

Rapport quotidien du RMISP du 28 septembre 2020

Section spéciale sur le coronavirus

Canada

Régions du Canada où il y avait des cas de COVID-19 au 27 septembre 2020 à 19 h (HAE)

Source : Gouvernement du Canada

Province, territoire ou autre	Nombre de cas confirmés	Nombre de cas actifs	Nombre de décès
Canada	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

Il est possible de consulter un [résumé épidémiologique](#) détaillé.

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

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

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

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

Discours

Il y a eu 149 094 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 249 décès. Des personnes infectées, 86 % sont rétablies. Des laboratoires partout au pays ont analysé quotidiennement les tests de dépistage de presque 70 000 personnes en moyenne au cours de la dernière semaine, dont 1,4 % a obtenu un résultat positif. En moyenne, 1 175 cas ont été signalés quotidiennement au Canada au cours des sept derniers jours.

Nous continuons de voir une augmentation du nombre de cas quotidiens à l'échelle nationale, dont l'augmentation la plus rapide est au Québec et en Ontario. Le nombre de cas de COVID-19 dans les hôpitaux est également à la hausse dans ces deux provinces, ainsi qu'en Colombie-Britannique et en Saskatchewan. Ces signes sont inquiétants. Nous savons que le virus peut se propager rapidement. Ces augmentations de cas peuvent submerger les ressources de santé publique et le système de soins de santé dans des endroits localisés.

Comme nous l'avons dit plus tôt cette semaine, le Canada est arrivé à un moment décisif de la pandémie de COVID-19. Selon les dernières analyses épidémiologiques et études de modélisation, à moins que nous travaillions ensemble maintenant pour ralentir la propagation du virus, nous ferons face à une importante résurgence dans les régions où l'activité de la COVID-19 est en hausse.

Nous avons l'occasion de prévenir une recrudescence de l'épidémie si nous agissons tous ensemble maintenant. Les autorités locales de santé publique ne peuvent y arriver seules. Nous devons tous prendre des mesures pour nous protéger et pour protéger nos proches et nos collectivités. C'est pourquoi nous devons tous nous engager de nouveau à suivre les mesures de protection individuelle éprouvées, ce qui comprend la distanciation 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, lorsqu'il est difficile de garder ses distances. Enfin, et surtout, restez à la maison et isolez-vous si vous présentez des symptômes, même faibles.

De plus, nous conseillons vivement à tout le monde de limiter le plus possible les contacts étroits. Nous avons tous des responsabilités différentes lorsqu'il est question de contact étroit avec les autres. N'oubliez pas toutefois que chaque personne que vous rencontrez a aussi un historique de contacts. Alors, chaque fois que vous pourrez réduire le nombre de contacts étroits ou la durée de ces rencontres, vous réduirez votre risque.

Apportons tous notre contribution pour nous entraider. 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, le 26 septembre 2020

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

Déclaration

Le 26 septembre 2020, la D^{re} Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, a fait la déclaration suivante au sujet de la COVID-19.

Le 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^{re} Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, a fait aujourd'hui la déclaration suivante :

« On a signalé 150 456 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 255 décès. Le pourcentage de personnes rétablies se situe actuellement à 86 %. Les laboratoires dans l'ensemble du Canada continuent

d'effectuer de nombreuses analyses; en moyenne, près de 70 000 personnes ont été testées quotidiennement la semaine dernière, et 1,4 % d'entre elles ont obtenu un résultat positif. En date du vendredi 25 septembre 2020, 1 175 cas ont été signalés en moyenne chaque jour au Canada au cours d'une période de sept jours. Comme les provinces et les territoires ne signalent pas tous les nouveaux cas au cours de la fin de semaine, la prochaine mise à jour du nombre moyen de cas par jour sera présentée mardi prochain, une fois que ces chiffres auront été compilés.

Alors que le nombre de cas quotidiens continue d'augmenter et qu'une autre fin de semaine s'amorce, nous demandons aux Canadiens de renforcer leurs mesures de protection individuelle et de réduire le plus possible le nombre de contacts étroits en tenant compte de leur situation personnelle et familiale. Nous devons également chercher à déterminer où et comment le virus se répand et trouver des moyens sécuritaires d'établir un équilibre entre la continuité de nos routines et activités importantes et le maintien de la propagation de la COVID-19 à des niveaux gérables.

Malgré l'inquiétude bien réelle d'une importante résurgence dans les régions où l'activité du virus s'intensifie, nous pouvons demeurer optimistes quant à la possibilité de nous remettre sur la voie d'une lente évolution. Nous savons non seulement que nos actions collectives peuvent contribuer et contribuent effectivement à ralentir la propagation, mais également que la prévention de la propagation dans certains types de milieux peut influencer considérablement sur le ralentissement de la croissance de l'épidémie.

Un certain nombre des régions qui observent des taux d'infection élevés ont indiqué que certaines activités, comme les grands rassemblements privés à l'intérieur et à l'extérieur, ont entraîné un grand nombre de cas d'exposition et l'infection de nombreuses personnes. Une seule activité de ce type risque d'avoir des effets d'une portée considérable. Par exemple, une collectivité peut alors passer du niveau de lente évolution à une situation de croissance accélérée. Nous pouvons toutefois demeurer optimistes. En effet, s'il nous est possible d'interrompre rapidement de telles activités où le risque de transmission est élevé, avant que le virus se propage dans la collectivité, nous pourrions facilement maîtriser le taux de croissance. L'autre raison de faire preuve d'optimisme est que ces types d'activités qui favorisent la propagation sont entièrement évitables, si des mesures de précautions éprouvées sont suivies. Voilà donc une situation où nous devons apprendre à vivre avec la COVID-19, et nous ne pouvons en ignorer l'importance.

À l'approche des célébrations automnales, y compris la fin de semaine de l'Action de grâces, il est temps de faire le bilan de tout ce que nous avons appris sur la façon de vivre avec la COVID-19 et de nous montrer reconnaissants pour notre capacité d'adaptation et notre résilience. Parallèlement, nous devons nous rappeler que même si nous connaissons les gens présents à un rassemblement, cela ne signifie pas que le risque de transmission de la COVID-19 est réduit d'une quelconque façon. **Même si les personnes qui participent à une activité font partie de votre famille élargie, comme ce fut le cas dans certains de ces rassemblements privés ayant entraîné des éclosions, elles sont peut-être infectées, quand bien même elles sembleraient bien se porter.**

Pour assurer notre sécurité et celle de nos proches, nous devons faire des efforts délibérés et soutenus alors que nous continuons de vivre avec la COVID-19. Au cours de la fin de semaine, prévoyez du temps pour une rencontre avec votre famille ou vos contacts étroits et élaborer un plan pour protéger votre cercle régulier de personnes de confiance. De plus, trouvez de nouveaux moyens créatifs d'entretenir des échanges et des liens enrichissants avec les autres au moyen d'outils virtuels et de pratiques d'éloignement sécuritaire. Lisez mon document d'information sur les risques et les précautions à prendre en considération. Vous y trouverez également des liens menant aux [renseignements et aux ressources sur 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>

Déclaration du 27 septembre 2020 de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada

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

Déclaration

Le 27 septembre 2020, la D^{re} Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, a fait la déclaration suivante au sujet de la COVID-19.

Le 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^{re} Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, a fait aujourd'hui la déclaration suivante :

« On a signalé 151 671 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 262 décès. Le pourcentage de personnes rétablies se chiffre à 86 %. Les laboratoires dans l'ensemble du Canada continuent d'effectuer de nombreuses analyses et près de 70 000 analyses ont été faites quotidiennement en moyenne la semaine dernière; 1,4 % des tests étaient positifs. En date du vendredi 25 septembre 2020, 1 175 cas ont été signalés chaque jour en moyenne dans l'ensemble du pays sur une période de sept jours. Comme les provinces et les territoires ne signalent pas tous les nouveaux cas au cours de la fin de semaine, la prochaine mise à jour du nombre moyen de cas par jour sera présentée mardi prochain, une fois que ces chiffres auront été **compilés**.

Au début d'une nouvelle semaine, il faut être vigilant quant à l'augmentation des cas et des hospitalisations, en particulier dans les endroits où la hausse des cas est la plus importante. Les flambées de cas menant à un bond des hospitalisations peuvent rapidement submerger les ressources en santé publique et du système de santé à l'échelle totale, tout en accroissant la probabilité que le virus se propage à ailleurs.

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 nous ayons tous des circonstances personnelles et familiales différentes, toutes les mesures de protection que nous pouvons prendre sont importantes pour réduire le taux global d'infection dans nos communautés. En effet, pour chaque personne que nous rencontrons, il y a tout un réseau d'antécédents de contacts, de sorte que tout effort visant à réduire le nombre, la durée et la proximité des rencontres fait une grande différence. De plus, comme les contrôles et les politiques de santé publique réduisent notre risque d'infection et de propagation du virus, tout ce que nous faisons pour maintenir en permanence des pratiques de protection personnelle contribue à réduire le taux global d'infection.

Le moyen le plus rapide et le plus sûr pour le Canada de se remettre sur la bonne voie est que nous prenions tous **toutes les mesures** nécessaires à **chaque instant** de notre journée et que nous agissions toujours de manière à empêcher la propagation de la maladie à d'autres personnes. Cela signifie qu'il faut :

- toujours garder une distance physique de 2 mètres avec les autres personnes qui se trouvent en dehors de notre petite bulle de contacts constants et fiables, que ce soit à l'extérieur ou à l'intérieur;
- garder toujours de bonnes habitudes d'hygiène en se lavant les mains fréquemment et méticuleusement, en couvrant la toux et en portant [un masque non médical ou un couvre-visage](#), le cas échéant;
- limiter la durée et le nombre de personnes avec lesquelles vous entrez en contact;
- opter pour des milieux/situations à moindre risque où des mesures et des politiques de santé publique sont en place chaque fois que cela est possible.

Nous avons une chance d'empêcher une nouvelle escalade de l'épidémie si nous agissons tous ensemble dès maintenant. Les autorités locales de santé publique ne peuvent pas agir seules. Nous devons agir pour nous protéger et protéger nos proches et nos communautés. Lisez ma [fiche de renseignements et de ressources sur la COVID-19](#) pour comprendre les risques et connaître les précautions que vous pouvez prendre. »

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

Canada

Mise à jour du gouvernement du Canada sur la COVID-19 à l'intention des peuples et communautés autochtones – Canada.ca

Source : canada.ca

Numéro d'identification : 1007927082

Depuis la mi-août, le nombre de nouveaux cas et de cas actifs de COVID-19 dans les communautés des Premières Nations augmente considérablement chaque semaine. Respectant les recommandations en matière de santé publique de leur province ou territoire de résidence, ou des dirigeants de leur communauté, y compris les directives sur le port du masque dans les écoles. Les hausses enregistrées montrent clairement que nous devons revenir aux précautions en matière de santé que nous avons prises au printemps.

Communiqué de presse

Le 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 dans les communautés des Premières Nations augmente considérablement chaque semaine. On a ainsi enregistré le nombre de nouveaux cas hebdomadaires le plus élevé depuis le début de la pandémie. Le nombre total de cas actifs est passé de 79 à 121 cette semaine. Ce qui est tout aussi préoccupant est le nombre croissant dans les communautés des Premières Nations qui tirent leur origine de l'extérieur de la communauté.

En date du 24 septembre 2020, Services aux Autochtones Canada (SAC) dispose des données suivantes concernant les cas confirmés de COVID-19 dans les communautés des Premières Nations :

631 cas confirmés de COVID-19

52 hospitalisations

121 cas actifs

499 personnes rétablies

11 décès

Il y a eu un total de 19 cas positifs confirmés au Nunavik, au Québec. Toutes les personnes infectées, sauf 2, sont rétablies.

Les hausses enregistrées montrent clairement que nous devons revenir aux précautions en matière de santé que nous avons prises au printemps. S'il est difficile d'apporter ces changements, les gestes de chacun ont une grande incidence sur le déroulement de la pandémie, et nous ne pouvons cesser nos efforts maintenant. Nous devons poursuivre ceux-ci jusqu'à ce que nous puissions garantir la santé de tous.

Les gens peuvent aider en :

évitant tous les déplacements non essentiels;

limitant autant que possible le nombre de rassemblements non essentiels;

limitant le nombre de personnes incluses dans leur groupe social et évitant les grands rassemblements;

maintenant une distance physique d'au moins 2 mètres (ou 6 pieds);

portant un masque non médical qui couvre le nez et la bouche lorsque la distanciation physique n'est pas possible;

respectant les recommandations en matière de santé publique de leur province ou territoire de résidence, ou des dirigeants de leur communauté, y compris les directives sur le port du masque dans les écoles.

Il faut également se souvenir de maintenir une bonne hygiène des mains, même lors de séjours sur le territoire, incluant :

Se laver les mains souvent avec de l'eau chaude et du savon pendant au moins 20 secondes. En

l'absence de savon et d'eau, utiliser un désinfectant pour les mains contenant au moins 60 % d'alcool.

Tousser ou éternuer dans un papier-mouchoir ou dans le creux du coude, et non dans les mains; jeter

immédiatement les mouchoirs utilisés dans une poubelle doublée d'un sac et se laver les mains tout de suite après.

Éviter de se toucher les yeux, le nez ou la bouche avec des mains non lavées.

Il faut parfois jusqu'à 14 jours après l'exposition à la COVID-19 pour que les symptômes apparaissent.

Pendant ce temps, le virus peut facilement se propager à d'autres personnes. Cela signifie que les décisions prises aujourd'hui pourraient toucher les familles, les amis et les communautés pendant des semaines à venir. Nous encourageons vivement chaque personne à contribuer à changer la tendance en respectant les mesures de santé publique.

D'après l'Agence de la santé publique du Canada, vous devez vous isoler pendant 14 jours si :

vous revenez d'un voyage à l'extérieur du Canada (période de quarantaine obligatoire);

vous avez été en contact étroit avec un cas confirmé ou présumé de COVID-19;

les responsables de la santé publique vous ont demandé de vous isoler en raison d'une exposition possible à une personne atteinte de la COVID-19.

S'isoler signifie :

rester à la maison;

éviter tout contact avec une autre personne;

pratiquer les mesures de santé publique, par exemple l'éloignement physique, le nettoyage des surfaces d'usage commun, les mesures d'hygiène des mains et la bonne étiquette respiratoire (tousser ou éternuer dans un mouchoir).

Le gouvernement du Canada, avec ses partenaires autochtones, continue de gérer les répercussions de la pandémie tout en se préparant aux prochaines vagues. Cela nécessite notamment de prendre des mesures pour que toutes les personnes vivant au Canada puissent avoir accès aux futurs traitements et vaccins. Le rétablissement de notre pays après la pandémie prendra du temps. Nous devons demeurer prudents et écouter les conseils de nos experts en santé publique.

À ce moment de l'année, nous sommes également préoccupés par l'influenza, communément appelée grippe saisonnière. Nous pouvons réduire la propagation de la grippe en suivant les mêmes pratiques de santé publique et d'hygiène recommandées pour limiter la propagation de la COVID-19. Le vaccin annuel contre la grippe est le moyen le plus efficace de prévenir cette maladie et les complications qui y sont liées.

À ce jour, le gouvernement du Canada s'est engagé à verser plus de 2,2 milliards de dollars d'aide aux communautés et aux organismes autochtones et nordiques. Services aux Autochtones Canada continue de travailler avec les dirigeants et les organismes autochtones afin de cerner les besoins des communautés et d'y répondre, et de se tenir prêt à déployer des ressources supplémentaires au fil de l'évolution de la pandémie.

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 savent pas si le système de santé du Québec peut résister à la plus récente flambée de COVID-19

Source : CBC

Document n° 1007926140

Alors que les cas de COVID-19 augmentent au Québec à un rythme jamais vu depuis le printemps, les experts de la santé exhortent le gouvernement à prendre des mesures plus drastiques afin d'épargner un stress supplémentaire au système de santé assiégé.

Dimanche, le Québec a signalé 896 nouveaux cas, un chiffre proche des pires jours d'avril et de mai.

Cependant, les hospitalisations et les décès sont actuellement bien inférieurs à ce qu'ils étaient lors de la première vague.

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

Selon les experts, la baisse du nombre d'hospitalisations peut s'expliquer par les pourcentages plus élevés de jeunes dont le test est positif à la maladie. À cet âge, ils sont moins susceptibles de développer des complications.

Mais les médecins des hôpitaux de Montréal disent qu'ils admettent en fait des patients plus jeunes, ce qui pose potentiellement un nouvel ensemble de défis pour le système de santé.

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

« Nous pourrions nous retrouver, dans cette deuxième vague, avec un problème où un petit nombre de jeunes remplissent nos lits en soins intensifs parce qu'ils ne meurent pas, mais ils ne vont pas mieux. Ils sont coincés entre les deux », a déclaré Marquis dans une entrevue à Radio-Canada.

« C'est une réalité que la population n'a pas comprise et que les jeunes, malheureusement, n'ont pas comprise. »

Le Dr Matthew Oughton, médecin spécialiste des maladies infectieuses à l'Hôpital général juif de Montréal, a déclaré qu'il s'attend à ce que les hospitalisations augmentent plus rapidement dans environ un mois, car les jeunes transmettent le virus aux générations plus âgées.

« Nous allons être de retour dans le genre de crise auquel de nombreux hôpitaux au Québec étaient confrontés à la fin de mars et en avril », a déclaré M. Oughton.

Inquiétude à nouveau concernant les soins de longue durée

Un autre sujet de préoccupation à mesure que les cas augmentent est le sort des foyers de soins de longue durée.

Lors de la première vague de la pandémie, des centaines d'établissements publics (appelés CHSLD) ont connu des flambées, qui ont tué près de 4 000 personnes.

Le gouvernement a promis des changements radicaux au protocole et aux niveaux de dotation en personnel pour éviter qu'une catastrophe similaire ne se reproduise. Mais ces derniers jours, des éclosions dans plusieurs CHSLD et résidences pour personnes âgées ont inquiété les observateurs.

Les visites ont dû être suspendues au CHSLD Idola Saint-Jean de Laval samedi, après que 11 patients et sept employés ont été déclarés positifs pour le virus.

Pendant ce temps, 10 personnes déclarées positives à la Résidence l'Initial en Outaouais et les patients du CHSLD Herron – où 38 personnes sont décédées au printemps – sont à nouveau en isolement après qu'un membre du personnel y ait été testé positif.

« C'est extrêmement préoccupant. Cela ne devrait plus se produire », a déclaré la Dre Cécile Tremblay, spécialiste des maladies infectieuses à l'hôpital de l'Université de Montréal.

« Le gouvernement a été ferme sur ce point et a dit que cela n'arriverait plus, mais cela se reproduit. » Mme Tremblay a déclaré que même si le gouvernement a embauché plus de préposés aux soins aux patients, les foyers de soins de longue durée font toujours face à une pénurie d'infirmières et que les ratios personnel-patients sont loin d'être idéaux.

Besoin de mesures plus strictes, disent les experts

Dans un effort pour ralentir la propagation de la COVID-19, le gouvernement du Québec a exhorté les gens à éviter tous les rassemblements sociaux, en particulier dans les maisons privées, pour le mois prochain.

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

Mme Tremblay a déclaré que le virus se propageait de manière incontrôlable et a suggéré au gouvernement d'envisager de prendre des mesures plus strictes pour empêcher le nombre de morts d'augmenter. Rendre les masques obligatoires pour les élèves à l'intérieur de la classe fait partie des mesures qu'elle propose.

« Il est extrêmement important que les gens comprennent que nous nous dirigeons droit vers une deuxième vague qui sera au moins aussi grave que la première, sinon pire », a-t-elle déclaré. Le Dr Oughton a également déclaré que le gouvernement devait faire plus. Il ne suffit pas de demander aux gens de réduire leurs contacts.

« C'est une demande, mais elle n'a aucun mordant. Et par conséquent, j'ai le sentiment que certaines personnes voient cela uniquement comme une suggestion ou une recommandation », a-t-il déclaré.

« Pour le moment, le message ne passe pas avec suffisamment de clarté. Le gouvernement doit prendre des mesures fermes et claires pour expliquer aux gens pourquoi il s'agit d'un réel problème. »

Avec fichiers 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 de COVID-19 en Ontario ont atteint leur plus haut niveau en près de cinq mois

Numéro d'identification : 1007925311

Source : CTV News

Dimanche 27 septembre 2020, à 11 h 28 (HAE)

Les gens font la queue pendant des heures à un centre d'évaluation de la COVID à l'Hôpital Mount Sinai pendant la pandémie de COVID-19 à Toronto le jeudi 24 septembre 2020. LA PRESSE CANADIENNE/Nathan Denette

TORONTO – **L'Ontario** enregistre le plus grand nombre de nouveaux cas de COVID-19 depuis le début de mai.

Les responsables de la santé ont ajouté 491 cas confirmés en laboratoire dimanche, le total quotidien le plus élevé depuis le 2 mai, date à laquelle 511 cas ont été confirmés.

La province a également enregistré deux décès liés à la COVID-19 au cours de la dernière période de 24 heures, ainsi que 289 cas qui sont maintenant considérés comme résolus.

Le rapport de dimanche porte à 49 831 le nombre de cas confirmés en laboratoire dans la province, dont 2 839 décès et 42 796 rétablissements.

À l'heure actuelle, il y a 4 196 cas actifs de la maladie en **Ontario**.

Les nouveaux cas représentent une augmentation par rapport au total de samedi où 435 nouvelles infections ont été consignées et marquent le quatrième jour consécutif où la province a enregistré plus de 400 nouveaux cas.

Mardi, le premier ministre de l'**Ontario**, Doug Ford, a mis en garde contre une deuxième vague de COVID-19 « plus difficile » et « plus compliquée », et il a annoncé la première partie d'un plan de préparation sanitaire à l'automne du gouvernement.

Quelques jours plus tard, le premier ministre a imposé des règles plus strictes aux restaurants et aux bars pour contrôler les « foyers d'éclosion » de COVID-19 dans la province. Les nouvelles restrictions signifient que tous les établissements de restauration ne peuvent plus vendre d'alcool après 23 h et que la consommation d'alcool dans ces lieux sera interdite après minuit. **Dans un gazouillis publié le dimanche matin, la ministre de la Santé de l'Ontario, Christine Elliott, a déclaré que la plupart des nouveaux cas concernent des personnes de moins de 40 ans.**

Selon le résumé épidémiologique quotidien de la province, 236 nouvelles infections ont été signalées chez des personnes âgées de 20 à 39 ans. Ce groupe d'âge compte maintenant 17 000 infections confirmées en laboratoire, soit la plus grande proportion de tous les groupes d'âge en **Ontario**.

En outre, 118 cas ont été signalés chez des personnes âgées de 40 à 59 ans. Soixante-quinze cas ont été signalés chez des personnes de 19 ans et moins et 51 cas ont été signalés chez des personnes de 60 à 79 ans.

Treize nouveaux cas ont été signalés chez des personnes de 80 ans et plus.

Où sont les nouveaux cas de COVID-19?

La plupart des nouveaux cas de COVID-19 en **Ontario** continuent d'être déclarés dans seulement quatre régions.

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

Au moins cinq autres bureaux de santé publique déclarent également de nouveaux cas dans les deux chiffres, y compris Niagara, Halton et Waterloo.

Le nombre d'hospitalisations est également passé à 112, en hausse par rapport aux 100 cas signalés un jour plus tôt. Toutefois, le ministère de la Santé affirme que ce nombre augmentera probablement, car environ cinq hôpitaux de l'**Ontario** n'ont pas déclaré de données sur les patients dimanche.

Parmi ces 112 patients, 28 se trouvent dans une unité de soins intensifs, dont 16 respirent avec l'aide d'un ventilateur.

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

Les tests de dépistage de la COVID-19 en **Ontario** demeurent élevés, 42 509 tests ayant été effectués depuis hier. Un jour plus tôt, la province avait établi un nouveau record pour le plus grand nombre de tests effectués en une seule journée, soit 43 238.

Depuis le début de la pandémie, la province a analysé plus de 3,8 millions de tests de dépistage de la maladie.

Il y a 65 061 tests qui font actuellement l'objet d'une enquête.

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

Canada

Le premier ministre Trudeau annonce l'achat de 20 millions de doses du vaccin contre la COVID-19 de l'Université d'Oxford

Source : Ottawa Citizen

Numéro d'identification : 1007914068

Le premier ministre Justin Trudeau a annoncé vendredi que le gouvernement avait conclu une entente pour obtenir 20 millions de doses du vaccin contre la COVID-19 de l'Université d'Oxford, produit par la société AstraZeneca.

Le gouvernement a signé de multiples ententes pour plus de 150 millions de doses de vaccins contre la COVID-19, provenant de plusieurs des principaux candidats, mais jusqu'à vendredi, il n'avait pas signé d'entente avec AstraZeneca.

Le Royaume-Uni, les États-Unis, le Japon et plusieurs pays européens ont déjà annoncé des commandes pour des centaines de millions de doses de ce vaccin.

Le vaccin de la société est considéré comme l'un des candidats les plus prometteurs et est entré dans la troisième et dernière phase des essais pour en vérifier l'efficacité.

À suivre.

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

Canada

Les gens peuvent maintenant passer un test de dépistage de la COVID-19 dans certaines pharmacies de l'Ontario.

Source : Toronto CTV News

Numéro d'identification : 1007913967

Les gens peuvent maintenant passer un test de dépistage de la COVID-19 dans certaines pharmacies de l'Ontario

Personne-ressource

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 un Shoppers Drug Mart au centre-ville de Toronto le lundi 15 juillet 2013. (LA PRESSE CANADIENNE/Graeme Roy)

PARTAGEZ

TORONTO – Certaines pharmacies de l'Ontario commenceront à offrir des tests de dépistage de la COVID-19 aujourd'hui alors que la province essaie d'alléger le fardeau des centres d'évaluation occupés.

Jusqu'à 60 pharmacies offrent des tests sur rendez-vous seulement à certaines personnes asymptomatiques, comme celles qui ont des proches dans des foyers de soins de longue durée, qui ont des contacts étroits avec un cas ou des travailleurs à risque élevé.

À compter d'aujourd'hui, vous pourrez vous passer un test de dépistage de la #COVID19 dans certaines pharmacies si vous ne présentez pas de symptômes et sur rendez-vous seulement, et d'autres emplacements seront ouverts au cours des prochaines semaines. Consultez les directives pour les tests de dépistage mises à jour ici : <https://t.co/8TJ2S7XOUF> [pic.twitter.com/XArilP2l8F](https://twitter.com/XArilP2l8F)

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

Canada

Les experts appellent à des mesures de confinement dès maintenant pour faire face à la vague de COVID-19

Source : CBC

Numéro d'identification : 1007912465

Alors qu'une deuxième vague de COVID-19 frappe Ottawa, les experts de la région demandent à la province de mettre fin de nouveau aux activités et de maîtriser le virus.

Une lettre ouverte signée par près de 40 médecins de partout en Ontario, publiée jeudi, affirme que l'Ontario doit restreindre les entreprises et les activités non essentielles qui amènent les gens à se rassembler, comme les restaurants et les bars, les gymnases, les théâtres, les boîtes de nuit et les églises.

Raywat Deonandan, un épidémiologiste de l'Université d'Ottawa qui ne faisait pas partie de la lettre, convient que la province doit agir.

« Les activités de divertissement et non essentielles devraient cesser immédiatement », a-t-il dit mercredi.

L'arrêt des activités pourrait ne pas être aussi sévère que les mesures prises en mars, a déclaré M. Deonandan, citant les politiques de masques et d'éloignement comme exemples de progrès.

L'Ontario pourrait être en mesure d'éviter de fermer toutes les entreprises non essentielles, a-t-il dit, en gardant espoir que des endroits comme les musées et les gymnases peuvent rester ouverts.

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

« Je suis pessimiste lorsque je dis que je ne m'attends pas à ce qu'elles restent ouvertes, mais je les encourage à le rester. »

Selon une ébauche du plan de préparation en cas de pandémie de l'Ontario divulguée à CBC, l'Ontario veut éviter d'imposer des mesures de confinement pour lutter contre une deuxième vague de COVID-19, mais la province est prête à prendre des « mesures ciblées » comme la fermeture de certaines entreprises à risque élevé.

Des mesures draconiennes sont nécessaires, affirme un modélisateur

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

Il réclame une prise de position « draconienne » et un confinement complet maintenant, avec des restrictions de déplacement plus importantes qu'au printemps.

« Il faut être un peu impitoyable, a déclaré M. Smith? mercredi.

L'Ontario doit faire un choix entre la douleur à long terme et la douleur à court terme.

S'il y a confinement pendant quelques mois, la province pourrait réduire le nombre de nouvelles infections à zéro.

Dans cette situation, grâce aux tests de dépistage et à la recherche des contacts, la province aurait la possibilité d'éradiquer toute éclosion.

La meilleure façon de faire face à la maladie est aux premiers stades.

Si nous continuons dans la même direction, les infections vont augmenter encore et encore, déjouant les personnes responsables de la recherche des contacts et rendant plus de gens malades.

Nous avons beaucoup de fuites et plus nous en avons, plus il y a de chances que quelque chose nous échappera. »

Sa vision d'un confinement efficace va plus loin que ce que M. Deonandan et d'autres réclament, c'est-à-dire qu'il faut fermer les écoles parce que cela permet aux enfants et aux parents de rester à la maison.

À l'avenir, les bars et les écoles ne devraient être autorisés à rouvrir seulement lorsqu'il n'y aura pas de nouveaux cas pendant deux semaines, soutient M. Smith?.

Vague de septembre prédite depuis des mois

M. Smith?, M. Deonandan et bien d'autres prévoyaient une deuxième vague ce mois-ci.

En mai, CBC Ottawa a publié un reportage comprenant M. Smith? avec le titre « Les épidémiologistes se préparent pour la deuxième vague du COVID-19 – et elle pourrait avoir lieu en septembre ».

À l'avenir, les deux pensent que l'Ontario devrait adopter une approche plus agressive en matière de confinement et une tendance plus conservatrice en matière de réouverture.

« Je pense que ce qu'ils devraient faire, c'est prendre le pire des scénarios, peut-être prendre un risque politique et réagir de façon excessive », a déclaré M. Deonandan, qui espère un vaccin d'ici 2021.

« Les gens doivent se rappeler que ce n'est pas le reste de leur vie. Cela ne dure que quelques mois. » Même si les coûts d'un confinement pour l'économie, la santé mentale et l'activité physique font partie de l'équation, M. Deonandan et M. Smith? disent qu'agir selon une vision plus pessimiste de la COVID-19 empêche des résultats tragiques.

Avec certaines statistiques sur le nombre de cas à leur plus haut niveau à Ottawa, ils s'attendent à ce que l'augmentation du nombre de décès se poursuive au cours des prochaines semaines.

« Je comprends parfaitement que cela a été très, très frustrant pour les gens, a souligné M. Smith?.

Je comprends tous les arguments. Vous ne voulez pas ruiner l'économie. Mais le problème est que vous allez ruiner l'économie si vous ne traitez pas la maladie immédiatement. »

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

Canada

La plus haute responsable de la santé de l'Alberta affirme que la province ne se trouve pas dans une deuxième vague de COVID-19

Source : The Star

Numéro d'identification : 1007912148

EDMONTON – La médecin hygiéniste en chef de l'Alberta affirme que la province ne se trouve pas dans une deuxième vague de COVID-19, malgré l'augmentation du nombre de cas quotidiens au cours des derniers mois.

La D^{re} Deena Hinshaw a déclaré jeudi que l'Alberta avait identifié 158 nouveaux cas dans la province.

Elle a dit que cela ne signifie pas que l'Alberta est témoin d'une augmentation subite des infections, même si certaines provinces ont peut-être déterminé que leur deuxième vague avait commencé.

« En Alberta, je ne pense pas que nous en soyons là en ce moment. Le nombre de cas quotidiens a augmenté au cours des derniers mois, mais il est demeuré relativement stable, a déclaré la D^{re} Hinshaw lors d'une conférence de presse.

Quand je pense à une deuxième vague, je pense à une très forte poussée de propagation incontrôlée, et ce n'est pas notre seul avenir possible. »

Le premier ministre Justin Trudeau a brossé un tableau plus sombre dans un discours national mercredi, disant 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 approche et il s'annonce bien pire que le printemps », a déclaré M. Trudeau. « Il est fort probable qu'on ne pourra pas se réunir pour célébrer l'Action de grâce, mais peut-être qu'il sera possible de le faire à Noël. »

La D^{re} Hinshaw a dit que l'Action de grâce en Alberta ne sera pas la même qu'elle l'aurait été avant la pandémie, mais elle peut avoir lieu tant que les gens font preuve de prudence.

« Il est naturel que les gens veuillent se rassembler et célébrer l'Action de grâce avec un nouveau niveau d'appréciation. Nous voulons tous que l'Action de grâce soit une fête sécuritaire qui garde tout le monde en santé », a ajouté la D^{re} Hinshaw.

« Il est préférable de garder les rassemblements dans vos cohortes établies d'au plus 15 personnes à l'extérieur de votre ménage. Un plus petit nombre est plus sécuritaire. Ce n'est pas le moment d'organiser de grands rassemblements. »

La D^{re} Hinshaw a dit qu'il y a actuellement des alertes ou des éclosions actives dans 97 écoles de l'Alberta, dont 163 cas actifs.

Elle a indiqué que le nombre de cas hebdomadaires pour 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, au début de septembre, les chiffres ont diminué.

« Nous avons en fait constaté une diminution d'une semaine à l'autre, passant de 205 à 183 cas par

semaine à 122 cas 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, le nombre de cas de COVID-19 a diminué chez les enfants et les adolescents en Alberta

Source : CBC

Numéro d'identification : 1007913119

Les élèves de l'Alberta sont de retour en classe depuis quelques semaines maintenant et, jusqu'à maintenant, il n'y a pas eu d'augmentation des cas de COVID-19 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 jeunes de 10 à 19 ans affiche en fait une tendance à la baisse, alors qu'il est demeuré relativement stable chez les jeunes de cinq à neuf ans.

En même temps, beaucoup plus d'enfants et d'adolescents ont subi des tests de dépistage de la COVID-19 en septembre, comparativement au début de la pandémie.

Les cours en personne ont repris dans de nombreuses écoles de l'Alberta le 1^{er} septembre, tandis que d'autres ont accueilli les élèves plusieurs jours plus tard.

Depuis la reprise des cours, le médecin hygiéniste en chef, D^{re} Deena Hinshaw, a déclaré que les résultats hebdomadaires suivants ont été observés chez les jeunes âgés de 5 à 19 ans :

1^{re} semaine après la reprise des cours : 205 cas sur plus de 11 000 tests.

2^e semaine après la reprise des cours : 183 cas sur plus de 18 000 tests.

3^e semaine après la reprise des cours : 122 cas sur plus de 14 000 tests.

En examinant toutes les données sur la COVID-19 remontant au début de la pandémie, la D^{re} Hinshaw a remarqué que les taux d'infection chez les enfants d'âge scolaire reflétaient ce qui se passait dans la collectivité.

« Le nombre hebdomadaire de cas chez les jeunes de 5 à 19 ans a été le plus touché par les tendances de transmission dans la communauté, a déclaré la D^{re} Hinshaw.

Le sommet des cas chez les enfants d'âge scolaire est survenu en avril lorsque les cas de COVID-19, en général, étaient à leur plus haut.

Au cours d'une seule semaine en avril, 216 cas positifs ont été décelés parmi 2 257 tests chez des jeunes de 5 à 19 ans.

Je tiens à souligner ces chiffres non pas pour minimiser l'importance de la sécurité à l'école, mais plutôt pour souligner, encore une fois, l'importance de limiter la transmission dans la collectivité pour assurer le retour à l'école. »

Jeudi, a-t-elle reporté, il y avait des alertes ou des éclosions 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 précisé.

« Il y a 32 éclosions dans les écoles, dont sept qui ont probablement eu des transmissions à l'intérieur de l'école, avec au moins un cas, et quatre qui ont recensé 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.

Une déclaration d'éclosion « n'est pas un signe qu'une école n'est pas sécuritaire », a souligné la D^{re} Hinshaw, notant que la grande majorité des élèves qui sont atteints de la COVID-19, à ce jour, ont été infectés 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 la dernière tournée dans les bars à 23 h, ferme les bars de danseuses; 409 nouveaux cas en Ontario, 41 à Ottawa

Source : Ottawa Citizen

Numéro d'identification : 1007914450

L'Ontario établit à 23 h la dernière tournée dans les bars, ferme les bars de danseuses; 409 nouveaux cas en Ontario, 41 à Ottawa. Retour à la vidéo

À compter de samedi, les restaurants et les bars de l'Ontario devront cesser de vendre de l'alcool à 23 h et fermer leurs portes d'ici minuit, tandis que tous les clubs de danseuses devront fermer leurs portes.

La province a annoncé les nouvelles règles vendredi en réponse à l'augmentation du nombre de cas de COVID-19, notant que : « Les rassemblements sociaux privés continuent d'être une source importante de transmission dans de nombreuses collectivités locales, en plus de foyers d'écllosion dans les restaurants, les bars et d'autres établissements de restauration, y compris les bars de danseuses, les personnes de 20 à 39 ans étant les plus atteintes. »

Les établissements de restauration seront autorisés à continuer le service de commande pour emporter et de livraison après minuit.

« Je ne pense pas que ce soit la fin du monde que les gens arrêtent de boire à 11 heures et ferment à minuit, ce sont des mesures de précaution, a déclaré le premier ministre Ford lors d'une conférence de presse en après-midi. Ce ne sera pas pour toujours. »

Les entreprises et les autres organisations devront également « se conformer aux conseils, recommandations et instructions du 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 des limites plus strictes pour les rassemblements sociaux privés – 10 personnes à l'intérieur, 25 à l'extérieur – pour essayer de réduire la transmission de la COVID-19.

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

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

Le gouvernement de l'Ontario consacre 741 millions de dollars aux efforts visant à résorber le retard accumulé en matière d'interventions 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 au cas où une deuxième vague exigerait des ressources hospitalières importantes.

Cet investissement et les efforts qu'il soutient constituent un autre élément du plan de la province pour gérer une deuxième vague et les vagues suivantes de COVID-19, qui est révélé par tranches cette semaine.

L'investissement de 741 millions de dollars comprend jusqu'à 283,7 millions de dollars pour des « interventions chirurgicales prioritaires supplémentaires, notamment les interventions pour le cancer, les interventions cardiaques, les traitements chirurgicaux de la cataracte et les interventions orthopédiques »; des heures prolongées pour les IRM, les tomodensitogrammes et d'autres interventions; 1 349 lits d'hôpital supplémentaires et 139 lits de soins intensifs supplémentaires dans la province pour appuyer un plus grand nombre d'interventions chirurgicales; 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 sont utilisés pour accroître la capacité en soins de santé communautaires, y compris un accès élargi aux services d'urgence virtuels et aux rendez-vous préopératoires et postopératoires, et 100 millions de dollars pour des visites supplémentaires en soins infirmiers et en thérapie à domicile et en milieu communautaire, ainsi que pour des heures supplémentaires de PSSP.

Entre-temps, la ministre de la Santé, Christine Elliott, a déclaré vendredi qu'on a demandé aux principaux responsables de la santé de l'Ontario de reconsidérer la liste des symptômes qui empêcheraient les enfants d'aller à l'école en raison de la possibilité de transmission de la COVID-19.

Elle a reconnu que de nombreux enfants ont régulièrement le nez qui coule, par exemple, et que cela n'a rien à voir avec la COVID.

M^{me} Elliott a déclaré qu'elle s'attend à ce que les infirmières et infirmiers de la santé publique affectés au travail dans les écoles soient aussi en mesure d'aider à déterminer si les symptômes de l'enfant exigent en fait de rester à la maison et de subir des tests de dépistage de la COVID-19.

« Nous travaillons là-dessus maintenant, parce que nous reconnaissons certains des défis que cela pose dans notre système d'éducation », a déclaré la ministre Elliott.

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

Au cours des sept derniers jours, la croissance quotidienne des cas à l'échelle provinciale a atteint 478 et aussi peu que 335 nouveaux cas sur une période de 24 heures.

La ville de Toronto comptait 204 nouveaux cas vendredi, tandis que celle de Peel en comptait 66.

Un autre Ontarien est décédé après avoir contracté la COVID-19, portant le nombre de décès causés par la pandémie à 2 837.

Le nombre de cas actifs en Ontario est maintenant de 3 899. Cela comprend 87 personnes hospitalisées en raison de la COVID-19, dont 25 aux soins intensifs et 13 sous respirateurs.

Vendredi marque le lancement du test de dépistage de la COVID-19 pour les personnes asymptomatiques sur rendez-vous dans jusqu'à 60 pharmacies de l'Ontario, un nouveau modèle de test de dépistage annoncé par la province plus tôt cette semaine qui vise à fournir un « accès pratique et rapide » aux tests.

Publicité

Vous pouvez trouver la liste complète de ces pharmacies ici.

Local

Santé publique Ottawa a signalé 41 nouveaux cas vendredi, ce qui porte à 3 960 le nombre de cas depuis la déclaration de la pandémie.

Le total représente une baisse importante par rapport aux 9 nouveaux cas signalés mardi, la plus forte augmentation en un seul jour du nombre de cas à Ottawa depuis le début de la pandémie.

On compte 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 aux prises avec des éclosions de COVID-19 : Séraphin-Marion, une école primaire publique française et Louis-Riel, une école secondaire publique française. Les écoles ont enregistré deux cas parmi les élèves. Cela porte à sept le nombre total d'éclosions dans les écoles locales, tandis que 11 éclosions dans les garderies sont en cours.

Entre-temps, il y a maintenant 17 éclosions de COVID-19 dans les établissements de santé locaux et dans les habitations collectives, y compris une nouvelle éclosion dans la maison de retraite *Villagia in the Glebe*, où un employé a testé positif.

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 signalé aucun.

Selon une page Web provinciale faisant le suivi de la COVID-19 dans les écoles, 49 écoles à Ottawa ont maintenant au moins un cas actif.

Pour donner une nouvelle plus positive, l'école secondaire Fellowes de Pembroke rouvrira ses portes lundi après que le bureau de santé de la région ait déclaré qu'une éclosion à l'école était terminée, à compter de samedi. Le personnel et les étudiants n'auront plus à s'isoler.

L'ensemble de l'école a fermé ses portes la semaine dernière après que trois cas de COVID-19 ont été identifiés parmi le personnel – la première école de la province à le faire. En tout, il y a eu cinq cas à l'école (quatre membres du personnel et un élève) et quatre autres cas détectés grâce à la recherche des contacts.

« Deux semaines se sont écoulées depuis qu'une personne atteinte de la COVID-19 était à l'école, et je suis maintenant convaincu que l'école pourra reprendre ses activités en toute sécurité lundi », a déclaré le médecin hygiéniste par intérim du comté et du district de Renfrew, le Dr Robert Cushman, dans une déclaration préparée.

« Une fermeture rapide de l'école, suivie d'une recherche des contacts et de tests de dépistage agressifs, ainsi que d'un respect strict des directives de santé publique, ont réussi à contenir l'éclosion », souligne la déclaration.

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

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

Le CHEO, qui administre les tests de dépistage de la COVID-19 pour les enfants et les jeunes au centre d'évaluation de Brewer, a publié un gazouillis vendredi matin indiquant que sa capacité de tests sans rendez-vous pour la journée a été atteinte.

Québec

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

Cela fait partie des efforts du Québec pour briser la deuxième vague de COVID-19, a-t-il dit.

La province a déclaré 637 nouveaux cas de COVID-19, la plus importante hausse en une journée de la province 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'avait pas eu autant de personnes hospitalisées en raison de 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 décès demeure inchangé à 34.

Échelle nationale

Le gouvernement canadien a conclu une autre entente pour obtenir des doses d'un vaccin candidat contre la COVID-19 s'il s'avère efficace, dans ce cas-ci avec AstraZeneca, pour jusqu'à 20 millions de doses du vaccin sur lequel la société travaille avec l'Université d'Oxford, comme l'a annoncé le premier ministre vendredi.

Le premier ministre Trudeau a également annoncé que le Canada investit 440 millions de dollars supplémentaires dans une installation qui distribuera des doses de vaccin contre la COVID-19 partout dans le monde, y compris au Canada.

« Cette pandémie ne peut être résolue par un seul pays, car pour éliminer le virus à un endroit, nous devons l'éliminer partout », a déclaré M. Trudeau.

Il y a maintenant des cas actifs de COVID-19 dans toutes les provinces du Canada, a souligné M. Trudeau, qui a exhorté tous les Canadiens à suivre les lignes directrices en matière de santé publique et à télécharger l'application Alerte COVID.

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

Ces derniers jours, le premier ministre de l'Ontario, Doug Ford, et d'autres intervenants ont demandé à Santé Canada d'accélérer l'étude de solutions de « dépistage rapide », y compris les tests de salive qui sont moins invasifs et plus rapides que les prélèvements 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, au moyen d'une technologie plus rapide qui peut produire des résultats en quelques minutes seulement.

M. Trudeau a répété les déclarations de la ministre de la Santé, Patty Hajdu, selon lesquelles son ministère n'est pas convaincu que les systèmes de dépistage soumis pour approbation donnent des résultats suffisamment précis.

La D^{re} Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, a ajouté que certaines des solutions semblaient prometteuses dans les laboratoires, mais qu'elles ne fonctionnaient pas correctement « dans le monde réel ».

Jeudi, le gouvernement a présenté un projet de loi visant à mettre en place un régime d'assurance-emploi plus généreux et plus souple, ainsi que la création de trois nouvelles prestations temporaires pour aider ceux 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 une entente pour obtenir 20 millions de doses du vaccin candidat contre le coronavirus de l'Université d'Oxford

Source : globalnews

Numéro d'identification : 1007915191

Trudeau annonce une entente avec AstraZeneca pour 20 millions de doses de vaccin si les essais sont couronnés de succès

Le premier ministre Justin Trudeau affirme que le Canada a conclu une entente pour obtenir jusqu'à 20 millions de doses d'un autre vaccin contre le coronavirus.

Le vaccin est mis au point par AstraZeneca et l'Université d'Oxford.

Il s'agit de l'un des nombreux vaccins potentiels pour lesquels le gouvernement a signé des ententes d'approvisionnement en cas de succès.

Des ententes ont déjà été conclues avec de grandes sociétés pharmaceutiques, dont Sanofi, GlaxoSmithKline, Pfizer, Moderna, Johnson & Johnson et Novavax.

« Les Canadiens doivent avoir accès à un vaccin sûr et efficace contre la COVID-19 le plus rapidement possible, peu importe où il a été mis au point », a déclaré M. Trudeau lors d'une conférence de presse à Ottawa vendredi.

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

Le Canada versera 440 millions de dollars au Mécanisme d'accès mondial au vaccin contre la COVID-19, connu sous le nom de 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 plus riches de mettre en commun leurs fonds pour aider les pays à faible et à moyen revenu d'obtenir des doses également.

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

En adhérant au programme, le Canada pourra contribuer à faire en sorte que le vaccin retenu soit distribué « rapidement et équitablement » partout dans le monde, selon le premier ministre.

« Cette pandémie ne peut être résolue par un seul pays, car pour éliminer le virus à un endroit, nous devons l'éliminer partout », a-t-il déclaré.

<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

Numéro d'identification unique : 1007915122

Les 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 devraient se réunir au Dundas Square de Toronto entre 12 h et 15 h (heure locale). Des centaines d'autres personnes devraient se rassembler à Edmonton devant l'immeuble de l'Assemblée législative de l'Alberta entre 13 h et 15 h, tandis que des manifestations à Saskatoon auront lieu au parc Kiwanis entre 14 h et 17 h.

Il faut s'attendre à une présence policière accrue et à des perturbations localisées du transport à proximité de toute manifestation.

On conseille aux citoyens de Toronto, d'Edmonton et de Saskatoon de surveiller la situation, de prévoir les perturbations du transport et de respecter toutes les instructions émises par les autorités locales.

Avis de droit d'auteur et avis de non-responsabilité

GardaWorld est le propriétaire ou le titulaire de licence de tous les droits de propriété intellectuelle contenus dans les documents présentés sur le présent site Web. Tous ces droits sont réservés.

L'utilisation du présent site Web et de son matériel est assujettie aux Conditions d'utilisation et, par conséquent, vous ne devez pas utiliser le contenu du présent site Web à des fins commerciales ou à d'autres fins analogues sans notre consentement, y compris, mais sans s'y limiter, tout lien profond ou cadre pour copier, distribuer, afficher ou surveiller toute partie du site Web. Si vous avez des questions ou souhaitez distribuer du contenu du présent site Web, communiquez avec nous pour en savoir plus.

<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 en matière de communication (représentants gouvernementaux et médias)

États-Unis

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

Source : CDC

Extrait

Du Bureau du médecin hygiéniste en chef, Réponse à la COVID-19 du CDC, et de la bibliothèque du CDC, Atlanta (GA). Destiné à être utilisé par les professionnels de la santé publique qui répondent à la pandémie de COVID-19.

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

EXAMINÉ PAR DES PAIRS

[Association of daily wear of eyeglasses with susceptibility to coronavirus disease 2019 infection external icon disease 2019 infection](#). Zeng et coll. *JAMA Ophthalmology* (16 septembre 2020).

Principales constatations :

- Un examen de 276 patients atteints de la COVID-19 a révélé que 16 d'entre eux (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 de 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 chez 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 pendant plus de 8 heures par jour (portant des lunettes pendant une période prolongée) a été comparée à la proportion régionale de personnes atteintes de myopie d'une étude menée en 1985 auprès d'étudiants âgés de 7 à 22 ans qui, en 2020, constituaient une cohorte de comparaison selon l'âge. *Limites* : Étude par un centre unique avec échantillon de petite taille; comparaison avec l'étude précédente sur les jeunes plutôt qu'avec un groupe de comparaison contemporain apparié selon l'âge.

Conséquences : La question de savoir si le SRAS-CoV-2 est transmis 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, mais, comme l'indique une [icône éditoriale externe](#) qui l'accompagne, il faut être prudent, car l'association peut ne pas impliquer de causalité, et des données supplémentaires sont nécessaires pour confirmer cette constatation.

[Case-control study of use of personal protective measures and risk for severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 infection, Thailand](#). Doung-Ngern et coll. *Emerging Infectious Diseases* (14 septembre 2020).

Principales constatations :

- Sur 1 050 personnes dans trois grappes, 211 (20,1 %) ont obtenu un résultat positif au test de dépistage du SRAS-CoV-2 et ont été classées comme des cas, tandis que 839 (79,9 %) n'ont jamais obtenu de résultats positifs et ont été classées comme témoins (figure).
- L'analyse multivariable a montré des rapports de faible probabilité pour le développement de la COVID-19 chez les personnes qui ont maintenu une distance de 1 m d'un contact (RCA = 0,15, IC à 95 %, 0,04 – 63) et qui se sont fréquemment lavé les mains (RCA = 0,33, IC à 95 %, 0,13 – 0,87) (figure).
 - Toujours porter un masque était une mesure de protection plus efficace que porter un masque de temps à autre (RCA = 0,23, IC à 95 %, 0,09 – 60 par rapport à RCA = 0,78, IC à 95 %, 0,41 – 1,84, respectivement).

Méthodologie : Étude rétrospective cas-témoin de 1 050 personnes asymptomatiques dans 3 grands foyers de COVID-19 en Thaïlande entre mars et avril 2020. Les personnes qui ont été en contact avec des patients de l'indice COVID-19 ont été interrogées sur le port du masque, l'éloignement social et l'hygiène des mains. **Limites** : L'analyse effectuée à partir de trois milieux pourrait ne pas être généralisable; les rapports de cotes estimés étaient fondés sur le contact déclaré avec le cas primaire de l'indice et n'évaluaient pas la probabilité d'avoir un contact avec d'autres personnes infectées; seulement 89 % des témoins définis ont été testés et le reste aurait pu être des résultats positifs et confus.

Conséquences : Cette analyse appuie les recommandations relatives au port constant et correct du masque, à l'éloignement physique approprié et au lavage des mains afin de réduire le risque d'infection par le SRAS-CoV-2.

[Epidemiological and clinical findings of short-term recurrence of SARS-CoV-2 RNA PCR positivity in 1282 discharged COVID-19 cases: A multi-center, retrospective, observational study](#)external icon. Chen et coll. *Open Forum Infectious Diseases* (13 septembre 2020).

Principales constatations :

- 189 patients (14,7 %) ayant reçu leur congé ont de nouveau obtenu un résultat positif au test de dépistage de l'ARN du SRAS-CoV-2.
- De ces patients, 90,5 % ont obtenu un nouveau résultat positif dans les 15 jours suivant le congé (figure 1).
- Comparativement aux patients qui n'ont pas eu un nouveau résultat positif, les patients qui ont eu un nouveau résultat positif étaient plus susceptibles d'avoir moins de 40 ans (63,5 % par rapport à 40,4 %, $p < 0,001$), avaient des symptômes plus modérés au départ (95,8 % par rapport à 84,4 %, $p < 0,001$), étaient moins susceptibles de déclarer des comorbidités (11,1 % par rapport à 22,7 %, $p < 0,001$), et la durée médiane de l'hospitalisation primaire était plus courte (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 n'avaient aucun symptôme.
- Parmi les patients qui ont eu un nouveau résultat positif, 87,8 % ont eu un résultat négatif à la suite du nouveau résultat positif dans les 20 jours suivant la réadmission à l'hôpital (médiane de 8 jours) (figure 2).
- Aucun contact étroit de patients qui ont eu un nouveau résultat positif n'a donné lieu à des symptômes et tous les résultats ont été négatifs pour le SRAS-CoV-2.

Méthodologie : Étude observationnelle rétrospective portant sur 1 282 patients atteints de la COVID-19 qui ont reçu leur congé de 32 hôpitaux en Chine entre le 14 janvier et le 10 mars 2020 et qui ont été suivis pendant 28 jours. Tous les patients atteints de la COVID-19 ont reçu leur congé après deux tests négatifs consécutifs par RT-PCR et ont ensuite subi des tests au moins une fois par semaine et ont signalé des symptômes quotidiennement, conformément à la politique provinciale. **Limites** : Le génotypage viral n'a pas été effectué; le petit nombre de contacts étroits peut ne pas être suffisant pour examiner le risque de transmission des patients de nouveau positifs.

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

[Projected health-care resource needs for an effective response to COVID-19 in 73 low-income and middle-income countries: A modelling study](#), external icon Tan-Torres Edejer et coll.. *Lancet Global Health* (9 septembre 2020).

Principales constatations :

- Dans un exercice de modélisation, les enquêteurs ont constaté que les principaux facteurs de coût pour une intervention efficace contre la COVID-19 étaient la gestion de cas (52 %), le maintien des services essentiels (21 %), l'intervention rapide et l'enquête de cas (14 %) et la prévention et le 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 (\$ US) pour le scénario du statu quo, de 33 milliards de dollars pour le scénario de diminution de 50 % de la transmission et de 62 milliards de dollars pour le scénario d'augmentation de 50 % de la transmission (figure).
- À 12 semaines, selon le scénario de diminution de 50 % de la transmission, les coûts devraient être équivalents aux coûts du scénario du statu quo de 4 semaines.
- Selon le scénario du statu quo ou le scénario d'augmentation de la transmission, les coûts devraient tripler par rapport aux coûts de 4 semaines (figure).

Méthodologie : Modèle d'analyse des coûts de préparation stratégique et d'intervention à la COVID-19 dans 73 pays à faible revenu et à revenu moyen à deux périodes : base de référence de 4 semaines (juin 2020 à juillet 2020) et de 12 semaines (juillet 2020 à septembre 2020) selon trois scénarios concernant la transmission (statu quo, augmentation de 50 %, diminution de 50 %). Les coûts comprenaient les coûts des laboratoires et des établissements de santé, de l'équipement de protection individuelle, des fournitures de diagnostic, des produits pharmaceutiques et les coûts de main-d'œuvre. *Limitations* : Seuls les coûts assumés par le secteur des soins de santé ont été inclus; les coûts de quarantaine et d'isolement pour les cas de COVID-19 légers à modérés n'ont pas été inclus; les analyses de sensibilité ont été limitées à des changements de 50 % dans la transmission.

Conséquences : Les coûts d'intervention 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 soutenir l'intervention. Les coûts des services de gestion de cas étaient les principaux facteurs des coûts d'intervention à la COVID-19 dans les pays à revenu faible et intermédiaire.

EXAMEN PAR DES PAIRS

[A. Associations of type 1 and type 2 diabetes with COVID-19 related mortality in England: A whole-population study](#), external icon Barron et coll. *Lancet Diabetes & Endocrinology* (13 août 2020).

Principales constatations :

- Les personnes diabétiques représentent 5,2 % de la population en Angleterre, mais elles représentaient 33,6 % (7 867/23 698) de tous les décès liés à la COVID-19.
- On a établi un lien indépendant entre le diabète de type 1 et le diabète de type 2 et l'augmentation de la probabilité de décès attribuable à la COVID-19 après ajustement en fonction de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, de la situation socioéconomique et de la région : RCA du diabète de type 1 = 3,51 (IC à 95 % 3,16 – 3,90), RCA du diabète de type 2 = 2,03 (IC à 95 % 1,97 – 2,09).
- Il y avait un lien étroit entre le décès 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 de l'ensemble de la population portant sur le risque de décès à l'hôpital lié à la COVID-19 associé au diabète en Angleterre du 1^{er} mars au 11 mai 2020 chez toutes les personnes inscrites à un cabinet de médecine générale. *Limites* : Comme le résultat était un décès à l'hôpital, le lien entre le diabète et la mortalité causée par la COVID-19 a probablement été sous-estimé.

[B. Risk factors for COVID-19-related mortality in people with type 1 and type 2 diabetes in England: A population-based cohort study](#), external icon. Holman et coll. *Lancet Diabetes & Endocrinology* (13 août 2020).

Principales constatations :

- Au début de 2020, le nombre de décès chez les personnes atteintes de diabète de type 1 et de type 2 a augmenté de 50,9 % et de 64,3 % respectivement, comparativement 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 qui étaient liés à la COVID-19.
- Les facteurs contribuant à un risque accru de mortalité comprennent l'IMC, la fonction rénale et le contrôle de la glycémie.

Méthodologie : Étude de cohorte fondée sur la population et analyse de la 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 chez les personnes diabétiques 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 pour les 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 pourrait faire partie de [l'étude de Barron et coll. icône externe](#), résumée ci-dessus.

Conséquences pour les deux études (Barron et coll. & Holman et coll.) : Au cours de la pandémie de COVID-19, le diabète a été associé à un risque accru de décès, principalement attribuable à la COVID-19. Toutefois, les taux de mortalité des diabétiques non atteints de la COVID-19 ont aussi 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 il a été mentionné dans l'article [COVID-19 and diabetes: a co-conspiracy icône externe](#), un mauvais contrôle de la glycémie nuit à l'immunité de l'hôte et a été associé à des infections en général et à des résultats pires avec la COVID-19. Aider les personnes atteintes de diabète à prendre efficacement en charge leur santé pendant la pandémie est une mesure importante pour aider à atténuer les effets de l'infection par le SRAS-CoV-2.

EXAMINÉ PAR DES PAIRS

[Pediatric lung imaging features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. icône externe](#) Nino et coll. *Pediatric Pulmonology* (14 septembre 2020).

Principales constatations :

- Parmi les patients pédiatriques atteints de la COVID-19, 35,7 % ont subi une tomodensitométrie thoracique normale.
- Les résultats les plus courants de la TDM thoracique chez les patients pédiatriques atteints de la COVID-19 étaient une hyperdensité en verre dépoli de 37,2 %, (IC à 95 %, 29,3 % – 45 %), des infiltrations ou des condensations pneumoniques de 22,3 % (IC à 95 %, 17,8 % – 9 %) et une aggravation bilatérale de 27,7 % (IC à 95 %, 19 % – 35,6 %) (tableau).
- Les caractéristiques typiques de l'imagerie pulmonaire des infections virales dans la population pédiatrique, comme les marquages périhilaires et l'hyperinflation, n'étaient pas présentes chez les patients pédiatriques atteints de la COVID-19.

Méthodologie : Une méta-analyse de 29 études, dont 1 026 enfants de 0 à 18 ans atteints du SARS-CoV-2 confirmé par RT-PCR, pour obtenir les résultats de tomodensitométrie thoracique regroupés. *Limites* : La variation des pratiques de déclaration des TDM aurait pu avoir une incidence sur les résultats; une seule base de données a été incluse dans la recherche systématique, ce qui a limité l'inclusion d'études internationales; aucune évaluation du risque de biais n'a été effectuée; les auteurs n'ont pas décrit les méthodes de transformation ou de synthèse des données.

Conséquences : Les anomalies de TDM dans la population pédiatrique atteinte de la COVID-19 sont différentes des images pulmonaires typiques d'infections respiratoires virales. Comparativement aux adultes, les enfants atteints de la COVID-19 présentaient une plus grande variabilité des résultats de la TDM et avaient, plus souvent, une TDM thoracique normale.

Note : Adapté de Nino et coll. Comparaison entre les résultats de TDM les plus courants chez les enfants et les adultes. Demande de permission en cours.

[Convalescent plasma treatment of severe COVID-19: A propensity score–matched control study. external icon](#) Liu et coll. *Nature Medicine* (15 septembre 2020).

Principales constatations :

- Moins de patients ayant reçu du plasma de convalescence (PC) sont décédés (5 sur 39, 12,8 %) que les témoins appariés (38 sur 156, 24,4 %).
- On a établi un lien entre le PC et l'amélioration de la survie chez les patients qui n'ont pas été intubés (RR = 0,23; IC à 95 %, 0,05 – 98, p = 0,046), qui ont eu des symptômes pendant moins d'une semaine (RR = 0,33; IC à 95 %, 0,11 – 0,93, p = 0,035) ou qui ont reçu un anticoagulant (RR = 0,28; IC à 95 %, 0,10 – 0,80, p = 0,018).
- Les patients qui ont été intubés n'ont montré aucune amélioration de la survie (RR = 0,79; IC à 95 %, 0,22 – 79, p = 0,716).
- Les taux de survie se sont améliorés chez les patients ayant reçu du PC comparativement aux patients du groupe témoin (RR = 0,34; IC à 95 %, 0,13 – 0,89, p = 0,027).

Méthodologie : Étude rétrospective cas-témoins analysant l'efficacité du traitement au PC chez les patients hospitalisés à l'Hôpital Mount Sinai présentant des symptômes graves de COVID-19 entre le 24 mars et le 8 avril 2020. L'analyse avec appariement par score de propension a été effectuée à partir des données de référence, jusqu'au jour de la transfusion de PC et à partir du jour de la transfusion de PC pendant les soins. **Limites** : Ne peut exclure la possibilité que les bénéficiaires de PC aient bénéficié d'une gestion clinique plus affirmée.

Conséquences : Les résultats de séries de cas non randomisés comme celle-ci suggèrent un avantage du PC chez certains patients; des données de grande qualité provenant d'essais contrôlés randomisés sont nécessaires pour confirmer ces résultats.

Figure :

[Redimensionner icône Agrandir](#)

Remarque : Modifié de Liu et coll. 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 un IC à 95 %. Reproduit avec la permission du Springer Nature Customer Service Centre GmbH : Springer Nature, *Nature Medicine*. Liu et coll. Convalescent plasma treatment of severe COVID-19: a propensity score-matched control study. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-1088-9>, DROIT D'AUTEUR 2020.

EXAMEN PAR DES PAIRS

[Detection and infectivity potential of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 \(SARS-CoV-2\) environmental contamination in isolation units and quarantine facilities](#) **external icon**. Ben-Shmuel et coll. *Microbiologie clinique et infection* (9 septembre 2020).

Principales constatations :

- À température ambiante, le SRAS-CoV-2 a perdu son infectiosité sur les surfaces inoculées non poreuses au jour 4, et le taux de décomposition virale a augmenté à des températures plus élevées (figure).
- L'ARN viral a été détecté dans 46 % (45 sur 97) des échantillons environnementaux de surface et d'air provenant de trois établissements abritant des patients atteints de la COVID-19; aucun des échantillons ne contenait de SRAS-CoV-2 infectieux.

Méthodologie : Les surfaces en plastique et en métal ont été inoculées avec le virus et l'infectiosité a été évaluée à des températures et à des moments variables. Des échantillons d'air et de surface ont été prélevés dans deux salles d'isolement pour la COVID-19 d'un hôpital et dans un établissement de quarantaine d'un hôtel en Israël. La méthode RT-PCR a identifié l'ARN viral et le test cytopathique Vero E6 a évalué l'infectiosité. **Limites** : Lors de l'échantillonnage dans les salles, il se peut que certains patients n'aient pas excrété de virus viable; il se peut que de très faibles niveaux de virus viable n'aient pas été détectés; les restes de matériel de nettoyage de surface et de désinfectants peuvent avoir inactivé le virus; petit échantillon.

Conséquences : L'absence de SRAS-CoV-2 infectieux détecté à partir d'échantillons prélevés dans des établissements de soins de santé suggère que la contamination environnementale joue un rôle mineur dans la propagation de l'infection dans ce contexte. Le personnel devrait prioriser le renforcement des mesures de prévention pour interrompre la transmission directe de personne à personne et par gouttelettes.

Note : Tiré de Ben-Shmuel et coll. **A** : Reduction in SARS-CoV-2 titers over time (days) at 22°C (room temperature) following inoculation on **plastic** and **metal**. **B** : Reduction in SARS-CoV-2 titers over time

(minutes) at (40°C, 50°C, 60°C, 70°C) following inoculation on plastic. Autorisé en vertu de CC-BY-NC-ND.

https://www.cdc.gov/library/covid19/092520_covidupdate.html

COVIDView :

Résumé hebdomadaire des activités de surveillance de la COVID-19 aux États-Unis

Mise à jour le 25 septembre 2020

Extrait

[Téléchargez 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 de diminuer ou sont demeurés stables (changement de $\leq 0,1$ %); cependant, trois régions ont signalé une augmentation du pourcentage de spécimens testés positifs pour le SRAS-CoV-2, le virus causant la COVID-19, et l'une de ces régions a également fait état d'une augmentation du pourcentage de visites pour un syndrome d'allure grippale (SAG) et des maladies semblables à la COVID (MSC) aux services d'urgence (SU). La mortalité attribuée à la COVID-19 a diminué, mais demeure supérieure au seuil de l'épidémie.

Virus

Laboratoires de santé publique, commerciaux et cliniques

À l'échelle nationale, le pourcentage de spécimens des voies respiratoires testés positifs pour le SRAS-CoV-2 a diminué, passant de 5,1 % au cours de la semaine 37 à 4,8 % au cours de la semaine 38. Les pourcentages nationaux de spécimens testés positifs pour le SRAS-CoV-2 selon le type de laboratoire sont énumérés.

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

Consultations externes et visites aux services d'urgence

Réseau de surveillance de consultations externes pour syndrome d'allure grippale (ILINet) et Programme national de surveillance syndromique (NSSP)

Deux réseaux de surveillance sont utilisés pour suivre les consultations externes ou les visites aux services d'urgence (SU) pour des maladies présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19.

- À l'échelle nationale, l'activité de SAG demeure inférieure au niveau de référence pour la 23^e semaine consécutive et atteint des niveaux typiques pour cette période de l'année.
- À l'échelle nationale, le pourcentage de visites pour SAG déclarées par les participants à l'ILINet et le pourcentage de visites pour des maladies semblables à la COVID (MSC) signalées au NSSP sont demeurés stables (variation de 0,1 %) à la semaine 38 comparativement à la semaine 37.
- Les changements récents dans les comportements de recherche de soins de santé, y compris l'utilisation accrue de la télémédecine, les recommandations visant à limiter les visites aux SU aux maladies graves et l'augmentation de la distanciation physique, ont probablement une incidence sur les deux réseaux, ce qui rend difficile de tirer des conclusions à ce moment-ci. Le suivi de ces systèmes à l'avenir donnera un aperçu supplémentaire des maladies liées à la COVID-19.

Maladie grave

Hospitalisations

Les taux cumulatifs d'hospitalisations associées à la COVID-19 depuis le 1^{er} mars 2020 sont mis à jour chaque semaine. Le taux cumulatif global d'hospitalisations associées à la COVID-19 est de 174,8 pour 100 000, les taux les plus élevés étant observés chez les personnes 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 du certificat de décès, le pourcentage de décès attribuables à la pneumonie, à la grippe ou à la COVID-19 (PGC) pour la semaine 38 est de 6,6 %. À l'heure actuelle, ce pourcentage est inférieur à celui de la semaine 37 (9,8 %); toutefois, le pourcentage demeure supérieur au seuil de l'épidémie et augmentera probablement à mesure que davantage de certificats de décès seront traités.

Toutes les données sont préliminaires et pourraient changer à mesure que d'autres rapports sont reçus. Une description des systèmes de surveillance résumés dans COVIDView, y compris la méthodologie et une description détaillée de chaque composant de données, est disponible à la page sur les [méthodes de surveillance](#).

Principaux points

- À l'échelle nationale, depuis la mi-juillet, il y a eu une tendance générale à la baisse du pourcentage de spécimens testés positifs pour le SRAS-CoV-2 et une tendance à la baisse ou à la stabilité (changement de 0,1 %) du pourcentage de visites pour SAG et MSC; cependant, il y a eu une certaine variation régionale.
- En utilisant les données combinées des trois types de laboratoires, le pourcentage national de spécimens des voies respiratoires testés positifs pour le SRAS-CoV-2 avec un essai moléculaire a diminué de 5,1 % au cours de la semaine 37 à 4,8 % au cours de la semaine 38.
- À l'échelle régionale, le pourcentage de spécimens des voies respiratoires testés positifs pour le SRAS-CoV-2 a augmenté dans les régions 7 (Centre), 8 (Montagne) et 10 (Nord-Ouest du Pacifique) et a diminué ou est demeuré stable dans les sept autres régions.
- Le pourcentage le plus élevé de spécimens testés 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 consultations externes ou de visites aux services d'urgence chez les fournisseurs d'ILINet pour les SAG est inférieur au niveau de référence à l'échelle nationale et dans les 10 régions du pays.
- Comparativement à la semaine 37, le pourcentage de visites pour SAG au cours de la semaine 38 est demeuré stable à l'échelle nationale et a diminué ou était stable (changement de $\leq 0,1$ %) dans les 10 régions.
- À l'échelle nationale, le pourcentage de visites aux SU pour MSC et SAG est demeuré stable (variation de 0,1 %) à la semaine 38 comparativement à la semaine 37. Il s'agit de la dixième semaine consécutive d'un pourcentage décroissant ou stable de visites pour MSC et SAG.
- La région 8 (Montagne) a signalé une augmentation du pourcentage de visites pour MSC et SAG à la semaine 38 comparativement à la semaine 37. Les neuf autres régions ont déclaré un pourcentage stable (variation de $\leq 0,1$ %) ou en baisse.
- Le taux cumulatif global d'hospitalisations associées 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 des personnes de 50 à 64 ans (261,5 pour 100 000).
- De la semaine se terminant le 1^{er} 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 la même période, les taux hebdomadaires sont demeurés stables pour les groupes d'âge pédiatrique. Les données pour les semaines les plus récentes peuvent changer à mesure que d'autres admissions sont signalées au cours de ces semaines.
- Les taux d'hospitalisation ajustés selon l'âge des personnes hispaniques ou latines et des personnes noires non hispaniques étaient environ 4,6 fois plus élevés que ceux des personnes blanches non hispaniques. Le taux d'hospitalisation ajusté selon l'âge des personnes amérindiennes ou autochtones de l'Alaska non hispaniques était environ 4,5 fois plus élevé que celui des personnes blanches non hispaniques.
- Selon les données des certificats de décès, le pourcentage de décès attribuables à la pneumonie, à la grippe ou à la COVID-19 (PGC) pour la semaine 38 était de 6,6 %, ce qui était inférieur au pourcentage de la semaine 37 (9,8 %), mais supérieur au seuil de l'épidémie. Ces pourcentages augmenteront probablement à mesure que les certificats de décès seront traités.
- Tous les systèmes de surveillance visent à fournir les données les plus complètes disponibles. Les estimations des semaines précédentes peuvent changer à mesure que les données sont mises à jour avec les données les plus complètes disponibles.

Surveillance virologique aux États-Unis

Le nombre de spécimens testés pour le SRAS-CoV-2 à l'aide d'un essai moléculaire et déclarés au CDC par des laboratoires de santé publique et un sous-ensemble de laboratoires cliniques et commerciaux aux États-Unis est résumé ci-dessous. Tous les laboratoires exécutent des fonctions de diagnostic primaires; par conséquent, le pourcentage de spécimens testés positifs dans tous les types de laboratoires peut être utilisé pour surveiller les tendances globales de l'activité de COVID-19. À mesure

que l'éclosion progresse, il est possible que différents types de laboratoires jouent différents rôles, et l'interprétation des données pourrait devoir changer.

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

États-Unis

Mise à jour sur la maladie à coronavirus (COVID-19) : Récapitulatif quotidien, le 25 septembre 2020

Source : FDA

Pour diffusion immédiate :

Le 25 septembre 2020

La Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a continué de prendre des mesures en réponse à la pandémie de COVID-19 :

- La FDA a publié une mise à jour du [sommaire de la réponse de la FDA à la COVID-19](#), qui donne un aperçu des faits, des chiffres et des points saillants des efforts d'intervention de l'agence.
- Mises à jour des tests :
 - À ce jour, la FDA a autorisé 255 tests dans le cadre d'une autorisation d'utilisation d'urgence, dont 204 tests moléculaires, 47 tests d'anticorps et 4 tests d'antigènes.

La FDA, qui relève du département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, protège la santé publique en assurant la sécurité, l'efficacité et la sûreté des médicaments à usage humain et vétérinaire, des vaccins et autres produits biologiques à usage humain et des instruments médicaux. L'agence est également responsable de la salubrité et de la sécurité des aliments, des cosmétiques, des suppléments alimentaires, des produits qui émettent un rayonnement électronique 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 du directeur général de l'OMS lors du point de 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 moyen.*
- *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 (USD). 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 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 échanges commerciaux et les voyages mondiaux ont déjà fait des ravages.

L'économie mondiale devrait se contracter de plusieurs billions de dollars américains cette année. Beaucoup de pays ont investi 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.

Le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (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 moyen.

Le rapport de situation publié aujourd'hui montre qu'en seulement cinq mois, l'Accélérateur ACT a fait des progrès remarquables. Le secteur des 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 l'intermédiaire 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 USD. 35 milliards USD, c'est beaucoup d'argent. 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 USD, 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, 15 milliards 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 Conseil directeur de l'OPS pour discuter des priorités en matière de santé

25 septembre 2020

Les autorités sanitaires discuteront de la réponse de la région à la pandémie de COVID-19 et à d'autres défis les 28 et 29 septembre. Le président de la Colombie, Ivan Duque, et la première ministre de la Barbade, Mia Mottley, sont au nombre des représentants qui doivent lancer l'événement virtuel.

Washington, D.C., le 25 septembre 2020 (OPS/OMS) – Les ministres de la Santé et d'autres autorités supérieures des pays et des territoires se réuniront virtuellement les 28 et 29 septembre 2020 pour s'attaquer aux problèmes de santé critiques auxquels est confrontée la région des Amériques avec la pandémie de COVID-19 au 58^e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS).

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

Le ministre de la Santé du Costa Rica, Daniel Salas, et le secrétaire du département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, Alex Azar, y participeront également. Le directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, Tedros Adhanom Ghebreyesus, livrera un message lors de l'événement. La cérémonie d'ouverture du Conseil directeur commencera à 9 h HNE (Washington D.C.) et sera diffusée en [direct](#).

Les discussions porteront principalement sur la réponse des pays à la pandémie de COVID-19 et sur l'incidence 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) fera également l'objet de discussions.

La directrice de l'OPS présentera son rapport annuel pour 2019, en mettant l'accent sur les progrès réalisés dans un éventail de stratégies et de mesures de coopération technique. Le rapport reflète également les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les gains en santé de longue date de la région, et ceux-ci pourraient être à risque pour l'avenir, y compris dans des domaines comme les programmes d'immunisation, la résilience des systèmes de santé et les progrès réalisés dans le domaine des maladies transmissibles. **Les domaines d'importance émergente de la pandémie, comme la santé mentale, les maladies non transmissibles et la santé numérique, sont tout aussi importants.**

Les participants au Conseil directeur discuteront également des réalisations de la région en matière de santé de 2014 à 2019, dans le cadre d'un examen du plan stratégique de l'OPS pour ces années, des finances de l'OPS et des priorités des programmes, entre autres sujets.

Le débat virtuel des administrateurs du Conseil directeur sur deux jours sera diffusé en direct à l'adresse suivante : <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 en matière de santé, et établir des priorités pour la coopération technique et la collaboration internationale.

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

Annnonce du RSI

Mesures de santé supplémentaires relatives à l'écllosion de COVID-19

Annnonce affichée à partir de : vendredi 25 septembre 2020 – 19 h 11

Déclarations officielles par les États membres au Règlement sanitaire international (2005) (RSI)

Le 30 janvier 2020, le directeur général a déterminé que l'écllosion du virus 2019-nCoV constituait une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) et a émis des recommandations temporaires [1]. Le 11 mars 2020, le directeur général a qualifié la situation de la COVID-19 de pandémie [2]. À la suite de la 4^e réunion du 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 membres :

Partager avec l'OMS les informations sur les meilleures pratiques, y compris les examens tout au long de la crise; appliquer les enseignements tirés de l'expérience des pays qui réussissent à remettre en marche leurs sociétés (y compris grâce à la réouverture des entreprises et des écoles et à la reprise d'autres services) et à minimiser la recrudescence de la COVID-19.

Soutenir les organisations multilatérales régionales et mondiales et encourager la solidarité mondiale dans le cadre de la riposte à la COVID-19.

Renforcer l'engagement et le leadership politiques à l'égard des stratégies nationales et des interventions locales fondées sur des éléments scientifiques, des données et l'expérience, et les soutenir; associer tous les secteurs à la lutte contre les répercussions de la pandémie.

Continuer d'augmenter les capacités dans les domaines de la surveillance sanitaire, du dépistage et de la recherche des contacts.

Partager rapidement avec l'OMS les informations et les données sur l'épidémiologie et la gravité de la COVID-19, sur les mesures d'intervention et sur les flambées concomitantes de maladies, par le biais de plateformes telles que le Système mondial de surveillance de la grippe et de riposte.

Renforcer la participation des collectivités, donner aux particuliers les moyens d'agir et établir des liens de confiance en s'attaquant à la désinformation et aux fausses informations et en fournissant des orientations, des justifications et des ressources clairement définies pour que les mesures sociales et de santé publique soient acceptées et mises en œuvre.

Participer au dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT), participer à des essais pertinents et préparer l'introduction efficace et sans danger de vaccins et de moyens thérapeutiques.

Mettre en œuvre des mesures et des conseils appropriés et non disproportionnés concernant les voyages, en se fondant sur des évaluations des risques, les mettre à jour régulièrement et partager des informations avec l'OMS à ce sujet; mettre en œuvre les capacités nécessaires, y compris aux points d'entrée, pour atténuer les risques potentiels de transmission internationale de la COVID-19 et pour faciliter la recherche des contacts à l'échelle internationale.

Maintenir les services de santé essentiels grâce à des financements, des fournitures et des ressources humaines en quantités suffisantes; préparer les systèmes de santé à faire face à la grippe saisonnière, aux flambées concomitantes d'autres maladies et aux catastrophes naturelles.

Conformément aux dispositions de l'article 43, l'OMS partage les informations officiellement communiquées à l'OMS par les États membres et, depuis le 12 mars 2020, des informations également publiées sur les sites Web des gouvernements des pays afin de réduire l'écart entre les informations communiquées par le biais du mécanisme du RSI et celles publiées par les pays sur des sources officielles.

En date du 25 septembre 2020, aucun nouvel État membre n'avait fait rapport sur des mesures de santé supplémentaires qui entravent considérablement le trafic international depuis la dernière annonce publiée le 18 septembre 2020. Au total, 194 des 196 États membres ont produit des rapports à ce jour, et le Mexique et le Nicaragua n'ont déclaré aucune mesure.

De plus, 24 pays ont fourni des mises à jour sur leurs mesures précédemment mises en œuvre. La répartition par région 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 fournissent plus de détails sur les mesures. L'information est divisée par région, cumulative depuis le début des mises à jour de l'EIE sur les mesures relatives aux voyages et par pays en ordre alphabétique. Le texte surligné en rouge représente les mises à jour de l'EIE publiées précédemment.

Tableau 1. États membres qui ont fourni à l'OMS des rapports officiels sur les mesures sanitaires supplémentaires qui entravent considérablement le trafic international en vertu de l'article 43 du RSI (2005) en date du 18 septembre 2020

Publication de l'EIE. 2020	Bureau régional pour l'Afrique (AFRO)	Bureau régional pour les Amériques (AMRO)	Bureau régional pour la Méditerranée de l'Est (EMRO)	Bureau régional pour l'Europe (EURO)	Bureau régional pour l'Asie du Sud-est (SEARO)	Bureau régional pour le Pacifique Ouest (WPRO)	NOUVEAU TOTAL
6 févr.	-	Antigua-et-Barbuda, (les) Bahamas, États-Unis d'Amérique (incluant Com. des Mariannes du Nord) Grenade, Guatemala, Jamaïque, Paraguay, Saint-Kitts-et-Nevis, Salvador, Trinité-et-Tobago, (10)	-	Fédération de Russie, Italie (2)	République populaire démocratique de Corée (1)	Australie, Japon, Mongolie, Niue, Nouvelle-Zélande, République populaire de Chine, République des Îles Marshall, Singapour, Tonga (9)	22
13 févr.	Seychelles (Rép. des) (1)	Belize, Sainte-Lucie (2)	Koweït (1)	Ukraine (1)	-	Îles Cook, République de Corée, République des Palaos (3)	8
21 févr.	-	-	-	Kazakhstan, République tchèque (2)	-	Papouasie-Nouvelle-Guinée, Vietnam (2)	4
28 févr.	-	-	Royaume d'Arabie saoudite* (1) Koweït* (1 mise à jour)	Finlande, Géorgie*, Israël, Kirghizistan*, Turquie*, (5) Kazakhstan * (1 mise à jour)	-	États fédérés de Micronésie (1) Australie, Chine, RAS de Hong Kong*, Japon*, Nouvelle-Zélande*, République des Îles Marshall*, Singapour (6 mises à jour)	7

5 mars	-	<p>Saint-Vincent-et-les Grenadines * (1)</p> <p>États-Unis d'Amérique*</p> <p>Jamaïque*, Sainte-Lucie*, Salvador*, Trinité-et-Tobago*, (5 mises à jour)</p>	Jordanie* (1)	<p>Monténégro*, Suède* (2)</p>	-	<p>-</p> <p>Australie*, Japon*, Micronésie (États fédérés de)*, Mongolie*, Nouvelle-Zélande*, République des Îles Marshall*, Singapour*, Vietnam* (8 mises à jour)</p>	4
12 mars	-	Haïti (1)	-	<p>Allemagne*, Portugal*, Roumanie*</p> <p>Ouzbékistan, *Turkménistan* (5)</p> <p>Fédération de Russie, Israël, Kazakhstan (3 mises à jour)</p>	-	<p>Îles Marshall, Japon, Nouvelle-Zélande (3 mises à jour)</p>	6
19 mars	-	<p>Argentine, Bolivie, Canada, Chili, Colombie, Costa Rica, Équateur, Honduras, Panama, République dominicaine, Venezuela (11)</p> <p>Antigua-et-Barbuda, Argentine, (les) Bahamas,</p>	<p>Liban (1)</p> <p>Liban (1 mise à jour)</p>	<p>Albanie, Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Bosnie-Herzégovine, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Lettonie, Lituanie, Macédoine du Nord, Ouzbékistan, Pologne, Serbie,</p>	<p>Bangladesh, Bhoutan, Maldives, Myanmar, Népal, Sri Lanka (6)</p>	<p>Cambodge, Philippines, (2)</p> <p>Australie, Îles Marshall, Nouvelle-Zélande, Singapour (4 mises à jour)</p>	38

		Belize, États-Unis d'Amérique Grenade, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Sainte-Lucie, Salvador, Trinité-et-Tobago (12 mises à jour)		Slovaquie, Slovénie, Suisse (18) Allemagne, Arménie, Autriche, Bosnie- Herzégovine, Estonie, Géorgie, Hongrie, Israël, Monténégro, Macédoine du Nord, Portugal, République tchèque, Roumanie, Russie, Slovaquie, Suède, Suisse, Turquie, Ukraine (19 mises à jour)			
26 mars	Bénin, Éthiopie, Namibie, Tanzanie, Zambie (#) : Angola, Botswana, Cabo Verde, Congo, Cameroun, îles Comores,	Barbade, Brésil, Cuba, Pérou, Suriname, Uruguay (6) Bahamas (les), Barbade, Barbade, Belize, Canada, Colombie, Costa Rica,	République arabe syrienne (1)	Bulgarie France Grèce Islande Malte Norvège (6) Albanie Allemagne Arménie	Inde, Indonésie, Thaïlande, Timor-Leste (4) Bhoutan, Inde, Indonésie, Maldives,	Laos (RDP) Kiribati, Fidji, Micronésie (États fédérés de), Nauru, Îles Salomon, Samoa, Vanuatu (8) Australie, Chine,	47

	<p>Côte d'Ivoire, Gabon, Ghana, Kenya, Madagascar, Malawi, Maurice, Nigéria, Sierra Leone, Afrique du Sud, Ouganda (22 nouveaux)</p> <p>Seychelles (1 mise à jour)</p>	<p>États-Unis d'Amérique (incl. Samoa a., CMN, Guam), Grenade, Guatemala, Paraguay, République dominicaine, Sainte-Lucie, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Trinité-et-Tobago, Uruguay (17 mises à jour)</p>		<p>Autriche Bulgarie Espagne Fédération de Russie Finlande, Italie Kirghizistan Monténégro Norvège Ouzbékistan Pologne Portugal Roumanie Serbie Slovaquie Turkménistan Turquie Ukraine (20 mises à jour)</p>	<p>Myanmar, Népal, Sri Lanka Timor-Leste (8 mises à jour)</p>	<p>Îles Salomon, Japon, Kiribati, Laos (RDP), Mongolie, Nouvelle-Zélande, République des Îles Marshall, Singapour, Tonga, Vietnam, (12 mises à jour)</p>	
3 avril	<p>Eswatini, Lesotho, Libéria, Mozambique, Sénégal, Zimbabwe (6)</p> <p>Afrique du Sud, Nigéria (2 mises à jour)</p> <p>Ont fourni des doc. sup. : Afrique du Sud, Angola, Botswana, Cameroun,</p>	<p>Dominique, Guyane (2)</p>	<p>Bahreïn#, Égypte#, Maroc#, Oman#, Pakistan#, Qatar#, Émirats arabes unis, Soudan#, Tunisie# (9)</p> <p>Pakistan, Tunisie (2 mises à jour)</p>	<p>Bélarus, Belgique, Croatie, Pays-Bas, Tadjikistan (5)</p> <p>Albanie, Belgique, Fédération de Russie, Finlande, Israël, Italie, Kazakhstan, Lituanie, Macédoine du Nord, Portugal, République tchèque, Roumanie, 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

	Kenya, Madagascar, Nigéria, Ouganda						
11 avril	-	-	Afghanistan, Iran (République islamique d'Iraq), Iraq (3) Arabie saoudite, Émirats arabes unis, Jordanie (3 mises à jour)	Andorre, Irlande, Luxembourg, Saint-Marin (4) Arménie, Autriche, Azerbaïdjan, Croatie, Danemark, Islande, Italie, Kazakhstan, Pologne, Portugal, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Slovénie, Suisse, Turquie, Turkménistan (17 mises à jour)	- Bangladesh, Bhoutan, Maldives, Népal, Sri Lanka, Thaïlande, Timor Leste (7 mises à jour)	Brunei Darussalam, Malaisie (2) Japon, République des Îles Marshall (2 mises à jour)	9
17 avril	Burkina Faso, République centrafricaine, Tchad, Rép. dém. du Congo, Guinée équatoriale, Gambie, Guinée, Guinée- Bissau, Mali, Mauritanie, Niger, Sao Tomé-et- Principe, Togo (13) Mises à jour : Cameroun, Congo,	-	Djibouti (1)	Moldavie, Monaco (2) Autriche, Bulgarie, Finlande, Géorgie, Hongrie, Lituanie, Moldavie, Monaco, Pays- Bas, Espagne, Macédoine du Nord, Ouzbékistan, République tchèque, Roumanie, Slovaquie, Turkménistan, Ukraine (17 mises à jour)	- Bangladesh, Myanmar, Népal (3 mises à jour)	- Brunéi Darussalam, Nouvelle- Zélande, République des îles Marshall (3 mises à jour)	16

	<p>Côte d'Ivoire, Guinée 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>Ont fourni des doc. sup. :</p> <p>Cabo Verde</p>							
24 avril	Algérie (1)	-	Somalie (1)	<p>Saint-Siège (1)</p> <p>Allemagne</p> <p>Autriche</p> <p>Belgique</p> <p>Bulgarie</p> <p>Chypre</p> <p>Croatie</p> <p>Géorgie</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, Danemark, Estonie, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Islande, Israël, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Macédoine du Nord, Malte, Moldavie, Monaco, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Roumanie, Serbie, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Turquie, Ukraine (37 mises à jour)	- Indonésie, Myanmar, Népal, République populaire démocratique de Corée, Thaïlande (5 mises à jour)	- Australie, Japon, République des Îles Marshall (3 mises à jour)	0
15 mai	-	-	-	- Arménie, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Chypre, Espagne, Grèce, Pologne, République tchèque, Roumanie, Saint-Marin, Suisse, Ouzbékistan (13 mises à jour)	- Indonésie, Népal (2 mises à jour)	-	0

25 mai	-	-	-	- Andorre, Arménie, Autriche, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Croatie, Finlande, Allemagne, Grèce, Hongrie, Irlande, Israël, Italie, Lituanie, Malte, Moldavie, Monaco, Macédoine du Nord, Portugal, République tchèque, Roumanie, Saint-Marin, Serbie, Slovénie, Suisse, Turkménistan (26 mises à jour)	- Bangladesh, Myanmar, Thaïlande (3 mises à jour)	- Australie, Japon, République des Îles Marshall (3 mises à jour)	0
1 ^{er} juin	-	Canada, États-Unis d'Amérique (2 mises à jour)	-	- Arménie, Bulgarie, Chypre, Danemark, Estonie, Finlande, France, Grèce, Islande, Israël, Lituanie, Monténégro, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Serbie, Slovaquie,	- Inde (1 mise à jour)	- Japon, République de Corée, Samoa (3 mises à jour)	0

				Slovénie, Slovénie, Turquie (20 mises à jour)			
5 juin	Afrique du Sud, Burundi, Érythrée, Soudan du Sud (3) Cabo Verde, Comores, Lesotho, Madagascar, Malawi, Maurice, Namibie, Ouganda, Sao Tomé-et-Principe, Seychelles (11 mises à jour)	- Canada (1 mise à jour)	-	Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord (1) Albanie, Andorre, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, Croatie, Chypre, Estonie, Fédération de Russie, Finlande, France, Géorgie, Hongrie, Islande, Israël, Kazakhstan, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Moldavie, Norvège, République tchèque, Roumanie, Serbie, Slované, Turquie, Ukraine (28 mises à jour)	Bangladesh, Indonésie, Myanmar, Timor-Leste (4 mises à jour)	-	4
12 juin	-	-	-	Liechtenstein (1) Albanie, Andorre, Autriche, Azerbaïdjan, Belgique, Bosnie-Herzégovine, Bulgarie, Fédération de Russie, France, Grèce, Hongrie, Israël, Italie, Kazakhstan, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Monaco, Monténégro, Macédoine du Nord, Pologne, République tchèque, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du	-	République des Îles Marshall, Singapour (2 mises à jour)	1

				Nord, Slovaquie, Slovénie, Suisse, Turkménistan, Ukraine (28 mises à jour)			
19 juin	-	-	-	- Allemagne, Autriche, Azerbaïdjan, Bélarus, Bosnie-Herzégovine, Hongrie, Kazakhstan, Liechtenstein, Lituanie, Malte, Monaco, Macédoine du Nord, Norvège, Portugal, République tchèque, 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, Allemagne, Andorre, Autriche, Azerbaïdjan, Bélarus, Belgique, Bulgarie, Croatie, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Islande, Israël, Italie, Kirghizistan, Lettonie, Lituanie, Macédoine du Nord, Moldavie, Norvège, Ouzbékistan, Pays-Bas,	-	-	0

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

				Turkménistan (14 mises à jour)		
17 juillet		-	Libye, Yémen, (2) Afghanistan, Arabie saoudite, Égypte, Iran, Iraq, Jordanie, Koweït, Qatar, Soudan, Syrie (10 mises à jour)	- Allemagne, Chypre, Danemark, Espagne, Estonie, Fédération de Russie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Malte, Macédoine du Nord, Pays-Bas, Pologne, République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et de l'Irlande du Nord, Saint-Marin, Serbie, Slovaquie, Suisse (26 mises à jour)	- Timor-Leste (1 mise à jour)	- 2
24 juillet	- Éthiopie (1 mise à jour)	- Canada, États-Unis d'Amérique (incl. Samoa a., CMN, Guam) (2 mises à jour)	-	- Autriche, Biélorus, Bulgarie, Fédération de Russie, Finlande, France (incl. Polynésie française), Géorgie, Grèce, Hongrie, Islande,	- Bangladesh, Maldives (2 mises à jour)	- Australie, République de Corée République populaire de Chine (incl. RAS de Hong Kong, RAS de Macao) (3 mises à jour)

				<p>Italie, Lettonie, Lituanie,</p> <p>Luxembourg,</p> <p>Malte,</p> <p>Moldavie,</p> <p>Monténégro,</p> <p>Norvège,</p> <p>Portugal,</p> <p>Saint-Marin,</p> <p>Slovénie,</p> <p>Tadjikistan (22 mises à jour)</p>					
6 août	-	Canada (1 mise à jour)	Liban (1 mise à jour)	<p>-</p> <p>Allemagne,</p> <p>Andorre,</p> <p>Autriche,</p> <p>Bélarus,</p> <p>Chypre,</p> <p>Danemark,</p> <p>Espagne,</p> <p>Estonie,</p> <p>Fédération de Russie,</p> <p>Finlande,</p> <p>Grèce,</p> <p>Hongrie,</p> <p>Israël,</p> <p>Italie,</p> <p>Lettonie,</p> <p>Lituanie, Malte,</p> <p>Moldavie,</p> <p>Norvège,</p> <p>Ouzbékistan</p> <p>Pologne,</p> <p>Portugal,</p>	-	<p>Bangladesh,</p> <p>Inde,</p> <p>Myanmar,</p> <p>Népal,</p> <p>République populaire démocratique de Corée,</p> <p>Thaïlande (6 mises à jour)</p>	-	<p>Japon,</p> <p>Papouasie-Nouvelle-Guinée,</p> <p>République des Îles Marshall,</p> <p>Vietnam (4 mises à jour)</p>	0

				République tchèque, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Slovaquie, Suisse, Tadjikistan, Turquie, Turkménistan, Ukraine (31 mises à jour)			
13 août	-	-	-	- Albanie, Autriche, Bélarus, Belgique, Finlande, France, Islande, Norvège, Pays-Bas, Portugal, Roumanie, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord Slovaquie, Slovénie, Suisse, Turkménistan, Turquie (17 mises à jour)	- Timor Leste (1 mise à jour)	- Australie (1 mise à jour)	0
28 août	-	-	-	-	-	-	0

		Canada, États-Unis d'Amérique (incl. CMN, Guam) (2 mises à jour)		Les 27 pays de l'Union européenne, Les 5 pays de Commission économique eurasienne Azerbaïdjan, Bulgarie, Islande, Israël, Liechtenstein, Macédoine du Nord, Norvège, Ouzbékistan Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Serbie, Turquie, Ukraine (44 mises à jour)	Népal (1 mise à jour)	(3 mises à jour sur les territoires français et américain)	
4 sept.	Rwanda (1) Afrique du Sud Algérie Angola Bénin Botswana Burkina Faso Burundi Cameroun Cap-Vert Comores Congo, République de la Côte d'Ivoire Érythrée	- Canada (1 mise à jour)	- Jordanie (1 mise à jour)	- Les 5 pays de la Commission économique eurasienne Belgique, Croatie, Géorgie, Grèce, Hongrie, Islande, Lettonie, Luxembourg, Monténégro, Norvège, Portugal,	- Myanmar (1 mise à jour)	-	1

Eswatini			Royaume-Uni de Grande-Bretagne et de l'Irlande du Nord			
Éthiopie						
Gabon						
Gambie			Roumanie,			
Ghana			Slovaquie,			
Guinée			Slovénie,			
Guinée équatoriale			Suède,			
Guinée-Bissau			Suisse,			
Kenya			Ukraine (23 mises à jour)			
Lesotho						
Libéria						
Madagascar						
Malawi						
Mali						
Maurice						
Mauritanie						
Mozambique						
Namibie						
Niger						
Nigéria						
Ouganda						
République centrafricaine						
République démocratique du Congo						
Rwanda						
Sao Tomé-et-Principe						
Sénégal						
Seychelles						
Sierra Leone						
Soudan du Sud						
Tanzanie						
Tchad						
Togo						

	Zambie Zimbabwe (47 mises à jour)						
18 sept.	- Afrique du Sud, Namibie, Nigéria (3 mises à jour)	-	-	- Allemagne, Autriche, Azerbaïdjan, Biélarus, Belgique, Bulgarie, Chypre, Danemark, Estonie, Finlande, France, Géorgie, Grèce, Hongrie, Israël, Lettonie, Lituanie, Macédoine du Nord, Malte, Moldavie, Monténégro, Norvège, Ouzbékistan Pays-Bas, Pologne, Portugal, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord, Suisse,	- Bhoutan, Indonésie, Maldives, République populaire démocratique de Corée, Thaïlande (5 mises à jour)	- République des Îles Marshall, Singapour (2 mises à jour)	0

				Tadjikistan, Turkménistan, Turquie, Ukraine (32 mises à jour)			
25 sept.	-	- Canada (1 mise à jour)	-	- Allemagne, Arménie, Azerbaïdjan, Belgique, Chypre, Estonie, Finlande, Géorgie, Grèce, Irlande, Israël, Italie, Lettonie, Lituanie, Luxembourg, Norvège, Portugal, Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord Slovaquie, Slovénie (20 mises à jour)	- Myanmar, Sri Lanka, Thaïlande (3 mises à jour)	-	0

NOTE 1 : les chiffres entre parenthèses illustrent le nombre de rapports – nouveaux ou mis à jour – reçus depuis le 26 mars 2020

NOTE 2 : (*) désigne que l'État membre rend compte des mesures prises à l'égard d'autres pays en plus de la Chine. En date du 17 mars, tous les pays ayant déclaré des mesures dirigent ces mesures vers

plus d'un pays ou vers tous les pays (c.-à-d. la fermeture des frontières)

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

NOTE 4 : La mesure pour le Canada a été mise à jour dans le rapport national sur l'AMRO le 17 avril, mais ne figure pas dans l'EIE respectif.

NOTE 5 : Pays de la Commission économique eurasiennne : 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/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

International – Éclosions de COVID-19 et résultats (médias)

[Traduction] Les dirigeants des Caraïbes appellent au renforcement de la coopération contre la pandémie de COVID-19

Source : Infosurhoy

Numéro d'identification : [1007926189](#)

26 (Xinhua) — Les dirigeants des Caraïbes ont appelé au 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 répercussions socio-économiques massives. Le Fonds aide les pays à revenu faible et intermédiaire à surmonter la crise de santé et de développement causée par la pandémie et soutient ceux qui sont les plus vulnérables aux difficultés économiques et aux perturbations sociales.

NATIONS UNIES, 26 septembre (Xinhua) — Les dirigeants des Caraïbes ont appelé au 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 répercussions socio-économiques massives.

Ils ont fait cet appel dans leurs discours préenregistrés au débat général de la 75^e session de l'Assemblée générale des Nations Unies.

Les pays doivent repenser la façon dont ils coopèrent alors qu'ils réagissent à la COVID-19, a déclaré le premier ministre jamaïcain Andrew Holness samedi.

[Traduction] « Les problèmes mondiaux persistants exigent une coopération cohérente pour parvenir à des solutions mondiales stratégiques », a-t-il déclaré, citant le Fonds pour l'action face à la COVID-19 et pour le relèvement comme un excellent exemple d'une telle coopération multilatérale efficace.

Le Fonds aide les pays à revenu faible et intermédiaire à surmonter la crise de santé et de développement causée par la pandémie et soutient ceux qui sont les plus vulnérables aux difficultés économiques et aux perturbations sociales.

Samedi, le premier ministre Keith Rowley de Trinité-et-Tobago a mentionné aux dirigeants mondiaux que, comme dans d'autres petits États insulaires en développement qui luttent contre l'impact de la COVID-19, son pays devait faire la distinction entre sauver des vies et préserver des moyens de subsistance. Il a fermé ses frontières et mis en place des mesures de distanciation physique, en faisant les ajustements nécessaires pour protéger les plus vulnérables.

Il a salué l'Organisation mondiale de la Santé pour son leadership et félicité les travailleurs de la santé et de première ligne du monde entier pour avoir sauvé des vies.

[Traduction] « La pandémie de COVID-19 présente une menace existentielle sans égale pour la santé et la sécurité humaines dans le monde », a-t-il déclaré.

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

[Traduction] « Nous ne savions pas qu'à peine quelques mois plus tard, un défi encore plus grand se présenterait, forçant le monde à s'arrêter brutalement, dans une proportion jamais vue depuis la Seconde Guerre mondiale », a-t-il dit.

Les Bahamas, comme tant d'autres, ont dû prendre des mesures décisives pour empêcher la pandémie de COVID-19 de se propager, mais comme le tourisme est le principal gagne-pain des îles, la fermeture des frontières a entraîné le déclin le plus marqué du nombre de visiteurs, précipitant un ralentissement économique généralisé et un chômage sans précédent, a-t-il expliqué.

Par conséquent, son gouvernement a mis en place des programmes de prestations d'assurance-emploi et de sécurité sociale, y compris une initiative nationale de distribution alimentaire.

Le premier ministre a félicité le G20 d'avoir suspendu les paiements au titre du service de la dette des pays les moins développés.

En ce qui concerne les vaccins, le premier ministre a déclaré que les pays en développement devraient pouvoir y avoir accès « au moyen d'un processus d'approvisionnement transparent à des taux abordables sur le marché ».

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

Grèce

La Grèce déclare que les premiers migrants meurent de la COVID-19 depuis la pandémie

Source : National Post

Numéro d'identification : [1007926167](#)

ATHÈNES — Un homme migrant est mort de la COVID-19 dimanche, le premier décès signalé d'un demandeur d'asile depuis le début de la pandémie en Grèce à la fin de février, a déclaré un représentant du gouvernement à Reuters.

L'Afghan de 61 ans, père de deux enfants, qui vivait dans le camp de migrants de Malakasa au nord d'Athènes, a été traité et est mort dans un hôpital d'Athènes, a déclaré le responsable, ajoutant que les autorités étaient à la recherche de ses contacts.

On ne savait pas à ce moment depuis combien de temps il était à l'hôpital.

Le camp de Malakasa, qui accueille environ 3 000 migrants, a été mis en quarantaine depuis le 7 septembre après l'obtention de résultats positifs aux tests de dépistage du nouveau coronavirus.

De nombreuses autres installations pour migrants en Grèce ont été fermées ou les déplacements y ont été limités pour empêcher la propagation du virus.

La Grèce a été la principale porte d'entrée de l'Union européenne pour les personnes fuyant le conflit au Moyen-Orient et ailleurs. Plus d'un million de personnes sont arrivées de 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.

Un incendie a complètement ravagé le plus grand camp de migrants sur l'île de Lesbos en Grèce, ce mois-ci, laissant environ 12 000 personnes en détresse. La plupart ont maintenant été déplacées dans un camp de tentes temporaire sur l'île.

Dimanche dernier, la Grèce a signalé 218 cas de COVID-19 et trois décès, ce qui porte le nombre total d'infections à 17 444 depuis la découverte du premier cas à la fin de février. (Rapport d'Angeliki Koutantou; révision par David Evans)

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

Iran

Les inquiétudes augmentent alors que l'Iran est saisi par la troisième vague de COVID-19

Source : RSS24.news

Identification : [1007926529](#)

Téhéran, Iran – L'Iran est maintenant aux prises avec une troisième vague majeure d'infections de COVID-19, et la plupart de ses 32 provinces sont classées en rouge sur l'échelle de couleurs indiquant la gravité, la capitale étant la plus touchée.

Le décompte officiel montre que l'Iran a enregistré 195 nouveaux décès dimanche, portant le total à 25 589 dans le pays luttant 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 son exposé quotidien sur la COVID-19 que 3 362 autres infections quotidiennes étaient enregistrées, ce qui porte le total à 446 448. Les hôpitaux s'occupent actuellement de 1 377 patients, a déclaré madame Lari.

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

Au cours de la dernière semaine, le chef suprême, l'ayatollah Ali Khamenei, et le président Hassan Rouhani ont émis des mises en garde directes pour que les gens respectent mieux les lignes directrices en matière de santé publique.

[Traduction] « Ne sous-estimez pas le coronavirus », a déclaré l'ayatollah dans un discours télévisé en direct la semaine dernière.

« La solution à ce problème est entre nos mains », a-t-il dit, appelant les gens à suivre les directives de santé publique, y compris la distanciation sociale, l'utilisation de masques et le lavage régulier des mains. Les remarques de l'ayatollah ont été faites peu de temps après que le président a également prévenu que le nombre de cas augmentait parce que les gens ne suivaient pas les lignes directrices.

[Traduction] « Nous devons supposer que cela durera toute l'année, et nous devons peut-être respecter toutes ces lignes directrices en matière de santé publique l'année prochaine », a déclaré M. Rohani la semaine dernière lors d'une réunion télévisée du groupe de travail national sur le coronavirus.

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

Selon les représentants gouvernementaux, l'Iran s'est joint au mécanisme COVAX, une initiative mondiale visant à travailler avec les fabricants de vaccins pour donner 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 ses premiers cas de coronavirus le 19 février en annonçant la mort de deux personnes dans la ville sainte chiite de Qom, juste au sud de Téhéran. Il a mis en œuvre des mesures de quarantaine en mars et en avril.

Le pays a connu une autre vague importante d'infections au milieu de l'été, mais le nombre de cas, d'hospitalisations et de décès avait diminué au cours des dernières semaines.

Restrictions gouvernementales

Aujourd'hui, alors que le pays se dirige vers la saison de la grippe et des allergies, les hauts fonctionnaires envisagent la mise en place d'une règle visant le port obligatoire du couvre-visage et de sanctions potentielles.

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 des masques et à imposer des sanctions pour avoir violé publiquement les règles, sans mentionner en quoi consistent lesdites sanctions.

Le président a également déclaré qu'une liste des activités et des 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 au besoin.

[Traduction] « Nous n'aurons pas de marches religieuses cette année, nous n'aurons pas de pèlerinages en Irak », a affirmé M. Rohani à l'approche de la fin du Safar – ou du deuxième mois du calendrier islamique – lorsque les musulmans observent un certain nombre de périodes de deuil et que des millions de personnes entreprennent un pèlerinage à Karbala.

L'Irak a officiellement annoncé qu'il n'accepterait pas de pèlerins cette année en raison de la pandémie et les autorités iraniennes, y compris le chef suprême, ont demandé aux personnes endeuillées de célébrer

les rites religieux à la maison.

Évolution de la dynamique

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

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

[Traduction] « Dans la première et la deuxième vague, les personnes qui ont contracté le virus l'attrapaient souvent dans la société et non dans les familles », a-t-il déclaré lors d'une interview télévisée en direct la semaine dernière.

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

Hadi Yazdani, un médecin de 38 ans basé à Isfahan qui visite quotidiennement des patients ayant la COVID-19, a confirmé l'évolution des tendances et a déclaré qu'il continue de voir davantage de grappes se former au sein des familles et se déplacer vers d'autres.

[Traduction] « Contrairement au début de la pandémie, nous recevons aussi un grand nombre de patients plus jeunes ainsi que des patients sans problèmes préexistants », a-t-il dit à Al Jazeera.

Yazdani, qui a sa pratique privée, mais qui consacre actuellement la majeure partie de son temps à des cliniques privées et caritatives dans la métropole, a déclaré que la réouverture partielle des écoles et les grands rassemblements publics pour observer les cérémonies de deuil à Muharram, le premier mois du calendrier islamique, semblent avoir eu un effet sur le nombre d'infections.

L'Iran envisage de rendre le port du masque obligatoire en public [agence Fatemeh Bahrami/Anadolu]

Les fonctionnaires soutiennent que les rassemblements de Muharram ont été organisés dans le strict respect des protocoles de santé publique et affirment qu'il n'existe aucune preuve que la réouverture des écoles au début de septembre a eu un effet sur le nombre de cas.

[Traduction] « Aucun rapport officiel n'indique que les élèves aient été infectés par le coronavirus après la réouverture des écoles », a déclaré samedi le ministre de l'Éducation, Mohsen Haji Mirzaei.

Les familles étaient également préoccupées en août lorsque les examens d'entrée à l'université ont eu lieu et que près de 1,5 million d'étudiants se sont présentés à l'université.

Obstacles

Jusqu'à présent, les autorités ont tenté de contenir le virus au moyen de restrictions partielles, y compris la fermeture temporaire des gymnases, des salles de banquet et des piscines publiques, et la levée temporaire des règles de contrôle de la circulation pour décourager l'utilisation généralisée des transports en commun.

Mais à mesure que les autorités locales et les agents de santé publique infatigables sonnent l'alarme en Iran, il faudra peut-être en faire davantage, surtout pendant la saison de la grippe.

Yazdani, également politicien et membre de l'Union réformiste du peuple iranien islamique, a dit qu'un mélange d'inefficacité parmi les dirigeants, une bureaucratie iranienne fondamentalement lente et les sanctions à grande échelle des États-Unis contribuaient à la situation actuelle.

[Traduction] « L'imposition de restrictions sévères exige un appui financier, qui a été détruit par les sanctions et la mauvaise gestion », a-t-il dit. « Quoi qu'il en soit, il pourrait même être nécessaire de mettre les villes et les provinces en quarantaine au cas par cas. »

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

Au moment où l'économie commençait relativement à se stabiliser, la pandémie a frappé l'Iran, augmentant la pression sur l'économie à court d'argent, de concert avec les sanctions imposées.

Cela signifie que l'Iran, qui était déjà confronté à d'importants obstacles budgétaires avant la pandémie, a été incapable de mobiliser des dons en espèces pour aider les personnes touchées par le coronavirus. Il a plutôt dû offrir des prêts à faible taux d'intérêt aux personnes et aux entreprises touchées.

Le ministre iranien des Affaires étrangères, Javad Zarif, a récemment accusé les États-Unis de « terrorisme médical » pour avoir étouffé les ressources financières de l'Iran pendant la pandémie.

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

Mais le ministre de la Santé, Saeed Namaki, s'est plaint la semaine dernière que « seulement une fraction » des fonds ont été alloués jusqu'à présent au ministère et a demandé « À quelle fin plus importante ont-ils mis cet argent de côté? »

« Outil pour exercer son pouvoir »

À la fin mars, un certain nombre d'autorités iraniennes ont critiqué la décision de Médecins Sans Frontières (MSF) à Isfahan de construire une unité de traitement gonflable de 50 lits, et ont annulé l'approbation de son intervention, ce qui a amené l'organisation non gouvernementale à dire qu'elle était « profondément surprise ».

Yazdani a mentionné qu'en cas de pandémie mondiale, il faut un consensus mondial sur la résolution des problèmes.

[Traduction] « Tout comme nous reprochons à l'Iran de ne pas permettre la présence de MSF dans le pays et dans notre ville d'Isfahan, nous critiquons le gouvernement américain d'avoir imposé des sanctions qui ont empêché l'Iran d'accéder à ses ressources financières et d'aider son peuple », a-t-il dit. « Nous devons avoir l'assurance que, si un vaccin est produit, il atteindra toutes les personnes du monde entier, y compris nos citoyens qui sont sous sanctions, et qu'aucun pays, gouvernement ou entreprise ne pourrait utiliser cet 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 1 milliard de doses de vaccin contre la COVID-19 par année – CanadianManufacturing.com

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

Numéro d'identification unique : 1007915784

Un responsable chinois de la santé a déclaré le 25 septembre que la capacité de production annuelle du pays pour les vaccins contre le coronavirus dépassera le milliard de doses l'an prochain, grâce à un programme de soutien gouvernemental dynamique pour la construction de nouvelles usines.

Selon Zheng Zhongwei, de la Commission nationale de la santé, la capacité devrait atteindre 610 millions de doses d'ici la fin de l'année.

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

Les géants pharmaceutiques américains Pfizer et Moderna visent également à produire un milliard de doses chacun en 2021.

Publicité

M. Zheng a déclaré que la distribution des vaccins devrait accorder la priorité à des groupes tels que les travailleurs médicaux, le personnel frontalier et les personnes âgées avant qu'ils ne soient mis à la disposition du grand public.

La Chine a fait la promotion de la construction d'installations d'essai de vaccins et d'usines de fabrication, et a affecté des surveillants indépendants à leur assemblage. La Chine compte 11 candidats vaccins soumis à des essais sur les humains, dont quatre en sont actuellement aux troisièmes et dernières phases d'essais.

L'un d'entre eux se nomme CoronaVac, fabriqué par la société privée SinoVac, et déjà en train de quitter les installations bio-sécurisées situées à l'extérieur de Beijing. Le président de SinoVac, Yin Weidong, a déclaré jeudi que l'usine a été construite en quelques mois, et que d'autres pourraient être construites si la demande est suffisante.

Certains pays mettent en commun leurs efforts de vaccination pour assurer le succès de la lutte contre la maladie. Plus de 150 pays sont en train de mettre sur pied le Mécanisme d'accès mondial au vaccin contre la COVID-19, ou COVAX, sous l'égide de l'Organisation mondiale de la Santé.

Leur objectif est de faire 2 milliards de doses pour vacciner 20 % de la population mondiale.

Le Directeur général de l’OMS, Tedros Ghebreyesus, a déclaré plus tôt ce mois-ci que « l’objectif doit être de vacciner certaines personnes dans tous les pays, plutôt que toutes les personnes dans certains pays ». — La productrice vidéo de l’AP Olivia Zhang à Beijing et l’écrivain Huizhong Wu à Taipei, Taïwan, ont contribué à ce rapport.

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

États-Unis

Novavax entame des essais cliniques de phase avancée

Source : ABC News

Numéro d’identification unique : 1007912520

La société de biotechnologie américaine Novavax a déclaré jeudi qu’elle lançait son essai clinique final de phase 3 pour son vaccin expérimental contre la COVID-19.

L’essai sera mené au Royaume-Uni et vise à recruter 10 000 bénévoles âgés de 18 à 84 ans, avec et sans condition sous-jacente, au cours des quatre à six prochaines semaines.

[Traduction] « Compte tenu du niveau élevé de transmission du SRAS-CoV-2 observé et prévu au Royaume-Uni, nous avons bon espoir que les participants s’inscriront rapidement à cet essai clinique de phase 3 crucial et que ce dernier fournira une vision à court terme de l’efficacité de NVX-CoV2373 », a déclaré Gregory Glenn, président de la recherche et du développement de l’entreprise, en utilisant le nom technique de la formule.

Il s’agit du onzième candidat vaccin contre la COVID-19 à atteindre le stade de la phase 3 à l’échelle mondiale.

L’entreprise a reçu 1,6 milliard de dollars du gouvernement américain pour développer et financer le médicament, qui est administré par deux injections intramusculaires.

L’entreprise du Maryland utilise des cellules d’insectes pour cultiver des segments synthétisés de la protéine de spicule du virus, qui, espère-t-elle, évoqueront une réponse immunitaire humaine robuste.

Elle utilise également un adjuvant, un composé qui stimule la production d’anticorps neutralisants.

La compagnie stipule que le médicament, qui est sous forme liquide, peut être entreposé à une température comprise entre deux et huit degrés Celsius, c’est-à-dire à la température du réfrigérateur.

Au printemps, l’entreprise a indiqué qu’elle avait prouvé l’efficacité d’un vaccin contre la grippe saisonnière qu’elle avait mis au point à l’aide de la même technologie.

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

Études liées à l’écllosion de coronavirus (COVID -19) (médias)

États-Unis

Sécurité arythmique de l’hydroxychloroquine chez les patients atteints de la COVID-19 issus de différents milieux cliniques

Source : Oxford Academic Journals, Oxford University Press

Numéro d’identification : 1007926105

Date de publication : Le 24 septembre 2020

Résumé

Objet

L’objectif de l’étude était de décrire les modifications de l’ECG et les événements arythmiques chez les **patients atteints de la COVID-19 qui suivent un traitement à l’hydroxychloroquine (HCQ)** dans différents contextes cliniques.

Méthodes et résultats

Les patients atteints de la COVID-19 de sept établissements qui ont reçu un traitement à l’HCQ et qui disposaient d’une référence et d’au moins un ECG après 48 heures ont été inscrits à l’étude. On a évalué l’allongement des intervalles QT/QTc, les événements arythmiques associés à l’intervalle QT et

indépendants de l'intervalle QT, la mortalité arythmique et la mortalité globale pendant le traitement à l'HCQ. Au total, **649 patients atteints de la COVID-19** ($61,9 \pm 18,7$ ans, 46,1 % d'hommes) ont été inscrits. Le traitement à l'HCQ a été administré comme traitement **à domicile chez 126 (19,4 %) patients** et comme traitement à l'hôpital pour **495 (76,3 %) patients hospitalisés** ainsi que 28 (4,3 %) patients aux soins intensifs. Entre 36 et 72 heures et après 96 heures après la première dose de HCQ, 358 et 404 ECG ont été obtenus, respectivement. Un allongement significatif des intervalles QT/QTc a été observé ($p < 0,001$), mais l'ampleur de l'augmentation a été modeste [$+13$ (9–16) ms]. La durée QT/QTc de référence et la présence de fièvre ($p = 0,001$) lors de l'administration représentaient les déterminants les plus importants de l'allongement des intervalles QT/QTc. Aucun décès lié à l'arythmie n'a été signalé. Le taux global d'arythmie ventriculaire majeure était faible (1,1 %), et tous les événements n'étaient pas liés à l'intervalle QT ou à un traitement à l'HCQ lors d'une évaluation centralisée des événements. Aucune différence d'allongement des intervalles QT/QTc et d'arythmies liées à l'intervalle QT n'a été observée dans différents contextes cliniques, les arythmies non liées à l'intervalle QT étant plus fréquentes dans le contexte des soins intensifs.

Conclusion

L'administration de l'HCQ est sécuritaire pour un traitement à court terme chez les patients qui ont une infection de COVID-19, quel que soit le contexte clinique de l'administration, ce qui ne cause qu'un allongement de l'intervalle QTc modeste, et aucun décès directement attribuable à l'arythmie n'a été signalé.

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

Sujet : arythmie cardiaque, fièvre, hydroxychloroquine, unité de soins intensifs, sécurité, QTc, covid-19

Section Question : Recherche clinique

Quoi de neuf?

- **Des données sur la sécurité en matière d'arythmies d'une vaste cohorte de patients atteints de la COVID-19 traités à l'hydroxychloroquine (HCQ) seule ou en combinaison avec d'autres médicaments allongeant l'intervalle QT ont été signalées.**

- **L'utilisation de l'HCQ était associée à un allongement significatif des intervalles QT et QTc, mais l'ampleur de l'augmentation était modeste [médiane $+13$ (9–16) ms]**

- **Au cours d'un suivi médian de 16 jours, aucun décès lié à l'arythmie n'a été signalé. Le taux global d'arythmie ventriculaire majeure était faible, tous les événements ayant été signalés chez des patients critiques, et il a été constaté qu'ils n'étaient pas liés à l'intervalle QT ou au traitement à l'HCQ.**

- **La durée QT/QTc de référence et la présence de fièvre lors de l'administration représentaient les déterminants les plus importants de l'allongement des intervalles QT/QTc.**

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

Les enfants et les adolescents sont moins sensibles à la COVID-19, selon une méta-analyse

Source : CIDRAP

Numéro d'identification : [1007926492](#)

Un examen systématique et une méta-analyse effectués aujourd'hui par JAMA Pediatrics ont révélé que les enfants et les adolescents sont beaucoup moins vulnérables à la COVID-19 que les adultes. Des études antérieures sont parvenues à des conclusions semblables, mais cette étude regroupe des données provenant de 32 études afin d'obtenir une vue d'ensemble plus claire.

Les enfants et les adolescents de moins de 20 ans étaient près de la moitié moins susceptibles d'être infectés que les adultes (rapport de cotes, 0,56; intervalle de confiance à 95 %, 0,37 à 0,85) dans l'examen des études qui comportaient la recherche des contacts ou le dépistage de la population jusqu'au 28 juillet et comprenaient un total de 41 640 enfants et adolescents et 268 945 adultes. La diminution du risque d'infection était plus prononcée chez les enfants de moins de 10 à 14 ans, « les adolescents ayant une susceptibilité similaire à celle des adultes », écrivent 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 en ce qui a trait aux confinements et à la fermeture des écoles. Bien que les études disponibles montrent que la transmission du SRAS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19, se fait des enfants aux autres groupes d'âge, l'examen contenait relativement peu de données sur la

transmission et n'a pas permis d'élucider un rôle clair.

Les auteurs concluent : « Les données préliminaires indiquent que les enfants sont moins susceptibles d'être infectés par le SRAS-CoV-2 que les adultes, mais le rôle que jouent les enfants et les adolescents dans la transmission de ce virus demeure incertain. »

Dans un commentaire publié dans la même revue, le médecin Saul Faust écrit ce qui suit : [Traduction] « Malgré tout ce que nous savons et comprenons des infections respiratoires virales à ce jour, il semble maintenant que, dans l'ensemble, les enfants sont relativement moins susceptibles d'être infectés et qu'ils auraient une infection moins grave. On ne sait toujours pas à quel point les enfants sont contagieux après avoir contracté le virus du SRAS-CoV-2. Des études ont confirmé que les enfants sont porteurs d'un virus viable dans leur nasopharynx, de sorte que les enfants sont presque certainement contagieux. »

Faust plaide pour accorder la priorité aux besoins des enfants et des jeunes dans les décisions politiques entourant la réouverture de la société, y compris les études en cours sur le rôle de la transmission dans les écoles, et la prise de décisions fondées sur des données qui évitent la politisation et prennent en compte les données de la collectivité locale, les ressources et les besoins particuliers de la collectivité.

<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 pendant la grossesse n'était pas associé à des complications chez les nouveau-nés

Source : CIDRAP

Numéro d'identification : 1007926481

Une étude suédoise portant sur des patientes enceintes et atteintes de la COVID-19 qui ont accouché à l'hôpital universitaire Karolinska de Stockholm du 25 mars au 24 juillet a révélé une plus grande probabilité de complications du travail, mais aucune différence significative dans les résultats chez les nouveau-nés par rapport aux femmes négatives à la COVID-19.

Publiée dans le JAMA cette semaine, l'étude a testé des femmes en travail au moyen de la RT-PCR (réaction en chaîne de la polymérase précédée de la transcriptase inverse) d'échantillons nasopharyngés obtenus par écouvillonnage afin d'identifier les patientes positives à la COVID-19. Parmi les 2 682 femmes, 156 (5,8 %) étaient positives au SRAS-CoV-2 et 65 % de celles dont le test était positif étaient asymptomatiques, ce qui signifie qu'elles n'avaient aucun symptôme évocateur de la COVID-19.

Les femmes en travail positives à la COVID-19 étaient plus susceptibles de subir une prééclampsie – une complication grave du travail caractérisée par une hypertension artérielle et la présence de protéines dans l'urine – et moins susceptibles de subir un déclenchement artificiel du travail pour des raisons qui ne sont pas encore claires. L'auteure principale, Mia Ahlberg, Ph. D., infirmière sage-femme, de Karolinska, a déclaré dans un communiqué de presse à l'université : [Traduction] « Une raison possible pour cette dernière est que la prééclampsie et la COVID-19 ont toutes les deux un impact sur plusieurs organes et peuvent présenter des symptômes similaires. »

Aucune différence significative n'a été observée pour les autres résultats (mode d'accouchement, hémorragie postnatale et accouchement prématuré) entre les groupes positifs et négatifs à la COVID-19. Les résultats néonataux, y compris les indices d'Apgar de 5 minutes, le poids à la naissance pour l'âge gestationnel, la prévalence des anomalies congénitales et les mortalités ne différaient pas de façon significative entre les groupes.

Les auteurs de l'étude écrivent : [Traduction] « À la lumière d'autres données accumulées, il est déjà clair que la COVID-19 est moins grave pendant la grossesse que les deux précédentes infections au coronavirus, soit le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS). Néanmoins, il y a des rapports de femmes enceintes qui ont besoin de soins intensifs, et il y a eu d'autres rapports de décès de mères et de nourrissons liés à la COVID-19. »

Bien qu'encourageante, l'étude était limitée par le nombre de femmes en travail qui présentaient des

symptômes de la COVID-19, ce qui limite la possibilité de généraliser à des populations plus importantes et à des endroits différents.

Madame Ahlberg affirme : [Traduction] « Des études plus vastes devraient être menées afin de pouvoir déterminer si les femmes présentant des symptômes et si le degré des symptômes constituent un groupe ou un facteur de risque de résultats indésirables, comme des naissances prématurées ».

<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 lacunes dans le système britannique de dépistage du coronavirus après comparaison avec d'autres pays

Source : Medical Xpress

Numéro d'identification unique : 1007915768

Une nouvelle étude de recherche comparant la réponse du Royaume-Uni au test COVID à celle de cinq autres pays suggère que l'échec du service de dépistage NHS Test and Trace d'assurer un contrôle médical sur l'accès au test explique l'échec du programme de dépistage du coronavirus, plutôt que la surutilisation frivole par le public.

Le Royaume-Uni est le seul pays étudié à fournir des tests sans d'abord passer par des experts en soins de santé et à s'appuyer fortement sur une collecte d'auto-prélèvement plutôt que de demander à des experts de faire l'écouvillonnage chez les patients, explique une étude menée par le professeur Michael Hopkins de la Science Policy Research Unit (SPRU) à la University of Sussex Business School.

Les auteurs de l'étude de la SPRU, le professeur Hopkins et le Dr Joshua Moon, ajoutent que le Royaume-Uni a négligé les citoyens en isolement et en quarantaine en ne suivant pas les directives de l'OMS qui suggèrent de maintenir un contact avec le patient afin d'assurer la conformité aux directives et de surveiller son bien-être physique et mental.

Le professeur Hopkins, de la Science Policy Research Unit de la University of Sussex Business School, a déclaré : [Traduction] « Il y a un manque de supervision adéquate dans le système de dépistage du Royaume-Uni. Les tests sont offerts sans triage adéquat par des experts médicaux. Le Royaume-Uni est un cas particulier à l'échelle internationale parce que les soins de santé primaires ne participent pas au dépistage du coronavirus. Au lieu de cela, l'auto-prélèvement par les patients peut mener à des tests faussement négatifs ou non valides si les procédures appropriées ne sont pas suivies. Il en résulte que le service de dépistage NHS Test and Trace traite beaucoup plus de tests que d'autres pays, et pourtant, bon nombre de ces tests n'auraient pas dû être offerts au départ. »

Un nouvel article de presse publié cette semaine sur le site SSRN présente les premiers résultats d'une analyse comparative menée par des universitaires du centre SPRU de la University of Sussex Business School sur les cinq éléments des systèmes FTTIS (Find, Test, Trace, Isolate, Support) de six pays; c.-à-d. l'Allemagne, l'Irlande, l'Espagne, l'Afrique du Sud, la Corée du Sud et le Royaume-Uni.

Les auteurs constatent qu'aucun pays à l'étude ne dispose d'un système FTTIS entièrement optimisé, avec des leçons à tirer pour tous des comparaisons internationales. En particulier, le besoin d'ouverture et d'évaluation est souligné comme faisant partie intégrante du système FTTIS, pour soutenir l'évaluation continue, l'apprentissage, l'évolution et le partage international des bonnes pratiques.

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

Le dépistage du coronavirus dans la collectivité au Royaume-Uni se fait en dehors des structures habituelles de l'ENM, avec un accès aux tests et à la collecte d'échantillons entrepris sans les niveaux élevés de supervision médicale observés dans d'autres pays (p. ex., Allemagne, Irlande, Corée du Sud) Dans la plupart des pays à l'étude, des tests ont été effectués dans des laboratoires agréés ayant une expérience des tests cliniques pour les maladies infectieuses, supervisés par un laboratoire désigné. Notamment au Royaume-Uni, la mise en service de nouveaux tests privés à grande échelle dans les laboratoires Lighthouse a contourné l'accréditation et soulève des préoccupations en matière de qualité. Le Royaume-Uni a la capacité de dépistage éprouvée la plus élevée, avec 12 985 tests par semaine par

million d'habitants enregistrés en juillet (et en hausse).

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

Les faibles niveaux des indemnités de maladie ne sont peut-être pas suffisants pour empêcher les personnes en situation d'insécurité financière de continuer à travailler, même si elles sont malades. Les niveaux maximaux quotidiens des indemnités de maladie pour les employés isolés en Allemagne sont équivalents au taux hebdomadaire du Royaume-Uni.

Le Dr Moon, chercheur au sein de la Science Policy Research Unit de la University of Sussex Business School, a déclaré : [Traduction] « Il est injuste de pointer du doigt le public pour avoir utilisé le service de dépistage NHS Test and Trace alors que sa réaction est l'étape logique pour essayer d'exclure un diagnostic de COVID-19 afin qu'il puisse 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, et même au Royaume-Uni. Ces échecs en matière de politique et d'autres encore, tels que le manque de surveillance de l'isolement des personnes en quarantaine et le soutien matériel limité pour celles qui s'isolent, signifient que le Royaume-Uni n'a pas actuellement les outils dont il a besoin pour lutter efficacement contre la pandémie de coronavirus. Pour remédier à ce problème, il faudra des politiques qui étendent le soutien à l'isolement, améliorent le suivi de la quarantaine et permettent de mieux tirer 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 des enfants pourrait éclairer le développement de vaccins et de traitements

Source : Infosurhoy

Numéro d'identification : 1007914095

Les nouvelles découvertes sur la réponse immunitaire contre une partie particulière du virus COVID-19 chez les enfants atteints du rare, mais dangereux syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants, ou MIS-C, pourraient avoir des implications 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 UVA Children's et de la Dr^e Andrea Cruz du Baylor College of Medicine à Houston, publié dans la revue scientifique *Pediatrics*. Zeichner et Cruz sont tous deux rédacteurs associés de la revue *Pediatrics*. Le commentaire de Zeichner et de Cruz accompagne un article rédigé par Christina A. Rostad et ses collègues, de l'Emory University et de la University of Texas Medical Branch, Galveston, qui présentent de nouvelles perspectives sur le MIS-C, une grave complication de la COVID-19 qui se produit chez un petit nombre, mais néanmoins significatif, d'enfants. On ne sait pas pourquoi un enfant en particulier développe le MIS-C, ni ce qui peut accroître le risque de MIS-C pour un enfant.

Rostad et ses collaborateurs ont découvert que les enfants atteints de MIS-C présentaient des quantités beaucoup plus élevées d'anticorps contre une partie particulière du virus COVID, connu sous le nom de domaine de liaison du récepteur, ou RBD, une partie de la protéine de spicule du virus qui permet au virus d'envahir les cellules. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une preuve définitive, les résultats suggèrent qu'une réponse immunitaire plus forte contre le RBD peut être associée au MIS-C, soit simplement comme indicateur ou peut-être dans une sorte de relation causale.

La découverte selon laquelle les quantités élevées d'anticorps contre le RBD sont associées au MIS-C pourrait s'avérer utile pour diagnostiquer le MIS-C, indiquent Zeichner et Cruz. Mais il pourrait aussi y avoir d'autres conséquences. Si les anticorps contre le RBD — ou un sous-ensemble d'anticorps contre le RBD — contribuent à causer le MIS-C, il pourrait y avoir un sous-type ou une certaine quantité d'anticorps contre le RBD qui ne sont pas utiles, ou même dangereux. Par exemple, les médecins pourraient devoir en tenir compte lorsqu'ils traitent des patients atteints de la COVID-19 avec du plasma de convalescent provenant d'autres patients qui se rétablissent de la COVID-19.

Assurer l'innocuité des vaccins contre la COVID-19

Zeichner et Cruz écrivent que le RBD est un composant d'un grand nombre de vaccins contre la COVID-19 en cours de développement. Les nouvelles découvertes pourraient donc s'avérer importantes là aussi. Si certains anticorps contre le RBD sont associés au MIS-C ou à une inflammation accrue, il serait essentiel d'évaluer soigneusement les sujets inscrits aux essais cliniques du vaccin pour obtenir des preuves d'une augmentation des réactions inflammatoires, particulièrement si et quand ces sujets de recherche sont exposés au virus COVID-19 et infectés de celui-ci.

La possibilité est un rappel important, écrivent-ils, que le désir urgent d'un vaccin ne doit pas éclipser le besoin de tests réfléchis et approfondis.

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

Étude

Une étude révèle que le virus de la COVID-19 est en mutation pour devenir plus contagieux – HotNewHipHop

Source : HotNewHipHop

Numéro d'identification 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 du National Institute of Allergy and Infectious Diseases, explique que la COVID-19 pourrait trouver un moyen de contourner notre immunité :

[Traduction] « 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 notre immunité », a déclaré M. Morens. « Si cela se produisait, nous serions dans la même situation qu'avec la grippe. Nous devons poursuivre le virus et, au fur et à mesure qu'il mutera, nous devons remanier notre vaccin.

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

L'étude a analysé deux souches différentes de COVID-19 isolées au printemps et en été. Elle a découvert que la souche estivale contenait plus de particules virales, ce qui la rendait plus infectieuse.

« Nous devons poursuivre le virus et, au fur et à mesure qu'il mutera, nous devons remanier notre vaccin », a déclaré 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 ont des anticorps contre le coronavirus

Source : NYT

Numéro d'identification unique : [1007916251](#)

Selon une étude publiée vendredi dans The Lancet, moins de 10 % des Américains ont des anticorps contre le nouveau coronavirus, ce qui suggère que la nation est encore plus loin de l'immunité collective qu'on ne l'avait estimé. M. DeSantis, républicain et fervent partisan du président Trump, qui a pris la parole jeudi à Jacksonville, a signé le décret, permettant aux restaurants et à de nombreuses autres entreprises de fonctionner à plein rendement dès vendredi après-midi dans le cadre de la phase 3 du plan de réouverture de son administration. La plupart des experts en 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 atteints d'une douzaine de maladies sous-jacentes, dont le diabète et les maladies cardiaques qui rendent une personne plus susceptible d'être gravement malade ou de mourir.

Selon une étude publiée vendredi dans The Lancet, moins de 10 % des Américains ont des anticorps contre le nouveau coronavirus, ce qui suggère que la nation est encore plus loin de l'immunité collective qu'on ne l'avait estimé.

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

Les résultats correspondaient à peu près à ceux d'une analyse qui sera publiée la semaine prochaine par les Centers for Disease Control and Prevention, qui a révélé qu'environ 10 % des échantillons de sang prélevés dans des sites partout au pays contenaient des anticorps contre le virus.

Le Dr Robert R. Redfield, le directeur des C.D.C., faisait allusion à cette analyse lorsqu'il a dit à un comité du Congrès cette semaine que 90 % de tous les Américains étaient toujours vulnérables au virus, a déclaré une porte-parole des C.D.C.

Une estimation précise de l'immunité du pays est importante parce que le président Trump, en collaboration avec son nouveau conseiller médical, le Dr Scott Atlas, a provisoirement fait la promotion de l'idée d'atteindre l'immunité collective en annulant les confinements, les campagnes de port de masque et les mesures de distanciation sociale. Le plan serait de laisser le virus circuler dans la population tout en essayant de protéger les personnes jugées les plus vulnérables.

La plupart des experts en 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 atteints d'une douzaine de maladies sous-jacentes, dont le diabète et les maladies cardiaques qui rendent une personne plus susceptible d'être gravement malade ou de mourir.

L'étude sur les patients en dialyse a été réalisée par des scientifiques de l'université de Stanford et publiée dans The Lancet.

Elle a révélé de grandes variations des concentrations d'anticorps dans tout le pays. Dans la région métropolitaine de New York, y compris le New Jersey, les quantités d'anticorps étaient supérieures à 25 % des échantillons analysés. Dans l'ouest des États-Unis, ils étaient inférieurs à 5 %.

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

Les patients en dialyse ne sont pas nécessairement représentatifs de l'ensemble de la population, et l'étude n'est qu'une des nombreuses tentatives visant à établir une estimation précise de la séroprévalence.

L'étude des C.D.C. qui n'a pas encore été publiée a été décrite par une porte-parole de l'établissement. Des échantillons de sang ont été prélevés dans 52 laboratoires commerciaux et analysés, entre le début juillet et la mi-août dans les 50 États, le District de Columbia et Porto Rico.

En se fondant sur 46 sites ayant le plus de données, les chercheurs des C.D.C. ont conclu que le taux de prévalence national global était inférieur à 10 %. Le taux de prévalence a varié de moins de 1 % dans certains États à environ 22,5 % dans l'État de New York.

Selon le Dr Redfield, ces études sur les anticorps montrent que la grande majorité des Américains sont toujours sensibles au virus et devraient donc continuer à prendre des mesures telles que porter un masque, rester à six pieds des autres, se laver les mains fréquemment, rester à la maison lorsqu'ils sont malades et « faire preuve de jugement quant aux foules ».

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

L'épicentre de l'épidémie américaine se déplace vers le cœur du pays. Alors que la crise du coronavirus perdure, les États moins peuplés du Midwest et des Grandes Plaines connaissent une croissance fulgurante, tandis que les États denses du Nord-Est connaissent certains des taux les plus faibles de nouvelles infections.

Dans le Dakota du Sud, le nombre de cas a augmenté régulièrement tout au long du mois de septembre. Au cours de la dernière semaine, plus de nouveaux cas ont été diagnostiqués que dans toute autre période de sept jours de la pandémie et les chiffres ont battu deux fois le record des hospitalisations pour le coronavirus. Les représentants gouvernementaux ont annoncé 457 nouveaux cas vendredi.

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

L'État adjacent, le Dakota du Nord, connaît le taux de croissance le plus rapide des cas de coronavirus par habitant au pays. Au cours de la dernière semaine, on y 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 maîtriser la situation dans le Dakota du Nord s'est effondré vendredi, lorsque le directeur de la santé publique de l'État a démissionné après moins d'un mois au poste. Le directeur, D^r Paul Mariani, avait délivré et annulé une ordonnance obligeant les résidents à se mettre en quarantaine s'ils étaient exposés au virus, sous peine d'être accusés de délit. Le gouverneur Doug Burgum a accepté sa démission, disant que la pénalité était devenue une « grande distraction imprévue ».

Au Wisconsin, les cas ont plus que doublé depuis le début de septembre. Au cours de la dernière semaine, l'État, un champ de bataille crucial de l'élection présidentielle, a eu en moyenne plus de 2 000 cas par jour.

Pour en savoir davantage : <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 pour la prévention du suicide

Numéro d'identification : 1007926495

Source : CBC

Cet accord est important parce qu'il engage tous les ordres de gouvernement : FSIN

Les gouvernements fédéral et provincial ont signé une lettre d'engagement avec la Federation of Sovereign Indigenous Nations (FSIN) pour appuyer les services de santé mentale et de mieux-être destinés aux jeunes Autochtones de la Saskatchewan.

Le vice-chef de la FSIN, David Pratt, indique que l'accord est important parce qu'il engage tous les ordres de gouvernement.

[Traduction] « Ce que nous avons, c'est notre stratégie de prévention du suicide, qui comprend 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 M. Pratt, le ministre de la Santé dans les régions rurales et éloignées, Warren Kaeding, et un représentant du ministre des Services aux Autochtones Canada, Marc Miller.

Selon M. Pratt, en dépit de tout ce que les peuples autochtones ont dû affronter, les cérémonies et les enseignements culturels ont été les guides les plus importants.

Le chef de la FSIN, Bobby Cameron, a dit dans une déclaration que l'engagement s'attaquera au suicide d'un point de vue holistique, ce qui comprend « le renforcement de notre identité et de notre lien avec nos cultures, le rapprochement avec nos aînés, les gardiens du savoir et la terre ».

Promesses des provinces

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

[Traduction] « Nous reconnaissons qu'il faudra que les gouvernements, les communautés et les organismes travaillent 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 remplissait une promesse énoncée dans le projet de loi du gouvernement intitulé Pillars For Life.

La signature de l'engagement survient deux semaines après que la province ait perdu une demande de retrait du camp de tipis Walking With Our Angels, qui avait été établi devant l'édifice de l'Assemblée législative de la Saskatchewan. Le Métis Tristen Durocher a marché d'Air Ronge à Regina pour sensibiliser les jeunes Autochtones de la Saskatchewan au suicide.

Le camp de protestation de Regina réclame une loi sur la prévention du suicide, indiquant que le plan de la Saskatchewan est « vague et inutile ».

Les chefs et les familles se rallient autour de Tristen Durocher alors que le jeûne se poursuit pour réclamer la prévention du suicide. Durocher a dit qu'il voulait faire la marche après que l'Assemblée

législative de la Saskatchewan eut rejeté un projet de loi de l'opposition qui promettait de consulter les dirigeants autochtones, les communautés et les familles en matière de prévention du suicide.

[Traduction] « Nous nous engageons à partager les connaissances, à faire preuve de transparence et à rendre des comptes alors que nous travaillons ensemble pour renforcer et améliorer les initiatives de prévention du suicide dans cette province », a déclaré M. Kaeding.

Selon M. Kaeding, la déclaration rassemblera les familles et les communautés touchées par le suicide pour entendre des idées sur ce qu'il faut pour prévenir le suicide dans la province.

[Traduction] « Pendant que ces discussions sont en cours, notre gouvernement continuera de faire progresser les nombreuses autres mesures définies dans notre plan de prévention du suicide, notamment en collaborant avec d'autres ministères, des organismes communautaires, des professionnels de la santé mentale et bien d'autres », a déclaré M. Kaeding.

Plan Pillars for Life

Selon M. Kaeding, le gouvernement provincial consacre 435 millions de dollars aux services de soutien en santé mentale et en toxicomanie cette année. Qui plus est, ce total comprend plus de 1,2 million de dollars pour appuyer les mesures de la première année du plan Pillars for Life.

En plus du plan Pillars for Life, cet engagement fait partie de la stratégie de prévention du suicide de la FSIN et du Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations. Dans une déclaration, M. Miller a indiqué que les taux de suicide élevés chez les jeunes Autochtones en Saskatchewan sont « très préoccupants ».

[Traduction] « Il est essentiel que toutes les administrations travaillent en collaboration pour améliorer la prestation de services de soutien du mieux-être mental adaptés à la culture et d'interventions efficaces qui respectent les points de vue et l'orientation des Autochtones », a déclaré M. Miller.

<https://www.cbc.ca/news/canada/saskatchewan/fsin-provincial-federal-government-letter-of-agreement-1.5741126>

Saskatchewan

Les cas de VIH augmentent dans le centre-est de la Saskatchewan, avertit la SHA

Source : CTV News – Saskatoon

Numéro d'identification : [1007926908](#)

SASKATOON – La Saskatchewan Health Authority (SHA) signale qu'il y a eu une augmentation des infections par le VIH dans la région du centre-est de la province au cours des derniers mois. Le fait de connaître votre état signifie qu'un traitement peut être fourni et qu'on peut aider les personnes à réduire le risque de propagation de la maladie. » Cependant, la plupart des gens qui en sont atteints n'ont aucun symptôme et ne savent pas qu'ils en sont atteints, selon la SHA.

SASKATOON – La Saskatchewan Health Authority (SHA) signale qu'il y a eu une augmentation des infections par le 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 d'une personne à l'autre par une activité sexuelle non protégée et par le partage d'aiguilles et d'autre matériel d'injection de drogues. Une mère peut également transmettre le VIH à son enfant pendant la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement, a indiqué la SHA dans un communiqué de presse.

Certaines personnes présentent des symptômes ressemblant à ceux de la grippe, comme la fièvre, des maux de gorge ou des glandes enflées lorsqu'elles contractent le VIH pour la première fois. Cependant, la plupart des gens qui en sont atteints n'ont aucun symptôme et ne savent pas qu'ils en sont atteints, selon la SHA.

[Traduction] « Nous voulons que le public soit conscient des risques associés à ces infections et de la façon dont elles peuvent être prévenues et traitées », a déclaré le Dr 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 séropositivité au VIH. Le fait de connaître votre état signifie

qu'un traitement peut être fourni et qu'on peut aider les personnes à réduire le risque de propagation de la maladie. »

Selon la SHA, il est possible de prévenir le VIH en ne partageant pas le matériel de consommation de drogues et en pratiquant des activités sexuelles plus sûres.

Elle ajoute que la seule façon de savoir si vous avez le VIH est de passer un test, qui est gratuit et confidentiel.

La SHA a déclaré que le traitement est offert immédiatement aux personnes infectées et que plus tôt le traitement commence, mieux c'est pour leur santé.

N'importe qui peut demander un test de dépistage du VIH et des tests de santé sexuelle en visitant 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 un contexte de recrudescence de la maladie en Saskatchewan

Source : Saskatoon StarPhoenix

Numéro d'identification : [1007926906](#)

Margaret Kisikaw Piyesis, directrice générale du Réseau canadien autochtone du sida, a déclaré que les chiffres reflètent la lutte continue pour endiguer les taux élevés d'ITS en Saskatchewan et 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^{re} Ameeta Singh, professeure et épidémiologiste à l'Université de l'Alberta, a déclaré que les maladies qui se propagent sont souvent enracinées dans les déterminants sociaux et économiques de la santé comme la pauvreté, l'instabilité du logement et la toxicomanie.

Des nouveau-nés ont reçu un diagnostic de syphilis en Saskatchewan cette année, car une éclosion continue touche de plus en plus de femmes en âge de procréer.

Le ministère provincial de la Santé a signalé 435 nouveaux cas de syphilis infectieuse en 2020 en date du 22 septembre, comparativement à 381 en 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 genre n'a été signalé en Saskatchewan de 2000 à 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 chiffres reflètent la lutte continue pour endiguer les taux élevés d'ITS en Saskatchewan et fournir des services de dépistage et de test aux communautés les plus marginalisées de la province.

[Traduction] « Nous avons encore des bébés qui naissent avec ces maladies, qui sont des maladies que nous ne devrions pas connaître dans un pays développé », a dit M^{me} Piyesis.

Les taux de syphilis augmentent partout au pays, particulièrement 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 éclosions de syphilis se poursuivent dans les réserves, dans le Nord-Ouest, ainsi qu'à Prince Albert, Saskatoon et Regina. La D^{re} Ameeta Singh, professeure et épidémiologiste à l'Université de l'Alberta, a déclaré que les maladies qui se propagent sont souvent enracinées dans les déterminants sociaux et économiques de la santé comme la pauvreté, l'instabilité du logement et la toxicomanie. De plus en plus, la consommation de méthamphétamine est devenue un facteur de risque en Alberta, une tendance également observée en Saskatchewan.

[Traduction] « La syphilis peut toucher n'importe qui... il y a certains comportements qui vous mettent à risque, comme avoir des relations sexuelles sans condom ou avoir des relations sexuelles avec de multiples partenaires. « La méthamphétamine stimule aussi votre motivation sexuelle et vous oblige à faire des choses plus risquées pour obtenir cette drogue », a dit D^{re} Singh. Jody Shynkaruk, gestionnaire de programme au Saskatchewan Prevention Institute, a dit qu'une partie du problème réside dans le manque d'éducation et de ressources pour les femmes à risque.

« Je pense que certaines personnes présumaient que la syphilis était disparue », a-t-elle dit.

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

Il n'y a heureusement pas eu de rapports de mortinaissances causées par la syphilis en Saskatchewan cette année, mais le Edmonton Journal en a signalé six en Alberta au cours des six premiers mois de 2020.

Jamesy Patrick, directeur général par intérim du Sanctum Care Group, a déclaré que les organismes de Saskatoon sont inquiets. Sanctum gère un foyer pour les femmes enceintes séropositives qui vise à les garder unies avec leurs enfants sans recourir aux services sociaux.

M. Patrick déclare que la syphilis représente une nouvelle menace pour les clients.

[Traduction] « Nous avons pas mal de femmes prénatales qui sont dans la collectivité et qui pourraient faire partie de ce groupe. »

Les personnes atteintes de syphilis ne savent peut-être pas qu'elles ont la maladie. L'incubation peut prendre des mois, 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 relations sexuelles, et la maladie peut être guérie une fois découverte.

M^{me} Piyesis a déclaré que l'éradication de la syphilis exige une approche sans jugement axée sur les personnes qui ont le moins accès aux soins de santé. Elle a dit que le manque de services de dépistage et de santé adaptés aux communautés autochtones a joué un rôle dans la propagation de la maladie.

M. Patrick affirme que la montée de la syphilis est un autre argument en faveur d'une équipe de gestion prénatale en Saskatchewan, qui pourrait aider à identifier et à soutenir les mères à risque. Sanctum propose une telle équipe dans le cadre d'une expansion plus vaste de ses services néonataux ce mois-ci.

D^{re} Singh a déclaré qu'il est impossible d'ignorer les parallèles entre la syphilis et les problèmes sociaux comme la consommation de méthamphétamine. Elle a dit que s'attaquer aux problèmes fondamentaux comme la stabilité en matière de logement et la santé mentale sera le moyen le plus durable de lutter contre la maladie.

[Traduction] « Ce que nous voyons avec la syphilis et la méthamphétamine n'est que la pointe de l'iceberg. »

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

Québec

Rappel émis sur une sauce à spaghetti du Québec qui pourrait contenir des bactéries responsables du botulisme

Source : CBC | Montreal News

Numéro d'identification : [1007926615](#)

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

Dimanche, l'Agence a publié un communiqué disant que le produit « pourrait permettre la croissance de *Clostridium botulinum* », la bactérie qui cause le botulisme.

Le rappel porte sur la sauce à spaghetti vendue en formats de 500 ml et de 1 L. Il s'applique à tous les contenants de sauce qui ne portent pas la mention « garder au réfrigérateur ».

Selon le communiqué, « les aliments contaminés par la toxine de *Clostridium botulinum* ne présentent pas nécessairement de modification visible ni d'odeur suspecte, mais peuvent quand même vous 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 affaissées, une vision brouillée ou double, des difficultés à parler, un empâtement de la parole et un changement du son de la voix, y compris une voix enrouée.

Quiconque possède ce produit devrait le retourner au magasin ou le jeter. La sauce a été faite par

l'Érablière Godbout, près de Québec.

Jusqu'à présent, aucun cas de maladie associé à la consommation de ce produit n'a été signalé.

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

Événements internationaux d'intérêt

Mongolie

La Mongolie enregistre un nouveau cas de peste bubonique

Le 28 septembre 2020

Almaty. Le 28 septembre. Centre d'information – **Un nouveau cas de peste bubonique a été signalé en Mongolie, qui partage une frontière avec la Russie.** Lenta.ru a rapporté les événements et fait référence à Xinhua.

Selon l'agence, une femme de 25 ans de la province de Khovd qui a mangé de la marmotte a été infectée. 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 présumés de peste bubonique ont été détectés en Mongolie, et six diagnostics ont été confirmés par des études en laboratoire. Le pays a récemment enregistré trois décès dus à la peste bubonique : en septembre 2020, l'un des infectés dans la province de Zavhan est décédé. En août, un homme de 42 ans est mort d'une infection dans la province de Khovd, et en juillet, un garçon de 15 ans est mort dans la province de Gov Altaï.

Plus tôt, le **médecin russe spécialiste des maladies infectieuses Ivan Konovalov a rappelé que des épidémies de peste se produisent périodiquement dans les territoires de la Russie. Ce sont des régions où les traditions des populations locales impliquent de manger de la viande crue. En même temps, il a rappelé qu'il existe un vaccin contre la peste.**

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

OPS

L'OPS célèbre la réduction des nouveaux cas de rage dans les Amériques et demande le maintien des efforts pour atteindre l'élimination de celle-ci d'ici 2022

25 septembre 2020

En 2019, il y a eu trois cas humains de rage, soit près de 98 % de moins qu'en 1983, et le Mexique est devenu le premier pays exempt de la maladie. L'OPS souligne que les programmes de lutte contre la rage n'ont pas été perturbés pendant la pandémie

PANAFTOSA/OPS/OMS, 25 septembre 2020 – « Finissons-en avec la rage : Collaborons et vaccinons » est le thème de la Journée mondiale contre la rage 2020, célébrée tous les 28 septembre pour promouvoir la lutte contre la rage, sensibiliser à sa prévention et célébrer les réalisations dans le domaine. Cette année, on souligne également l'importance de la vaccination canine et la nécessité d'un effort conjoint pour éliminer la maladie.

[Traduction] « Sur notre continent, l'incidence de la rage humaine transmise par des chiens a diminué 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 de la fièvre aphteuse et de santé publique vétérinaire (PANAFTOSA) de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS/OMS).

Selon M. Cosivi, cette réalisation « a été rendue possible grâce à la solidarité entre les pays, à l'échange des leçons apprises, à l'identification et à la priorisation des risques, ainsi qu'aux mesures de suivi et de surveillance épidémiologiques dans les populations et les réservoirs ».

Un jalon continental dans la lutte contre la rage a eu lieu en 2019 lorsque le Mexique est devenu le premier pays au monde à recevoir une validation officielle en tant que pays exempt de rage humaine transmise par des chiens.

[Traduction] « Ces réalisations sont attribuables à l'engagement des autorités sanitaires nationales, au dévouement technique des travailleurs de la santé, à la sensibilisation de la population et à la coordination du Programme régional d'élimination de l'OPS/OMS », a déclaré le D^r Julio Cesar Pompei, coordonnateur des zoonoses au PANAFTOSA.

En raison de sa létalité et de l'absence de remède, la rage est un problème important pour la santé publique. À l'échelle mondiale, 60 000 personnes meurent chaque année de cette maladie, principalement en Asie et en Afrique. Cependant, il est possible de l'éliminer dans son cycle urbain, où elle est transmise par des chiens et des chats, grâce à des mesures de prévention efficaces comme la vaccination des animaux, l'éducation sanitaire et les soins médicaux avec traitement préventif des personnes attaquées par des animaux.

[Traduction] « La pandémie actuelle de COVID-19 et ses restrictions inhérentes en matière de santé publique n'ont pas empêché les pays de maintenir leurs engagements à l'égard des mesures de surveillance et de prévention de la rage, car elles sont considérées comme des activités prioritaires et impossibles à reporter », a déclaré M. Pompei.

L'élimination de la rage humaine transmise par des chiens, prévue dans les Amériques d'ici 2022, est très proche. Le PANAFTOSA recommande d'assurer un accès rapide à la prophylaxie préexposition et post-exposition à 100 % des personnes attaquées par des animaux suspects, ainsi que de maintenir une couverture élevée de la vaccination canine et féline, une surveillance épidémiologique efficace, une sensibilisation de la communauté, et la promotion de mesures visant à empêcher la réintroduction dans les pays où elle a été maîtrisée.

L'OPS, par l'intermédiaire du PANAFTOSA, fournit une coopération technique à tous les pays de la région depuis 1983, année de la création du Programme régional pour l'élimination de la rage humaine transmise par les chiens.

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

Annnonce du RSI

Poliomyélite (poliovirus dérivé d'un vaccin en circulation et poliovirus sauvage) – Mise à jour mondiale

Annnonce publiée le vendredi, le 25 septembre 2020 à 14 h 51

Poliomyélite (poliovirus dérivé d'un vaccin en circulation et poliovirus sauvage) – Mise à jour mondiale le 25 septembre 2020

Entre le 1 janvier et le 23 septembre 2020, plusieurs pays ont été touchés par la poliomyélite, y compris la poliomyélite de type 1 et 2 (cVDPV1 et cVDPV2) dérivée d'un vaccin en circulation et le poliovirus sauvage de type 1 (WPV1). Cette annonce est une mise à jour hebdomadaire sur l'état des virus cVDPV et WPV1 dans ces pays affectés.

Entre le 17 et le 23 septembre 2020, quatre cas de WPV1 ont donné lieu à de la paralysie flasque aiguë (AFP) et 11 échantillons environnementaux positifs de WPV1 ont été signalés en Afghanistan et au Pakistan. De plus, au cours de la même période, on a signalé 12 cas de cVDPV2 donnant lieu à de l'AFP et 22 échantillons environnementaux positifs de cVDPV2 en Afghanistan, au Pakistan, au Cameroun, au Tchad, en Guinée, au Nigeria et au Soudan du Sud. Voici la description des cas déclarés par pays :

- Afghanistan : 1 cas de WPV1 donnant lieu à de l'AFP, 1 cas de cVDPV2 donnant lieu à de l'AFP et 20 échantillons environnementaux positifs de cVDPV2.
- Pakistan : 3 cas de WPV1 donnant lieu à de l'AFP, 11 échantillons environnementaux positifs de WPV1 et 2 cas de cVDPV2 donnant lieu à de l'AFP

- Cameroun : un échantillon environnemental positif de cVDPV2
- Tchad : 3 cas de cVDPV2 donnant lieu à de l'AFP
- Guinée : 3 cas de cVDPV2 donnant lieu à de l'AFP
- Nigéria : un échantillon environnemental positif de cVDPV2
- Soudan du Sud : 3 cas de cVDPV2 donnant lieu à de l'AFP

Vous trouverez ci-dessous le lien vers la mise à jour mondiale hebdomadaire sur la poliomyélite publiée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) qui comprend une mise à jour sur le nombre de cas de poliomyélite (WPV1, cVDPV1 et cVDPV2) pour cette semaine (entre le 17 et le 23 septembre 2020) et le nombre cumulatif de cas par pays depuis le 1er janvier 2019.

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

Intervention de la santé publique

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) continue d'appuyer les pays dans la mise en œuvre de leur intervention, y compris les enquêtes sur le terrain, virologiques et épidémiologiques, 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 les interventions en cas d'éclosion à la situation actuelle de la COVID-19.

En 2019 et au début de 2020, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a élaboré la Stratégie de réponse au poliovirus dérivé du vaccin en circulation de type 2 2020-2021, un addenda à la Stratégie d'intervention 2019-2023 contre la poliomyélite, afin de s'attaquer plus efficacement à l'épidémiologie du cVDPV2 en évolution, ce qui orientera les interventions en cas d'éclosion en 2020 et 2021. Les adaptations nécessaires sont continuellement apportées à la stratégie de prestation et des échéanciers.

Accélérer le développement d'un nouveau vaccin oral contre la polio de type 2 (nOPV2) et permettre son utilisation représentent un pas en avant important pour l'IMEP. Le nouveau vaccin devrait présenter un risque beaucoup plus faible de donner lieu à de nouveaux poliovirus dérivés du vaccin de type 2 que le mOPV2.

Évaluation des risques par l'OMS

La propagation continue des épidémies existantes dues au poliovirus de type 2 dérivé du vaccin qui circule encore ainsi que l'émergence d'un nouveau poliovirus de type 2 dérivé du vaccin indiquent des lacunes dans la couverture vaccinale de routine ainsi que la qualité insuffisante de la réponse à l'éclosion avec le vaccin monovalent oral contre la poliomyélite de type 2. Le risque de propagation de ces souches, ou l'émergence de nouvelles souches, est amplifié par l'augmentation croissante de la lacune d'immunité mucoale au poliovirus de type 2 sur le continent, à la suite du passage du vaccin trivalent au vaccin bivalent contre la poliomyélite buccale en 2016.

La détection de cVDPV2s souligne l'importance de maintenir une couverture vaccinale de routine élevée partout afin de minimiser le risque et les conséquences de la circulation du poliovirus. Ces événements soulignent également le risque posé par toute transmission de faible niveau du virus. Il faut intervenir de manière énergique en cas d'éclosion pour arrêter rapidement la circulation et assurer une couverture vaccinale suffisante dans les régions touchées afin de prévenir des éclosions semblables à l'avenir.

L'OMS continuera d'évaluer la situation épidémiologique et les mesures d'intervention en cas d'éclosion mises en œuvre.

La pandémie de COVID-19 continue d'affecter les efforts mondiaux d'éradication de la poliomyélite. Étant donné que, sur le plan opérationnel, les campagnes de vaccination contre la poliomyélite sont des activités en contact étroit, elles sont incompatibles avec les lignes directrices mondiales actuelles sur la distanciation physique dans le cadre des efforts de lutte contre la COVID-19. Ainsi, le programme a pris la décision très difficile de retarder temporairement les campagnes de vaccination. La priorité absolue est d'assurer la santé et la sécurité des travailleurs de la santé et des collectivités. Toutes les recommandations de l'IMEP sont conformes à celles sur l'immunisation essentielle et sont disponibles ici. Le programme a mis en œuvre une approche à deux volets afin de minimiser le risque d'une augmentation des cas de polio, en particulier dans les zones affectées par la maladie et éventuellement une propagation du virus vers d'autres zones.

- i) Le programme poursuivra, dans la mesure du possible, ses activités de surveillance afin de suivre l'évolution de la situation.
- ii) Le programme vise à retourner à l'action en force, y compris par des campagnes de vaccination, aussi rapidement que possible. Le calendrier dépendra de la situation locale et le programme devra ensuite fonctionner dans le contexte des évaluations des risques et des priorités des systèmes de santé nationaux des pays respectifs. Des plans détaillés et adaptés au contexte sont en cours d'élaboration et seront mis en œuvre chaque fois que la situation le permettra.

Dans de nombreux pays, les ressources affectées à la poliomyélite (p. ex., personnel, logistique, opérations) aident les systèmes de santé nationaux à réagir à la pandémie de COVID-19 et à faire en sorte que la crise soit gérée aussi rapidement et efficacement que possible.

Conseil de l'OMS

Il est important que tous les pays, en particulier les gens qui voyagent fréquemment et qui ont des contacts avec des pays et des régions touchés par la poliomyélite, renforcent la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë (AFP) afin de détecter rapidement toute nouvelle importation de virus et de faciliter une intervention rapide. Les pays, les territoires et les régions devraient également maintenir une couverture vaccinale régulière élevée au niveau des districts afin de minimiser les conséquences de toute introduction de nouveaux virus.

La brochure Voyages internationaux et Santé de l'Organisation mondiale de la Santé recommande que tous les voyageurs se rendant dans les régions touchées par la poliomyélite soient entièrement vaccinés contre la poliomyélite. Les résidents (et ceux qui visitent pendant plus de 4 semaines) des régions infectées devraient recevoir une dose supplémentaire du vaccin antipoliomyélique oral (VPO) ou du vaccin antipoliomyélique inactivé (VPI) dans les 4 semaines à 12 mois suivant le voyage.

Conformément aux conseils d'un Comité d'intervention d'urgence réuni 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 affectés 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 devra déclarer l'éclosion comme une urgence nationale de santé publique et envisager la vaccination de tous les voyageurs internationaux.

Pour de plus amples renseignements :

- Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite : <http://polioeradication.org/>
- Fiche d'information sur la poliomyélite : <https://www.who.int/topics/poliomyelitis/fr/>
- Estimations de l'OMS et de l'UNICEF sur la vaccination de routine à l'échelle nationale : https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html
- État 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/fr/publications/i/item>
- Poliovirus dérivés d'un vaccin : <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 des activités d'immunisation pendant la pandémie de COVID-19 : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331590>
- Document d'orientation de l'OMS sur la COVID-19 : Directives opérationnelles pour le maintien des services de santé essentiels pendant une éclosion : <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational->

Soudan

Une fièvre non identifiée tue 45 personnes au Soudan – Déclaration sur la santé – Récente – Déclaration

Source : Al Bayan

Numéro d'identification : 1007930001

Le nombre de personnes décédées d'une fièvre inconnue dans la ville soudanaise de Marwi est passé à 45, ainsi que 120 cas présumés de fièvre hémorragique de la vallée du Rift, selon certains.

Dans « Russia Today », l'Association of Socialist Doctors (Rush) a confirmé avoir détecté des cas d'épidémiologie alimentaire dans la ville de Maroui, accompagnés d'une baisse sévère des plaquettes, de saignements du rectum et parfois des gencives.

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

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

La ville de Marwi a subi une inondation majeure qui a balayé la plupart des villages et entraîné une catastrophe environnementale et une prolifération massive de multiples types de moustiques à l'origine 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 canadienne sur l'importation de médicaments, y compris l'insuline

Source : Inside Health Policy

Numéro d'identification : 1007912497

Le jeudi 24 septembre, l'administration Trump a finalisé une règle établissant les étapes à suivre par les États pour créer des programmes d'importation de certains médicaments d'ordonnance du Canada et permettra maintenant aux États d'importer des produits biologiques, comme l'insuline.

M. Trump a dit, lors d'un rassemblement électoral en Caroline du Nord jeudi, que la règle entre en vigueur immédiatement. Toutefois, les États doivent présenter une demande de participation et ensuite établir leurs programmes d'importation.

La 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 l'examen de la FDA, mettant ainsi en œuvre une disposition de la loi actuelle. Il faudrait que les plans promettent des économies importantes pour les consommateurs et qu'ils fassent l'objet de tests pour être approuvés. 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 médicaments intraveineux, comme l'insuline, et les produits biologiques, même si le secrétaire à la Santé et aux Services sociaux, Alex Azar, appuyait l'importation d'insuline.

Mais la règle finale permet l'importation de produits biologiques, comme l'insuline et le médicament populaire Humira.

[Traduction] « Les médicaments d'ordonnance admissibles devraient être réétiquetés avec l'étiquetage exigé aux États-Unis et faire l'objet de tests d'authenticité et de dégradation et pour s'assurer qu'ils respectent les spécifications et les normes établies », affirme la FDA.

La FDA a également publié un document d'orientation final qui énonce les procédures à suivre par un fabricant de médicaments pour obtenir un code national des drogues pour certains médicaments d'ordonnance approuvés par la FDA, y compris les produits biologiques et les produits combinés, qui ont été initialement fabriqués et destinés à la vente dans ce pays étranger.

La FDA affirme que l'utilisation d'un code national des drogues supplémentaire pourrait permettre aux fabricants de médicaments d'offrir des produits à un prix inférieur à celui exigé dans leurs contrats de

distribution actuels.

Selon la FDA, les médicaments d'ordonnance et les produits biologiques importés pourraient être mis à la disposition des patients dans plusieurs établissements, comme les hôpitaux, les bureaux de fournisseurs de soins de santé ou les pharmacies autorisées.

Le commissaire de la FDA, Stephen Hahn, a déclaré que le décret permet aux États d'importer des médicaments à des prix plus bas tout en maintenant des normes de qualité et de sécurité élevées. La politique vise aussi à promouvoir le choix et la concurrence qui pourraient éventuellement faire baisser le coût des médicaments.

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

Mais les fabricants de médicaments, les pharmaciens et les Canadiens détestent tous la règle et la contesteront probablement devant les tribunaux.

Les fabricants de médicaments contestent la règle de toutes leurs forces, et certains soutiennent que la proposition est inconstitutionnelle et outrepassé les pouvoirs de la FDA. Les pharmaciens américains préviennent également que la proposition susciterait de vastes préoccupations en matière de sécurité en raison du manque de surveillance de la chaîne d'approvisionnement et des problèmes d'étiquetage.

Les Canadiens disent que leur pays fait déjà face à des pénuries de médicaments sans que les Américains raflent le contenu de leurs armoires à pharmacie, et si des États peuplés comme la Floride ou New York devaient importer des médicaments canadiens, les Canadiens n'auraient plus de médicaments sur ordonnance. – Ariel Cohen (acohen@iwnews.com)

Balises : Drug-import Auteur : Ariel Cohen

Tous droits réservés 2020. Inside Washington Publishers.

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

Australie

Une étude identifie une cible médicamenteuse potentielle pour les infections dangereuses à *E. coli*

Source : News Medical Net

Numéro d'identification : 1007914103

Escherichia coli, ou *E. coli*, est une bactérie que beaucoup de gens associent à une intoxication alimentaire légère, mais certains types d'*E. coli* peuvent être mortels.

Les microbiologistes de l'UNSW Science ont étudié une souche d'*E. coli* qui cause une infection intestinale grave chez les humains : *E. coli* entérohémorragique (ECEH). Leurs résultats ont été publiés cette semaine dans la revue PNAS (Proceedings of the National Academy of Sciences).

ECEH est un pathogène d'origine alimentaire qui libère des toxines Shiga (ou shigatoxines) pendant l'infection, ce qui entraîne des dommages aux reins et des dommages 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 shigatoxines était importante, car il n'existe pas de traitement commercial pour les infections à ECEH.

Le traitement antibiotique de ces infections n'est généralement pas recommandé parce que les antibiotiques stimulent la production de shigatoxines, ce qui entraîne un risque accru d'insuffisance rénale, de dommages neurologiques et de décès.

[Traduction] La nouvelle voie que nous avons trouvée réduit la production de toxines et ne devrait pas être stimulée par un traitement antibiotique. Nos résultats désignent donc une nouvelle cible possible pour la mise au point de médicaments qui peuvent supprimer la production de shigatoxines pendant l'infection par ECEH.

Toutefois, nous en sommes encore aux balbutiements, et nous devons mener beaucoup plus de recherches pour comprendre si nos résultats s'appliquent à un large éventail d'isolats cliniques d'ECEH et aux deux types de shigatoxines produites par les isolats d'ECEH provenant d'humains. »

Dr Jai Tree, auteur principal de l'étude

Comment commence l'infection par ECEH

Le Dr Jai Tree explique qu'il y a plusieurs façons dont les personnes peuvent être infectées par ECEH.

[Traduction] « ECEH se trouve principalement dans les excréments de vaches et de moutons, et les gens peuvent être infectés par le contact avec les animaux de ferme et leurs excréments, ou par contact de

personne à personne si les gens entrent en contact avec de minuscules quantités d'excréments d'une personne malade – par exemple, directement ou indirectement en touchant des surfaces contaminées », a-t-il dit.

[Traduction] « Cette souche d'*E. coli* peut aussi se propager ingestion de viande hachée contaminée mal cuite (par exemple, dans les hamburgers), de fruits et légumes frais contaminés comme des légumes-feuilles, ou par la consommation d'eau contaminée ou de lait non pasteurisé.

« Les enfants de moins de cinq ans et les personnes plus âgées sont les plus à risque de contracter une infection à ECEH. »

Les éclosions d'ECEH sont moins courantes, mais mortelles

Le Dr Tree a déclaré que si la prévalence d'ECEH était faible par rapport aux autres pathogènes d'origine alimentaire, la maladie pouvait être très grave, voire mortelle. ECEH est un type de STEC (*Escherichia coli* producteur de shigatoxines).

[Traduction] « Les éclosions d'ECEH se produisent sporadiquement en Australie et dans le monde entier.

[Traduction] « L'éclosion la plus importante s'est produite en Australie-Méridionale en 1995 et a été causée par une saucisse Mettwurst contaminée, une saucisse fermentée semi-sèche faite de porc haché cru préservé par séchage et fumage », a-t-il dit.

[Traduction] « Lors de cette éclosion, 143 personnes ont été infectées – 23 d'entre elles ont subi des dommages rénaux et neurologiques. Bon nombre de ces cas graves concernaient des nourrissons qui ont subi des dommages rénaux permanents et qui ont par la suite eu besoin de greffes de rein.

[Traduction] « Une fillette de quatre ans a subi plusieurs accidents vasculaires cérébraux et est décédée trois jours après son admission à l'hôpital. Cet épisode a déclenché une importante enquête sur la salubrité des aliments et les éclosions depuis 1995 ont été moins importantes. »

Le Dr Tree a déclaré qu'à l'échelle mondiale, *E. coli* producteur de shigatoxines demeurait une préoccupation majeure en matière de salubrité des aliments après une importante éclosion en Allemagne en 2011.

[Traduction] « En Allemagne, la souche s'est propagée principalement par la consommation de pousses contaminées et, dans plusieurs cas, par un contact étroit avec une personne infectée », a-t-il dit.

[Traduction] « Au cours de cette éclosion, plus de 4 000 personnes ont été infectées et 50 sont mortes. » Une nouvelle voie qui se cache au vu et au su de tous

Le Dr Tree a déclaré que la recherche réalisée à l'UNSW était la première découverte depuis près de 20 ans d'une nouvelle voie qui contrôle les shigatoxines.

[Traduction] « En 2001, des chercheurs des universités Tufts et Harvard ont montré pour la première fois comment la production de shigatoxines était contrôlée par un virus bactérien, connu sous le nom de bactériophage, dans le génome. C'est la seule voie connue de contrôle de la production de shigatoxines depuis près de deux décennies », a-t-il dit.

[Traduction] « Nous avons étendu ces travaux pour montrer un nouveau mécanisme de contrôle des toxines qui, étonnamment, est enfoui au début de la séquence d'ADN qui code l'ARN messager de la shigatoxine – une copie fonctionnelle du gène.

[Traduction] « **Nous avons découvert qu'un très petit morceau de l'ARN messager des shigatoxines est transformé en un ARN de régulation, non codant, qui réprime la production de toxines et favorise la croissance du pathogène.** »

Le Dr Tree a déclaré que les résultats ont été surprenants, car les gènes des shigatoxines ont été bien étudiés, avec près de 7 000 études au cours des 40 dernières années.

[Traduction] « Ce n'est que récemment que nous avons pu utiliser les progrès de la technologie de séquençage de l'ARN pour détecter la présence d'un nouvel ARN de régulation non codant intégré dans l'ARN messager des shigatoxines », a-t-il dit.

[Traduction] « Ce nouvel ARN de régulation non codant se cachait au vu et au su de tous depuis près de 20 ans. »

Répercussions pour le traitement des infections à ECEH

Le Dr Tree explique que les découvertes des chercheurs ont ouvert de nouvelles possibilités pour le traitement des infections à ECEH.

[Traduction] « Les patients reçoivent en grande partie des soins de soutien pour gérer les symptômes de la maladie et réduire les effets des toxines sur les reins », explique-t-il.

[Traduction] « **Nos travaux montrent un nouveau mécanisme de contrôle de la production de toxines qui pourrait se prêter à de nouveaux traitements à base d'ARN pour inhiber la production de toxines pendant une infection. Nous prévoyons que cela élargirait les options d'intervention et pourrait permettre d'utiliser**

des antibiotiques qui ne sont actuellement pas recommandés parce qu'ils stimulent la production de shigatoxines.

« De nouveaux traitements pourraient donc réduire le risque de dommages aux reins, de complications neurologiques et de décès. Nous avons hâte de mettre à l'essai ces nouvelles interventions au cours de la prochaine étape de notre recherche. »

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 fourgonnette mobile de soins cliniques et de sensibilisation pour aider les personnes dans la rue aux prises avec une dépendance aux opioïdes

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

Numéro d'identification unique : [1007914104](https://doi.org/10.1007/914104)

Un nouveau programme de santé mobile créé au début de 2018 par le Kraft Center for Community Health du Massachusetts General Hospital (MGH) s'est révélé un modèle efficace pour offrir des services de traitement de la dépendance aux opioïdes directement aux personnes marginalisées, en particulier les sans-abri; une population qui fait face au risque le plus élevé de décès à court terme à la suite d'une surdose. La réussite initiale du programme, connu sous le nom de Community Care in Reach, qui a permis d'éliminer les obstacles traditionnels aux soins et de servir de point d'entrée pour les personnes déconnectées du système de santé, a été décrite en détail dans une étude de cas communautaire publiée dans *Frontiers in Public Health*. Le programme, rendu possible grâce aux contributions de Robert K. Kraft et de sa famille, réunit les ressources du Kraft Center, du Boston Health Care for the Homeless Program (BHCHP) et du programme d'accès aux seringues de la Boston Public Health Commission (BPHC), AHOPE.

[Traduction] « Grâce à une combinaison non traditionnelle de soins cliniques et de services de réduction des méfaits, la fourgonnette clinique et la sensibilisation dans la rue du programme ont produit un modèle qui renverse la notion de prestation traditionnelle des soins de santé », déclare Craig Regis, maîtrise en santé publique, chercheur au Kraft Center for Community Health et auteur principal de l'étude.

[Traduction] « Community Care in Reach a démontré une capacité unique d'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 aux soins de santé essentiels. »

À la fin de 2019, l'unité médicale mobile de 24 pieds du programme avait enregistré 9 098 contacts avec des personnes vivant avec une dépendance dans des régions identifiées comme des points chauds de surdose à Boston et dans les environs, distribuant 96 600 seringues et 2 956 trousseaux de naloxone pour inverser rapidement les surdoses d'opioïdes. Les médicaments contre la dépendance prescrits et administrés dans la fourgonnette par les médecins de premier recours de BHCHP comprennent la buprénorphine, utilisée pour réduire le besoin de substances, et la naltrexone, un antagoniste des opioïdes synthétiques pris par voie orale ou par injection. Les autres services offerts aux personnes atteintes de troubles liés à la consommation d'opioïdes sont la formation sur la naloxone, l'élimination des seringues usées, le dépistage du VIH/VHC, l'éducation sur les pratiques d'injection sécuritaire, la gestion des soins des plaies et l'orientation vers divers établissements de traitement de la toxicomanie. Les activités de sensibilisation et de réduction des méfaits sont menées par le programme AHOPE (Access Harm Reduction, Overdose Prevention and Education) de BPHC.

[Traduction] « Nos analyses de Community Care in Reach ont révélé une forte demande de services de traitement de la toxicomanie chez les personnes atteintes de troubles liés à l'utilisation d'opioïdes, particulièrement à mesure que le programme s'est établi davantage et a renforcé la confiance au sein de la collectivité », déclare Elsie Taveras, MD, maîtrise en santé publique, directrice générale du Kraft Center for Community Health et auteure principale de l'étude. [Traduction] « Les patients ont dit apprécier la commodité et la facilité d'accès au programme, ainsi que les soins compatissants et la sensibilisation proactive dans la rue amorcés par notre équipe de cliniciens expérimentés. » La récente décision du Massachusetts Department of Public Health d'étendre les services mobiles de traitement des dépendances, y compris le programme du Kraft Center, a contribué à confirmer le succès du modèle, ainsi qu'un rapport publié en mars 2019 par la Commission de réduction des méfaits de l'État qui a fait

l'éloge du programme Community Care in Reach en tant que programme de pratiques exemplaires pour lutter contre la dépendance aux opioïdes.

Selon ses organisateurs, une approche fondée sur des données qui garantit que les services de traitement de la toxicomanie atteignent les secteurs de la ville où ils sont le plus nécessaires contribue grandement au succès du programme de traitement mobile. [Traduction] « Nous surveillons constamment les SMU et les données sur la santé de la population pour déterminer où il y a des quantités élevées de surdoses dans la région du Grand Boston », explique M. Regis. [Traduction] « Cela nous donne la souplesse nécessaire pour déployer rapidement la fourgonnette dans les points chauds des opioïdes. Ce qui est tout aussi important, c'est qu'il nous permet de générer des données pour démontrer que ce modèle peut être tout aussi efficace qu'un environnement physique pour traiter les personnes atteintes de troubles liés à la consommation d'opioïdes. »

Si le système de santé est vraiment déterminé à aider certains des membres les plus vulnérables de la société — les statistiques montrent que le taux de mortalité attribuable à la consommation excessive d'opioïdes chez les sans-abri est 20 fois plus élevé que dans la population générale —, alors il doit créer des approches novatrices qui dépassent les modèles traditionnels de la prestation des soins de santé, maintient Taveras. [Traduction] « Comme nous l'avons démontré, une solution possible à ce défi énorme est de transférer certains services de soins de la toxicomanie dans un milieu de santé mobile », dit-elle. [Traduction] « 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 davantage : Craig Regis et coll. Community Care in Reach : Mobilizing Harm Reduction and Addiction Treatment Services for Vulnerable Populations, *Frontiers in Public Health* (2020). DOI : 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>