmp=rss>

## Canada

### Les nouveaux cas COVID-19 en Ontario atteignent un sommet en près de cinq mois

ID : 1007925311

Source : CTV News

Dimanche, 27 septembre 2020, 11 h 28 HAE

Les gens font la queue pendant des heures à la clinique de dépistage de la COVID de l'hôpital Mount Sinai pendant la pandémie de COVID-19 à Toronto, le jeudi 24 septembre 2020. LA PRESSE CANADIENNE/Nathan Denette

**TORONTO – Le nombre de nouveaux cas de COVID-19 atteint un sommet depuis le début de mai en Ontario.**

**Dimanche, les autorités sanitaires ont ajouté 491 cas confirmés en laboratoire. Il s'agit d'un sommet pour une journée depuis le 2 mai, quand on avait confirmé 511 cas.**

La province a également enregistré deux décès liés à la COVID-19 au cours des dernières 24 heures ainsi que 289 personnes qui sont réputées rétablies.

Le rapport de dimanche fait passer le nombre de cas confirmés en laboratoire de la province à 49 831, dont 2 839 décès et 42 796 personnes rétablies.

À l'heure actuelle, on dénombre 4 196 cas actifs de COVID-19 en **Ontario**.

Les nouveaux cas ont augmenté par rapport à samedi, alors qu'on avait enregistré 435 nouvelles infections. Il s'agissait d'un quatrième jour consécutif où la province enregistrait plus de 400 nouveaux cas.

Mardi, le premier ministre de l'**Ontario** Doug Ford a prévenu le public d'une deuxième vague de COVID-19 « plus difficile » et « plus compliquée » et annoncé le premier volet du plan de préparation automnale du gouvernement.

Quelques jours plus tard, le premier ministre a imposé des règles plus strictes aux restaurants et aux bars afin de limiter les « foyers d'épidémie » de COVID-19 dans la province. En vertu des nouvelles restrictions, les restaurants et les bars ne peuvent plus vendre d'alcool après 23 heures, et la consommation d'alcool dans ces établissements sera interdite après 12 heures.

**Dans un gazouillis publié dimanche matin, la ministre de la Santé de l'Ontario Christine Elliott a annoncé que la plupart des nouveaux cas sont observés chez des personnes de moins de 40 ans.**

Selon le résumé épidémiologique quotidien de la province, 236 des nouvelles infections sont chez des personnes âgées de 20 à 39 ans. On dénombre maintenant 17 000 infections confirmées en laboratoire chez ce groupe d'âge, un sommet parmi tous les groupes d'âge en **Ontario**.

On a signalé 118 autres cas chez les personnes âgées de 40 à 59 ans. On a signalé 75 cas chez les personnes âgées de 19 ans et moins et 51 cas chez les personnes âgées de 60 à 79 ans.

On a signalé 13 nouveaux cas chez les personnes âgées de 80 ans et plus.

Où sont les nouveaux cas COVID-19?

La plupart des nouveaux cas de COVID-19 d'**Ontario** continuent d'être signalés dans les quatre mêmes régions.

Il y a 137 nouveaux cas à Toronto, 131 dans la région de Peel et 58 dans les régions d'Ottawa et de York.

Au moins cinq autres bureaux de santé publique, dont ceux de Niagara, de Halton et de Waterloo, ont également fait état d'au moins une dizaine de cas.

Le nombre d'hospitalisations est quant à lui passé à 112, soit une hausse de 12 par rapport à la veille. Toutefois, le ministère de la Santé s'attend à ce que ce nombre augmente, puisqu'environ cinq hôpitaux **ontariens** n'ont pas fourni de données sur leurs patients dimanche.

De ces 112 patients, 28 sont traités aux soins intensifs. De ce nombre, 16 ont besoin d'un respirateur.

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

Le nombre de tests de dépistage de la COVID-19 en **Ontario** demeure élevé; 42 509 tests ont été effectués depuis hier. La veille, la province établissait un nouveau record de tests effectués en une



journée, avec 43 238 tests.

Depuis le début de la pandémie, la province a effectué plus de 3,8 millions de tests de dépistage de la COVID-19.

On compte 65 061 tests en cours d'analyse.

<https://toronto.ctvnews.ca/new-covid-19-cases-in-ontario-surge-to-highest-level-in-nearly-five-months-1.5122106>

## Canada

### **Trudeau annonce l'achat de 20 millions de doses du vaccin de l'Université Oxford contre la COVID-19**

Source : Ottawa Citizen

ID : 1007914068

Vendredi, le premier ministre Justin Trudeau a annoncé que le gouvernement avait conclu un accord pour 20 millions de doses du vaccin contre la COVID-19 de l'Université Oxford, qui est produit par AstraZeneca.

Le gouvernement, qui avait déjà signé de multiples accords pour plus de 150 millions de doses des vaccins contre la COVID-19 les plus prometteurs, n'avait pas encore signé d'accord avec AstraZeneca. Le Royaume-Uni, les États-Unis, le Japon et plusieurs pays européens ont déjà annoncé avoir commandé des centaines de millions de doses de ce vaccin.

Le vaccin de la société est considéré comme l'un des plus prometteurs et est rendu à la troisième et dernière phase de vérification de son efficacité.

À suivre...

<https://ottawacitizen.com/news/politics/trudeau-announces-purchase-of-20-million-doses-of-oxford-university-covid-19-vaccine>

## Canada

### **On peut désormais subir un test de dépistage de la COVID-19 dans des pharmacies de l'Ontario**

Source : CTV News Toronto

ID : 1007913967

On peut désormais subir un test de dépistage de la COVID-19 dans des pharmacies de l'Ontario.

Contact

Publié le vendredi 25 septembre 2020 à 7 h 41 HAE; dernière mise à jour le vendredi 25 septembre 2020 à 8 h 41 HAE

Des gens passent devant une pharmacie Shoppers Drug Mart au centre-ville de Toronto, le lundi 15 juillet 2013. (LA PRESSE CANADIENNE/Graeme Roy)

DIFFUSER

TORONTO – À compter d'aujourd'hui, on commencera à effectuer des tests de dépistage de la COVID-19 dès aujourd'hui afin d'aider à alléger le fardeau qui pèse sur les cliniques de dépistage de la province, qui sont déjà bien occupées.

Une soixantaine de pharmacies offrent des tests de dépistage sur rendez-vous à certaines personnes asymptomatiques, notamment les personnes dont des proches se trouvent dans un établissement de soins de longue durée et celles qui ont eu un contact étroit avec une personne infectée, ainsi que les travailleurs à haut risque.

À partir d'aujourd'hui, vous pouvez subir un test de dépistage de la #COVID19 dans certaines pharmacies si vous ne présentez pas de symptômes, sur rendez-vous seulement. D'autres sites de dépistage ouvriront dans les prochaines semaines. Reportez-vous aux directives à jour sur le dépistage à l'adresse suivante : <https://t.co/8TJ2S7XOUF> [pic.twitter.com/XAriiP2l8F](https://twitter.com/XAriiP2l8F)

<https://toronto.ctvnews.ca/people-can-now-be-tested-for-covid-19-at-some-ontario-pharmacies-1.5119802>

## Canada

### **Les experts demandent des mesures de confinement obligatoire en réponse à la recrudescence de la COVID-19**

Source : CBC

ID : 1007912465

Les experts de la région d'Ottawa, qui est aux prises avec une deuxième vague de COVID-19, souhaitent que la Province interrompe de nouveau certaines activités afin de maîtriser le virus.

Dans une lettre ouverte publiée jeudi, 40 médecins de l'Ontario soutiennent que l'Ontario doit restreindre les activités des entreprises non essentielles et les autres activités non essentielles où les gens se rassemblent (restaurants et bars, centres de conditionnement physique, salles de spectacle, boîtes de nuit, églises, etc.).

Raywat Deonandan, un épidémiologiste de l'Université d'Ottawa qui n'est pas l'un des signataires de la lettre, convient que la Province doit agir.

« Les lieux de loisirs et d'autres activités non essentielles du genre devraient être fermés immédiatement », a-t-il déclaré mercredi.

L'interruption de ces activités ne doit pas forcément être aussi stricte que les mesures prises en mars », a-t-il poursuivi, en ajoutant que les politiques d'éloignement et le port du masque sont des exemples de progrès.

Selon lui, l'Ontario pourrait éviter de fermer toutes les entreprises non essentielles. Il espère notamment que des lieux comme les musées et les centres de conditionnement physique puissent rester ouverts.

Il prédit avec une certaine confiance que de nombreuses écoles d'Ottawa seront fermées d'ici décembre.

« Je suis pessimiste quand je dis que je ne m'attends pas à ce qu'elles restent ouvertes, mais j'espère qu'elles resteront ouvertes. »

Selon la version préliminaire du plan de préparation à la pandémie de l'Ontario, dont la CBC a obtenu un exemplaire, l'Ontario souhaite éviter d'imposer des mesures de confinement obligatoire pour lutter contre une deuxième vague de COVID-19, mais est prête à prendre des mesures ciblées, comme la fermeture de certaines entreprises à haut risque.

Des mesures draconiennes sont nécessaires, selon un modélisateur

Robert Smith? (le point d'interrogation fait partie de son nom) est un mathématicien de l'Université d'Ottawa qui modélise les maladies infectieuses.

Il demande qu'on adopte une approche draconienne et qu'on impose dès maintenant un confinement obligatoire complet et des restrictions de voyage plus sévères qu'au printemps.

« Il faut être impitoyable, en quelque sorte, a déclaré M. Smith? mercredi.

L'Ontario doit choisir de souffrir à court ou à long terme.

Si la Province instaure un confinement obligatoire pendant quelques mois, elle pourrait ramener à zéro le nombre de nouvelles infections.

Dans ce cas, on pourrait étouffer d'éventuelles flambées grâce aux tests de dépistage et à la recherche des contacts.

C'est dans les premiers stades qu'on a les meilleures chances de combattre efficacement la maladie. »

Selon M. Smith?, si nous ne changeons pas d'approche, le nombre de personnes infectées et de personnes malades augmentera sans cesse, jusqu'à ce que la recherche de contacts cesse de fonctionner.

« Les fuites sont nombreuses, et plus il y en a de fuites, plus il y a de chances que le virus s'échappe. »

Contrairement à ce que Deonandan et d'autres experts demandent, il soutient que pour être efficace, le confinement obligatoire doit comprendre la fermeture des écoles, puisque cela amènera les enfants et leurs parents à rester à la maison une bonne partie du temps.

M. Smith soutient également que les bars et les écoles ne devraient rouvrir qu'après deux semaines sans nouveaux cas.

La vague de septembre prévue depuis des mois

Smith?, Deonandan et bien d'autres avaient prévu la deuxième vague de septembre.

En mai, CBC Ottawa a publié un reportage intitulé « Epidemiologists brace for 2nd wave of COVID-19 — and it may come in September » (« Des épidémiologistes se préparent à une deuxième vague de COVID-19, qui pourrait survenir en septembre ») et auquel M. Smith? a participé.

Smith? et Deonandan pensent tous deux que l'Ontario devrait se montrer plus stricte en ce qui concerne le confinement obligatoire, et plus prudente en ce qui a trait à la réouverture.

M. Deonandan, qui espère qu'on aura un vaccin d'ici 2021, pense qu'on doit prendre le scénario de la pire éventualité et possiblement courir un risque politique et réagir de manière excessive.

« Les gens ne doivent pas oublier qu'il n'en sera pas ainsi pour le reste de leur vie. On parle de quelques mois. »

Le coût d'un confinement obligatoire pour l'économie et ses répercussions sur la santé mentale et

l'activité physique font partie de l'équation, mais Deonandan et Smith? soutiennent qu'on évitera les conséquences tragiques de la COVID-19 en adoptant une approche plutôt pessimiste. Certaines statistiques relatives au nombre de cas à Ottawa ont atteint un point culminant ou en sont proches. Deonandan et Smith? s'attendent donc à ce que la hausse des décès se poursuive au cours des prochaines semaines.

« Je sais à quel point la situation est frustrante pour les gens », a dit M. Smith?.

Je comprends pourquoi on se dispute. On ne veut pas ruiner l'économie. Nous risquons cependant de ruiner l'économie si nous ne nous occupons pas immédiatement de la maladie. »

<https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/september-shutdown-second-wave-covid19-1.5738201?cmp=rss>

## Canada

### **Selon le plus haut représentant de la santé de l'Alberta, la province n'est pas frappée par une deuxième vague de COVID-19**

Source : The Star

ID : 1007912148

EDMONTON – Selon le médecin-chef de l'Alberta, la province n'est pas frappée par une deuxième vague de COVID-19, malgré l'augmentation du nombre de cas quotidiens observée au cours des derniers mois. Jeudi, la D<sup>re</sup> Deena Hinshaw a annoncé que l'Alberta avait recensé 158 nouveaux cas dans la province. Cela ne veut pas dire que l'Alberta connaît une recrudescence des infections, bien que d'autres provinces aient déjà déterminé que leur deuxième vague avait commencé.

« En Alberta, je ne pense pas que nous en soyons là. Nous avons constaté une augmentation du nombre de cas quotidiens au cours des derniers mois, mais ceux-ci sont restés relativement stables, a expliqué M<sup>me</sup> Hinshaw lors d'une conférence de presse.

Quand je pense à une deuxième vague, je pense à un pic aigu où la propagation est incontrôlée. Ce n'est pas la seule issue possible pour nous. »

Mercredi, dans un discours qui s'adressait à tout le pays, le premier ministre Justin Trudeau a brossé un tableau plus sombre, en déclarant qu'une deuxième vague est déjà en cours dans les quatre plus grandes provinces du Canada, soit l'Ontario, le Québec, la Colombie-Britannique et l'Alberta.

« L'automne risque d'être bien pire que le printemps, a annoncé M. Trudeau. Il est fort probable que nous ne pourrions pas nous rassembler à l'Action de grâce, mais nous avons encore une chance de nous réunir à Noël. »

M<sup>me</sup> Hinshaw a expliqué que l'Action de grâce ne sera pas fêtée comme on le faisait avant la pandémie en Alberta, mais qu'elle pourrait avoir lieu si les gens font preuve de la prudence nécessaire.

« Naturellement, les gens veulent se rassembler, célébrer l'Action de grâce et témoigner une gratitude qui prend tout son sens dans les circonstances. Nous souhaitons tous que l'Action de grâce soit une fête sûre à l'issue de laquelle tout le monde sera en santé, a dit M<sup>me</sup> Hinshaw.

Les rassemblements avec vos groupes de proches établis, ne comptant pas plus de 15 personnes, devraient avoir lieu à l'extérieur de la maison. Moins il y aura de participants, mieux ce sera. Ce n'est pas le temps d'organiser de grands rassemblements. »

M<sup>me</sup> Hinshaw a ajouté qu'il y a actuellement des alertes et des éclosions actives, dont 163 cas actifs, dans 97 écoles de l'Alberta, et que le nombre de cas hebdomadaires chez les élèves de 5 à 19 ans avait atteint un sommet de 216 en avril. Mais depuis le début de l'année scolaire en cours, soit le début de septembre, les chiffres sont en baisse.

« Nous avons en fait constaté une diminution, d'une semaine à l'autre, de 205 à 183, puis à 122 cas par semaine chez les enfants d'âge scolaire, et ce, malgré une augmentation importante des tests. »

<https://www.thestar.com/news/canada/2020/09/24/albertas-top-health-official-says-province-is-not-in-a-second-wave-of-covid-19.html>

## Canada

### **Quelques semaines après la rentrée scolaire, les cas de COVID-19 sont en baisse chez les enfants et les adolescents en Alberta**

Source : CBC

ID : 1007913119

Les élèves de l'Alberta ont repris les cours depuis quelques semaines et, jusqu'à présent, aucune augmentation des cas de COVID-19 n'a été constatée chez les enfants d'âge scolaire.

Les données du ministère de la Santé de l'Alberta montrent que le nombre de nouveaux cas quotidiens chez les 10 à 19 ans a en fait suivi une tendance à la baisse, alors qu'il est resté relativement stable chez les 5 à 9 ans.

Dans le même temps, beaucoup plus d'enfants et d'adolescents ont été testés pour la COVID-19 en septembre, par rapport au début de la pandémie.

Les cours en personne ont repris dans de nombreuses écoles d'Alberta le 1<sup>er</sup> septembre, tandis que d'autres ont accueilli les élèves quelques jours plus tard.

Depuis la reprise des cours, le médecin hygiéniste en chef, la D<sup>re</sup> Deena Hinshaw, a déclaré que les résultats hebdomadaires suivants ont été observés chez les personnes âgées de 5 à 19 ans :

1<sup>re</sup> semaine après la reprise des cours : 205 cas sur plus de 11 000 tests.

2<sup>e</sup> semaine après la reprise des cours : 183 cas sur plus de 18 000 tests.

3<sup>e</sup> semaine après la reprise des cours : 122 cas sur plus de 14 000 tests.

En examinant toutes les données de COVID-19 remontant au début de la pandémie, la D<sup>re</sup> Hinshaw a noté que les taux d'infection des enfants d'âge scolaire ont reflété ce qui se passait dans la communauté.

« Le nombre hebdomadaire de cas chez les personnes âgées de 5 à 19 ans a été influencé le plus par les tendances de transition communautaire », a déclaré la D<sup>re</sup> Hinshaw.

Le pic des cas parmi les enfants d'âge scolaire est survenu en avril, a-t-elle dit, lorsque les cas de COVID-19, en général, étaient à leur apogée.

En une seule semaine d'avril, 216 cas ont été détectés sur 2 257 tests effectués sur des personnes âgées de 5 à 19 ans, a-t-elle déclaré.

« Je tiens à souligner ces chiffres non pas pour minimiser l'importance de la sécurité dans les écoles, mais plutôt pour souligner, une fois de plus, l'importance de limiter la transmission communautaire pour que la rentrée scolaire soit réussie », a déclaré la D<sup>re</sup> Hinshaw.

En date de jeudi, a-t-elle dit, il y avait des alertes ou des épidémies actives dans 97 écoles de l'Alberta, avec 163 cas actifs parmi les élèves.

« Cela représente environ quatre pour cent des écoles de la province », a-t-elle déclaré.

« Il y a 32 éclosions dans les écoles, dont sept présentant probablement une transmission au sein de l'école avec au moins un cas, et quatre d'entre elles comptent cinq cas ou plus », a-t-elle ajouté.

Le ministère de la Santé de l'Alberta définit une éclosion comme deux cas ou plus parmi les élèves d'une école.

L'annonce d'une éclosion n'est « pas un signe qu'une école est dangereuse », a déclaré la D<sup>re</sup> Hinshaw, notant que la grande majorité des élèves atteints de COVID-19, à ce jour, l'ont contractée en dehors de l'école.

<https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/alberta-school-aged-covid-19-cases-late-september-1.5738030?cmp=rss>

## Canada

**COVID-19 : L'Ontario fixe à 23 heures l'heure du dernier service dans les bars, ferme les clubs de danseuses; 409 nouveaux cas en Ontario, 41 à Ottawa**

Source : Ottawa Citizen

ID : 1007914450

L'Ontario fixe à 23 heures l'heure du dernier service dans les bars, ferme les clubs de danseuses; 409 nouveaux cas en Ontario, 41 à Ottawa Retour à la vidéo

À partir de samedi, les restaurants et bars de l'Ontario devront cesser de vendre de l'alcool à 23 heures et fermer avant minuit, tandis que tous les clubs de danseuses devront fermer.

La province a annoncé les nouvelles règles vendredi en réponse au nombre croissant de cas de COVID-19, en notant que « les rassemblements sociaux privés continuent de représenter une source importante de transmission dans de nombreuses communautés locales, ainsi que les foyers d'éclosion dans les restaurants, les bars et autres établissements de restauration, y compris les clubs de danseuses, avec la plupart des cas dans la tranche d'âge des 20-39 ans ».

Les restaurants et les bars seront autorisés à continuer à offrir la vente à emporter et les livraisons après minuit.

« Je ne pense pas que ce soit la fin du monde que les gens arrêtent de boire à 23 heures et que les établissements ferment à minuit, ce sont des mesures de précaution », a déclaré le premier ministre Doug Ford lors d'une conférence de presse l'après-midi. « Cela ne va pas durer éternellement ».

Les entreprises et autres organisations devront également « se conformer à tous les conseils, recommandations et instructions émis par le bureau du médecin hygiéniste en chef sur le dépistage de la COVID-19, y compris le dépistage des personnes qui souhaitent entrer dans leurs locaux ». La semaine dernière, la province a annoncé un resserrement des limites sur les rassemblements sociaux privés – 10 personnes à l'intérieur, 25 à l'extérieur – pour tenter de freiner la transmission de la COVID-19.

« Comme le nombre de cas a continué d'augmenter, il est évident que, malgré les efforts considérables des Ontariens, d'autres mesures sont nécessaires pour prévenir la propagation du virus », a déclaré la ministre de la Santé Christine Elliott dans une déclaration préparée à l'avance.

« Sur les conseils des responsables de la santé publique de l'Ontario, nous allons de l'avant avec ces mesures pour aider à assurer la sécurité des Ontariens en limitant le potentiel d'exposition dans les endroits où le risque actuel de transmission est plus élevé, et pour éviter de futurs confinements obligatoires ».

Le gouvernement de l'Ontario consacre 741 millions de dollars aux efforts visant à résorber le retard accumulé en matière d'opérations chirurgicales et de procédures médicales dans toute la province, et à élargir l'accès aux soins en dehors des hôpitaux afin de réduire la pression sur le système et d'assurer la continuité des soins, notamment dans le cas où une deuxième vague exigerait des ressources hospitalières importantes.

Cet investissement et les efforts qu'il appuie constituent un autre élément du plan de la province pour gérer une deuxième vague et les vagues suivantes de COVID-19, qui a été révélé en partie cette semaine.

L'investissement de 741 millions de dollars comprend jusqu'à 283,7 millions de dollars pour « des chirurgies prioritaires supplémentaires, y compris les procédures pour les cancers, les maladies cardiaques, la cataracte, et les procédures orthopédiques »; des heures d'ouverture prolongées pour les IRM, les scanners CT et d'autres procédures; 1 349 lits d'hôpital supplémentaires et 139 lits de soins critiques dans toute la province pour soutenir plus de chirurgies; et travailler à la création d'une liste d'attente centralisée et d'un programme "pour optimiser l'utilisation des salles d'opération" ».

Environ 457 millions de dollars seront consacrés à l'augmentation de la capacité des soins de santé communautaires, y compris un accès élargi aux services d'urgence virtuels et aux rendez-vous pré- et postopératoires, et 100 millions de dollars pour des visites supplémentaires d'infirmières et de thérapeutes à domicile et au sein de la communauté ainsi que des heures supplémentaires pour les préposés aux services de soutien à la personne.

Pendant ce temps, les hauts responsables de la santé de l'Ontario ont été invités à reconsidérer la liste des symptômes qui pousseraient les enfants à ne pas aller à l'école en raison d'un possible cas de COVID-19, a déclaré vendredi la ministre de la Santé Christine Elliott.

Elle a reconnu que de nombreux enfants ont régulièrement des écoulements nasaux, par exemple, qui n'ont rien à voir avec la COVID.

M<sup>me</sup> Elliott a déclaré qu'elle s'attendait à ce que les infirmières de santé publique affectées aux écoles puissent également aider à déterminer si les symptômes de l'enfant nécessitent réellement de rester à la maison et de réaliser un test de dépistage de la COVID-19.

« Nous y travaillons actuellement, car nous reconnaissons certains des défis que cela pose dans notre système éducatif », a déclaré M<sup>me</sup> Elliott.

L'Ontario a signalé 409 nouveaux cas de COVID-19 vendredi.

Au cours des sept derniers jours, la hausse quotidienne des cas à l'échelle provinciale a atteint 478 au plus haut et 335 nouveaux cas au plus bas en 24 heures.

Toronto a enregistré 204 des nouveaux cas de la province vendredi, tandis que Peel en a connu 66.

Un autre Ontarien est mort après avoir contracté la COVID-19, ce qui porte le nombre de décès dus à la pandémie dans la province à 2 837.

Le nombre de cas actifs dans l'ensemble de l'Ontario s'élève désormais à 3 899. Cela comprend 87 personnes hospitalisées infectées à la COVID-19, dont 25 en soins intensifs et 13 sous respirateur. Vendredi marque le lancement du test de dépistage de la COVID-19 pour les cas asymptomatiques, effectué sur rendez-vous dans 60 pharmacies de l'Ontario, un nouveau modèle de test annoncé par la province en début de semaine et destiné à fournir « un accès pratique et rapide » au test de dépistage.

Publicité

Vous trouverez la liste complète de ces pharmacies ici.

Local

Le service de santé publique d'Ottawa a signalé 41 nouveaux cas vendredi, ce qui porte à 3 960 le nombre de cas depuis que la pandémie a été déclarée.

Le total représente une baisse significative par rapport aux 93 nouveaux cas signalés mardi, la plus forte augmentation en un jour du nombre de cas à Ottawa depuis le début de la pandémie.

Il y a 13 personnes à l'hôpital, dont trois aux soins intensifs.

Il n'y a pas eu de nouveaux décès, et le bilan demeure à 280.

Deux autres écoles d'Ottawa sont confrontées à des éclosions de COVID-19 : Séraphin-Marion, une école primaire publique francophone, et Louis-Riel, une école secondaire publique francophone. Les deux comprennent deux cas parmi les élèves. Cela porte à sept le nombre total d'éclosions dans les écoles locales, tandis qu'il y a actuellement onze éclosions dans des centres de garde d'enfants.

Entre-temps, 17 éclosions de COVID-19 sont en cours dans des établissements de santé locaux et des centres de vie collective, y compris une nouvelle éclosion à la Villagia, dans la maison de retraite du Glebe, avec un cas au sein du personnel.

Dans les régions entourant Ottawa, le Bureau de santé de l'est de l'Ontario, Leeds, Grenville et Lanark et le comté et district de Renfrew ont tous signalé un nouveau cas de COVID-19 vendredi. Kingston, Frontenac et Lennox et Addington ont signalé deux cas, tandis que Hastings Prince Edward n'en a enregistré aucun.

Selon une page Web provinciale qui suit les cas de COVID-19 dans les écoles, 49 écoles à Ottawa présentent maintenant au moins un cas actif.

Au nombre des bonnes nouvelles, l'école secondaire Fellowes de Pembroke rouvrira ses portes lundi après que le bureau de santé de la région ait déclaré la fin de l'éclosion dans l'école, à compter de samedi. Le personnel et les élèves n'auront plus à s'isoler.

Toute l'école a fermé la semaine dernière après que trois cas de COVID-19 aient été déterminés au sein du personnel – il s'agissait de la première école de la province dans cette situation. En tout, cinq cas ont été recensés à l'école (quatre membres du personnel et un élève) et quatre autres cas ont été décelés grâce à la recherche des contacts.

« Deux semaines se sont écoulées depuis qu'une personne atteinte de COVID-19 s'est trouvée à l'école, et je suis maintenant convaincu que l'école peut reprendre sans problème lundi », a déclaré le médecin hygiéniste par intérim du comté et du district de Renfrew, le Dr Robert Cushman, dans une déclaration préparée à l'avance.

« Une fermeture rapide de l'école suivie d'une recherche efficace des contacts et des tests de dépistage ainsi qu'un strict respect des directives de santé publique ont permis de contenir l'éclosion », note la déclaration.

AVIS : #RCDHU déclare la fin de l'éclosion l'école secondaire Fellowes, à compter du 26 septembre 2020. N'oubliez pas de remplir quotidiennement l'outil d'auto-évaluation #COVID19 ou l'outil de dépistage scolaire avant d'aller au travail, à l'école ou à la garderie. <https://t.co/RMD7GRsyJr>  
[pic.twitter.com/5ey9TZLiVP](https://pic.twitter.com/5ey9TZLiVP)

– Bureau de la santé du comté et du district de Renfrew (@RCDHealthUnit) 25 septembre 2020

Le CHEO, qui effectue les tests de dépistage de la COVID-19 pour les enfants et les jeunes au centre d'évaluation de Brewer, a annoncé dans un gazouillis vendredi matin que sa capacité d'accueil pour la journée était atteinte.

Québec

Le ministre québécois de la Santé, Christian Dubé, a demandé vendredi aux Québécois d'éviter tout contact social pendant les 28 prochains jours.

Cela fait partie de l'effort du Québec pour briser la deuxième vague de COVID-19, a-t-il dit.

La province a signalé 637 nouveaux cas de COVID-19, ce qui représente le plus grand bond en un jour depuis le 23 mai.

Quatre nouveaux décès ont été signalés, tous survenus entre le 17 et le 24 septembre.

Le nombre d'hospitalisations a augmenté de 15 pour atteindre 199.

Le Québec n'a pas connu autant de personnes hospitalisées infectées à la COVID-19 depuis le 30 juillet.

Parmi les personnes hospitalisées, 33 sont aux soins intensifs, soit deux de plus que la veille.

La région de l'Outaouais a signalé 36 nouveaux cas, pour un total de 1 230 depuis le début de la pandémie. Le nombre de morts reste inchangé avec 34.

National

Le gouvernement canadien a conclu un nouvel accord pour l'achat de doses d'un vaccin expérimental contre la COVID-19 s'il s'avère efficace, en l'occurrence avec AstraZeneca pour un maximum de

20 millions de doses du vaccin sur lequel il travaille avec l'Université Oxford, a annoncé vendredi le premier ministre.

M. Trudeau a également annoncé que le Canada investit un montant supplémentaire de 440 millions de dollars dans une installation qui distribuera des doses de vaccin de COVID-19 dans le monde entier, y compris au Canada.

« Aucun pays ne peut enrayer la pandémie à lui seul. Parce que pour éliminer le virus dans un pays, il faut l'éliminer dans tous les pays », a déclaré M. Trudeau.

Il y a maintenant des cas actifs de COVID-19 dans toutes les provinces du Canada, a fait remarquer M. Trudeau, en invitant tous les Canadiens à suivre les recommandations en matière de santé publique et à télécharger l'application Alerte COVID.

« Je dois noter que ces vaccins ne seront distribués qu'une fois que le dur labeur des essais et des études sera terminé, et que Santé Canada accordera l'approbation réglementaire après avoir examiné les vaccins en ce qui a trait à l'innocuité, l'efficacité et la qualité de fabrication », a déclaré la ministre de Services publics et Approvisionnement Canada, Anita Anand. « Ce n'est qu'alors que les vaccins seront offerts aux Canadiens ».

Le premier ministre de l'Ontario Doug Ford et d'autres ont demandé à plusieurs reprises ces derniers jours à Santé Canada d'accélérer la recherche de solutions de « tests de dépistage rapide », notamment les tests de salive qui sont moins invasifs et plus rapides que les écouvillons nasaux.

Santé Canada a reçu des demandes pour 14 tests différents qui peuvent être effectués rapidement, à l'endroit même où l'échantillon est prélevé, en utilisant une technologie plus rapide qui peut produire des résultats en quelques minutes seulement.

Monsieur Trudeau a répété les déclarations de la ministre de la Santé, Patty Hajdu, qui a déclaré que son ministère n'était pas convaincu que les systèmes de test soumis à l'approbation donnent des résultats suffisamment précis.

La D<sup>e</sup> Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, a ajouté que certaines des solutions semblaient prometteuses dans les laboratoires, mais ne fonctionnaient pas correctement « dans le monde réel ».

Le gouvernement a présenté jeudi un projet de loi visant à mettre en place un système d'assurance-emploi plus généreux et plus souple, ainsi que la création de trois nouvelles prestations temporaires pour aider les personnes qui ont perdu leur emploi ou dont les heures de travail ont été considérablement réduites en raison de la pandémie.

<https://ottawacitizen.com/news/local-news/covid-19-ontario-sees-409-new-cases-40-in-ottawa-asymptomatic-pharmacy-testing-launches-friday>

## Canada

### **Le Canada signe un accord pour obtenir 20 millions de doses du vaccin expérimental d'Oxford contre le coronavirus**

Source : globalnews

ID : 1007915191

**M. Trudeau annonce un accord avec AstraZeneca pour 20 millions de doses de vaccins en cas de succès des essais**

**Le premier ministre Justin Trudeau a déclaré que le Canada avait conclu un accord pour obtenir jusqu'à 20 millions de doses d'un autre vaccin expérimental contre le coronavirus.**

**Le vaccin est développé par AstraZeneca et l'Université Oxford.**

**Il s'agit de l'un des nombreux vaccins potentiels pour lequel le gouvernement a signé des accords d'approvisionnement en cas de succès des essais.**

Des accords ont déjà été conclus avec de grandes sociétés pharmaceutiques, dont Sanofi, GlaxoSmithKline, Pfizer, Moderna, Johnson et Johnson et Novavax.

« Nous voulons que les Canadiens aient accès à des vaccins efficaces et sécuritaires, qui pourraient venir de partout dans le monde », a déclaré M. Trudeau lors d'une conférence de presse à Ottawa vendredi.

M. Trudeau a également annoncé que le Canada se joignait à une coalition internationale sur la distribution de vaccins.

Le Canada contribuera à hauteur de 440 millions de dollars au mécanisme d'accès mondial au vaccin contre la COVID-19, connu sous le nom de mécanisme COVAX.

Le Canada se joint aux deux parties de l'initiative : l'une qui garantit l'accès à des millions de doses de vaccins pour le Canada, et l'autre qui permet aux pays les plus riches de mettre leurs fonds en commun pour aider les pays à revenu faible et moyen à obtenir également des doses.

L'accord donnera au Canada la possibilité d'acheter jusqu'à 15 millions de doses, a déclaré M. Trudeau.

En se joignant au programme, le Canada pourra contribuer à assurer une distribution « rapide et équitable » du vaccin à travers le monde, selon le premier ministre.

« Aucun pays ne peut enrayer la pandémie à lui seul. Parce que pour éliminer le virus dans un pays, il faut l'éliminer dans tous les pays », a déclaré M. Trudeau.

<https://globalnews.ca/news/7358801/coronavirus-vaccine-oxford-canada/>

## Canada

### Canada : Manifestations prévues à Toronto, Edmonton et Saskatoon le 26 septembre

Source : [www.garda.com](http://www.garda.com)

ID unique : 1007915122

Des militants ont annoncé que des manifestations associées au groupe de défense des libertés civiles The Line Canada auront lieu à Toronto, Edmonton et Saskatoon le samedi 26 septembre, contre les restrictions imposées en raison de la maladie à coronavirus (COVID-19). Des milliers de manifestants sont attendus sur la place Dundas de Toronto entre 12 h et 15 h (heure locale). Des centaines d'autres personnes devraient se rassembler à Edmonton devant l'Alberta Legislature Building entre 13 h et 15 h, tandis que des manifestations auront lieu à Saskatoon au parc Kiwanis entre 14 h et 17 h. Une présence policière accrue et des perturbations localisées des transports sont à prévoir à proximité de toute manifestation.

Il est conseillé aux habitants de Toronto, Edmonton et Saskatoon de surveiller la situation, de prévoir les perturbations des transports et de se conformer à toutes les instructions données par les autorités locales.

Droits d'auteur et clause de non-responsabilité

GardaWorld est le propriétaire ou le licencié de tous les droits de propriété intellectuelle sur le matériel présenté sur ce site Web. Tous ces droits sont réservés. L'utilisation de ce site Web et de son contenu est soumise aux conditions d'utilisation et, par conséquent, vous ne devez pas utiliser le contenu de ce site Web à des fins commerciales ou analogues sans notre consentement, y compris, mais sans s'y limiter, tout lien profond ou cadrage afin de copier, diffuser, afficher ou surveiller toute partie du site Web. Si vous avez des questions ou si la diffusion de tout contenu de ce site Web vous intéresse, communiquez avec nous pour plus de détails.

<https://www.garda.com/crisis24/news-alerts/383201/canada-protests-planned-in-toronto-edmonton-and-saskatoon-september-26>

## États-Unis – Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) – Ressources relatives aux communications (officielles et des médias)

### États-Unis

#### Mise à jour scientifique sur la COVID-19 publiée le : 25 septembre 2020

Source : CDC

*Extrait*

Du bureau du médecin en chef, de CDC COVID-19 Response, et de la bibliothèque du CDC, à Atlanta (Géorgie). Pour les professionnels de la santé publique en réponse à la pandémie de COVID-19.

\*\*\* Disponible en ligne à l'adresse suivante : <http://www.cdc.gov/library/covid19> \*\*\*



## ARTICLE ÉVALUÉ PAR LES PAIRS

[Lien entre le port quotidien de lunettes et la susceptibilité de contracter la maladie à coronavirus 2019 \[icône externe\]](#) maladie 2019 infection. Zeng *et al.*, *JAMA Ophthalmology* (16 septembre 2020).

### Résultats principaux :

- Un examen de 276 patients souffrant de la COVID-19 a révélé que 16 (5,8 %; IC à 95 %, 3,04 % - 8,55 %) portaient des lunettes.
- La prévalence de l'infection par le SRAS-CoV-2 chez les personnes qui portent des lunettes (5,8 %) était inférieure à la prévalence dans la population décrite dans une étude précédente (31,5 %).
- Les maladies sous-jacentes ainsi que les symptômes et la gravité de la COVID-19 n'étaient pas significativement différents entre les patients qui portaient ou non des lunettes.

**Méthodologie** : Évaluation transversale de 276 patients hospitalisés atteints d'une infection par le SRAS-CoV-2 à Suizhou, en Chine, entre le 27 janvier et le 13 mars 2020. La proportion de personnes hospitalisées qui portaient des lunettes plus de 8 heures par jour (port des lunettes pendant une période prolongée) a été comparée à la proportion régionale de personnes myopes d'après une étude de 1985 portant sur des étudiants de 7 à 22 ans qui, d'ici 2020, constituaient une cohorte d'un âge comparable.

**Limites** : Étude d'un seul centre au moyen d'un échantillon de petite taille; comparaison avec une étude précédente sur les jeunes plutôt qu'avec un groupe contemporain d'âge comparable.

**Implications** : La question de savoir si le SRAS-CoV-2 se transmet par voie oculaire et quelles mesures de protection sont nécessaires demeure une source de débat. Cette étude suggère que les lunettes peuvent offrir une certaine protection. Cependant, comme l'indique l'[icône externe] [éditorial] joint, la prudence est de mise, car l'association peut ne pas impliquer de lien de causalité, et des données supplémentaires sont nécessaires pour confirmer cette conclusion.

[Étude cas-témoin sur l'utilisation des mesures de protection personnelle et le risque de syndrome respiratoire aigu sévère infection à coronavirus 2, Thaïlande](#). Doung-ngern *et al.*, *Emerging Infectious Diseases* (14 septembre 2020).

### Résultats principaux :

- Sur 1 050 personnes réparties en trois éclosions, 211 (20,1 %) ont été déclarées positives pour le SRAS-CoV-2 et ont été classées comme cas, tandis que 839 (79,9 %) n'ont jamais été déclarées positives et ont été classées comme témoins (figure).
- L'analyse multivariée a montré de faibles rapports de cotes pour développer la COVID-19 chez les personnes qui maintenaient  $\geq 1$  m distance d'un contact (RC ajusté 0,15, IC à 95 % 0,04 -63) et qui se lavaient fréquemment les mains (RC ajusté 0,33, IC à 95 % 0,13 - 0,87) (figure).
  - Le fait de toujours porter un masque était plus protecteur que celui de le porter parfois (RC ajusté 0,23, IC à 95 % 0,09 -60 par rapport à RC ajusté 0,78, IC à 95 % 0,41 - 1,84, respectivement).

**Méthodologie** : Une étude rétrospective des cas-témoins de 1 050 personnes asymptomatiques lors de 3 grandes éclosions de COVID-19 en Thaïlande entre mars et avril 2020. Les personnes en contact avec les patients de référence positifs pour la COVID-19 ont été interrogées sur le port du masque, l'éloignement social et l'hygiène des mains. **Limites** : L'analyse de trois situations pourrait ne pas être généralisable; les rapports de cotes estimés étaient basés sur les contacts déclarés avec le cas de référence primaire et n'évaluaient pas la probabilité d'avoir des contacts avec d'autres personnes infectées; seuls 89 % des cas-témoins définis ont fait l'objet de tests, et le reste aurait pu être positif et affecter les résultats.

**Implications** : Cette analyse soutient les recommandations pour un port de masque cohérent et correct, l'éloignement social adéquat et le lavage des mains afin de réduire le risque d'infection par le SRAS-CoV-2.

[Résultats épidémiologiques et cliniques de la récurrence à court terme de la positivité de la PCR de l'ARN du SRAS-CoV-2 dans 1 282 cas de COVID-19 ayant obtenu leur congé de l'hôpital : Une étude multicentrique, rétrospective et observationnelle \[icône externe\]. Chen et al., Open Forum Infectious Diseases \(13 septembre 2020\).](#)

**Résultats principaux :**

- 189 (14,7 %) patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital ont été déclarés à nouveau positifs pour l'ARN du SRAS-CoV-2.
- 90,5 % ont été testés positifs dans les 15 jours suivant leur congé de l'hôpital (figure 1).
- Par rapport aux patients qui n'ont pas été déclarés positifs de nouveau, les patients positifs étaient plus susceptibles d'avoir moins de 40 ans (63,5 % par rapport à 40,4 %), présentaient davantage de symptômes modérés dès le départ (95,8 % par rapport à 84,4 %,  $p < 0,001$ ), étaient moins susceptibles de présenter des comorbidités (11,1 % par rapport à 22,7 %,  $p < 0,001$ ), et présentaient des durées d'hospitalisation principale médiane plus courtes (17 jours par rapport à 19 jours,  $p = 0,013$ ).
- La plupart des patients (80,4 %) ont été réadmis uniquement en raison d'un test positif et ne présentaient aucun symptôme.
- 87,8 % des patients de nouveau positifs ont présenté un test négatif à la suite du test positif dans les 20 jours suivant leur réadmission à l'hôpital (médiane de 8 jours) (figure 2).
- Aucun contact proche des patients de nouveau positifs n'a développé de symptômes, et tous ont été déclarés négatifs pour le SRAS-CoV-2.

**Méthodologie** : Étude d'observation rétrospective de 1 282 patients positifs pour la COVID-19 ayant reçu leur congé de 32 hôpitaux en Chine entre le 14 janvier et le 10 mars 2020 et suivis pendant 28 jours. Tous les patients positifs à la COVID-19 ont pu sortir de l'hôpital après 2 tests RT-PCR consécutifs négatifs et ont ensuite été testés au moins une fois par semaine et ont signalé leurs symptômes quotidiennement, selon la politique provinciale. *Limites* : Le génotypage viral n'a pas été effectué; le petit nombre de contacts étroits pourrait ne pas suffire à examiner le risque de transmission à partir de patients de nouveau positifs.

**Implications** : Cette étude suggère que la récurrence à court terme de l'ARN détectable du SRAS-CoV-2 chez les patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital ne constitue pas une rechute de la COVID-19 et que le risque de transmission continue n'a pas été démontré.

[Projection des besoins en ressources de soins de santé pour une réponse efficace à la COVID-19 dans 73 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire : Étude de modélisation \[icône externe\] Tan-Torres Edejer et al., Lancet Global Health \(9 septembre 2020\).](#)

**Résultats principaux :**

- Dans un exercice modèle, les enquêteurs ont constaté que les principaux facteurs de coût pour une réponse efficace à la COVID-19 correspondaient à la gestion des cas (52 %), au maintien des services essentiels (21 %), à l'intervention rapide et aux enquêtes sur les cas (14 %), ainsi qu'à la prévention et au contrôle des infections (9 %).
- Les estimations du coût total des soins de santé au niveau de référence pour 4 semaines étaient de 52 milliards de dollars américains pour le scénario de statu quo, 33 milliards de dollars pour le scénario de diminution de 50 % de la transmission, et 62 milliards de dollars pour le scénario d'augmentation de 50 % de la transmission (figure).
- À 12 semaines, dans le cadre du scénario de réduction de 50 % de la transmission, les coûts devraient être équivalents à ceux du scénario de statu quo à 4 semaines.
- Dans le cadre des scénarios de statu quo ou de transmission croissante, on a projeté que les coûts représenteraient le triple de ceux du statu quo à 4 semaines (figure).

**Méthodologie** : Modèle d'analyse des coûts de la préparation stratégique et de la réponse à la COVID-19 dans 73 pays à faible revenu et à revenu intermédiaire à deux périodes : niveau de référence pour 4 semaines (juin 2020 à juillet 2020) et 12 semaines (juillet 2020 à septembre 2020) selon 3 scénarios concernant la transmission (statu quo, 50 % d'augmentation, 50 % de diminution). Les coûts comprennent les frais des laboratoires et des établissements de santé, l'équipement de protection individuelle, les fournitures de diagnostic, les produits pharmaceutiques et les coûts de main-d'œuvre.

*Limites* : Seuls les coûts pris en charge par le secteur des soins de santé ont été inclus; les coûts liés à la mise en quarantaine et à l'isolement pour les cas de COVID-19 légers à modérés n'ont pas été inclus; les analyses de sensibilité ont été limitées à 50 % de changement du niveau de transmission.

**Implications** : Les coûts de réponse à la COVID-19 augmentent rapidement si les mesures de santé publique sont assouplies et que la transmission augmente. Les mesures de santé publique visant à réduire la transmission peuvent réduire ces coûts futurs pour appuyer l'intervention. Les coûts des services de gestion des cas ont été les principaux facteurs des coûts d'intervention pour la COVID-19 dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire.

#### **ARTICLE ÉVALUÉ PAR LES PAIRS**

**A. [Liens entre le diabète de type 1 et de type 2 et la mortalité liée à la COVID-19 en Angleterre : Étude sur l'ensemble de la population \[icône externe\]](#) Barron *et al.*, *Lancet Diabetes & Endocrinology* (13 août 2020).**

##### **Résultats principaux :**

- Les personnes atteintes de diabète représentent 5,2 % de la population en Angleterre, mais comptent pour 33,6 % (7 867/23 698) de tous les décès liés à la COVID-19.
- Les diabètes de type 1 et de type 2 ont été indépendamment associés à une augmentation de la probabilité de décès lié à la COVID-19 après ajustement en fonction de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, du statut socio-économique et de la région : RC ajusté du diabète de type 1 3,51 (IC à 95 % 3,16 - 3,90), RC ajusté du diabète de type 2 2,03 (IC à 95 % 1,97 - 2,09).
- Il y avait une forte association entre la mortalité et l'âge; cet effet était plus prononcé chez les personnes atteintes de diabète de type 1 que chez celles atteintes de diabète de type 2 (figure).

**Méthodologie** : Étude sur l'ensemble de la population concernant le risque de décès à l'hôpital lié à la COVID-19 associé au diabète en Angleterre, entre le 1<sup>er</sup> mars et le 11 mai 2020, chez toutes les personnes inscrites auprès d'un cabinet de médecine générale. *Limites* : Puisque le résultat correspondait à un décès à l'hôpital, le lien entre le diabète et la mortalité liée à la COVID-19 a probablement été sous-estimé.

**B. [Facteurs de risque pour la mortalité liée à COVID-19 chez les personnes atteintes de diabète de type 1 et de type 2 en Angleterre : Étude de cohorte basée sur la population \[icône externe\]](#). Holman *et al.*, *Lancet Diabetes & Endocrinology* (13 août 2020).**

##### **Résultats principaux :**

- Au début de l'année 2020, le nombre de décès parmi les personnes atteintes de diabète de type 1 et de type 2 a augmenté de 50,9 % et 64,3 % respectivement, par rapport au nombre moyen de décès au cours des trois années précédentes pour cette période (figure 1).
- Il y a eu 464 (69 %) décès supplémentaires chez les personnes atteintes de diabète de type 1 et 10 525 (65,5 %) décès supplémentaires chez les personnes atteintes de diabète de type 2 répertoriés comme étant liés à la COVID-19.
- Les facteurs déterminés comme augmentant le risque de mortalité sont l'IMC, la fonction rénale et le contrôle de la glycémie.

**Méthodologie** : Étude de cohorte basée sur la population et analyse de survie chez les personnes diabétiques inscrites dans 6 774 cabinets de médecine générale, du 2 janvier 2017 au 11 mai 2020. Le nombre hebdomadaire de décès parmi les personnes atteintes de diabète a été calculé pour les 19 premières semaines de 2020 et comparé à la même période en 2017, 2018 et 2019. Au cours de la période d'étude de 2020, les facteurs de risque potentiels de décès liés à la COVID-19 ont été examinés. *Limites* : Sous-reconnaissance possible de la mortalité liée à la COVID-19; la cohorte de cette étude peut faire partie [de l'étude de Barron \*et al.\*, \[icône externe\]](#), résumée ci-dessus.

**Implications pour les deux études (Barron *et al.* et Holman *et al.*)** : Pendant la pandémie de COVID-19, le diabète a été associé à un risque accru de décès, la mortalité étant largement imputable à la COVID-19. Cependant, les taux de mortalité des diabétiques non liés à la COVID-19 ont également augmenté, peut-être en raison de l'évitement des soins, d'autres facteurs démographiques et sociaux chez les patients diabétiques ou de la sous-reconnaissance de la contribution de la COVID-19 comme cause de décès. Comme indiqué dans [COVID-19 et le diabète : une co-conspiration \[icône externe\]](#), un mauvais contrôle de la glycémie compromet l'immunité de l'hôte et a été associé à des infections en général et à des résultats plus graves en lien avec la COVID-19. Aider les diabétiques à s'autogérer efficacement pendant la pandémie constitue une mesure importante pour atténuer les effets de l'infection par le SRAS-CoV-2.

## ARTICLE ÉVALUÉ PAR LES PAIRS

[Caractéristiques de l'imagerie pulmonaire pédiatrique de la COVID-19 : Une revue systématique et une méta-analyse \[icône externe\]](#) Nino *et al.*, *Pediatric Pulmonology* (14 septembre 2020).

### Résultats principaux :

- 35,7 % des patients pédiatriques atteints de la COVID-19 présentaient des tomodensitogrammes thoraciques normaux.
- Les résultats les plus fréquents du tomodensitogramme thoracique chez les patients pédiatriques atteints de COVID-19 étaient les suivants : opacités en verre dépoli 37,2 % (IC à 95 % = 29,3 % - 45 %), infiltrations ou consolidations pneumoniques 22,3 % (IC à 95 % = 17,8 % - 9 %), et lésions bilatérales 27,7 % (IC à 95 % = 19,9 % - 35,6 %) (tableau).
- Les caractéristiques typiques de l'imagerie pulmonaire des infections virales dans la population pédiatrique, telles que les marques périhiliaires et l'hyperinflation, n'étaient pas présentes chez les patients pédiatriques atteints de COVID-19.

**Méthodologie** : Une méta-analyse de 29 études comprenant 1 026 enfants de 0 à 18 ans atteints du SRAS-CoV-2 confirmé par test RT-PCR pour obtenir les caractéristiques communes des scanners thoraciques. **Limites** : Les variations dans les pratiques de déclaration des tomodensitogrammes pourraient avoir influencé les résultats; une seule base de données a été incluse dans la recherche systématique, ce qui limite l'inclusion des études internationales; une évaluation du risque de biais n'a pas été effectuée; les auteurs n'ont pas décrit les méthodes de transformation ou de synthèse des données.

**Implications** : Les anomalies des tomodensitogrammes chez la population pédiatrique atteinte de la COVID-19 sont distinctes des images pulmonaires typiques des infections respiratoires virales. En comparaison avec les adultes, les enfants atteints de la COVID-19 présentaient une plus grande variabilité des résultats de la tomodensitométrie et avaient plus souvent des tomodensitogrammes thoraciques normaux.

*Remarque* : Adapté de Nino *et al.*, Comparaison entre les résultats les plus courants de la tomodensitométrie pédiatrique et adulte. Demande d'autorisation en cours.

[Traitement par plasma de convalescent des patients atteints d'une forme grave de la COVID-19 : Étude de contrôle avec appariement des coefficients de propension \[icône externe\]](#) Liu *et al.*, *Nature Medicine* (15 septembre 2020).

### Résultats principaux :

- Les patients ayant reçu du plasma de convalescent (PC) sont moins nombreux à mourir (5/39, 12,8 %) que les cas-témoins appariés (38/156, 24,4 %).
- Le PC a été associé à une amélioration de la survie chez les patients qui n'ont pas été intubés (RRI = 0,23; IC à 95 % = 0,05 - 98, p = 0,046), qui ont eu des symptômes pendant moins d'une semaine (RRI = 0,33; IC à 95 % = 0,11 - 0,93, p = 0,035), ou qui ont reçu des anticoagulants (RRI = 0,28; IC à 95 % = 0,10 - 0,80, p = 0,018).
- Les patients qui ont été intubés n'ont montré aucune amélioration de leur survie (RRI = 0,79; IC à 95 % = 0,22 - 79, p = 0,716).
- Les taux de survie se sont améliorés chez les patients ayant reçu le PC par rapport aux patients témoins (RRI = 0,34; IC à 95 % = 0,13 - 0,89, p = 0,027).

**Méthodologie** : Étude rétrospective cas-témoins analysant l'efficacité du traitement avec le PC chez les patients hospitalisés à l'hôpital Mount Sinai avec une forme grave de la COVID-19 entre le 24 mars et le 8 avril 2020. L'analyse de l'appariement des coefficients de propension a été effectuée sur les données à partir du niveau de référence, jusqu'au jour de la transfusion de PC et à partir du jour de la transfusion de PC pendant la durée de l'hospitalisation. **Limites** : Ne peut exclure la possibilité que les patients ayant reçu le PC aient bénéficié d'une gestion clinique plus affirmée.

**Implications** : Les résultats de séries de cas non randomisés comme ici suggèrent l'avantage du PC chez des patients sélectionnés; des données de haute qualité provenant d'essais contrôlés randomisés sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

### Figure

[\[icône – redimensionner; voir plus grand\]](#)

*Remarque* : Modifié à partir de Liu *et al.*, Probabilité de survie des patients recevant une transfusion de PC par rapport au groupe témoin. Les lignes pleines représentent la courbe de survie, les lignes pointillées représentent l'IC à 95 %. Reproduit avec l'autorisation de Springer Nature Customer Service

Centre GmbH : Springer Nature, Nature Medicine. Liu *et al.* Traitement par plasma de convalescent pour les formes graves de COVID-19 : Étude de contrôle avec appariement des coefficients de propension. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1088-9>, DROITS D'AUTEUR 2020.

#### ARTICLE ÉVALUÉ PAR LES PAIRS

[Détection et potentiel d'infectiosité de la contamination environnementale par le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère \(SRAS-CoV-2\) dans les unités d'isolement et les installations de mise en quarantaine \[icône externe\]. Ben-Shmuel \*et al.\*, \*Clinical Microbiology and Infection\* \(9 septembre 2020\).](#)

#### Résultats principaux :

- À température ambiante, le SRAS-CoV-2 a perdu son infectiosité sur les surfaces non poreuses inoculées dès le quatrième jour, et le taux de décomposition virale a augmenté à des températures plus élevées (figure).
- De l'ARN viral a été détecté dans 46 % (45/97) des échantillons environnementaux de surface et d'air provenant de trois établissements hébergeant des patients atteints de COVID-19; aucun des échantillons ne contenait de SRAS-CoV-2 infectieux.

**Méthodologie** : Des surfaces en plastique et en métal ont été inoculées avec le virus, et l'infectiosité a été évaluée à des moments et des températures variables. Des échantillons d'air et de surface ont été prélevés dans deux services d'isolement de patients atteints de COVID-19 à l'hôpital et dans une installation de mise en quarantaine dans un hôtel en Israël. Le test RT-PCR a déterminé l'ARN viral, et le test cytopathique Vero E6 a évalué l'infectiosité. *Limites* : Lors de l'échantillonnage des chambres, certains patients peuvent ne pas avoir excrété de virus viable; de très faibles niveaux de virus viable peuvent ne pas avoir été détectés; des restes de produits de nettoyage de surface et de désinfectants peuvent avoir inactivé le virus; petite taille de l'échantillon.

**Implications** : L'absence d'infection par le SRAS-CoV-2 détectée à partir d'échantillons environnementaux dans les établissements de santé suggère que la contamination environnementale joue un rôle mineur dans la propagation de l'infection dans ce milieu. Le personnel doit donner la priorité au renforcement des mesures de prévention interrompant la transmission directe de personne à personne et par gouttelettes.

*Remarque* : De Ben-Shmuel *et al.* **A** : Réduction des titres de SRAS-CoV-2 au fil du temps (jours) à 22 °C (température ambiante) après inoculation sur du **plastique** et du **métal**. **B** : Réduction des titres de SRAS-CoV-2 dans le temps (en minutes) à (**40 °C**, **50 °C**, **60 °C**, **70 °C**) après inoculation sur du plastique. Autorisé sous licence CC-BY-NC-ND.

[https://www.cdc.gov/library/covid19/092520\\_covidupdate.html](https://www.cdc.gov/library/covid19/092520_covidupdate.html)

#### COVIDView

#### Un résumé de la surveillance hebdomadaire de l'activité de la COVID-19 aux États-Unis

Mis à jour le 25 septembre 2020

#### Extrait

[Télécharger le résumé hebdomadaire icône PDF \[13 pages, 1 Mo\]](#)

Principales mises à jour pour la semaine 38, se terminant le 19 septembre 2020

À l'échelle nationale, les indicateurs qui suivent l'activité de la COVID-19 ont continué à décliner ou sont restés stables (variation de  $\leq 0,1$  %); cependant, trois régions ont signalé une augmentation du pourcentage d'échantillons déclarés positifs pour le SRAS-CoV-2, le virus causant la COVID-19, et l'une de ces régions a également signalé une augmentation du pourcentage de visites aux services d'urgence pour une maladie de type grippal et une maladie de type COVID. La mortalité attribuée à la COVID-19 a diminué, mais reste au-dessus du seuil épidémique.

Virus

#### **Laboratoires de santé publique, commerciaux et cliniques**

À l'échelle nationale, le pourcentage d'échantillons respiratoires positifs pour le SRAS-CoV-2 est passé de 5,1 % pendant la semaine 37 à 4,8 % pendant la semaine 38. Les pourcentages nationaux de spécimens déclarés positifs pour le SRAS-CoV-2 par type de laboratoire sont indiqués.

- Laboratoires de santé publique – hausse de 4,6 % pendant la semaine 37 à 5,1 % pendant la semaine 38
- Laboratoires cliniques – baisse de 6,0 % pendant la semaine 37 à 5,4 % pendant la semaine 38
- Laboratoires commerciaux – baisse de 5,0 % pendant la semaine 37 à 4,6 % pendant la semaine 38

Visites des services ambulatoires et des urgences

### **Réseau ambulatoire des maladies de type grippal (ILINet) et Programme national de surveillance syndromique (NSSP)**

Deux réseaux de surveillance sont utilisés pour effectuer le suivi des visites dans les services ambulatoires ou les services d'urgence pour les maladies dont les symptômes sont compatibles avec la COVID-19.

- À l'échelle nationale, l'activité des maladies de type grippal reste inférieure au niveau de référence pour la 23<sup>e</sup> semaine consécutive et se situe à des niveaux typiques pour cette période de l'année.
- À l'échelle nationale, le pourcentage de visites pour des maladies de type grippal déclarées par les participants à ILINet et le pourcentage de visites pour des maladies de type COVID déclarées au NSSP sont restés stables (variation de  $\leq 0,1$  %) à la semaine 38 par rapport à la semaine 37.
- Les récents changements dans les comportements de recherche de soins de santé, notamment le recours croissant à la télémédecine, les recommandations visant à limiter les visites aux urgences pour les maladies graves et l'éloignement social accru, affectent probablement les deux réseaux, ce qui rend difficile de tirer des conclusions pour le moment. Le suivi de l'évolution de ces systèmes permettra de mieux comprendre les affections liées à la COVID-19.

Maladie grave

### **Hospitalisations**

Les taux cumulés d'hospitalisation associés à la COVID-19 depuis le 1<sup>er</sup> mars 2020 sont mis à jour chaque semaine. Le taux d'hospitalisation global cumulé de la COVID-19 est de 174,8 pour 100 000, les taux les plus élevés étant enregistrés chez les personnes âgées de 65 ans et plus (472,3 pour 100 000) et de 50 à 64 ans (261,5 pour 100 000).

### **Mortalité**

Selon les données des certificats de décès, le pourcentage de décès attribués à la pneumonie, à la grippe ou à la COVID-19 (PGC) pour la semaine 38 est de 6,6 %. Ce pourcentage est actuellement inférieur à celui de la semaine 37 (9,8 %); toutefois, le pourcentage reste supérieur au seuil épidémique et augmentera probablement à mesure que davantage de certificats de décès seront traités.

*Toutes les données sont préliminaires et peuvent changer à mesure que d'autres rapports sont reçus.*

*Une description des systèmes de surveillance résumés dans COVIDView, y compris la méthodologie et les descriptions détaillées de chaque composante des données, est disponible sur la page des [méthodes de surveillance](#).*

### **Points clés**

- À l'échelle nationale, depuis la mi-juillet, on observe une tendance générale à la baisse du pourcentage d'échantillons déclarés positifs pour le SRAS-CoV-2 et une tendance à la baisse ou stable (variation de  $\leq 0,1$  %) du pourcentage de visites pour les maladies de type grippal et de type COVID; toutefois, il y a eu quelques variations régionales.
- En utilisant les données combinées des trois types de laboratoires, le pourcentage national d'échantillons respiratoires ayant donné un résultat positif au test moléculaire de dépistage du SRAS-CoV-2 est passé de 5,1 % pendant la semaine 37 à 4,8 % pendant la semaine 38.
- À l'échelle régionale, le pourcentage d'échantillons respiratoires déclarés positifs pour le SRAS-CoV-2 a augmenté dans les régions 7 (Centre), 8 (Montagne) et 10 (Pacifique Nord-Ouest) et a diminué ou est resté stable dans les sept autres régions.
- Le pourcentage le plus élevé d'échantillons déclarés positifs pour le SRAS-CoV-2 a été observé dans les régions 6 (Centre-Sud, 8,3 %) et 7 (Centre, 9,0 %).
- Le pourcentage de visites aux services ambulatoires ou d'urgences auprès des prestataires de soins du réseau ILINet pour les maladies de type grippal est inférieur au niveau de référence nationale et dans les 10 régions du pays.
- Par rapport à la semaine 37, le pourcentage de visites pour une maladie de type grippal pendant la semaine 38 est resté stable à l'échelle nationale et a diminué ou est resté stable (variation de  $\leq 0,1$  %) dans les 10 régions.
- À l'échelle nationale, le pourcentage de visites aux services d'urgence pour les maladies de type COVID et de type grippal est resté stable (variation de  $\leq 0,1$  %) à la semaine 38 par rapport à la semaine 37. Il

s'agit de la dixième semaine consécutive de baisse ou de stabilité du pourcentage de visites pour les maladies de type COVID ou de type grippal.

- La région 8 (Montagnes) a signalé une augmentation du pourcentage de consultations pour les maladies de type COVID ou de type grippal à la semaine 38 par rapport à la semaine 37. Les neuf autres régions ont fait état d'un pourcentage stable (variation de  $\leq 0,1$  %) ou en baisse.
- Le taux d'hospitalisation global cumulé associé à la COVID-19 était de 174,8 pour 100 000; les taux étaient les plus élevés chez les personnes de 65 ans et plus (472,3 pour 100 000), suivies par les personnes de 50 à 64 ans (261,5 pour 100 000).
- De la semaine se terminant le 1<sup>er</sup> août (semaine 31 du MMWR) à la semaine se terminant le 19 septembre (semaine 38 du MMWR), les taux d'hospitalisation hebdomadaires ont diminué pour tous les groupes d'âge adulte. Toutefois, au cours de cette même période, les taux hebdomadaires sont restés stables pour les groupes d'âge pédiatrique. Les données pour les semaines les plus récentes peuvent changer à mesure que des admissions supplémentaires survenant au cours de ces semaines sont signalées.
- Les taux d'hospitalisation ajustés en fonction de l'âge des personnes hispaniques ou latinos et des personnes noires non hispaniques étaient tous environ 4,6 fois supérieurs à ceux des personnes blanches non hispaniques. Le taux d'hospitalisation ajusté en fonction de l'âge des Indiens d'Amérique non hispaniques ou des Autochtones d'Alaska était environ 4,5 fois celui des blancs non hispaniques.
- D'après les données des certificats de décès, le pourcentage de décès attribués à la pneumonie, à la grippe ou à la COVID-19 (PGC) pour la semaine 38 était de 6,6 %, ce qui est inférieur au pourcentage de la semaine 37 (9,8 %), mais supérieur au seuil épidémique. Ces pourcentages augmenteront probablement à mesure que de plus en plus de certificats de décès seront traités.
- Tous les systèmes de surveillance visent à fournir les données les plus complètes possible. Les estimations des semaines précédentes sont susceptibles d'être modifiées à mesure que l'information est mise à jour au moyen des données les plus complètes disponibles.

#### **Surveillance virologique aux États-Unis**

Le nombre d'échantillons testés pour le SRAS-CoV-2 à l'aide d'un test moléculaire et signalés au CDC par les laboratoires de santé publique et un sous-ensemble de laboratoires cliniques et commerciaux aux États-Unis est résumé ci-dessous. Tous les laboratoires remplissent des fonctions de diagnostic primaires; par conséquent, le pourcentage d'échantillons positifs dans tous les types de laboratoires peut être utilisé pour effectuer le suivi des tendances générales de l'activité de la COVID-19. À mesure que l'épidémie progresse, il est possible que différents types de laboratoires assument des rôles différents et que l'interprétation des données doive changer.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/covidview/index.html>

#### **États-Unis**

##### **Mise à jour sur le coronavirus (COVID-19) : Résumé quotidien du 25 septembre 2020**

Source : FDA

#### **Pour diffusion immédiate :**

Le 25 septembre 2020

La Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis continue de prendre des mesures pour lutter contre la pandémie de COVID-19 :

- La FDA a publié et mis à jour un [sommaire éclair de la réponse à la COVID-19 de la FDA](#), qui présente un bref survol des faits, des chiffres et des faits saillants des efforts d'intervention de l'Agence.
- Le point sur le dépistage :
  - À ce jour, 255 tests sont autorisés par la FDA en vertu de l'Emergency Use Authorization, dont 204 tests moléculaires, 47 tests de détection d'anticorps et 4 tests antigéniques.

La FDA, une agence du Department of Health and Human Services des États-Unis, protège la santé publique en assurant la sûreté, l'efficacité et la sécurité des médicaments à usage humain et vétérinaire, des vaccins et d'autres produits biologiques à usage humain, ainsi que des instruments médicaux. L'agence est également responsable de la sûreté et de la sécurité de l'approvisionnement alimentaire de notre pays, des cosmétiques, des compléments alimentaires, des produits qui émettent des rayonnements électroniques et de la réglementation des produits du tabac.

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-daily-roundup-september-25-2020>

## OMS

### Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 – 25 septembre 2020

25 septembre 2020

*Aujourd'hui, l'OMS et ses partenaires publient un plan stratégique détaillé et un argumentaire d'investissement pour la phase urgente d'intensification de l'Accélérateur ACT, après le succès de la phase de démarrage.*

- *L'Accélérateur ACT vise à fournir 2 milliards de doses de vaccin d'ici la fin de l'année prochaine; 245 millions de traitements; et 500 millions de tests de diagnostic dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.*
- *Le nombre de pays qui adhèrent au mécanisme COVAX augmente chaque jour. Actuellement, 67 pays à revenu élevé en font officiellement partie, et 34 autres devraient y adhérer, s'associant ainsi aux 92 pays à faible revenu qui remplissent les conditions d'octroi d'un soutien financier par le canal de l'Alliance Gavi.*
- *Le déficit de financement de l'Accélérateur ACT s'élève actuellement à 35 milliards de dollars américains. Sur ces 35 milliards, 15 milliards doivent être obtenus immédiatement pour mettre à profit le succès de l'Accélérateur ACT dans le but de financer la recherche-développement, d'augmenter la production, de garantir l'approvisionnement et de renforcer les systèmes de distribution.*

-----  
Bonjour, bon après-midi et bonsoir.

À l'approche de la saison grippale dans l'hémisphère nord, qui entraînera une augmentation du nombre de cas et d'hospitalisations, beaucoup de pays peinent à trouver le juste équilibre entre la protection de la santé publique, la protection des libertés individuelles et la protection de leur économie.

Le confinement et ses conséquences sur les voyages et le commerce mondiaux ont déjà fait des ravages.

L'économie mondiale devrait se contracter de plusieurs billions de dollars américains cette année. Beaucoup de pays ont mis des sommes considérables dans des plans de relance intérieurs. Mais à eux seuls, ces investissements ne remédieront pas à la cause profonde de la crise économique, à savoir la maladie qui paralyse les systèmes de santé, perturbe les économies et suscite la peur et l'incertitude.

Nous continuons d'exhorter les pays à se concentrer sur quatre priorités essentielles.

Premièrement, éviter les événements ayant un effet d'amplification.

Deuxièmement, protéger les personnes vulnérables.

Troisièmement, éduquer, rendre les communautés autonomes et leur permettre de se protéger et de protéger les autres en utilisant tous les moyens à leur disposition.

Et quatrièmement, appliquer les principes de base : rechercher, isoler, dépister et prendre en charge les cas, rechercher leurs contacts et les placer en quarantaine.

Voilà ce qui fonctionne.

Des vaccins, des produits de diagnostic et des traitements efficaces seront également indispensables pour mettre fin à la pandémie et hâter la reprise mondiale.



Mais ces armes vitales ne seront efficaces que si elles sont mises à la disposition des plus vulnérables équitablement et simultanément dans tous les pays.

**L'Accélérateur ACT est la meilleure solution pour accélérer le développement des outils qui permettront de sauver des vies le plus rapidement possible, et pour les mettre à la disposition du plus grand nombre possible, aussi équitablement que possible. Aujourd'hui, l'OMS et ses partenaires publient un plan stratégique détaillé et un argumentaire d'investissement pour la phase urgente d'intensification de l'Accélérateur ACT, après le succès de la phase de démarrage.**

L'argumentaire d'investissement fait ressortir certains des avantages économiques considérables qui découleront du développement et de la mise en place accélérés d'outils permettant de réduire rapidement le risque de forme grave de la COVID-19 à l'échelle mondiale.

L'Accélérateur ACT vise à fournir 2 milliards de doses de vaccin d'ici la fin de l'année prochaine; 245 millions de traitements, et 500 millions de tests de diagnostic dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

**Le rapport de situation publié aujourd'hui montre qu'en seulement cinq mois, l'Accélérateur ACT a fait des progrès remarquables.**

**L'axe de travail consacré aux produits diagnostiques est en train d'évaluer plus d'une cinquantaine de tests, y compris des tests rapides et précis, et nous devrions avoir d'autres informations à ce sujet la semaine prochaine.**

L'axe de travail consacré aux traitements analyse plus de 1 700 essais cliniques de traitements prometteurs, et a obtenu des cures complètes de dexaméthasone pour 4,5 millions de patients dans les pays à faible revenu, le seul médicament à ce jour dont il est prouvé qu'il réduit le risque de décès.

Le mécanisme COVAX, qui regroupe l'éventail le plus important et le plus divers de vaccins anti-COVID-19 à l'échelle mondiale, soutient la mise au point de neuf vaccins, et plusieurs autres sont à l'étude.

Le nombre de pays qui adhèrent au mécanisme COVAX augmente chaque jour. Actuellement, 67 pays à revenu élevé en font officiellement partie et 34 autres devraient y adhérer, s'associant ainsi aux 92 pays à faible revenu qui remplissent les conditions d'octroi d'un soutien financier par le canal de l'Alliance Gavi.

En investissant dans le COVAX, les pays augmentent leurs chances de bénéficier du meilleur vaccin et se protègent contre le risque d'avoir des produits qui ne sont pas viables s'ils ont conclu des accords bilatéraux.

L'Accélérateur ACT est une initiative mondiale sans précédent.

Bien entendu, la réalisation de son objectif nécessite des investissements.

Le déficit de financement de l'Accélérateur ACT s'élève actuellement à 35 milliards de dollars américains. 35 milliards de dollars américains, c'est beaucoup. Mais quand il s'agit d'endiguer une pandémie mondiale et de faciliter la reprise économique dans le monde entier, c'est peu.

À titre de comparaison, 35 milliards de dollars américains, c'est moins de 1 % du montant que les gouvernements du G20 ont déjà alloué aux plans de relance économique intérieurs.

Ou, pour prendre un autre exemple, c'est à peu près l'équivalent de ce que la population mondiale dépense en cigarettes toutes les 2 semaines.

Sur ces 35 milliards de dollars américains, 15 milliards de dollars américains doivent être obtenus immédiatement pour financer la recherche-développement, augmenter la production, garantir l'approvisionnement et renforcer les systèmes de distribution.

Normalement, ces étapes se succèdent. Mais nous les abordons toutes en même temps, de sorte que dès qu'un produit est prêt à être utilisé, nous puissions le fournir à ceux qui en ont immédiatement besoin.

Nous ne demandons pas de faire œuvre de charité. Nous demandons d'investir dans la reprise mondiale. Le rétablissement du commerce et des voyages internationaux présenterait des avantages tels que cet investissement serait très vite remboursé.

Mercredi prochain, les dirigeants du monde entier se réuniront virtuellement lors d'un événement de haut niveau organisé parallèlement à l'Assemblée générale des Nations Unies afin de discuter des travaux de l'Accélérateur ACT et de solliciter les engagements financiers nécessaires pour réaliser son objectif.

Ne laissons pas passer l'occasion qui se présente. Nous devons agir maintenant et agir ensemble pour mettre fin à la COVID-19.

Je vous remercie.

<https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---25-september-2020>

## **OPS**

### **Les ministres de la Santé des Amériques se réuniront virtuellement au sein du Conseil directeur de l'OPS pour traiter des priorités en matière de santé**

#### **Le 25 septembre 2020**

*Les autorités sanitaires discuteront de la réponse de la région à la pandémie de COVID-19 et d'autres défis les 28 et 29 septembre. Le président colombien Ivan Duque et la première ministre de la Barbade Mia Mottley font partie des personnalités qui ouvriront l'événement virtuel.*

Washington, D.C., 25 septembre 2020 (OPS/OMS) – Les ministres de la Santé et d'autres hautes autorités des pays et territoires se réuniront virtuellement les 28 et 29 septembre 2020 pour aborder les défis sanitaires critiques auxquels est confrontée la région des Amériques avec la pandémie de COVID-19, lors du 58<sup>e</sup> Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS).

La cérémonie d'ouverture du lundi 28 septembre se déroulera en présence de la première ministre de la Barbade, Mia Mottley, et du président de la Colombie, Ivan Duque, ainsi que de la directrice de l'OPS, Carissa F. Etienne, du secrétaire général de l'Organisation des États américains, Luis Almagro, et du président de la Banque interaméricaine de développement, Luis Alberto Moreno.

Le ministre de la Santé du Costa Rica, Daniel Salas, et le secrétaire du ministère américain de la santé et des Services sociaux, Alex Azar, participeront également à la conférence. Le directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, Tedros Adhanom Ghebreyesus, délivrera un message lors de l'événement. La cérémonie d'ouverture du Conseil de direction débutera à 9 h HNE (Washington DC.), et sera diffusée [en direct](#).

**Les discussions porteront principalement sur la réponse des pays à la pandémie de COVID-19 et sur l'effet de la COVID-19 sur les systèmes et services de santé nationaux, qui seront abordés en profondeur le mardi 29 septembre. La mise en œuvre du Règlement sanitaire international (RSI) sera également abordée.**

La directrice de l'OPS présentera son rapport annuel pour 2019, en se concentrant sur les progrès réalisés dans une série de stratégies et d'actions de coopération technique. Le rapport reflète également l'impact de la pandémie de COVID-19 sur les acquis sanitaires de longue date de la région, qui pourraient être mis en péril à l'avenir, notamment dans les domaines des programmes de vaccination, de la résilience des systèmes de santé et des progrès réalisés dans le domaine des maladies transmissibles. **Tout aussi importants sont les domaines d'importance émergents au sein de la pandémie, tels que la santé mentale, les maladies non transmissibles et la santé numérique.**

Les participants au Conseil directeur discuteront également des réalisations de la région en matière de santé de 2014 à 2019, dans le cadre d'une révision du plan stratégique de l'OPS pour ces années-là, ainsi que des finances et des priorités programmatiques de l'OPS, entre autres sujets.

Le débat virtuel pendant les deux jours du Conseil de direction sera diffusé en direct sur le lien suivant : <https://www.paho.org/fr/organes-directeurs>

L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) travaille avec les pays des Amériques pour améliorer la santé et la qualité de vie de leurs populations. Le Conseil directeur de l'OPS réunit les ministres de la Santé et des délégués de haut niveau de ses États membres pour discuter et analyser les politiques régionales de santé, et pour fixer les priorités en matière de coopération technique et de collaboration entre pays.

<https://www.paho.org/en/news/25-9-2020-ministers-health-americas-will-meet-virtually-pahos-directing-council-address-health>

### **Annonce du RSI**

#### **Mesures sanitaires supplémentaires liées à l'épidémie de COVID-19**

Annonce affichée le : vendredi 25 septembre 2020 – 19 h 11

Déclarations officielles des États parties au Règlement sanitaire international (2005) (RSI)

Le 30 janvier 2020, le Directeur général a déterminé que l'épidémie de 2019-nCoV constitue une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) et a publié des recommandations temporaires[1]. Le 11 mars 2020, le Directeur général a qualifié la situation liée à la COVID-19 de pandémie[2]. À la suite du 4<sup>e</sup> Comité d'urgence du RSI pour la COVID-19, le 31 juillet 2020, le Directeur général a confirmé que la pandémie de COVID-19 continue de constituer une USPPI et a émis les recommandations temporaires suivantes pour les États parties :

Partager les meilleures pratiques, y compris les examens intra-action, avec l'OMS; appliquer les leçons tirées des pays qui réussissent à rouvrir leur société (y compris les entreprises, les écoles et d'autres services) et à atténuer la résurgence de COVID-19.

Soutenir les organisations multilatérales régionales et mondiales et encourager la solidarité mondiale dans la réponse pour lutter contre la COVID-19.

Renforcer et maintenir l'engagement et le leadership politiques en faveur de stratégies nationales et d'activités de réponse localisées fondées sur la science, les données et l'expérience; mobiliser tous les secteurs pour faire face aux conséquences de la pandémie.

Continuer à renforcer les capacités de surveillance de la santé publique, de dépistage et de recherche des contacts.

Partager avec l'OMS de l'information et des données actualisées sur l'épidémiologie et la gravité de la COVID-19, les mesures de riposte et les flambées de maladies concomitantes par l'intermédiaire de plateformes telles que le système mondial de surveillance et d'intervention en cas de grippe.

Renforcer la mobilisation communautaire, responsabiliser les personnes et instaurer la confiance en s'attaquant à la désinformation et en fournissant des orientations, des justifications et des ressources claires pour que les mesures de santé publique et les mesures sociales soient acceptées et mises en œuvre.

S'engager dans l'Accélérateur ACT, participer aux essais pertinents et se préparer à l'introduction de traitements et de vaccins sûrs et efficaces.

Mettre en œuvre, actualiser régulièrement et partager avec l'OMS de l'information sur les mesures et conseils appropriés et proportionnés en matière de voyage, sur la base d'évaluations des risques; mettre en place les capacités nécessaires, y compris aux points d'entrée, pour atténuer les risques potentiels de transmission internationale de la COVID-19 et faciliter la recherche internationale des contacts.

Maintenir les services de santé essentiels avec un financement, des fournitures et des ressources humaines suffisants; préparer les systèmes de santé à faire face à la grippe saisonnière, à d'autres épidémies simultanées et aux catastrophes naturelles.

Conformément aux dispositions de l'article 43, l'OMS partage les renseignements fournis officiellement à l'OMS par les États parties et, depuis le 12 mars 2020, également les renseignements publiés par les sites Web des gouvernements des pays afin de réduire l'écart entre l'information communiquée par le biais du mécanisme du RSI et celle publiée par les pays par le biais des sources officielles.

Au 25 septembre 2020, aucun nouvel État partie n'a fait état de mesures sanitaires supplémentaires qui entravent de manière significative le trafic international depuis la dernière annonce publiée le 18 septembre 2020. Au total, 194 des 196 États parties ont présenté un rapport à ce jour, le Mexique et le Nicaragua ne signalant aucune mesure.

En outre, 24 pays ont fourni des mises à jour de leurs mesures précédemment mises en œuvre. La répartition par régions de l'OMS est la suivante : AFR : 0 (0 mise à jour), AMR : 0 (1 mise à jour), EMR : 0 (0 mise à jour), EUR : 0 (20 mises à jour), SRO : 0 (3 mises à jour), WPR : 0 (0 mise à jour). Voir le tableau 1.

Les liens régionaux ci-dessous permettent d'obtenir plus de détails sur les mesures. L'information est divisée par région, cumulée depuis le début des mises à jour de l'EIS sur les mesures de voyage et par pays dans l'ordre alphabétique. Le texte surligné en rouge représente les mises à jour de l'EIS précédemment publié.

Tableau 1. États parties ayant fourni à l'OMS des rapports officiels sur les mesures sanitaires supplémentaires qui entravent de manière significative le trafic international en vertu de l'article 43 du RSI (2005) au 18 septembre 2020

EIS publié 2020	Afrique	Amériques	Méditerranée orientale	Europe	Asie du Sud-Est	Pacifique occidental	TOTAL DU NOUVEAU COMPTE.
6 février	-	Antigua-et-Barbuda, (Les) Bahamas, El Salvador, Grenade, Guatemala, Jamaïque, Paraguay, Saint-Kitts-et-Nevis, Trinité-et-Tobago, États-Unis d'Amérique (y compris Com. des	-	Italie, Fédération de Russie (2)	République populaire démocratique de Corée (1)	Australie, Japon, Mongolie, Nouvelle-Zélande, Nioué, République populaire de Chine, République des Îles Marshall, Singapour, Tonga (9)	22

		Mariannes du Nord) (10)					
13 février	Seychelles (Rép. des) (1)	Belize, Sainte-Lucie (2)	Koweït (1)	Ukraine (1)	-	Cook, Îles, République de Corée, République de Palau (3)	8
21 février	-	-	-	République tchèque, Kazakhstan (2)	-	Papouasie–Nouvelle-Guinée, Vietnam (2)	4
28 février	-	-	Royaume d'Arabie saoudite* (1)  Koweït* (1 mise à jour)	Géorgie*, Finlande, Israël, Kirghizistan*, Turquie*, (5)  Kazakhstan * (1 mise à jour)	-	États fédérés de Micronésie (1)  Australie, Chine, Région administrative spéciale* Hong Kong,  Japon*, Nouvelle-Zélande*,  République des Îles Marshall*,  Singapour* (6 mises à jour)	7
5 mars	-	Saint-Vincent-et-les Grenadines* (1)  El Salvador*, Jamaïque*, Sainte-Lucie*, Trinité-et-Tobago*, États-Unis d'Amérique* (5 mises à jour)	Jordanie* (1)	Monténégro*, Suède* (2)	-	-  Australie*, Japon*,  Micronésie (États fédérés de)*,  Mongolie*,  Nouvelle-Zélande*,  République des Îles Marshall*, Singapour*, Vietnam* (8 mises à jour)	4

12 mars	-	Haïti (1)	-	Allemagne*, Portugal*, Roumanie*  Turkménistan* , Ouzbékistan*( 5)  Israël, Fédération de Russie, Kazakhstan (3 mises à jour)	-	Japon, Îles Marshal, Nouvelle- Zélande (3 mises à jour)	6
19 mars	-	Argentine, Bolivie, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, République dominicaine, Équateur, Honduras, Panama, Venezuela (11)  Antigua-et- Barbuda, Argentine, (Les) Bahamas, Belize, El Salvador, Grenade, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Sainte-Lucie, Trinité-et- Tobago,	Liban (1)  Liban (1 mise à jour)	Albanie, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Bosnie- Herzégovine, Chypre, Estonie, Danemark, Lettonie, Lituanie, Macédoine du Nord, Pologne, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Espagne, Suisse, Ouzbékistan (18)  Arménie, Autriche, Bosnie- Herzégovine, République tchèque,	Bangladesh, Bhoutan, Maldives, Myanmar, Népal, Sri Lanka (6)	Cambodge, Philippines, (2)  Australie, Nouvelle- Zélande, Îles Marshall, Singapour (4 mises à jour)	38

		États-Unis d'Amérique (12 mises à jour)		Estonie, Géorgie, Allemagne, Hongrie, Israël, Monténégro, Macédoine du Nord, Portugal, Roumanie, Fédération de Russie,  Slovaquie, Suède, Suisse, Turquie, Ukraine (19 mises à jour)			
26 mars	Bénin, Éthiopie, Namibie, Tanzanie, Zambie  (Nombre) : Angola, Botswana, Cabo Verde, Congo, Cameroun, Comores, Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Maurice,	Barbade, Brésil, Cuba, Pérou, Suriname, Uruguay (6)  Bahamas (Les), Barbade, Barbade, Belize, Canada, Colombie, Costa Rica, République dominicaine, Grenade, Guatemala, Paraguay, Saint-Kitts-et-Nevis,	République arabe syrienne (1)	Bulgarie France Grèce Islande Malte Norvège (6)  Albanie Arménie Autriche Bulgarie Finlande, Allemagne Italie Kirghizistan Monténégro Norvège	Inde, Indonésie, Thaïlande, Timor-Leste (4)  Bhoutan, Inde, Indonésie, Maldives, Myanmar, Népal, Sri Lanka Timor-Leste (8 mises à jour)	République démocratique populaire lao  Kiribati, Fidji, Micronésie (États fédérés de), Nauru,  Samoa, Îles Salomon, Vanatu (8)  Australie, Chine, Japon, Kiribati, République démocratique populaire lao,	47

	<p>Nigéria, Sierra Leone, Afrique du Sud , Ouganda (22 nouveaux)</p> <p>Seychelles (1 mise à jour)</p>	<p>Sainte-Lucie, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Trinité-et-Tobago, États-Unis d'Amérique (y compris Samoa américaine, Commonwealth des Mariannes du Nord, Guam) Uruguay (17 mises à jour)</p>		<p>Pologne Portugal Roumanie Fédération de Russie Serbie Slovaquie Espagne Turquie Turkménistan Ukraine Ouzbékistan (20 mises à jour)</p>		<p>République des Îles Marshall, Mongolie, Nouvelle-Zélande, Singapour, Îles Salomon, Tonga, Vietnam (12 mises à jour)</p>		
3 avril	<p>Eswatini, Lesotho,  Libéria, Mozambique, Sénégal, Zimbabwe (6)</p> <p>Nigéria, Afrique du Sud (2 mises à jour)</p> <p>Documents supplémentaires fournis :</p> <p>Angola, Botswana, Cameroun, Kenya, Madagascar, Nigéria, Afrique du Sud, Ouganda</p>	<p>Dominique, Guyane (2)</p>	<p>Bahreïn#, Égypte#, Maroc#, Oman#, Pakistan#, Qatar#,  Soudan#, Tunisie#, Émirats arabes unis (9)</p> <p>Pakistan, Tunisie (2 mises à jour)</p>	<p>Bélarus, Belgique, Croatie, Pays-Bas, Tadjikistan (5)</p> <p>Albanie,  Belgique, République tchèque, Finlande, Israël, Italie, Kazakhstan, Lituanie, Macédoine du Nord, Portugal, Roumanie, Fédération de Russie, Tadjikistan, Turquie, Turkménistan (15 mises à jour)</p>	-	<p>Bangladesh, Myanmar, Népal, Sri Lanka, Thaïlande (5 mises à jour)</p>	<p>Cambodge, République de Corée (2 mises à jour)</p>	22
11 avril	-	-	<p>Afghanistan, Iran (République</p>	<p>Andorre, Irlande,</p>	-	<p>Brunéi Darussalam, Malaisie (2)</p>	9	



			islamique d'), Iraq (3)	Luxembourg, Saint-Marin (4)	Bangladesh, Bhoutan, Maldives, Népal, Sri Lanka, Thaïlande, Timor-Leste	Japon, République des Îles Marshal (2 mises à jour)	
			Jordanie, Arabie saoudite, Émirats arabes unis (3 mises à jour)	Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Croatie, République tchèque, Danemark, Islande, Italie, Kazakhstan, Pologne, Portugal, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suisse, Turquie, Turkménistan (17 mises à jour)	(7 mises à jour)		
17 avril	Burkina Faso, République centrafricaine, Tchad,  République démocratique du Congo, Guinée équatoriale, Gambie,  Guinée, Guinée-Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, Sao Tomé-et-Principe, Togo (13)  Mises à jour : Cameroun, Congo, Côte d'Ivoire, Guinée	-	Djibouti (1)	Moldavie, Monaco (2)  Autriche, Bulgarie, République tchèque, Finlande, Géorgie, Hongrie, Lituanie, Moldavie,  Monaco, Pays-Bas, Macédoine du Nord, Roumanie, Slovaquie, Espagne, Turkménistan, Ukraine, Ouzbékistan (17 mises à jour)	-  Bangladesh, Myanmar, Népal (3 mises à jour)	-  Brunéi Darussalam, Nouvelle-Zélande, République des Îles Marshal (3 mises à jour)	16

	<p>équatoriale, Gabon</p> <p>Ghana</p> <p>Libéria</p> <p>Nigéria</p> <p>Sénégal</p> <p>Seychelles</p> <p>Sierra Leone (11 mises à jour)</p> <p>Documents supplémentair es fournis :</p> <p>Cap-Vert</p>							
24 avril	Algérie (1)	-	Somalie (1)	<p>Saint-Siège (1)</p> <p>Autriche</p> <p>Belgique</p> <p>Bulgarie</p> <p>Croatie</p> <p>Chypre</p> <p>Géorgie</p> <p>Allemagne</p> <p>Grèce</p> <p>Irlande</p> <p>Lituanie</p> <p>Malte</p> <p>Monténégro</p> <p>Pays-Bas</p> <p>Portugal</p> <p>Roumanie</p> <p>Serbie</p> <p>Slovénie</p> <p>Suède</p> <p>Tadjikistan</p>	-	-	<p>Indonésie (1 mise à jour)</p> <p>Fidji</p> <p>Philippines (2 mises à jour)</p>	3

				Turquie Ukraine (21 mises à jour)			
8 mai	-	-	-	-  Albanie, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, République tchèque, Danemark, Estonie, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Islande, Israël, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Moldavie, Monaco, Monténégro, Pays-Bas, Macédoine du Nord, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Turquie, Ukraine (37 mises à jour)	-  République populaire démocratique de Corée, Indonésie  Myanmar, Népal,  Thaïlande (5 mises à jour)	-  Australie,  Japon, République des Îles Marshal (3 mises à jour)	0
15 mai	-	-	-	-  Arménie, Belgique,	-  Indonésie, Népal (2 mises à jour)	-	0

				<p>Bosnie-Herzégovine,</p> <p>Bulgarie, Chypre, République tchèque, Grèce, Pologne, Roumanie, Saint-Marin,</p> <p>Espagne, Suisse,</p> <p>Ouzbékistan (13 mises à jour)</p>				
25 mai	-	-	-	<p>-</p> <p>Andorre, Arménie,</p> <p>Autriche, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, République tchèque,</p> <p>Finlande,</p> <p>Allemagne,</p> <p>Grèce, Hongrie, Irlande, Israël, Italie, Lituanie, Malte, Moldavie, Monaco, Macédoine du Nord,</p> <p>Portugal, Roumanie,</p> <p>Saint-Marin, Serbie, Slovénie, Suisse, Turkménistan (26 mises à jour)</p>	-	-	<p>Australie, Japon, République des Îles Marshall (3 mises à jour)</p>	0
1 <sup>er</sup> juin	-	-	-	<p>-</p> <p>Arménie,</p>	-	-	<p>Japon,</p>	0

		États-Unis d'Amérique (2 mises à jour)		Bulgarie, Chypre, Danemark, Estonie, Finlande, France, Grèce, Islande, Israël, Lituanie, Monténégro, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Slovénie, Turquie (20 mises à jour)	République de Corée, Samoa (3 mises à jour)	
5 juin	Burundi, Érythrée,  Soudan du Sud (3)  Cap-Vert, Comores, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Namibie,  Sao Tomé-et-Principe, Seychelles, Afrique du Sud,  Ouganda (11 mises à jour)	-  Canada (1 mise à jour)	-	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (1)  Albanie, Andorre, Azerbaïdjan, Biélorussie, Bosnie-Herzégovine, Croatie, Chypre,  République tchèque, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Hongrie, Islande, Israël, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Moldavie,	-  Bangladesh, Indonésie, Myanmar, Timor-Leste (4 mises à jour)	4

				Norvège, Roumanie, Fédération de Russie, Serbie, Slovénie, Turquie, Ukraine (28 mises à jour)			
12 juin	-	-	-	Liechtenstein (1)  Albanie, Andorre, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bosnie- Herzégovine, Bulgarie,  République tchèque,  France, Grèce, Hongrie, Israël, Italie, Kazakhstan, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Monaco, Monténégro, Macédoine du Nord, Pologne, Fédération de Russie, Slovaquie, Slovénie, Suisse, Turkménistan, Ukraine, Royaume-Uni de Grande- Bretagne et d'Irlande du Nord (28 mises à jour)	-	République des Îles Marshal, Singapour (2 mises à jour)	1

19 juin	-	-	-	-  Autriche, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie- Herzégovine, République tchèque,  Allemagne, Hongrie, Kazakhstan, Liechtenstein, Lituanie,  Malte, Monaco, Macédoine du Nord, Norvège, Portugal, Suisse, Ukraine (17 mises à jour)	-  Bangladesh, Myanmar (2 mises à jour)	-	0
26 juin	-	-  Canada (1 mise à jour)	-  Liban (1 mise à jour)	-  Albanie, Andorre, Autriche,  Azerbaïdjan, Bélarus,  Belgique, Bulgarie, Croatie, Chypre, Danemark, Estonie, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Islande, Israël, Italie, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Moldavie, Pays-Bas, Macédoine du	-	-	0

				<p>Nord, Norvège, Pologne, Roumanie,</p> <p>Espagne, Suède, Tadjikistan, Turkménistan, Ukraine, Ouzbékistan (33 mises à jour)</p>			
3 juillet	<p>-</p> <p>Cameroun, Tanzanie, Zambie (3 mises à jour)</p>	<p>-</p> <p>Canada (1 mise à jour)</p>	<p>-</p>	<p>-</p> <p>Autriche,  Bosnie- Herzégovine, Bulgarie, Danemark, Estonie, France, Hongrie, Lituanie,</p> <p>Moldavie, Monténégro, Macédoine du Nord, Pologne, Portugal, Roumanie, Fédération de Russie, Slovaquie, Slovénie, Espagne, Suède, Ouzbékistan (20 mises à jour)</p>	<p>-</p> <p>Maldives, Myanmar, Thaïlande (3 mises à jour)</p>	<p>-</p> <p>Cambodge, Japon (2 mises à jour)</p>	0
13 juillet	<p>-</p> <p>Guinée équatoriale, Éthiopie (2 mises à jour)</p>	<p>-</p>	<p>-</p> <p>Tunisie, Émirats arabes unis (2 mises à jour)</p>	<p>-</p> <p>Andorre, Autriche, Bulgarie,</p> <p>Croatie, Chypre, République tchèque, Hongrie,</p> <p>Islande, Irlande,</p>	<p>-</p> <p>Bangladesh, Népal (2 mises à jour)</p>	<p>-</p> <p>République des Îles Marshall (1 mise à jour)</p>	0



				Italie, Monténégro, Portugal, Slovaquie, Turkménistan (14 mises à jour)			
17 juillet		-	Yémen, Libye (2)  Afghanistan , Égypte, Iran, Iraq, Jordanie, Koweït,  Qatar, Arabie saoudite, Soudan, Syrie (10 mises à jour)	-  Chypre, République tchèque, Danemark, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Allemagne, Grèce, Hongrie, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Macédoine du Nord, Pologne, Roumanie, Fédération de Russie, Saint-Marin, Serbie, Slovaquie, Espagne,  Roumanie, Royaume-Uni  de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (26 mises à jour)	-  Timor-Leste (1 mise à jour)	-	2
24 juillet	- Éthiopie (1 mise à jour)	- Canada, États-Unis d'Amérique (y compris Samoa américaine, Commonwealth des	-	- Autriche, Biélorus, Bulgarie, Finlande, France (y compris la	- Bangladesh, Maldives (2 mises à jour)	- Australie, République populaire de Chine (y compris RAS de Hong Kong, RAD de	

		Mariannes du Nord, Guam) (2 mises à jour)		Polynésie française), Géorgie, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Moldavie, Monténégro, Norvège, Portugal, Fédération de Russie, Saint-Marin, Slovénie, Tadjikistan (22 mises à jour)		Macao), République de Corée (3 mises à jour)	
6 août	-	- Canada (1 mise à jour)	- Liban (1 mise à jour)	- Andorre, Autriche, Biélorus, Chypre, République tchèque, Danemark, Estonie, Finlande, Allemagne, Grèce, Hongrie, Israël, Italie,	- Bangladesh, République populaire démocratique de Corée, Inde, Myanmar, Népal, Thaïlande (6 mises à jour)	- Japon, Papouasie–Nouvelle-Guinée, République des Îles Marshall, Vietnam (4 mises à jour)	0

				<p>Lettonie, Lituanie, Malte, Moldavie, Norvège, Pologne, Portugal, Roumanie, Fédération de Russie, Slovaquie, Espagne, Suisse, Tadjikistan, Turquie, Turkménistan, Ukraine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Ouzbékistan, (31 mises à jour)</p>			
13 août	-	-	-	<p>- Albanie, Autriche, Biélarus, Belgique, Finlande, France, Islande, Pays-Bas, Norvège, Portugal, Roumanie,</p>	- Timor-Leste (1 mise à jour)	- Australie (1 mise à jour)	0

				<p>Slovaquie, Slovénie, Suisse, Turquie, Turkménistan, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (17 mises à jour)</p>			
28 août	-	<p>- Canada, États-Unis d'Amérique (y compris Commonwealth des Mariannes du Nord, Guam) (2 mises à jour)</p>	-	<p>- Les 27 pays de l'Union européenne, Les 5 pays de la Communauté économique eurasiatique  Azerbaïdjan, Bulgarie, Islande, Israël, Liechtenstein, Macédoine du Nord, Norvège, Serbie, Turquie, Ukraine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Ouzbékistan (44 mises à jour)</p>	- Népal (1 mise à jour)	- (3 mises à jour sur les territoires américain et français)	0

4 septembre	Rwanda (1)						
	Algérie						
	Angola						
	Bénin						
	Botswana						
	Burkina Faso				Les 5 pays de la		
	Burundi				Communauté économique		
	Cameroun				eurasiatique		
	Cabo Verde						
	République centrafricaine				Belgique,		
	Tchad				Croatie,		
	Comores				Géorgie,		
	République du Congo				Grèce,		
	Côte d'Ivoire				Hongrie,		
	Guinée équatoriale	-	-		Islande,		
	Érythrée				Lettonie,	-	
	Eswatini	Canada (1 mise à jour)	Jordanie (1 mise à jour)		Luxembourg,		1
	Éthiopie				Monténégro,	Myanmar (1 mise à jour)	
	Gabon				Norvège,		
	Gambie				Portugal,		
	Ghana				Roumanie,		
	Guinée				Slovaquie,		
	Guinée-Bissau				Slovénie,		
	Kenya				Suède,		
	Lesotho				Suisse,		
	Libéria				Ukraine,		
	Madagascar				Royaume-Uni de Grande-Bretagne et		
	Malawi				d'Irlande du Nord (23 mises de jour)		
	Mali						
	Mauritanie						
Maurice							
Mozambique							
Namibie							

	<p>Niger</p> <p>Nigéria</p> <p>République démocratique du Congo</p> <p>Rwanda</p> <p>Sao Tomé-et-Principe</p> <p>Sénégal</p> <p>Seychelles</p> <p>Sierra Leone</p> <p>Afrique du Sud</p> <p>Soudan du Sud</p> <p>Tanzanie</p> <p>Togo</p> <p>Ouganda</p> <p>Zambie</p> <p>Zimbabwe (47 mises à jour)</p>						
18 septembre	<p>-</p> <p>Namibie, Nigéria, Afrique du Sud (3 mises à jour)</p>	-	-	<p>-</p> <p>Autriche,</p> <p>Azerbaïdjan,</p> <p>Bélarus,</p> <p>Belgique,</p> <p>Bulgarie,</p> <p>Chypre,</p> <p>Danemark,</p> <p>Estonie,</p> <p>Finlande,</p> <p>France,</p> <p>Géorgie,</p> <p>Allemagne,</p> <p>Grèce,</p> <p>Hongrie,</p> <p>Israël,</p>	<p>-</p> <p>Bhoutan,</p> <p>République populaire démocratique de Corée,</p> <p>Indonésie,</p> <p>Maldives,</p> <p>Thaïlande (5 mises à jour)</p>	<p>-</p> <p>République des Îles Marshall,</p> <p>Singapour (2 mises à jour)</p>	0

				<p>Lettonie, Lituanie, Malte, Moldavie, Monténégro, Pays-Bas, Macédoine du Nord, Norvège, Pologne, Portugal, Suisse, Tadjikistan, Turquie, Turkménistan, Ukraine, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Ouzbékistan, (32 mises à jour)</p>			
25 septembre	-	- Canada (1 mise à jour)	-	<p>- Arménie, Azerbaïdjan, Belgique, Chypre, Estonie, Finlande, Géorgie, Allemagne, Grèce, Irlande,</p>	- Myanmar, Sri Lanka, Thaïlande (3 mises à jour)	-	0

				Israël, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Portugal, Slovaquie, Slovénie, Royaume-Uni de Grande- Bretagne et Irlande du Nord  (20 mises à jour)			
--	--	--	--	---	--	--	--

NOTE 1 : Les statistiques entre parenthèses reflètent le nombre de rapports (nouveaux ou actualisés) reçus depuis le 26 mars 2020.

NOTE 2 : (\*) indique que l'État partie fait rapport sur les mesures destinées à d'autres pays en plus de la Chine. À partir du 17 mars, tous les pays qui signalent des mesures visent par ces mesures plus d'un pays ou tous les pays (p. ex. : fermeture des frontières)

NOTE 3 : (#) Document justificatif à fournir par le bureau national ou régional.

NOTE 4 : % : La mesure prise par le Canada a été mise à jour dans le rapport par pays sur les Amériques le 17 avril, mais n'a pas été prise en compte dans l'EIS correspondant.

NOTE 5 : Pays de la Communauté économique eurasiatique : Arménie, Bélarus, Kazakhstan, Kirghizistan et Fédération de Russie.

---

[1] [https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/fr/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

[2] <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

## International – Maladie à coronavirus (COVID-19) – Éclosion et résultats (médias)

### Les dirigeants des Caraïbes demandent une coopération renforcée contre la COVID-19

Source : Infosurhoy

ID : [1007926189](#)

26 (Xinhua) – **Les dirigeants des Caraïbes ont demandé un renforcement de la coopération mondiale et des mécanismes de financement pour surmonter la crise sanitaire provoquée par la pandémie de**



COVID-19 et se remettre de ses retombées socioéconomiques massives. Le fonds vient en aide aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire afin de surmonter la crise sanitaire et liée au développement causée par la pandémie et soutient les personnes les plus vulnérables aux difficultés économiques et aux perturbations sociales.

NATIONS UNIES, 26 septembre (Xinhua) – Les dirigeants des Caraïbes ont demandé un renforcement de la coopération mondiale et des mécanismes de financement pour surmonter la crise sanitaire provoquée par la pandémie de COVID-19 et se remettre de ses retombées socioéconomiques massives.

Ils ont lancé cet appel dans leurs discours préenregistrés lors du débat général de la 75<sup>e</sup> session de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Les nations doivent repenser leurs modes de coopération dans leur réponse à la COVID-19, a déclaré samedi le premier ministre jamaïcain, Andrew Holness.

« Les problèmes mondiaux persistants nécessitent une coopération constante pour parvenir à des solutions mondiales stratégiques », a-t-il déclaré, citant le Fonds d'intervention et de relèvement COVID-19 comme un excellent exemple de cette coopération multilatérale efficace.

Le fonds vient en aide aux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire afin de surmonter la crise sanitaire et liée au développement causée par la pandémie et soutient les personnes les plus vulnérables aux difficultés économiques et aux perturbations sociales.

Le premier ministre de Trinité-et-Tobago, Keith Rowley, a déclaré samedi aux dirigeants mondiaux que, comme d'autres petits États insulaires en développement qui luttent contre les répercussions de la COVID-19, son pays devait « marcher sur un fil » entre sauver des vies et préserver les moyens de subsistance. L'État a fermé ses frontières et a mis en place une mesure d'éloignement physique, en procédant aux ajustements nécessaires pour protéger les plus vulnérables.

Il a applaudi l'Organisation mondiale de la Santé pour son leadership et a félicité les professionnels de la santé et les travailleurs de première ligne partout dans le monde pour avoir sauvé des vies.

« La pandémie de COVID-19 représente une menace existentielle d'une ampleur inégalée pour la santé et la sécurité humaines dans le monde entier », a-t-il déclaré.

Hubert Minnis, premier ministre des Bahamas, a exprimé vendredi sa solidarité avec toutes les autres nations dans la lutte contre la COVID-19 et ses condoléances pour les pertes de vies humaines.

« Nous ne savions pas que quelques mois plus tard, un défi encore plus grand allait se présenter, obligeant le monde à s'arrêter, dans une proportion jamais vue depuis la Seconde Guerre mondiale », a-t-il déclaré.

Les Bahamas, comme tant d'autres, ont dû agir de manière décisive pour empêcher la pandémie de COVID-19 de se propager, mais comme le tourisme est la principale source de revenus des îles, la fermeture des frontières a entraîné la plus forte baisse du nombre de visiteurs, ce qui a précipité un ralentissement économique généralisé et un chômage sans précédent, a-t-il déclaré.

En réponse, leur gouvernement a mis en place des programmes de prestations d'assurance-emploi et de sécurité sociale, y compris une initiative nationale de distribution de nourriture.

Le premier ministre a applaudi le G20 pour avoir suspendu les paiements du service de la dette des pays les moins avancés.

En ce qui concerne les vaccins, le premier ministre a déclaré que les pays en développement devraient pouvoir accéder aux vaccins « au moyen d'un processus d'achat transparent à des taux de marché abordables ». Enditem

<https://infosurhoy.com/news/caribbean-leaders-call-for-strengthened-cooperation-against-covid-19/>

## Grèce

### La Grèce déclare la première mort d'un migrant de la COVID-19 depuis le début de la pandémie

Source : National Post

ID : [1007926167](#)

ATHÈNES – Un migrant de sexe masculin est mort de la COVID-19 dimanche; il s'agit de la première mort signalée d'un demandeur d'asile depuis que la pandémie a éclaté en Grèce à la fin février, a déclaré un responsable du gouvernement à l'agence de presse Reuters.

Cet Afghan de 61 ans, père de deux enfants, qui vivait dans le camp de migrants de Malakasa, au nord d'Athènes, a été soigné et il est mort dans un hôpital d'Athènes, a déclaré le fonctionnaire, ajoutant que les autorités recherchaient ses contacts.

On n'a pas su tout de suite depuis combien de temps il avait été hospitalisé.

Le camp de Malakasa, qui accueille environ 3000 migrants, est mis en quarantaine depuis le 7 septembre, après des tests se sont révélés positifs pour le nouveau coronavirus.

De nombreuses autres installations pour les migrants en Grèce ont été fermées ou leur circulation a été restreinte pour enrayer la propagation du virus.

La Grèce a été la principale porte d'entrée dans l'Union européenne pour les personnes fuyant les conflits au Moyen-Orient et au-delà. Plus d'un million de personnes ont atteint ses rivages depuis la Turquie en 2015-2016.

Au moins 110 000 personnes vivent actuellement dans des installations pour migrants, dont 40 000 dans des camps surpeuplés sur cinq îles.

Ce mois-ci, un incendie a ravagé le plus grand camp de migrants de Grèce, sur l'île de Lesbos, laissant environ 12 000 personnes bloquées. La plupart d'entre eux ont maintenant déménagé dans un camp de tentes temporaire sur l'île.

La Grèce a signalé 218 cas de COVID-19 dimanche et trois décès, ce qui porte le nombre total d'infections à 17 444 depuis que le premier cas est apparu à la fin février. (Reportage d'Angeliki Koutantou; révision de David Evans)

<https://nationalpost.com/pmnh/health-pmnh/greece-says-first-migrant-dies-of-covid-19-since-the-pandemic>

## Iran

### L'inquiétude grandit alors que l'Iran est en proie à la troisième grande vague de COVID-19

Source : RSS24.news

ID : [1007926529](#)

Téhéran, Iran – **L'Iran est maintenant en proie à une troisième grande vague d'infections à la COVID-19 et la plupart de ses 32 provinces sont classées en zone rouge sur une échelle de couleur indiquant la gravité; la capitale connaît l'épidémie la plus grave.**

**Le compte officiel montre que l'Iran a enregistré 195 nouveaux décès dimanche, portant le total à 25 589 dans le pays qui lutte contre la pire pandémie de coronavirus au Moyen-Orient.**

**La porte-parole du ministère de la Santé, Sima Sadat Lari, a également annoncé lors de sa séance d'information quotidienne concernant la COVID-19 que 3 362 infections quotidiennes supplémentaires ont été enregistrées, ce qui porte le total à 446 448. Les hôpitaux soignent 1 377 patients en ce moment, a déclaré M. Lari.**

Vendredi, le nombre d'infections quotidiennes a dépassé les 3 500 cas pour la première fois depuis le début de la pandémie en Iran en février, et le nombre de décès a été supérieur à 200 pour la première fois en près de deux mois.

La semaine dernière, le Guide suprême, l'Ayatollah Ali Khamenei, et le président, Hassan Rouhani, ont lancé des avertissements directs pour que les gens respectent mieux les directives en matière de santé publique.

« Ne sous-estimez pas le coronavirus », a déclaré M. Khamenei dans un discours télévisé en direct la semaine dernière.

« La solution est entre nos mains », a-t-il déclaré, invitant les gens à suivre les directives de santé publique, y compris l'éloignement social, l'utilisation de masques et le lavage régulier des mains.

Les remarques de M. Khamenei arrivent peu de temps après que le président a également mis la population en garde contre la hausse des cas en raison du non-respect des directives.

« Nous devons supposer que cela durera toute l'année, et même l'année prochaine; nous devons peut-être adhérer à toutes ces lignes directrices de santé publique », a déclaré M. Rouhani lors d'une réunion télévisée du groupe de travail national sur le coronavirus la semaine dernière.

« Même si nous avons accès à un vaccin, je crois que nous devons maintenir ce mode de vie », a-t-il déclaré.

Selon les responsables, l'Iran a joint le COVAX, une initiative mondiale visant à travailler avec les fabricants de vaccins afin d'offrir aux pays un accès équitable à des vaccins sûrs et efficaces une fois qu'ils seront homologués et approuvés.

L'Iran a également déclaré qu'il achèterait 20 millions de doses d'un vaccin fabriqué par une société indienne anonyme dirigée par un homme né en Iran.

L'Iran a officiellement reconnu la première présence du coronavirus au pays le 19 février en annonçant la mort de deux personnes dans la ville sainte chiite de Qom, immédiatement au sud de Téhéran. Il a mis en place des mesures de quarantaine dans certaines parties de mars et d'avril.

Le pays a connu une autre grande vague d'infections au milieu de l'été, mais le nombre de cas, d'hospitalisations et de décès a chuté ces dernières semaines.

Restrictions gouvernementales

Aujourd'hui, alors que le pays approche la saison de la grippe et des allergies, les hauts fonctionnaires envisagent une règle concernant le port du masque obligatoire et des sanctions possibles.

Samedi, M. Rouhani a déclaré qu'une proposition actuellement à l'étude consiste à cesser d'offrir des services publics aux personnes qui refusent de porter un masque et à imposer des sanctions pour publiquement bafouer les règles, sans mentionner les conséquences possibles.

Le président a également déclaré qu'une liste d'activités et de catégories d'entreprises a été élaborée et remise aux provinces, et que les dirigeants provinciaux auront le pouvoir de demander des périodes d'arrêt d'une semaine si nécessaire.

« Nous n'aurons pas de marches religieuses cette année, nous n'aurons pas de pèlerinages en Iraq », a affirmé M. Rouhani alors que la fin du Safar – ou le deuxième mois du calendrier islamique – approche, alors que les musulmans observent un certain nombre de périodes de deuil et que des millions de personnes se lancent dans un pèlerinage à Karbala.

L'Iraq a officiellement annoncé qu'il n'accepterait pas de pèlerins cette année en raison de la pandémie, et les autorités iraniennes, y compris le Guide suprême, ont demandé aux personnes en deuil d'observer les prochaines occasions religieuses chez elles.

Une dynamique en évolution

Comme cela a également été signalé dans d'autres pays, le coronavirus est en constante mutation, ce qui modifie les schémas d'infection et la démographie.

Selon le vice-ministre de la Santé, Iraj Harirchi, qui est devenu en février l'un des premiers responsables iraniens à avoir contracté la COVID-19, le virus est désormais plus puissant.

« Au cours des deux premières vagues, les personnes qui ont contracté le virus l'ont souvent attrapé dans la société et non dans leur famille », a-t-il déclaré lors d'une interview télévisée en direct la semaine dernière.

« Mais aujourd'hui, dans de nombreuses familles où une personne contracte le virus, toute la famille est infectée. »

Hadi Yazdani, un médecin de 38 ans basé à Ispahan qui visite quotidiennement les patients atteints de la COVID-19, a confirmé l'évolution des tendances et a déclaré qu'il continue de voir de plus en plus de concentrations de cas se former au sein des familles et se déplacer vers d'autres.

« Contrairement au début de la pandémie, nous recevons également un grand nombre de jeunes patients et de personnes sans pathologie préexistante », a-t-il déclaré à Al Jazeera.

M. Yazdani, qui a son cabinet privé mais qui consacre actuellement la plupart de son temps à des cliniques privées et caritatives dans la métropole, a déclaré qu'il semble qu'une réouverture partielle des écoles et de grands rassemblements publics pour observer les cérémonies de deuil à Muharram, le premier mois du calendrier islamique, ont eu un effet sur le nombre d'infections.

L'Iran envisage de rendre le port du masque en public obligatoire [Fatemeh Bahrami/Agence Anadolu]. Les responsables affirment que les rassemblements de Mouharram ont été organisés dans le strict respect des protocoles de santé publique et disent qu'il n'y a pas de preuve que la réouverture des écoles au début septembre a eu un effet sur le nombre de cas.

« Il n'y a pas de rapports officiels indiquant que des élèves ont été infectés par le coronavirus après la réouverture des écoles », a déclaré samedi le ministre de l'Éducation, Mohsen Haji Mirzaei.

Les familles ont également été préoccupées en août par la tenue des examens d'entrée à l'université et par la concours auquel près de 1,5 million d'étudiants participent pour obtenir une place dans une université.

Obstacles

Jusqu'à présent, les autorités ont tenté de contenir le virus en recourant à des restrictions partielles, notamment la fermeture temporaire des gymnases, des salles de banquet et des piscines publiques, ainsi que la levée temporaire des règles de contrôle de la circulation afin de décourager l'utilisation généralisée des transports publics.

Mais alors que les autorités locales et les infatigables travailleurs de la santé publique tirent la sonnette d'alarme dans tout l'Iran, il faudra peut-être en faire plus, surtout pendant la saison de la grippe.

M. Yazdani, également politicien et membre du parti réformiste de l'Union du peuple iranien, a déclaré qu'un mélange d'inefficacité parmi les responsables de la gestion, une bureaucratie iranienne intrinsèquement lente et des sanctions américaines de grande envergure contribuent à la situation actuelle.

« L'imposition de restrictions sérieuses nécessite une solide base financière, qui a été détruite par les sanctions et la mauvaise gestion », a-t-il déclaré. « Mais de toute façon, il pourrait même être nécessaire de mettre en place des quarantaines au cas par cas pour les villes et les provinces. »

Après avoir abandonné unilatéralement un accord nucléaire historique signé entre l'Iran et les puissances mondiales en 2015, les États-Unis ont imposé des sanctions économiques sévères dans le but de paralyser l'économie iranienne. Les sanctions ont, entre autres, entravé l'accès de l'Iran aux médicaments et à ses réserves étrangères.

Alors que l'économie se stabilisait relativement bien, la pandémie a frappé l'Iran, augmentant la pression sur l'économie à court de liquidités en même temps que les sanctions.

Cela signifie que l'Iran, qui faisait déjà face à d'importants obstacles budgétaires avant la pandémie, n'a pas été en mesure de mobiliser des fonds pour aider les personnes touchées par le coronavirus. Il a dû recourir à des prêts à relativement faible taux d'intérêt pour les personnes et les entreprises concernées. Le ministre iranien des Affaires étrangères, Javad Zarif, dans une récente interview, a accusé les États-Unis de « terrorisme médical » pour avoir étouffé les ressources financières de l'Iran pendant la pandémie.

Au début avril, le Guide suprême a approuvé une proposition visant à retirer un milliard d'euros (1,16 milliard de dollars) du Fonds national de développement de l'Iran, le fonds souverain du pays, pour gérer les conséquences de la COVID-19.

Mais la semaine dernière, le ministre de la Santé, Saeed Namaki, a déploré que « seule une fraction » du fonds ait été allouée au ministère jusqu'à présent, et a demandé : « Dans quel but plus important l'ont-ils mis de côté ? »

Un outil pour exercer le pouvoir

À la fin mars, plusieurs autorités iraniennes ont critiqué l'initiative de Médecins sans frontières (MSF) à Ispahan visant à construire une unité de traitement gonflable de 50 lits, et ont annulé l'approbation de son intervention, ce qui a provoqué la réaction de l'organisation non gouvernementale qu'elle était « profondément surprise ».

Selon M. Yazdani, en cas de pandémie mondiale, il faut un consensus mondial sur la résolution des problèmes.

« Tout comme nous critiquons l'Iran pour ne pas avoir autorisé les MSF à se rendre dans le pays et dans notre ville d'Ispahan, nous critiquons le gouvernement américain pour avoir imposé des sanctions qui ont empêché l'Iran d'accéder à ses ressources financières et d'aider son peuple », a-t-il déclaré.

« Nous devons avoir l'assurance que si un vaccin est produit, il sera disponible à tous les habitants de la

planète, y compris les nôtres, qui sont sous sanctions, et qu'aucun pays, gouvernement ou entreprise ne pourra s'en servir comme d'un outil pour exercer son pouvoir. »  
Lire l'article complet à l'adresse suivante : [aljazeera.com](https://www.aljazeera.com)

<https://rss24.news/concerns-mount-as-iran-gripped-by-third-major-covid-19-wave/>

## Chine

### **La Chine vise à produire un milliard de doses de vaccins contre la COVID-19 par année – CanadianManufacturing.com**

Source : [CanadianManufacturing.com](https://www.canadianmanufacturing.com)

ID unique : 1007915784

**Le 25 septembre, un représentant chinois de la santé a déclaré qu'à partir de l'an prochain, le pays pourra produire un milliard de doses de vaccins contre le coronavirus par année, grâce à un vigoureux programme mis en place par le gouvernement pour soutenir la construction de nouvelles usines.**

**Selon Zheng Zhongwei, de la commission nationale de la santé de ce pays, la capacité de production devrait atteindre 610 millions de doses d'ici la fin de l'année.**

« L'an prochain, notre capacité annuelle dépassera un milliard de doses », a-t-il déclaré lors d'une conférence de presse.

Les géants pharmaceutiques américains Pfizer et Moderna se sont eux aussi fixé l'objectif de produire chacun un milliard de doses en 2021.

Annonce

M. Zhongwei a ajouté que les vaccins seraient distribués en priorité aux travailleurs de la santé, aux agents frontaliers ainsi qu'aux personnes âgées, avant d'être offerts au grand public.

La Chine encourage la construction d'installations pour la mise à l'essai et la fabrication de vaccins et a désigné des contrôleurs indépendants pour en surveiller le montage. À l'heure actuelle, onze vaccins candidats font l'objet d'essais sur les humains en Chine, dont quatre en sont à la troisième et dernière phase.

L'un de ces vaccins, CoronaVac, est fabriqué par l'entreprise privée SinoVac et a déjà quitté l'atelier de production aménagé dans une installation biosécurisée située à l'extérieur de Beijing. Le président de SinoVac, Yin Weidong, a déclaré jeudi que l'usine avait été construite en quelques mois et que d'autres pourraient être construites si la demande le justifiait.

Certains pays mettent en commun leurs efforts en matière de vaccins afin d'assurer le succès de la lutte contre la maladie. Ainsi, plus de 150 pays participent à l'installation d'accès mondial aux vaccins contre la COVID-19, ou COVAX, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

L'objectif est d'obtenir deux milliards de doses afin de pouvoir inoculer 20 % de la population mondiale.

Plus tôt au cours du mois, le directeur général de l'OMS, Tedros Ghebreyesus, a déclaré que « l'objectif doit être de vacciner certaines personnes dans tous les pays, plutôt que tous les habitants de certains pays ».

— La réalisatrice vidéo Olivia Zhang de l'Associated Press à Beijing et le rédacteur Huizhong Wu de Taipei, à Taiwan, ont collaboré à la préparation de ce rapport.

<https://www.canadianmanufacturing.com/manufacturing/china-aims-to-make-1-billion-covid-19-vaccine-doses-a-year-261163/>

## États-Unis

### **Novavax entreprend la dernière phase des essais cliniques**

Source : ABC News

ID unique : 1007912520

La société américaine de biotechnologie Novavax a déclaré jeudi qu'elle amorçait la dernière phase, soit la phase III, de ses essais cliniques sur son vaccin expérimental contre la COVID-19.

Cette phase sera menée au Royaume-Uni et vise à recruter 10 000 volontaires âgés de 18 à 84 ans, avec et sans pathologie sous-jacente, au cours des quatre à six prochaines semaines.

« Compte tenu du taux élevé de transmission du SRAS-CoV-2 qui est observé et qui devrait se maintenir au Royaume-Uni, nous sommes optimistes sur le fait que cet essai clinique pivot de phase III recrutera rapidement des participants et fournira une vision à court terme de l'efficacité du NVX-CoV2373 », a déclaré

Gregory Glenn, président de la recherche et du développement au sein de la société, en parlant du vaccin et en utilisant le nom technique de la préparation.

Il s'agit du onzième vaccin candidat contre la COVID-19 qui atteint le stade de la phase III à l'échelle mondiale.

La société a reçu 1,6 milliard de dollars du gouvernement américain pour la mise au point et le financement du vaccin, dont l'administration requiert deux injections par voie intramusculaire.

Cette entreprise du Maryland utilise des cellules d'insectes pour cultiver des morceaux synthétisés de la protéine de spicule du virus qui, espère-t-elle, stimuleront une importante réponse immunitaire chez les humains.

Ce vaccin utilise également un « adjuvant », un composé qui stimule la production d'anticorps neutralisants. La société affirme que le vaccin, qui est une préparation liquide, peut être conservé à une température variant entre deux et huit degrés Celsius, ce qui correspond à la plage de température d'un réfrigérateur. Au printemps, la société avait déclaré avoir démontré l'efficacité d'un vaccin antigrippal saisonnier qu'elle avait produit en utilisant la même technologie.

<https://infosurhoy.com/news-summary/novavax-enters-late-stage-clinical-trials/>

## Études relatives à l'éclosion de la maladie à coronavirus (COVID-19) (médias)

### États-Unis

#### Innocuité arythmique de l'hydroxychloroquine chez les patients atteints de la COVID-19 de différents milieux cliniques

Source : Oxford Academic Journals, Oxford University Press

ID : 1007926105

Date de publication : 24 septembre 2020

#### Résumé

##### Objectifs

Cette étude avait pour but de décrire les modifications de l'électrocardiogramme (ECG) et les événements arythmiques chez les **patients atteints de la COVID-19 traités par l'hydroxychloroquine (HCQ)** dans différents milieux cliniques.

##### Méthodologie et résultats

Ont été inscrits à cette étude des patients de sept établissements, qui étaient atteints de la COVID-19 et qui ont été traités par l'hydroxychloroquine (HCQ) et pour lesquels on possédait un ECG de référence et au moins un autre obtenu après 48 heures. On a évalué l'allongement de l'intervalle QT/QTc, les événements arythmiques associés au QT et indépendants du QT, la mortalité et la mortalité globale durant le traitement par l'HCQ. Au total, **649 patients atteints de la COVID-19** (âgés de 61,9 ans  $\pm$  18,7 ans, dont 46,1 % étaient des hommes) ont été inscrits. Le traitement par l'HCQ a été administré à **126 (19,4 %) patients** à domicile, à **495 (76,3 %) patients hospitalisés** ainsi qu'à 28 (4,3 %) patients admis à l'unité de soins intensifs (USI). De 36 à 72 heures et 96 heures et plus après l'administration de la première dose d'HCQ, respectivement 358 et 404 ECG ont été réalisés. Un allongement important de l'intervalle QT/QTc a été observé ( $P < 0,001$ ), mais l'ampleur de la hausse a été modeste (+13 [9 à 16] ms). Les plus importants déterminants de l'allongement de l'intervalle QT/QTc ont été la longueur de l'intervalle QT/QTc au départ et la présence de fièvre à l'admission ( $P = 0,001$ ). Aucun décès lié à l'arythmie n'a été signalé. Le taux global d'arythmie ventriculaire grave a été faible (1,1 %), une évaluation centralisée des événements ayant révélé qu'aucun n'était lié à l'intervalle QT ou au traitement par l'HCQ. Aucune différence dans l'allongement de l'intervalle QT/QTc et les arythmies liées au QT n'a été observée entre les différents milieux cliniques, les arythmies non liées au QT étant plus fréquentes dans les unités de soins intensifs.

##### Conclusion

L'administration de l'HCQ est sans danger comme traitement à court terme des patients atteints de la COVID-19, quel que soit le milieu clinique, ce traitement ne causant qu'un allongement modeste de l'intervalle QTc et n'ayant été la cause directe d'un décès par arythmie.

Mots-clés : SARS-CoV-2, COVID-19, hydroxychloroquine, intervalle QT, arythmies

Thèmes : arythmie cardiaque, fièvre, hydroxychloroquine, unité de soins intensifs, innocuité, QTc, COVID-19

Section : Recherche clinique

Nouveautés

- Des données sur l'innocuité liée à l'arythmie ont été recueillies auprès d'une large cohorte de patients atteints de la COVID-19, qui ont été traités par l'hydroxychloroquine (HCQ) administrée seule ou en association avec d'autres médicaments allongeant l'intervalle QT.
- L'utilisation de l'HCQ a été associée à un allongement important des intervalles QT et QTc, mais l'ampleur de la hausse a été modeste (médiane : +13 [9 à 16] ms)
- Sur une période de suivi médiane de 16 jours, aucun décès lié à l'arythmie n'a été signalé. Le taux global d'arythmie ventriculaire grave a été faible; tous les événements ont été observés chez des patients en état critique et aucun n'étant lié au QT ou au traitement par l'HCQ.
- Les plus importants déterminants de l'allongement de l'intervalle QT/QTc sont la longueur de l'intervalle QT/QTc au départ et la présence de fièvre à l'admission.

<https://academic.oup.com/europace/advance-article/doi/10.1093/europace/euaa216/5910968>

### **Selon une méta-analyse, les enfants et les adolescents sont moins sensibles à la COVID-19**

Source : CIDRAP

ID : [1007926492](https://doi.org/10.1007/926492)

Selon une revue systématique et une méta-analyse publiées aujourd'hui dans *JAMA Pediatrics*, les enfants et les adolescents sont beaucoup moins sensibles à la COVID-19 que les adultes. Des études précédentes avaient fait état de conclusions comparables, mais la présente étude réunit des données de 32 études et brosse un portrait global plus précis de la situation.

Les taux d'infection chez les enfants et les adolescents de moins de 20 ans ont ainsi été près de deux fois inférieurs à ceux observés chez les adultes (rapport des cotes de 0,56; intervalle de confiance à 95 %, 0,37 à 0,85) dans la revue des études ayant comporté une recherche des contacts ou un dépistage de masse jusqu'au 28 juillet; ces études ont porté sur un total de 41 640 enfants et adolescents et de 268 945 adultes. La réduction du risque d'infection a principalement été observée chez les enfants de moins de 10 à 14 ans, « les adolescents semblant afficher une sensibilité comparable à celle des adultes », selon les auteurs de l'étude.

Les taux d'infection et de transmission chez les enfants ont d'importantes répercussions sur les décisions en matière de santé publique concernant les confinements obligatoires et les fermetures d'écoles. Bien que les études disponibles montrent que le SRAS-CoV-2 – le virus qui cause la COVID-19 – se transmet des enfants à d'autres groupes d'âge, cette étude comportait relativement peu de données sur la transmission et n'a pu établir de rôle précis.

Les auteurs concluent : « Les données probantes préliminaires semblent indiquer que les enfants sont moins sensibles à l'infection par le SRAS-CoV-2 que les adultes, mais le rôle que les enfants et les adolescents jouent dans la transmission de ce virus demeure incertain. »

Dans un commentaire formulé dans la même publication, le Dr Saul Faust écrit : « Malgré tout ce que l'on sait jusqu'à maintenant sur les infections respiratoires virales et ce que l'on comprend de ces maladies, il semble que les enfants sont dans l'ensemble relativement moins sensibles à l'infection et que l'infection est moins grave chez ceux qui en sont atteints. On ignore toutefois dans quelle mesure les enfants qui ont contracté le SRAS-CoV-2 sont infectieux. Cependant, comme des études ont confirmé que les enfants sont porteurs de virus viables dans leur nasopharynx, les enfants sont presque certainement infectieux. »

Le Dr Faust recommande de donner la priorité aux besoins des enfants et des jeunes dans les décisions politiques concernant la réouverture de la société, notamment aux études en cours sur le rôle de la transmission dans les écoles, et de prendre des décisions non politisées fondées sur des données, en

tenant compte des données, des ressources et des besoins particuliers des communautés locales.  
<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/covid-19-scan-sep-25-2020>  
<https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2771181>

### **Le SRAS-CoV-2 durant la grossesse n'a été associé à aucune complication chez les nouveau-nés**

Source : CIDRAP

ID : 1007926481

Selon une étude suédoise menée auprès de femmes enceintes qui ont accouché à l'hôpital universitaire Karolinska de Stockholm entre le 25 mars et le 24 juillet, les femmes atteintes de la COVID-19 ont présenté une plus forte probabilité de complications durant le travail que les femmes qui ont obtenu un résultat négatif à la COVID-19, mais aucune différence significative dans les résultats observés chez les nouveau-nés n'a été signalée entre les deux groupes.

Dans le cadre de cette étude qui a été publiée dans *JAMA* cette semaine, les écouvillonnages du nasopharynx qui ont été prélevés durant l'accouchement ont été analysés par la méthode PCR-CDNA (technique de transcription inverse suivie d'une réaction en chaîne de la polymérase) pour déceler les femmes atteintes de la COVID-19. Parmi les 2 682 femmes, 156 (5,8 %) ont obtenu un résultat positif pour le SRAS-CoV-2 et 65 % d'entre elles étaient asymptomatiques, c'est-à-dire qu'elles ne présentaient aucun symptôme compatible avec la COVID-19.

Les femmes en travail qui ont été déclarées positives à la COVID-19 ont été plus susceptibles de présenter une prééclampsie – une complication grave du travail qui se caractérise par une hypertension artérielle et la présence de protéines dans l'urine – mais moins susceptibles de recourir un déclenchement artificiel du travail pour des raisons qui restent à éclaircir. Dans un communiqué de presse de l'université, l'auteure principale de cette étude, Mia Ahlberg, infirmière autorisée/sage-femme (RNM), Ph. D., de Karolinska a déclaré ceci : « L'une des raisons qui pourraient expliquer cela est que la prééclampsie et la COVID-19 touchent toutes les deux plusieurs organes et peuvent présenter des symptômes similaires ».

Aucune différence significative n'a été observée quant aux autres résultats chez la mère (mode d'accouchement, hémorragie post-partum et naissance prématurée) entre les groupes positifs et négatifs à la COVID-19. Les résultats chez les nouveau-nés, notamment l'indice d'Apgar à 5 minutes, le poids à la naissance pour l'âge gestationnel, la prévalence d'anomalies congénitales et les mortalités n'ont pas varié de façon significative entre les groupes.

Les auteurs de l'étude ont écrit ce qui suit : « À la lumière des autres données qui s'accumulent, il apparaît déjà clairement que la COVID-19 a des effets moins graves durant la grossesse que les deux infections précédentes au coronavirus, à savoir le coronavirus lié au syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et le coronavirus lié au syndrome respiratoire du Moyen-Orient (SRMO). Certains rapports font néanmoins état de femmes enceintes nécessitant des soins intensifs et d'autres rapports font état de décès associés à la COVID-19 chez les mères et les nourrissons. »

Bien que les résultats de cette étude soient encourageants, ils sont limités par le nombre de femmes en travail qui présentaient des symptômes de la COVID-19, ce qui limite la possibilité de généraliser les données à des populations plus importantes et à d'autres endroits.

Selon M<sup>me</sup> Ahlberg, « Il faudrait mener des études plus vastes afin de pouvoir déterminer si les femmes qui présentent des symptômes et différents degrés de symptômes constituent un groupe susceptible de présenter des effets indésirables comme une naissance prématurée. »

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/covid-19-scan-sep-25-2020>

<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2771110>

### **Royaume-Uni**

**Une nouvelle étude révèle des failles dans le système de dépistage du coronavirus au Royaume-Uni, après comparaison avec d'autres pays**



Source : Medical Xpress

ID unique : 1007915768

Une nouvelle étude comparant la réponse du Royaume-Uni à celle de cinq autres pays en matière de dépistage de la COVID laisse croire que l'échec du programme de dépistage du coronavirus est dû au défaut du système « Test and Trace » (test et suivi) du National Health Service (NHS) d'assurer une surveillance médicale de l'accès aux tests plutôt qu'à une surutilisation frivole par les membres du public. Selon une étude dirigée par le professeur Michael Hopkins de l'unité de recherche sur les politiques scientifiques (SPRU) de l'école de commerce de l'Université du Sussex, le Royaume-Uni est le seul pays parmi ceux qui ont été étudiés à offrir des tests sans la consultation au préalable de professionnels de la santé et à dépendre largement de l'autoprélèvement d'échantillons plutôt que du prélèvement des échantillons par des experts.

Les auteurs de l'étude de la SPRU, le professeur Hopkins et M. Joshua Moon, Ph. D., ajoutent que le Royaume-Uni a négligé ses citoyens qui étaient en isolement et en quarantaine en ne suivant pas les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) qui suggèrent de maintenir un contact, de veiller au respect des règles et de veiller au bien-être physique et mental.

Le professeur Hopkins, de la SPRU de l'école de commerce de l'Université du Sussex, a déclaré : « Le système de dépistage du Royaume-Uni ne fait pas l'objet d'une surveillance adéquate. » Des tests sont offerts sans que les patients fassent l'objet d'un triage approprié par des experts en médecine. Le Royaume-Uni fait figure de valeur aberrante à l'échelle internationale, car les dispensateurs de soins de santé primaires ne participent pas au dépistage du coronavirus. Au lieu de cela, l'utilisation de l'autoécouvillonnage par les patients peut conduire à des tests faussement négatifs et à des tests nuls lorsque les procédures appropriées ne sont pas suivies. Le résultat est que le système « Test and Trace » du NHS traite beaucoup plus de tests que d'autres pays, alors que beaucoup d'entre eux n'auraient pas dû être proposés au départ ».

Un nouvel article publié cette semaine sur SSRN présente les résultats préliminaires d'une analyse comparative réalisée par des chercheurs de la SPRU de l'école de commerce de l'Université du Sussex sur les cinq éléments (trouver, tester, retracer, isoler et soutenir; FTTIS) des systèmes utilisés dans six pays, soit l'Allemagne, l'Irlande, l'Espagne, l'Afrique du Sud, la Corée du Sud et le Royaume-Uni. Les auteurs constatent qu'aucun des pays à l'étude ne dispose d'un système FTTIS entièrement optimisé permettant de tirer des leçons pour tous grâce aux comparaisons internationales. En particulier, la nécessité d'ouverture et d'évaluation est soulignée en tant que partie intégrante du système FTTIS, afin de soutenir l'évaluation, l'apprentissage, l'évolution et la mise en commun des bonnes pratiques en continu à l'échelle internationale.

En ce qui concerne plus particulièrement le Royaume-Uni, l'étude présente les principales conclusions suivantes :

Au Royaume-Uni, le dépistage du coronavirus dans la communauté est effectué en dehors des structures habituelles du NHS, l'accès au dépistage et la collecte d'échantillons étant assurés sans les niveaux élevés de surveillance médicale observés dans d'autres pays (p. ex. en Allemagne, en Irlande et en Corée du Sud)

Dans la plupart des pays à l'étude, les tests ont été effectués dans des laboratoires agréés ayant une expérience des tests cliniques pour les maladies infectieuses, sous la supervision d'un laboratoire désigné. Au Royaume-Uni notamment, la mise en service de nouveaux tests privés à grande échelle dans les laboratoires Lighthouse a contourné l'accréditation et soulève des problèmes de qualité.

Le Royaume-Uni a la plus grande capacité de dépistage prouvée, comptant 12 985 tests enregistrés par semaine par million d'habitants en juillet (et ce nombre est en hausse).

Au Royaume-Uni, il ne semble pas y avoir de suivi systématique de l'isolement ni de la mise en quarantaine des personnes, sauf pour les voyageurs revenant de pays désignés. Cela va à l'encontre des recommandations de l'OMS.

Les faibles niveaux de prestation de maladie peuvent ne pas suffire à empêcher les personnes en situation d'insécurité financière de continuer à travailler, même si elles ne sont pas en bonne santé. Les

niveaux maximums journaliers de prestation de maladie pour les employés isolés en Allemagne sont équivalents au taux hebdomadaire du Royaume-Uni.

M. Moon, chercheur au sein de l'unité de recherche sur la politique scientifique de l'école de commerce de l'Université du Sussex, a déclaré : « Il n'est pas juste de pointer du doigt le public pour avoir utilisé le système "Test and Trace" du NHS alors que sa réaction est l'étape logique pour essayer d'éliminer la COVID-19 afin que les gens puissent retourner au travail, à l'école, etc. Les laboratoires Lighthouse ont du mal à faire face à la demande, car ils sont nouvellement établis, non accrédités et inexpérimentés par rapport à des laboratoires mieux établis, principalement utilisés dans d'autres pays, même au Royaume-Uni. Ces échecs et d'autres encore, comme l'absence de contrôle de l'isolement des personnes mises en quarantaine et le soutien matériel limité pour celles qui s'isolent, font que le Royaume-Uni ne dispose pas actuellement des outils dont il a besoin pour lutter efficacement contre la pandémie de coronavirus. Pour y remédier, il faudra des politiques qui étendent le soutien à l'isolement, améliorent le suivi des quarantaines et tirent mieux parti des capacités décentralisées existantes. »

<https://medicalxpress.com/news/2020-09-reveals-flaws-uk-coronavirus-comparison.html>

## États-Unis

### **La découverte de la COVID-19 chez les enfants pourrait contribuer à la mise au point de vaccins, de traitements**

Source : infosurhoy

ID : 1007914095

Les nouvelles découvertes sur la réponse immunitaire contre une partie particulière du virus de la COVID-19 chez les enfants atteints du rare mais dangereux syndrome inflammatoire multisystémique, ou MIS-C, pourraient avoir des répercussions importantes pour le développement de vaccins et de thérapies immunitaires contre la COVID-19, selon un nouveau commentaire du Dr Steven Zeichner, de l'hôpital pour enfants de l'Université de Virginie (UVA Children's), et de la Dr<sup>e</sup> Andrea Cruz, du Baylor College of Medicine de Houston, publié dans la revue scientifique *Pediatrics*. Les Drs Zeichner et Cruz sont tous les deux rédacteurs en chef adjoints de la revue *Pediatrics*.

Le commentaire des Drs Zeichner et Cruz accompagne un article écrit par Christina A. Rostad et ses collègues, de l'Université Emory et de la branche médicale de l'Université du Texas, à Galveston, présentant de nouvelles perspectives sur le MIS-C, une complication grave de la COVID-19 qui survient chez un nombre faible, mais néanmoins significatif, d'enfants. On ne sait pas pourquoi un enfant particulier développe un MIS-C ni ce qui peut accroître le risque de MIS-C.

M<sup>me</sup> Rostad et ses collègues ont découvert que les enfants atteints de MIS-C avaient des niveaux d'anticorps nettement plus élevés contre une partie particulière du virus de la COVID connue sous le nom de « domaine de liaison au récepteur », ou DLR, une partie de la protéine de pointe du virus qui permet au virus d'envahir les cellules. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une preuve définitive, les résultats laissent croire qu'une réponse immunitaire plus forte contre le DLR peut être associée au MIS-C, soit comme simple indicateur, soit potentiellement dans une sorte de relation de cause à effet.

La découverte selon laquelle des niveaux élevés d'anticorps contre le DLR sont associés au MIS-C pourrait s'avérer utile pour diagnostiquer le MIS-C, notent les Drs Zeichner et Cruz. Mais il peut aussi y avoir d'autres répercussions. Si les anticorps contre le DLR – ou un sous-ensemble d'anticorps contre le DLR – contribuent à provoquer le MIS-C, il se peut qu'il y ait un sous-type ou une quantité d'anticorps contre le DLR qui ne soit pas utile, voire dangereux. Par exemple, les médecins peuvent avoir besoin d'en tenir compte lorsqu'ils traitent des patients atteints de la COVID-19 avec du plasma de convalescence provenant d'autres patients se remettant de la COVID-19.

Garantir l'innocuité des vaccins contre la COVID-19

Le DLR est une composante de nombreux vaccins contre la COVID-19 en cours de développement, écrivent les Drs Zeichner et Cruz, et les nouvelles découvertes pourraient donc s'avérer importantes là aussi. Si certains anticorps contre le DLR sont associés au MIS-C ou à une inflammation accrue, il serait essentiel d'évaluer soigneusement les sujets participant aux essais cliniques du vaccin afin de détecter les signes d'une augmentation des réponses inflammatoires, en particulier dans le cas où ces sujets de recherche sont exposés et infectés par le virus de la COVID-19 et au moment où ils le sont.

Cette possibilité est un rappel important, écrivent-ils, que le désir urgent d'un vaccin ne doit pas éclipser la nécessité de procéder à des tests de dépistage réfléchis et approfondis.

<https://infosurhoy.com/news-summary/covid-19-discovery-in-children-may-inform-development-of-vaccines-treatments/>

## Étude

### Une étude révèle que la COVID-19 est en mutation et devient plus contagieuse - HotNewHipHop

Source : HotNewHipHop

ID unique : [1007927630](#)

Une étude menée à Houston a révélé que le coronavirus est en train de muter pour devenir plus contagieux.

Une étude de plus de 5 000 séquences génétiques du coronavirus menée à Houston a révélé que le virus est en train de muter d'une manière qui le rendra plus contagieux.

George Frey/ Getty Images

David Morens, conseiller principal d'Anthony S. Fauci et directeur de l'Institut national des allergies et des maladies infectieuses, affirme que la COVID-19 pourrait trouver un moyen de contourner notre immunité :

« Bien que nous ne le sachions pas encore, il est tout à fait possible que ce coronavirus, lorsque notre immunité au niveau de la population sera suffisamment élevée, trouve un moyen de contourner cette immunité », a déclaré M. Morens. « Si cela se produisait, nous serions dans la même situation qu'avec la grippe. Nous devons chasser le virus et, puisqu'il mute, nous devons bricoler notre vaccin.

« Porter des masques, se laver les mains, toutes ces choses sont des barrières à la transmissibilité, ou à la contagion, mais à mesure que le virus devient plus contagieux, il est statistiquement plus facile de contourner ces barrières ».

L'étude a analysé deux souches différentes de COVID-19 prélevées au cours du printemps et de l'été. Elle a constaté que la souche estivale contenait davantage de particules virales, ce qui la rendait plus infectieuse.

« Nous devons chasser le virus et, puisqu'il mute, nous devons bricoler notre vaccin », déclare M. Morens.

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.09.22.20199125v2>

<https://www.hotnewhiphop.com/study-finds-covid-19-is-mutating-to-become-more-contagious-news.118561.html>

## Étude

### Mises à jour en direct sur la COVID-19 : Une étude révèle que moins de 10 % des Américains présentent des anticorps contre le coronavirus

Source : NYT

ID unique : [1007916251](#)

Moins de 10 % des Américains ont des anticorps contre le nouveau coronavirus, ce qui suggère que la nation est encore plus éloignée de l'immunité collective que ce qui avait été estimé précédemment, selon une étude publiée vendredi dans *The Lancet*. M. DeSantis, républicain et fervent partisan du président Trump, qui s'est exprimé lors du rassemblement du président à Jacksonville jeudi, a signé l'ordonnance permettant aux restaurants et à de nombreuses autres entreprises de fonctionner à pleine capacité dès vendredi après-midi dans le cadre de la phase 3 du plan de réouverture de son administration. La plupart des experts de la santé publique affirment qu'une telle politique entraînerait des centaines de milliers de décès supplémentaires, car il est impossible de protéger tous les Américains âgés ou souffrant d'une dizaine de maladies sous-jacentes, dont le diabète et les maladies cardiaques, qui rendent une personne plus susceptible de tomber gravement malade ou de mourir.

Moins de 10 % des Américains ont des anticorps contre le nouveau coronavirus, ce qui suggère que la nation est encore plus éloignée de l'immunité collective que ce qui avait été estimé précédemment, selon une étude publiée vendredi dans *The Lancet*.

L'étude a porté sur des échantillons de sang de 28 500 patients sous dialyse dans 46 États, la première analyse de ce type à l'échelle nationale.

Les résultats correspondaient à peu près à ceux d'une analyse qui sera publiée la semaine prochaine par le Centers for Disease Control and Prevention (CDC), qui a révélé qu'environ 10 % des échantillons de

sang provenant de sites répartis dans tout le pays contenaient des anticorps relatifs au virus. Le D<sup>r</sup> Robert R. Redfield, directeur du CDC, faisait référence à cette analyse lorsqu'il a déclaré cette semaine à un comité du Congrès que 90 % des Américains étaient encore vulnérables au virus, a déclaré une porte-parole du CDC.

Une estimation précise de l'immunité du pays est importante, car le président Trump, en collaboration avec son nouveau conseiller médical, le D<sup>r</sup> Scott Atlas, a tenté de promouvoir l'idée d'atteindre l'immunité collective en annulant les confinements, les campagnes de port de masque et les directives d'éloignement social. Le plan consisterait à laisser le virus se propager dans la population tout en essayant de protéger les personnes jugées les plus vulnérables.

La plupart des experts de la santé publique affirment qu'une telle politique entraînerait des centaines de milliers de décès supplémentaires, car il est impossible de protéger tous les Américains âgés ou souffrant d'une dizaine de maladies sous-jacentes, dont le diabète et les maladies cardiaques, qui rendent une personne plus susceptible de tomber gravement malade ou de mourir.

L'étude des patients dialysés a été réalisée par des scientifiques de l'Université Stanford et publiée dans *The Lancet*.

Elle a révélé de grandes variations dans les niveaux d'anticorps dans tout le pays. Dans la région métropolitaine de New York, y compris le New Jersey, on a décelé des anticorps dans plus de 25 % des échantillons testés. Dans l'ouest des États-Unis, ce chiffre était inférieur à 5 %.

Dans l'ensemble, les chercheurs ont estimé la prévalence à environ 9,3 %.

Les patients dialysés ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble de la population, et l'étude ne correspond qu'à l'une des nombreuses tentatives pour obtenir une estimation précise de la séroprévalence.

L'étude du CDC, qui n'a pas encore été publiée, a été décrite par une porte-parole du CDC. Il s'agissait de tester des échantillons de sang collectés dans 52 laboratoires commerciaux entre début juillet et mi-août dans les 50 États, le District de Columbia et Porto Rico.

Sur la base des 46 sites disposant du plus grand nombre de données, les chercheurs du CDC ont conclu que le taux de prévalence national global était inférieur à 10 %. Le taux de prévalence allait de moins de 1 % dans certains États à environ 22,5 % dans l'État de New York.

L'implication des études sur les anticorps, a déclaré le D<sup>r</sup> Redfield dans un communiqué, correspond au fait que la grande majorité des Américains sont encore sensibles au virus et devraient donc continuer à prendre des mesures telles que porter des masques, rester à deux mètres des autres personnes, se laver les mains fréquemment, rester à la maison quand ils sont malades et « faire preuve d'intelligence en ce qui a trait aux espaces bondés ».

Aux États-Unis, le virus se propage le plus rapidement au cœur du pays.

Le noyau de l'épidémie américaine se déplace vers le centre du pays. Alors que la crise du coronavirus s'éternise, les États moins peuplés du Midwest et des Grandes Plaines connaissent une croissance fulgurante des infections, tandis que les États denses du Nord-Est connaissent des taux de nouvelles infections parmi les plus faibles.

Dans le Dakota du Sud, les cas ont augmenté régulièrement tout au long du mois de septembre. Au cours de la semaine dernière, davantage de nouveaux cas ont été diagnostiqués que pendant toute autre période de sept jours depuis le début de la pandémie, et le record d'hospitalisations dues au coronavirus a été battu à deux reprises. Les responsables ont annoncé 457 nouveaux cas vendredi.

La gouverneure Kristi Noem, une républicaine, n'a jamais émis d'ordonnance visant le confinement à domicile ou le port du masque à l'échelle de l'État. Elle a encouragé les grands rassemblements à se poursuivre sans relâche, notamment le rassemblement de campagne du président au mont Rushmore le 4 juillet et le célèbre rallye de moto Sturgis, qui a conduit à des centaines de nouvelles infections dans les États voisins.

Le Dakota du Nord est l'État qui connaît le taux de croissance le plus rapide du nombre de cas de coronavirus par habitant dans le pays. Au cours de la semaine dernière, l'État a enregistré en moyenne 390 nouveaux cas par jour, soit une augmentation de 50 % par rapport à la moyenne d'il y a deux semaines.

Un effort pour contrôler la situation dans le Dakota du Nord a imploré vendredi, lorsque le chef de la santé de l'État a démissionné après moins d'un mois à son poste. Le fonctionnaire, le D<sup>r</sup> Paul Mariani, avait donné puis annulé un ordre exigeant des résidents une mise en quarantaine s'ils étaient exposés au virus, sous peine d'être accusés d'un délit. Le gouverneur Doug Burgum a accepté sa démission, en disant que la sanction était devenue une « grande et imprévue distraction ».

Dans le Wisconsin, les cas ont plus que doublé depuis le début du mois de septembre. Cet état, qui a été un élément critique pour l'élection présidentielle, a connu une moyenne de plus de 2 000 cas par jour au cours de la dernière semaine.

Pour en savoir plus : <https://www.nytimes.com/2020/09/25/world/covid-coronavirus.html>  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32009-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32009-2/fulltext)

## Événements nationaux d'intérêt

### Saskatchewan

**La FSIN, le gouvernement de la Saskatchewan et le gouvernement fédéral signent une lettre d'engagement en faveur de la prévention du suicide**

ID : 1007926495

Source : CBC

Cet accord est important, car il engage tous les ordres de gouvernement : FSIN

Les gouvernements fédéral et provincial ont signé une lettre d'engagement avec la Fédération des nations autochtones souveraines (FSIN) pour soutenir la prestation de services de santé mentale et de mieux-être destinés aux jeunes Autochtones de Saskatchewan.

Selon le vice-chef de la FSIN, David Pratt, cet accord est important, car il engage chaque ordre de gouvernement.

« Nous misons sur notre stratégie de prévention du suicide, qui comporte environ neuf recommandations que nous cherchons à mettre en œuvre avec nos partenaires, le Canada et la Saskatchewan ».

La lettre a été signée jeudi à Saskatoon par David Pratt, le ministre provincial responsable de la Santé dans les régions rurales et éloignées Warren Kaeding, ainsi que par un représentant du ministre de Services aux Autochtones Canada Marc Miller.

Selon M. Pratt, en dépit de tout ce que les Autochtones ont dû affronter, les cérémonies et les enseignements culturels se sont avérés être les guides les plus importants.

Le chef de la FSIN, Bobby Cameron, a déclaré que cet engagement abordera le suicide dans une « perspective holistique », qui comprend « le renforcement de notre identité et de notre lien avec nos cultures, le rétablissement des liens avec nos aînés, les gardiens du savoir et la terre ».

Promesses des provinces

Selon M. Kaeding, le suicide est une question grave et complexe.

« Nous reconnaissons qu'il faudra l'engagement des gouvernements, des communautés et des organismes travaillant ensemble pour réduire les facteurs de risque et prévenir le suicide », a déclaré M. Kaeding.

M. Kaeding a déclaré que cet engagement conjoint avec la FSIN remplit une promesse énoncée dans le projet de loi « Piliers de vie » du gouvernement.

La signature de l'engagement intervient deux semaines après que la province se soit vu refuser une demande de suppression du camp de tipis « Walking With Our Angels » installé devant le bâtiment de l'Assemblée législative de la Saskatchewan. Le Métis Tristen Durocher a marché d'Air Ronge à Regina pour sensibiliser les jeunes Autochtones de Saskatchewan à propos du suicide.

Le camp de protestation de Regina réclame une loi sur la prévention du suicide, qualifie le plan de la Saskatchewan de « vague et sans signification ».

Les chefs et les familles se rassemblent autour de Tristen Durocher alors que la pression continue de s'intensifier pour la prévention du suicide.

M. Durocher a déclaré qu'il avait décidé de faire cette marche après que l'assemblée de la Saskatchewan ait rejeté un projet de loi de l'opposition qui promettait de consulter les chefs, les communautés et les familles autochtones sur la prévention du suicide.

« Nous nous engageons à partager les connaissances, à faire preuve de transparence et de responsabilité alors que nous travaillons ensemble pour développer et améliorer les initiatives de

prévention du suicide dans cette province », a déclaré M. Kaeding.

Selon M. Kaeding, la déclaration réunira les familles et les communautés touchées par le suicide afin d'entendre des idées sur ce qui est nécessaire de faire pour prévenir le suicide dans la province.

« Pendant que ces conversations sont en cours, notre gouvernement continuera à faire avancer les nombreuses autres actions qui sont indiquées dans notre plan de prévention du suicide, notamment en s'engageant avec d'autres ministères, des organisations communautaires, des professionnels de la santé mentale et bien d'autres encore », a déclaré M. Kaeding.

### **Plan Piliers de vie**

M. Kaeding a déclaré que le gouvernement provincial consacrera cette année 435 millions de dollars à l'aide et aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances. Ce total, a ajouté M. Kaeding, comprend plus de 1,2 million de dollars pour soutenir les actions de la première année du plan « Pillars for Life ».

**Avec le plan « Piliers de vie », cet engagement fait partie de la stratégie de prévention du suicide de la FSIN et du cadre du continuum du bien-être mental des Premières nations.**

**Selon une déclaration de M. Miller, le taux de suicide élevé chez les jeunes Autochtones de Saskatchewan est « profondément préoccupant ».**

« Il est essentiel que toutes les administrations travaillent en collaboration pour améliorer la prestation de mesures de soutien au bien-être mental culturellement appropriés et d'interventions efficaces qui respectent les perspectives et les conseils des Autochtones », a précisé M. Miller dans une déclaration. <https://www.cbc.ca/news/canada/saskatchewan/fsin-provincial-federal-government-letter-of-agreement-1.5741126>

### **Saskatchewan**

**Le nombre de cas de VIH augmente dans le centre-est de la Saskatchewan, met en garde la SHA**

Source : CTV News - Saskatoon

ID : 1007926908

SASKATOON -- L'autorité sanitaire de la Saskatchewan (SHA) avertit qu'il y a eu une augmentation des infections au VIH dans la région du centre-est de la province au cours des derniers mois. Le fait de connaître son état sérologique permet de recevoir un traitement et d'aider les personnes à réduire le risque de propagation de la maladie. Cependant, la plupart des personnes qui sont atteintes du VIH ne présentent aucun symptôme et dont ne savent pas qu'elles sont infectées, selon la SHA.

SASKATOON -- L'autorité sanitaire de la Saskatchewan (SHA) met en garde contre une augmentation des infections au VIH dans la région du centre-est de la province au cours des derniers mois. Le VIH, c'est-à-dire le virus de l'immunodéficience humaine, se transmet de personne à personne lors d'activités sexuelles non protégées et par le partage d'aiguilles et d'autre matériel utilisé pour la consommation de drogues. Une mère peut également transmettre le VIH à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement, a déclaré la SHA dans un communiqué de presse. Certaines personnes présentent des symptômes semblables à ceux de la grippe, comme de la fièvre, un mal de gorge ou des glandes enflées lorsqu'elles contractent le VIH pour la première fois. Cependant, la plupart des personnes qui sont atteintes du VIH ne présentent aucun symptôme et dont ne savent pas qu'elles sont infectées, selon la SHA.

« Nous voulons que le public soit conscient des risques associés à ces infections, et de la manière dont elles peuvent être prévenues et traitées », a déclaré le D<sup>r</sup> Ashok Chhetri, médecin hygiéniste de la SHA, dans le communiqué.

« Le VIH est traitable. Il est important que les personnes qui sont sexuellement actives ou qui consomment des drogues connaissent leur état sérologique. Le fait de connaître son état sérologique permet de recevoir un traitement et d'aider les personnes à réduire le risque de propagation de la maladie.

La SHA a déclaré que le VIH peut être évité en ne partageant pas le matériel utilisé pour la consommation de drogue et en ayant des rapports sexuels protégés.

Il ajoute que la seule façon de savoir si l'on est infecté par le VIH consiste à faire un test de dépistage, qui est gratuit et confidentiel.

La SHA a déclaré que le traitement est offert immédiatement aux personnes infectées et que plus tôt le traitement est commencé, mieux c'est pour la santé de ces personnes.

Tout le monde peut demander un test de dépistage du VIH et de santé sexuelle en se rendant chez son médecin ou son infirmière praticienne ou en se rendant dans une clinique sans rendez-vous ou une clinique de santé sexuelle.

<https://saskatoon.ctvnews.ca/hiv-cases-rising-in-east-central-sask-sha-warns-1.5121610>

## Saskatchewan

### Trois nouveau-nés atteints de syphilis dans le contexte d'une flambée de la maladie en Saskatchewan

Source : Saskatoon StarPhénix

ID : 1007926906

Margaret Kisikaw Piyesis, directrice générale du Réseau canadien autochtone du SIDA, a déclaré que les statistiques reflètent la lutte actuelle pour endiguer les taux élevés d'ITS en Saskatchewan et pour fournir des services de dépistage et de test aux communautés les plus marginalisées de la province. L'Agence de la santé publique du Canada a déclaré que les taux ont augmenté de plus de 800 % en Alberta et de près de 400 % en Saskatchewan entre 2014 et 2018. La D<sup>re</sup> Ameeta Singh, professeure et épidémiologiste de l'Université de l'Alberta, a déclaré que les maladies qui se propagent sont souvent enracinées dans des déterminants sociaux et économiques de la santé, comme la pauvreté, l'instabilité du logement et la consommation de substances toxiques.

**Cette année, la syphilis a été diagnostiquée chez les nouveau-nés en Saskatchewan, car une épidémie en cours touche de plus en plus de femmes en âge de procréer.**

**En date du 22 septembre, le ministère provincial de la Santé a signalé 435 nouveaux cas de syphilis infectieuse en 2020, contre 381 cas pour l'ensemble de l'année 2019 et 140 en 2018.**

**Trois des nouveaux cas de cette année sont congénitaux, ce qui signifie que les bébés sont nés avec la syphilis après que leur mère l'ait contractée. Aucun cas de ce type n'a été signalé en Saskatchewan entre 2000 et 2017, selon les rapports sur les maladies transmissibles publiés par le ministère.**

Margaret Kisikaw Piyesis, directrice générale du Réseau canadien autochtone du SIDA, a déclaré que les statistiques reflètent la lutte actuelle pour endiguer les taux élevés d'IST en Saskatchewan et pour fournir des services de dépistage et de test aux communautés les plus marginalisées de la province.

« Nous avons encore des bébés qui naissent avec ces maladies, des maladies que nous ne devrions pas voir dans un pays développé », a déclaré M<sup>me</sup> Piyesis.

Les taux de syphilis augmentent dans tout le pays, en particulier dans les Prairies. L'Agence de la santé publique du Canada a déclaré que les taux ont augmenté de plus de 800 % en Alberta et de près de 400 % en Saskatchewan entre 2014 et 2018. En Saskatchewan, des épidémies de syphilis sont en cours dans les réserves, dans le nord-ouest, et à Prince Albert, Saskatoon et Regina. La D<sup>re</sup> Ameeta Singh, professeure et épidémiologiste de l'Université de l'Alberta, a déclaré que les maladies qui se propagent sont souvent enracinées dans des déterminants sociaux et économiques de la santé comme la pauvreté, l'instabilité du logement et la consommation de substances toxiques. De plus en plus, la consommation de méthamphétamine est devenue un facteur de risque en Alberta, une tendance également signalée en Saskatchewan.

« La syphilis peut toucher n'importe qui... mais certains comportements vous mettent en danger, comme avoir des relations sexuelles sans préservatif ou avec des partenaires multiples. La méthamphétamine stimule également votre désir sexuel et vous fait réaliser des choses plus risquées pour obtenir cette drogue », a déclaré la D<sup>re</sup> Singh. Jody Shynkaruk, responsable du programme du Saskatchewan Prevention Institute, a ajouté qu'une partie du problème réside dans le manque d'éducation et de ressources pour les femmes à risque.

« Je pense que certaines personnes ont supposé que la syphilis avait disparu », dit-elle.

« S'il s'agit d'une nouvelle infection, le risque que le bébé soit infecté est assez élevé, et si la femme n'est pas traitée, il y a un risque de fausse-couche ».

**Alors qu'il n'y a heureusement pas eu de rapports de mortinaissance causée par la syphilis en Saskatchewan cette année, l'*Edmonton Journal* en a rapporté six en Alberta au cours des six premiers**

mois de 2020.

Le directeur général intérimaire du Sanctum Care Group, Jamesy Patrick, a déclaré que les agences de Saskatoon sont inquiètes. Sanctum gère un foyer pour les futures mères séropositives qui vise à les maintenir avec leurs enfants sans l'intervention des services sociaux.

Selon M. Patrick, la syphilis représente une nouvelle menace pour les clientes.

« Nous avons actuellement sur notre radar un certain nombre de femmes enceintes qui font partie de la communauté et qui pourraient appartenir à ce groupe. »

Les personnes atteintes de syphilis peuvent ne pas savoir qu'elles en sont atteintes. La maladie peut mettre des mois à incuber, et les premiers symptômes peuvent s'estomper rapidement avant que les plus graves ne s'installent. Heureusement, le risque peut être réduit en utilisant une protection pendant les rapports sexuels, et la maladie est guérissable une fois découverte.

M<sup>me</sup> Piyesis a déclaré que l'arrêt de la syphilis nécessite une approche sans jugement, avec pour objectif d'atteindre les personnes ayant le moins accès aux soins de santé. Selon elle, le manque de dépistage et de services de santé adaptés aux communautés autochtones a joué un rôle dans la propagation de la maladie.

M. Patrick a déclaré que la montée de la syphilis représente un autre argument en faveur d'une équipe de gestion des cas prénataux en Saskatchewan, qui pourrait aider à repérer et à soutenir les mères à risque. Sanctum propose une telle équipe dans le cadre d'une expansion plus importante de ses services de soins aux nouveau-nés ce mois-ci.

Selon la D<sup>re</sup> Singh, il est impossible d'ignorer les parallèles entre la syphilis et les problèmes sociaux comme la consommation de méthamphétamine. Elle a déclaré que s'attaquer aux problèmes de fond comme la stabilité du logement et la santé mentale sera le moyen le plus durable de lutter contre la maladie.

« Ce que nous voyons avec la syphilis et la méthamphétamine n'est que la partie visible de l'iceberg. »

<https://thestarphoenix.com/news/local-news/three-newborns-diagnosed-with-syphilis-as-disease-surges-in-saskatchewan>

## Québec

### Rappel émis au Québec concernant une sauce à spaghetti pouvant contenir la bactérie responsable du botulisme

Source : CBC | Toronto

ID : [1007926615](#)

Une marque de sauce à spaghetti fabriquée par l'Érablière Godbout et vendue au Québec fait l'objet d'un rappel alimentaire par l'Agence canadienne d'inspection des aliments.

Dimanche, l'Agence a publié un communiqué de presse indiquant que le produit « pourrait permettre la croissance de *Clostridium botulinum* », la bactérie responsable du botulisme.

Le rappel concerne la sauce à spaghetti vendue en formats de 500 ml et 1 L. Il s'applique à toutes les unités qui ne portent pas la mention « Garder réfrigéré ».

Selon le communiqué de presse, les aliments contaminés par la bactérie *Clostridium botulinum* ne présentent pas nécessairement d'altération visible ni d'odeur suspecte, mais peuvent quand même rendre malade.

Les symptômes peuvent comprendre une paralysie faciale ou une perte d'expression faciale, des pupilles fixes ou non réactives, des difficultés à avaler, des paupières tombantes, une vision double ou floue, des difficultés à parler ou des troubles de l'élocution, et une modification du son de la voix, y compris l'enrouement.

Toute personne qui possède ce produit doit le retourner au magasin ou le jeter. La sauce a été préparée par l'Érablière Godbout située près de Québec.

Jusqu'à présent, aucune maladie liée à la consommation de ce produit n'a été signalée.

<https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/recall-issued-on-quebec-spaghetti-sauce-1.5741184?cmp=rss>



### Mongolie

#### La Mongolie a enregistré un nouveau cas de peste bubonique

28 septembre 2020

Almaty. 28 septembre. Centre d'information - Un nouveau cas de peste bubonique a été signalé en Mongolie, pays voisin de la Russie. Ceci est rapporté par Lenta.ru en référence à Xinhua.

Selon l'agence d'information, une femme de 25 ans de la province de Khovd a été infectée après avoir consommé de la viande de marmotte. Elle a été hospitalisée dans un établissement médical local, et la maladie a été confirmée par des tests de laboratoire. Dix-neuf autres personnes qui sont entrées en contact avec elle sont isolées.

Depuis le début de l'année, 22 cas présumé de peste bubonique ont été détectés en Mongolie, et six diagnostics ont été confirmés par des tests de laboratoire. Le pays a récemment enregistré trois décès dus à la peste bubonique : en septembre 2020, l'une des personnes infectées de la province de Zavhan est décédée; en août, un homme de 42 ans de la province de Khovd est mort d'une infection; en juillet, un garçon de 15 ans est mort dans la province de Gov Altaï.

Plus tôt, Ivan Konovalov, médecin russe spécialisé dans les maladies infectieuses, a rappelé que des épidémies de peste se produisent périodiquement sur les territoires de la Russie. Il s'agit de régions où les traditions des populations locales impliquent la consommation de la viande crue. En même temps, il a rappelé qu'il existait un vaccin contre la peste.

<https://ic24.kz/news/v-mongolii-zafiksirovali-novyy-sluchay-bubonnoy-chumy-u43737>

### OPS

#### L'OPS célèbre la réduction du nombre de nouveaux cas de rage dans les Amériques et appelle à la poursuite des efforts pour parvenir à l'élimination de cette maladie d'ici 2022

25 septembre 2020

En 2019, il y a eu 3 cas de rage humaine, soit près de 98 % de moins qu'en 1983, et le Mexique est devenu le premier pays sans maladie. L'OPS met en évidence la non-interruption des programmes de lutte contre la rage pendant la pandémie

**PANAFTOSA/OPS/OMS, 25 septembre 2020 - « Mettre fin à la rage : Collaborer et vacciner »** est le thème de la Journée mondiale de la rage 2020, célébrée le 28 septembre de chaque année pour promouvoir la lutte contre la rage, sensibiliser à sa prévention et célébrer les résultats obtenus. Cette année met également en évidence l'importance de la vaccination des chiens et la nécessité d'un effort conjoint pour parvenir à son élimination.

« Sur notre continent, l'incidence de la rage humaine transmise par les chiens a été réduite de près de 98 %, passant d'un record de 300 cas en 1983 à seulement 3 cas en 2019 », a déclaré le Dr Ottorino Cosivi, directeur du Centre panaméricain pour la fièvre aphteuse et la santé publique vétérinaire (PANAFTOSA) de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS/OMS).

M. Cosivi a déclaré que cette réalisation « a été rendue possible par la solidarité entre les pays, l'échange des leçons apprises, la détermination et la priorisation des risques, ainsi que par la surveillance épidémiologique et les actions de surveillance des populations et des réservoirs ».

Un seuil dans la lutte contre la rage à l'échelle du continent a été franchi en 2019 lorsque le Mexique est devenu le premier pays au monde à recevoir la validation officielle de pays exempt de rage humaine transmise par les chiens.

« Ces réalisations sont dues à l'engagement des autorités sanitaires du pays, au dévouement technique des agents de santé, à la sensibilisation de la population et à la coordination du programme régional d'élimination de l'OPS/OMS », a déclaré le Dr Julio Cesar Pompei, coordonnateur des zoonoses du PANAFTOSA.

En raison de sa létalité et de l'absence de remède, la rage constitue un enjeu important de santé publique. Dans le monde, 60 000 personnes meurent chaque année de cette maladie, principalement en Asie et en Afrique. Cependant, elle peut être éliminée dans son cycle urbain, où elle est transmise par les chiens et les chats, grâce à des mesures de prévention efficaces telles que la vaccination des animaux, l'éducation sanitaire et les soins médicaux avec traitement préventif chez les personnes atteintes par des animaux.

« L'actuelle pandémie de COVID-19 et ses restrictions inhérentes en matière de santé publique n'ont pas empêché les pays de maintenir leurs engagements en matière de surveillance et de prévention de la rage, car elles sont considérées comme des activités prioritaires et non reportables », a déclaré M. Pompei.

L'élimination de la rage humaine transmise par les chiens, prévue en Amérique d'ici 2022, est très proche. Le PANAFTOSA recommande d'assurer en temps utile la prophylaxie pré et post-exposition à 100 % des personnes atteintes par des animaux suspects, ainsi que de maintenir une couverture élevée de vaccination canine et féline, une surveillance épidémiologique efficace, la sensibilisation des communautés et la promotion d'actions visant à prévenir la réintroduction dans les pays où elle a été contrôlée.

L'OPS, par l'intermédiaire du PANAFTOSA, fournit une coopération technique à tous les pays de la région depuis 1983, date à laquelle le Programme régional pour l'élimination de la rage humaine transmise par les chiens a été créé.

<https://www.paho.org/en/news/25-9-2020-paho-celebrates-reduction-new-cases-rabies-americas-and-calls-maintaining-efforts>

### **Annonce du RSI**

#### **Poliomyélite (poliovirus circulant dérivé d'un vaccin et poliovirus sauvage) - Mise à jour mondiale**

Annonce affichée le : vendredi 25 septembre, 2020 - 14 h 51

#### **Poliomyélite (poliovirus circulant dérivé d'un vaccin et poliovirus sauvage) - Mise à jour mondiale** 25 septembre 2020

Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 23 septembre 2020, plusieurs pays ont été touchés par la poliomyélite, y compris celle causée par les poliovirus circulants de type 1 et 2 dérivés de souches vaccinales (PVDVc1 et PVDVc2) et le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) dans le monde. Cette annonce est une mise à jour hebdomadaire sur le statut du PVDVc et du PVS1 dans ces pays.

Entre le 17 et le 23 septembre 2020, quatre cas de paralysie flasque aiguë (PFA) et 11 échantillons de l'environnement positifs pour le PVS1 ont été signalés en Afghanistan et au Pakistan. En outre, au cours de la même période, 12 cas de PFA causée par le PVDVc2 ont été signalés et 22 échantillons environnementaux positifs au PVDVc2 ont été prélevés en Afghanistan, au Pakistan, au Cameroun, au Tchad, en Guinée, au Nigeria et au Soudan du Sud. Vous trouverez ci-dessous la description des cas signalés par pays :

- Afghanistan : un cas de PFA associée au PVS1, un cas de PFA associée au PVDVc2 et 20 échantillons de l'environnement positifs au PVDVc2
- Pakistan : trois cas de PFA associée au PVS1, 11 échantillons de l'environnement positifs au PVS1 et deux cas de PFA associée au PVDVc2
- Cameroun : un échantillon environnemental positif du PVDVc2
- Tchad : trois cas de PFA associée au PVDVc2
- Guinée : trois cas de PFA associée au PVDVc2

- Nigeria : un échantillon environnementaux positif au PVDVc2
- Soudan du Sud : trois cas de PFA associée au PVDVc2

Veillez trouver ci-dessous le lien vers la mise à jour hebdomadaire sur la poliomyélite publiée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) qui comprend une mise à jour du nombre de cas de poliomyélite (PVS1, PVDVc1 et PVDVc2) pour cette semaine (entre le 17 et le 23 septembre 2020) et le nombre cumulé de cas par pays depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

### **Intervention en santé publique**

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) continue à soutenir les pays dans la mise en œuvre de leur réponse, notamment par des enquêtes virologiques et épidémiologiques sur le terrain,, le renforcement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et l'évaluation de l'étendue de la circulation du virus. Le personnel de l'IMEP dans les pays aide à adapter la vaccination de routine et la réponse aux épidémies dans le contexte de la situation actuelle de COVID-19.

En 2019 et au début de 2020, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a élaboré une stratégie de lutte contre le poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale pour 2020-2021, laquelle s'ajoute au Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite 2019-2023 visant à répondre plus efficacement à l'évolution de l'épidémiologie du PVDVc2 et qui sera le moteur de la lutte contre les éclosions en 2020 et 2021. Les adaptations nécessaires de la stratégie et du calendrier de mise en œuvre sont effectuées en continu.

Accélérer le développement du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) contre le poliovirus de type 2 et permettre son utilisation constitue une avancée importante pour l'IMEP. Le nouveau vaccin devrait présenter un risque nettement plus faible de déclencher des éclosions de nouveaux poliovirus dérivés du vaccin de type 2 par rapport au vaccin antipoliomyélitique oral monovalent.

### **Évaluation des risques par l'OMS**

La propagation continue des éclosions actuelles attribuables au poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale ainsi que l'émergence de nouveaux poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale mettent en évidence les lacunes de la couverture vaccinale systématique ainsi que la mauvaise qualité de la réponse aux éclosions avec le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2. Le risque de propagation de ces souches, ou d'émergence de nouvelles souches, est amplifié par la diminution toujours croissante de l'immunité des muqueuses contre le poliovirus de type 2 sur le continent par suite du passage du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin bivalent en 2016.

La détection des PVDVc2 souligne l'importance de maintenir partout une couverture vaccinale systématique élevée pour minimiser le risque et les conséquences de toute circulation du poliovirus. Ces événements soulignent également le risque posé par toute transmission de faible niveau du virus. Une riposte énergique est nécessaire pour arrêter rapidement la circulation et assurer une couverture vaccinale suffisante dans les zones touchées afin d'éviter l'apparition d'éclosions similaires à l'avenir. L'OMS continuera à évaluer la situation épidémiologique et les mesures de lutte contre les épidémies mises en œuvre.

La pandémie de COVID-19 continue d'affecter l'effort mondial d'éradication de la polio. Étant donné que, sur le plan opérationnel, les campagnes de vaccination contre la polio sont des activités de proximité, elles sont incompatibles avec les orientations mondiales actuelles sur l'éloignement physique concernant les efforts de lutte contre la COVID-19. Le programme a donc pris la décision très difficile de retarder temporairement les campagnes de vaccination. La priorité absolue consiste à garantir la santé et la sécurité des travailleurs de la santé ainsi que des communautés. Toutes les recommandations de l'IMEP sont conformes à celles relatives aux vaccinations essentielles et sont disponibles ici.

Le programme a mis en œuvre une approche à deux volets pour réduire au minimum le risque d'une augmentation des cas de polio, en particulier dans les zones touchées par la maladie, et d'une éventuelle propagation du virus à d'autres zones.

- i) Le programme poursuivra ses activités de surveillance, dans la mesure du possible, pour suivre l'évolution de la situation.
- ii) Le programme vise à revenir à l'action en force, notamment avec des campagnes de vaccination, aussi rapidement que possible et en toute sécurité. Le calendrier dépendra de la situation locale et le programme devra alors fonctionner dans le contexte des évaluations des risques et des priorités des systèmes de santé nationaux des pays respectifs. Des plans exhaustifs, adaptés au contexte, visant à

repandre les efforts sont en cours d'élaboration et seront lancés chaque fois que la situation le permettra.

Dans de nombreux pays, les moyens mis en œuvre (personnel, logistique, opérations, etc.) pour lutter contre la poliomyélite aident les systèmes de santé nationaux à faire face à la pandémie de COVID-19 et contribuent à ce que la crise soit traitée aussi rapidement et efficacement que possible.

#### **Avis de l'OMS**

Il est important que tous les pays, notamment ceux qui ont fréquemment des contacts (par des voyages, par exemple) avec des pays ou zones où sévit la poliomyélite, renforcent la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë (PFA), afin de détecter rapidement toute nouvelle importation du virus et d'organiser une riposte rapide. Les pays, territoires et zones devraient également maintenir une couverture uniformément élevée de la vaccination systématique au niveau des districts pour limiter le plus possible les conséquences de toute nouvelle introduction du virus.

La publication de l'OMS « Voyages internationaux et santé » recommande à tous les voyageurs à destination ou en provenance de zones où sévit la poliomyélite d'être à jour dans leur vaccination contre cette maladie. Les résidents (et les visiteurs de plus de 4 semaines) des zones infectées doivent recevoir une dose supplémentaire de VPO ou de vaccin anti-polio inactivé (VPI) dans les 4 semaines à 12 mois suivant leur voyage.

Selon l'avis d'un comité d'urgence convoqué en vertu du Règlement sanitaire international (2005), les efforts visant à limiter la propagation internationale du poliovirus demeurent une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI). Les pays touchés par la transmission du poliovirus sont soumis à des recommandations temporaires. Pour se conformer aux recommandations temporaires émises dans le cadre de l'USPPI, tout pays infecté par le poliovirus doit déclarer l'épidémie comme une urgence nationale de santé publique et envisager la vaccination de tous les voyageurs internationaux.

#### **Pour plus de renseignements :**

- Initiative mondiale pour l'éradication de la polio : <http://polioeradication.org/>
- Fiche d'information sur la polio : [https://www.who.int/fr/health-topics/poliomyelitis#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_1)
- Estimations OMS/UNICEF des vaccinations systématiques nationales : [https://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html](https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html)
- État de situation d'urgence de santé publique de l'IMEP : <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/>
- Voyages internationaux et santé : <https://www.who.int/ith/en/>
- Poliovirus dérivés de vaccins : <http://polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-virus/vaccine-derived-polio-viruses/>
- Utilisation du VPO dans le cadre de la COVID-19 : <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/Use-of-OPV-and-COVID-20200421.pdf>
- Principes directeurs pour les activités de vaccination pendant la pandémie de COVID-19 : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331590>
- Document d'orientation de l'OMS - COVID-19 : Orientations opérationnelles pour le maintien des services de santé essentiels lors d'une épidémie : <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational->

#### **Soudan**

#### **Une fièvre non identifiée tue 45 personnes au Soudan - Déclaration sur la santé - Récent - Déclaration**

Source : Al Bayan

ID : 1007930001

Le nombre de personnes qui sont mortes d'une fièvre inconnue dans la ville soudanaise de Maroui est passé à 45 alors que 120 personnes sont soupçonnées d'être atteinte de la maladie, dont certains pensent qu'il s'agit de la fièvre hémorragique de la Vallée du Rift.

« *Russia Today* » et l'Association des médecins socialistes (Rush) ont confirmé avoir relevé des cas d'épidémiologie alimentaire accompagnés d'une forte diminution des plaquettes, de saignements du rectum et parfois des gencives dans la ville de Maroui.

Le ministère de la Santé de l'État du Nord avait annoncé une éclosion soupçonnée de fièvre hémorragique, après quoi il avait transféré des échantillons pour examen à Khartoum, car il n'y avait pas de laboratoires spécialisés dans l'État.

Le ministère fédéral de la Santé a annoncé dans un communiqué mardi que 16 décès ont été signalés dans seulement deux hôpitaux de Maroui, indiquant qu'il avait envoyé une équipe spécialisée pour identifier les fièvres inconnues.

La ville de Maroui a été victime d'une inondation majeure qui a balayé la plupart des villages et a entraîné une catastrophe environnementale et une prolifération massive de multiples types de moustiques responsables de la fièvre.

<https://www.albayan.ae/health/last-page/2020-09-23-1.3967819>

## Recherches, politiques et lignes directrices

### États-Unis

#### **La FDA finalise la règle sur l'importation de médicaments canadiens, y compris l'insuline**

Source : Inside Health Policy

ID : 1007912497

L'administration Trump a finalisé jeudi (24 septembre) une règle établissant les étapes pour que les États-Unis créent des programmes d'importation de certains médicaments sur ordonnance du Canada et qui permettra désormais aux États-Unis d'importer des produits biologiques, comme l'insuline.

M. Trump a déclaré lors d'un rassemblement de campagne en Caroline du Nord jeudi que la règle entre en vigueur immédiatement. Mais les États-Unis doivent demander à participer et doivent ensuite mettre en place leurs programmes d'importation.

Cette règle, proposée pour la première fois en décembre, permettrait aux États et à d'autres entités non fédérales de soumettre des programmes d'importation à la FDA pour examen, mettant ainsi en œuvre une disposition à la loi actuelle. Pour être approuvés, les plans devraient promettre des économies importantes pour les consommateurs et être soumis à des essais. Les programmes d'importation pourraient être coparrainés par des pharmacies, des grossistes ou des entités étatiques ou non fédérales.

La version proposée de la règle d'importation excluait les substances contrôlées, les drogues intraveineuses, telles que l'insuline, et les produits biologiques, même si le secrétaire du HHS, Alex Azar, était favorable à l'autorisation des importations d'insuline.

Cependant, la règle finale permet l'importation de produits biologiques, tels que l'insuline et le médicament populaire Humira.

« Les médicaments sur ordonnance admissibles devraient être réétiquetés avec l'étiquetage américain requis et subir des essais afin de vérifier l'authenticité et la dégradation et pour s'assurer que les médicaments répondent aux spécifications et aux normes établies », indique la FDA.

La FDA a également publié un guide final qui définit les procédures à suivre par un fabricant de médicaments pour obtenir un code national de médicament sur ordonnance approuvé par la FDA pour certains médicaments, y compris les produits biologiques et les produits combinés, qui à l'origine ont été fabriqués et destinés à la vente dans ce pays étranger.

Selon la FDA, l'utilisation d'un code national de médicament supplémentaire pourrait permettre aux fabricants de médicaments de proposer des produits à un prix inférieur à celui qu'exigent leurs contrats de distribution actuels.

Les médicaments sur ordonnance et les produits biologiques importés pourraient être mis à la disposition des patients dans plusieurs milieux, tels que les hôpitaux, les bureaux des prestataires de soins de santé

ou les pharmacies agréées, indique la FDA.

Le commissaire de la FDA, Stephen Hahn, a déclaré que l'ordonnance permet aux États d'importer des médicaments à des prix plus bas tout en maintenant des normes de qualité et de sécurité élevées. Cette politique est également destinée à promouvoir le choix et la concurrence, ce qui pourrait à terme faire baisser le coût des médicaments.

On ne sait pas exactement combien d'États profiteront de cette règle, mais jusqu'à présent, quatre États ont pris des mesures pour importer des médicaments canadiens : le Vermont, le Colorado, la Floride et le Maine. Le Nouveau-Mexique et New York prévoient également d'importer des médicaments canadiens et travaillent sur leurs plans.

Cependant, les fabricants de médicaments, les pharmaciens et les Canadiens détestent tous cette règle et la combattront probablement devant les tribunaux.

Les fabricants de médicaments combattent la règle de toutes leurs forces, et certains soutiennent que la proposition est inconstitutionnelle et dépasse l'autorité de la FDA. Les pharmaciens américains avertissent également que la proposition créerait de vastes problèmes de sécurité en raison du manque de surveillance de la chaîne d'approvisionnement et des problèmes d'étiquetage.

Les Canadiens affirment que leur pays est déjà confronté à des pénuries de médicaments sans que les Américains ne fassent de descentes dans leurs armoires à pharmacie. Si des États très peuplés comme la Floride ou New York devaient importer des médicaments canadiens, les Canadiens n'auraient plus de médicaments sur ordonnance à se procurer. -- Ariel Cohen (acohen@iwpnews.com)

Mots-clés : drogue-importation Auteur : Ariel Cohen

**Droits d'auteurs 2020. Inside Washington Publishers.**

<https://insidehealthpolicy.com/features/daily-news>

## Australie

**Une étude identifie la cible potentielle d'un médicament pour les infections dangereuses à *E. coli***

Source : News Medical Net

ID : 1007914103

*Escherichia coli*, connu sous le nom de *E. coli*, est une bactérie que beaucoup de gens associent à une légère intoxication alimentaire, mais certains types de *E. coli* peuvent être mortels.

Les microbiologistes de l'UNSW Science ont étudié une souche d'*E. coli* qui provoque une infection intestinale grave chez l'homme : l'infection entérohémorragique à *E. coli* (EHEC). Leurs conclusions ont été publiées cette semaine dans la revue PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences).

L'EHEC est un agent pathogène d'origine alimentaire qui libère des toxines de Shiga pendant l'infection, entraînant des dommages rénaux et neurologiques.

Le Dr Jai Tree, auteur principal de l'étude, a déclaré que la découverte par les chercheurs d'une nouvelle voie moléculaire qui contrôle la production de toxines de Shiga était importante, car il n'existait pas de traitement disponible dans le commerce pour les infections par l'EHEC.

Le traitement antibiotique de ces infections n'est généralement pas recommandé, car les antibiotiques stimulent la production de la toxine de Shiga, ce qui augmente le risque d'insuffisance rénale, de dommages neurologiques et de décès.

La nouvelle voie que nous avons trouvée réduit la production de toxines et ne devrait pas être stimulée par un traitement antibiotique. Ainsi, nos résultats identifient une nouvelle cible potentielle pour le développement de médicaments pouvant supprimer la production de toxines de Shiga pendant l'infection par l'EHEC.

Cependant, il est encore trop tôt et nous devons mener beaucoup plus de recherches pour comprendre si nos conclusions s'appliquent à un large éventail d'isolats cliniques d'EHEC et aux deux types de toxines de Shiga produites par des isolats humains d'EHEC.

Dr Jai Tree, auteur principal de l'étude

Comment les infections EHEC commencent-elles?

Le Dr Tree a déclaré qu'il y avait plusieurs façons d'être infecté par l'EHEC.

« L'EHEC se trouve principalement dans les fèces des vaches et des moutons et les gens peuvent être infectés par contact avec des animaux de ferme et leurs fèces, ou par une infection de personne à personne s'ils entrent en contact avec de minuscules quantités de fèces d'une personne malade - par exemple, directement ou indirectement en touchant des surfaces contaminées », a-t-il déclaré.

« Cette souche d'*E. coli* peut également se propager par ingestion de la bactérie en mangeant de la

viande hachée insuffisamment cuite (par exemple, dans des hamburgers), en mangeant des produits frais contaminés comme des légumes dans une salade, ou en buvant de l'eau ou du lait non pasteurisé contaminés.

Les enfants de moins de cinq ans et les personnes âgées sont les plus exposés au risque de contracter une infection par l'EHEC ».

Les épidémies d'EHEC sont moins fréquentes, mais mortelles.

Le Dr Tree a déclaré que même si la prévalence de l'EHEC était faible par rapport à d'autres pathogènes alimentaires, la maladie pouvait être très grave, voire mortelle. L'EHEC est un type de STEC (Escherichia coli producteur de toxines de Shiga).

« Les éclosions d'EHEC se produisent sporadiquement en Australie et dans le monde entier. L'éclosion la plus importante s'est produite en Australie du Sud en 1995 et a été causée par de la mettwurst contaminée, une saucisse fermentée semi-sèche fabriquée à partir de porc haché cru conservé par salaison et fumage », a-t-il déclaré.

« Lors de cette éclosion, 143 personnes ont été infectées - 23 d'entre elles ont subi des dommages rénaux et neurologiques. Beaucoup de ces cas graves concernaient des enfants qui avaient subi des dommages permanents aux reins et qui ont dû plus tard subir une greffe de rein.

Une fillette de quatre ans a souffert de multiples attaques et est morte trois jours après son admission à l'hôpital. Cet épisode a déclenché une grande enquête sur la sécurité alimentaire et les éclosions depuis 1995 ont été plus réduites ».

Le Dr Tree a déclaré qu'au niveau mondial, l'*E. coli* produisant des toxines de Shiga constituait toujours une préoccupation majeure en matière de sécurité alimentaire après une importante éclosion en Allemagne en 2011.

« En Allemagne, la souche s'est propagée principalement par la consommation de germes contaminés et, dans plusieurs cas, par un contact étroit avec une personne infectée », a-t-il déclaré.

« Au cours de cette éclosion, plus de 4 000 personnes ont été infectées et 50 personnes sont mortes. » Une nouvelle voie « cachée de tous »

Le Dr Tree a déclaré que la recherche de l'UNSW représentait la première découverte d'une nouvelle voie qui contrôle les toxines de Shiga depuis près de 20 ans.

« En 2001, des chercheurs des universités de Tufts et de Harvard ont montré pour la première fois comment la production de la toxine de Shiga était contrôlée par un virus bactérien, appelé bactériophage, à l'intérieur du génome. C'est la seule voie connue qui contrôle la production de toxines de Shiga depuis près de deux décennies », a-t-il déclaré.

« Nous avons étendu ce travail pour mettre à jour un nouveau mécanisme de contrôle des toxines qui est, étonnamment, enfoui dans le début de la séquence d'ADN qui encode l'ARN messager de la toxine de Shiga - une copie de travail du gène.

« Nous avons découvert qu'un très court morceau de l'ARN messager de la toxine est transformé en un ARN réglementaire non codant qui réduit la toxine au silence et favorise la croissance de l'agent pathogène. »

Le Dr Tree a déclaré que leurs conclusions étaient surprenantes, car les gènes de la toxine de Shiga ont déjà fait l'objet de nombreuses études, avec près de 7 000 études publiées au cours des 40 dernières années.

« Ce n'est que récemment que nous avons pu utiliser les progrès de la technologie de séquençage de l'ARN pour détecter la présence du nouvel ARN non codant réglementaire intégré dans l'ARN messager de la toxine de Shiga », a-t-il déclaré.

« Ce nouvel ARN réglementaire non codant était caché à la vue de tous depuis près de 20 ans. »

Implications pour le traitement des infections par l'EHEC

Le Dr Tree a déclaré que les résultats des chercheurs ouvrent de nouvelles possibilités pour le traitement des infections par l'EHEC.

« Les patients reçoivent en grande partie des soins de soutien pour gérer les symptômes de la maladie et pour réduire les effets de la toxine sur les reins », a-t-il déclaré.

« Nos travaux montrent un nouveau mécanisme de contrôle de la production de toxines qui pourrait se prêter à de nouvelles thérapies à base d'ARN pour inhiber la production de toxines pendant une infection. Nous pensons que cela élargira les possibilités d'intervention et permettra éventuellement d'utiliser des antibiotiques qui ne sont actuellement pas recommandés parce qu'ils stimulent la production de toxines de Shiga.

De nouveaux traitements pourraient donc réduire le risque de lésions rénales, de complications

neurologiques et de décès. Nous sommes impatients de tester ces nouvelles interventions lors de la prochaine étape de nos recherches ».

Publié dans : Molecular & Structural Biology | Microbiology

<https://www.news-medical.net/news/20200925/Study-identifies-potential-drug-target-for-dangerous-E-coli-infections.aspx>

## États-Unis

### **Une nouvelle étude souligne le succès d'une clinique mobile de proximité pour aider les personnes itinérantes souffrant de dépendance aux opioïdes**

Source : [medicalxpress.com](http://medicalxpress.com)

ID unique : [1007914104](https://doi.org/10.1007/914104)

Un nouveau programme de santé mobile créé début 2018 par le Centre Kraft pour la santé communautaire du Massachusetts General Hospital (MGH) s'est révélé être un modèle efficace pour apporter des services de traitement de la dépendance aux opioïdes directement aux personnes marginalisées, en particulier les sans-abri, une population qui court le plus grand risque de décès à court terme dû à une surdose. Le succès initial du programme, connu sous le nom de « Community Care in Reach », qui a permis de briser les barrières traditionnelles des soins et de servir de point d'entrée pour les personnes déconnectées du système de santé, a été détaillé dans une étude de cas communautaire publiée dans *Frontiers in Public Health*. Ce programme, rendu possible grâce aux contributions de Robert K. Kraft et de sa famille, rassemble les ressources du Centre Kraft, du programme de soins de santé de Boston pour les sans-abri (BHCHP) et du programme d'accès aux seringues de la Commission de santé publique de Boston (BPHC), AHOPE.

« Grâce à une combinaison non traditionnelle de soins cliniques et de services de réduction des risques, la clinique mobile du programme et les services de rue ont produit un modèle qui fait basculer la notion des visites dans les cabinets de médecins », explique Craig Regis, MPH, chercheur au Centre Kraft pour la santé communautaire et auteur principal de l'étude. « Le programme Community Care in Reach a montré une capacité unique à améliorer l'accès à des services fondés sur des données probantes au sein d'une population vulnérable qui doit régulièrement faire face à des obstacles pour accéder aux soins de santé essentiels ».

À la fin de 2019, l'unité médicale mobile de 24 pieds du programme avait enregistré 9098 contacts avec des personnes vivant avec une dépendance dans des zones identifiées comme des points névralgiques de surdose à Boston et dans les environs, distribuant 96 600 seringues et 2 956 trousse de naloxone pour inverser rapidement les surdoses d'opioïdes. Les médicaments de traitement des dépendances prescrits et administrés à bord de la camionnette par les médecins de soins primaires du BHCHP comprennent la buprénorphine, utilisée pour réduire l'envie de consommer des substances, et la naltrexone, un antagoniste opioïde synthétique pris par voie orale ou par injection. Les autres services offerts aux personnes souffrant de troubles liés à la consommation d'opioïdes correspondent à la formation à l'utilisation de la naloxone, à l'élimination des seringues usagées, au dépistage du VIH et du VHC, à l'éducation à propos des pratiques d'injection sûres, au traitement des plaies et à l'orientation vers divers centres de traitement de la toxicomanie. Le travail de sensibilisation et de réduction des risques est mené par le programme Access Harm Reduction, Overdose Prevention and Education (AHOPE) du BPHC.

« Nos analyses du programme Community Care in Reach ont montré une forte demande de services d'aide aux toxicomanes parmi les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation d'opioïdes, en particulier à mesure que le programme s'établissait et gagnait la confiance de la communauté », rapporte Elsie Taveras, MD, MPH, directrice générale du Centre Kraft pour la santé communautaire et auteur principale de l'étude. « Les patients ont exprimé leur appréciation de la commodité et la facilité d'accès au programme, ainsi que les soins compatissants et le travail de rue proactif initié par notre équipe de cliniciens expérimentés ». La récente décision du ministère de la Santé publique du Massachusetts d'étendre les services mobiles de traitement des dépendances, notamment le programme du Centre Kraft, qui a aidé à confirmer le succès de ce modèle, de même qu'un rapport publié en mars 2019 par la Commission de réduction des risques de l'État, qui a fait l'éloge de Community Care in Reach en tant que programme exemplaire pour traiter la dépendance aux opioïdes.

Selon ses organisateurs, le succès du programme de traitement mobile est dû en grande partie à une approche fondée sur les données qui garantit que les services de prise en charge des toxicomanies



atteignent les quartiers de la ville où ils sont le plus nécessaires. « Nous surveillons constamment les données relatives aux SMU et à la santé de la population afin de déterminer les endroits où des niveaux élevés de surdose sont maintenus dans la région du Grand Boston », explique M. Regis. « Cela nous donne la flexibilité nécessaire pour déployer rapidement la camionnette dans les points chauds en ce qui concerne les opioïdes. Tout aussi important, il nous permet de développer des données pour démontrer aux autres que ce modèle peut être tout aussi efficace qu'un établissement en dur pour traiter les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation d'opioïdes ».

Si le système de santé s'engage réellement à aider certains des membres les plus vulnérables de la société - les statistiques montrent que le taux de mortalité dû à la surconsommation d'opioïdes chez les sans-abri est 20 fois plus élevé que dans la population générale -, il doit alors créer des approches innovantes qui dépassent les modèles traditionnels de prestation de soins de santé, soutient Mme Taveras. « Comme nous l'avons montré, une solution potentielle à ce défi énorme consiste à transférer certains services de soins aux toxicomanes vers un établissement de santé mobile », dit-elle. « De cette façon, nous pouvons non seulement accroître l'accès à ces services essentiels, mais aussi les adapter aux besoins des patients qui en ont le plus besoin ».

Pour en savoir plus : Craig Regis et al. Community Care in Reach : Mobilizing Harm Reduction and Addiction Treatment Services for Vulnerable Populations, *Frontiers in Public Health* (2020). Identifiant numérique d'objet : 10.3389/fpubh.2020.00501

<https://medicalxpress.com/news/2020-09-highlights-success-mobile-clinical-outreach.html>

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.00501/full>

<http://www.kraftcommunityhealth.org/CommunityCareInReach>