

Canada

Régions du Canada comptant des cas de COVID-19 en date du 1^{er} novembre 2020, 19 h, HAE

Source : Gouvernement du Canada

Province, territoire ou autre	Nombre de cas confirmés	Nombre de cas actifs	Nombre de décès
Canada	236 841	28 933	10 179
Terre-Neuve-et-Labrador	291	3	4
Île-du-Prince-Édouard	64	0	0
Nouvelle-Écosse	1 111	13	65
Nouveau-Brunswick	344	35	6
Québec	106 981	9 221	6 272
Ontario	76 707	7 981	3 145
Manitoba	6 034	3 255	75
Saskatchewan	3 218	798	25
Alberta	27 664	5 172	323
Colombie-Britannique	14 381	2 448	263
Yukon	23	5	1
Territoires du Nord-Ouest	10	2	0
Nunavut	0	0	0
Voyageurs rapatriés	13	0	0

Un [résumé épidémiologique](#) détaillé est disponible pour consultation.

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

Canada – Éclosions et issues de la maladie à coronavirus (COVID-19) (sources officielles et médias)

Canada

Déclaration de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada le 1^{er} novembre 2020

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

Déclaration

Le 1^{er} novembre 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 1^{er} novembre 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 :**

« Alors que la recrudescence de la COVID-19 se poursuit au Canada, nous surveillons un ensemble d'indicateurs épidémiologiques pour déterminer où la transmission de la maladie est la plus forte, où la maladie se propage ainsi que ses répercussions sur la santé des Canadiens et sur la capacité du système de santé, des laboratoires et de la santé publique. Voici le dernier résumé des tendances et des chiffres nationaux, ainsi que les mesures que nous devons tous prendre pour garder le nombre de cas de COVID-19 à des niveaux gérables dans tout le pays.

Depuis que les premiers cas ont été signalés en mars 2020, il y a eu 234 511 cas de COVID-19, dont 10 136 décès au Canada; ces chiffres cumulés nous renseignent sur le fardeau global de la COVID-19 à ce jour. Bien que ces chiffres cumulés soient élevés et continuent d'augmenter, il est important de se rappeler que la grande majorité des Canadiens demeurent vulnérables à l'infection à la COVID-19. Il est donc important que chacun continue à prendre des [précautions individuelles](#) pour assurer sa sécurité et celle de sa famille et de sa collectivité.

À l'heure actuelle, il y a 28 499 cas actifs dans tout le pays. Les dernières données nationales indiquent des moyennes quotidiennes de 2 771 nouveaux cas (du 23 au 29 octobre) et que près de 75 000 personnes ont subi un test de dépistage, dont 3,1 % ont reçu un résultat positif (du 11 au 17 octobre). Les éclosions continuent de contribuer à la propagation de la COVID-19 au Canada. Ces éclosions, dont l'ampleur varie de quelques cas à des grappes importantes de cas, surviennent dans divers milieux, notamment dans les établissements de soins de longue durée et les résidences-services, les écoles, les établissements d'habitation collective, les milieux de travail industriels et les grands rassemblements sociaux. Les grappes importantes nous indiquent que les milieux clos et bondés ou la pratique insuffisante des mesures de santé publique, comme la distanciation physique et le port du masque, peuvent amplifier la propagation du virus.

Le nombre de personnes gravement malades continue d'augmenter. Les données provinciales et territoriales indiquent qu'en moyenne 1 107 personnes atteintes de la COVID-19 ont été traitées dans les hôpitaux canadiens chaque jour au cours de la dernière période de sept jours (du 23 au 29 octobre), dont 227 se trouvaient dans une unité de soins intensifs. Au cours de la même période, 30 décès liés à la COVID-19 ont été signalés en moyenne chaque jour.

Étant donné que les hospitalisations et les décès ont tendance à se présenter une à plusieurs semaines après l'augmentation de l'activité de la maladie, il est préoccupant de constater que nous n'avons pas encore constaté l'ampleur des graves répercussions associées à l'augmentation continue de l'activité de la COVID-19. De plus, le nombre de cas de grippe et d'autres infections respiratoires augmente généralement pendant l'automne et l'hiver, ce qui exerce une pression supplémentaire sur les hôpitaux. C'est pourquoi il est si important pour les personnes de tous âges de continuer d'appliquer les pratiques de santé publique qui gardent les taux d'infections respiratoires bas.

Je veux profiter de cette occasion pour vous rappeler de continuer à prendre des rendez-vous médicaux réguliers pour vous et les membres de votre famille. L'une des mesures importantes que vous pouvez prendre est de vous faire vacciner contre l'influenza (la grippe), cette année, c'est plus important que jamais! D'autres services cruciaux pour le maintien de votre santé et de votre bien-être sont, entre autres, les services de soutien en santé mentale, les vaccins de routine, les rendez-vous de santé dentaire et la gestion des maladies chroniques. Ces rendez-vous de prévention et d'intervention précoce gardent la

même importance en temps de pandémie et des mesures sont en place pour faire en sorte que vos besoins en santé et en santé dentaire puissent être satisfaits en toute sécurité.

Le Canada a besoin d'un effort collectif pour soutenir l'intervention en santé publique jusqu'à la fin de la pandémie, tout en tenant compte des conséquences sanitaires, sociales et économiques de la crise. Nous pouvons tous faire notre part en limitant le nombre de nos contacts étroits et en suivant les mesures de santé publique dont l'efficacité a été prouvée, notamment [l'auto-isolement à la maison](#) si nous avons des [symptômes](#), le respect de la [distanciation physique](#), le [port du masque](#), selon la situation, ainsi que [l'hygiène des mains et l'hygiène respiratoire](#) et le nettoyage des [surfaces](#). Les Canadiens peuvent également contribuer en diffusant des renseignements **crédibles** sur [les risques et les mesures de prévention de la COVID-19](#) et les [mesures pour réduire la COVID-19 dans les collectivités](#) et en téléchargeant l'application [Alerte COVID](#) pour aider à limiter la propagation de la COVID-19.

Veillez consulter mon document d'information pour obtenir plus de [renseignements et de ressources sur les moyens de réduire les risques d'infection à la COVID-19](#), et de vous protéger ainsi que les autres. »

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/11/declaration-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-du-1er-novembre-2020.html>

Canada

Déclaration du Conseil des médecins hygiénistes en chef : Travailler en collaboration avec les Canadiens sur la gestion continue de la COVID-19 au cours des prochains mois

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

Le 31 octobre 2020 14 h 39

Déclaration

En notre qualité de médecins hygiénistes en chef du Canada et d'administratrice en chef de la santé publique du Canada, nous nous sommes engagés à protéger la santé et la sécurité de tous les Canadiens. **Depuis que nous avons reçu le premier signal de la COVID-19, le 31 décembre 2019, nous avons travaillé en étroite collaboration sur tous les aspects de l'intervention canadienne.**

Au cours des premiers jours, des mesures universelles étaient appropriées. Peu importe l'endroit où nous nous trouvions dans le pays, nous avons tous été aux prises avec les mêmes incertitudes et nous avons mis des mesures en place en fonction de ce que nous savions à ce moment. Neuf mois se sont écoulés et la pandémie a évolué, tout comme le savoir scientifique à propos de celle-ci. Nous avons acquis des connaissances à une vitesse sans précédent.

Nous avons également appris qui sont les personnes les plus susceptibles d'être atteintes d'une maladie grave des suites d'une infection à la COVID-19 : les adultes plus âgés, notamment ceux âgés de plus de soixante ans, ou les personnes atteintes d'un problème de santé immunodépresseur ou chronique. Même si les personnes de tout âge peuvent tomber gravement malades des suites d'une infection à la COVID-19 ou souffrir de la maladie bien longtemps, la très grande majorité des enfants, des jeunes et des adultes en santé en seront légèrement malades, mais pourront tout de même transmettre le virus à d'autres.

Bien que nous ayons travaillé en collaboration partout au Canada pendant de nombreux mois afin d'aplanir la courbe, les répercussions sociales, sanitaires et économiques des restrictions du printemps ont été difficiles pour l'ensemble des Canadiens. Maintenant, en bénéficiant de l'avantage associé au fait d'avoir appris ce qui fonctionne, à de nouvelles connaissances et à une capacité accrue, nous pouvons adopter une approche plus nuancée dans nos interventions. Nous prévoyons que les vaccins et les thérapies constitueront une partie importante d'une stratégie de santé publique à long terme. Entretemps, nous disposons d'outils qui aident à réduire la propagation de la maladie, à protéger les personnes les plus à risque et à soutenir les collectivités en ce qui a trait à la gestion de la COVID-19, alors que nous retournons de manière sécuritaire à un fonctionnement normal autant et aussi vite que possible.

Les objectifs de l'intervention du Canada contre la pandémie de COVID-19 sont de réduire au minimum le nombre de cas de maladie grave et le nombre de décès, tout en réduisant au minimum les perturbations sociales. Notre objectif au cours des mois à suivre consiste à concilier soigneusement les risques associés à la propagation de la COVID-19 et les conséquences sociales, sanitaires et économiques générales des mesures restrictives. Parallèlement à nos travaux afin de limiter les effets de la pandémie de COVID-19, nous devons nous occuper d'autres déterminants de la santé importants, par exemple les liens sociaux, l'éducation, le travail et la stabilité économique. Il s'agit d'une tâche complexe et, comme toute chose fondée sur la science, cela signifie s'ajuster au fur et à mesure que de nouvelles données probantes deviennent disponibles.

Étant donné que chaque partie du pays vit différemment la pandémie, les mesures de santé publique sont adaptées aux besoins de chaque région en fonction de ce que l'on sait à ce moment. Bien que cela puisse sembler confus, il s'agit de la bonne chose à faire. Les mesures demeureront différentes dans l'ensemble de notre pays, étant donné que les modes de transmission de la COVID-19 ainsi que les circonstances et le contexte locaux varient d'une collectivité à l'autre. Il est important de suivre les conseils de la santé publique locale concernant les mesures de prévention dans votre collectivité. Cela dit, nos principales mesures de prévention personnelles et de santé publique – ce que nous demandons à tous les Canadiens, à toutes les organisations et à toutes les collectivités de faire pour se protéger et protéger ceux plus à risque – sont les mêmes aux quatre coins du pays :

Personnes

- Prenez des précautions supplémentaires si vous développez des symptômes de la COVID-19, même s'ils sont bénins. Pour prévenir la propagation de l'infection à d'autres, restez à la maison et à l'écart des autres, notamment des personnes les plus à risque, et suivez les conseils de la santé publique portant sur le dépistage et la [mise en quarantaine ou l'isolement](#), selon le cas.
- Utilisez l'outil de dépistage fourni par les écoles et les établissements de garde d'enfants dans votre région quotidiennement pour déterminer si les enfants peuvent les fréquenter.
- Suivez les pratiques de prévention personnelles recommandées par votre autorité sanitaire, par exemple : limiter les contacts étroits et les rassemblements sociaux; la distanciation physique; l'utilisation d'un masque non médical ou d'un couvre-visage lorsqu'il est difficile de maintenir la distanciation physique ou conformément aux exigences des ordonnances de la santé publique locale; pratiquer une bonne hygiène des mains et l'étiquette en cas de toux.
- Évitez les lieux bondés, les lieux où les contacts sont étroits, ainsi que les espaces confinés et clos lorsqu'il n'y a aucune mesure ou politique en matière de santé publique afin de réduire le risque de propagation.
- Suivez les plans de sécurité de votre lieu de travail ou de votre école.
- Si vous avez reçu un diagnostic de COVID-19 ou si vous êtes en contact avec une personne atteinte de la COVID-19, suivez les conseils de la santé publique afin de protéger les autres, y compris la participation au traçage des contacts.
- Si vous présentez un risque élevé de maladie grave découlant de la COVID-19 en raison de votre âge ou de problèmes de santé chroniques, prenez autant de mesures de prévention que possible, aussi souvent que vous le pouvez, afin de vous protéger.
- Si vous êtes une personne qui présente un faible risque de maladie grave, prenez des mesures pour protéger les membres de votre famille, vos amis et les membres de votre collectivité qui courent un plus grand risque en raison de la COVID-19.
- Réduisez ou évitez les voyages nationaux inutiles vers des régions à l'échelle nationale qui présentent un risque plus élevé, et évitez les voyages non essentiels à l'étranger. Consultez les pages Web du [gouvernement du Canada](#) ou du gouvernement provincial ou territorial sur la COVID-19 pour obtenir les derniers renseignements sur le risque de transmission actuel. Rendez-vous au [voyage.gc.ca](#) pour obtenir les derniers renseignements sanitaires en matière de voyage international.

Organisations et collectivités

- Suivez les conseils de la santé publique locale en ce qui concerne les mesures de prévention communautaires pouvant réduire le risque de propagation de la COVID-19 : la désinfection régulière des locaux partagés, des surfaces et des objets; la distanciation physique et l'utilisation de barrières physiques; le port de masques non médicaux ou de couvre-visage; la ventilation accrue par l'usage d'échangeurs d'air, ou par l'ouverture des fenêtres et des portes, lorsque cela est pratique ou possible.
- Élaborez des politiques et des procédures qui appuient les employés et les étudiants pour qu'ils restent à la maison lorsqu'ils éprouvent des symptômes, mais qui leur permettent aussi de participer en personne de façon sécuritaire lorsqu'ils se sentent bien.
- Élaborez, communiquez, évaluez et ajustez des plans de sécurité qui permettent la mise en œuvre de pratiques de prévention personnelles.
- Travaillez en collaboration avec vos autorités de santé publique locales afin de répondre aux cas, aux grappes et aux éclosions de COVID-19.
- Pendant cette période difficile, assurez-vous que votre organisation appuie la santé mentale et le bien-être général de vos employés, de vos étudiants et des membres de votre collectivité.

Apprendre à gérer la COVID-19 et à vivre avec celle-ci est un parcours de longue haleine. Nous devons adopter des stratégies de prévention qui sont durables à long terme et qui appuient tous les facteurs qui ont une incidence sur la santé. Travaillons ensemble sur la gestion continue de la COVID-19 en prenant un engagement envers les mesures de prévention éprouvées et en continuant d'adapter notre compréhension au fur et à mesure que la pandémie évolue, afin d'éviter des augmentations qui accablent notre système de santé ainsi que pour garder nos familles et nos collectivités en santé et en sécurité au cours des mois à venir.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/10/declaration-du-conseil-des-medecins-hygienistes-en-chef-sur-la-collaboration-avec-les-canadiens-sur-la-gestion-continue-de-la-covid-19-au-cours-des.html>

Canada

Le gouvernement du Canada annonce la prolongation des restrictions aux déplacements

Source : canada.ca

ID : [1008166889](#)

Résumé Aujourd'hui, l'honorable Bill Blair, ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile, et l'honorable Patty Hajdu, ministre de la Santé, ont annoncé que le Canada prolongera la quarantaine obligatoire et les restrictions temporaires aux déplacements pour tous les voyageurs en provenance d'un pays autre que les États-Unis, sauf si leur voyage est effectué pour des raisons non discrétionnaires, jusqu'au 30 novembre 2020. Les défis posés par la COVID-19 sont sans précédent et la protection de la santé et de la sécurité de tous les Canadiens demeure la priorité absolue du gouvernement du Canada. Le gouvernement a apporté également des modifications pratiques aux dispositions qui permettent le déplacement limité à la frontière canado-américaine dans certaines circonstances.

Ottawa (Ontario)

Malgré les défis sans précédent présentés par la COVID-19, la priorité absolue du gouvernement du Canada est la protection de la santé et de la sécurité des Canadiens et Canadiennes.

Aujourd'hui, l'honorable Bill Blair, ministre de la Sécurité publique et de la Protection civile, et l'honorable Patty Hajdu, ministre de la Santé, ont annoncé que le gouvernement a prolongé les restrictions temporaires de voyage et l'ordre de quarantaine obligatoire pour tous les voyageurs non états-unis, jusqu'au 30 novembre 2020, à moins que leurs déplacements soient pour des raisons non discrétionnaires.

Le gouvernement a apporté également des modifications pratiques aux dispositions qui permettent le déplacement limité à la frontière canado-américaine dans certaines circonstances. À partir du 31 octobre

2020, les résidents de Campobello Island (Nouveau-Brunswick), Stewart (Colombie-Britannique), Northwest Angle (Minnesota) et Hyder (Alaska) sont exemptés de la période de quarantaine de 14 jours obligatoires afin qu'ils puissent obtenir des nécessités de la vie (par exemple, de la nourriture et des services médicaux) dans la région américaine ou canadienne la plus proche. De plus, les étudiants du Canada et des É.-U. qui traversent la frontière de façon régulière pour aller à l'école, avec un conducteur, ainsi que les enfants de garde partagée, avec un parent, sont exemptés de la période de quarantaine de 14 jours obligatoires. Ces nouvelles dispositions pour diminuer la pression sur les étudiants transfrontaliers ont comme condition le soutien des autorités de la santé publique provinciales et locales.

En outre, le gouvernement permet une exemption limitée à la quarantaine obligatoire dans le cadre de projets pilotes des tests de dépistage de la COVID-19 en collaboration avec les autorités provinciales. Afin de déterminer les changements à nos mesures frontalières actuelles, le gouvernement du Canada continuera à examiner de près d'autres options que la quarantaine pour les déplacements internationaux et fera une évaluation de la science en évolution, y compris le rôle et le moment du dépistage de la COVID-19.

Le gouvernement du Canada prévoit également de mettre en œuvre de nouvelles exigences obligatoires pour la soumission de renseignements électroniques avec l'application ou le site Web ArriveCan. ArriveCan a été créé comme option électronique, sécuritaire et facile à utiliser pour aider les voyageurs à se conformer aux mesures douanières. Cette application permet aux renseignements des voyageurs d'être diffusé rapidement et de façon sécuritaire avec les provinces et les territoires afin qu'ils puissent faciliter le suivi avec le voyageur au niveau de la santé publique et les services policiers. Ces nouvelles exigences entreront en vigueur le 21 novembre et des renseignements supplémentaires seront publiés dans les prochains jours. Des exceptions seront permises pour les personnes qui ne peuvent pas soumettre des documents électroniquement en raison de circonstances personnelles.

Toute personne qui éprouve des symptômes de la COVID-19 ou qui est entrée en contact étroit avec une personne infectée par la COVID-19 devrait continuer de s'isoler ou de se mettre en quarantaine pendant 14 jours. Comme à tous les points d'entrée au pays, les agents des services frontaliers détermineront si une personne qui n'est pas résident permanent ou citoyen peut entrer au Canada.

<https://www.canada.ca/fr/securite-publique-canada/nouvelles/2020/10/le-gouvernement-prolonge-les-restrictions-liees-aux-deplacements-internationaux.html>

Canada

Éclosions dans les écoles, augmentation des hospitalisations, Montréal reste en zone rouge

Source : *Montreal Gazette*

ID unique : [1008153042](#)

Malgré le confinement partiel imposé à Montréal il y a un mois, le nombre d'éclosions de COVID-19 dans les écoles de la ville a fait un bond de 20 à 93 depuis la semaine dernière. Jeudi, le service de santé publique a ordonné la fermeture d'une école pendant deux semaines. Les hospitalisations dues à la pandémie de maladie respiratoire ont augmenté de 17 cas pour atteindre 156 à Montréal, mais le nombre de séjours en soins intensifs a diminué de 9 cas, pour se stabiliser à 26. De plus, le...

Malgré le confinement partiel imposé à Montréal il y a un mois, le nombre d'éclosions de COVID-19 dans les écoles de la ville a fait un bond de 20 à 93 depuis la semaine dernière. Jeudi, le service de santé publique a ordonné la fermeture d'une école pendant deux semaines.

Les hospitalisations dues à la pandémie de maladie respiratoire ont augmenté de 17 cas pour atteindre 156 à Montréal, mais le nombre de séjours en soins intensifs a diminué de 9 cas, pour se stabiliser à 26. De plus, le nombre de reproductions de base du coronavirus est passé de moins de 1 à 1,06, indiquant une augmentation de la transmission communautaire.

« Pour les deux prochaines semaines, nous devons faire un autre effort collectif pour réduire nos contacts », a déclaré M^{me} Drouin aux journalistes vendredi matin, avertissant que Montréal pourrait rester

dans la zone rouge pendant un certain temps encore, malgré le fait qu'elle ait atteint ce qu'elle a décrit comme un plateau dans le nombre de nouvelles infections lors de la deuxième vague de la pandémie. « À la fin du plateau, nous aurons deux possibilités : ça monte ou ça descend. Bien sûr, nous voulons tous le voir descendre et passer un Noël où il sera plus facile de prendre des décisions.

Suite de l'article

Mme Drouin a ajouté que les autorités envisagent la réouverture de certains sites, mais n'en a cité aucun en particulier.

« Ce que nous évaluons actuellement, c'est que si Montréal reste dans la zone rouge, nous devons également considérer l'équilibre entre la réduction de la transmission dans la communauté et l'augmentation des effets collatéraux de ces mesures », a-t-elle expliqué, faisant allusion au stress psychologique de l'enfermement partiel.

Le 28 septembre, Québec a annoncé la fermeture des bars, salles de restaurant, salles de conditionnement physique, cinémas, salles de concert et théâtres, alors que le nombre de cas de COVID-19 atteignait un sommet.

Sonia Bélanger, responsable du centre de commandement COVID-19 de Montréal, s'est dite inquiète de la recrudescence des cas dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et les résidences pour personnes âgées de la ville. À l'heure actuelle, 88 cas sont recensés dans les CHSLD, contre 41 il y a une semaine. Le nombre d'infections a augmenté de 5, passant à 47 dans les résidences pour personnes âgées.

« Nous devons continuer à être très vigilants », a déclaré M^{me} Bélanger.

Au total, Montréal est confrontée à 236 éclosions, soit une trentaine de plus qu'il y a une semaine. En plus des écoles, il y a 25 grappes dans les garderies, 62 en milieu de travail, 14 en milieu communautaire et 23 dans les établissements de soins de santé.

Plus d'informations à venir.

<https://montrealgazette.com/news/local-news/school-outbreaks-hospitalizations-rise-as-montreal-stays-in-red-zone> [en anglais]

Canada

Plus de 20 écoles des Premières Nations de la Saskatchewan ont fermé leurs portes en raison des craintes suscitées par la COVID-19.

Source : CBC

ID unique : [1008153029](https://www.cbc.ca/news/canada/saskatoon/more-than-20-sask-first-nations-schools-closed-due-to-covid-19-fears-1.5782978)

La Fédération des nations autochtones souveraines s'attend à davantage de fermetures en raison de la hausse du nombre de cas 30 octobre 2020 La pandémie de COVID-19 a entraîné la fermeture d'au moins 20 écoles des Premières Nations de Saskatchewan, selon la Fédération des nations autochtones souveraines. La FSIN s'attend à ce que ce nombre augmente dans les prochains jours.

« Les matins, c'est Zoom et Google Meet », a déclaré en riant Julie, mère de six enfants de la Nation crie de Big Island Lake...

La Fédération des nations autochtones souveraines s'attend à davantage de fermetures en raison de la hausse du nombre de cas

30 octobre 2020

La pandémie de COVID-19 a entraîné la fermeture d'au moins 20 écoles des Premières Nations de Saskatchewan, selon la Fédération des nations autochtones souveraines.

La FSIN s'attend à ce que ce nombre augmente dans les prochains jours.

« Les matins, c'est Zoom et Google Meet », a déclaré en riant Julie Sandfly, mère de six enfants de la nation crie de Big Island Lake.

M^{me} Sandfly a déclaré qu'elle et son mari, Joseph Keesaynew, travaillent sans relâche pour s'assurer que leurs enfants ne prennent pas de retard dans leurs études malgré la fermeture de leur école.

Pour en savoir plus : <https://www.cbc.ca/news/canada/saskatoon/more-than-20-sask-first-nations-schools-closed-due-to-covid-19-fears-1.5782978> [en anglais]

<https://nationtalk.ca/story/more-than-20-sask-first-nations-schools-closed-due-to-covid-19-fears-cbc> [en anglais]

Canada

Le gouvernement du Canada annonce le financement d'activités de recherche et développement afin de combler les lacunes et de relever les défis liés à la COVID-19

Source : [Innovation, Sciences et Développement économique Canada](#)

communiqué

Le 30 octobre 2020 – Ottawa (Ontario)

Le gouvernement du Canada est déterminé à veiller à la santé et à la sécurité de tous les Canadiens, ainsi qu'à assurer la résilience économique et à contribuer à la lutte internationale contre la pandémie de COVID-19. Depuis l'écllosion de cette dernière, le gouvernement collabore étroitement avec l'industrie pour déterminer les secteurs où des investissements urgents sont nécessaires, tout en renforçant la capacité nationale de faire obstacle aux pandémies futures.

Aujourd'hui, le ministre de l'Innovation, des Sciences et de l'Industrie, l'honorable Navdeep Bains, a annoncé l'octroi de 796 000 \$ par le Conseil national de recherches Canada (CNRC) par l'entremise du Programme Défi en réponse à la pandémie. Le ministre a également annoncé le nom d'entreprises ayant remporté des défis et obtenu des contrats au titre du volet Mise à l'essai du programme [Solutions innovatrices Canada](#).

Le Programme Défi en réponse à la pandémie du CNRC vise à combler les lacunes et à relever les défis propres à la COVID-19, tels qu'ils sont déterminés par les experts canadiens en matière de santé. Ce programme accorde des fonds de recherche-développement aux six projets suivants, qui sont menés en collaboration :

147 000 \$ à l'Université de la Colombie-Britannique pour la réalisation d'un projet sur l'adoption clinique de capteurs sans contact pouvant être utilisés auprès de patients atteints de la COVID-19;

150 000 \$ à l'Université OCAD pour l'élaboration de lignes directrices et de procédures fonctionnelles encadrant la conception de logiciels de soins virtuels à l'intention de populations vulnérables;

199 000 \$ au Centre de toxicomanie et de santé mentale pour la conception et la validation de modules d'applications mobiles servant à atténuer les symptômes de problèmes de santé mentale suscités par la pandémie de COVID-19;

100 000 \$ à l'Université de Toronto pour la mise au point de tests d'agglutination au latex, facilitant le diagnostic rapide et sans instruments de la COVID-19 à même la salive;

100 000 \$ à l'Université de Toronto pour l'élaboration de combinaisons de réactifs permettant la détection visuelle du virus SRAS-CoV-2;

100 000 \$ à LFAnt Medical pour la mise au point d'un test moléculaire servant au diagnostic rapide et sans instrument du virus SRAS-CoV-2 à même un échantillon de salive.

Trois nouveaux projets ont été annoncés au titre du volet Mise à l'essai de Solutions innovatrices Canada :

[Zighra](#) réalisera son projet Crownshield, une solution d'authentification et de repérage continus des menaces fonctionnant à l'aide de l'intelligence artificielle. Il s'agit d'une trousse de développement de logiciels pour appareils mobiles iOS et Android.

[Cubresa Inc.](#) mettra au point le tout premier appareil portable de tomographie par émission de positrons au monde, conçu pour une utilisation auprès de pathogènes hautement infectieux.

[CryptoMill Cybersecurity Solutions](#) mènera le projet Circles of Trust, une solution assurant la sécurité des renseignements délicats dans plusieurs domaines : administrations publiques, soins de santé, défense et renseignements commerciaux confidentiels. L'accès aux renseignements est limité aux personnes qui en ont besoin.

Le volet Mise à l'essai du programme Solutions innovatrices Canada vise à aider les entreprises canadiennes, peu importe leur taille, à commercialiser leurs produits et services. Les organismes participants font l'acquisition de produits et services qui en sont à l'étape de la précommercialisation et les mettent à l'essai dans un contexte concret, pour ensuite fournir aux entreprises une rétroaction constructive.

Le ministre a annoncé le nom des plus récents bénéficiaires au titre de la phase 1 en réponse à deux défis liés à la COVID-19 lancés en mai 2020 par Solutions innovatrices Canada.

Les quatre entreprises suivantes recevront des fonds au titre de la phase 1 en regard du [Défi COVID-19 : Un centre d'échange numérique intelligent](#) :

[11983393 Canada Inc.](#) réalisera le projet Oasis, une plateforme facilitant la mise en commun de renseignements clés par des spécialistes en administration publique.

[Bulky Inc.](#) mettra au point une plateforme numérique de jumelage rapide qui permettra à des membres de l'industrie canadienne et de communautés mondiales de chercheurs, de fournisseurs de soins de santé et de bailleurs de fonds de collaborer en matière d'échanges de connaissances et d'acquisition de ressources matérielles pour lutter contre la pandémie de COVID-19.

[Cole Webber Productions Inc.](#) déploiera la plateforme Betterfit Healthcare Club, utilisée pour le jumelage de ressources et de capacités en fonction des besoins. La plateforme collige de l'information au sujet des séances de travail, des installations et des ressources disponibles.

[Optima Analytics Inc.](#) proposera un centre d'échange intelligent sous forme d'application mobile évolutive pouvant être utilisée n'importe où à partir d'un ordinateur, d'une tablette ou d'un appareil mobile.

La proposition suivante a été retenue pour un financement de la phase 1 au titre du [Défi COVID-19 : Réactifs magnétiques pour la détection de la COVID-19 et autres kits de diagnostic moléculaire à base d'ARN](#) :

[Galenvs Sciences Inc.](#) a proposé une stratégie d'adaptation de réactifs magnétiques pour une extraction efficiente d'ARN.

Les entreprises qui atteindront la phase 2 pourraient recevoir jusqu'à 1 million de dollars pour développer un prototype fonctionnel.

Citations

« Notre gouvernement mobilise dans les meilleurs délais ses programmes et ressources en matière d'innovation afin de s'attaquer à la pandémie de COVID-19. Les propositions et les projets retenus aujourd'hui dans le cadre de l'initiative Fait au Canada donnent une longueur d'avance aux chercheurs et aux entreprises qui participent à la lutte contre le virus. Il s'agit toujours de la priorité absolue de notre gouvernement, et cela cadre avec notre engagement de veiller à la santé et à la sécurité de tous les Canadiens. »

– Le ministre de l'Innovation, des Sciences et de l'Industrie, l'honorable Navdeep Bains

Faits en bref

Le Programme Défi en réponse à la pandémie réunit les meilleurs chercheurs canadiens et internationaux afin d'accroître le rythme des activités de recherche-développement visant à combler les lacunes et à relever les défis propres à la COVID-19, tels qu'ils sont déterminés par les experts canadiens en matière de santé.

Solutions innovatrices Canada est une composante clé du [Plan pour l'innovation et les compétences](#) du gouvernement, un plan pluriannuel visant à faire du Canada un leader mondial en matière d'innovation et à préparer les Canadiens à prospérer dans l'économie de demain.

Le programme Solutions innovatrices Canada a été modifié pour appuyer les défis axés sur la pandémie de COVID-19 : montant doublé pour les propositions retenues aux phases 1 et 2; octroi de subventions ou de contrats aux entreprises qui ont plus de 499 employés; augmentation du montant octroyé dans le cadre du volet de mise à l'essai pouvant atteindre 5 millions de dollars pour le contrat de vente initial et les ventes additionnelles, afin de soutenir l'essai des solutions innovatrices en lien avec la pandémie de COVID-19.

Le 11 mars 2020, le premier ministre a annoncé une enveloppe de 1 milliard de dollars pour aider les Canadiens à passer au travers de la pandémie de COVID-19; cette enveloppe inclut 275 millions de dollars pour la recherche et la mise au point de mesures pour lutter contre la maladie.

De plus amples renseignements sur le soutien offert aux entreprises canadiennes se trouvent sur le site Web [Innovation.Canada.ca](#).

Liens connexes

[Maladie à coronavirus \(COVID-19\)](#)

[Programme Défi en réponse à la pandémie](#)
[Possibilités de financement liées à la COVID-19](#)
[Application Alerte COVID](#)

Personnes-ressources
John Power
Attaché de presse
Cabinet du ministre de l'Innovation, des Sciences et de l'Industrie
343-550-1456
john.power@canada.ca

Relations avec les médias
Innovation, Sciences et Développement économique Canada
343-291-1777
ic.mediarelations-mediasrelations.ic@canada.ca

Relations avec les médias
Conseil national de recherches Canada
613-991-1431
1-855-282-1637 (sans frais)
613-949-3042 (ATS)
media@nrc-cnrc.gc.ca

<https://www.canada.ca/fr/innovation-sciences-developpement-economique/nouvelles/2020/10/le-gouvernement-du-canada-annonce-le-financement-dactivites-de-recherche-developpement-afin-de-combler-des-lacunes-et-de-relever-des-defis-lies-a-l.html>

Canada

Le gouvernement du Canada investit dans une étude sur les frontières pour lutter contre la COVID-19 menée par McMaster HealthLabs

Source : [Instituts de recherche en santé du Canada](#)

Communiqué

Afin de protéger la population canadienne contre la pandémie de COVID-19, en mars 2020, le gouvernement du Canada a imposé des restrictions concernant l'entrée au Canada et a mis en place des mesures de santé publique pour les voyageurs autorisés à entrer au Canada. À leur arrivée à la frontière, les voyageurs sont contrôlés par des responsables de la santé publique. Les voyageurs doivent se placer en quarantaine pendant 14 jours s'ils ne présentent pas de symptômes de la COVID-19 ou s'isoler pendant la même période s'ils présentent des symptômes.

Aujourd'hui, l'honorable Filomena Tassi, ministre du Travail et députée de Hamilton-Ouest–Ancaster–Dundas, a annoncé, au nom de l'honorable Patty Hajdu, ministre de la Santé, un investissement de 2,5 millions de dollars du gouvernement du Canada pour une étude qui nous aidera à mieux comprendre le taux d'infection à la COVID-19 chez les voyageurs internationaux. L'étude examinera également l'importance des mesures de santé publique pour les voyageurs et évaluera les avantages et les risques d'un programme de dépistage et de surveillance de la COVID-19 dans les aéroports.

Lancée en septembre 2020, l'étude internationale du Canada sur la surveillance des frontières pour lutter contre la COVID-19 est menée par McMaster HealthLabs en collaboration avec Air Canada et l'Autorité aéroportuaire du Grand Toronto. Les fonds du gouvernement du Canada, fournis par l'entremise d'un partenariat entre Santé Canada et les Instituts de recherche en santé du Canada, permettront à l'équipe de McMaster HealthLabs d'accroître le nombre de participants à l'étude, le faisant passer à environ 17 000 participants recrutés parmi les voyageurs internationaux arrivant à l'aéroport Pearson de Toronto.

Citations

« Au début de la pandémie, nous avons mis en place des mesures frontalières rigoureuses pour protéger les Canadiens. Nous nous sommes appuyés sur des données probantes pour contrer la COVID-19, et alors que nous relançons progressivement l'économie, les conclusions de cette étude sont essentielles pour déterminer le meilleur moyen de protéger la santé des Canadiens et l'économie canadienne. Je remercie l'équipe de McMaster HealthLabs pour son important travail qui aidera à éclairer les décisions relatives aux mesures frontalières fondées sur la science et des données probantes. »

L'honorable Patty Hajdu, ministre de la Santé

« Je félicite le Dr Smieja et toute l'équipe de McMaster HealthLabs, qui ont rapidement collaboré avec les universités, les entreprises et d'autres partenaires pour mettre au point et tester des solutions visant à réduire les répercussions sociales et économiques de la COVID-19. Leur travail est un autre brillant exemple du leadership de l'Université McMaster et de son engagement à relever les défis auxquels font face les Canadiens. »

L'honorable Filomena Tassi, ministre du Travail et députée de Hamilton-Ouest–Ancaster–Dundas

Liens connexes

[Maladie à coronavirus \(COVID-19\)](#)
[COVID-19 : voyage, quarantaine et frontières](#)
[McMaster HealthLabs \[en anglais seulement\]](#)

Personnes-ressources

Cole Davidson
Cabinet de l'honorable Patty Hajdu
Ministre de la Santé
613-957-0200

Relations avec les médias

Instituts de recherche en santé du Canada
613-941-4563
relationsaveclesmedias@cihr-irsc.gc.ca

Relations avec les médias

Santé Canada
613-957-2983
hc.media.sc@canada.ca

Les [Instituts de recherche en santé du Canada](#) (IRSC) savent que la recherche a le pouvoir de changer des vies. En tant qu'organisme fédéral chargé d'investir dans la recherche en santé, ils collaborent avec des partenaires et des chercheurs pour appuyer les découvertes et les innovations qui améliorent la santé de la population et le système de soins du Canada.

<https://www.canada.ca/fr/instituts-recherche-sante/nouvelles/2020/10/le-gouvernement-du-canada-investit-dans-une-etude-sur-les-frontieres-pour-lutter-contre-la-covid-19-menee-par-mcmaster-healthlabs.html>

Canada

Les restrictions liées à COVID-19 changent pour tout le Manitoba après une journée record

Source : CTVNews.ca – Top Stories – Public RSS

ID : 1008155887

WINNIPEG – La région métropolitaine de Winnipeg passe au niveau de restriction critique ou rouge, et ce n'est pas la seule région de la province à voir ses restrictions actuelles modifiées.

Le Dr Brent Roussin, directeur de la santé publique de la province, a également annoncé que le reste de la province, qui comprend les régions de Santé Sud, Prairie Mountain et Interlake-Eastern, passera au niveau orange ou niveau de restriction du système de lutte contre la pandémie.

Cette mesure entrera également en vigueur le 2 novembre, et ces régions rejoignent la région sanitaire du Nord, déjà soumise à ce niveau de restrictions.

Avec ces changements, le nombre de personnes autorisées à se rassembler sera ramené à cinq, en plus de celles appartenant à un même ménage.

La limite de capacité des restaurants, des bars et des espaces de vente au détail est portée à 50 % et M. Roussin invite à limiter la fréquentation des commerces à une personne par ménage.

Pour les étudiants, l'apprentissage mixte doit commencer pour les classes de la neuvième à la douzième année et l'apprentissage mixte volontaire peut commencer pour les enfants de la maternelle à la huitième année.

Dans ces régions de la province, les événements sportifs et récréatifs sont réduits à 25 % de leur capacité.

Tous les clients des salles de sport et de conditionnement physique devront fournir leurs coordonnées et des masques seront exigés à tout moment, sauf durant les exercices.

Les rassemblements religieux seront limités à 20 % ou à 250 personnes, selon le nombre le plus bas.

<https://winnipeg.ctvnews.ca/covid-19-restrictions-changing-for-all-of-manitoba-after-record-shattering-day-1.5168328> [en anglais]

Canada

Les Canadiens doivent réduire leurs contacts du quart pour contrôler l'épidémie de COVID-19 : D^{re} Tam

Source : OttawaMatters.com

ID : 1008156353

Le gouvernement a publié vendredi des prévisions indiquant qu'au rythme actuel de contacts en personne, le Canada pourrait voir le nombre de cas de COVID-19 passer à 8 000 par jour début décembre.

De nouvelles projections fédérales suggèrent que les Canadiens doivent réduire du quart le nombre de leurs contacts pour garder l'épidémie de COVID-19 sous contrôle, alors que plusieurs provinces se demandent jusqu'où leurs mesures de confinement devraient aller pour renforcer ce message.

Le gouvernement a publié vendredi des prévisions indiquant qu'au rythme actuel de contacts en personne, le Canada pourrait voir le nombre de cas COVID-19 passer à 8 000 par jour début décembre.

Si les Canadiens réduisent leur taux de contact de 25 %, ce nombre pourrait tomber en dessous de 2 000, selon la modélisation.

La D^{re} Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, a déclaré que le pays a perdu son avance dans la « danse » en cours avec la COVID-19 après avoir réduit le nombre de cas au cours de l'été, et la reprendre exigera de la discipline.

« Ce qui nous attend cet automne et cet hiver, c'est à chacun d'entre nous de le déterminer par nos décisions et nos actions », a déclaré la D^{re} Tam lors d'une conférence. « Baisser notre garde et laisser ce virus gagner n'est pas une option. »

La D^{re} Tam a exhorté les Canadiens à limiter autant que possible leurs contacts avec les autres, notamment en réduisant les bulles sociales et en maintenant une distance physique dans les lieux publics.

Selon elle, d'autres restrictions et fermetures pourraient être nécessaires pour renforcer ces pratiques dans les communautés où la propagation du virus est en hausse.

Mais le premier ministre Justin Trudeau a déclaré qu'il pensait que le Canada pouvait endiguer la vague d'infections sans devoir recourir à des fermetures massives.

« Nous avons frappé avec le grand marteau d'un confinement national au printemps, mais maintenant nos outils sont plus perfectionnés », a déclaré M. Trudeau aux journalistes en français. « Nous savons quelles organisations et entreprises... sont les plus exposées aux risques d'éclosions. Par conséquent, notre approche est plus ciblée ».

L'un des outils cités par M. Trudeau est l'application Alerte COVID, qui peut désormais fournir des informations plus précises aux personnes susceptibles d'avoir été exposées au virus. Les utilisateurs de l'application qui obtiennent un résultat positif au test COVID-19 peuvent entrer le moment où leurs symptômes ont commencé ou la date à laquelle ils ont subi un test, ce qui permet à ceux qui ont été exposés de mieux savoir à quel moment ils ont été exposés au virus.

Mais certaines provinces sont en train d'affiner leur approche. En effet, des secteurs sont soumis à des mesures plus strictes en Ontario et au Québec, et le Manitoba impose de nouvelles restrictions à de nombreuses entreprises.

La médecin-hygiéniste en chef adjointe de l'Ontario, Barbara Yaffe, a déclaré que la province examinera les recommandations fédérales visant à réduire les cercles sociaux et déterminera si les lignes directrices de l'Ontario – qui limitent les rassemblements privés en salle à 10 personnes ou moins, et les événements privés en plein air à 25 ou moins – doivent être mises à jour.

« Nous allons examiner cela, évidemment, et voir si nous devons modifier les lignes directrices. Je pense que tout le monde doit simplement se rappeler comment cette infection se propage », a déclaré Yaffe lors d'une conférence vendredi, exhortant les gens à limiter les contacts en dehors de leur ménage lorsque cela est possible.

« Ne faites rien qui ne soit pas essentiel. Allez au travail, à l'école, à l'épicerie, etc., aux rendez-vous médicaux. Mais nous devons vraiment essayer de minimiser l'interaction que nous avons avec les autres ».

Les fonctionnaires de l'Ontario ont également défendu les mesures de confinement existantes de la province vendredi, quand les représentants du secteur ont demandé une explication sur les raisons pour lesquelles les restaurants sont soumis à des normes plus strictes.

Une coalition représentant les entreprises de restauration a publié une lettre ouverte au premier ministre Doug Ford, demandant à voir les données utilisées par la province pour établir des mesures visant à interdire les repas en salle dans quatre zones chaudes de la COVID-19.

Selon M. Ford, les restrictions sont temporaires et ont permis à la province d'éviter des résultats catastrophiques. Il a également indiqué qu'un plan de réouverture des entreprises fermées est prévu pour la semaine prochaine.

« Je crois sincèrement que si nous n'avions pas pris cette décision... nous aurions un discours différent aujourd'hui », a déclaré Ford vendredi. « Nous aurions sans doute un débat comme en France ou en Espagne. »

L'Ontario a rapporté 896 nouveaux cas de COVID-19 vendredi, ainsi que neuf nouveaux décès dus à la maladie.

Le gouvernement du Manitoba ordonne la fermeture de nombreuses entreprises dans la région de Winnipeg après que la province ait rapporté un record historique de 480 nouveaux cas de COVID-19, soit plus du double du précédent record quotidien.

À partir de lundi, les bars et restaurants de la région de Winnipeg ne pourront plus proposer que des plats à emporter et des livraisons. Les cinémas et les salles de concert seront fermés et la plupart des magasins de détail seront limités à 25 % de leur capacité.

Pendant ce temps, les autorités québécoises ont annoncé vendredi dernier que les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean et de Chaudière-Appalaches passaient au niveau d'alerte COVID-19 le plus élevé.

Douze régions de la province sont maintenant partiellement ou entièrement dans la zone dite rouge, qui fera face à des restrictions accrues jusqu'au 23 novembre.

Le premier ministre François Legault a prolongé cette semaine le confinement partiel des régions de la province en état d'alerte maximale, déclarant que la santé publique réévaluerait la situation dans deux semaines pour voir si les mesures pourraient être assouplies plus tôt.

Vendredi également, la police de Québec a infligé des amendes de 1 000 dollars à un propriétaire de salle de conditionnement physique et à deux clients, après qu'une coalition de centres de conditionnement physique indépendants ait juré de rouvrir cette semaine au mépris des restrictions relatives aux zones rouges.

Québec rapportait 952 nouveaux cas de COVID-19 vendredi, ainsi que 18 autres décès liés au virus. D'autres régions ont été touchées par des épidémies de plus de 100 cas au cours des deux dernières semaines, selon l'analyse fédérale de vendredi, dont 26 communautés autochtones qui ont signalé deux cas actifs ou plus.

M. Trudeau a annoncé un financement de plus de 200 millions de dollars pour aider les communautés autochtones à contenir la propagation du virus.

Les données du gouvernement révèlent que les infections sont en augmentation chez les Canadiens de 20 ans et moins. Selon la D^{re} Tam, cette hausse est liée à la réouverture des écoles, des universités et des garderies.

Environ 2 100 écoles ont rapporté au moins un cas confirmé, a-t-elle dit, et plus de 50 écoles ont rapporté cinq cas ou plus.

<https://www.ottawamatters.com/local-news/canadians-need-to-cut-contacts-by-a-quarter-to-control-covid-19-outbreak-tam-2839432> [en anglais]

Canada

Plusieurs communautés frontalières canado-américaines isolées sont exemptées de la quarantaine liée à la COVID-19

Source : *Global News*

ID : 1008156307

Le gouvernement fédéral a levé l'obligation de quarantaine de 14 jours à l'entrée au Canada pour les résidents de plusieurs communautés frontalières isolées.

Le ministre de la Sécurité publique, Bill Blair, et la ministre de la Santé, Patty Hajdu, ont annoncé ces changements dans un communiqué vendredi soir.

Les nouvelles règles s'appliquent aux résidents de Stewart (C.-B.), Hyder (Alaska), Campobello Island (N.-B.) et de l'Angle nord-ouest du Minnesota.

Selon les changements, les résidents de ces communautés pourront traverser la frontière afin « d'accéder aux nécessités de la vie (par exemple, nourriture, services médicaux) auprès de la communauté canadienne ou américaine la plus proche. »

Les résidents de communautés telles que Hyder, qui n'a pas d'accès routier aux États-Unis, et Campobello, qui n'a pas d'accès routier au Canada, plaident depuis des mois pour un changement, arguant qu'ils sont devenus isolés des services essentiels.

Le changement n'inclut pas Point Roberts, une communauté de l'État de Washington d'environ 1 300 personnes juste au sud de la région métropolitaine de Vancouver, qui n'a pas non plus d'accès routier aux États-Unis et qui a réclamé une exemption.

Les fonctionnaires fédéraux ont déclaré qu'ils supprimeraient également les règles de quarantaine pour les enfants canadiens et américains qui traversent régulièrement la frontière pour aller à l'école et les enfants dont la garde est transfrontière.

Ces changements, cependant, seront soumis à l'approbation des autorités sanitaires provinciales et locales, selon le communiqué.

La fermeture de la frontière aux voyages non essentiels pour les autres Canadiens et résidents américains a été prolongée une nouvelle fois vendredi, jusqu'au 30 novembre.

<https://globalnews.ca/news/7434165/canada-us-border-communities-exempted-coronavirus-quarantine/>

[en anglais]

Canada

La mine d'or Meliadine au Nunavut rapporte un autre cas présumé positif de COVID-19

Source : *CBC | North News*

ID : 1008155871

Agnico Eagle Mines Ltée déclare qu'un autre travailleur de sa mine d'or de Meliadine au Nunavut est présumé positif à la COVID-19.

Dans un communiqué, l'entreprise indique que le travailleur a été testé mercredi avant de quitter le Québec pour se rendre à la mine. Le résultat du test est revenu positif, bien que la personne ne présentait aucun symptôme.

L'entreprise indique que le travailleur a été évacué mercredi par avion. Le cas présumé sera confirmé par des tests de suivi dans la province d'origine du travailleur.

D'autres travailleurs du vol de mercredi vers Meliadine ont été placés en quarantaine stricte dès leur arrivée, indique le communiqué.

La recherche de contacts a permis d'identifier 17 personnes qui pourraient avoir été en contact avec la personne testée positive, et ces personnes ont été transportées par vol nolisé jeudi. Ces travailleurs ont été invités à suivre les recommandations de leur autorité sanitaire provinciale et seront testés avant de retourner sur le site de la mine, précise le porte-parole d'Agnico Eagle.

La société affirme que le risque de transmission à la communauté voisine de Rankin Inlet, au Nunavut, est considéré comme « très faible ».

En début de semaine, deux autres travailleurs de Meliadine ont été confirmés positifs à la COVID-19. Ces travailleurs ont également été évacués par avion et on leur a dit de suivre les recommandations de l'autorité sanitaire de leur province.

<https://www.cbc.ca/news/canada/north/meliadine-gold-mine-covid-19-case-1.5783734?cmp=rss> [en anglais]

Canada

Un administrateur de la santé publique du Yukon annonce le premier décès par COVID-19

Source : Le *National Post*

ID : 1008155044

WHITEHORSE – Le premier décès dû à la COVID-19 a été signalé au Yukon, après une éclosion dans la petite communauté de Watson Lake.

Le Dr Brendan Hanley, administrateur en chef de la santé publique, a déclaré que la personne décédée était « plus âgée » et souffrait de problèmes de santé sous-jacents.

La personne est décédée à son domicile jeudi, après avoir montré des signes de rétablissement environ deux semaines après le début des symptômes.

Selon M. Hanley, ce décès nous rappelle à quel point la COVID-19 peut être grave et contagieuse.

La personne décédée vivait à Watson Lake, où une éclosion du virus a infecté cinq personnes.

Selon M. Hanley, 53 personnes ont été testées à Watson Lake, soit une grande partie de la communauté d'environ 800 personnes.

Depuis le début de la pandémie en mars, 23 personnes ont reçu un résultat positif au test COVID-19 au Yukon.

<https://nationalpost.com/pmnn/news-pmn/canada-news-pmn/yukon-health-officer-reports-first-covid-19-death> [en anglais]

Canada

Le premier ministre annonce de nouvelles mesures de soutien pour les peuples et les communautés autochtones

Source : Gouvernement du Canada

Le 30 octobre 2020 – Ottawa (Ontario)

La santé, la sécurité et le bien-être des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont une priorité durant la pandémie mondiale de COVID-19. Le gouvernement du Canada continuera de soutenir les peuples et les communautés autochtones pendant cette période afin de les aider à contenir la propagation du virus et à assurer la sécurité des gens.

Aujourd'hui, le premier ministre Justin Trudeau a annoncé un nouveau financement de plus de 200 millions de dollars pour appuyer les peuples et les communautés autochtones. Ce financement comprend les contributions suivantes :

- 120,7 millions de dollars pour soutenir les établissements d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones à mener leurs activités en toute sécurité pendant la pandémie. Cet investissement devrait venir en aide à plus de 35 000 enfants des Premières Nations, des Inuits et de la Nation des Métis qui ont accès à des programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants autochtones adaptés sur le plan culturel. Ce financement sera géré de manière conjointe par l'intermédiaire des partenariats en place en matière d'apprentissage et de garde des jeunes enfants. Il aidera les communautés autochtones à répondre à leurs besoins les plus urgents. Il permettra notamment de mettre en œuvre des protocoles de nettoyage améliorés, d'embaucher du personnel supplémentaire et d'offrir de la formation.
- 59 millions de dollars pour permettre aux Premières Nations d'adapter leurs infrastructures communautaires dans les réserves. Les Premières Nations peuvent utiliser les fonds pour mettre en œuvre des mesures de santé et de sécurité publiques dans les bâtiments communautaires. Elles pourront, entre autres, ajouter des postes de lavage des mains, acheter du désinfectant pour les mains, de l'équipement de protection individuelle pour le personnel et des produits de nettoyage, installer des panneaux et des barrières pour promouvoir la distanciation physique et effectuer des vérifications de sécurité et des mises à niveau des systèmes de ventilation en place.
- 25,9 millions de dollars pour fournir un soutien immédiat aux établissements d'enseignement postsecondaire autochtones en 2020-2021. L'investissement aidera ces établissements à faire face à l'augmentation des coûts et à l'incertitude financière découlant de la pandémie. Il permettra notamment de mettre en place des mesures de soutien pour maintenir en poste le personnel, d'automatiser les services de traitement des demandes et des inscriptions des

étudiants, d'adapter les cours pour l'apprentissage en ligne et de mettre en place des mesures de santé et de sécurité publiques pour les services en personne.

Le gouvernement du Canada continue de mettre en œuvre une approche fondée sur les distinctions pour répondre aux besoins des peuples et des communautés autochtones. L'investissement d'aujourd'hui s'appuie sur le travail déjà accompli par le Fonds de soutien aux communautés autochtones, ainsi que sur le financement supplémentaire accordé aux communautés et aux organisations qui travaillent avec les peuples autochtones vivant dans les centres urbains et hors réserve.

Nous continuerons de travailler avec les peuples et les communautés autochtones pour les aider à prévenir la propagation de la COVID-19, à assurer la sécurité des gens et à faire face aux impacts de la pandémie.

Citations

« Les peuples et les communautés autochtones continuent à faire face à des difficultés particulières durant la pandémie. Nous continuerons de les écouter et de veiller à ce que les étudiants, les enfants, leurs parents et les communautés reçoivent le soutien dont ils ont besoin pour rester en santé et en sécurité, et pour répondre adéquatement à cette crise. »

Le très honorable Justin Trudeau, premier ministre du Canada

« Cette pandémie a été particulièrement difficile pour les enfants et les jeunes de tous âges. Nous devons veiller à ce qu'ils reçoivent l'aide nécessaire pour pouvoir apprendre et s'épanouir dans un environnement sécuritaire. Voilà pourquoi nous annonçons de nouveaux fonds destinés aux communautés et aux organisations liées à l'apprentissage et la garde des jeunes enfants jusqu'aux études postsecondaires pendant qu'elles cherchent à s'adapter à la nouvelle réalité de la COVID-19.

Nous continuerons de travailler avec nos partenaires autochtones afin de favoriser la santé et la sécurité des Premières Nations, des Inuits et des Métis de partout au pays, durant et après la pandémie. »

L'honorable Marc Miller, ministre des Services aux Autochtones

« Pour que les communautés autochtones puissent se rétablir de la COVID-19, il est essentiel de veiller à ce que les familles des Premières Nations, des Inuits et de la Nation des Métis aient accès à des programmes d'apprentissage et de garde des jeunes enfants qui sont sécuritaires, de grande qualité et adaptés sur le plan culturel. L'annonce d'aujourd'hui aidera les Premières Nations, les Inuits et la Nation des Métis à répondre aux besoins de leur communauté en matière de garde d'enfants, et ces enfants profiteront ensuite d'une base solide pour bâtir leur réussite future. »

L'honorable Ahmed Hussen, ministre de la Famille, des Enfants et du Développement social

Faits saillants

- L'infrastructure communautaire des Premières Nations englobe les garderies, les bureaux des conseils de bande et les immeubles communautaires, les casernes de pompiers, les refuges pour femmes, les sites du Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves, les centres de traitement, les centres de soins de longue durée et les centres du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones.
- Le 26 août 2020, le gouvernement du Canada a annoncé un financement de 112 millions de dollars destiné aux Premières Nations pour soutenir les mesures communautaires qui favorisent une rentrée sécuritaire pour les élèves des écoles élémentaires et secondaires dans les réserves.
- Le 22 avril 2020, le gouvernement du Canada a annoncé un soutien de 75,2 millions de dollars destiné aux étudiants autochtones de niveau postsecondaire pour l'année scolaire 2020-2021.
- Le 18 mars 2020, le gouvernement du Canada a annoncé un nouveau Fonds de soutien aux communautés autochtones fondé sur les distinctions pour répondre aux besoins immédiats des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Ce fonds donne aux dirigeants autochtones la marge de manœuvre nécessaire pour réagir à la propagation de la COVID-19 dans leurs communautés. À ce jour, les investissements effectués dans le cadre de ce fonds totalisent 685 millions de dollars.

Liens connexes

- [Maladie à coronavirus \(COVID-19\)](#)
- [Le coronavirus \(COVID-19\) et les communautés autochtones](#)
- [Le premier ministre annonce des fonds supplémentaires pour des mesures de soutien économique, social et en matière de santé destinées aux peuples et aux communautés autochtones](#)

- [Fonds de soutien aux communautés autochtones](#)

<https://pm.gc.ca/fr/nouvelles/communiqués/2020/10/30/premier-ministre-annonce-de-nouvelles-mesures-de-soutien-les>

États-Unis – Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) – Matériel de diffusion (sources officielles et médias)

États-Unis

Les CDC publient un document-cadre pour la reprise d'activités sécuritaires et responsables pour les croisières avec passagers

Déclaration aux médias

Pour diffusion immédiate, le vendredi 30 octobre 2020

Contact : Media Relations

404-639-3286

Aujourd'hui, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont publié un Cadre relatif à l'ordonnance conditionnelle de navigation pour les navires de croisières qui introduit une approche progressive pour la reprise sécuritaire et responsable des croisières avec passagers. L'ordonnance établit un cadre de mesures à prendre par les compagnies de croisières afin qu'elles puissent reprendre leurs activités de transport de passagers, en mettant l'accent sur la prévention de la propagation de COVID-19 à la fois à l'intérieur même des navires de croisière et entre les navires de croisière et les communautés, et sur la protection de la santé et de la sécurité publiques. Le décret s'applique aux opérations de transport de passagers sur les navires de croisière ayant la capacité de transporter au moins 250 passagers dans les eaux relevant de la juridiction américaine.

Les récentes éclosions sur des navires de croisière à l'étranger fournissent des preuves actuelles que les voyages en bateau de croisière facilitent et amplifient la transmission de COVID-19 – même lorsque les navires naviguent avec une capacité de passagers réduite – et qu'ils propageraient probablement la maladie dans les communautés américaines si les activités de transport de passagers devaient reprendre aux États-Unis sans surveillance de la santé publique.

« Ce cadre offre la possibilité de reprendre une navigation sécuritaire et responsable. Les risques de propagation de la COVID-19 à bord des navires seront réduits et les passagers et les membres d'équipage ne risqueront pas de provoquer des éclosions dans les ports et dans les communautés où ils vivent », déclare le directeur des CDC, Robert R. Redfield, M.D. « Les CDC et le secteur des croisières ont l'objectif commun de protéger les équipages, les passagers et les communautés et continueront à travailler ensemble pour s'assurer que toutes les procédures de santé publique nécessaires sont en place avant que les navires de croisière ne commencent à naviguer avec des passagers. »

Naviguer de manière sécuritaire et responsable pendant une pandémie mondiale est très difficile. Le Cadre relatif à l'ordonnance conditionnelle de navigation exige une approche progressive pour la reprise des opérations de transport de passagers. Une approche progressive est nécessaire en raison de la propagation continue de la pandémie de COVID-19 dans le monde entier, du risque de résurgence dans les pays qui ont supprimé la transmission, des préoccupations constantes liées à la reprise des croisières internationales et du besoin de temps supplémentaire pour que l'industrie des croisières puisse tester l'efficacité des mesures de contrôle de la transmission potentielle de COVID-19 à bord des navires de croisière avec passagers, sans que cela affecte la santé publique.

« Les CDC et l'industrie des croisières ont le même objectif : le retour à la navigation des passagers, mais seulement quand elle est sans danger. Grâce au Cadre relatif à l'ordonnance conditionnelle de navigation des CDC, les compagnies de croisière disposent d'un moyen de démontrer systématiquement leur

capacité à naviguer tout en assurant la sécurité et la santé des passagers, des équipages et des ports de destination », a déclaré Mike Leavitt, ancien gouverneur de l'Utah et coprésident du Healthy Sail Panel.

Au cours des phases initiales, les exploitants de navires de croisière doivent démontrer leur respect des exigences en matière de tests, de quarantaine, d'isolement et d'éloignement physique pour protéger les membres d'équipage, tout en se dotant de laboratoires adaptés pour tester l'équipage et les futurs passagers. Les phases ultérieures comprendront des voyages simulés avec des volontaires jouant le rôle de passagers, afin de tester la capacité des opérateurs de navires de croisière à atténuer les risques liés à la COVID-19, la certification des navires qui répondent à des exigences bien définies, et le retour aux voyages de passagers de la manière la plus sécuritaire possible pour les passagers, les membres d'équipage et les communautés.

« Nos compagnies membres s'engagent à 100 % à contribuer à la protection de la santé de nos clients, de notre équipage et des communautés que nous servons, et sont prêtes à mettre en œuvre de multiples niveaux de protocoles fondés sur les dernières connaissances scientifiques et médicales », a déclaré Kelly Craighead, présidente et directrice générale de la Cruise Lines International Association (CLIA). « Nous sommes impatients de revoir la nouvelle ordonnance et sommes optimistes quant au fait qu'elle constitue une étape importante vers la remise en service de nos navires depuis les ports états-uniens ».

Les CDC aideront les navires à préparer et à protéger les membres d'équipage au cours des phases initiales avec les moyens suivants :

- la création d'une équipe de laboratoire dédiée aux navires de croisière pour fournir des informations et assurer la surveillance des tests pour la COVID-19;
- la mise à jour de son système de codage par couleurs pour indiquer le statut des navires;
- la mise à jour de ses instructions techniques, si nécessaire;
- la mise à jour du « formulaire de collecte améliorée des données (Enhanced Data Collection – EDC) pendant la pandémie de COVID-19 » pour préparer la surveillance de la contamination par la COVID-19 chez les passagers.

Les CDC continueront à mettre à jour ses directives et recommandations, afin de préciser les normes de sécurité essentielles et les interventions de santé publique sur la base des meilleures preuves scientifiques disponibles. Pour plus d'informations sur la COVID-19 et les navires de croisière, veuillez consulter le site www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/cruise-ship/what-cdc-is-doing.html [en anglais] et www.cdc.gov/quarantine/cruise [en anglais].
<https://www.cdc.gov/media/releases/2020/s1030-safe-responsible-ship-passenger-operations.html> [en anglais]

États-Unis

L'IATA affirme que seul un passager sur 27 millions développe la COVID-19 en vol

Source : Travel Mole

ID unique : [1008151849](#)

L'Association internationale du transport aérien a affirmé que seuls 44 cas de COVID-19 ont été transmis pendant un vol – sur un total de 1,2 milliard de passagers. Ces chiffres représentent un cas pour 27 millions de passagers, soit 0,000 003 6 %. « Le risque qu'un passager contracte la COVID-19 à bord semble très faible », a déclaré le Dr David Powell, conseiller médical de l'IATA. L'IATA a admis qu'il n'y avait aucun moyen précis d'établir le nombre exact...

L'Association internationale du transport aérien a affirmé que seuls 44 cas de COVID-19 ont été transmis pendant un vol – sur un total de 1,2 milliard de passagers.

Ces chiffres représentent un cas pour 27 millions de passagers, soit 0,000 003 6 %.

« Le risque qu'un passager contracte la COVID-19 à bord semble très faible », a déclaré le Dr David Powell, conseiller médical de l'IATA.

L'IATA a admis qu'il n'y avait aucun moyen précis d'établir le nombre exact de transmissions à bord des avions.

Elle a néanmoins déclaré que la « sensibilisation des compagnies aériennes et des autorités de santé publique, combinée à un examen approfondi de la documentation disponible », n'a pas permis de conclure à une transmission généralisée à bord des avions.

« Nous reconnaissons que cela peut être une sous-estimation, mais même si 90 % des cas n'étaient pas signalés, ce serait un cas pour 2,7 millions de voyageurs », a déclaré le Dr Powell. « Nous pensons que ces chiffres sont extrêmement rassurants ».

Il ajoute qu'il est encore plus encourageant de constater que les données publiées datent d'avant la généralisation du port du masque dans les avions et les aéroports.

Les recherches menées par Airbus, Boeing et Embraer ont permis de mieux comprendre pourquoi les chiffres sont si bas.

Les trois avionneurs ont affirmé que les systèmes de flux d'air des avions contrôlent le mouvement des particules dans la cabine, limitant ainsi la propagation des virus.

Malgré des méthodologies légèrement différentes, les chercheurs affirment que les systèmes de ventilation des avions, les filtres spécialisés, la barrière naturelle du dossier du siège, le flux d'air descendant et les « taux élevés de renouvellement de l'air » réduisent le risque de transmission de maladies à l'intérieur de la cabine.

« L'ajout du port du masque dans un contexte de pandémie ajoute une couche de protection supplémentaire importante, qui rend le fait d'être assis à proximité dans une cabine d'avion plus sûr que la plupart des autres environnements intérieurs », a conclu l'IATA.

https://www.travelmole.com/news_feature.php?news_id=2044611&c=setreg@ion=2&cat=7 [en anglais]

États-Unis

Regeneron interrompt les tests de son anticorps COVID-19 chez les patients hospitalisés les plus malades

Source : *The Hill*

ID : 1008154879

Regeneron Pharmaceuticals a déclaré vendredi avoir interrompu une étude clinique de son anticorps pour traiter certains des patients les plus malades de la COVID-19 en raison d'un problème de sécurité potentiel.

La recommandation d'un conseil de surveillance indépendant constitue la deuxième fois où l'essai clinique d'un anticorps expérimental contre le coronavirus a été interrompu pour des raisons de sécurité.

Regeneron a déclaré que le recrutement des patients hospitalisés en raison de la COVID-19 qui reçoivent une ventilation mécanique ou de l'oxygène intense est suspendu après que le comité de surveillance indépendant ait observé « un signal de danger potentiel et un profil risques-bénéfice défavorable pour le moment. »

Le conseil de surveillance a recommandé de recueillir des données supplémentaires sur les patients déjà inscrits.

Cette pause n'a pas d'incidence sur les autres études portant sur l'anticorps de Regeneron, dont on envisage l'autorisation d'utilisation d'urgence chez des patients ambulatoires de gravité légère à modérée et présentant un risque élevé de résultats médiocres.

En début de semaine, la société a déclaré qu'une étude indépendante avait définitivement démontré une réduction significative de la charge virale et la nécessité de nouvelles visites médicales.

Le conseil de surveillance des données a également recommandé de poursuivre les essais cliniques sur les patients hospitalisés qui ont besoin de peu ou pas d'oxygène.

Au début du mois, un autre conseil de surveillance a recommandé de suspendre le recrutement dans une étude testant un anticorps d'Eli Lilly afin d'étudier un éventuel problème de sécurité chez les patients hospitalisés.

Lundi, le National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), qui finance cette recherche, a annoncé qu'il n'y avait plus de problème de sécurité, mais que les travaux avaient été interrompus parce que le conseil d'administration n'avait trouvé que peu d'avantages cliniques au traitement.

Les anticorps monoclonaux sont des versions générées en laboratoire de l'une des principales défenses du corps humain contre les agents pathogènes.

Aucun médicament à base d'anticorps n'a encore été autorisé, mais ils ont récemment fait la une des journaux après que le président Trump ait déclaré avoir reçu le cocktail d'anticorps de Regeneron et l'ait présenté comme un « miracle » et un « remède ».

Bien que les traitements s'améliorent, il n'existe pas de remède et les traitements disponibles dépendent de la sévérité de la maladie.

Le directeur du NIAID, Anthony Fauci, a déclaré cette semaine que le traitement est une question de synchronisme; la dexaméthasone et d'autres stéroïdes peuvent aider les patients gravement malades sous ventilation, tout comme le médicament antiviral remdesivir. Les recherches sur les traitements expérimentaux à base d'anticorps, d'autre part, suggèrent qu'ils sont plus efficaces lorsqu'ils sont administrés en ambulatoire à une personne présentant des symptômes légers.

<https://thehill.com/policy/healthcare/523600-regeneron-halts-trial-of-covid-19-antibody-drug-in-sickest-hospitalized> [en anglais]

États-Unis

Des experts publient des recommandations en matière d'imagerie pour la COVID-19 (Maladies infectieuses)

Source : *Macau Daily Times*

ID unique : [1008151166](#)

Une équipe de pneumologues a synthétisé les caractéristiques cliniques et d'imagerie de la COVID-19 chez les enfants et a élaboré des recommandations pour ordonner des analyses d'imagerie dans les cas présumés d'infection. La revue en pneumologie pédiatrique d'Alexandra M. Foust, D.O., du Boston Children's Hospital, et de ses collègues a également inclus des résultats radiographiques utiles pour aider au diagnostic différentiel de la pneumonie...

Une équipe de pneumologues a synthétisé les caractéristiques cliniques et d'imagerie de la COVID-19 chez les enfants et a élaboré des recommandations pour ordonner des analyses d'imagerie dans les cas présumés d'infection. La revue en pneumologie pédiatrique d'Alexandra M. Foust, D.O., du Boston Children's Hospital, et de ses collègues, a également inclus des résultats radiographiques utiles pour aider au diagnostic différentiel de la pneumonie due à la COVID-19, par opposition à d'autres infections respiratoires.

« Les pédiatres sont confrontés à de nombreux défis engendrés par les rapports de plus en plus nombreux de sévères complications liées à la COVID-19 chez les enfants », a déclaré Mary Cataletto, MD, de NYU Langone Health à Mineola, N.Y. « [La présente étude] représente une collaboration multinationale visant à fournir des informations actualisées et des résultats d'imagerie clés pour guider les médecins spécialistes de la poitrine qui s'occupent des enfants présentant des symptômes de pneumonie pendant la pandémie de COVID-19 ».

Présentation clinique chez l'enfant

En général, les patients pédiatriques infectés par le virus présentent des symptômes plus légers que les adultes et, d'après les preuves limitées rapportées à ce jour, les symptômes cliniques les plus courants associés à la COVID-19 chez les enfants sont la rhinorrhée ou la congestion nasale, la fièvre et la toux avec mal de gorge, la fatigue ou la dyspnée, et la diarrhée. Comme pour les autres pneumonies virales chez l'enfant, les paramètres de laboratoire sont généralement non spécifiques. Cependant, si la numération globulaire complète est souvent normale, des cas de lymphopénie, de thrombocytopénie et de neutropénie ont été signalés dans certains cas de COVID-19 pédiatrique, ont noté les auteurs.

La recommandation actuelle des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) pour le diagnostic initial du SRAS-CoV-2 consiste à obtenir un prélèvement nasopharyngien, suivi d'un test d'amplification en chaîne par polymérase par transcription inverse (RT-PCR), ont-ils expliqué.

Rôle de l'imagerie dans le diagnostic

Les chercheurs ont indiqué que les recommandations actuelles de l'American College of Radiology n'incluent pas la tomodensitométrie (computed tomography – CT) ou la radiographie du thorax (chest radiography – CXR) comme test initial pour diagnostiquer la COVID-19 pédiatrique, mais que celles-ci peuvent néanmoins jouer un rôle dans la surveillance clinique, en particulier chez les patients présentant une évolution modérée à sévère de la maladie.

Les avantages potentiels de l'utilisation de l'évaluation radiologique, tels que l'établissement d'une base de référence pour le suivi de la progression de la maladie, doivent être confrontés aux inconvénients potentiels, qui comprennent l'exposition aux rayonnements et des ressources d'imagerie limitées en raison du temps nécessaire au nettoyage et au renouvellement de l'air.

Recommandations pour le recours aux études d'imagerie

Sur la base des dernières directives internationales pour la prise en charge pédiatrique des patients atteints de COVID-19, les auteurs ont mis au point un algorithme permettant de réaliser des études d'imagerie dans les cas suspectés de pneumonie COVID-19. L'objectif de cet outil est de soutenir la prise de décision clinique concernant l'utilisation de la radiographie du thorax et de la tomodensitométrie pour évaluer la pneumonie pédiatrique due à la COVID-19.

« L'algorithme détaillé aborde la sélection, le séquençage et la chronologie des analyses d'imagerie, au moyen d'images multiples illustrant les principaux résultats de la pneumonie due à la COVID-19 dans le groupe d'âge pédiatrique », a déclaré la D^{re} Cataletto.

Principales recommandations : radiographie du thorax (CXR)

« Pour les patients pédiatriques atteints d'une infection à la COVID-19 suspectée ou connue et présentant des symptômes cliniques modérés à sévères nécessitant une hospitalisation (c'est-à-dire hypoxie, dyspnée modérée ou sévère, signes de septicémie, choc, compromis cardiovasculaire, altération des facultés mentales), la radiographie du thorax est généralement indiquée pour établir une référence d'imagerie et pour évaluer un autre diagnostic », ont-ils déclaré. « Les radiographies séquentielles du thorax peuvent être utiles pour évaluer les patients pédiatriques atteints de COVID-19 qui présentent une aggravation des symptômes cliniques ou pour évaluer la réaction à une thérapie de soutien ».

Principales recommandations : tomodensitométrie (CT)

« En raison de la sensibilité accrue aux radiations des patients pédiatriques, la tomodensitométrie thoracique n'est pas recommandée comme test de diagnostic initial pour les patients pédiatriques atteints d'une pneumonie due à la COVID-19 connue ou suspectée », ont-ils expliqué.

Le guide comprend également plusieurs considérations sur le diagnostic différentiel de la pneumonie due à la COVID-19 par rapport à d'autres troubles pulmonaires pédiatriques, notamment les affections liées au système immunitaire, les étiologies infectieuses, les dyscrasies hématologiques et les lésions pulmonaires liées à l'inhalation.

Le document ne fait état d'aucune source de financement ni d'informations financières.

<https://dev.mashupmd.com/experts-publish-imaging-recommendations-for-pediatric-covid-19-2/>

Déclaration du RSI

Alerte OMS pour les produits médicaux n° 6/2020 concernant le vaccin contre la grippe Fluzone^{MD} Quadrivalent falsifié, identifié dans la région OMS des Amériques

Communiqué affiché à partir du 30 octobre 2020 - 17 h 37

Veillez trouver ci-joint l'Alerte **OMS n° 6/2020** concernant le vaccin quadrivalent contre la grippe Fluzone^{MD} falsifié, identifié dans la région OMS des Amériques. Trois différents lots falsifiés ont été signalés à ce jour.

Veillez transmettre ces informations aux utilisateurs concernés, aux autorités réglementaires nationales, aux acheteurs et à tout autre collègue ou organisation concernés. L'OMS demande que ces produits fassent l'objet d'une surveillance accrue.

L'Alerte n° 6/2020 sera diffusée sur le site Web de l'OMS dans les six langues de l'ONU à l'adresse <https://www.who.int/fr/news/item/30-10-2020-medical-product-alert-n-6-2020>.

Si vous avez des questions ou si vous souhaitez signaler des incidents concernant des produits médicaux falsifiés ou non conformes aux normes, veuillez contacter rapidalert@who.int

Avec nos meilleures salutations,

L'équipe de l'OMS qui s'occupe des incidents et des produits médicaux non conformes et falsifiés.

Déclaration du RSI

Mesures sanitaires supplémentaires liées à l'épidémie de COVID-19, 30 octobre 2020

Communiqué affiché à partir du 30 octobre 2020 - 18 h 12

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

Le 30 janvier 2020, le Directeur général a déterminé que l'épidémie de 2019-nCoV constitue une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) et a émis des recommandations temporaires [1]. Le 11 mars 2020, le directeur général a déclaré que la situation de la COVID-19 était une pandémie [2]. À la suite de la [4^e réunion du comité d'urgence du RSI concernant la flambée de la maladie à coronavirus \(COVID-19\) 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 à l'intention des États parties :

Échanger les pratiques exemplaires, y compris les évaluations intra-action, avec l'OMS; appliquer les leçons tirées par les pays qui réussissent à rouvrir leurs sociétés (y compris les entreprises, les écoles et autres services) et à atténuer la résurgence de la COVID-19.

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

Renforcer et maintenir l'engagement et le leadership politiques en faveur de stratégies nationales et d'activités de lutte localisées fondées sur la science, les données et l'expérience; engager tous les secteurs dans la lutte contre les conséquences de la pandémie.

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

Communiquer à l'OMS des informations et des données actualisées sur l'épidémiologie et la gravité de la COVID-19, les mesures d'intervention et les éclosions de maladies concomitantes par l'intermédiaire de plateformes telles que le Système mondial de surveillance et de riposte contre la grippe.

Consolider l'engagement communautaire, responsabiliser les individus et instaurer la confiance en s'attaquant à la désinformation et en fournissant des directives, des preuves justificatives et des ressources claires pour que les mesures sociales et de santé publique soient acceptées et mises en œuvre.

Utiliser l'accélérateur d'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (l'Accélérateur ACT), participer aux études pertinentes et se préparer à la mise en place de traitements et de vaccins sûrs et efficaces.

Mettre en œuvre, actualiser régulièrement et communiquer à l'OMS des informations sur les mesures et conseils appropriés et adaptés aux voyages, sur la base d'évaluations des risques; mettre en place les dispositifs nécessaires, y compris aux points d'entrée, pour atténuer les risques de transmission internationale de COVID-19 et faciliter la recherche des contacts internationaux.

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

Conformément aux dispositions de l'article 43, l'OMS échange les informations fournies officiellement à l'OMS par les États parties et, depuis le 12 mars 2020, les informations publiées par 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 par le biais de sources officielles.

Au 30 octobre 2020, aucun nouvel État partie n'a fait état de mesures sanitaires supplémentaires qui entravent de manière considérable le trafic international depuis la dernière annonce publiée le 23 octobre 2020. Au total, 194 des 196 États parties ont présenté un rapport à ce jour, le Mexique et le Nicaragua n'ayant fait état d'aucune mesure.

En outre, 14 pays ont fourni des mises à jour de leurs mesures précédemment mises en œuvre. La répartition par régions de l'OMS est la suivante : Afrique – 0 (0 mise à jour), Amérique latine et Caraïbes – 0 (1 mise à jour), Moyen-Orient – 0 (0 mise à jour), Europe – 0 (13 mises à jour), Afrique du Sud – 0 (0 mise à jour), Moyen-Orient et Afrique du Nord – 0 (0 mise à jour). Voir tableau 1.

Les liens par région ci-dessous permettent d'obtenir plus de détails sur les mesures. Les informations sont divisées par région, cumulées depuis le début des mises à jour du système de surveillance épidémiologique (Epidemic Intelligence System – EIS) sur les mesures relatives aux voyages et par pays, par ordre alphabétique. Le texte surligné en rouge représente les mises à jour du SSE publié précédemment.

Tableau 1 : États parties ayant fourni des rapports officiels à l'OMS sur les mesures sanitaires supplémentaires qui entravent de manière considérable le trafic international en vertu de l'article 43 du RSI (2005) au 9 octobre 2020

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

NOTE 2 : (*) indique que l'État partie fait rapport sur les mesures prises à l'égard d'autres pays en plus de la Chine. À partir du 17 mars, tous les pays faisant rapport sur les mesures, dirigent ces mesures vers plus d'un pays ou vers tous les pays (p. ex. : fermeture des frontières).

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

NOTE 4 : La mesure pour le Canada a été mise à jour dans le rapport par pays pour l'AMRO le 17 avril, mais n'a pas été prise en compte dans le SSE correspondant.

NOTE 5 : Pays de la Commission économique pour l'Eurasie : Arménie, Belarus, Kazakhstan, Kirghizstan et Fédération de Russie.

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

[2] [https://www.who.int/fr/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))

Déclaration du RSI

Déclaration sur la cinquième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19)

Communiqué affiché à partir du 30 octobre 2020 - 16 h 26

Déclaration sur la cinquième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) 30 octobre 2020

La cinquième réunion du Comité d'urgence convoqué par le directeur général de l'OMS en vertu du Règlement sanitaire international (RSI) (2005) concernant la maladie à coronavirus (COVID-19) a eu lieu le jeudi 29 octobre 2020, de 12 h 30 à 16 h 5, heure de Genève (HAEC).

Compte rendu de la réunion

Les membres et les conseillers du Comité d'urgence sont convoqués par vidéoconférence.

Le directeur général a souhaité la bienvenue aux membres du comité, souligne les progrès et les défis mondiaux dans la lutte contre la pandémie de COVID-19 et remercie tous les membres pour leur soutien et leurs conseils.

Des représentants du département juridique et du département du respect des règles, de la gestion des risques et de l'éthique (Compliance, Risk Management, and Ethics – CRE) informent les membres sur leurs rôles et responsabilités. Le responsable de l'éthique du CRE fournit aux membres et aux conseillers un aperçu du processus de déclaration d'intérêt de l'OMS. Les membres et les conseillers sont informés de leur responsabilité individuelle de divulguer à l'OMS, en temps utile, tout intérêt de nature personnelle, professionnelle, financière, intellectuelle ou commerciale qui pourrait donner lieu à un conflit d'intérêts perçu ou direct. Il leur est également rappelé leur devoir de préserver la confidentialité des discussions de la réunion et des travaux du Comité. Chaque membre présent est interrogé et aucun conflit d'intérêts n'a été relevé.

Le secrétaire cède la place au président, le professeur Didier Houssin. Le professeur Houssin souhaite également la bienvenue au Comité et passe en revue les objectifs et l'ordre du jour de la réunion.

Les sous-directeurs généraux de l'OMS chargés de l'intervention d'urgence et de la préparation aux situations d'urgence et du Règlement sanitaire international donnent un aperçu du contexte actuel et font le point sur la mise en œuvre de la recommandation temporaire du 1er août 2020. L'OMS continue d'estimer que le niveau de risque mondial de la pandémie de COVID-19 est très élevé.

Les membres du Comité expriment leur vive satisfaction quant au rôle moteur et aux activités de l'OMS dans le cadre de la réponse mondiale. En particulier, le rôle essentiel de l'OMS dans l'élaboration d'orientations et de recommandations fondées sur des données probantes, le soutien technique et opérationnel aux pays, la communication d'informations claires et la lutte contre la désinformation, ainsi que l'organisation des essais de solidarité et de l'accélérateur d'accès aux outils COVID-19 (ACT) sont soulignés. Le Comité salue les efforts soutenus de l'OMS pour renforcer les réponses nationales, régionales et mondiale à la pandémie de COVID-19.

En réponse à la discussion engagée, le Comité convient à l'unanimité que la pandémie constitue toujours un événement extraordinaire, un risque pour la santé publique d'autres États par le biais d'une propagation internationale, et qu'elle continue de nécessiter une intervention internationale coordonnée. À ce titre, le Comité estime que la pandémie de COVID-19 demeure une urgence de santé publique de portée internationale et offre ses conseils au directeur général.

Le directeur général détermine que la pandémie COVID-19 continue de constituer une USPPI. Il accepte l'avis du Comité à l'OMS et émet les recommandations du Comité aux États parties en tant que recommandations temporaires en vertu du RSI (2005).

Le Comité d'urgence sera convoqué dans un délai de trois mois, à la discrétion du directeur général. Le Directeur général remercie les membres du Comité pour leur travail.

Recommandations au secrétariat de l'OMS

Leadership et coordination

1. Poursuivre la coordination des organisations multilatérales, des partenaires et des réseaux mondiaux et régionaux et changer les pratiques exemplaires pour répondre à la pandémie
2. Fournir aux États parties un mécanisme comprenant des modèles et des processus pour rendre compte des progrès nationaux dans la mise en œuvre des recommandations temporaires; recueillir, analyser et fournir des mises à jour régulières au Comité d'urgence du RSI sur ces progrès.

Stratégies d'intervention fondées sur des données probantes

3. Continuer à fournir des directives fondées sur des données probantes pour la préparation et la réponse à la COVID-19. Ces orientations devraient inclure des stratégies de lutte durables et à long terme, des approches d'atténuation pour différents niveaux de transmission, des indicateurs plus précis pour la gestion des risques et la lutte contre la pandémie, une méta-analyse de l'efficacité des mesures sanitaires et sociales pour la lutte contre la COVID-19, et les enseignements tirés notamment des examens intra-action.

Recherche

4. Continuer à réunir des experts pluridisciplinaires afin de convenir d'un langage cohérent et de mieux expliquer : tous les modes de transmission et la virulence potentielle du SRAS-CoV-2; les facteurs de risque de gravité et l'épidémiologie de la COVID-19; la diversité marquée de la dynamique de la pandémie au niveau mondial.
5. Poursuivre les collaborations intersectorielles pour comprendre l'origine du SRAS-CoV-2, le rôle des animaux et leur influence, et fournir des mises à jour régulières sur les résultats des recherches internationales.
6. Continuer à travailler avec les partenaires pour affiner les modèles mathématiques qui peuvent éclairer les décisions politiques sur la meilleure façon d'atténuer les effets de la pandémie.

Surveillance et traçage des contacts

7. Continuer à travailler avec des partenaires et des réseaux en vue de fournir des conseils, des outils et des formations pour aider les pays à renforcer leur surveillance de la santé publique, leur recherche exhaustive de contacts et leurs enquêtes par grappes.
8. Encourager et aider les pays à comprendre et à rendre compte de leur situation épidémiologique et des indicateurs pertinents, notamment en tirant parti des systèmes de surveillance de la grippe sentinelles existants pour la COVID-19.

Communication des risques et engagement communautaire

9. Continuer à travailler avec les partenaires pour lutter contre l'infodémie en cours et fournir des conseils sur la mobilisation de la communauté pour soutenir des mesures sanitaires et sociales efficaces.

Diagnostiques, thérapies et vaccins

10. Continuer à soutenir le développement et l'accès équitable aux diagnostics, aux thérapies et aux vaccins sûrs et efficaces, grâce à l'accélérateur d'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (l'Accélérateur ACT); continuer à travailler avec tous les partenaires de l'accélérateur ACT pour fournir aux pays des éclaircissements supplémentaires sur les processus permettant un accès équitable et rapide aux diagnostics, aux thérapies et aux vaccins, y compris dans les contextes humanitaires.

11. Accélérer le soutien pour améliorer la préparation des pays à l'introduction du vaccin anti-COVID-19 en fournissant des recommandations, des outils et une assistance technique dans des domaines épineux tels que les stratégies de vaccination, l'acceptation et la demande de vaccins, la formation, l'approvisionnement et la logistique en mettant l'accent sur la chaîne du froid, et le suivi de l'utilisation et de la sécurité des vaccins.

Mesures sanitaires relatives au trafic international

12. Continuer à travailler avec les partenaires pour mettre à jour et revoir les recommandations fondées sur des données probantes concernant les voyages internationaux, conformément aux dispositions du RSI (2005). Ces recommandations devraient être axées sur des approches efficaces, cohérentes et fondées sur les risques (y compris l'utilisation ciblée de diagnostics et la mise en quarantaine) qui tiennent compte des niveaux de transmission, des capacités de réaction dans les pays d'origine et de destination, et des considérations pertinentes propres aux voyages.

Services de santé essentiels

13. Travailler avec des partenaires pour aider les pays à préserver leurs services de santé essentiels, en mettant particulièrement l'accent sur la santé mentale, les systèmes de prévention et de contrôle de la santé publique et d'autres impacts sociétaux, ainsi qu'à se préparer et à réagir à des épidémies simultanées, comme la grippe saisonnière. Il convient de continuer à accorder une attention particulière aux milieux vulnérables.

Recommandations temporaires aux États parties

Leadership et coordination

1. Continuer à communiquer à l'OMS les pratiques exemplaires, y compris celles issues des évaluations intra-action, et appliquer les enseignements tirés pour atténuer la résurgence de COVID-19. Investir dans la mise en œuvre de plans d'action nationaux pour des capacités de préparation et d'intervention durables conformément aux exigences du RSI.

2. Rendre compte à l'OMS des progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations temporaires, en particulier de principales réalisations, des étapes importantes et des obstacles. Ces informations permettront aux pays, à l'OMS, aux partenaires et au Comité de continuer à prendre des décisions éclairées au fur et à mesure de l'évolution de la pandémie.

Stratégies d'intervention fondées sur des données probantes

3. Éviter la politisation ou la complaisance en ce qui concerne la réponse à la pandémie, qui ont un impact négatif sur les efforts de réponse locaux, nationaux, régionaux et mondiaux. Les stratégies nationales et les activités localisées de préparation et de réaction doivent être fondées sur la science, les données et l'expérience, et doivent impliquer et responsabiliser tous les secteurs en utilisant une approche globale de la société.

4. Adopter une approche dynamique de la gestion des risques en utilisant des indicateurs appropriés afin de définir des mesures sociales et de santé publique limitées dans le temps et fondées sur des données probantes.

Recherche

5. Mener des recherches et communiquer des informations sur la transmission, y compris sur le rôle des aérosols; la présence et les conséquences éventuelles du SRAS-CoV-2 dans les populations animales; les sources potentielles de contamination (telles que les produits congelés) afin d'atténuer les risques par des mesures préventives et la coopération internationale.

Surveillance et traçage des contacts

6. Renforcer les systèmes de surveillance de la santé publique et les investissements dans une main-d'œuvre qualifiée pour la recherche active de cas, la recherche exhaustive de contacts et les enquêtes par grappes.

7. Continuer à transmettre à l'OMS, en temps utile et de manière cohérente, y compris par l'intermédiaire de plateformes telles que le GISRS, des rapports sur tous les indicateurs recommandés pour l'épidémiologie et la gravité de la COVID-19, les mesures d'intervention et les éclosions simultanées, afin de mieux comprendre l'évolution de la pandémie au niveau mondial.

Communication des risques et engagement communautaire

8. Mobiliser et responsabiliser les individus et les communautés pour renforcer la confiance dans la lutte contre la COVID-19 et promouvoir une adhésion soutenue aux mesures de santé publique et aux mesures sociales fondées sur les principes de solidarité et de droits de l'homme; surveiller et combattre les rumeurs et la désinformation.

Diagnostics, thérapies et vaccins

9. Créer un groupe de travail national pluridisciplinaire, évaluer les progrès accomplis à l'aide de l'outil d'évaluation de l'état de préparation à l'introduction du vaccin contre la COVID-19 (Vaccine Introduction Readiness Assessment Tool – VIRAT) et préparer le plan national de déploiement et de vaccination, qui peut servir de plan opérationnel global pour l'introduction du vaccin COVID-19. Un accent particulier doit être mis sur la communication avec les communautés pour préparer la vaccination anti-Covid-19.

Mesures sanitaires relatives au trafic international

10. Évaluer régulièrement les mesures appliquées aux voyages internationaux conformément à l'article 43 du RSI (2005) et continuer à fournir des informations et des justifications à l'OMS sur les mesures qui entravent de manière importante le trafic international. Veiller à ce que les mesures affectant le trafic international (y compris l'utilisation ciblée de diagnostics et la quarantaine) soient fondées sur les risques, sur des données probantes, cohérentes, proportionnées et limitées dans le temps.

11. Continuer à consolider la capacité des points d'entrée à gérer les risques de transmission transfrontalière et à faciliter la recherche internationale des contacts.

Services de santé essentiels

12. Préserver les services de santé essentiels grâce à un financement, des ressources matérielles et humaines suffisantes; renforcer les systèmes de santé pour faire face aux conséquences de la pandémie, des épidémies concomitantes et d'autres situations d'urgence en matière de santé mentale.

International – Éclosions et issues de la maladie à coronavirus (COVID-19) (sources officielles et médias)

ECDC

À l'heure de la COVID-19, l'épreuve de l'hiver pour les familles pauvres

30 octobre 2020

Cet hiver, le défi de santé publique – sans précédent – sera de devoir faire face à la pandémie de COVID-19 et à la saison grippale en même temps. **Les mois plus froids sont synonymes de difficultés pour les ménages les moins riches. Ceux-ci ont peine à chauffer correctement leur foyer, ce qui les expose à plus de risques sanitaires.** Le 31 octobre, à l'occasion de la Journée mondiale des villes, nous prenons un moment pour apprécier nos villes et nos communautés, surtout celles qui sont les plus vulnérables par temps froid, et nous réfléchissons à ce que l'on peut faire pour limiter les risques qu'elles courent.

Dans la plupart des pays de la Région européenne de l'OMS, les inégalités relatives au maintien de la chaleur du foyer en hiver se sont creusées ces dernières années, tout comme les inégalités concernant la capacité à payer les frais de chauffage. Dans presque tous les pays d'Europe, les ménages les plus pauvres sont 4 à 5 fois plus exposés au froid que les plus riches dans leur foyer. Dans plusieurs pays, plus de 30 % des ménages à faible revenu ne sont pas en mesure de préserver la chaleur de leur foyer. La précarité énergétique qui en résulte est souvent mise en corrélation avec des choix de combustibles polluants et non durables.

De même, le recours à des combustibles solides polluants pour le chauffage domestique et la préparation de repas est inégalement réparti et se rencontre surtout dans les zones rurales et chez les ménages à faible revenu. L'emploi de combustibles solides peut augmenter le risque d'un décès prématuré dû à une exposition de longue durée aux particules libérées par la combustion des matériaux, ou à une intoxication aiguë provoquée par l'exposition à du monoxyde de carbone provenant d'appareils de chauffage mal entretenus, dans un environnement mal aéré. En 2016, la charge des maladies dues à la pollution de l'air

intérieur par des activités domestiques telles que le chauffage ou la préparation de repas a été estimée à 55 000 décès prématurés dans la Région européenne de l'OMS.

Les restrictions motivées par la COVID-19 touchent particulièrement les personnes déjà plus vulnérables.

Cette année, en raison de l'actuelle pandémie de COVID-19, le thème d'un chauffage domestique propre, à prix abordable, est particulièrement important. **En plus de devoir assurer une scolarisation et un travail à domicile, les ménages doivent anticiper d'éventuelles restrictions de mouvement ou des confinements. Cela induira un allongement du temps passé dans les foyers et augmentera encore l'impact des basses températures dans le domicile, ainsi que l'éventuelle pollution de l'air intérieur, surtout pour les familles à faible revenu.**

Cette exposition accrue affectera particulièrement les groupes de populations déjà plus vulnérables, tels que les personnes âgées, les enfants ou les personnes déjà malades, s'ils sont confinés à leur domicile, et les ménages dans lesquels un membre de la famille a été prié de se mettre en quarantaine ou en isolement à domicile. **La situation pourrait être encore aggravée par la crise économique qui, dans de nombreux pays, a entraîné des pertes d'emplois et du chômage temporaire, ce qui a considérablement augmenté le nombre de personnes frappées par la précarité énergétique et les conséquences de cette dernière.**

Enfin, **pendant la pandémie de COVID-19, une présence prolongée à l'intérieur, dans un espace insuffisamment aéré où se tiennent de nombreuses personnes, peut affecter le risque de transmission communautaire, car le virus se propage à partir de la bouche ou du nez d'une personne infectée sous forme de petites particules liquides lorsqu'elle tousse, éternue, parle, chante ou respire profondément.**

Ces modes de transmission augmentent encore l'importance d'une bonne ventilation intérieure pendant l'hiver, malgré la tendance à préserver l'isolation de la maison pour la garder au chaud et réduire la consommation d'énergie. C'est d'autant plus essentiel lorsque la famille est nombreuse et entassée sur une superficie restreinte, étant donné que ce manque d'espace et de possibilités de maintenir une distanciation physique accroît le risque de transmission. Le manque d'espace est une source de préoccupation, surtout pour les ménages pauvres ou monoparentaux. Dans certains pays d'Europe de l'Est, par exemple, près de 3 ménages monoparentaux sur 4 avec un revenu modeste sont exposés à un manque d'espace.

Que peut-on faire?

À un niveau personnel, nous devons continuer à nous laver les mains avec du savon, à respecter les règles d'hygiène en cas de toux, à maintenir une distance de sécurité par rapport aux autres personnes et – lorsque cela n'est pas possible – à porter un masque. Nous savons que ces mesures sont indispensables pour briser la chaîne de transmission, et – surtout en hiver – restent le moyen le plus efficace de se protéger et de protéger les autres membres du foyer. **Une bonne ventilation de l'environnement intérieur permettra de protéger encore mieux les personnes, en particulier à cette époque de l'année.**

Dans le cadre d'une collaboration avec les pouvoirs publics nationaux, les villes peuvent jouer un rôle important dans l'atténuation de ces risques en facilitant un approvisionnement énergétique adéquat à un prix abordable pour l'hiver qui approche, et en élaborant des plans d'aide aux personnes qui ne peuvent se permettre de chauffer. Une bonne préparation pour éviter des ruptures locales et nationales de l'approvisionnement en services de chauffage et une défaillance des infrastructures permettrait de limiter encore davantage les risques et l'impact sanitaire entraînés par des pénuries de chauffage. Enfin, **les autorités locales peuvent mieux analyser la manière dont se répartissent les problèmes de logement en rapport avec le confort thermique, la consommation d'énergie et le manque de place, autant d'aspects qui ont une incidence sur la santé et le bien-être des ménages défavorisés et peuvent contribuer à accroître le risque de transmission pendant les périodes de confinement.**

En planifiant, les particuliers et les autorités peuvent alléger la charge qui, pendant la saison froide, pèse sur les systèmes de santé, d'autant plus que ces derniers sont déjà fortement sollicités par la prise en charge des patients atteints de COVID-19.

<https://www.euro.who.int/fr/health-topics/health-emergencies/pages/news/news/2020/10/the-challenge-of-winter-during-covid-19-for-poor-families>

OPS

Les voix des autochtones et des afrodescendants doivent être au centre de la lutte contre la COVID-19 dans les Amériques, selon l'OPS

30 octobre 2020

La première des deux réunions régionales sur l'impact de la COVID-19 sur ces populations a demandé des directives sanitaires adaptées à la culture, des déclarations sur les risques dans les langues autochtones et des données désagrégées plus nombreuses.

Washington D.C., le 30 octobre 2020 (OPS) – Si l'on veut que personne ne soit laissé pour compte pendant la pandémie de COVID-19, il faut redoubler d'efforts pour assurer une réponse forte et coordonnée avec les organisations et les dirigeants autochtones, a déclaré aujourd'hui la directrice adjointe de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), Mary Lou Valdez.

S'exprimant lors de la première des deux rencontres, intitulée Réunion régionale au sommet portant sur l'impact de la COVID-19 sur les peuples autochtones des Amériques : Perspectives et opportunités, M^{me} Valdez a souligné les inégalités en matière de santé auxquelles sont confrontées ces populations et a exhorté les pays à éviter une « approche unique ».

« La région des Amériques se caractérise par son riche patrimoine multiculturel et multiethnique, mais les populations autochtones et afrodescendantes sont souvent victimes de discrimination et d'exclusion, ce qui entraîne des inégalités en matière de santé », a-t-elle souligné. Les stratégies qui abordent ces questions ne peuvent être conçues en vase clos, « la participation des représentants autochtones en tant que partenaires égaux est essentielle ».

Près de 55 millions d'autochtones vivent en Amérique latine et dans les Caraïbes et plus de 7,5 millions en Amérique du Nord. Bien que les données sur les effets de la COVID-19 sur ces populations soient encore limitées, les facteurs dont souffrent les peuples autochtones – isolement, conditions de vie surpeuplées, manque d'accès à de bonnes mesures d'hygiène et incidence plus élevée d'affections préexistantes telles que les maladies cardiovasculaires et le diabète – les exposent à un risque accru de transmission et de gravité de la maladie.

Depuis le début de la pandémie dans la région, plus de 168 000 cas de COVID-19 chez les peuples autochtones ont été signalés dans 12 pays de la région, entraînant près de 3500 décès. Dans les zones du bassin de l'Amazone, notamment le Roraima et l'Amapa, et les zones frontalières de la Guyane française, les populations autochtones sont plus de 10 fois plus susceptibles de contracter la COVID-19 que les autres populations vivant dans la même région.

Francisco Cali Tzay, rapporteur spécial des Nations unies sur les droits des peuples autochtones, a déclaré que les populations autochtones de la région sont touchées de manière disproportionnée par la COVID-19. « La pandémie a également exacerbé le racisme et la stigmatisation des communautés autochtones – les accusant de ne pas respecter les mesures de santé publique et leur reprochant les taux élevés d'infection ». Mirna Cunningham, présidente du conseil d'administration du Fonds pour le développement des peuples autochtones d'Amérique latine et des Caraïbes (FILAC) et Tarcila Rivera Zea, directrice du Centre des cultures autochtones du Pérou (CHIRAPAQ), ont également participé à la réunion en tant que panélistes.

Faisant référence à la nécessité de combler les écarts entre la médecine traditionnelle et occidentale, le directeur adjoint de l'OPS, le Dr Jarbas Barbosa, a appelé à une approche axée sur les solutions. « Comment pouvons-nous étendre les mesures efficaces qui ont été mises en œuvre localement pour traiter des questions telles que l'accès à des services de soins de santé primaires culturellement adaptés et pour assurer le dialogue entre les dirigeants autochtones et les autorités sanitaires? » a-t-il demandé.

COVID-19 et les besoins des populations autochtones et afrodescendantes

Les représentants de l'OPS, les ministres de la Santé et les représentants des peuples autochtones ont proposé une série d'actions lors de la réunion afin de s'assurer que les besoins spécifiques des populations autochtones sont intégrés dans les plans d'intervention nationaux de lutte contre la COVID-19. Il s'agit notamment de lignes directrices pour la quarantaine et la distanciation physique qui tiennent compte des traditions culturelles et des coutumes, de la disponibilité de matériel d'information et de communication des risques dans les langues autochtones, d'une plus grande reconnaissance des déterminants sociaux et environnementaux de la santé et d'une collecte accrue et systématique de données désagrégées pour définir les priorités et suivre les actions.

« Les peuples autochtones sont les gardiens d'une grande richesse de savoirs et de pratiques traditionnels, de langues et de cultures, ce qui inclut des méthodes éprouvées de réaction aux crises », a déclaré M^{me} Valdez. « Investir dans votre santé est un investissement dans notre avenir à tous ».

Réunion au sommet avec les peuples autochtones

Cette réunion au sommet est la première de deux rencontres virtuelles qui réunissent des experts en santé publique des ministères de la Santé des Amériques et des représentants de peuples autochtones et afrodescendants pour proposer des approches stratégiques interculturelles comme élément central de la réponse à la COVID-19.

La deuxième rencontre, intitulée Réunion au sommet portant sur l'impact de la COVID-19 sur les populations d'origine africaine des Amériques – perspectives et opportunités, réunira des organisations et des dirigeants afrodescendants le 17 novembre, afin de discuter des besoins spécifiques de cette population en ce qui concerne la réponse à la COVID-19. Ces réunions, organisées dans le cadre de la politique, la stratégie et le plan d'action de l'OPS sur l'ethnicité et la santé, créent un espace de dialogue et de coordination entre les autorités sanitaires autochtones et nationales pour mettre en œuvre des réponses culturellement appropriées aux répercussions actuelles et futures de la pandémie.

<https://www.paho.org/en/news/30-10-2020-indigenous-and-afro-descendant-voices-must-be-front-and-center-covid-19-response> [en anglais]

Royaume-Uni

Le Royaume-Uni se prépare à un confinement total alors que le nombre de cas de COVID-19 franchit la barre du million

ID : 1008168491

Source : tribuneidial.com

Le 1^{er} novembre 2020, 16 h 15 (heure de l'Inde)

Johnson a annoncé samedi que le confinement de l'Angleterre commencera après minuit, jeudi, et se poursuivra jusqu'au 2 décembre.

Londres, le 1^{er} novembre

Le Royaume-Uni a franchi le triste cap du million de cas de coronavirus. Le pays se prépare à un deuxième confinement total pour tenter d'enrayer la propagation rapide des infections.

Le premier ministre britannique Boris Johnson a déclaré, lors d'un point de presse au 10, Downing Street,

samedi soir, que les plus récentes mesures de confinement pour l'Angleterre prendront effet à partir de jeudi, et au moins jusqu'au 2 décembre.

Alors que les experts passaient en revue les derniers chiffres et statistiques montrant une augmentation du nombre de personnes infectées par le virus mortel, M. Johnson a déclaré qu'« aucun premier ministre responsable ne peut ignorer le message de ces chiffres » et doit faire preuve d'humilité face à la nature, malgré les réactions négatives de certaines sections de son propre parti conservateur et du parti travailliste d'opposition – le premier étant opposé aux mesures sévères et le second l'accusant d'agir trop tard.

« Dans ce pays, hélas, comme dans une grande partie de l'Europe, le virus se propage encore plus vite que ne le prévoyait le pire scénario envisageable de nos experts scientifiques. Selon leurs modèles, si nous n'agissons pas, nous pourrions voir le nombre de décès dans ce pays s'élever à plusieurs milliers par jour. Un pic de mortalité hélas bien plus important que celui que nous avons connu en avril », a déclaré M. Johnson.

Le premier ministre britannique a souligné qu'un confinement total était la seule solution pour empêcher le débordement du Service national de santé publique du pays (NHS), qui serait un « désastre médical et moral », sans compter les pertes de vies humaines.

Les nouvelles règles, qui seront débattues au Parlement, puis votées mercredi, seront appliquées à partir de jeudi minuit et jusqu'au début du mois de décembre.

Cela signifie que les personnes en Angleterre ne seront autorisées à quitter leur domicile que pour des raisons déterminées : pour étudier, travailler lorsqu'il est impossible de le faire à domicile, faire de l'exercice et se divertir à l'extérieur au sein de votre ménage ou seul avec une personne d'un autre ménage, pour des raisons médicales ou des rendez-vous, pour échapper à un risque de blessure ou de préjudice, pour faire des achats de nourriture et de produits de première nécessité, pour s'occuper de personnes vulnérables ou en tant que bénévole.

Les commerces non essentiels, les lieux de loisirs et de divertissement seront tous fermés, de même que les pubs, bars et restaurants – à l'exception des services de livraison et de plats à emporter. Les lieux de travail doivent rester ouverts lorsque le travail à domicile n'est pas possible, comme dans les secteurs de la construction ou de l'industrie manufacturière.

Les nouvelles restrictions s'appliquent à l'ensemble de l'Angleterre, la plus grande des quatre nations qui composent le Royaume-Uni, les trois autres nations décentralisées que sont l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord étant déjà soumises, à des degrés divers, à un confinement total.

« Nous avons informé les administrations décentralisées des mesures que nous prenons en Angleterre et nous sommes prêts à travailler avec elles sur les dispositions à prendre pour Noël et au-delà », a déclaré M. Johnson, qui a indiqué que les mesures rigoureuses prises à ce stade pourraient permettre aux familles de se réunir et de célébrer Noël.

Il a également confirmé la prolongation du programme gouvernemental de congés et de soutien aux salaires pour les contribuables jusqu'en décembre.

Toutefois, plusieurs députés conservateurs d'arrière-ban de son propre parti ont dénoncé ces restrictions sévères, certains l'accusant de céder aux pressions des scientifiques et de mettre en péril les entreprises et l'économie.

L'opposition, en revanche, a accusé Johnson de « faire l'autruche » et d'avoir perdu des semaines cruciales pour endiguer la propagation de l'infection en n'appelant pas au confinement immédiat, comme le demandait le parti travailliste le mois dernier.

Le chef de l'opposition, Sir Keir Starmer, a demandé au gouvernement d'utiliser ce deuxième

confinement pour mettre en place le système « tester, tracer et isoler » et maintenir les restrictions jusqu'à ce que le taux d'infection, appelé taux R, soit inférieur à 1.

« Ce confinement se poursuit au moins jusqu'au 2 décembre, tout le monde a vu les chiffres et, par conséquent, je ne pense pas qu'il soit juste de prétendre que Noël va être normal. Je pense que nous devons être à la hauteur des attentes du public à ce sujet », a-t-il déclaré.

Le Royaume-Uni a rapporté 21 915 cas supplémentaires de COVID-19 samedi, ce qui porte à 1 011 660 le nombre total de cas depuis le début de la pandémie.

En outre, 326 personnes de plus seraient décédées dans les 28 jours suivant un test positif, soit un total de 46 555 décès à travers le pays.

Un ministre britannique affirme que le confinement en Angleterre pourrait être prolongé

Le confinement d'un mois pour l'Angleterre annoncé par le premier ministre Boris Johnson ce week-end pourrait être prolongé, alors que la Grande-Bretagne lutte pour contenir une deuxième vague de la pandémie COVID-19, a déclaré dimanche un membre important du cabinet.

Johnson a annoncé samedi que le confinement dans toute l'Angleterre commencerait après minuit jeudi et se prolongerait jusqu'au 2 décembre.

Le Royaume-Uni, qui a le plus grand nombre officiel de décès attribuables à la COVID-19 en Europe, est aux prises avec plus de 20 000 nouveaux cas de coronavirus par jour et les scientifiques ont averti que le pire scénario de 80 000 morts pourrait être dépassé.

Jusqu'à présent, 46 555 décès liés à la COVID-19 – définis comme ceux qui meurent dans les 28 jours suivant un test positif – ont été signalés. Une mesure plus large des personnes dont le certificat de décès porte la mention COVID-19 porte le nombre de décès à 58 925.

Interrogé sur la possibilité de prolonger le confinement au-delà de début décembre, le ministre Michael Gove a répondu à *Sky News* : « Oui. Nous pouvons définitivement dire que si nous n'agissons pas maintenant, les services de santé seront débordés d'une manière qu'aucun d'entre nous ne peut tolérer », a-t-il ajouté.

Les autres nations constitutives du Royaume-Uni – l'Écosse, le Pays de Galles et l'Irlande du Nord – ont leurs propres politiques et ont adopté des restrictions sanitaires COVID-19 plus strictes le mois dernier.

Le premier ministre écossais, Nicola Sturgeon, a déclaré samedi être disposé à renforcer encore les règles dans son pays si cela s'avérait nécessaire.

Keir Starmer, chef du parti travailliste, a déclaré que le gouvernement avait manqué une occasion en or de mieux confiner l'Angleterre lorsque les écoles étaient en pause de mi-trimestre le mois dernier. « Eh bien, c'est fini maintenant. C'est le prix de l'incompétence du gouvernement », a déclaré M. Starmer à la BBC. PTI/Reuters

<https://www.tribuneindia.com/news/world/uk-heads-for-complete-lockdown-as-coronavirus-tally-crosses-1-million-mark-164394> [en anglais]

Israël

Israël commence les tests cliniques du vaccin anti-Covid-19 sur des humains, alors que les écoles reprennent lentement leurs activités

ID : 1008168631

Source : thetelegram.com

Il y a 11 heures.

JÉRUSALEM (Reuters) – Israël a commencé dimanche les tests cliniques sur des humains pour son candidat vaccin anti-COVID-19 qui, s'il est efficace, pourrait être prêt pour le grand public d'ici la fin de l'été prochain.

Quatre-vingts volontaires participeront dans un premier temps à cette étude qui sera étendue à 960 personnes en décembre. Si ces tests réussissent, une troisième étape avec 30 000 volontaires est prévue pour avril ou mai.

« Nous sommes dans la dernière ligne droite », a déclaré Shmuel Shapira, directeur général de l'Institut israélien pour la recherche biologique.

L'institut, supervisé par le ministère de la Défense, a commencé les essais sur les animaux pour son vaccin « BriLife » en mars et a annoncé il y a une semaine qu'il avait reçu l'approbation réglementaire pour passer à l'étape suivante.

Pour obtenir des informations sur les nombreux candidats vaccins qui font l'objet d'essais sur des humains dans le monde entier, veuillez cliquer sur

Shmuel Yitzhaki, chef de la division biologie de l'institut, a déclaré à Reuters que si tout va bien, le vaccin pourrait être disponible pour la population générale d'ici la fin de l'été prochain.

Alors que le premier lot de volontaires a reçu le vaccin potentiel, dans tout le pays, des élèves du primaire sont retournés à l'école. Le deuxième confinement à l'échelle nationale prend progressivement fin.

Les restrictions en Israël, qui compte une population de 9 millions d'habitants, sont lentement levées en réponse à une baisse constante du taux d'infections quotidiennes.

Les élèves de la première à la quatrième année ont été les premiers à retourner à l'école dimanche. Les enfants plus âgés continuent d'étudier à la maison.

Le gouvernement a également approuvé la réouverture par étapes des commerces et des activités de loisirs.

Le pays a signalé 674 nouveaux cas vendredi – une baisse par rapport au pic de plus de 9 000 cas enregistré il y a plusieurs semaines. Il a fait état de 2 541 décès dus à la pandémie.

(Reportage de Dedi Hayun et Ari Rabinovitch; montage de David Evans)

<https://www.thetelegram.com/news/world/israel-starts-human-trials-on-covid-19-vaccine-as-schools-slowly-reopen-515693/> [en anglais]

Yémen

L'effondrement du système de santé du Yémen ne permet pas de faire face à la recrudescence de la maladie

Source : *Voice of America*

ID unique : [1008152439](#)

L'effondrement du système de santé du Yémen ne permet pas de faire face à la recrudescence de la maladie

Par Lisa Schlein

Un homme tient dans ses bras sa fille mal nourrie dans un service de traitement de la malnutrition de l'hôpital al-Sabeen à Sanaa, au Yémen, le 27 octobre 2020.

GENÈVE – L'Organisation mondiale de la santé avertit que près de 18 millions de personnes au Yémen sont incapables de se faire soigner pour des maladies mortelles parce que des années de guerre, la

tourmente économique et un manque chronique d'argent ont entraîné l'effondrement du système de santé du pays.

Plus de cinq années d'escalade du conflit ont dévasté l'économie du Yémen et sa capacité à fournir suffisamment de nourriture et de soins médicaux pour maintenir sa population en bonne santé.

Selon les responsables de l'Organisation mondiale de la santé, seule la moitié des établissements de santé du pays sont pleinement opérationnels. Et ceux qui restent ouverts souffrent de graves pénuries de personnel qualifié, de médicaments et de matériel essentiel.

Le porte-parole de l'OMS, Tarik Jasarevic, déclare que depuis trois ans, les conditions socio-économiques épouvantables du Yémen ont provoqué une spirale de maladies mortelles, dont la pire épidémie de choléra des temps modernes, ainsi que des épidémies de diphtérie, de dengue, de rougeole et de paludisme.

DOSSIER – Des personnes en deuil abaissent le corps d'un homme, soupçonné d'être mort de la maladie à coronavirus (COVID-19) à Taïz, au Yémen, le 25 juin 2020.

« Maintenant, nous avons aussi la COVID-19 et, malheureusement, nous avons des cas de poliomyélite qui reviennent au Yémen même après que le pays a été déclaré pays exempt de poliomyélite », déclare Jasarevic. « Et, pour les personnes qui ont des maladies chroniques, comme le cancer, le diabète, ou autres, le traitement est limité ».

L'OMS rapporte 2 065 cas confirmés de COVID-19, dont plus de 600 décès. Elle note que deux nouveaux cas de poliomyélite dérivés de vaccins ont été confirmés. L'apparition de cette maladie extrêmement contagieuse a paralysé 17 enfants.

Selon M. Jasarevic, les conflits armés et l'instabilité politique ont perturbé l'acheminement des fournitures médicales essentielles. Il explique à VOA que l'aéroport international de Sanaa n'est plus en service depuis le 9 septembre et que cela constitue un obstacle majeur aux efforts de lutte contre la COVID-19 et d'autres maladies.

« Selon notre personnel là-bas, cela a retardé l'arrivée des experts de la COVID-19, l'arrivée de matériel médical essentiel, mais aussi d'autres articles humanitaires, dont 207 tonnes de matériel d'intervention COVID-19, » explique Jasarevic.

ONU : La malnutrition des enfants s'aggrave dans un Yémen déchiré par la guerre

20 % des enfants sont mal nourris et ont besoin d'un traitement urgent

Selon M. Jasarevic, l'OMS manque cruellement d'argent pour financer son opération humanitaire. Il affirme que l'agence a reçu moins de la moitié des 164,5 millions de dollars dont elle a besoin. Si l'argent n'est pas reçu d'urgence, il prévient que neuf millions de personnes perdront l'accès aux services de santé de base d'ici la fin de l'année.

En outre, il indique que 18 millions de personnes, dont six millions d'enfants, seront privées des vaccins vitaux qui les protègent contre des maladies mortelles telles que la rougeole et la poliomyélite.

<https://www.voanews.com/middle-east/yemens-collapsing-health-system-unable-cope-disease-upturge>

[en anglais]

À l'échelle internationale

The Buzz – Les inquiétudes concernant la présence du virus dans les importations alimentaires sont réelles, selon un expert

Source : *Macau Daily Times*

ID unique : [1008151670](#)

Selon un chercheur qui a étudié le phénomène, il existe un risque réel de transmission transfrontalière de coronavirus par le biais du marché mondial de l'agroalimentaire, qui représente 1 500 milliards de dollars. Il est possible que des importations de denrées alimentaires contaminées puissent transférer le virus aux travailleurs ainsi qu'à l'environnement, a déclaré Dale Fisher, médecin spécialiste des maladies infectieuses à l'hôpital universitaire national de Singapour. Les marchés de produits surgelés sont considérés comme un...

Selon un chercheur qui a étudié le phénomène, il existe un risque réel de transmission transfrontalière de coronavirus par le biais du marché mondial de l'agroalimentaire, qui représente 1 500 milliards de dollars. Il est possible que des importations de denrées alimentaires contaminées puissent transférer le virus aux travailleurs ainsi qu'à l'environnement, a déclaré Dale Fisher, médecin spécialiste des maladies

infectieuses à l'hôpital universitaire national de Singapour. Les marchés de produits surgelés sont considérés comme un élément clé de la première partie de la chaîne de transmission, a-t-il ajouté.

« Le virus voyage sur la nourriture, il infecte la première personne qui ouvre la boîte », déclare M. Fisher, qui préside également le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, dans une entrevue. « Il ne faut pas confondre avec les rayons des supermarchés qui sont contaminés. C'est vraiment au marché, avant qu'il n'y ait eu beaucoup de dilution ».

Ces derniers mois, la Chine a déclaré avoir trouvé des traces de l'agent pathogène du SRAS-CoV-2 sur les emballages et les aliments, ce qui fait craindre que les articles importés soient liés aux récentes résurgences du virus. Pékin a ordonné une série de mesures de précaution, créant des perturbations majeures auprès de ses partenaires commerciaux.

M. Fisher explique que si cette transmission reste un événement « marginal », l'ampleur du commerce alimentaire mondial est telle qu'elle se produira quelques fois sur des millions d'importations et d'exportations.

<https://macaudailytimes.com.mo/the-buzz-concerns-about-virus-on-food-imports-are-real-expert-says.html> [en anglais]

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

Étude

Les chercheurs révèlent l'ampleur de la propagation de COVID-19 dans une épicerie

ID : 1008167989

Source : CTV

Lre1^{er} novembre 2020, 12 h 34 HNE

TORONTO – Selon les chercheurs, les travailleurs d'une épicerie aux États-Unis ont reçu un résultat positif pour le nouveau coronavirus à un taux bien supérieur à celui du reste de leur communauté.

Les résultats de cette étude ont été publiés vendredi dans la revue *Occupation and Environmental Medicine*. Elle est basée sur une étude portant sur 104 adultes qui travaillaient dans une épicerie de la région de Boston en mai, période durant laquelle ils ont subi un test obligatoire pendant trois jours consécutifs.

Sur les 104 travailleurs suivis, 21 ont obtenu un résultat positif pour le SRAS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19. Cela représente un taux d'infection de 20 %, bien supérieur aux 1,3 % détectés dans la communauté à l'époque.

L'utilisation de gants et de masques ne semble pas influencer la probabilité qu'un travailleur soit infecté. La distanciation physique, l'utilisation des transports en commun ou le fait de croire ou non à la menace que représente la COVID-19 n'ont pas non plus d'influence sur la probabilité qu'un travailleur soit infecté.

Ce qui importe, selon les chercheurs, c'est ce que font les travailleurs et la fréquence à laquelle leurs tâches les mettent en contact avec les clients.

Les travailleurs qui ont été « directement exposés aux clients » – les caissiers, les préposés aux paniers, les superviseurs et ceux qui travaillent avec des aliments frais – ont été jugés cinq fois plus susceptibles d'être contaminés que les réceptionnistes, les concierges et les stockistes qui n'ont que rarement, voire jamais, été en contact avec les clients.

Seuls cinq des 21 travailleurs qui ont été contaminés présentaient des symptômes de COVID-19 à l'époque. La grande majorité des personnes concernées étant à la fois asymptomatiques et en contact avec les clients, les chercheurs suggèrent que cela met en danger les autres travailleurs et le grand public.

« Une fois que les travailleurs essentiels sont infectés par le SRAS-CoV-2, ils peuvent devenir une source de transmission importante pour la communauté qu'ils servent », ont-ils écrit.

Cette nouvelle étude, qui n'a pas examiné comment ces travailleurs ont contracté la COVID-19 à un taux aussi élevé par rapport à la communauté, fait partie d'un ensemble restreint, mais croissant de recherches portant sur la propagation de la COVID-19 sur les lieux de travail.

Bien que la majeure partie de ces recherches ait été menée dans le domaine de la santé, cette épicerie du Massachusetts n'est pas le premier lieu de travail accessible aux membres du public en bonne santé à être étudié de cette manière.

Une étude précédente a analysé en détail les cas de deux coiffeuses du Missouri qui ont été déclarées positives pour le SRAS-CoV-2 en mai – à peu près au même moment où les employés d'épicerie étaient étudiés – et qui n'ont apparemment [transmis le virus à aucun des 139 clients](#) qu'elles ont côtoyés avant leur mise en quarantaine.

Au début de la pandémie, une équipe de chercheurs en Chine a examiné la transmission du coronavirus parmi les employés et les clients d'une épicerie de ce pays, et a constaté que 9,2 % des travailleurs étaient infectés.

L'étude du Massachusetts s'est également penchée sur la santé mentale des travailleurs, et a constaté que l'incapacité à pratiquer systématiquement la distanciation physique au travail « était un facteur de risque important d'anxiété et de dépression », et que les déplacements en transports publics étaient également associés à la dépression.

Les chercheurs affirment que cela vient soutenir la nécessité pour les employés des supermarchés et autres travailleurs essentiels de recevoir de l'aide pour faire face à la détresse psychologique provoquée par la pandémie.

<https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/researchers-show-extent-of-covid-19-spread-in-a-grocery-store-1.5169995> [en anglais]

Étude

Une étude propose une nouvelle cause de la grande diversité des symptômes provoqués par la COVID : des personnes qui n'ont jamais été exposées au virus possèdent des anticorps.

Source : Le *National Post*

ID unique : [1008151909](#)

Lorsque des chercheurs de Colombie-Britannique ont effectué des tests de dépistage des anticorps sur un petit échantillon de résidents de Vancouver plus tôt cette année, ils ont constaté que moins d'un pour cent d'entre eux avaient bel et bien été exposés à la COVID-19. Cela n'a rien d'étonnant, surtout à un moment où le virus ne se propageait pas massivement dans la ville. Mais lorsque les scientifiques ont poussé plus loin leurs recherches, leurs conclusions se sont révélées étonnantes. Selon eux, une grande partie des personnes qui n'avaient apparemment...

Lorsque des chercheurs de Colombie-Britannique ont effectué des tests de dépistage des anticorps sur un petit échantillon de résidents de Vancouver plus tôt cette année, ils ont constaté que moins d'un pour cent d'entre eux avaient bel et bien été exposés à la COVID-19.

Cela n'a rien d'étonnant, surtout à un moment où le virus ne se propageait pas massivement dans la ville. Mais lorsque les scientifiques ont poussé plus loin leurs recherches, leurs conclusions se sont révélées étonnantes.

Selon eux, une grande partie des personnes qui n'avaient apparemment jamais été en contact avec le coronavirus avaient des anticorps qui réagissaient à certaines parties du virus – qui reconnaissent certains des « antigènes » du SRAS-CoV-2 qui déclenchent le système immunitaire de l'organisme. Si elle s'avère fondée, cette découverte pourrait être un indice clé pour élucider l'un des derniers

mystères de la COVID-19, à savoir pourquoi l'infection a peu ou pas d'effet sur certaines personnes et est dévastatrice pour d'autres.

Cela pourrait également avoir des effets sur l'efficacité et la sécurité des vaccins, a déclaré le Dr Pascal Lavoie, chercheur à l'hôpital pour enfants de Colombie-Britannique, qui a mené l'étude. Cette annonce n'est pas encore chargée, mais votre article continue ci-dessous.

« Si ce que nous voyons est vrai, et je crois que c'est le cas... cela pourrait être une découverte majeure », a-t-il déclaré. « Il serait crucial de comprendre pourquoi le virus rend certaines personnes malades. (...) Il pourrait (aussi) orienter le ciblage en matière de vaccination ».

Reste à savoir si le fait d'avoir des anticorps contre des antigènes individuels du SRAS-CoV-2 donne une certaine immunité aux gens, ou s'il sape en fait leurs défenses contre le virus de la COVID-19, a déclaré M. Lavoie.

Suite de l'article

Ces anticorps peuvent parfois aider un virus à s'attacher à une cellule saine, explique-t-il.

Il a également souligné que le document, publié sur un site Web de « prépublication » comme de nombreuses études portant sur la COVID-19, n'a pas encore fait l'objet d'un examen par les pairs et a ses limites.

En effet, des experts indépendants ont averti jeudi qu'il n'est pas clair si les résultats « inhabituels » proviennent de phénomènes parasites liés aux tests ou d'une véritable réactivité au virus.

Le Dr Lavoie a déclaré que les nouvelles données qu'il vient de recevoir répondent à cette préoccupation et semblent rendre les conclusions « beaucoup plus solides ». Il prévoit de soumettre prochainement l'étude à une revue spécialisée soumise à un examen par les pairs.

La recherche doit subir ce genre d'évaluation indépendante pour bien mesurer la validité des résultats, a déclaré le Dr Mel Krajden, directeur du B.C. Centre for Disease Control.

Cette annonce n'est pas encore chargée, mais votre article continue ci-dessous.

Suite de l'article

Il a ajouté que c'est « purement hypothétique » de suggérer que les anticorps des sujets non exposés expliquent le large éventail de symptômes causés par le coronavirus. L'âge est aujourd'hui le meilleur indicateur de la maladie que provoquera la COVID-19, a fait remarquer le Dr Krajden.

Le Dr Lavoie et ses collègues ont demandé à des volontaires de se soumettre à un test de « séroprévalence » – conçu pour dire si une personne a été exposée à un virus – en mai et juin. Ils ont recruté 276 personnes, pour la plupart des professionnels de la santé.

Parmi ceux-ci, seuls trois, soit 0,6 %, avaient des anticorps indiquant qu'ils avaient été exposés à l'intégralité du virus SRAS-CoV-2.

Mais la découverte « remarquable », selon le document, concerne la présence chez les personnes non exposées d'anticorps dirigés contre des antigènes spécifiques du virus – un antigène étant un corps étranger qui pousse le système immunitaire à agir.

Environ 82 % d'entre eux étaient réactifs à la fameuse protéine de pointe du virus, 47 % à un autre de ses antigènes et 7 % à un troisième élément, ont conclu les chercheurs.

L'origine de ces anticorps n'est pas claire. Il se peut qu'ils soient le résultat de la contamination par des coronavirus saisonniers, le type de virus qui provoque les rhumes, a déclaré le Dr Lavoie.

Mais il est également possible que quelque chose de complètement différent ait produit les anticorps, que ce soit des bactéries ou des aliments, a-t-il dit.

Si les résultats sont avérés, la prochaine étape consistera à étudier les liens entre les niveaux d'anticorps et la gravité de la maladie chez les personnes infectées par le SRAS CoV-2, ajoute le Dr Lavoie.

La Dr^e Catherine Hankins, professeure en santé de la population à l'université McGill et coprésidente du groupe de travail canadien sur l'immunité à la COVID-19, a indiqué qu'elle ne s'attarderait pas trop sur le document parce qu'on ne sait pas si les anticorps découverts sont un phénomène parasite ou une véritable réactivité. De plus, la taille de l'échantillon est minuscule par rapport à certaines études de séroprévalence qui ont testé des milliers de personnes.

Cette publicité n'est pas encore chargée, mais votre article continue ci-dessous.

Suite de l'article

Mais elle a déclaré que la question de comprendre comment les anticorps à d'autres virus peuvent affecter la réponse d'une personne à la COVID-19 – ce qu'on appelle la réactivité croisée – est importante.

Il est encore difficile de déterminer, par exemple, pourquoi les jeunes enfants sont relativement peu touchés par le virus, alors que les personnes âgées sont beaucoup plus susceptibles de souffrir de cas graves.

« Cela est-il lié au nombre de fois où vous avez eu un coronavirus saisonnier dans le passé? » a déclaré à D^{re} Hankins. « Où en avez-vous eu un récemment parce que vous êtes un enfant? (...) Est-ce l'activité récente qui protège? Nous ne le savons pas encore, et ce sont les questions auxquelles nous voulons répondre ».

<https://nationalpost.com/health/study-suggests-novel-reason-for-wide-range-in-covid-illness-people-never-exposed-to-virus-have-some-antibodies> [en anglais]

Le vaccin DTC pédiatrique protège contre le coronavirus

ID : 1008149837

Source : CE Noticias Financieras

Une étude menée par l'immunologiste Pedro Reche de l'Université Complutense de Madrid a montré que le vaccin DTC (diphtérie, tétanos et coqueluche), administré aux enfants, peut protéger les nourrissons contre la COVID-19, car il peut provoquer une immunité croisée. cruzada

L'étude a été menée à l'aide de méthodes de calcul qui ont permis d'identifier une immunité croisée étendue entre le SRAS-CoV-2 et les antigènes présents dans le vaccin DTC. La réponse protectrice contre le nouveau virus s'est faite par l'intermédiaire des lymphocytes T CD8 et CD4. Les enfants ne seront donc pas les premiers à recevoir le vaccin contre le coronavirus.

Le vaccin DTC est administré aux enfants du monde entier au cours de leur première année de vie, ils reçoivent un rappel à 4 ou 6 ans, et une faible dose à l'âge de 9 à 14 ans. Cette procédure provoque une forte mémoire immunitaire.

Les vaccins contre l'hépatite B, le poliovirus, la rougeole, la varicelle ou le RRO ont également été testés, mais ce sont les vaccins DTC qui ont obtenu les résultats les plus positifs.

Les chercheurs recommandent d'envisager l'utilisation du vaccin DTC ou de l'un de ses dérivés dans la population générale pour renforcer la réponse immunitaire au nouveau coronavirus.

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2020.586984/pdf> [en anglais]

Étude

Eye! Cats get the virus but don't get it (Les chats contractent le virus, mais ne développent pas la maladie)

Source : Noticias Financieras

ID unique : [1008149806](#)

Au fil des ans, les chats et les chiens sont devenus les favoris des familles. C'est pourquoi des chercheurs vétérinaires de l'université du Chili ont mené une étude qui a confirmé que les humains infectaient leurs chats avec la COVID-19. The Fourth s'est entretenu avec le responsable de la recherche, le D^r Víctor Neira, membre de la Commission Una Salud del Colegio Médico Veterinaria (Colmevet) et chercheur universitaire de la Favet de l'U. du Chili, qui a déclaré que « dans le... Au fil des ans, les chats et les chiens sont devenus les favoris des familles. C'est pourquoi des chercheurs vétérinaires de l'université du Chili ont mené une étude qui a confirmé que les humains infectaient leurs chats avec la COVID-19.

The Fourth s'est entretenu avec le responsable de la recherche, le D^r Víctor Neira, membre de la Commission Una Salud del Colegio Médico Veterinaria (Colmevet) et chercheur universitaire de la Favet de l'U. du Chili, qui a déclaré que « dans le monde, certains cas sont apparus indiquant que certains animaux de compagnie pourraient être porteurs du virus (...) nous avons obtenu des échantillons prélevés sur des chats et des chiens de 12 familles infectées par le virus. » Il a également révélé que « sur 17 chats et 10 chiens, la plupart sont apparus négatifs. Aucun virus ni anticorps n'a été détecté. » Il a ajouté qu'« il y avait une famille où des anticorps ont été retrouvés chez un chat et un autre cas dans une famille de deux avec 3 chats, dont les résultats étaient tous positifs. Chez les chiens, il n'y avait aucune trace du virus. »

À la suite de cette découverte, le D^r Neira a expliqué que « nous avons fait le séquençage du virus et montré qu'il y avait une transmission de l'un des humains aux chats. Ce qui est très important, c'est qu'à

ce jour, il n'y a aucune preuve que le chat transmet le virus aux humains, en dehors du fait que la pandémie actuelle se propage par l'intermédiaire des humains ».

Le médecin a déclaré qu'« il y a moins de 100 cas positifs chez les animaux de compagnie, c'est sur cette base que nous avons fait les recommandations » (voir graphique).

En ce qui concerne les symptômes, le D^r Neira a déclaré que « les chats en général ne présentent aucun signe clinique, sont asymptomatiques ou ne présentent que des symptômes très légers. Par exemple, ils peuvent se sentir léthargiques, déprimés ou tousser un peu. Dans notre étude, deux des trois chats étaient asymptomatiques et l'autre présentait des signes de toux et son état s'est dégradé pendant quelques jours. »

Recommandations : Comment prendre soin des bêtes à poil à la maison? Caresse : Prodiguez à vos chats et animaux de compagnie des soins et des contacts respectant les règles de biosécurité adéquates, en évitant de les embrasser ou de les caresser de manière inappropriée, en les empêchant de dormir dans le lit de leur propriétaire et en ne leur donnant pas les restes de nourriture des humains. Lavage des mains : Dans les foyers où il y a des cas de COVID-19, gardez vos animaux à l'intérieur pendant la période de quarantaine, lavez-vous les mains fréquemment, avant et après avoir manipulé des animaux de compagnie. Soins : En raison du profil clinique bénin que les chatons présentent, il n'est pas recommandé de diagnostiquer la COVID-19 chez les animaux de compagnie. Cependant, conservez les précautions ci-dessus. À la maison : Empêchez vos animaux de compagnie, et en particulier les chats, de sortir librement de la maison, en essayant de les garder à l'intérieur en permanence. Soins à distance : si une assistance vétérinaire est nécessaire, contactez le médecin vétérinaire par téléphone en premier lieu, pour coordonner les soins et toutes les mesures de biosécurité correspondant à cette situation. La publication *Eye! Cats get the virus but don't get it* en exclusivité sur La Cuarta. <https://www.cnn.com/2020/10/30/health/what-animals-have-coronavirus-partner-scni/index.html> [en anglais]

Étude

Les chercheurs identifient une nouvelle souche de virus; une étude révèle que le nouveau variant de COVID-19 observée en Irlande remonte à des ouvriers agricoles espagnols

ID unique : [1008149465](#)

Les responsables de la santé ont déclaré qu'il est « trop tôt » pour connaître la portée d'un nouveau variant du coronavirus identifié par les chercheurs, qui représente la majorité des nouveaux cas de COVID-19 en Irlande. Le nouveau variant a d'abord été identifié chez des ouvriers agricoles espagnols, et s'est rapidement répandu dans une grande partie de l'Europe depuis l'été, selon une nouvelle étude publiée hier par une équipe internationale de chercheurs. Parce que...

Les responsables de la santé ont déclaré qu'il est « trop tôt » pour connaître la portée d'un nouveau variant de coronavirus identifié par les chercheurs, qui représente la majorité des nouveaux cas de COVID-19 en Irlande.

Le nouveau variant a d'abord été identifié chez des ouvriers agricoles espagnols, et s'est rapidement répandu dans une grande partie de l'Europe depuis l'été, selon de nouvelles recherches publiées hier par une équipe internationale de chercheurs.

Comme chaque variant a sa propre signature génétique, on peut remonter jusqu'à son lieu d'origine. Selon les recherches, le nouveau variant du virus représente désormais 60 % des nouveaux cas en Irlande, et 80 % des cas en Espagne et au Royaume-Uni.

Le D^r Colm Henry, responsable clinique du HSE, a déclaré qu'il était « trop tôt » pour savoir si le nouveau variant de COVID-19 se propage plus facilement ou s'il est plus mortel.

Mutations

Il est courant que les nouveaux virus mutent, et la « grande majorité des mutations » n'aurait aucun impact sur la nature de la maladie, a-t-il dit.

« Il est trop tôt pour dire si cette mutation particulière, qui semble avoir commencé en Espagne avant de se propager, a ses propres caractéristiques qui la rendent encore plus transmissible... il est trop tôt pour le dire », a-t-il déclaré.

La propagation du variant en dehors de l'Espagne ces derniers mois a coïncidé avec une période de diminution du nombre de décès, précise le D^r Henry.

« Cependant, cela est largement attribué au fait que le virus touchait surtout des groupes d'âge plus jeunes. Il est donc trop tôt pour dire si cette mutation est plus virulente que les mutations précédentes qui ont existé », dit-il.

Traitement

Une porte-parole du Laboratoire national de référence des virus de l'UCD a souligné que la recherche n'avait « aucune implication connue » pour les travaux actuels de mise au point d'un vaccin. L'émergence du nouveau variant, appelé 20A.EU 1, ne devrait pas avoir d'impact sur les méthodes de traitement des patients atteints de la COVID-19, selon elle.

L'étude a bien mis en évidence « l'importance de minimiser les déplacements pour prévenir la transmission virale », a ajouté la porte-parole.

Le professeur d'immunologie expérimentale du Trinity College de Dublin, Kingston Mills, a déclaré que des recherches publiées le mois dernier à Hong Kong indiquaient qu'un variant plus contagieux du coronavirus y émergeait.

Le professeur Mills a déclaré qu'il ne pouvait pas se prononcer sur le variant apparu en Espagne, car il n'avait pas encore vu les données sur lesquelles se fondent ces recherches. « Je pense que la chose la plus importante de mon point de vue est qu'elle nous dit que nous avons transporté ce virus en grande partie lors de nos voyages », a-t-il déclaré.

<https://www.ft.com/content/2782655a-0441-4d38-bb03-5c4e67ead110> [en anglais]

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.25.20219063v1> [en anglais]

Étude

« Health Net » 80 % des patients atteints de pneumonie de Wuhan manquent de vitamine D, ces aliments peuvent compenser la carence en vitamine D

Source : Archyworldys

ID unique : [1008153261](https://www.ft.com/content/2782655a-0441-4d38-bb03-5c4e67ead110)

Résumé Les produits laitiers, notamment le lait, le fromage et le jaune d'œuf, sont tous des aliments riches en vitamine D. (Extrait de freepik) [Health Channels/Rapport complet] Des études antérieures ont confirmé que la carence en vitamine D est associée à divers problèmes de santé, tels qu'un risque accru de maladies cardiovasculaires, de diabète et de cancer. En outre, les chercheurs ont également découvert que les personnes qui présentent une carence en vitamine D sont plus susceptibles de... Les produits laitiers, y compris le lait, le fromage et le jaune d'œuf, sont tous des aliments riches en vitamine D. (Extrait de freepik)

[Health Channel/Rapport complet] Des études antérieures ont confirmé que la carence en vitamine D est associée à divers problèmes de santé, tels qu'un risque accru de maladies cardiovasculaires, de diabète et de cancer. En outre, les chercheurs ont également découvert que les personnes qui présentent une carence en vitamine D sont plus susceptibles de développer la COVID-19. Une nouvelle étude révèle que plus de 80 % des patients infectés par la pneumonie de Wuhan (nouvelle maladie à coronavirus, COVID-19) présentent une carence en vitamine D.

The Times Now a rapporté que les résultats de l'étude publiés dans le *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* ont indiqué que 82,2 % des 216 patients atteints de la pneumonie de Wuhan dans un hôpital en Espagne présentaient une carence en vitamine D, et que la teneur en vitamine D était plus faible chez les hommes que chez les femmes. Les chercheurs ont également souligné que les patients COVID-19 souffrant d'une carence en vitamine D présentaient également des indicateurs d'inflammation sérique accrus, tels que l'indice de ferritine, qui est lié à un mauvais pronostic.

La vitamine D est une vitamine liposoluble. Le corps humain peut synthétiser cet élément nutritif grâce à la lumière du soleil, c'est pourquoi on l'appelle aussi « la vitamine soleil ». Elle est très importante pour les os, les muscles, le système immunitaire et la bonne santé générale. Les chercheurs affirment que les patients souffrant d'une carence en vitamine D ont une prévalence plus élevée d'hypertension et de maladies cardiovasculaires, et que les patients atteints d'une pneumonie de Wuhan doivent séjourner plus longtemps à l'hôpital. Les chercheurs recommandent une thérapie à la vitamine D pour les patients atteints de la maladie de Wufei, car cette méthode peut être bénéfique à la fois pour l'appareil locomoteur et le système immunitaire.

Un régime alimentaire riche en vitamine D

Il est possible de compléter son apport en vitamine D par l'exposition au soleil et l'alimentation. Parmi les sources alimentaires riches en vitamine D, on peut citer :

- Les poissons très gras : saumon, maquereau et balaou du Japon
- Les produits laitiers : lait, fromage et jaune d'œuf
- Le foie animal
- Les champignons noirs et shiitake

Une alimentation équilibrée et une exposition au soleil appropriée sont indispensables. Tant que l'exposition au soleil est suffisante, il n'est pas nécessaire de prendre des suppléments de vitamine D, mais il faut aussi faire attention à ne pas attraper de coups de soleil. L'administration nationale de la santé recommande de sortir après 14 heures lorsque les rayons du soleil sont moins forts.

Pas besoin de tirer au sort, pas besoin de chercher les nouvelles maintenant, utilisez l'application pour regarder les nouvelles et vous assurer que vous gagnez tous les jours. Téléchargez l'application et suivez-moi pour voir la méthode d'activité.

<https://www.archyworldys.com/health-net-80-of-wuhan-pneumonia-patients-lack-vitamin-d-these-foods-help-supplement-lohas-diet-free-health-net/> [en anglais]

Étude

Un essai clinique indique que l'anticorps monoclonal a réduit le nombre d'hospitalisations et de visites aux urgences

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

ID unique : [1008153014](https://www.medicalxpress.com/1008153014)

Les patients ayant reçu le nouvel anticorps COVID-19 (coronavirus) présentaient moins de symptômes et risquaient moins de devoir être hospitalisés ou de nécessiter des soins médicaux d'urgence que ceux qui n'avaient pas reçu l'anticorps, selon une nouvelle étude publiée dans le *New England Journal of Medicine*. L'essai clinique multisite de phase II a testé trois doses différentes de LY-CoV555, un anticorps monoclonal dérivé du sang d'un...

Les patients ayant reçu le nouvel anticorps COVID-19 (coronavirus) présentaient moins de symptômes et risquaient moins de devoir être hospitalisés ou de nécessiter des soins médicaux d'urgence que ceux qui n'avaient pas reçu l'anticorps, selon une nouvelle étude publiée dans le *New England Journal of Medicine*.

L'essai clinique multisite de phase II a testé trois doses différentes de LY-CoV555, un anticorps monoclonal dérivé du sang d'un patient ayant contracté la COVID-19. Alors que les travaux se poursuivent, les résultats de l'analyse intermédiaire ont indiqué une réduction de la charge virale chez les patients ambulatoires présentant des cas légers à modérés de COVID-19 avec un dosage de 2 800 milligrammes, ainsi qu'une réduction des taux d'hospitalisation et de soins médicaux d'urgence chez les patients à tous les niveaux de dosage.

Le coauteur de l'étude, Peter Chen, MD, professeur de médecine et directeur de la division de médecine pulmonaire et de soins intensifs à Cedars-Sinai, a déclaré que les résultats sont prometteurs.

« Pour moi, le résultat le plus significatif a été la réduction des hospitalisations », a déclaré M. Chen.

« Des anticorps monoclonaux comme celui-ci ont le potentiel de réduire la gravité de la COVID-19 pour de nombreux patients, permettant à davantage de personnes de se soigner à domicile ».

Les anticorps monoclonaux se fixent à un virus et l'empêchent de se répliquer. LY-CoV555 se lie à une protéine particulière, appelée protéine de pointe, dont le SRAS-CoV-2, le virus qui provoque la COVID-19, a besoin pour pénétrer dans les cellules humaines et se répliquer. En empêchant le virus de se répliquer, l'anticorps ralentit le processus viral, ce qui laisse le temps au système immunitaire du patient de se mettre en marche.

« Ce que nous faisons, c'est empêcher le virus de causer trop de dommages au tout début du processus », a déclaré M. Chen. « Nous faisons gagner du temps aux patients, afin que leur corps puisse commencer à développer sa propre immunité pour combattre le virus ».

Les patients de l'étude randomisée et en double aveugle ont reçu des doses intraveineuses de 700, 2 800 ou 7 000 milligrammes d'anticorps, ou un placebo. Les enquêteurs ont utilisé un écouvillon nasopharyngé pour tester la charge virale des patients avant d'administrer l'anticorps et à plusieurs reprises après le traitement. Les patients participant à l'essai ont également reçu un questionnaire sur leurs symptômes et leur traitement ultérieur.

Environ 300 patients ont reçu le traitement (100 patients par niveau de dosage) et environ 150 autres patients ont reçu le placebo. Sur les trois niveaux de dosage, le dosage de 2 800 milligrammes s'est

avéré efficace pour réduire la charge virale. Au 11e jour, la charge virale était considérablement réduite pour la plupart des patients, y compris ceux du groupe placebo. Selon les chercheurs, d'autres études seront nécessaires pour valider ces résultats.

« La publication de ces données dans une revue soumise à l'examen des pairs vient s'ajouter à l'ensemble croissant de preuves de l'utilité potentielle des anticorps neutralisants comme traitement pour les personnes chez qui on a récemment diagnostiqué une COVID-19 légère à modérée, en particulier les patients à haut risque », a déclaré Ajay Nirula, MD, Ph. D., vice-président de l'immunologie chez Eli Lilly and Company et co-auteur de l'étude. « Ces données montrent que LY-CoV555 pourrait être efficace dans le traitement de la COVID-19 en réduisant la charge virale, les symptômes et le risque d'hospitalisation des patients ambulatoires ».

Au 29e jour, le taux d'hospitalisation n'était que de 1,6 % dans le groupe traité aux anticorps, contre 6,3 % dans le groupe ayant reçu le placebo.

Il est important de noter que la réduction des hospitalisations a été constatée dans tous les groupes démographiques, y compris dans les catégories à haut risque : les adultes de plus de 65 ans et ceux ayant un indice de masse corporelle élevé (supérieur à 35). Pour les patients à haut risque, le taux d'hospitalisation était de 4,2 % chez les patients traités avec l'anticorps, contre 14,6 % chez les patients traités avec le placebo. Le profil de sécurité des patients traités avec le LY-CoV555 était similaire à celui des patients traités par placebo.

« Nous savons que la COVID-19 est particulièrement éprouvante pour les personnes âgées, les personnes en surpoids et les personnes souffrant de certains problèmes de santé préexistants », a déclaré M. Chen. « Les traitements par anticorps comme celui-ci peuvent avoir le plus d'avantages pour les personnes appartenant à ces catégories à haut risque ».

Pour de plus amples renseignements : Peter Chen et coll. SARS-CoV-2 Neutralizing Antibody LY-CoV555 in Outpatients with Covid-19, *New England Journal of Medicine* (2020). DOI : 10.1056/NEJMoa2029849

<https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2029849>

Renseignements sur la revue : *New England Journal of Medicine*

Fourni par le Cedars-Sinai Medical Center

<https://medicalxpress.com/news/2020-10-clinical-trial-monoclonal-antibody-lowered.html> [en anglais]

Étude

Un médicament est actuellement examiné en vue d'un traitement à domicile, dans l'espoir de ralentir le virus

Source : medicalxpress.com

ID unique : [1008152991](https://doi.org/10.1008152991)

Les chercheurs du centre médical Beth Israel Deaconess testent une nouvelle approche pour lutter contre la COVID-19, avec un médicament antiviral contre le sida, reconverti en traitement à domicile pendant les premiers jours des symptômes, dans l'espoir de ralentir le virus de manière précoce et d'éviter l'hospitalisation, les soins intensifs et la mort.

L'essai clinique national est dirigé par Nathan Shapiro, professeur de médecine d'urgence à la Harvard Medical School et au Beth...

Les chercheurs du centre médical Beth Israel Deaconess testent une nouvelle approche pour lutter contre la COVID-19, avec un médicament antiviral contre le sida, reconverti en traitement à domicile pendant les premiers jours des symptômes, dans l'espoir de ralentir le virus de manière précoce et d'éviter l'hospitalisation, les soins intensifs et la mort.

L'essai clinique national est dirigé par Nathan Shapiro, professeur de médecine d'urgence à la Harvard Medical School et au Beth Israël Deaconess Medical Center, en collaboration avec des chercheurs de l'université Vanderbilt et de l'université du Colorado. Ils espèrent recruter 600 volontaires présentant les premiers symptômes de COVID-19 pour l'étude visant à déterminer si des doses quotidiennes de Kaletra, un médicament largement utilisé dans le traitement contre le SIDA, qui combine les antirétroviraux lopinavir et ritonavir, peuvent réduire le nombre de cas de COVID-19 dont la gravité justifie une hospitalisation.

« Si nous pouvons réduire le risque d'aggravation de la maladie, cela changerait la donne, car nous limiterions la progression de la maladie. La diminution de la sévérité de la maladie réduira également l'utilisation des ressources, l'hospitalisation et la morbidité qui s'ensuivent lorsque vous êtes

suffisamment malade pour être mis sous respirateur ou que vous vous retrouvez dans l'unité de soins intensifs », indique M. Shapiro.

Comme le médicament est déjà utilisé pour lutter contre le SIDA dans le monde entier, ajoute M. Shapiro, des résultats positifs signifieraient qu'il existe déjà des stocks et un dispositif de production permettant de le déployer rapidement. Cet effort fait suite à un essai antérieur du médicament en Chine qui, bien qu'il n'ait pas révélé d'efficacité contre le coronavirus à des stades ultérieurs, a donné quelques indications sur son efficacité. Pour cet essai, dit M. Shapiro, le médicament a été administré aux patients vers le 13^e jour.

Les résultats attendus visent à faire en sorte que l'intervention débute dans la première semaine suivant l'apparition des symptômes et que le traitement se poursuive pendant deux semaines, dans l'espoir que le médicament maintienne la charge virale à un niveau suffisamment bas pour que les patients évitent l'hospitalisation et les soins intensifs.

M. Shapiro pense que la mise au point d'un moyen efficace d'intervenir à un stade précoce de la maladie fournirait aux médecins et à leurs patients un outil potentiellement puissant. Parmi les inconnues de l'évaluation de la stratégie, explique-t-il, figure la question de savoir si la réduction de la charge virale permettra également de réduire la propagation du virus, en réduisant potentiellement la quantité de virus présent dans l'organisme pouvant être transmis à d'autres personnes.

« Est-ce qu'on peut changer la donne en agissant à ce stade de la maladie? Sans aucun doute », affirme-t-il. « Que ce soit ce médicament ou un autre, c'est l'hypothèse que nous testons. Nous cherchons à tester dans l'ordre : si ce médicament ne fonctionne pas, nous chercherons à en introduire un autre. »

La procédure, appelée TREAT NOW, pour Trial of Early Antiviral Therapies during Non-hospitalized Outpatient Window (essai de thérapies antivirales précoces en ambulatoire), est menée dans un format entièrement sans contact, précise M. Shapiro. L'équipe communique les informations aux patients par téléphone ou par vidéoconférence, et les participants donnent leur consentement par voie électronique, par courriel ou par texte. Les médicaments sont expédiés durant la nuit afin que les sujets puissent commencer le traitement dès le lendemain. Les chercheurs assurent un suivi quotidien des participants, en enregistrant les symptômes et les effets secondaires. Selon M. Shapiro, grâce à ce système, les chercheurs pourront suivre l'évolution de la maladie et savoir si les symptômes s'atténuent plus tôt que prévu.

« De manière réaliste, nous espérons que ce médicament particulier aura un effet atténuant », dit-il. « Je ne pense pas que ce médicament ait un effet curatif. Nous cherchons à éviter l'hospitalisation et les difficultés respiratoires pour ceux dont la maladie ne justifie pas un séjour à l'hôpital au début de la thérapie ».

Fourni par l'Université de Harvard

<https://medicalxpress.com/news/2020-10-drug-at-home-treatment-virus.html> [en anglais]

Étude

Les populations hétérogènes développent plus rapidement une immunité collective

Source : medicalxpress.com

ID unique : [1008152985](https://doi.org/10.1008152985)

Lors d'épidémies à propagation rapide telles que l'actuelle pandémie de coronavirus, on s'attend généralement à ce qu'une majorité de la population soit infectée avant que l'immunité collective ne soit acquise et que l'épidémie ne s'atténue. L'estimation du moment où le seuil est atteint est généralement basée sur des modèles qui supposent que tous les individus d'une population sont identiques. Les chercheurs de l'Institut Max Planck pour la physique des systèmes complexes...

Lors d'épidémies à propagation rapide telles que l'actuelle pandémie de coronavirus, on s'attend généralement à ce qu'une majorité de la population soit infectée avant que l'immunité collective ne soit acquise et que l'épidémie ne s'atténue. L'estimation du moment où le seuil est atteint est généralement basée sur des modèles qui supposent que tous les individus d'une population sont identiques. Les chercheurs de l'Institut Max Planck pour la physique des systèmes complexes de Dresde ont utilisé un nouveau modèle pour démontrer que l'immunité collective peut être atteinte à un seuil inférieur si certains individus sont plus facilement infectés que d'autres.

La plupart des épidémies se résorbent avant que la majorité de la population ne soit infectée. On ne sait pas encore très bien ce qui détermine ce moment décisif et l'ampleur de l'épidémie. De nombreux modèles épidémiologiques sont basés sur l'hypothèse que les individus d'une population sont

essentiellement identiques. Or, dans une population réelle, chaque personne est différente. Par exemple, certaines personnes sont moins susceptibles d'être infectées par contact avec un individu infecté, peut-être en raison d'un système immunitaire plus efficace ou d'une meilleure hygiène.

Une équipe dirigée par Frank Jülicher, de l'Institut Max Planck pour la physique des systèmes complexes, a étudié l'influence de cette hétérogénéité sur la propagation d'une épidémie. Lorsque les individus diffèrent dans leur sensibilité à une infection, ce sont principalement les plus susceptibles qui sont infectés en premier. Cela conduit à une augmentation rapide du nombre d'infections au début d'une épidémie. Cependant, cette partie de la population très sensible est rapidement immunisée ou meurt. Par conséquent, dans la population non infectée, la vulnérabilité moyenne au virus diminue. Cela ralentit le taux d'infection de l'épidémie, et donc le seuil d'immunité collective peut être plus bas que ce qui avait été supposé auparavant. Une population hétérogène peut donc atteindre une immunité collective même si seule une minorité de personnes est immunisée. En revanche, dans une population homogène, l'immunité collective ne peut être obtenue que lorsqu'une majorité de personnes est immunisée.

Différents scénarios

Selon le modèle des chercheurs de Dresde, différents scénarios peuvent aboutir à ce qui semble être le même déroulement d'une épidémie. Plus précisément, deux épidémies, qui présentent des niveaux différents d'hétérogénéité et d'efficacité des mesures d'atténuation, peuvent avoir la même évolution temporelle déclarée de l'infection. Dans une population homogène, l'immunité ne joue un rôle significatif dans l'impact des taux d'infection que lorsqu'une fraction considérable de la population a été immunisée. Une baisse précoce des taux d'infection ne pourrait donc s'expliquer que par d'autres facteurs tels que les mesures de confinement. En revanche, pour une population très hétérogène, une réduction significative des infections peut se produire même si une petite fraction de la population seulement est immunisée.

Une baisse précoce des taux d'infection n'est pas nécessairement le résultat des seules mesures de confinement, mais pourrait également être attribuée au fait qu'une population se rapproche de l'immunité collective hétérogène. Une évaluation de l'efficacité des mesures de confinement des épidémies doit donc tenir compte de l'hétérogénéité d'une population.

Pour de plus amples renseignements : Jonas Neipel et coll. Power-law population heterogeneity governs epidemic waves, PLOS ONE (2020). DOI : 10.1371/journal.pone.0239678

<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0239678> [en anglais]

<https://medicalxpress.com/news/2020-10-heterogeneous-populations-herd-immunity-quicker.html> [en anglais]

Étude

Oxford va étudier un nouveau test COVID-19 pour les personnes ne présentant pas de symptômes

Source : medicalxpress.com

ID unique : [1008152984](https://doi.org/10.1008152984)

L'université d'Oxford participera à un nouveau projet pilote visant à évaluer l'utilisation des tests de flux latéral (LFT), un nouveau test COVID-19 conçu pour identifier les personnes asymptomatiques atteintes du virus. Le test de flux latéral (LFT) est l'une des nouvelles technologies de test pour la COVID-19 actuellement testées au Royaume-Uni. On espère qu'il permettra d'identifier les personnes les plus exposées au risque de propagation de COVID-19 (les personnes contagieuses...

L'université d'Oxford participera à un nouveau projet pilote visant à évaluer l'utilisation des tests de flux latéral (LFT), un nouveau test COVID-19 conçu pour identifier les personnes asymptomatiques atteintes du virus.

Le test de flux latéral (LFT) est l'une des nouvelles technologies de test pour la COVID-19 actuellement testées au Royaume-Uni. On espère qu'il permettra d'identifier les personnes les plus exposées au risque de propagation de COVID-19 (les personnes contagieuses sans le savoir) et qu'il leur permettra de modifier leur comportement en conséquence, brisant ainsi les chaînes de transmission et réduisant le taux d'infection.

Ce projet pilote, développé par Oxford en partenariat avec le ministère de la santé et des affaires sociales, la santé publique anglaise et l'université de Durham, nous aidera à comprendre comment utiliser au mieux cette technologie et comment elle pourrait être mise en œuvre dans le monde réel dans le cadre de stratégies plus larges de test COVID-19, au-delà du test de réaction de polymérisation en chaîne (PCR).

Le LFT produit des résultats en quelques minutes. Les individus se tamponnent le nez et la gorge pour prélever un échantillon, puis l'insèrent dans un tube de liquide pendant une courte durée. Les LFT ont déjà été homologués et ont fait l'objet de tests cliniques. Si les LFT sont capables de détecter suffisamment de personnes infectées par le virus avant qu'elles ne présentent des symptômes, ils pourraient contribuer à prévenir la propagation de la COVID-19.

L'université d'Oxford mène actuellement une étude sur la faisabilité et l'acceptabilité des stratégies de test rapide (FACTS) de la COVID-19 au sein de la communauté universitaire afin d'évaluer comment procéder à l'organisation de l'utilisation régulière des LFT.

Le personnel et les étudiants de certains secteurs de l'université se verront proposer des LFT dans le cadre de cette étude et seront formés aux procédures pour réaliser le test, le traiter et enregistrer les résultats à l'aide de NHS Test and Trace. Pour l'instant, l'étude est ouverte au Merton College et au St Hilda's College. La participation est entièrement volontaire. De plus amples détails sont en cours de diffusion auprès des personnes directement concernées.

L'étude permettra de savoir combien de personnes acceptent l'offre de dépistage, combien continuent à faire les tests régulièrement et combien de cas de COVID-19 sont détectés. Il est prévu que les participants subissent plusieurs tests sur une période de quelques semaines.

Le test le plus couramment utilisé dans le cadre du NHS actuellement est le test RT-PCR (test de référence de l'amplification en chaîne par polymérase). Tous les étudiants ou membres du personnel qui reçoivent des résultats positifs dans le cadre du projet pilote devront subir un test PCR de confirmation, conformément aux orientations actuelles en matière de santé publique. Ces tests sont facilement disponibles auprès du NHS ou dans le cadre de Testing for COVID-19 : Early Alert Service (EAS), à l'université.

Richard Hobbs, professeur en sciences de la santé des soins primaires à Nuffield à l'Université d'Oxford et responsable de l'étude, a déclaré : « Les résultats de cette étude seront déterminants, car une partie de la propagation de la COVID-19 se produit avant que les gens n'aient des symptômes et ne s'isolent. En outre, certaines personnes infectées ne présentent jamais de symptômes, en particulier les jeunes. C'est l'une des raisons pour lesquelles des universités du monde entier connaissent des éclosions de COVID-19 lorsque les étudiants réintègrent le campus.

« L'objectif premier de l'étude n'est pas de savoir si l'université adopte ce test, mais de contribuer à déterminer comment organiser un tel dépistage dans le cadre de la lutte nationale et internationale contre la COVID-19. »

Le professeur Gavin Sreaton, chef de la division des sciences médicales à l'Université d'Oxford, a déclaré : « Grâce à Testing for COVID-19 : Early Alert Service (EAS), l'Université d'Oxford a mis en place un service de dépistage complet, sept jours sur sept, pour tout le personnel et les étudiants, à partir de deux modules de dépistage, l'un au Radcliffe Observatory Quarter (ROQ) et l'autre au Old Road Campus (ORC) à Headington, depuis le mois d'août.

« Nous souhaitons faire tout notre possible pour contribuer à l'effort local, national et international visant à réduire la propagation de la COVID-19. Ce nouveau projet pilote de recherche sur les LFT vise à recueillir des informations importantes pour faire avancer le processus national de dépistage. Notre priorité est de nous engager dans les recherches et les innovations les plus prometteuses en matière de tests, et de soutenir la mise en œuvre de ceux qui, selon nous, auront les meilleurs effets pour la communauté au sens large ».

La professeure Louise Richardson, vice-chancelière de l'université d'Oxford, témoigne de cette volonté : « Nous avons tous regardé avec fierté nos médecins travailler sans relâche pour développer un vaccin, proposer des thérapies et jouer un rôle de premier plan dans l'effort mondial contre la COVID-19. Je suis très heureuse que ce nouveau projet pilote de recherche FACTS donne l'occasion à un segment beaucoup plus large de notre communauté de participer à l'avancement des connaissances sur ce virus et sur les moyens efficaces de le contrer ».

Fourni par l'Université d'Oxford

<https://medicalxpress.com/news/2020-10-oxford-trial-covid-individuals-symptoms.html> [en anglais]

Événements nationaux d'intérêt

Canada, Ontario

Contamination à la salmonelle dans un restaurant de Sarnia : une enquête est en cours

Source : CTV News – London

ID : 1008155866

LONDON (ONTARIO) – Une flambée de salmonellose fait l'objet d'une enquête de Lambton Public Health (LPH).

Cette flambée concerne des personnes qui ont récemment mangé au restaurant Barakat de Sarnia entre le 21 et le 29 octobre dernier.

Il y a actuellement quatre cas confirmés de salmonellose impliquant des clients qui auraient mangé dans ce restaurant à cette période.

LPH assure le suivi d'autres personnes tombées malades après avoir mangé au même restaurant.

Les propriétaires de Barakat coopèrent avec LPH et ont volontairement fermé leur restaurant pour le moment, dans un souci de prévention des risques.

Les symptômes de la salmonellose peuvent se manifester par de la diarrhée, de la fièvre, des crampes d'estomac et des vomissements.

Visitez le site Web du ministère de la Santé de l'Ontario pour plus d'informations sur la salmonellose et contactez Lambton Public Health si vous pensez avoir été touché.

<https://london.ctvnews.ca/salmonella-outbreak-at-restaurant-in-sarnia-under-investigation-1.5168331> [en anglais]

Événements internationaux d'intérêt

Déclaration du RSI

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

Communiqué affiché à partir du lundi 2 novembre 2020 – 11 h 40

Poliomyélite (poliovirus dérivé d'un vaccin circulant et poliovirus sauvage) – Mise à jour mondiale
30 octobre 2020

Entre le 1^{er} janvier et le 28 octobre 2020, plusieurs pays ont été touchés par la poliomyélite, y compris la poliomyélite de type 1 et 2 dérivée de vaccins en circulation (PVDVc1 et PVDVc2) et le poliovirus sauvage de type 1 (WPV1) dans le monde. Cette annonce est une mise à jour hebdomadaire sur le statut du PVDVc et du WPV1 dans ces pays touchés.

Entre le 22 et le 28 octobre 2020, aucun cas de paralysie flasque aiguë (PFA) n'a été signalé et 20 échantillons environnementaux positifs pour le WPV1 ont été prélevés en Afghanistan et au Pakistan. En outre, au cours de la même période, 57 cas de PFA et 2 échantillons environnementaux positifs pour le PVDVc2 ont été signalés en Afghanistan, au Pakistan, au Cameroun, au Tchad, en Côte d'Ivoire, en République démocratique du Congo, au Mali, au Nigeria et au Soudan du Sud. Vous trouverez ci-dessous la description des cas signalés par pays :

- Afghanistan : deux échantillons environnementaux positifs pour le WPV1 et un échantillon environnemental positif pour le PVDVc2;
- Pakistan 18 échantillons environnementaux positifs pour le WPV1 et 16 pour le PVDVc2 dans des cas de PFA;
- Cameroun : deux PVDVc2 dans des cas de PFA;
- Tchad : huit PVDVc2 dans des cas de PFA;
- Côte d'Ivoire : trois PVDVc2 dans des cas de PFA;
- République démocratique du Congo (RDC) : quatre PVDVc2 dans des cas de PFA;
- Mali : 15 PVDVc2 dans des cas de PFA;
- Nigeria : un échantillon environnemental positif au PVDVc2;
- Soudan : 9 PVDVc2 dans des cas de PFA.

Veillez trouver ci-dessous le lien vers la mise à jour hebdomadaire sur la polio publiée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio (IMEP) qui comprend une mise à jour sur le nombre de cas de polio (WPV 1, PVDVc1 et PVDVc2) pour cette semaine (entre le 22 et le 28 octobre 2020) et le nombre cumulé de cas par pays depuis le 1^{er} janvier 2019.

<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/> [en anglais]

Réponse de la santé publique

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) continue à soutenir les pays dans la mise en œuvre de leur réponse, 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 la réponse aux épidémies à la situation actuelle de COVID-19.

En 2019 et au début de 2020, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a élaboré la stratégie de lutte contre le poliovirus circulant dérivé du vaccin de type 2 2020-2021, un addendum à la stratégie de fin de campagne contre la poliomyélite 2019-2023 visant à répondre plus efficacement à l'évolution de l'épidémiologie du PVDVc2, qui guidera la réponse aux épidémies en 2020 et 2021. La stratégie et les calendriers de mise en œuvre font l'objet des adaptations nécessaires en permanence.

L'accélération du développement d'un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (VPOn2) et la possibilité de l'utiliser constituent une avancée importante pour l'IMEP. Le nouveau vaccin devrait présenter un risque nettement plus faible de semer de nouveaux poliovirus de type 2 dérivés du vaccin par rapport au VPOm2.

Évaluation des risques par l'OMS

La propagation continue des flambées existantes due au poliovirus circulant dérivé du vaccin de type 2 ainsi que l'émergence de nouveaux poliovirus circulants dérivés du vaccin de type 2 révèlent des lacunes dans la couverture vaccinale systématique ainsi que la qualité insuffisante de la réponse aux flambées avec le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2. Le risque de propagation de ces souches, ou d'émergence de nouvelles souches, est amplifié par un écart toujours croissant entre l'immunité des muqueuses et le poliovirus de type 2 sur le continent, à la suite du passage du vaccin antipolio oral trivalent au vaccin antipolio oral bivalent en 2016.

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

La pandémie de COVID-19 continue d'affecter l'effort mondial d'éradication de la polio. Étant donné que les campagnes de vaccination contre la polio sont des activités de proximité, elles sont incompatibles avec les directives mondiales actuelles sur l'éloignement physique concernant les efforts de réponse à la COVID-19. C'est pourquoi le programme a pris la décision très difficile de retarder temporairement les campagnes de vaccination. La priorité absolue est de garantir la santé et la sécurité des travailleurs de la santé ainsi que des communautés. Toutes les recommandations de l'IMEP sont conformes à celles relatives à l'immunisation essentielle et sont disponibles ici.

Dans le cadre de ce programme, une double approche a été développée afin de minimiser le risque d'une augmentation des cas de polio, en particulier dans les zones touchées par la maladie, et d'une éventuelle propagation du virus à d'autres zones.

i) Les activités de surveillance se poursuivront, dans la mesure du possible, pour suivre l'évolution de la situation.

ii) L'objectif du programme est de revenir à l'action en force, y compris avec des campagnes de vaccination, aussi rapidement que possible et en toute sécurité. Le calendrier dépendra de la situation locale et il faudra alors opérer dans le contexte des évaluations des risques et des priorités des systèmes de santé nationaux des pays respectifs. Des plans globaux, adaptés au contexte, visant à reprendre les efforts sont en cours d'élaboration et seront lancés chaque fois que la situation le permettra.

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

Conseils de l'OMS

Il est important que tous les pays, en particulier ceux où les voyages et les contacts sont fréquents avec les pays et les zones touchés par la polio, renforcent la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) afin de détecter rapidement toute nouvelle importation de virus et de faciliter une réponse rapide. Les pays, territoires et zones devraient également maintenir une couverture vaccinale de routine uniformément élevée au niveau des districts afin de minimiser les conséquences de toute introduction de nouveau virus.

L'OMS recommande que tous les voyageurs se rendant dans des zones touchées par la polio soient entièrement vaccinés contre la polio. Les résidents (et les visiteurs de plus de 4 semaines) des zones infectées devraient recevoir une dose supplémentaire de VPO ou de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans les 4 semaines à 12 mois suivant leur voyage.

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

Pour de plus amples renseignements :

- Global Polio Eradication Initiative : <http://polioeradication.org/> [en anglais]
- Fiche d'information sur la polio : https://www.who.int/fr/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_1
- Évaluations OMS/UNICEF des vaccinations nationales de routine : https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html [en anglais]
- GPEI Situation d'urgence en matière de santé publique : <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/> [en anglais]
- Voyages et santé à l'étranger : <https://www.who.int/ith/en/> [en anglais]
- Les poliovirus dérivés de vaccins : <http://polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-virus/vaccine-derived-polio-viruses/> [en anglais]
- Utilisation du vaccin contre la poliomyélite dans le cadre de l'épidémie de COVID-19 : <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/Use-of-OPV-and-COVID-20200421.pdf> [en anglais]
- Principes directeurs pour les activités de vaccination pendant la pandémie de COVID-19 : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331669>

• Document de référence de l'OMS – COVID-19 : Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak : <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak> [en anglais]

Nigeria

Au moins 15 personnes meurent d'une maladie mystérieuse au Delta

ID : 1008167211

Source : Channels Television

Le 1^{er} novembre 2020

Pas moins de 15 personnes sont mortes mystérieusement au cours des deux dernières semaines dans les communautés d'Ute Okpu et d'Idumesa, dans la zone de gouvernement local d'Ika North East de l'État du Delta.

Le commissaire à la santé de l'État, le D^r Mordi Ononye, l'a confirmé à Channels Television lors d'une entrevue dimanche.

Le D^r Ononye a déclaré qu'il avait déjà envoyé une équipe de responsables de la santé publique, dont le représentant de l'Organisation mondiale de la santé de l'État, dans les communautés touchées afin de faire la lumière sur cette mystérieuse maladie.

Les familles des défunts, ainsi que le personnel de l'hôpital d'Umunede, ont également été rencontrés afin d'évaluer l'évolution de cette étrange maladie mortelle.

Des échantillons prélevés sur les victimes, dont la plupart étaient âgées de 18 à 25 ans, ont également été récoltés à des fins d'enquête.

Selon le commissaire, il existe une forte suspicion de fièvre hémorragique virale ou encore d'intoxication médicamenteuse.

Mais les résultats des tests effectués sur les échantillons recueillis donneront des informations plus claires sur la maladie et orienteront la prochaine phase des opérations.

<https://www.channelstv.com/2020/11/01/at-least-15-persons-die-from-mysterious-disease-in-delta/> [en anglais]

Allemagne

Cas de schistosomiase signalé en Allemagne, historique de voyage en Corse

ID : 1008162171

Source : outbreaknewstoday.com

Le 31 octobre 2020

Dans un rapport publié sur le site Web consacré aux maladies infectieuses, [ProMED-Mail](#) vendredi dernier, des fonctionnaires de Munich ont signalé un cas de schistosomiase urogénitale chez un Allemand de 49 ans sans antécédents de voyage en dehors du continent européen.

Les symptômes de macrohématurie (présence de sang dans les urines) se sont manifestés l'été dernier et le cas a été diagnostiqué comme étant un hybride *Schistosoma haematobium*/*S. bovis*.

Bien qu'il n'ait pas d'antécédents de voyage en dehors de l'Europe, il s'est rendu en Corse, au sud-est de la France continentale, à deux reprises, en 2019 et 2013. Une épidémie de schistosomiase a été signalée pour la première fois en Corse en 2014.

Bien qu'il n'ait pas nagé dans la rivière qui était liée à l'épidémie précédente (rivière Cavu), il s'est baigné dans la rivière Solenzara – qui n'est pas reliée au Cavu.

Les autorités affirment que la souche du parasite dans ce cas est la même que celle identifiée lors de l'épidémie précédente, ce qui suggère que la transmission en Corse est toujours en cours.

<http://outbreaknewstoday.com/schistosomiasis-case-reported-in-germany-travel-history-to-corsica-94368/>
[en anglais]

Étude

Wistar crée un nouveau vaccin à ADN synthétique contre le virus de Powassan

Source : *EurekAlert! Science News*

ID unique : [1008153219](https://doi.org/10.1008153219)

PHILADELPHIE – (le 30 octobre 2020) – Les chercheurs de l'Institut Wistar ont conçu et testé le premier vaccin à ADN synthétique du genre contre le virus de Powassan, en ciblant des portions de son enveloppe protéique. Cette maladie, transmise par les tiques, connaît une résurgence rapide. Le virus de Powassan serait mortel chez 10 % des personnes infectées et aurait des conséquences neurologiques néfastes, notamment l'encéphalite et la méningite. Ce nouveau candidat vaccin contre le virus de Powassan...

Les chercheurs de l'Institut Wistar ont conçu et testé le premier vaccin à ADN synthétique du genre contre le virus de Powassan, en ciblant des portions de son enveloppe protéique. Cette maladie, transmise par les tiques, connaît une résurgence rapide. Le virus de Powassan est mortel chez 10 % des personnes infectées et a des conséquences neurologiques néfastes, notamment l'encéphalite et la méningite. Ce nouveau candidat vaccin contre le virus de Powassan, décrit dans un article publié aujourd'hui dans *PLOS Neglected Infectious Diseases*, est l'une des nombreuses découvertes de vaccins à ADN contre les maladies infectieuses émergentes qui sont en cours de développement par le Centre de vaccination et d'immunothérapie de l'Institut Wistar.

Contrairement à la maladie de Lyme, largement reconnue, le virus de Powassan provoque une maladie infectieuse peu connue, potentiellement mortelle, qui se transmet par les piqûres de tiques pendant les saisons d'automne et de printemps. Le virus de Powassan appartient à la famille des flavivirus, tout comme le virus Zika, mais il est transmis à l'homme par les tiques au lieu des moustiques.

La transmission peut se faire rapidement et les symptômes, notamment une fièvre de type grippal, des douleurs corporelles, des éruptions cutanées et des maux de tête, peuvent se manifester à tout moment pendant la période d'incubation de 1 à 4 semaines. Bien qu'ils soient encore considérés comme relativement rares, ces dernières années, le nombre de cas signalés de personnes atteintes du virus de Powassan a augmenté en Amérique du Nord. Notamment, l'ancienne sénatrice américaine Kay Hagan qui a contracté le virus de Powassan et est décédée de la maladie. Il n'existe aucun vaccin ni aucune thérapie pour traiter ou prévenir cette infection émergente.

Kar Muthumani, Ph. D., ancien professeur associé et directeur du Laboratoire des maladies infectieuses émergentes de l'Institut Wistar*, et auteur de l'étude, a collaboré avec le laboratoire de David B. Weiner, Ph. D., vice-président directeur et directeur du Centre de vaccination et d'immunothérapie de Wistar, pour concevoir et tester ce vaccin à ADN synthétique.

L'efficacité de ce vaccin a été évaluée dans le cadre d'études précliniques qui ont montré qu'une seule immunisation déclenchait chez les souris des réponses immunitaires étendues des cellules T et B similaires à celles induites naturellement chez les personnes infectées par le virus de Powassan, et que l'immunité induite par le vaccin offrait la protection recherchée selon un modèle d'expérimentation sur les animaux atteints du virus de Powassan.

« La protection significative démontrée par notre vaccin chez les souris est très encourageante et confirme l'importance de cette approche vaccinale pour des études ultérieures », a déclaré Muthumani. Les résidents et les visiteurs des zones endémiques du virus de Powassan sont considérés comme étant à risque d'infection, en particulier pendant le travail en plein air et les activités de loisirs. Aux États-Unis, des cas de la maladie de Powassan ont été signalés dans les États du Nord-Est et dans la région des Grands Lacs.

« Étant donné le risque de complications graves dues au virus de Powassan et l'augmentation de 300 % de l'incidence de l'infection par ce virus au cours des 16 dernières années, nous poursuivrons nos efforts

pour développer ce vaccin contre les maladies infectieuses émergentes, dont le besoin est urgent, en vue de sa distribution », a déclaré M. Weiner.

Co-auteurs : Hyeree Choi¹, Michelle Ho¹, Sagar B. Kudchodkar¹, Emma L. Reuschel¹, Kenneth Ugen⁵, Erin Reynolds², Pablo Tebas³, J. Joseph Kim⁴, Mohamed Abdel-Mohsen¹, Saravanan Thangamani², David B. Weiner¹, Kar Muthumani¹

¹ Vaccine & Immunotherapy Center, The Wistar Institute, Philadelphie, PA; ² Department of Microbiology and Immunology, SUNY Center for Environmental Health and Medicine, SUNY Upstate Medical University, Syracuse NY 13210; ³ Division of Infectious Diseases, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA.; ⁴ Inovio Pharmaceuticals, Plymouth Meeting, PA.; ⁵ University of South Florida, Tampa, FL.

* Adresse actuelle : K. Muthumani, CSD, GeneOne Life Sciences, inc., Blue Bell, PA

Travaux soutenus par : INOVIO Pharmaceuticals inc.

Informations sur la publication : A novel synthetic DNA vaccine elicits protective immune responses against Powassan virus, PLOS Neglected Tropical Diseases (2020). Publication en ligne spécialisée. L'Institut Wistar est un leader international de la recherche biomédicale, avec une expertise particulière dans la recherche sur le cancer et le développement de vaccins. Fondé en 1892 en tant que premier institut de recherche biomédicale indépendant à but non lucratif aux États-Unis, Wistar détient depuis 1972 la prestigieuse désignation de « Centre du cancer » de l'Institut national du cancer. L'institut travaille activement à faire en sorte que les progrès de la recherche passent du laboratoire à la clinique le plus rapidement possible. L'équipe de développement commercial de Wistar se consacre à faire avancer le développement scientifique et technologique de Wistar par le biais de collaborations créatives. wistar.org.

Mise en garde : AAAS et EurekAlert! ne sont pas responsables de l'exactitude des communiqués publiés sur EurekAlert! par les organismes contributeurs ni de l'utilisation de toute information par le biais du système EurekAlert.

<https://journals.plos.org/plosntds/article/comments?id=10.1371/journal.pntd.0008788> [en anglais]

Royaume-Uni

Un virus bactérien a contribué à la propagation d'une nouvelle souche de salmonelle

Source : phys.org

ID unique : [1008153122](https://doi.org/10.1008153122)

La salmonelle est associée à un grand nombre de cas d'infection d'origine alimentaire entraînant des diarrhées et, dans certains cas, de graves complications. La moitié de toutes les infections à la salmonelle dans l'Union européenne sont liées aux porcs, et une nouvelle souche appelée ST34 est dominante chez cet animal d'élevage. La ST34 s'est maintenant répandue dans les populations porcines du monde entier et constitue une pandémie. On sait que de nouvelles souches sont apparues à plusieurs reprises depuis que les registres de surveillance...

La salmonelle est associée à un grand nombre de cas d'infection d'origine alimentaire entraînant des diarrhées et, dans certains cas, de graves complications. La moitié de toutes les infections à la salmonelle dans l'Union européenne sont liées aux porcs, et une nouvelle souche appelée ST34 est dominante chez cet animal d'élevage. La ST34 s'est maintenant répandue dans les populations porcines du monde entier et constitue une pandémie.

On sait que de nouvelles souches sont apparues à plusieurs reprises depuis que les registres de surveillance ont été mis en place il y a plus de 60 ans. La souche ST34 est un type de salmonelle appelé *Typhimurium*, qui représente un quart de toutes les infections à la salmonelle. Au Royaume-Uni, plus de la moitié des infections au *Typhimurium* sont désormais causées par la souche ST34. La part du *Typhimurium* dans l'ensemble des infections à la salmonelle augmente depuis plus de dix ans, en grande partie en raison de l'émergence de cette nouvelle souche.

Contrairement à une salmonelle apparentée appelée *Enteritidis* qui a été largement contrôlée dans les élevages de poules pondeuses au Royaume-Uni, peu de progrès ont été réalisés au cours des années écoulées pour contrôler la salmonelle *Typhimurium*. Le remplacement occasionnel de la souche épidémique dominante de *Typhimurium* causant la maladie peut en faire une cible mouvante. Il est donc important de comprendre pourquoi de nouvelles souches émergent et ce qui les distingue des souches précédentes afin de trouver des moyens de lutter contre cet agent pathogène.

Les virus sont surtout connus pour provoquer certaines des pires infections chez l'homme à travers l'histoire, et la pandémie actuelle de SRAS-CoV-2 ne fait pas exception. Il s'agit de très petits paquets de matériel génétique qui nécessitent que les cellules répliquent leur matériel génétique et, ce faisant, provoquent la maladie. Il existe également des virus appelés bactériophages, qui utilisent les bactéries pour se répliquer et, ce faisant, les tuent. Cependant, certains sont également capables de se cacher à l'intérieur de la cellule bactérienne en fusionnant avec le matériel génétique de la bactérie.

Dans un nouvel article, publié dans la revue *Microbial Genomics*, les chercheurs rapportent que c'est ce qui s'est produit peut-être des centaines de fois lors de l'émergence de la souche pandémique ST34 et que cela a contribué à la propagation de la bactérie dans le monde entier.

La recherche a été menée par Eleonora Tassinari et le professeur Rob Kingsley du Quadram Institute et de l'Université d'East Anglia et son groupe de recherche, en collaboration avec Public Health England, Animal and Plants Health Agency, l'Earlham Institute et le Teagasc Food Research Center. Leur étude a été financée par le Conseil de recherche en biotechnologie et en sciences biologiques, qui fait partie de l'UKRI.

Ils ont découvert que l'ancêtre commun de l'épidémie chez les porcs britanniques existait il y a environ 30 ans, mais qu'il est passé inaperçu jusqu'en 2005, lorsque la surveillance de l'Agence de santé animale et végétale (APHA) du gouvernement britannique a commencé à détecter le ST34 en faible proportion. L'analyse de la séquence du génome des infections humaines à l'aide des données de Public Health England (PHE) a indiqué qu'un virus bactérien appelé mTmV a infecté le ST34 à plusieurs reprises à partir de 2002 environ.

En analysant la structure de la population du ST34, il est apparu clairement que les souches de salmonelle hébergeant le virus mTmV dans leur matériel génétique étaient devenues plus nombreuses au fil du temps et qu'elles avaient acquis un avantage concurrentiel sur les souches dépourvues du virus. L'examen plus approfondi du virus a révélé qu'il était porteur d'un gène appelé *sopE* encodant une « toxine » qui est connue pour aider la salmonelle à infecter ses espèces animales hôtes, à provoquer des diarrhées et à être transmise à de nouveaux hôtes dans les aliments et les fourrages.

Le professeur Rob Kingsley a expliqué : « Le virus mTmV semble avoir aidé la salmonelle à se propager, et en vivant à l'intérieur de celle-ci, il contribuait à sa propre survie ».

On espère que le fait de comprendre comment et pourquoi de nouvelles souches de salmonelle apparaissent chez le bétail aidera à développer de meilleures stratégies pour réduire son incidence, rendant ainsi notre approvisionnement alimentaire plus sûr et plus sain.

Pour de plus amples renseignements : Eleonora Tassinari et coll. Whole-genome epidemiology links phage-mediated acquisition of a virulence gene to the clonal expansion of a pandemic *Salmonella enterica* serovar Typhimurium clone, *Microbial Genomics* (2020). DOI : 10.1099/mgen.0.000456 <https://www.microbiologyresearch.org/content/journal/mgen/10.1099/mgen.0.000456> [en anglais] <https://phys.org/news/2020-10-bacterial-virus-salmonella-strain.html> [en anglais]

Étude

La menace de la grippe aviaire plane dans l'UE après la découverte de cas aux Pays-Bas

Source : Euractiv.Com

ID unique : [1008153184](#)

La détection de plusieurs cas de grippe aviaire aux Pays-Bas a mis l'UE en alerte rouge quant à la possibilité d'une propagation ailleurs, laissant le pays lui-même en « alerte élevée » et préparant un abattage massif des animaux. La grippe aviaire est une maladie virale très contagieuse qui touche principalement les volailles et les oiseaux aquatiques sauvages. Il existe deux souches du virus : les virus hautement ou faiblement pathogènes, appelés respectivement IAHP et...

La détection de plusieurs cas de grippe aviaire aux Pays-Bas a mis l'UE en alerte rouge quant à la possibilité d'une propagation ailleurs, laissant le pays lui-même en « alerte élevée » et préparant un abattage massif des animaux.

La grippe aviaire est une maladie virale très contagieuse qui touche principalement les volailles et les oiseaux aquatiques sauvages. Il existe deux souches du virus : les virus hautement ou faiblement pathogènes, appelés respectivement IAHP et IAFP.

Selon les médias, c'est cette souche hautement pathogène de la grippe aviaire qui a été diagnostiquée dans un élevage de volaille aux Pays-Bas jeudi (29 octobre).

Ce diagnostic fait suite à la découverte du virus chez deux cygnes tuberculés sauvages la semaine dernière.

Un abattage massif de 35 700 animaux doit maintenant être effectué par l'Autorité néerlandaise de sécurité des produits alimentaires et de consommation afin d'empêcher la propagation du virus, selon une déclaration sur le site Web du gouvernement.

Le texte mentionne également que neuf autres élevages de volailles se trouvent à proximité de l'exploitation et font actuellement l'objet d'un échantillonnage et d'un examen pour la grippe aviaire. En outre, il y a 25 autres élevages de volailles dans la zone de 10 km autour de l'exploitation, et une interdiction de transport a été appliquée à cette zone.

Le risque pour l'aviiculture commerciale néerlandaise d'être infectée par l'influenza aviaire hautement pathogène (IAHP) est désormais considéré comme élevé, en particulier dans les régions où les oiseaux aquatiques sauvages sont nombreux, selon une analyse de la Wageningen Bioveterinary Research (WBVR) réalisée ce mois-ci.

Birthe Steenburg, secrétaire générale d'AVEC, la voix du secteur avicole de l'UE, a déclaré à EURACTIV que cette épidémie pourrait avoir de graves répercussions sur le commerce.

« Lorsque la grippe aviaire hautement pathogène est détectée dans un pays, de nombreux marchés de pays tiers ferment pour la viande de volaille », a-t-elle déclaré, ajoutant que les Pays-Bas sont un grand producteur de viande de volaille.

Cela est dû à l'accord bilatéral que l'UE a conclu avec les pays tiers, qui exige un certificat vétérinaire confirmant que le pays d'origine est exempt de grippe aviaire.

Toutefois, conformément à la législation européenne, les échanges commerciaux sont toujours possibles au sein de l'UE, à condition que la viande provienne d'une zone située en dehors d'un rayon de 10 km autour du foyer d'infection.

Elle a ajouté que tous sont maintenant en état d'alerte très élevée face à la possible propagation du virus. En réponse à cette nouvelle, plusieurs pays de l'UE ont publié des déclarations sur le risque et ont commencé à mettre en place des mesures préventives.

Au Royaume-Uni, le risque de grippe aviaire a été porté à un niveau moyen par le ministère de l'Environnement et des Affaires rurales (DEFRA), tandis que l'Irlande et la France ont également tiré la sonnette d'alarme.

Cela s'explique par le fait qu'à cette époque de l'année, les oiseaux sauvages susceptibles d'être porteurs de virus de la grippe aviaire migrent traditionnellement le long de l'itinéraire aérien de l'Atlantique Est, depuis les régions plus froides d'Europe du Nord et de l'Est vers les pays d'Europe occidentale, dont l'Irlande.

À ce titre, le ministre irlandais de l'Agriculture, Charlie McConalogue, a souligné la nécessité de revoir les pratiques de biosécurité alors que nous entrons dans une période de risque plus élevé pour la grippe aviaire.

La France a elle aussi renforcé ses mesures de surveillance et de prévention en réponse à la nouvelle, par crainte qu'elle ne se propage.

L'épidémie d'influenza aviaire hautement pathogène de 2016-2017 a été la plus importante jamais enregistrée dans l'UE en ce qui concerne le nombre de foyers d'infection chez les volailles, de propagation géographique et de nombre d'oiseaux sauvages morts.

Rien n'indique que la grippe aviaire puisse être transmise à l'homme par la consommation de produits avicoles contaminés.

[édité par Zoran Radosavljevic]

Appréciez-vous les reportages d'EURACTIV? Nous avons besoin de votre soutien. Cher lecteur, nous avons plus que jamais besoin d'informations objectives et spécialisées sur le fonctionnement de l'Union européenne. Ces informations ne doivent pas être bloquées par la barrière pécuniaire, et nous nous engageons à continuer d'offrir gratuitement le contenu de notre site Web.

Nous savons que nos lecteurs apprécient nos reportages, et la vague de soutien que nous avons reçue depuis le début de la crise montre que nos lecteurs sont prêts à s'engager pour un journalisme auquel ils font confiance et qu'ils apprécient. Nous constatons que l'intérêt pour notre journalisme a atteint un niveau record, puisque le nombre de pages vues a triplé. En même temps, le soutien des lecteurs sous forme de contributions financières mensuelles récurrentes apporte un soutien continu à notre travail, nous permettant d'innover.

Nous sommes plus confiants que jamais dans notre rôle de pont entre les médias, les politiques et le public. Nous vous remercions pour votre soutien.

Vos contributions financières mensuelles récurrentes nous aident à innover pour l'avenir. Veuillez envisager de faire une contribution récurrente au réseau EURACTIV des médias pour l'Europe. <https://www.euractiv.com/section/agriculture-food/news/avian-flu-threat-looms-large-in-eu-after-cases-detected-in-netherlands/> [en anglais]

Recherches, politiques et lignes directrices

États-Unis

Les CDC ouvrent un nouveau bureau régional pour l'Amérique du Sud au Brésil communiqué

Pour diffusion immédiate, le jeudi 29 octobre 2020

Contact : [Media Relations](#)

404-639-3286

Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont ouvert aujourd'hui leur nouveau bureau régional pour l'Amérique du Sud à Brasilia, au Brésil. Ce nouveau bureau régional renforce la capacité des CDC à remplir leur mission de protection des Américains en réagissant plus rapidement aux menaces sanitaires, où qu'elles se produisent, et en établissant des relations clés pour s'attaquer aux priorités sanitaires communes.

« Les États-Unis figurent parmi les plus ardents défenseurs de la sécurité sanitaire mondiale, en plus d'être le plus grand donateur bilatéral en matière de santé, et ces engagements revêtent une importance particulière dans notre propre hémisphère », a déclaré le secrétaire d'État à la santé et aux services sociaux, Alex M. Azar II, lors de la cérémonie d'ouverture. « La création du bureau régional sud-américain des CDC est essentielle pour établir une présence durable dans le monde entier, y compris en Amérique du Sud. Le bureau régional travaillera avec chaque pays de la région pour améliorer la sécurité sanitaire, et nous pensons que le modèle régional est le meilleur moyen de maximiser cet engagement sur le long terme ».

L'Amérique du Sud est confrontée à des menaces pour la santé publique dues aux maladies émergentes, aux crises humanitaires, à l'évolution des écosystèmes, à l'urbanisation et aux problèmes de perte d'habitat, de voyage et de migration qui en résultent. La propagation rapide du Zika à travers les Amériques et dans d'autres pays et territoires des continents nord-américain et sud-américain en est un exemple probant. Les CDC sont particulièrement bien placés pour renforcer l'engagement et la collaboration avec les dirigeants sud-américains afin de mieux protéger les États-Unis des menaces sanitaires.

« L'approche régionale des CDC fait progresser la sécurité sanitaire mondiale et maintient une présence mondiale durable », a déclaré le directeur des CDC, Robert R. Redfield, MD. « Elle donne aux CDC la souplesse nécessaire pour concentrer leurs efforts et pour déployer du personnel et d'autres ressources là où ils sont le plus urgemment nécessaires, par exemple en répondant aux épidémies à leur source, en fournissant une assistance technique et en faisant progresser les objectifs des programmes axés sur l'amélioration de la santé ».

Juliette Morgan, MD, est la nouvelle directrice régionale des CDC pour l'Amérique du Sud. Elle développera une stratégie de sécurité sanitaire globale pour la région et coordonnera les activités de sécurité sanitaire mondiales. En collaboration avec les bureaux nationaux des CDC, elle mettra en œuvre les programmes du siège et travaillera avec d'autres acteurs concernés.

Comme les maladies ne connaissent pas de frontières, les CDC mettent en place d'autres bureaux régionaux dans le monde entier pour faire progresser les objectifs de sécurité sanitaire mondiale des États-Unis et établir et maintenir une présence mondiale durable. Les CDC ont récemment établi des bureaux régionaux en Europe de l'Est/Asie centrale (Géorgie), au Moyen-Orient/Afrique du Nord (Oman) et en Asie du Sud-Est (Vietnam).

États-Unis

Des épidémies de maladies évitables par la vaccination ont persisté dans les centres de détention de l'ICE

Source : *Outbreak News Today*

ID : 1008155867

Plus d'une douzaine de centres de détention de l'Immigration and Customs Enforcement (ICE) des États-Unis ont connu des épidémies importantes et répétées de maladies évitables par la vaccination au cours des trois dernières années, selon une nouvelle étude réalisée par des chercheurs de l'Université de Californie à San Francisco.

Entre le 1^{er} janvier 2017 et le 22 mars 2020, les chercheurs ont identifié 1 280 cas de grippe, 1 052 cas de varicelle et 301 cas d'oreillons. Il y a eu 41 flambées de grippe, 26 flambées de varicelle et 12 flambées d'oreillons.

« Ces chiffres sont assez choquants et très inquiétants », a déclaré Nathan C. Lo, MD, PhD, l'auteur, qui est médecin résident et scientifique de santé publique à l'UCSF. « Ils suggèrent que cette population vulnérable est exposée à un risque très élevé de contracter ces infections pendant sa détention. »

Vu l'ampleur des foyers d'éclosion, Lo a déclaré que les autorités fédérales devraient offrir la vaccination aux migrants adultes et enfants dès qu'ils sont amenés dans les centres de détention, ce qui n'est pas le cas actuellement. Les vaccins devraient protéger les personnes, même si elles ont déjà été exposées. La varicelle, en particulier, peut être très grave et même mettre la vie en danger.

« En rassemblant les gens et en leur donnant un mauvais accès aux soins de santé ou aux vaccins, ces centres de détention sont tout désignés pour faciliter les épidémies infectieuses », a déclaré M. Lo. L'étude est publiée le 29 octobre 2020 dans le JAMA.

Lorsque l'étude a commencé en janvier 2017, seule une poignée de centres ont signalé des cas de varicelle, de grippe ou d'oreillons. Au moment où elle s'est terminée en mars 2020, 17 des 22 centres de détention de l'ICE examinés avaient des foyers d'éclosion d'un ou plusieurs de ces trois virus.

Un centre a connu une épidémie de varicelle qui a duré 33 mois, et a également connu une transmission du virus de la grippe tout au long de l'année. De nombreux centres ont connu des épidémies d'oreillons. La varicelle et les oreillons sont relativement rares dans la population générale, et la grippe circule généralement en hiver, mais pas toute l'année.

Près de la moitié des infections, soit 44,7 %, sont survenues dans le South Texas Family Residential Center. Une autre tranche de 16,5 % s'est produite au Port Isabel Service Processing Center, également au Texas.

Compte tenu du nombre de foyers d'éclosion qu'ils ont découverts et de leur durée, les experts ont déclaré qu'il était très probable que les virus se propagent par les transferts de migrants entre les centres de détention, qui mettent les personnes infectées en contact étroit avec d'autres personnes très sensibles à ces maladies, soit parce qu'elles n'ont jamais été vaccinées contre elles, soit parce que leur immunité a diminué.

« Généralement, les migrants sont détenus, retenus pendant quelques jours, puis transférés dans un autre centre », a déclaré M. Lo. « Ce déplacement de personnes est probablement une grande contribution. Sinon, comment se fait-il qu'il y ait autant de foyers d'éclosion dans autant de centres, pour des infections qui ne sont pas si courantes? »

Il est probable que les données de l'étude sous-estiment le nombre d'infections. Les scientifiques n'ont pu obtenir des données que des 22 centres qui disposent du système de dossier médical électronique ICE et qui sont desservis par ICE Health Service Corps. Il s'agit d'un petit sous-ensemble des 315 établissements du pays, dont certains sont gérés par le secteur privé, qui accueillent des migrants en détention.

Les données proviennent également des fonctionnaires de l'ICE dans ces 22 centres de détention qui ont consulté les dossiers médicaux des migrants détenus pour savoir lesquels d'entre eux avaient été diagnostiqués comme ayant la varicelle, la grippe ou les oreillons, de sorte que tout cas non diagnostiqué aurait été négligé.

« Ce sont des maladies infectieuses qui peuvent être évitées par la vaccination », a déclaré M. Lo. « Ces centres de détention sont des environnements à haut risque pour les maladies infectieuses, nous

devrions donc changer de politique pour offrir des vaccins qui peuvent minimiser les souffrances évitables ».

<http://outbreaknewstoday.com/vaccine-preventable-disease-outbreaks-were-sustained-at-ice-detention-centers-72446/> [en anglais]

Japon

Emirates News Agency – Le village des athlètes de Tokyo 2020 disposera d’une structure sanitaire pour les infections à la COVID-19

Étiqueté par : lhussein

ID unique : [1008152002](#)

TOKYO, le 29 octobre 2020 (WAM) – Une « structure sanitaire » doit être mise en place au village des athlètes pour les Jeux olympiques et paralympiques de Tokyo 2020 en cas d’infection potentielle par la COVID-19. Un groupe de travail sur les mesures de lutte contre les coronavirus, formé de représentants du gouvernement japonais, du gouvernement métropolitain de Tokyo et de Tokyo 2020, a décidé de mettre en place une structure sanitaire à la suite de leur quatrième réunion.

Cette infrastructure, distincte de...

TOKYO, 29 octobre 2020 (WAM) –

Une « structure sanitaire » doit être mise en place au village des athlètes pour les Jeux olympiques et paralympiques de Tokyo 2020 en cas d’infection potentielle par la COVID-19.

Un groupe de travail sur les mesures de lutte contre les coronavirus, formé de représentants du gouvernement japonais, du gouvernement métropolitain de Tokyo et de Tokyo 2020, a décidé de mettre en place une structure sanitaire à la suite de leur quatrième réunion.

Cette structure, distincte de la clinique générale du village des athlètes, servira à surveiller la santé des athlètes, à sélectionner les établissements médicaux qui hospitaliseront les personnes ayant contracté le virus et à organiser le transport des patients, a rapporté *Kyodo News*.

Les membres du comité ont également convenu de mettre en place un « centre de contrôle des maladies infectieuses » dans le centre opérationnel principal de Tokyo 2020.

Doté de médecins, ce centre constituera le point central de contrôle des mesures de lutte contre la COVID-19.

En collaboration avec la structure sanitaire et la clinique générale du village des athlètes, cette équipe s’efforcera de suivre l’état de santé des athlètes et de détecter l’infection à un stade précoce, tout en recueillant et en communiquant des informations sur le coronavirus.

Le groupe de travail sur les mesures de lutte contre le coronavirus a été créé à la suite du report des Jeux de Tokyo 2020 en raison de la pandémie.

Des directives devraient être annoncées pour les Jeux d’ici la fin de l’année, et d’autres mesures devraient inclure un mécanisme de levée de l’interdiction d’entrée des touristes étrangers, actuellement en place pour 159 pays et régions, une application de contrôle de santé, des tests obligatoires, une assurance maladie et des centres de santé exclusifs pour les touristes.

Malgré les difficultés engendrées par la crise sanitaire mondiale, les responsables sont toujours convaincus que les Jeux de Tokyo 2020 auront lieu l’an prochain.

Le président du Comité international olympique, Thomas Bach, a récemment déclaré qu’il ne s’attendait pas à ce qu’un pays « se retire » des Jeux en raison de la pandémie, tandis que le premier ministre japonais, Yoshihide Suga, a réitéré son engagement à accueillir les Jeux olympiques et paralympiques, plus tôt cette semaine.

<https://www.wam.ae/en/details/1395302881741> [en anglais]