

Rapport quotidien du Réseau mondial d'information en santé publique (RMISP) du
24 septembre 2020

Section spéciale sur la maladie à coronavirus

Canada

Régions du Canada ayant enregistré des cas de COVID-19 au 23 septembre 2020 à 19 h (HAE)

Source : Gouvernement du Canada

| Province, territoire ou autre | Nombre de cas confirmés | Nombre de cas actifs | Nombre de décès |
|-------------------------------|-------------------------|----------------------|-----------------|
| Canada | 147 753 | 10 722 | 9 243 |
| Terre-Neuve-et-Labrador | 272 | 1 | 3 |
| Île-du-Prince-Édouard | 58 | 1 | 0 |
| Nouvelle-Écosse | 1 087 | 1 | 65 |
| Nouveau-Brunswick | 197 | 4 | 2 |
| Québec | 69 088 | 3 593 | 5 809 |
| Ontario | 48 087 | 3 652 | 2 835 |
| Manitoba. | 1 674 | 418 | 18 |
| Saskatchewan | 1 830 | 133 | 24 |
| Alberta | 17 032 | 1 520 | 260 |
| Colombie-Britannique | 8 395 | 1 399 | 227 |
| Yukon | 15 | 0 | 0 |
| Territoires du Nord-Ouest | 5 | 0 | 0 |
| Nunavut | 0 | 0 | 0 |
| Voyageurs rapatriés | 13 | 0 | 0 |

Un [résumé épidémiologique](#) est accessible à l'adresse suivante :

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

Maladie à coronavirus (COVID-19) : éclosions et résultats (officiels et médias)

Canada

Le gouvernement du Canada signe de nouvelles ententes pour obtenir un candidat-vaccin et un traitement supplémentaires contre la COVID-19

Source : Services publics et Approvisionnement Canada (SPAC)

Numéro d'identification : 1007891979

Communiqué de presse

Le 22 septembre 2020 — Gatineau (Québec) — Services publics et Approvisionnement Canada

Le gouvernement du Canada protège la santé et la sécurité de tous les Canadiens et Canadiennes, tout en assurant une reprise économique durable et sécuritaire. À cette fin, il fait le nécessaire pour que la population ait accès aux vaccins et aux traitements futurs et que le réseau de la santé dispose des outils nécessaires à un déploiement efficace.

L'honorable Anita Anand, ministre des Services publics et de l'Approvisionnement, a annoncé aujourd'hui que le gouvernement du Canada avait signé des ententes avec Sanofi et GlaxoSmithKline (GSK) pour obtenir jusqu'à 72 millions de doses de leur candidat-vaccin à protéine recombinante avec adjuvant contre la COVID-19.

Sur les recommandations du Groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19, le gouvernement du Canada s'emploie à signer des ententes avec un certain nombre d'importantes sociétés pharmaceutiques afin d'établir une base d'approvisionnement garantie de candidats-vaccins potentiels. Des ententes ont déjà été conclues avec Pfizer, Moderna, Johnson & Johnson et Novavax, et les négociations continuent en vue d'accéder à d'autres candidats-vaccins de premier plan.

À ce jour, aucun vaccin contre la COVID-19 n'a été approuvé au Canada. De nombreux vaccins sont en cours d'élaboration ou d'essais cliniques au pays et à l'étranger. Lorsque leurs vaccins seront prêts, les fabricants devront soumettre des demandes d'autorisation à Santé Canada. Santé Canada examinera les preuves d'innocuité, d'efficacité et de qualité de fabrication de chaque vaccin afin d'en autoriser ou non l'utilisation au Canada, avant qu'il ne soit offert à la population.

Parallèlement, le Comité consultatif national de l'immunisation, un comité consultatif externe composé d'experts de la vaccination et de la santé publique, formulera aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux des conseils sur l'administration sécuritaire et efficace des vaccins à la population canadienne.

Pendant que des efforts considérables sont déployés pour mettre au point des vaccins destinés à prévenir la propagation de la COVID-19, le gouvernement du Canada se penche aussi sur les traitements destinés aux Canadiens et aux Canadiennes qui ont contracté le virus.

La ministre Anand a annoncé que le gouvernement du Canada avait signé une entente avec Gilead Sciences et McKesson Canada pour obtenir jusqu'à 150 000 flacons de Remdesivir. Les livraisons doivent commencer ce mois-ci et se poursuivre jusqu'au début de l'année 2021. Le Remdesivir est, à ce jour, le seul médicament antiviral qui s'est montré efficace dans le traitement des patients atteints de la COVID-19.

Le gouvernement du Canada a également passé deux contrats avec SiO2 International Inc. pour acheter les seringues et les flacons qui permettront d'administrer jusqu'à 80 millions de doses de vaccins. Les livraisons doivent commencer ce mois-ci.

Citations

« Au nom de l'Agence de la santé publique du Canada, et selon les recommandations du Groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19, nous nous tournons vers l'avenir et préparons le Canada à un vaccin pour nous sortir de cette pandémie. Les ententes signées jusqu'à maintenant englobent les trois principaux types de candidats-vaccins, à savoir l'ARN messager, la sous-unité protéique et le vecteur viral. Le fait de disposer d'un portefeuille diversifié de vaccins provenant de plusieurs sources d'approvisionnement permettra de garantir l'accès à des vaccins contre la COVID-19 sécuritaires et efficaces lorsqu'ils seront disponibles. Nous avons également signé un certain nombre de contrats pour les fournitures nécessaires à la distribution ultérieure des vaccins, notamment des seringues, des flacons et des tampons d'alcool. Lorsqu'un vaccin sera prêt, le Canada le sera aussi. »

L'honorable Anita Anand
Ministre des Services publics et de l'Approvisionnement

« Avec cette annonce d'ententes pour d'autres candidats-vaccins, nous serons mieux en mesure d'administrer un vaccin au plus grand nombre de Canadiens et de Canadiennes possible, lorsque Santé Canada en aura approuvé un et que son innocuité et son efficacité auront été prouvées. D'ici là, nous collaborerons avec les provinces et les territoires afin de distribuer les 150 000 flacons de Remdesivir aux fournisseurs de soins de santé pour qu'ils puissent traiter leurs patients atteints de la COVID-19 qui en ont le plus besoin. »

L'honorable Patty Hajdu
Ministre de la Santé

<https://www.canada.ca/fr/services-publics-approvisionnement/nouvelles/2020/09/le-gouvernement-du-canada-signe-de-nouvelles-ententes-pour-obtenir-un-candidat-vaccin-et-un-traitement-supplementaires-contre-la-covid-19.html>

Canada

M. Trudeau déclare que le Canada est entré dans la deuxième vague de la pandémie et invite à une plus grande prudence

Source : Financial Post

Numéro d'identification : 1007901146

OTTAWA - Le Canada est entré dans la deuxième vague de la pandémie de coronavirus, a affirmé le premier ministre Justin Trudeau mercredi, tout en avertissant que le pays était sur le point de connaître une recrudescence des cas de coronavirus si les gens ne respectaient pas les directives de santé publique.

Dans un rare discours à la nation, M. Trudeau a déclaré que le pays « est à la croisée des chemins » tandis qu'une deuxième vague déferle dans quatre grandes provinces, en ajoutant que le gouvernement ferait tout ce qu'il faut pour aider le pays à se remettre de la pandémie.

« Nous sommes au bord d'un précipice qui pourrait être bien pire qu'au printemps », a-t-il déclaré.

Au Canada, le nombre de cas de COVID-19 a augmenté de manière significative ces derniers jours, avec une moyenne de 1 123 nouveaux cas déclarés chaque jour au cours de la semaine écoulée, contre une moyenne quotidienne de 380 cas à la mi-août.

« Nous avons le pouvoir de contrôler cette deuxième vague. Je sais que nous pouvons le faire, car nous l'avons déjà fait une fois auparavant », a ajouté M. Trudeau.

Les Canadiens sont maintenant plus inquiets au sujet de la COVID-19 qu'ils ne l'ont été depuis avril, selon un sondage d'Abacus Data.

Auparavant, le gouvernement avait pris des engagements à l'occasion du « discours du Trône », qui définit son programme pour la prochaine session parlementaire, et avait promis de rétablir plus d'un million d'emplois qui ont été perdus pendant la crise.

Le nombre total d'infections s'élevait à 147 753, tandis que 9 243 décès ont été enregistrés, selon les dernières données du gouvernement.

<https://financialpost.com/pmnbusiness-pmn/trudeau-says-canada-is-in-second-wave-of-pandemic-urges-renewed-caution>

Canada

Déclaration de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada (rapport épidémiologique), le 23 septembre 2020

Source : Centre des nouvelles du Canada - Agence de la santé publique du Canada

Numéro d'identification : 1007899776

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

« On a dénombré 146 663 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 234 décès. 87 % des personnes infectées sont maintenant rétablies. Au cours de la dernière semaine, le nombre de tests de dépistage

analysés en laboratoires a considérablement augmenté, soit près de 70 000 personnes en moyenne par jour dans tout le Canada, dont 1,4 % a reçu un résultat positif.

Depuis notre dernière mise à jour sur la modélisation épidémique effectuée à la mi- août, le nombre de cas quotidiens nationaux a augmenté à un rythme accéléré. Au cours des sept derniers jours, 1 123 cas en moyenne ont été signalés quotidiennement, contre 380 cas à la mi-août.

Le Canada se trouve à la croisée des chemins par rapport à la trajectoire épidémique de la COVID- 19. Au rythme de croissance actuel, nos analyses épidémiologiques et nos études de modélisation indiquent qu'à moins de renforcer les mesures de santé publique et de protection individuelle et de travailler ensemble pour ralentir la propagation du virus, la situation est en voie de connaître une forte résurgence dans un certain nombre de provinces.

Tout au long de l'été, les taux d'infection ont été les plus élevés chez les jeunes adultes âgés de 20 à 39 ans. Même si la COVID- 19 tend à être moins grave chez les jeunes, la circulation continue du virus chez des adultes plus jeunes, plus mobiles et ayant un réseau social plus vaste crée un réservoir pour le virus. Non seulement il augmente le risque de propagation aux personnes et aux populations plus exposées à des conséquences graves, mais il menace notre capacité à maintenir la transmission de la COVID- 19 à des niveaux gérables. De plus, il est important de reconnaître que les jeunes adultes ne sont pas immunisés aux conséquences directes de la COVID- 19, une maladie grave ou prolongée qui peut sévir à n'importe quel âge.

Hier, j'ai conclu ma déclaration par un message aux jeunes adultes et aujourd'hui, je tiens à répéter que, maintenant plus que jamais, nous avons besoin de votre coopération, de votre créativité et de votre détermination pour contribuer à réduire la propagation de la COVID- 19. Dans les faits, nous ne pouvons pas revenir à un taux de transmission faible sans votre aide. C'est votre génération, c'est à votre tour, travaillons ensemble pour y arriver.

Pour que cela fonctionne, nous devons tous nous engager à respecter rigoureusement les mesures de protection individuelle, notamment la distanciation physique, le lavage des mains, le port du masque non médical, selon les recommandations; la limite des contacts en personne au plus petit nombre possible et stable de personnes de confiance; et le respect de la règle d'or qui consiste à rester à la maison et à s'isoler des autres si nous présentons des symptômes de la COVID-19, même s'ils sont faibles.

Le défi que nous devons tous relever est de maintenir le cap, malgré la lassitude que nous pouvons ressentir. Nous l'avons déjà fait et nous savons qu'en travaillant ensemble, nous pouvons y arriver de nouveau. Retournons à un taux de transmission faible ensemble. Pour en savoir plus, lisez les renseignements et ressources sur la COVID-19. »

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/09/declaration-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-rapport-epidemiologique-le-23septembre2020.html>

Canada

Les chauffeurs de bus scolaires du Québec veulent savoir si des élèves qu'ils transportent ont reçu le diagnostic de COVID-19

Source : Gazette de Montréal

Numéro d'identification unique : 1007897452

Le syndicat représentant 3 500 chauffeurs d'autobus scolaires au Québec souhaite que les écoles informent ses membres si l'un des enfants qu'ils transportent a reçu le diagnostic de COVID-19.

Dans une déclaration publiée mercredi, la Fédération des employés de services publics (FEESP-CSN) a fait remarquer que les écoles informent déjà les étudiants et le personnel scolaire si un cas a été détecté. Il n'est toutefois pas obligatoire d'aviser les fournisseurs des écoles, dont fait partie le transport scolaire par autobus.

Le syndicat relève que les conducteurs sont exposés à leurs passagers pendant de longues périodes, souvent à moins de deux mètres et que les enfants ne sont tenus de porter un masque qu'à partir de la cinquième année.

L'information serait également facile à établir, soutient le syndicat, grâce à un système informatisé qui permet d'assurer le suivi des élèves sur chaque parcours d'autobus.

Le président du syndicat, Stephen P. Gauley, relève que de nombreux conducteurs sont d'un âge avancé, ce qui les rend plus vulnérables aux effets du virus.

<https://montrealgazette.com/news/local-news/quebec-school-bus-drivers-want-to-know-if-students-are-diagnosed-with-covid-19>

Canada

Un test de détection d'anticorps contre la COVID-19 révèle un nombre « significatif » de cas dans le Centre-Est

Source : CBC News

Numéro d'identification unique : 1007897167

Depuis les premiers jours de la pandémie de COVID-19, il y a eu un niveau de préoccupation grandissant quant à ce qui pourrait arriver aux résidents du quartier Downtown Eastside de Vancouver en cas d'exposition du quartier à une éclosion de la maladie.

De nombreux membres de la collectivité vivent avec des ressources limitées et la pauvreté, la consommation de drogues et d'autres problèmes ont laissé dans leur sillage des problèmes de santé sous-jacents.

Pourtant, bien que le virus ait été décelé chez 8 200 personnes en Colombie-Britannique dont 3 000 d'entre elles vivant dans la région de Vancouver Coastal Health, le quartier du Centre-Est semble avoir évité une éclosion majeure.

Mais il est maintenant clair que le quartier n'a pas été épargné, selon le Vancouver Infectious Disease Centre (VIDC), un organisme sans but lucratif indépendant qui offre des services cliniques et qui fait de la recherche et de la sensibilisation sur les maladies infectieuses dans le Centre-Est.

Les analyses de sang des résidents effectuées par le VIDC et envoyées au BC Center for Disease Control pour analyse indiquent que beaucoup d'entre eux ont contracté la maladie, selon le directeur médical du VIDC, le Dr Brian Conway.

« Nos résultats préliminaires donnent à penser qu'un nombre important de résidents du Centre-Est ont développé des anticorps contre la COVID-19, ce qui indique qu'ils ont été infectés par le virus dans le passé », a déclaré le Dr Conway.

Au cours de l'été, le Dr Conway a mis sur pied une série de cliniques mobiles communautaires gratuites pour effectuer des analyses de sang des résidents du Centre-Est afin de déterminer s'ils avaient développé des anticorps significatifs contre le coronavirus. Les cliniques ont été approuvées par Santé Canada, et c'est le VIDC qui a fourni le personnel et le financement, a-t-il déclaré.

D'après lui, sur les quelques centaines de résidents testés par son équipe, deux douzaines ont développé des anticorps. Il semble y avoir des niveaux élevés d'infection, au moins dans les refuges où la capacité de maintenir une distanciation physique est limitée, a-t-il ajouté.

Mardi, les travaux du Dr Conway progressent vers la phase de recherche des contacts, alors que son équipe et lui-même commencent à rencontrer certaines des personnes chez lesquelles un test de détection du virus s'est avéré positif pour essayer de déterminer comment elles ont vécu la maladie, quand elles l'ont contractée, où elles se trouvaient et à qui elles pourraient avoir transmis la COVID-19. Peu de cas signalés dans Downtown Eastside.

Peu de cas ont été rendus publics dans le quartier du Centre-Est. L'Armée du Salut a confirmé un cas dans ses installations de Vancouver Harbour Light au début du mois d'avril; le Vancouver Coastal Health a signalé une possible exposition au West Pub entre le 20 août et le 8 septembre, et lundi, la United Gospel Mission (UGM) a confirmé qu'un locataire de son logement de transition avait été déclaré positif. Selon le Dr Conway, on a décelé des infections chez des personnes vivant dans le foyer de First United situé dans Downtown Eastside. Ces dernières ont été récemment libérées de l'établissement correctionnel Matsqui d'Abbotsford, où une éclosion est survenue.

Le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique publie des rapports qui détaillent le nombre de cas dans différentes zones au sein des régions sanitaires. Le rapport disponible le plus récent qui va jusqu'au 31 juillet montre que 48 personnes de la région qui comprend le Centre-Est ont été déclarées positives, c'est-à-dire que le nombre de personnes infectées est bien inférieur à celui de la plupart des autres régions locales.

Mais cette période n'inclut pas celle pendant laquelle la province, d'une manière générale, a connu une forte augmentation des cas de virus et on ne sait pas grand-chose de l'évolution des éclosions dans ce secteur au cours des dernières semaines.

Le Vancouver Coastal Health a différé le rapport du Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique, tandis que ce dernier a déclaré à CBC News que la Vancouver Coastal Health gérait les cas et les suivis dans sa région.

Micheal Vonn, directrice générale de la PHS Community Services Society, affirme que le nombre de cas est relativement faible dans le quartier du Centre-Est.

« Dans le quartier du Centre-Est, on trouve des cas dans tout le continuum de services, mais ils sont très, très, très rares », a déclaré lundi Mme Vonn.

Elle a refusé de commenter les cas au sein de sa grande organisation, qu'il s'agisse du personnel, des résidents ou des patients.

Le Dr Conway concède que le nombre d'hospitalisations et d'admissions en soins intensifs a été très faible dans le Centre-Est, mais le taux d'infection demeure un motif de préoccupation.

« Jusqu'à présent, on pensait que la maladie n'avait pas vraiment pénétré dans ce quartier », a fait savoir le Dr Conway. « Il est inexact de dire que ce quartier a été épargné par la COVID-19. »

Avez-vous d'autres choses à ajouter à cette histoire? Courriel : rafferty.baker@cbc.ca

Suivez Rafferty Baker sur Twitter : @raffertybaker

<https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/downtown-eastside-viru-antibody-testing-1.5733501>

Canada

Les conservateurs fédéraux utilisent un test de dépistage de la Covid-19 non approuvé par Santé Canada

Source : CBC News

Numéro d'identification unique : 1007897210

Le caucus ontarien du Parti conservateur fédéral a utilisé un test sérologique de la COVID-19 qui n'a pas encore été approuvé par Santé Canada, selon le député conservateur Scot Davidson.

M. Davidson, le président du caucus de l'Ontario, a déclaré que le caucus avait utilisé l'instrument « à des fins de sécurité » avant une récente journée de réflexion du caucus. Les cas de COVID-19 augmentent fortement dans certaines parties du pays, y compris en Ontario, et le chef du parti Erin O'Toole, sa femme et au moins l'un des membres de son personnel ont obtenu un résultat positif au test de dépistage.

L'épouse d'Erin O'Toole, Rebecca, a reçu un résultat positif au test de dépistage vers la fin de la journée de lundi après avoir développé des symptômes au cours de la fin de semaine.

Le chef du Bloc québécois, Yves-François Blanchet, a également reçu un résultat positif au test de dépistage et tout son caucus a été placé en auto-isolement.

Une porte-parole de M. O'Toole a déclaré que le caucus de l'Ontario avait assisté à une présentation d'une société canadienne qui cherchait à obtenir l'autorisation de Santé Canada pour distribuer son test sérologique.

Selon elle, l'entreprise qui faisait du lobbying auprès des députés a proposé à ceux qui étaient intéressés de passer le test dans le but de faire la promotion de l'instrument de dépistage. Toujours selon cette même porte-parole, le test de dépistage a été autorisé par l'U.S. Food and Drug Administration (FDA).

« Nous avons fait subir un test de dépistage à tous nos députés qui sont venus à notre retraite du caucus de l'Ontario », a affirmé Davidson aux journalistes avant la réunion du caucus conservateur ce matin.

« Nous avons subi un test de dépistage non approuvé qui est en attente d'autorisation de Santé Canada. Nous souhaitons donc que le gouvernement agisse rapidement pour accélérer le processus d'approbation de ces tests. Nous avons testé 28 députés en 39 minutes, résultats compris.

La porte-parole de M. O'Toole a affirmé que les conservateurs, « comme tous les Canadiens... sont préoccupés par les retards d'approbation de nouvelles méthodes de dépistage »

On ne se sert généralement pas de test sérologique ou de test de détection d'anticorps comme celui utilisé par le caucus de l'Ontario pour diagnostiquer une infection active provoquée par un coronavirus. Les anticorps sont fabriqués par le système immunitaire en réaction à une infection. Les anticorps peuvent mettre plusieurs jours ou semaines à se développer après une infection et peuvent rester dans le sang pendant plusieurs semaines ou plus après la guérison.

Les tests de détection d'anticorps, pour lesquels un échantillon de sang est prélevé par une piqûre au doigt, sont donc généralement réservés aux personnes qui cherchent à savoir si elles ont été infectées par un coronavirus à un moment donné dans le passé.

La FDA avertit que ces tests ne peuvent pas « diagnostiquer une infection active provoquée par le coronavirus au moment du test; ils ne sont pas non plus en mesure de démontrer que vous n'avez pas contracté la COVID-19 »

Santé Canada a déclaré qu'« à sa connaissance, aucun test sérologique n'avait été validé pour diagnostiquer la COVID-19. »

« Cependant, les tests sérologiques joueront un rôle important dans la stratégie globale de dépistage du Canada, en fournissant des preuves pour évaluer l'étendue réelle de la COVID-19 dans la population générale »

Un certain nombre d'experts de la santé publique ont exhorté le gouvernement fédéral à mettre à disposition plus de tests de dépistage au Canada, alors que de nombreuses personnes, notamment en Ontario et au Québec, doivent attendre pendant de longues heures avant d'être testées au moyen du processus conventionnel en laboratoire.

Le Dr David Naylor, coprésident du groupe de travail du gouvernement fédéral contre la COVID-19, a déclaré qu'il aimerait voir plus de personnes passer des tests rapides de dépistage au Canada dans les pharmacies, les écoles et d'autres milieux de travail à risque élevé pour alléger le fardeau de plus en plus lourd pesant sur les centres de test hospitaliers.

Contrairement aux tests sérologiques, les tests rapides de détection des antigènes ont été utilisés à certains endroits comme aux États-Unis pour produire des résultats de tests diagnostiques en aussi peu que 15 minutes.

Pour le moment, le Canada n'a approuvé aucun instrument de détection des antigènes ni de dépistage rapide.

La ministre de la Santé, Patty Hajdu, a déclaré la semaine dernière que Santé Canada n'a été convaincu par aucun instrument de dépistage rapide de la COVID-19 qu'il a examiné et que ces instruments ne seront pas déployés partout au pays tant que les organismes de réglementation ne seront pas certains qu'ils répondent à une certaine norme.

Bien que la FDA ait approuvé deux instruments de détection des antigènes il y a quelques mois, Santé Canada n'est pas prêt à valider ces tests, a déclaré M. Hajdu.

Les tests rapides de détection des antigènes, qui, selon l'instrument utilisé, prélèvent des échantillons par écouvillonnage rhinopharyngé ou oropharyngé ne nécessitent pas de recourir à un laboratoire pour obtenir des résultats.

Bien que beaucoup plus rapides, ces tests sont considérés par certains comme moins précis que le processus de dépistage par réaction en chaîne de la polymérase (PCR) considéré comme la norme de référence et utilisé dans l'ensemble du Canada.

S'ils sont administrés correctement, les tests PCR sont très précis et permettent d'identifier les cas positifs dans près de 100 % des cas. Les tests de détection des antigènes sont également considérés comme très précis, mais ils ne sont pas aussi sensibles que les tests PCR moléculaires effectués en laboratoire.

<https://www.cbc.ca/news/politics/tories-serological-test-health-canada-1.5733955>

Canada

Un rapport pointe du doigt la « négligence organisationnelle » dans l'épidémie mortelle qui a touché le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) Herron

Source : CBC | Montreal News

Numéro d'identification : 1007900058

Une enquête portant sur l'un des CHSLD les plus touchés de la province, le CHSLD Herron, a conclu à une « négligence organisationnelle »

Le rapport d'enquête a été rendu public mercredi en même temps que celui du CHSLD Sainte-Dorothée, qui a également été ravagé par la COVID-19.

Dans ce dernier cas, l'enquête a révélé que les problèmes provenaient, entre autres, d'une pénurie de personnel.

Les deux rapports d'enquête, ordonnés par l'ancienne ministre de la Santé, Danielle McCann, donnent plus de détails sur ce qui s'est passé dans les deux centres, tant avant l'apparition de la pandémie que dans les semaines et les mois qui ont suivi.

« Il est clair pour nous que la pandémie ne justifie pas à elle seule ce qui s'est passé », a déclaré la ministre responsable des Aînés, Marguerite Blais

« Nous avons tiré des leçons de la première vague pour nous assurer de ne plus jamais revivre des drames humains comme ceux que nous avons vécus au printemps dernier. »

Elle a également fait savoir que les rapports serviront à mieux prendre soin des aînés « et de nos populations vulnérables dans les CHSLD Herron, Sainte-Dorothée et dans tous les milieux de vie au Québec. »

Une enquête publique distincte et de grande envergure a été ordonnée par le coroner en chef du Québec sur les centres de soins de longue durée, les résidences privées pour personnes âgées et les autres établissements résidentiels pour personnes vulnérables de la province au cours des six premières semaines de la pandémie.

<https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/chsld-herron-sainte-dorothee-reports-1.5735921?cmp=rss>

Canada

La province fait preuve d'un optimisme prudent quant aux premiers jours d'école — DiscoverMooseJaw.com

Source : DiscoverMooseJaw.com

Numéro d'identification : 1007899961

Les cas de COVID-19 sont peut-être en hausse dans l'ensemble de la Saskatchewan, mais cette augmentation a été suffisamment progressive pour que le gouvernement provincial ne cède pas encore à la panique. Après la fermeture complète des écoles pendant deux semaines, le gouvernement est raisonnablement satisfait du retour précoce en classe.

« Jusqu'à présent, nous n'avons vu aucune preuve de la propagation du virus dans les écoles », a déclaré le Premier ministre Scott Moe. « Les protocoles que les écoles ont mis en place fonctionnent, et je dirais qu'ils fonctionnent assez bien. Je voudrais donc remercier les élèves, les enseignants et tout le personnel de tous les efforts que vous accomplissez pour assurer la sécurité de nos salles de classe ». Depuis jeudi dernier, la province a commencé à assurer un suivi séparé des cas dans les écoles et publiera ces données sur une base hebdomadaire. Les données enregistrées la première semaine de rentrée des classes ont été prometteuses, bien que la semaine ait été plus courte en raison de la longue fin de semaine. Mais cela ne signifie pas que les écoles sont au bout de leurs peines, car les cas ne cessent d'augmenter à l'extérieur.

« Si on dénombre plus de cas dans notre communauté, il va de soi que certains de ces cas seront des étudiants et d'autres des enseignants », a fait savoir M. Moe. « C'est comme cela que le virus pénétrera dans nos écoles. C'est ce que nous avons déjà constaté dans quelques écoles de Saskatoon »

Les cas survenus à Saskatoon, dont certains proviennent d'un grand rassemblement social et d'autres d'une éclosion dans une entreprise locale, ont suscité des inquiétudes. Ils n'ont cependant pas encore provoqué d'éclosion dans les écoles.

« Nous en sommes à notre deuxième semaine d'apprentissage en classe », a déclaré le médecin-hygiéniste en chef de la Saskatchewan, le Dr Saqib Shahab. « Bien que six écoles aient enregistré un seul cas chacune, et que la semaine précédant l'ouverture, un des membres du personnel était symptomatique... la réouverture des écoles se déroule globalement sans problème. Tant que les enfants et le personnel qui ne se sentent pas bien restent à la maison, les protocoles appropriés sont respectés, bien que nous nous attendions à observer occasionnellement dans les écoles des cas ou des grappes de cas, mais nous espérons que les écoles continueront comme elles le font actuellement ».

Scott Moe et le Dr Shahab ont tous deux souligné que chaque fois que la transmission communautaire est en augmentation, les écoles deviennent des milieux à risque plus élevé. Ils ont donc demandé aux habitants de la Saskatchewan de maintenir la distanciation physique et de conserver les bonnes habitudes qu'ils ont largement adoptées depuis le début de la pandémie.

<https://discovermoosejaw.com/local/province-cautiously-optimistic-about-early-days-of-school>

Canada

Les enseignants de Colombie-Britannique s'inquiètent de l'incohérence des informations transmises sur les cas d'exposition à la COVID-19 dans les écoles.

Source : NEWS 1130

Numéro d'identification : 1007899872

VANCOUVER (NEWS 1130) —Le syndicat des enseignants de Colombie-Britannique se dit préoccupé par les incohérences liées aux déclarations des cas d'exposition à la COVID-19 dans les écoles et par le manque de transparence d'une région sanitaire en particulier.

Depuis que la province a annoncé que les alertes concernant des cas d'exposition à la COVID-19 dans les écoles seraient rendues publiques en ligne, la Vancouver Coastal Health été critiquée sur sa gestion des alertes. L'autorité sanitaire n'avait déclaré en ligne qu'un seul cas d'exposition dans une école, alors qu'il y en avait d'autres.

La présidente de la BC Teachers' Federation, Teri Mooring, déclare que c'est frustrant et qu'il semble qu'il existe différents critères pour que les écoles émettent de potentiels avis d'exposition et les rendent publics sur les sites web des autorités sanitaires.

« Il existe un décalage réel, me semble-t-il, surtout en ce qui concerne la recherche des contacts », soutient-elle. « Et cela soulève beaucoup d'inquiétude, car nous savons que les groupes d'apprentissage et le modèle de cohorte doivent permettre une recherche rapide et efficace des contacts. »

Elle a le sentiment que la procédure visant à informer les communautés scolaires n'est pas la même partout en Colombie-Britannique, et que l'on constate « également des incohérences généralisées avec les autorités sanitaires locales en ce qui concerne la manière de contacter les personnes. »

Selon elle, la raison pour laquelle il existe une telle différence de rapidité n'est pas claire lorsque les arrondissements scolaires ont reçu le pouvoir d'envoyer des avis.

La D^{re} Bonnie Henry, médecin hygiéniste provinciale, a avancé que la mise à jour des sites web des régions sanitaires s'applique à toute la Colombie-Britannique.

« Nous nous attendons à ce que la Vancouver Coastal respecte ce que font les autres, ainsi que notre norme provinciale », a-t-elle déclaré lundi lors de son point de presse quotidien.

Elle a ajouté que le risque de transmission reste faible même en cas d'éclosion.

La BC Teachers' Federation prévoit d'envoyer une lettre indiquant ses préoccupations aux représentants provinciaux de la santé.

Cependant, le médecin-hygiéniste en chef de la Vancouver Coastal, la D^{re} Patricia Daly, se voulant rassurante a souligné que ceux qui avaient besoin de savoir en ce qui concerne les cas d'exposition en seront informés, même si ce n'est pas en ligne.

J'ai parlé à @VCHhealthcare CMO Dr Daly [Le médecin-chef, la D^{re} Daly] a dit que les avis sont affichés sur le site web si toute la classe est potentiellement exposée. Une jusqu'à présent : Sentinel.

Je vais continuer à compiler les avis d'école. La dernière en date : York House

Remarque : si un membre d'une école est déclaré positif, ce n'est PAS considéré comme une transmission scolaire. #bcpoli #covid19 @NEWS1130 #bcded pic.twitter.com/APtP8juOXZ

— LizaYuzda (@LizaYuzda) 23 septembre 2020

« Les parents ne seront pas informés par ce moyen en tout premier lieu. Ils seront informés directement par la santé publique », déclare-t-elle. « Nous ne cachons rien. Certains chefs d'établissement ont envoyé des lettres pour assurer qu'ils ont entendu des rumeurs de cas où ils seront avisés directement. La D^{re} Daly explique que si des personnes ont été en contact avec une personne infectée, elle serait avisée par les autorités de santé publique.

« Si une classe a été exposée, qui justifie une lettre à toute la classe, alors nous la mettrons en plus en ligne sur notre site web public ».

Mercredi matin, il y a eu plus de 30 expositions potentielles, mais aucune transmission scolaire n'a eu lieu jusqu'à présent.

Un enseignant de Vancouver Ouest a été le premier à déposer une plainte auprès de WorkSafeBC après avoir contracté la COVID-19.

<https://www.citynews1130.com/2020/09/23/bctf-wants-transparency-covid-19/>

Canada

L'Ontario envisage de réduire la liste des symptômes possibles de la COVID-19 qui obligent les enfants à rester à la maison

Source : CBC | Toronto News

Numéro d'identification : 1007899854

Le ministre de l'Éducation de l'Ontario, Stephen Lecce a déclaré qu'il envisageait de réduire la liste des symptômes de la COVID-19 qui obligent les enfants à rester à la maison; cette annonce fait suite à celle de la Colombie-Britannique qui avait déclaré auparavant qu'elle retirait certains symptômes de sa liste.

Stephen Lecce affirme qu'il travaille avec les responsables médicaux de la province pour envisager d'éventuelles modifications de la liste, qui comprend actuellement les maux de gorge, la congestion nasale et les douleurs abdominales.

Parmi dix symptômes, ces trois symptômes font partie de ceux que la Colombie-Britannique a choisi de retirer « étant donné la très faible probabilité que ces symptômes indiquent à eux seuls la présence de la COVID », a déclaré le ministère dans un communiqué envoyé par courriel.

Également, selon le ministère de la Santé de la Colombie britannique, ces symptômes sont très courants chez les enfants et « on craint d'exclure inutilement les enfants »

Le plan de réouverture des écoles de l'Ontario exige que les parents procèdent à un dépistage des symptômes de la COVID-19 figurant sur la liste et qu'ils les gardent à la maison s'ils présentent des symptômes du nouveau coronavirus.

Les élèves sont autorisés à retourner en classe lorsqu'ils ne présentent plus de symptômes.

« L'approche conservatrice » est la meilleure, selon le médecin

Deux experts contactés par CBC Toronto ont exprimé leur inquiétude quant à la possibilité de modifier, à ce stade, la liste des symptômes de l'Ontario, compte tenu de la récente augmentation du nombre de cas dans la province.

« Étant donné que les problèmes de transmission communautaire n'ont pas été résolus, les cas de COVID-19 risquent de se multiplier dans les écoles », a déclaré Prachi Srivastava, professeure agrégée en éducation interculturelle à la Western University.

Selon Mme Srivastava, les écoles doivent faire tout leur possible pour empêcher la transmission de la COVID-19, étant donné que certains des principaux moyens visant à réduire la transmission n'ont pas été mis en œuvre, comme diminuer le nombre d'élèves par classe et mettre à niveau les systèmes de ventilation de manière rigoureuse.

La D^{re} Dina Kulik, pédiatre et urgentologue, est d'accord pour dire que ce n'est pas le bon moment pour reviser la liste des symptômes.

« Je pense personnellement que puisque nous avons un nombre toujours croissant de cas, l'approche conservatrice est la meilleure façon de procéder », a-t-elle déclaré.

« Nous savons que la COVID-19 peut se manifester avec un simple écoulement nasal chez les enfants. » Jusqu'à présent, cet automne, on a dénombré 180 cas de COVID-19 dans les écoles de l'Ontario, dont 77 étaient des élèves. Deux écoles ont dû fermer en raison d'éclosions.

Une analyse récente des cas de COVID-19 au Canada effectuée par CBC News montre que l'écoulement nasal, la toux et le mal de gorge font partie des symptômes les plus courants observés chez les personnes de moins de 19 ans.

Des « directives claires » à l'intention des parents seraient utiles

Mais la D^{re} Kulik affirme qu'il devrait être possible d'améliorer la communication quant à savoir quels enfants doivent se faire dépister ou rester à la maison et pendant combien de temps.

« Je pense que les gens seraient heureux d'obtenir des directives claires où il n'y aurait aucune ambiguïté », a-t-elle déclaré.

La D^{re} Kulik a décrit ses entretiens avec des parents qui ont été désorientés par des règles peu claires et qui changent tout le temps; elle donne l'exemple de deux familles qui ont fait tester leurs enfants le même jour.

L'une d'elles a été informée par le professionnel chargé de faire passer des tests de dépistage que si le résultat était négatif, l'enfant pouvait retourner à l'école le lendemain; par contre, l'autre famille s'est fait dire que son enfant devait rester à la maison pendant deux semaines.

Cameron Grant, un parent d'Ottawa, a éprouvé directement ce type de confusion.

Il a emmené son fils de trois ans subir un test de dépistage de la COVID-19 après que l'enfant a souffert d'un problème de congestion nasale au cours de la fin de la semaine précédente. Le test de dépistage de son fils s'est avéré négatif et il est retourné à l'école le lundi suivant.

Mais, une fois en classe, son nez a recommencé à couler et M. Grant a été appelé pour qu'il vienne le récupérer à l'école conformément aux conseils dispensés par Santé publique Ottawa.

La confusion s'est installée lorsque Grant a lu un autre ensemble de règles affichées à la porte de l'école selon lesquelles l'enfant ne devait être renvoyé à la maison que si de nouveaux symptômes apparaissaient.

« Le nez qui coule n'est pas un nouveau symptôme chez mon fils », a-t-il déclaré.

« Si on empêche les enfants d'aller à l'école alors qu'on sait qu'ils n'ont pas la COVID-19, c'est une énorme perte de temps pour les parents ».

« Je ne sais pas si on doit se débarrasser ou non de ce symptôme ». « Je vais laisser les médecins s'en occuper », a-t-il poursuivi.

« Mais je dirais qu'il faudrait y apporter quelques nuances »

<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-symptoms-students-covid-19-1.5735850?cmp=rss>

Canada

Intervention des équipes d'urgence à l'Université de la Saskatchewan après que le laboratoire de recherche sur les vaccins a reçu un colis suspect

Source : CBC News

Numéro d'identification unique : 1007897324

Mardi, l'Université de la Saskatchewan a fait intervenir l'Unité des explosifs du service de police de Saskatoon et le service de protection des incendies dans son laboratoire de recherche sur les vaccins après avoir reçu un colis suspect.

L'université affirme que le colis suspect a été envoyé au Vaccine and Infectious Disease Organization-International Vaccine Centre [Centre international de recherche sur les vaccins et les maladies infectieuses] (VIDO-InterVac) par l'entremise du service de distribution du courrier du campus.

VIDO-InterVac est l'un des nombreux centres de recherche dans le monde qui travaillent actuellement à la recherche d'un vaccin contre la COVID-19.

L'aile du bâtiment où se trouvait le colis a été évacuée et fermée.

L'unité des explosifs a commencé à enquêter sur le colis suspect à partir de 16 h (HNC).

Les accès à VIDO-InterVac par la Perimeter Road et la Veterinary Road ont été fermés et on a informé le public de rester à l'écart.

<https://www.cbc.ca/news/canada/saskatchewan/u-of-s-vaccine-lab-receives-suspicious-package-1.5734768>

Canada

L'Ontario prévoit d'employer le plus grand nombre d'inspecteurs du travail de toute son histoire

Source : Gouvernement de l'Ontario

Numéro d'identification unique : 1007897964

De nouveaux inspecteurs aideront à protéger les travailleurs dans leur milieu de travail durant la COVID-19

TORONTO — Le gouvernement de l'Ontario lance une campagne de recrutement pour augmenter le nombre d'inspectrices et d'inspecteurs de la santé et la sécurité de première ligne de 98 et veiller à ce que les lieux de travail des quatre coins de la province collaborent pour prévenir la propagation de la COVID-19. Grâce à ces nouvelles recrues, la province comptera le plus grand nombre d'inspecteurs du travail sur le terrain de toute son histoire.

« Notre gouvernement prend les mesures nécessaires pour protéger les travailleuses et travailleurs de l'Ontario au travail et faire en sorte que l'économie demeure sur la bonne voie pour se rétablir complètement, a déclaré le ministre du Travail, de la Formation et du Développement des compétences Monte McNaughton. « En ajoutant plus d'inspecteurs à notre équipe, nous pouvons réagir plus rapidement aux situations à mesure qu'elles surviennent et aider à s'assurer que chaque bureau, usine, magasin et chantier dans la province est sécuritaire, en période de COVID-19 et par la suite.

L'embauche de ces nouveaux travailleurs fera passer le nombre d'inspecteurs actifs dans la province de 409 à 507, soit une augmentation de 24 pour 100. La formation commencera plus tard cet automne.

Les nouveaux inspecteurs joueront un rôle clé dans la protection des travailleuses et travailleurs en veillant à l'observation et l'application des lois en matière de santé et de sécurité au travail dans les lieux de travail. Ils auront de vastes pouvoirs, soit :

- inspecter n'importe quel lieu de travail et s'assurer que les protections contre la COVID-19 y sont en place;

- enquêter sur toute situation potentiellement dangereuse, les blessures critiques, les décès et les refus de travailler;
- donner des ordres concernant le respect de la loi;
- arrêter l'exécution d'un travail dangereux;
- recommander et engager des poursuites.

Le coût d'embauche des nouveaux inspecteurs pour une année complète sera de 11,6 millions de dollars. Le recrutement des inspecteurs commencera au début d'octobre 2020. Les candidats auront un mois pour présenter leur candidature.

« Rien n'est plus important que de protéger la santé et la sécurité de nos travailleuses et travailleurs », a souligné le ministre McNaughton. « En établissant le plus important corps d'inspecteurs dans toute notre histoire, nous serons bien positionnés pour y arriver. »

Pour contribuer à s'assurer que les employeurs ont les ressources et l'équipement nécessaires, dont l'équipement de protection individuelle (ÉPI), pour protéger leurs employés, le gouvernement a créé le Répertoire des fournisseurs d'ÉPI pour les lieux de travail. Le Répertoire, qui comporte des listes pour les masques, la désinfection, la protection oculaire, les blouses, les gants et les écrans protecteurs, est un autre outil qui contribue à protéger tout le monde au travail.

<https://news.ontario.ca/fr/release/58483/ontario-prevoit-employer-le-plus-grand-nombre-dinspecteurs-du-travail-de-toute-son-histoire>

Canada

Fermeture de la clinique de dépistage à l'auto de la COVID-19 à Kitchener pour des questions de sécurité

Source : Global News

Numéro d'identification unique : 1007898128

Le centre de dépistage à l'auto de la COVID-19 de Kitchener a fermé pour la journée en raison de problèmes de sécurité, a confirmé à Global News un porte-parole du Grand River Hospital (GRH).

« Nous avons fini de faire passer les tests de dépistage aux personnes qui attendaient et avons stoppé les services de dépistage à l'auto et sans rendez-vous à cette heure-ci pour aujourd'hui », a déclaré Cheryl Evans de GRH à Global News mercredi matin peu après 9 h.

La première personne a commencé à faire la queue pour passer un test de dépistage à 2 h 30 du matin et la file d'attente s'est allongée par la suite; le centre de dépistage a atteint sa capacité maximale au moment de l'ouverture à 7 h 30, a confirmé Mme Evans. En moins d'une heure, on a pris la décision de ne plus accepter de personnes pour la journée.

Selon elle, la police a été appelée à intervenir pour réguler la circulation en pleine effervescence devenue un cauchemar qui s'était étendue à la zone de Belmont à Kitchener.

« Nous avons connu un grave problème de circulation dans toutes les rues secondaires; ainsi sur la rue Glasgow, un nombre important de voitures ont fait marche arrière, tout comme sur les rue Belmont et Park », a expliqué Mme Evans. « Nous avons donc dû faire intervenir la police pour nous aider à résoudre le problème de circulation et à assurer la sécurité de tous. »

[Inscrivez-vous à notre bulletin d'information Health IQ pour recevoir les dernières mises à jour sur les coronavirus]

Des personnes indisciplinées ont également causé des problèmes.

« Nous avons dû protéger notre personnel contre certains comportements assez agressifs et, vous savez, la sécurité de notre personnel et des résidents qui sont testés passe avant tout », a déclaré Mme Evans.

La clinique était initialement prévue pour faire passer un test de dépistage à environ 350 personnes par jour, mais au cours de la semaine dernière, nous avons effectué des tests de dépistage chez 550 à 650 personnes par jour.

L'hôpital a l'intention de prendre un certain temps pour trouver des moyens de faire face à la demande massive.

« Nous allons prendre la journée pour examiner notre modèle afin d'analyser ce qu'il est possible de faire pour alléger une partie de cette pression le matin et rouvrir demain », a déclaré Mme Evans.

Une fois la décision prise sur la manière dont le test de dépistage sera effectué, Mme Evans indique que les personnes qui en ont besoin pourront obtenir des renseignements sur le site Web de la GRH ou sur les médias sociaux.

« Soyez juste patients pendant que nous réfléchissons à déterminer ce processus; cela serait utile pour tout le monde », a-t-elle avancé.

<https://globalnews.ca/news/7352680/kitchener-covid-19-clinic-closed/>

Canada

Un résident de Garry J. Armstrong a reçu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19

Source : OttawaMatters.com

Numéro d'identification unique : 1007898383

Pour la première fois depuis le début de cette pandémie, un résident du foyer de soins de longue durée Garry J. Armstrong, géré par la ville d'Ottawa, a reçu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19.

Même si l'établissement a connu sa quatrième éclosion le 14 septembre, seul le personnel du foyer avait contracté le virus. Santé publique Ottawa indique qu'un membre du personnel lutte actuellement contre la COVID-19.

Entre-temps, trois membres du personnel du Centre d'accueil Champlain ont reçu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19. Ce foyer de soins de longue durée est en situation d'éclosion depuis qu'un membre du personnel a été déclaré positif au virus le 11 septembre. Le foyer de soins de longue durée Peter D. Clark demeure également en situation d'éclosion en raison des résultats positifs obtenus par le personnel au test de dépistage la semaine dernière. Il n'y a actuellement aucun cas positif actif au Carleton Lodge.

<https://www.ottawamatters.com/local-news/resident-of-garry-j-armstrong-tests-positive-for-covid-19-2735585>

Canada

Deux décès désormais reliés à l'éclosion de la COVID-19 au centre médical de Foothills à la suite de l'augmentation du nombre de cas

Source : Calgary Herald

Numéro d'identification unique : 1007897203

Un autre décès dû à la COVID-19 a été relié à l'éclosion en forte progression touchant le centre médical Foothills de Calgary; en raison de cette éclosion, on dénombre 22 personnes qui ont contracté la maladie, deux personnes décédées et 88 personnes placées en isolement.

Selon les services de santé de l'Alberta, mardi, 16 patients et six membres du personnel ont été infectés. L'éclosion reste limitée à deux unités de soins cardiaques.

« (Le centre médical Foothills) reste un endroit sûr pour s'y rendre et recevoir des soins », ont déclaré les services de santé de l'Alberta dans un communiqué. « Il n'y a pas de risques accrus pour les patients qui viennent à l'hôpital »

L'autorité sanitaire provinciale a affirmé que l'isolement du personnel n'avait pas provoqué de pénurie et que l'hôpital avait recours aux heures supplémentaires et réaffectait les employés pour assurer tous les quarts de travail selon les besoins.

« En plus de l'amélioration du dépistage, du nettoyage et de la limitation du nombre de visites dans les unités touchées, (le centre médical de Foothills) a mis en place plusieurs sites de prélèvement par écouvillonnage afin d'augmenter la capacité de dépistage pour le personnel des unités touchées », ont déclaré les services de santé de l'Alberta, tout en ajoutant que tout cas déclaré positif sera isolé et traité dans des salles désignées.

<https://calgaryherald.com/news/local-news/two-deaths-now-linked-to-foothills-outbreak-as-cases-grow>

Canada

L'Ontario signale 335 nouveaux cas de COVID-19, marquant une baisse considérable par rapport aux deux derniers jours

Source : CBC News

ID unique : 1007898879

Mercredi, l'Ontario a signalé 335 autres cas de COVID-19, un écart marqué par rapport aux nouveaux dénombrements quotidiens de cas observés plus tôt cette semaine. Le chiffre intervient alors que les laboratoires de la province ont traité 35 400 échantillons de test pour le nouveau coronavirus, selon la ministre de la Santé Christine Elliott. Les nouveaux cas sont encore une fois principalement concentrés à Toronto, Peel et Ottawa, avec respectivement 102, 79 et 65 cas.

Trois autres bureaux de santé publique ont également enregistré des augmentations à deux chiffres :

Région de York : 30

Halton : 15

Région de Waterloo : 13

Dans une série de tweets, Elliott a noté qu'environ 69 % des infections nouvellement confirmées concernaient des personnes de moins de 40 ans, ce qui correspond aux tendances des dernières semaines.

La baisse relative des nouveaux cas quotidiens survient après que plus de 400 cas ont été signalés au cours de quatre des cinq derniers jours. Les 478 infections mentionnées dans le rapport provincial d'hier étaient les plus importantes en une seule journée depuis le 2 mai, juste après que la propagation communautaire du virus ait été considérée comme ayant atteint un sommet en Ontario.

Malgré le chiffre d'aujourd'hui, la moyenne mobile sur cinq jours des nouveaux cas quotidiens, une mesure qui atténue les pics et les creux dans les données, a tendance à augmenter régulièrement depuis la mi-août. Ces augmentations se sont considérablement accélérées au cours des dix derniers jours environ.

Pendant ce temps, le gouvernement provincial a annoncé qu'il embauchera 98 nouveaux inspecteurs du travail cet automne dans le cadre des efforts visant à empêcher la propagation de la COVID-19 sur les lieux de travail.

Le ministre du Travail, Monte McNaughton, a déclaré que le gouvernement commencera à recruter les travailleurs en octobre.

La campagne éclair de recrutement augmentera le nombre d'inspecteurs du gouvernement de 409 à 507 et coûtera 11,6 millions de dollars.

Selon McNaughton, les inspecteurs permettront au gouvernement de réagir plus rapidement aux situations qui pourraient survenir pendant la pandémie.

Les inspecteurs du travail enquêtent sur les dangers, les blessures, les décès et les refus de travailler sur le lieu de travail.

Ils ont également le pouvoir de mettre fin à un travail dangereux, d'ordonner aux employeurs de se conformer à la loi et d'engager des poursuites.

<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/covid-19-coronavirus-ontario-september-23-fall-plan-part-2-1.5735266>

Canada

Première éclosion de COVID-19 dans la communauté des sans-abri d'Edmonton signalée au refuge Hope Mission

Source : Edmonton Journal

ID unique : 1007899055

Six personnes de la population des sans-abri d'Edmonton ont été déclarées positives à la COVID-19, en lien avec une éclosion au refuge d'urgence de Hope Mission.

Il s'agit de la première éclosion de COVID-19 signalée parmi la communauté des sans-abri de la ville.

La porte-parole des services de santé de l'Alberta, Holly Budd, a confirmé l'éclosion à Postmedia mardi soir et a déclaré que toute personne jugée à risque de contracter le virus avait été envoyée au refuge d'isolement d'Edmonton.

Ce refuge, dont l'emplacement n'a pas été divulgué, a été mis en place à la mi-août comme lieu d'isolement pour les personnes sans domicile fixe n'ayant aucun autre endroit où aller. Il a remplacé l'ancienne aile d'isolement du Edmonton Expo Centre, qui servait également de site de jour pour les résidents jusqu'à la fin de juillet.

« Les services de santé de l'Alberta travaillent en étroite collaboration avec des partenaires communautaires, après qu'un cas positif de COVID-19 a été identifié chez une personne sans abri à Edmonton », a déclaré Budd dans un communiqué. « La recherche des contacts a été immédiatement entreprise et se poursuit, ainsi que les prélèvements pour ceux qui ont pu être exposés. »

<https://edmontonjournal.com/news/local-news/first-covid-19-outbreak-in-edmontons-homeless-community-reported-at-hope-mission-shelter>

Canada

Le coronavirus frappe davantage d'écoles, alors que les craintes d'une seconde vague de la pandémie se multiplient

Source : CTV News

ID unique :[1007899170](#)

TORONTO -- Plus de 400 écoles au Québec et 153 autres en Ontario signalent au moins un cas de maladie à coronavirus.

Les chiffres du groupe COVID Écoles Québec et du gouvernement de l'Ontario sont annoncés alors que les autorités de tout le Canada se battent contre une deuxième vague de COVID-19.

Les données de l'Ontario montrent que le nombre de cas parmi les personnes dans la vingtaine a fortement augmenté ces derniers mois.

Un expert attribue en partie l'augmentation du nombre de cas chez les jeunes Canadiens à la réouverture des écoles et des universités.

Plusieurs provinces et universités ont mis en garde contre les lourdes amendes pour le non-respect des restrictions anti-COVID.

Cependant, le Québec affirme qu'il ne permettra pas à la police d'entrer dans les maisons sans mandat pour disperser les rassemblements qui violent les mesures.

Au total, la COVID a tué près de 9 250 personnes au Canada, le nombre cumulé de cas approchant les 150 000.

Le Québec, avec plus de 69 000 cas, représente environ 48 % du total des cas, mais 63 % des décès.

Les plus de 48 000 cas signalés en Ontario représentent 33 % des cas à l'échelle nationale et 31 % des décès. Mercredi, le Québec a signalé 471 nouveaux cas. Quatre autres décès dus au nouveau coronavirus ont été signalés, portant le nombre total de décès dans la province à 5 809.

L'Ontario, qui a enregistré une augmentation constante des nouveaux cas depuis la mi-août après des mois de baisse, a signalé 335 nouveaux cas de COVID-19 mercredi et trois autres décès. Près de 70 % des nouveaux cas concernaient des personnes de moins de 40 ans, a déclaré la ministre de la Santé de la province, Christine Elliott.

L'inquiétude monte également alors que de plus en plus de foyers de soins de longue durée en Ontario, brutalement touchés par le virus plus tôt dans l'année, signalent des éclosions. Près de 70 % des décès concernent des personnes âgées de 80 ans et plus, et 27 % des personnes âgées de 60 à 79 ans.

Alors que les personnes âgées et les personnes souffrant de problèmes de santé sous-jacents sont généralement plus susceptibles de développer une forme grave du SRAS-CoV-2, les personnes plus jeunes peuvent propager la maladie contagieuse, souvent avant même de présenter des symptômes.

Les données de l'Ontario indiquent que le nombre de nouveaux cas parmi les personnes dans la vingtaine a atteint des niveaux similaires à ceux observés parmi les personnes dans la quatre-vingtaine à la mi-avril. En plus de la réouverture des écoles, le Dr Brian Ward, professeur de médecine à l'Université McGill, a cité les bars et les fêtes comme facteurs clés, ainsi qu'un « sentiment général d'invulnérabilité » chez les jeunes.

« La lassitude de la COVID joue aussi clairement un rôle », a affirmé M. Ward.

La tendance inquiétante à la hausse des nouveaux cas – en particulier chez les jeunes – survient alors que le gouvernement libéral fédéral s'apprête à présenter son plan d'action pour une deuxième vague de la COVID-19 dans le cadre de son discours du Trône mercredi. Les responsables de la santé publique ont averti qu'un retour à un confinement strict pourrait être nécessaire pour freiner la résurgence de la pandémie.

Les mesures de confinement strictes mises en place au printemps ont provoqué des perturbations économiques sans précédent, incitant le gouvernement fédéral à dépenser des dizaines de milliards de dollars pour soutenir les salaires et d'autres activités commerciales alors que le chômage montait en flèche. Cependant, certains de ces programmes de dépenses doivent prendre fin, mais le gouvernement

a promis de les remplacer.

Ce rapport de la Presse Canadienne a été publié pour la première fois le 23 septembre 2020.

<https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/coronavirus-hits-more-schools-amid-growing-fears-of-pandemic-s-second-wave-1.5116858>

Canada

L'Ontario élargit l'accès aux tests de dépistage de la COVID-19 aux pharmacies

Source : Gouvernement de l'Ontario

ID unique : 1007899169

HUNTSVILLE — Le gouvernement de l'Ontario offre gratuitement à la population l'accès pratique et rapide aux tests de dépistage de la COVID-19 dans les pharmacies de la province. Dès le vendredi 25 septembre 2020, jusqu'à 60 pharmacies de l'Ontario commenceront à proposer ces tests, exclusivement sur rendez-vous, et d'autres emplacements s'ajouteront à cette initiative dans les semaines à venir. Cela permettra d'étendre les capacités de dépistage de la province bien au-delà de ses 150 centres d'évaluation.

Le premier ministre Doug Ford était accompagné aujourd'hui de la vice-première ministre et ministre de la Santé, Christine Elliott, pour fournir des détails à ce sujet.

« Nous comptons sur nos pharmaciens et pharmaciennes pour nous faire vacciner contre la grippe, obtenir nos médicaments et recevoir des conseils de santé qui sont précieux pour nos familles et nous-mêmes. Il est donc logique de faire appel à eux en tant que partenaires clés pour renforcer le dépistage de la COVID-19, a déclaré le premier ministre Ford. Je tiens à remercier les sociétés Shoppers Drug Mart et Rexall ainsi que les pharmacies indépendantes de notre province de se mobiliser pour que davantage d'Ontariens et Ontariennes puissent se faire tester. Avec l'aide d'autant de partenaires, nous sommes en bonne voie pour atteindre notre objectif d'effectuer 50 000 tests par jour afin d'enrayer la propagation de la COVID-19. »

Les pharmacies peuvent choisir de proposer des tests de dépistage aux Ontariens et Ontariennes qui ne présentent pas de symptômes de la COVID-19. Leur visite devra se faire sur rendez-vous et conformément aux directives provinciales en matière de dépistage. Elle comprendra un dépistage préalable suivi d'un test gratuit. Lors de cette visite, les gens sont tenus de continuer à suivre les mesures de santé publique liées à la COVID-19, notamment le port d'un masque, le lavage fréquent des mains et le respect de la distance sanitaire avec les personnes extérieures à leur ménage ou à leur cercle social.

« Dans le cadre de son plan visant à préparer la province à de nouvelles vagues de COVID-19, notre gouvernement collabore avec les pharmacies afin d'améliorer l'accès au dépistage pour les Ontariens et Ontariennes, a indiqué la ministre Elliott. Compte tenu de l'augmentation récente du nombre de cas, nous voulons nous assurer que les gens disposent d'un plus grand nombre d'options de dépistage pour que nous puissions repérer rapidement les cas de COVID-19. Il ne faut pas baisser notre garde. Notre meilleure défense contre le virus continue d'être les gestes quotidiens que nous posons pour enrayer la maladie, y compris le respect de la distanciation physique, le port du masque et le fait de rester chez soi quand on est malade. Ensemble, nous pouvons venir à bout de la COVID-19. »

Élargir l'accès aux tests de dépistage aux pharmacies, cela fait partie du plan global de la province pour préparer le système de santé à une deuxième vague de COVID-19. Intitulé *Protéger les Ontariens : Se préparer à de futures vagues de COVID-19*, le plan aidera la province à repérer rapidement les cas, à empêcher la propagation et à réagir à tout scénario afin de protéger la collectivité.

Le plan *Protéger les Ontariens* prévoit les mesures suivantes :

- Maintenir en place des mesures de santé publique rigoureuses, y compris en continuant à renforcer le dépistage et la gestion des cas et des contacts;
- Repérer et gérer rapidement les cas afin de prévenir efficacement les éclosions de COVID-19;
- Accélérer les efforts visant à réduire les retards enregistrés dans les services de santé;

- Préparer la province à une recrudescence des cas de COVID-19;
- Recruter de nouveaux professionnels de la santé, les conserver, les former et les soutenir, tout en continuant à impliquer les familles et les soignants dans ce processus;
- Mettre en œuvre la plus vaste campagne de vaccination contre la grippe de l'histoire de la province.

Compte tenu de l'ampleur et de la complexité de son plan de préparation sanitaire, la province continuera d'en annoncer progressivement les détails au cours des prochains jours.

Par ailleurs, les centres d'évaluation de l'Hôpital Women's College, de l'Hôpital Mount Sinai et de l'Hôpital Toronto Western du Réseau universitaire de santé proposeront cette semaine des tests de salive. D'autres centres d'évaluation commenceront à proposer cette méthode de test moins invasive au cours des semaines à venir, ce qui donnera aux Ontariens et Ontariennes davantage de possibilités de se faire tester. <https://news.ontario.ca/fr/release/58496/ontario-elargit-laccès-aux-tests-de-dépistage-de-la-covid-19-aux-pharmacies-1>

Canada

Alors que le Québec lance la campagne publicitaire sur la COVID-19, les spécialistes se demandent si elle atteindra le public cible

Source : 660citynews.com

ID : 1007900328

MONTRÉAL — Le Québec a commencé à lancer une campagne publicitaire sur la COVID-19 visant à donner un visage humain à ce virus mortel et à atteindre les personnes qui sous-estiment sa gravité.

Les publicités – dont la première a été lancée mardi soir – comprennent des témoignages de personnes directement touchées par la COVID-19.

Dans le premier message publicitaire, la caméra montre Francis, un entrepreneur général qui raconte avoir passé 45 jours à l'hôpital, dont 12 dans le coma. Il a subi une trachéotomie et respire maintenant par une ouverture dans son cou.

Francis explique avoir contracté le virus alors qu'il était chez une amie et que les deux discutaient dans le cadre de porte. Trois jours plus tard, les symptômes sont apparus : fièvre, fatigue et difficultés respiratoires. Il n'est plus en mesure de travailler.

« Croyez-moi, la COVID-19, c'est sérieux », dit-il.

Les responsables de la santé publique ayant déclaré que la province la plus touchée par le COVID-19 connaît une deuxième vague, les efforts se sont intensifiés pour atteindre un segment de la population estimant que le risque lié au virus est surévalué.

Mais certains spécialistes en marketing ne pensent pas que le gouvernement adopte le bon ton ou que le message atteindra les bonnes personnes.

« La peur n'est pas une bonne motivation », a dit Benoît Duguay, professeur à l'École des sciences de la gestion de l'Université du Québec à Montréal.

« Vous allez effrayer les mauvaises personnes. Vous allez effrayer les personnes qui ont déjà peur, et cela ne changera pas l'attitude ni le comportement des personnes qui n'ont pas peur, de quelque façon que ce soit. »

Robert Soroka, professeur de marketing à l'École de gestion John-Molson de l'Université Concordia, affirme que la publicité aurait été plus efficace si elle avait été accompagnée d'un message à la fin.

« Les appels à la peur fonctionnent, mais ils sont plus efficaces lorsque vous fournissez une solution au public », a affirmé Soroka.

L'autre problème est que la récente flambée d'infections a été plus prononcée chez les jeunes, qui ne se reconnaîtront pas nécessairement dans la première publicité mettant en scène un entrepreneur d'âge moyen.

« Ils ont absolument besoin de l'entendre de la part d'influenceurs sociaux, de personnes qui sont respectées par ce segment de la population, a poursuivi Soroka. En ce moment, ce groupe n'adhérera pas au message... et leurs pairs ne renforcent assurément pas le message que le gouvernement essaie de faire passer.

Les influenceurs ou les célébrités qui atteindraient le mieux ces groupes d'âge ne veulent pas nécessairement diluer leurs propres marques et perdre les activités qui leur génèrent des revenus », a dit Soroka.

Le premier ministre François Legault a partagé sur Twitter le message publicitaire de 30 secondes mettant en vedette Francis, en soulignant que ce dernier n'est pas un acteur. « C'est un Québécois, comme vous et moi, qui a attrapé la COVID-19 et est tombé très malade », a-t-il écrit.

Laurette Dubé, professeure de marketing à la Faculté de gestion Desautels de l'Université McGill, a noté que de nombreuses personnes qui sont sceptiques quant à la réponse du gouvernement ont réagi négativement au tweet du premier ministre concernant cette publicité.

« La recherche sur la peur révèle généralement deux choses : pas assez, ça n'attire pas l'attention, trop, vous obtenez cette réaction qui n'est pas traitée, » a affirmé Dubé.

Elle a indiqué que lorsque les attitudes sont très divergentes, les gens qui se trouvent à un extrême sont déjà convaincus. Tandis que ceux qui se trouvent à l'autre extrême « peuvent avoir la réaction observée dans ces tweets (en réponse à Legault) ».

Duguay a indiqué que si l'objectif de la province est de mettre fin aux grands rassemblements, une publicité plus efficace montrerait à quoi ressemblent les rassemblements qui respectent les règles.

« Il est préférable de faire appel au positivisme plutôt qu'au négativisme en publicité, a-t-il poursuivi. La peur n'a jamais été un facteur de changement avéré. »

<https://www.660citynews.com/2020/09/23/as-quebec-rolls-out-covid-19-ad-campaign-experts-wonder-if-it-will-reach-target-audience/>

États-Unis – Coronavirus 2019 (COVID-19) - Ressources pour la communication (officielle et médias)

États-Unis

Les autorités sanitaires des États-Unis citent les progrès réalisés dans la lutte contre le coronavirus

Source : CIDRAP

ID : 1007900324

Alors que les États-Unis entrent dans une nouvelle phase incertaine de la pandémie de COVID-19 au milieu de controverses sur l'ingérence politique dans la réponse fédérale, les principales autorités sanitaires du pays ont déclaré aujourd'hui aux législateurs que le pays réalise des progrès dans la lutte contre le coronavirus, mais ont exhorté les Américains à poursuivre les efforts d'atténuation en attendant un vaccin.

Lors d'une audition tenue par la commission sénatoriale de la santé, de l'éducation, du travail et des pensions, l'amiral Brett Giroir, M.D., secrétaire adjoint à la santé du Département de la santé et des

services sociaux (HHS), a déclaré que le nombre de nouveaux cas de COVID dans le pays est en baisse depuis les pics enregistrés après le jour du Souvenir, tandis que le nombre de personnes hospitalisées pour la COVID-19 a chuté de 54 % et que le nombre de décès associés à la COVID a diminué de 32 %.

« Mais permettez-moi de souligner que pour maintenir ces gains, nous devons poursuivre nos efforts d'atténuation disciplinés, a dit Giroir à la commission dans des remarques préparées. En particulier, porter le masque lorsque la distanciation physique n'est pas possible, éviter les foules, particulièrement à l'intérieur, et augmenter le dépistage et la surveillance ».

Le directeur des **Centers for Disease Control and Prevention (CDC)**, le docteur Robert Redfield, tout en reconnaissant la tragédie de plus de 200 000 décès par COVID-19 aux États-Unis à ce jour, a affirmé qu'il y a une amélioration du taux de mortalité liée à la COVID-19, en particulier chez les personnes âgées.

« Cette amélioration, cependant, ne signifie pas que nous pouvons baisser notre garde », a dit Redfield. Au cours de la semaine dernière, nous avons eu en moyenne plus de 40 000 cas et près de 800 décès par jour. »

Groupes plus jeunes touchés

Redfield a également souligné l'évolution des tendances dans l'âge des nouveaux cas de COVID-19, indiquant que le groupe d'âge 18- 25 ans représente désormais plus de 26 % des nouvelles infections, soit plus que tout autre groupe.

Ce changement dans l'âge des personnes infectées a été mis en évidence aujourd'hui par les CDC dans le dernier rapport hebdomadaire sur la morbidité et la mortalité. Une analyse des tendances de l'âge faite par l'équipe de réponse COVID-19 des CDC a révélé que, de juin à août, l'incidence de la COVID-19 était la plus élevée chez les personnes âgées de 20 à 29 ans, une tendance observée dans toutes les régions du pays. Au niveau national, l'âge médian des cas de COVID-19 est passé de 46 ans en mai à 37 ans en juillet et à 38 ans en août.

« Il est impératif que ces jeunes adultes reconnaissent que même s'il est peu probable qu'ils tombent gravement malades à cause de ce virus, ils contribuent largement à la propagation de la COVID-19 dans notre pays en ce moment, » a poursuivi Redfield.

Les États-Unis comptent actuellement 6 925 840 cas confirmés de COVID-19 et 201 617 décès, selon le tableau de bord de la situation concernant la COVID-19 de l'Université Johns Hopkins.

Le chef de la FDA indique que la science guidera l'approbation des vaccins

Le statut des vaccins candidats contre la COVID-19 ainsi que la rapidité avec laquelle un vaccin pourrait être homologué et distribué ont fait partie des sujets abordés lors de l'audition. **Le commissaire de la Food and Drug Administration (FDA), le docteur Stephen Hahn, a cherché à assurer au public qu'un vaccin contre le coronavirus ne sera pas approuvé, ou ne recevra pas d'autorisation d'utilisation d'urgence, tant que les données d'un essai de phase III n'auront pas démontré son innocuité et son efficacité de manière « claire et convaincante », et que la politique ne jouera pas un rôle dans le processus.**

« La FDA autorisera et approuvera un vaccin contre la COVID-19 uniquement lorsque le vaccin répondra aux attentes rigoureuses de l'organisme en matière d'innocuité et d'efficacité, a déclaré Hahn. Les décisions d'autoriser ou d'approuver un tel vaccin ou produit thérapeutique seront prises par le personnel de carrière dévoué de la FDA, grâce à nos processus d'examen minutieux, et la science guidera nos décisions. »

À la question du sénateur républicain Lamar Alexander du Tennessee visant à savoir qui prend les décisions relatives à l'innocuité et à l'efficacité des vaccins et des produits thérapeutiques à la FDA, Hahn a répondu qu'il s'agit des scientifiques de carrière de l'organisme.

« J'ai exprimé à plusieurs reprises mon intention, et je l'ai fait durant la COVID-19, afin de m'assurer que ces décisions soient prises par des scientifiques de carrière », a affirmé Hahn.

Hahn, Redfield, Giroir et le directeur du National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), le docteur Anthony Fauci, ont tous déclaré qu'ils se sentiraient en confiance de recevoir un vaccin autorisé par la FDA et de le recommander à leur famille.

Redfield a également maintenu les propos qu'il a tenus au Congrès la semaine dernière concernant le moment où un vaccin contre la COVID-19, s'il est homologué avant la fin de l'année, pourrait être largement distribué. « Je pense que ce sera en avril, en mai, en juin, peut-être en juillet, pour que l'ensemble de la population américaine soit vaccinée, » a-t-il dit.

Après avoir présenté ce calendrier la semaine dernière, Redfield a été réprimandé par le président Trump, lequel a déclaré que les informations du directeur des CDC étaient erronées.

Selon Fauci, nous saurons d'ici la fin de l'année si l'un des vaccins candidats est sûr et efficace. Il a toutefois mentionné que même avec un vaccin, les mesures de santé publique qui ont été prises pour ralentir la propagation du coronavirus seront toujours nécessaires.

« La disponibilité du vaccin constituera un pas de géant dans la lutte contre l'infection, mais il ne permettra pas de l'éradiquer ou de l'éliminer complètement, surtout si le vaccin disponible est moyennement efficace, a affirmé Fauci. En l'absence d'un vaccin efficace à 98 %, et ce, même si tout le monde se fait vacciner, des personnes seront toujours vulnérables dans la population. »

La discussion sur le vaccin a eu lieu lorsque le fabricant de médicaments Johnson & Johnson a annoncé qu'il avait entamé une étude de phase III dans plusieurs pays pour son vaccin candidat contre la COVID-19, et qu'il prévoyait de recruter 60 000 volontaires. Contrairement aux autres vaccins candidats faisant actuellement l'objet d'études de phase III, le vaccin de Johnson & Johnson pourrait être administré en une seule dose et n'a pas besoin d'être conservé à des températures inférieures à zéro.

Préoccupations concernant l'ingérence politique

Un autre sujet abordé par Redfield lors de l'audition a été le refus politique du président Trump sur divers aspects du coronavirus.

« Je continuerai à présenter la science et les données comme je les vois, et cela ne sera pas modulé en fonction des préférences des autres quant à ce que je dis, » a affirmé Redfield.

Lors d'entretiens avec The Hill, plusieurs responsables actuels des CDC, s'exprimant sous le couvert de l'anonymat, ont déclaré que la relation antagoniste de l'administration avec l'organisme et l'ingérence politique dans les communications et les recommandations des CDC ont eu un impact considérable sur le moral des employés des CDC. La semaine dernière, il a été rapporté que les changements apportés aux directives des CDC sur les personnes devant être testées pour le coronavirus avaient été faits par des responsables politiques au sein de l'administration Trump, malgré les objections des scientifiques des CDC.

La législation présentée hier par 33 sénateurs démocrates cible cette ingérence politique. La loi sur la science et la transparence sur la politique (STOP), coparrainée par les sénateurs Chuck Schumer (démocrate, New York) et Patty Murray (démocrate, Washington), créerait un groupe de travail responsable d'enquêter sur toute ingérence politique dans les décisions prises par les organismes scientifiques au Département de la santé et des services sociaux (HHS).

Augmentations à New York

D'autres développements aux États-Unis :

Le Département de la santé de la ville de New York a déclaré aujourd'hui que six quartiers connaissent une augmentation des cas de COVID-19, dont quatre composent un groupe que les autorités appellent

« Ocean Parkway Cluster ». Les autorités municipales se disent préoccupées par le fait que ces augmentations pourraient entraîner une transmission communautaire plus étendue dans la ville de New York, qui a actuellement un taux d'infection de 1,1 % et qui est en train de rouvrir ses écoles.

Le Metropolitan Opera de New York a annoncé aujourd'hui l'annulation de toute sa saison. Il ne rouvrira pas avant septembre 2021. Le Metropolitan Opera est la plus grande organisation des arts du spectacle du pays.

NPR rapporte que plusieurs organisations nationales en éducation ont fait équipe avec des groupes représentant des écoles à charte et indépendantes pour créer un tableau de bord en ligne qui suit les cas confirmés et suspectés de COVID-19 dans les écoles de la maternelle à la 12^e année de 47 États. Les données actuelles du tableau de bord montrent 230 cas par 100 000 élèves, et 490 cas par 100 000 membres du personnel.

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/us-health-officials-cite-progress-against-coronavirus>

États-Unis

L'administration annonce l'octroi de 200 millions de dollars par les CDC aux autorités législatives pour la préparation au vaccin contre la COVID-19

Source : Bureau de presse du HHS

Le Département de la santé et des services sociaux (HHS) annonce une action prochaine des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) afin d'octroyer 200 millions de dollars aux autorités législatives pour la préparation au vaccin contre la COVID-19.

Le fonds provenant de la loi CARES (Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security Act) permettra de fournir un soutien pour les infrastructures essentielles aux bénéficiaires actuels grâce à l'accord de coopération des CDC en matière de vaccination. Les CDC accordent 200 millions de dollars à 64 autorités législatives dans le cadre de l'accord de coopération existant sur les vaccinations et les vaccins pour les enfants. Ces fonds, ainsi que le soutien précédent apporté par les CDC, aideront les États à se préparer à la vaccination contre la COVID-19.

« En établissant des partenariats étroits avec les États et les autres autorités législatives avec lesquels nous travaillons depuis des années sur les programmes de vaccination, nous avons la possibilité de commencer à distribuer et à administrer des vaccins contre la COVID-19 sûrs et efficaces dès qu'ils sont homologués et disponibles, » a déclaré le secrétaire du HHS, Alex Azar. Avec ces 200 millions de dollars de nouveaux fonds, les autorités législatives peuvent élaborer et mettre à jour des plans pour la distribution et l'administration éventuelle de vaccins sûrs et efficaces qui contribueront à mettre fin à cette pandémie. Le gouvernement fédéral, y compris les experts des CDC et du Département de la défense, sont prêts à apporter leur aide si nécessaire. »

« Les CDC travaillent depuis des décennies avec les autorités locales et étatiques pour fournir des dizaines de millions de doses de vaccin chaque année, a déclaré Robert Redfield, directeur des CDC. Les CDC travaillent en étroite collaboration avec ces autorités pour améliorer et mettre à jour les plans de vaccination en préparation du prochain programme de vaccination contre la COVID-19. »

Les avis d'attribution seront publiés le 23 septembre 2020 et les 64 autorités législatives recevront un financement, dont le montant de chacune sera déterminé au moyen d'une formule basée sur la population.

Les fonds octroyés aux autorités législatives visent à planifier et à mettre en œuvre les services de vaccination contre la COVID-19.

Pour en savoir davantage sur le soutien continu des CDC aux États, veuillez consulter le site Web des CDC : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/php/funding-update.pdf> - PDF
<https://www.hhs.gov/about/news/2020/09/23/administration-announces-200-million-from-cdc-jurisdictions-covid-19-vaccine-preparedness.html>

États-Unis

Série de séances de discussion virtuelles – Immediately in Effect Guidance on Coronavirus (COVID-19) Diagnostic Tests

Source : FDA

Résumé :

La Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis organisera une séance de discussion virtuelle pour les laboratoires cliniques et les fabricants commerciaux qui mettent au point ou ont mis au point des tests diagnostiques du SRAS-CoV-2. Cette séance de discussion vise à aider à répondre aux questions techniques sur le développement et la validation des tests pour le SRAS-CoV-2.

Contexte :

La FDA joue un rôle essentiel dans la protection des États-Unis contre des menaces comme les maladies infectieuses émergentes, notamment la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). La FDA s'est engagée à fournir en temps utile des conseils pour soutenir les efforts de réponse à cette pandémie.

Le document d'orientation immédiatement en vigueur « Policy for Coronavirus Disease-2019 Tests During the Public Health Emergency (Revised) » comprend des politiques spécifiques à cette urgence de santé publique. Ce document a été publié le 29 février 2020 et a été mis à jour le 16 mars 2020, le 4 mai 2020 et le 11 mai 2020.

Détails sur la séance pour les intervenants :

Il n'est pas nécessaire de s'inscrire.

Heure : 12 h 15 à 13 h 15

Pour vous assurer que vous êtes connecté, veuillez composer le numéro 15 minutes avant le début de l'appel.

Appelants aux États-Unis :

888-455-1392

Numéro de la conférence : RWXW1646987

Code d'accès : 9493939

Appelants internationaux :

1-773-799-3847

Numéro de la conférence : RWXW1646987

Code d'accès : 9493939

Pour voir la présentation de diapositives pendant le webinaire :

<https://www.mymeetings.com/nc/join.php?i=RWXW1646987&p=9493939&t=c>

<https://www.fda.gov/medical-devices/workshops-conferences-medical-devices/virtual-town-hall-series-immediately-effect-guidance-coronavirus-covid-19-diagnostic-tests-09302020>

États-Unis

Mise à jour sur le Coronavirus (COVID-19) : bilan quotidien du 23 septembre 2020

Source : FDA

La Food and Drug Administration des États-Unis a annoncé aujourd'hui les mesures suivantes prises dans le cadre de son effort continu de réponse à la pandémie de COVID-19 :

- Le commissaire de la FDA, Stephen M. Hahn, M.D., a témoigné devant la commission sénatoriale de la santé, de l'éducation, du travail et des pensions lors d'une audience intitulée « COVID-19: An Update on the Federal Response ».
- La FDA a publié aujourd'hui un document résumant les preuves mises à jour pour soutenir l'utilisation d'urgence du « plasma de convalescence » contre la COVID-19. L'organisme

continuera à examiner les circonstances et la pertinence de l'autorisation d'utilisation en cas d'urgence. Afin de rendre ces informations accessibles au public, le document publié sur le web présente l'examen de la FDA dans un langage relativement simple.

- Mise à jour sur les tests :
 - À ce jour, 252 tests sont autorisés par la FDA pour utilisation d'urgence; il s'agit de 202 tests moléculaires, 46 tests d'anticorps et 4 tests d'antigènes.

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-daily-roundup-september-23-2020>

États-Unis

Mise à jour sur le coronavirus (COVID-19) : La FDA autorise le premier test de détection d'anticorps au point de service pour la COVID-19

Source : FDA

Aujourd'hui, la Food and Drug Administration des États-Unis a émis une autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) pour le premier test sérologique (anticorps) au point de service pour le diagnostic de la COVID-19. L'utilisation du module de détection rapide de la présence de l'immunoglobuline G (IgG) et de l'immunoglobuline M (IgM) contre la COVID-19 d'Assure a été autorisée la première fois à des fins d'urgence par certains laboratoires en juillet 2020 afin de faciliter l'identification d'individus ayant des anticorps du SARS-CoV-2, indiquant une infection par la COVID-19 récente ou antérieure. Aujourd'hui, cette autorisation d'utilisation d'urgence est émise à nouveau pour autoriser l'utilisation du test au point de service à l'aide d'échantillons de sang par prélèvement au doigt. Cette autorisation signifie que les échantillons de sang par prélèvement au doigt peuvent maintenant être testés aux points de service, comme les cabinets de médecins, les hôpitaux, les centres de soins d'urgence et les salles d'urgence, plutôt qu'être envoyés à un laboratoire central qui en fera l'examen.

« L'autorisation des tests au point de service permettra d'obtenir des résultats plus rapides et plus pratiques pour les personnes qui veulent savoir s'ils ont déjà été infectés par le virus qui provoque la COVID-19, affirme le commissaire de la FDA, Stephen M. Hahn, M.D. Jusqu'à aujourd'hui, les échantillons des tests sérologiques ne pouvaient généralement être évalués que dans un laboratoire central, ce qui peut prendre beaucoup de temps et utiliser des ressources supplémentaires pour le transport des échantillons et l'exécution des tests. Comme de plus en plus de tests sérologiques au point de service sont autorisés, ces ressources pourront être préservées et les délais de traitement d'autres types de tests de la COVID-19 pourront être réduits, car moins de temps sera consacré aux tests sérologiques. »

Des autorisations d'utilisation d'urgence ont été accordées pour près de 50 tests sérologiques depuis le début de la pandémie. Le test d'Assure est une immunochromatographie sur membrane qui peut être utilisée avec du sang veineux total, du sérum, du plasma et des échantillons de sang total par prélèvement au doigt. Contrairement aux tests diagnostiques de la COVID-19 au point de service, ce test sérologique de dépistage au point de service utilise un échantillon de sang total par prélèvement au doigt pour effectuer le test.

La FDA souhaite rappeler aux patients qu'on ignore pendant combien de temps les anticorps persistent après l'infection et si leur présence confère une immunité protectrice. Ils ne devraient donc pas interpréter les résultats d'un test sérologique comme s'ils signifiaient qu'ils étaient immunisés ou avaient un certain niveau d'immunité contre le virus. En raison de ces inconnues, la FDA met en garde les patients contre le fait de voir dans les résultats de ces tests, ou de tous autres tests sérologiques, un signe qu'ils peuvent cesser de prendre des mesures pour se protéger et protéger les autres, comme ne plus respecter la distanciation sociale, cesser de porter des masques ou retourner au travail.

La FDA tient également à rappeler au public que les tests sérologiques ne doivent pas être utilisés pour diagnostiquer une infection active, car ils ne peuvent que détecter les anticorps que le système immunitaire produit en réponse au virus, et non le virus en soi. Il est également important de rappeler que dans une population à faible prévalence, même des tests de détection des anticorps très fiables peuvent

produire autant sinon plus de faux résultats que de résultats concluants parce que la probabilité de trouver une personne qui a été infectée est très mince. Il est, par conséquent, nécessaire de considérer que les résultats de deux tests sérologiques peuvent s'avérer nécessaires pour générer des résultats fiables.

Le module de détection rapide de la présence d'IgG et d'IgM contre la COVID-19 d'Assure est actuellement le seul test sérologique de dépistage de la COVID-19 au point de service autorisée par la FDA et il n'est disponible que sur ordonnance seulement. La FDA poursuit sa collaboration avec les développeurs de tests pour élargir l'accès aux tests de la COVID-19.

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-fda-authorizes-first-point-care-antibody-test-covid-19>

États-Unis

Mise à jour scientifique sur la COVID-19 publiée le : 22 septembre 2020

Source : CDC

Épidémiologie

REVU PAR LES PAIRS

Sous-estimation appréciable de l'infection par le SARS-CoV-2 aux États-Unis Wu et coll. Nature Communications (9 septembre 2020).

Principales constatations :

Au 18 avril 2020, l'incidence cumulative estimée du SARS-CoV-2 aux États-Unis était d'environ 2 %. Le nombre d'infections par le SARS-CoV-2 cumulatives estimées représentait 8,6 fois le nombre d'infections confirmées : 6 454 951 par rapport à 751 245.

84 % de la variabilité entre le nombre de cas cumulatifs estimés et le nombre de cas confirmés déclarés sont attribuables à des tests incomplets et 16 %, à des tests inexacts.

Le taux cumulé d'infection estimé (fourchette : 3,1 à 65,0/1 000) et le ratio des cas d'infection par le SARS-CoV-2 cumulatifs estimés (fourchette : 5 à 33) varient largement selon l'État (Figure).

Les écarts entre les États fluctuent en fonction des différents taux de transmission, des taux de dépistage et des taux de positivité des tests dans chaque État, plutôt qu'en fonction de la modélisation des hypothèses.

Méthodes : Les analyses qui se fondent sur les données du COVID Tracking Project pour évaluer le nombre de cas d'infection par le SARS-CoV-2 cumulatifs estimés par État et évaluer l'incidence des tests incomplets et du mauvais rendement des tests. Dénombrements des tests utilisés quotidiennement et des tests positifs au SARS-CoV-2 confirmés dans chaque État du 28 février au 18 avril 2020. Les données sur les populations des États projetées de 2019 tirées du recensement des États-Unis de 2010 ont été utilisées pour calculer les taux. Des intervalles de simulation (2,5^e et 97,5^e percentiles) ont été calculés à partir de la distribution des infections estimées. Limites : Les États dont la fréquence des tests était très faible; les probabilités de tests positifs pourraient ne pas prédire l'incidence dans l'ensemble de la population (p. ex. si les tests étaient limités aux patients présentant des symptômes graves); les données au niveau du pays ne sont pas disponibles.

Répercussions : Le nombre de cas d'infections par le SARS-CoV-2 cumulatifs estimés était plus grand que le nombre de cas d'infections confirmées déclarées, peut-être en partie en raison des problèmes liés à la détection. La surveillance de la sous-estimation des cas confirmés signalés peut permettre d'obtenir des estimations plus précises du fardeau cumulatif de l'infection par le SARS-CoV-2.

Figure :

Cas confirmés de COVID-19 et cas estimés au 18 avril 2020. A : Les barres grises indiquent le taux moyen des infections estimées. B : Les ratios dans chaque État par quintile par ordre décroissant, avec le ton le plus sombre de bleu indiquant le quintile le plus haut, et le ton le plus clair de vert indiquant le quintile le plus bas.

Redimensionner l'icône Agrandir l'affichage

Remarque : Tiré de Wu et coll. A : Les barres grises indiquent le taux moyen des infections estimées. B : Les ratios dans chaque État par quintile par ordre décroissant, avec le ton le plus sombre de bleu indiquant le quintile le plus haut, et le ton le plus clair de vert indiquant le quintile le plus bas. Les lignes noires horizontales indiquent les intervalles de simulation (2,5^e et 97,5^e percentiles). Licence CC-BY 4.0.

Évaluation de la santé mentale des élèves des écoles primaires de Chine avant et après la fermeture et l'ouverture des écoles pendant la pandémie de COVID-19. Zhang et coll. JAMA Network (11 septembre 2020).

Principales constatations :

La prévalence de la dépression et des idées suicidaires a sensiblement augmenté chez les élèves après la fermeture des écoles (vague 2) par rapport aux niveaux avant la fermeture des écoles (vague 1) (Figure).

Méthodes : Étude longitudinale d'une cohorte de 1 241 élèves chinois de la 4^e à la 8^e année comparant les facteurs de santé physique et mentale avant l'éclosion de la COVID-19 (vague 1, début novembre 2019) avec réouverture des écoles après deux semaines (vague 2, mi-mai 2020) dans une région à faible risque de la Chine. Limites : Réponse et biais de rappel; variables parasites non mesurées et erreurs de mesure dans les résultats en matière de santé mentale; représentativité limitée de l'échantillon.

Répercussions : La fermeture des écoles a une incidence négative sur la santé mentale des élèves. Les organismes de services de santé et gouvernementaux doivent prévoir les répercussions des fermetures prolongées des écoles et se préparer à offrir davantage de services de santé mentale aux enfants et à leurs familles.

Figure :

Incidence des symptômes de maladie mentale et des comportements suicidaires au cours de la vague 1 avant la fermeture des écoles et de la vague 2 après la réouverture des écoles.

Redimensionner l'icône Agrandir l'affichage

Remarque : Adapté de Zhang et coll. Incidence des symptômes de maladie mentale et des comportements suicidaires au cours de la vague 1 avant la fermeture des écoles et de la vague 2 après la réouverture des écoles. a $p < 0,001$; b $p = 0,09$. Licence CC-BY 4.0.

Plasma de convalescence

La thérapie par plasma de convalescence (PC) fait actuellement l'objet d'une évaluation en tant que traitement de la COVID-19 et le plasma est recueilli chez des personnes guéries de la COVID-19. Toutes les personnes ne développent toutefois pas le même profil d'anticorps ou des titres d'anticorps neutralisants (AN) adéquats après avoir été infectées par le SARS-CoV-2. Il est nécessaire de déterminer les niveaux d'AN dans le PC qui sont optimaux pour le traitement et la prévention. Comme les analyses permettant de mesurer la neutralisation sont complexes, il est important de déterminer si d'autres titres d'anticorps, comme ceux du domaine de liaison au récepteur (DLR) ou la protéine S, peuvent être utilisés comme marqueur d'anticorps à titre neutralisant élevé. Les deux études suivantes présentent de récentes constatations sur les caractéristiques du PC.

RÉVISÉ PAR LES PAIRS

A. Le plasma de convalescence anti-ectodomaine de la protéine S du SARS-CoV-2 et le domaine de liaison aux récepteurs des IgG entrent en corrélation avec la neutralisation du virus. Salazar et coll. Journal of Clinical Investigation (10 septembre 2020).

Principales constatations :

La plupart des donneurs de PC (43/68; 63 %) avaient des titres d'AN élevés ($\geq 1:160$).

Les titres d'AN élevés ont été associés à une dyspnée, à une hospitalisation et à une gravité au moment où le donneur était malade (Figure 1).

Les anticorps anti-DLR et les anticorps anti-ectodomaine (ECD) de la protéine S étaient étroitement corrélés avec les AN ($p < 0,001$ pour chacun).

80 % des donneurs de PC avaient un titre d'AN $\geq 1:160$ lorsque leurs anticorps anti-DLR ou leur titre d'anticorps anti-ECD de la protéine S (partie de la protéine S) était de $\geq 1:1,350$ (Figure 2).

Dans une autre étude sur les niveaux d'anticorps chez 73 personnes infectées asymptomatiques, 27 avaient des anticorps anti-DLR ou des titres d'anticorps anti-ECD de la protéine S de $\geq 1:1,350$.

Méthodes : Évaluation rétrospective des anticorps anti-ECD des IgG, des anticorps anti-DLR des IgG et des titres d'AN du SARS-CoV-2 chez 68 donneurs de PC qui ont été atteints d'une infection symptomatique par le SARS-CoV-2. Dyspnée, hospitalisation et score de gravité au moment où la maladie a été consignée. Les titres d'IgG ont également été mesurés dans un échantillon distinct de 73 personnes séropositives asymptomatiques. Limites : Seuls les IgG ont été évalués; les constatations peuvent ne pas s'appliquer à toutes les plateformes de détection des anticorps ou à d'autres types d'échantillon; taille de l'échantillon relativement petite.

Figure 1

Diagrammes de quartiles des écarts interquartiles, indiquant le titre de neutralisation des anticorps transformés à l'échelle \log_2 chez 68 donneurs de PC.

Redimensionner l'icône Agrandir l'affichage

Remarque : Adapté de Salazar et coll. Diagrammes de quartiles des écarts interquartiles, indiquant le titre de neutralisation des anticorps transformés à l'échelle \log_2 chez 68 donneurs de PC. Les diagrammes de quartiles affichent des résultats aberrants, les barres fines sont les quartiles supérieur et inférieur. Gravité –Score de gravité plus élevé au cours de la maladie. Revue à libre accès; tous les contenus peuvent être librement lus.

Prévalence des donneurs de PC ayant des titres d'AN $\geq 1:160$ par titres d'IgG des anticorps anti-ECD de la protéine S et des anticorps anti-DLR. La ligne en pointillés est une courbe ajustée aux valeurs de probabilité. Le graphique illustre les barres représentant un écart-type.

Redimensionner l'icône Agrandir l'affichage

Remarque : Adapté de Salazar et coll. Prévalence des donneurs de PC ayant des titres d'AN $\geq 1:160$ par titres d'IgG des anticorps anti-ECD de la protéine S et des anticorps anti-DLR. La ligne en pointillés est une courbe ajustée aux valeurs de probabilité. Le graphique illustre les barres représentant un écart-type. Revue à libre accès; tous les contenus peuvent être librement lus.

Réactions de l'avidité des anticorps du SARS-CoV-2 chez des patients atteints de la COVID-19 et des donneurs de plasma de convalescence. Benner et coll. Journal of Infectious Diseases (10 septembre 2020).

Principales constatations :

Chez les patients hospitalisés, l'avidité des anticorps ainsi que les titres d'anticorps anti-protéine S et d'anticorps IgG dirigés contre la nucléocapside ont augmenté au cours des jours 10 à 20 suivant l'apparition des symptômes (Figure 1).

Chez les donneurs de PC, l'âge était lié à l'avidité des anticorps (force de la liaison entre les anticorps et les antigènes) en ce qui concerne les hommes ($p = 0,008$) mais non les femmes ($p = 0,872$) (Figure 2A).

Les donneurs de PC hospitalisés avaient une plus forte avidité des anticorps IgG dirigés contre la protéine S que les donneurs qui n'avaient pas été hospitalisés (Figure 2B).

Les titres d'anticorps neutralisants avaient une corrélation positive avec l'avidité des anticorps IgG dirigés contre la protéine S (ρ de Spearman = 0.386; $p < 0,001$) et la liaison aux IgG dirigés contre la protéine S (ρ de Spearman = 0.772, $p < 0,001$).

Méthodes : Les échantillons des patients hospitalisés ($n = 16$) atteints d'une infection par le SARS-CoV-2 confirmée et les donneurs de PC ($n = 130$) ont été évalués pour déterminer les titres d'anticorps IgG dirigés contre la protéine S, les titres d'anticorps IgG dirigés contre la nucléocapside et l'avidité des anticorps. Limites : Différentes méthodes ont été utilisées pour déterminer les titres d'anticorps IgG

dirigés contre la protéine S et les titres d'anticorps IgG dirigés contre la nucléocapside; les analyses des anticorps étaient semi-quantitatives; leurs résultats pourraient ne pas s'appliquer aux infections légères ou asymptomatiques; courte période d'observation.

Figure 1

A : Niveaux d'anticorps IgG et B : Avidité de l'anticorps anti-protéine S du SARS-CoV-2 chez les patients hospitalisés.

Redimensionner l'icône Agrandir l'affichage

Remarque : Adapté de Benner et coll. A : Niveaux d'anticorps IgG. B : Avidité de l'anticorps anti-protéine S du SARS-CoV-2 chez les patients hospitalisés. CD50 – Constante de dissociation de 50 %. Les lignes colorées indiquent les patients individuels. Comme les analyses utilisées étaient semi-quantitatives, les unités utilisées étaient des variables de substitution pour les mesures quantitatives. Licence CC-BY 4.0.

Figure 2

Échantillon transversal des patients hospitalisés guéris selon l'âge testés pour l'avidité des anticorps IgG dirigés contre la protéine S du SARS-CoV-2 selon l'âge (A) et le statut d'hospitalisation (B).

Redimensionner l'icône Agrandir l'affichage

Remarque : Adapté de Benner et coll. Échantillon transversal de patients hospitalisés guéris selon l'âge testés pour l'avidité des anticorps IgG dirigés contre la protéine S du SARS-CoV-2 selon l'âge (A) et le statut d'hospitalisation (B). CD50 – Constante de dissociation de 50 %. Licence CC-BY 4.0.

Répercussions pour deux études (Salazar et coll. et Benner et coll.) : L'effet du PC dans le traitement de la COVID-19 dépend vraisemblablement de nombreuses caractéristiques, y compris le niveau d'anticorps, l'avidité, la cible ainsi que l'activité de neutralisation. Il pourrait être important de déterminer la meilleure méthode à utiliser pour sélectionner les donneurs de PC afin d'identifier ceux qui ont des titres d'AN et des caractéristiques qui pourraient optimiser l'utilisation du PC comme traitement.

Haut de la page

Traitement clinique et gestion

REVU PAR LES PAIRS

Capacité aérobie maximale réduite après la COVID-19 chez de jeunes recrues adultes, Suisse, mai 2020. Crameri et coll. Eurosurveillance (10 septembre 2020).

Principales constatations :

La consommation maximale d'oxygène (une mesure de la capacité à faire des exercices d'aérobic) était inférieure chez les recrues infectées à la COVID-19 symptomatiques guéries comparée à celle des recrues qui n'avaient pas été infectées à la COVID-19 ($p = 0,02$).

Chez les recrues guéries, on a observé une diminution significative de la consommation maximale d'oxygène comparativement à une mesure de base obtenue avant la maladie (Figure).

19 % des recrues infectées à la COVID-19 symptomatiques avaient perdu >10 % de leur consommation maximale d'oxygène.

Méthodes : Étude transversale auprès de 199 recrues de l'armée suisse qui ont subi le test de dépistage par RT-PCR en mai 2020 au cours d'une épidémie de la COVID-19 et ont été répartis en trois groupes : RT-PCR positifs, symptomatiques, RT-PCR positifs, asymptomatiques, et RT-PCR négatifs. L'endurance et la capacité aérobie, y compris la consommation maximale d'oxygène, ont été mesurées au départ chez toutes les recrues (vraisemblablement trois mois avant l'épidémie de la COVID-19). Des données complètes au départ et après l'épidémie de la COVID-19 étaient disponibles pour 139 (70 %) des recrues. Ces données ont été évaluées afin de déterminer les écarts. Limites : Le calendrier des tests effectués après l'épidémie était confus.

Répercussions : Une diminution de la capacité cardio-pulmonaire a été constatée chez les recrues militaires guéries de la COVID-19. Des effets à long terme sur la fonction pulmonaire ont été observés après une infection bénigne à modérée à une infection grippale, effets qui pourraient également être présents après la COVID-19. D'autres travaux de recherche pour comprendre l'incidence des conséquences à long terme s'imposent.

Figure :

Différence dans la capacité aérobie maximale prévue avant et après l'écllosion de COVID-19

icône RedimensionnerAgrandir

Remarque : Adapté de Cramer et autres. Difference in predicted maximal aerobic capacity before and after COVID-19 outbreak (n = 139). Autorisé en vertu de la licence CC BY 4.0.

Effect of recombinant human granulocyte colony-stimulating factor for patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19) and lymphopenia: A randomized clinical trial icône externe.icône externe Cheng et autres. JAMA Internal Medicine (10 septembre 2020).

Principales constatations :

Le traitement des patients atteints de la COVID-19 qui présentent une lymphopénie (niveaux anormalement faibles de globules blancs) au moyen d'un facteur stimulant les colonies de granulocytes-macrophages humain recombinant (r-h-GM-CSF) afin de favoriser la production de lymphocytes n'a pas affecté le temps nécessaire à une amélioration clinique (12 jours avec lymphopénie contre 13 jours sans, $p = 0.06$).

Parmi les patients dont le niveau de lymphocytes circulants est inférieur ou égal à ≤ 400 par μL , le traitement au moyen du r-h-GM-CSF a réduit le temps nécessaire à une amélioration clinique comparativement à celui du groupe ayant reçu les soins habituels (12 jours contre 14 jours respectivement, $p = 0.003$) (Figure).

Le groupe traité au r-h-GM-CSF était moins susceptible de progresser vers une maladie clinique (2 % contre 15 %, différence de -13 %) et présentait des taux de mortalité plus faibles (2 % contre 10 %, rapport de risque de 0,19) au jour 21.

Méthodes : Un essai clinique ouvert à répartition aléatoire dans trois centres chinois entre le 18 février et le 10 avril 2020 afin de tester les effets du traitement au moyen du r-h-GM-CSF des patients atteints de la COVID-19 confirmés par une réaction en chaîne de la polymérase (N = 100) aux jours 0, 1 et 2, comparativement aux soins habituels (N = 100). Les critères d'admissibilité comprenaient la pneumonie, un nombre de lymphocytes de 800 par μL ou moins et l'absence de comorbidité. Le temps nécessaire à une amélioration clinique, la progression vers un état critique et la mortalité ont été mesurés. Limites : échantillons de petite taille et courte période d'observation; exclusion des patients présentant des comorbidités.

Répercussions : Le r-h-GM-CSF semble prévenir la progression vers la maladie grave ou la mort chez les patients atteints de la COVID-19 qui présentent une lymphocytopénie (≤ 400 lymphocytes/ μL ou moins). Des études à plus grande échelle auprès d'une population plus vaste de patients s'imposent.

Figure :

Remarque : Adapté de Cheng et autres. Improvement in patients with peripheral blood lymphocyte counts of $\leq 400/\mu\text{L}$ (A) or $>401-800/\mu\text{L}$ (B). Reproduit avec l'autorisation de JAMA Intern Med. doi: 10.1001/jamainternmed.2020.5503. © 2020, American Medical Association. Tous droits réservés.

Analyse phylogénétique

ÉVALUATION PAR LES PAIRS

The emergence of SARS-CoV-2 in Europe and North America icône externe.icône externe Worobey et autres. Science (10 septembre 2020).

Principales constatations :

Des simulations épidémiques indiquent de multiples entrées indépendantes du SRAS-CoV-2 aux États-Unis (Figure 1).

Les modèles n'ont pas permis d'identifier un scénario selon lequel la séquence virale de l'écllosion du 15 février 2020 dans l'État de Washington aurait pu dériver du premier cas connu de SRAS-CoV-2 aux États-Unis (15 janvier 2020).

La reconstruction phylogénétique indique également une introduction virale indépendante de la Chine en Allemagne et en Italie (Figure 2).

Méthodes : Au moyen de 294 génomes viraux du SRAS-CoV-2 de l'État de Washington recueillis du 15 janvier au 15 mars 2020 dans le cadre d'une surveillance communautaire de l'influenza, des simulations épidémiques ont été effectuées pour modéliser l'émergence des mutations du génome du SRAS-CoV-2 aux États-Unis. Afin de déterminer si un virus importé de l'écllosion de l'Allemagne est à l'origine de l'écllosion de l'Italie, des analyses phylogéographiques supplémentaires ont été menées.

Limites : contraintes imposées par le temps de doublement, données relatives à la séquence génétique non disponible auprès de tous les pays.

Répercussions : Cette étude met en lumière le fait que la surveillance communautaire du virus respiratoire, combinée aux analyses génomiques, peut s'avérer utile pour distinguer la transmission communautaire soutenue de l'importation de nouvelles souches, permet ainsi d'identifier l'origine des grappes, de déterminer le moment et l'endroit des origines de l'écllosion et de définir des mesures d'atténuation optimales en vue d'éventuelles écllosions futures.

https://www.cdc.gov/library/covid19/092220_covidupdate.html

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

Europe

Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (CEPCM) lance un nouveau tableau de bord de la situation de la COVID-19

Source : CEPCM

ID unique : 1007898394

Le CEPCM a lancé un nouveau tableau de bord de la situation de la COVID-19, offrant ainsi aux utilisateurs une plateforme plus simple et plus conviviale pour examiner les données européennes et mondiales les plus récentes concernant la COVID-19.

Le tableau de bord de la situation de la COVID-19 du CEPCM, d'abord lancé en mars 2020, propose un design plus simple et une fonctionnalité accrue permettant aux utilisateurs de surveiller facilement la pandémie de COVID-19 à l'échelle européenne et mondiale.

Au moyen de cartes, de graphiques et de tableaux interactifs, les utilisateurs sont en mesure de consulter, de comparer et d'exporter facilement les données concernant les cas et les décès liés à la COVID-19 par région ou pays, dans un laps de temps précis.

Le tableau de bord permet également aux utilisateurs de consulter et d'exporter les données relatives aux niveaux infranationaux de transmission au sein de l'UE, de l'EEE et au Royaume-Uni, ainsi que les données améliorées concernant les sous-ensembles de cas, y compris l'âge, le genre, l'hospitalisation et l'admission aux soins intensifs.

Depuis le début de la pandémie, l'équipe responsable des renseignements sur les épidémies du CEPCM recueille chaque jour des données sur la COVID-19 à l'échelle européenne et mondiale. Le tableau de bord de la situation de la COVID-19 est mis à jour quotidiennement afin de visualiser et de diffuser ces données.

Visitez le nouveau tableau de bord de la situation de la COVID-19

Tableau de bord de la situation – Cas de COVID-19 en Europe et dans le monde

<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/ecdc-launches-new-covid-19-situation-dashboard>

<https://gap.ecdc.europa.eu/public/extensions/COVID-19/COVID-19.html#global-overview-tab>

Europe

Optimiste à l'idée de voler? Les compagnies aériennes se tournent vers des tests de dépistage de la COVID dont les résultats sont connus en quelques minutes.

Source : National Post
ID unique : 1007898097

ZURICH/MILAN – Les compagnies aériennes misent sur des tests de dépistage de la COVID avant vol dont les résultats sont obtenus aussi rapidement que ceux des tests de grossesse pour rétablir la confiance des passagers à l'égard des avions dans lesquels l'espace est confiné et l'air est partagé. La compagnie allemande Lufthansa, dont la survie dépend de l'aide gouvernementale, est, selon deux sources bien au fait des discussions, en pourparlers avec le fabricant de médicaments suisse Roche concernant le déploiement de prétendus tests antigéniques puisque la compagnie aérienne espère les rendre disponibles le mois prochain. De son côté, le transporteur italien Alitalia a déclaré à Reuters qu'à compter de mercredi il ajouterait deux vols de Milan à Rome aux deux qu'il offre déjà de Rome à Milan, et ce, exclusivement aux passagers dont le test est négatif.

Les tests sont administrés dans les aéroports par les autorités sanitaires et leur coût est inclus dans le prix du billet. S'ils s'avèrent populaires et sécuritaires, ces vols pour lesquels les passagers ont passé un test antigénique seront étendus à d'autres itinéraires intérieurs et, éventuellement, à des itinéraires internationaux, a déclaré la compagnie aérienne.

Contrairement aux tests moléculaires en laboratoire utilisés par les autorités sanitaires pendant la pandémie, le traitement des tests antigéniques ne requiert aucune machine. À l'instar des tests de grossesse, il est possible d'obtenir les résultats en 15 minutes environ.

Toutefois, les tests exigent un frottis nasal inconfortable et ne sont pas aussi précis que les tests moléculaires, ou PCR. Ils génèrent habituellement davantage de « faux négatifs », ce qui pourrait faire en sorte que des passagers malades passent à travers les mailles du filet et montent à bord des avions.

<https://nationalpost.com/pmnh/health-pmnh/positive-about-flying-airlines-look-to-covid-tests-that-give-results-in-minutes>

Arabie saoudite

L'Arabie saoudite reprendra progressivement le pèlerinage Omra | Arabie saoudite

Source : Al Jazeera
ID unique : 1007898103

Saudi Press Agency (SPA), l'agence de presse de l'État, a rapporté que l'Arabie saoudite autorisera les pèlerins vivant au pays à entreprendre le pèlerinage Omra à compter du 4 octobre, après une pause de sept mois en raison de la pandémie de coronavirus.

En mars, le pays avait décrété l'interruption d'Omra, un pèlerinage islamique dans les villes saintes de La Mecque et de Médine entrepris chaque année par 19 millions de personnes.

Toujours selon SPA, l'Arabie saoudite permettra maintenant à 6 000 citoyens et habitants du royaume d'effectuer quotidiennement Omra, ce qui représente 30 pour cent de la capacité révisée de 20 000 et qui tient compte des mesures de santé préventives.

De plus, le 18 octobre, il sera possible d'augmenter à 75 pour cent de cette capacité. SPA a ajouté qu'à compter du 1^{er} novembre, le royaume permettra aux visiteurs en provenance de pays spécifiques jugés sécuritaires d'entreprendre Omra à 100 pour cent de la capacité révisée, et ce, jusqu'à la fin de la pandémie.

Le ministère du Hadj et de la Omra développe actuellement une application mobile qui sera offerte une semaine avant la reprise du Omra afin que les pèlerins puissent l'utiliser pour s'inscrire et réserver leur pèlerinage. Ils devront également respecter les consignes de santé fournies dans l'application.

La décision de recommencer l'Omra a été prise après l'organisation par le royaume du plus petit Hadj de l'histoire moderne à la fin juillet, alors que seulement 10 000 musulmans ont été autorisés à participer, un nombre très loin des 2,5 millions de participants qui s'étaient rassemblés l'année dernière.

Les autorités sanitaires ont affirmé qu'aucun cas de coronavirus n'avait été reporté sur les lieux saints pendant le Hadj, l'un des cinq piliers de l'islam et un incontournable pour tous les musulmans physiquement aptes au moins une fois au cours de leur vie.

Les pèlerins du Hadj encerclent la Kaaba sacrée, une structure cubique au cœur de la Grande Mosquée de La Mecque vers laquelle les musulmans du monde entier se tournent pour prier, le long de sentiers respectant la distanciation physique.

Le royaume a ainsi cherché à contenir une flambée des infections dont le nombre a maintenant atteint plus de 330 000 cas, le nombre le plus élevé dans le Golfe, et au moins 4 500 décès. Toutefois, l'Arabie saoudite a également rapporté mardi un taux élevé de guérisons, soit plus de 312 000. La semaine dernière, l'Arabie saoudite a partiellement levé la suspension des vols internationaux, six mois après les restrictions de voyage imposées en raison de la pandémie. Les données officielles révèlent que les pèlerinages du Hadj et d'Omra rapportent chaque année au royaume environ 12 milliards de dollars.

<https://www.aljazeera.com/news/2020/9/23/saudi-arabia-to-lift-ban-on-mecca-pilgrimage-amid-virus>

France

La France passera au niveau d'alerte maximale COVID-19 à Paris et dans d'autres grandes villes

Source : france24.com

ID : 1007900266

La France s'apprête à relever le niveau d'alerte coronavirus à Paris et dans d'autres grandes villes à « écarlate », le niveau maximal, dans le cadre des efforts visant à freiner la hausse continue du nombre quotidien d'infections, a confié une source publique à AFP.

Selon cette même source, le ministre de la Santé, Olivier Véran, annoncera de nouvelles mesures ce mercredi lors de sa conférence de presse hebdomadaire afin de faire le point sur la progression de l'épidémie.

La France a rapporté une flambée des cas quotidiens, forçant les autorités à exhorter les gens à limiter les rassemblements sociaux et à porter un masque en public en tout temps.

Dans la région de l'Île-de-France, le taux d'incidence de l'infection a atteint 204 par 100 000 habitants, un taux plus élevé que celui enregistré dans les villes les plus touchées comme Lyon et Marseille, qui ont déjà resserré les mesures afin de réduire la transmission du virus.

La capitale affichait un taux de tests positifs au coronavirus de 9,9 pour cent la semaine dernière, comparativement à un taux national de 6,1 pour cent mardi. Au même moment, Lyon devenait l'une des dernières villes à limiter l'assistance aux grands événements extérieurs, y compris les festivals, à 1 000 personnes, et à prohiber la vente et la consommation d'alcool à l'extérieur à compter de 20 h.

Les nouvelles règles pour Lyon, la troisième ville en importance de la France, sont conformes aux mesures semblables appliquées à Marseille, à Bordeaux et à Nice alors que le coronavirus connaît une résurgence au pays et que le système de test croule sous la demande importante.

<https://www.france24.com/en/20200923-france-to-raise-covid-19-alert-to-highest-level-in-paris-and-other-big-cities>

Chine

Jusqu'à 70 % des masques KN95 importés de la Chine ne respectent pas les normes de filtration

Source : usatoday.com

ID : 1007900263

Une pénurie de masques N95 a forcé les hôpitaux à trouver des solutions de rechange pour protéger les travailleurs de la santé qui s'occupent des patients atteints de la COVID-19. D'où le masque KN95.

Comme son nom l'indique, le masque KN95 a pour but d'éliminer 95 % des particules d'aérosol. Toutefois, l'ECRI (Emergency Care Research Institute), une organisation à but non lucratif qui se consacre à la sécurité des patients, a émis une mise en garde prioritaire contre ces masques après qu'une analyse ait révélé que jusqu'à 70 % des masques KN95 importés de la Chine ne respectaient pas ces normes de filtration.

Les hôpitaux américains ont acheté des centaines de masques KN95 fabriqués en Chine au cours des six derniers mois.

« Nous avons découvert que beaucoup n'étaient pas sécuritaires et efficaces contre la propagation de la COVID-19 », a expliqué le Dr Marcus Schabacker, président et chef de la direction d'ECRI. « L'utilisation de masques qui ne respectent les normes américaines expose les patients et les travailleurs de la santé à un risque d'infection. »

L'ECRI a testé près de 200 masques de 15 fabricants différents achetés par l'un des systèmes de santé le plus important au pays. Schabacker affirme qu'il existe non seulement une variabilité entre les différentes marques, mais également des incohérences entre les masques du même fabricant.

« Nous sommes préoccupés par la sécurité des travailleurs de la santé et des patients lors de l'utilisation des masques KN95 dans le cadre d'interventions à haut risque, et c'est pourquoi nous avons émis cette mise en garde », a-t-il expliqué. « Nous ne prenons pas cette mesure à la légère, nous la réservons aux situations de danger immédiat. »

En avril, la Food and Drug Administration a délivré une autorisation générale d'utilisation d'urgence pour les masques fabriqués en Chine et non approuvés par le National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH). L'agence a renouvelé cette autorisation en juin.

En plus des préoccupations en matière de filtration, les experts en santé publique ont critiqué les masques KN95 pour leur incapacité à créer un joint étanche sur le visage. Les masques N95 sont munis de courroies à la tête et au cou, alors que les modèles KN95 sont dotés de courroies pour les oreilles.

« Il est important de comprendre que c'est le joint étanche sur le visage qui procure la protection supérieure N95, plutôt que les propriétés filtrantes de grande qualité du masque en soi », précise Robert Glatter, un urgentiste au Lenox Hill Hospital de New York.

Schabacker a déclaré que la variable de contrôle de l'analyse de l'ECRI des courroies inférieures pour les oreilles du KN95 consistait à les retirer et à créer un joint lors du test des différents modèles. Cela signifie que même si le masque KN95 était doté de courroies à la tête et au cou, il ne protégerait tout de même pas les travailleurs de la santé dans la même mesure que le masque N95.

Il a aussi précisé que cette mise en garde s'appliquait uniquement aux masques KN95 fabriqués en Chine. Certains sont importés de la Corée du Sud.

Remerciez les limules : ils jouent un rôle essentiel dans le développement d'un vaccin contre le coronavirus

Est-il sécuritaire de voler? Deux nouvelles études révèlent que la COVID-19 peut se propager lors des longs vols en avion et font la promotion de la distanciation.

Schabacker a affirmé que les fournisseurs de soins de santé devraient envisager de tester les masques KN95 avant de les utiliser. Il a également suggéré d'étendre l'utilisation des masques N95.

Schabacker et Glatter ont déclaré que les solutions miracles ne résoudront pas la pénurie générale d'équipement de protection individuelle (ÉPI) aux États-Unis, et ils prônent une approche plus centralisée en matière de production et de distribution afin que les hôpitaux disposent de l'équipement dont ils ont besoin.

« Déjà, près de neuf mois se sont écoulés depuis le début de la pandémie. Il nous faut un plan national afin d'assurer la santé et la sécurité de tous les premiers répondants et travailleurs de la santé », a insisté Glatter. « Nous devons créer un approvisionnement fiable et sécuritaire d'ÉPI afin de ne pas dépendre d'autres pays. »

<https://www.usatoday.com/news/>

OPS

L'OPS exhorte les pays à planifier tôt la vaccination contre la COVID-19 afin de réduire le nombre de décès

Source : OPS

La directrice de l'Organisation panaméricaine pour la santé (OPS) a signalé que la vaccination prendra du temps et a déclaré que les pays devraient poursuivre les mesures de santé publique telles que la distanciation physique, le lavage des mains et le port du masque en public

Washington, 23 septembre 2020 (OPS) – Les pays ne devraient pas attendre qu'un vaccin contre la COVID-19 soit développé avant de commencer à planifier et à préparer son arrivée, a déclaré aujourd'hui la directrice de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), Carissa F Etienne. Dans l'intervalle, ils doivent également poursuivre les autres mesures de santé publique recommandées pour contenir le virus.

« Les travailleurs de la santé de première ligne, les premiers intervenants et ceux qui s'occupent des personnes âgées devraient être vaccinés en premier, suivis par les groupes vulnérables tels que les adultes ayant des conditions préexistantes, en particulier ceux âgés de plus de 65 ans », a expliqué M^{me} Etienne. « Le défi consiste à identifier tôt ces groupes et à déterminer la meilleure façon de les rejoindre. »

Lors d'un point de presse aujourd'hui, la directrice de l'OPS a expliqué que même si un vaccin est déployé, « ce virus continuera à se propager et les gens continueront de tomber malades. Nous ne pouvons donc pas fonder tous nos espoirs sur les seuls vaccins. »

« Nous aurons toujours besoin de diagnostics pour identifier les personnes malades et de meilleurs traitements pour soigner celles qui le sont. Nous continuerons à nous appuyer sur les mesures de santé publique traditionnelles comme les tests, la recherche des contacts et les quarantaines pour réduire au minimum la propagation de ce virus. Et nous continuerons à compter sur les personnes qui font preuve de distanciation physique, se lavent souvent les mains et portent un masque en public pour protéger les autres de la maladie », a déclaré la directrice de l'OPS.

Lorsque les vaccins seront disponibles, le mécanisme COVAX, mis en place par la GAVI, la CEPI (Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies) et l'OMS (Organisation mondiale de la santé), « offrira aux pays de notre région la meilleure possibilité d'accélérer l'accès aux vaccins contre la COVID-19 et de réduire l'impact de la pandémie sur la vie des populations et nos économies. Le mécanisme COVAX donne accès à un panier de 15 vaccins possibles », a-t-elle précisé.

M^{me} Etienne a déclaré que près de 200 candidats-vaccins contre la COVID-19 sont à l'étude. « Nous espérons qu'un ou plusieurs d'entre eux s'avéreront efficaces, mais il n'y a aucune garantie. Les premières doses du vaccin pourraient n'offrir qu'une protection partielle ou ne pas fonctionner pour tout le monde. Nous ne savons pas encore quel vaccin sera jugé sûr et efficace ni comment il fonctionnera. Toutefois, nous savons que si nous ne nous préparons pas maintenant, nous raterons l'occasion d'en profiter rapidement. En vérité, les pays ne peuvent pas attendre d'avoir toutes les réponses avant de commencer à planifier et à préparer la distribution d'un vaccin contre la COVID. »

Le mécanisme COVAX, qui comprend le mécanisme de garantie de marché, a signé 64 pays autofinancés et 92 pays admissibles à un soutien par l'entremise de cet instrument, a-t-elle ajouté. Grâce à COVAX, les pays participants auront la garantie de recevoir des doses initiales couvrant au moins 3 % de leur population au cours des premières phases de déploiement et ce nombre augmentera à mesure que l'approvisionnement rattrapera la demande mondiale, pour finalement atteindre 20 % de leur population, soit suffisamment pour protéger les personnes les plus exposées à un risque important de contracter la COVID-19, a expliqué M^{me} Etienne.

« Notre région possède un solide héritage en matière de programmes de vaccination qui nous donne un avantage dans la planification », a ajouté M^{me} Etienne.

L'OPS est bien disposée à offrir une coopération technique aux pays afin qu'ils puissent préparer et mettre en œuvre leurs campagnes de vaccination, « de la planification et des prévisions, jusqu'aux communications, en passant par la réglementation et la formation du personnel de santé. Un autre avantage pour nos États membres est qu'ils peuvent compter sur notre Fonds renouvelable, le plus grand mécanisme régional à l'intention des pays autofinancés, pour l'acquisition et la distribution de vaccins », a-t-elle déclaré.

« J'invite donc les pays du monde entier à se préparer à un vaccin contre le coronavirus, mais aussi à demeurer réalistes, sachant que ces préparatifs ne remplacent pas tout ce que nous devons faire pour sauver des vies aujourd'hui », a conclu M^{me} Etienne.

<https://www.paho.org/en/news/23-9-2020-paho-urges-countries-plan-early-covid-19-vaccinations-reduce-deaths>

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

Étude

La COVID asymptomatique chez les travailleurs de la santé indique un risque de propagation silencieuse

Source : CIDRAP

ID : 1007900322

Une étude publiée cette semaine montre un taux asymptomatique de 40 % parmi les travailleurs de la santé ayant obtenu un résultat positif au dépistage du SRAS-CoV-2, c'est-à-dire qu'ils n'avaient aucun symptôme compatible avec un diagnostic de COVID-19, ce qui suscite des inquiétudes quant à la transmission silencieuse du SRAS-CoV-2 dans les établissements de santé.

Un examen systématique de 97 études présentées en ligne lors de la conférence de la Société européenne de microbiologie clinique et de maladies infectieuses (ESCMID) sur les maladies à coronavirus et publiées dans l'American Journal of Epidemiology a révélé que 10 % des travailleurs de la santé étaient positifs après un test de réaction en chaîne de la polymérase et 7 % après un test de détection des anticorps. Les infirmières sont les plus touchées (48 % des personnes infectées), suivies par les médecins (25 %) et les autres travailleurs de la santé (23 %). Cinq pour cent des travailleurs de la santé atteints de la COVID-19 ont ensuite développé de graves complications cliniques, et 0,5 % sont décédés par la suite.

Une analyse des 15 études qui ont dépisté les travailleurs de la santé indépendamment des symptômes et ont rapporté le pourcentage de tests positifs a révélé que 40 % d'entre eux n'ont signalé aucun symptôme compatible avec la COVID-19 au moment du dépistage.

D'après les auteurs : « La COVID-19 représente un fardeau important pour les travailleurs de la santé qui œuvrent dans les hôpitaux et les services non urgents, les infirmières étant le personnel le plus infecté. » La forte prévalence de l'infection par le SRAS-CoV-2 chez les infirmières reflète peut-être le temps plus important consacré aux soins directs aux patients, tandis que les taux plus élevés d'infection dans les milieux hospitaliers/non urgents pourraient démontrer des différences dans l'utilisation de l'équipement de protection individuelle.

Afin d'améliorer la détection précoce et de prévenir la transmission, les auteurs préconisent l'inclusion de symptômes supplémentaires dans les dépistages effectués auprès des travailleurs de la santé. Chez les travailleurs de la santé atteints du SRAS-CoV-2 qui étaient symptomatiques au moment du dépistage, les symptômes les plus courants étaient la fièvre, l'anosmie (perte de l'odorat) et la myalgie (douleurs musculaires). Les auteurs concluent que le dépistage de la fièvre, de la toux, de l'essoufflement et du mal de gorge uniquement « pourrait avoir raté 17 % des travailleurs de la santé symptomatiques au moment de l'apparition de la maladie. »

Quant aux chercheurs, ces derniers concluent ainsi : « Le dépistage universel de tous les travailleurs de la santé exposés, quels que soient les symptômes, devrait être l'approche standard à adopter pour réduire la transmission du SRAS-CoV-2 en milieu hospitalier. » Dans un communiqué de presse de l'ESCMID, le coauteur Oscar H. Franco, M. D., Ph. D., de l'Université de Berne, en Suisse, ajoute : « De toute évidence, il est essentiel de fournir aux travailleurs de la santé un équipement de protection individuelle adéquat et une formation à cet égard. »

https://www.eurekalert.org/pub_releases/2020-09/esoc-sst092220.php

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/covid-19-scan-sep-23-2020>

États-Unis

Une étude révèle que les analyses de sang de routine permettent de prédire le risque de mortalité associé à la COVID-19

Source : CIDRAP

ID : 1007900299

Une étude publiée aujourd'hui dans le JAMA (Journal of the American Medical Association) montre qu'une analyse sanguine de routine permet de prédire le risque accru de décès liés à la COVID-19 chez les patients hospitalisés. L'étude met en évidence une largeur de distribution élevée des globules rouges, une mesure de la variation du volume des globules rouges et une partie standard d'une analyse sanguine complète de routine, comme outil pour identifier les patients à risque élevé de complications liées à la COVID-19.

L'auteur principal, soit le docteur John M. Higgins, du Massachusetts General Hospital, a déclaré ce qui suit dans un communiqué de presse : « Nous voulions aider à trouver des moyens d'identifier le plus tôt et le plus facilement possible les patients à haut risque de contracter la COVID, les patients susceptibles de tomber gravement malades et pouvant bénéficier d'interventions vigoureuses, et les patients hospitalisés susceptibles de voir leur état empirer le plus rapidement. »

L'étude a effectué le suivi de la largeur de distribution des globules rouges de 1 641 adultes admis dans l'un des quatre hôpitaux de la région de Boston du 4 mars au 28 avril. Les patients ayant une largeur de distribution des globules rouges élevée au moment de leur admission à l'hôpital (supérieur à 14,5 %), ou dont la largeur de distribution des globules rouges a augmenté pendant leur séjour à l'hôpital, présentaient un taux de mortalité plus élevé que les patients ayant une largeur de distribution des globules rouges normale.

Les patients dont les valeurs liées à la largeur de distribution des globules rouges étaient supérieures à la normale lors de leur admission à l'hôpital présentaient un risque 2,7 fois plus élevé, avec un taux de mortalité de 31 %, comparativement à 11 % chez les patients dont les valeurs à cet égard étaient normales. Le lien entre la largeur de distribution des globules rouges et le risque accru de mortalité a été observé dans tous les groupes d'âge, et ce, indépendamment des facteurs démographiques et des comorbidités.

Bien que le mécanisme à l'origine de l'augmentation de la largeur de distribution des globules rouges liée à la COVID-19 ne soit pas encore clair, les auteurs suggèrent qu'il « pourrait refléter un état clinique dans lequel la production et le renouvellement des globules rouges ont ralenti dans le cadre d'une augmentation de la production et du renouvellement des leucocytes ou des plaquettes, comme cela se produirait dans le cas d'une inflammation. »

Alors que l'étude présente la valeur de la largeur de distribution des globules rouges comme un indicateur de diagnostic d'un risque plus élevé de complications, les conclusions sont limitées par le faible nombre de jeunes adultes inclus dans l'étude, sa restriction aux patients hospitalisés et l'absence de données socioéconomiques, écrivent les auteurs. Ces derniers affirment que des recherches supplémentaires sont nécessaires pour mieux déterminer son utilité, mais ils concluent que « la largeur de distribution des globules rouges peut être utile pour la stratification des risques pour les patients. »

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2770945>

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/covid-19-scan-sep-23-2020>

États-Unis

Le quatrième essai à grande échelle du vaccin contre la COVID-19 commence aux États-Unis

Essai visant à évaluer le vaccin expérimental Janssen contre la COVID-19

Source : NIH

ID : 1007897219

Les personnes âgées de 18 ans et plus qui souhaitent participer à cet essai peuvent consulter le site coronaviruspreventionnetwork.org (lien externe) ou ClinicalTrials.gov (lien externe) et l'identifiant de recherche NCT04505722 (lien externe) pour obtenir de plus amples renseignements. Veuillez ne pas utiliser le numéro de téléphone ou l'adresse électronique du NIAID réservés aux médias pour vous inscrire à cet essai.

Lire les questions et réponses connexes

Main gantée tenant un flacon du candidat-vaccin de Johnson & Johnson contre la COVID-19

Flacon du vaccin expérimental de Janssen contre la COVID-19.

Crédit : Sociétés pharmaceutiques Janssen de Johnson & Johnson

Le recrutement de volontaires adultes est maintenant commencé pour un quatrième essai clinique de phase 3 visant à évaluer un vaccin expérimental contre la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). L'essai est conçu pour évaluer si le vaccin expérimental de Janssen contre la COVID-19 (JNJ-78436725) peut prévenir les symptômes de la COVID-19 après un schéma à dose unique. Jusqu'à 60 000 volontaires seront recrutés pour l'essai dans près de 215 sites de recherche clinique aux États-Unis et dans le monde.

Les sociétés pharmaceutiques Janssen de Johnson & Johnson ont développé le vaccin expérimental (également connu sous le nom d'Ad.26.COVS.2) et dirigent l'essai clinique à titre de commanditaire réglementaire. Janssen, le National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), au sein des National Institutes of Health, et la Biomedical Advanced Research and Development Authority (BARDA), au sein du Bureau du secrétaire adjoint à la préparation et à l'intervention du Département américain de la santé et des services sociaux, financent l'essai.

Les sites d'essai américains et internationaux faisant partie du réseau de la prévention COVID-19 (CoVPN) soutenu par le NIAID (lien externe) participeront à l'essai. Le CoVPN est composé de réseaux de recherche clinique existants, soutenus par le NIAID, qui possèdent une expertise dans le domaine des maladies infectieuses et sont conçus pour une évaluation rapide et approfondie des candidats-vaccins et des anticorps monoclonaux pour la prévention de la COVID-19.

« Quatre candidats-vaccins contre la COVID-19 font l'objet d'essais cliniques de phase 3 aux États-Unis un peu plus de huit mois après l'identification du SRAS-CoV-2. C'est un exploit sans précédent pour la communauté scientifique, rendu possible par des décennies de progrès dans le domaine de la technologie des vaccins et une approche stratégique et concertée entre les gouvernements, l'industrie et le milieu universitaire », a déclaré le directeur du NIAID, Anthony S. Fauci, M. D. « Il est probable que de multiples schémas de vaccination contre la COVID-19 seront nécessaires pour répondre au besoin mondial. Le candidat-vaccin de Janssen s'est révélé prometteur lors des premiers tests et pourrait être particulièrement utile pour contrôler la pandémie s'il s'avère protecteur après une dose unique. »

Le candidat-vaccin de Janssen est un vaccin à vecteur recombinant qui utilise un adénovirus humain pour exprimer la protéine de spicule du SRAS-CoV-2 dans les cellules. Les adénovirus sont un groupe de virus à l'origine du rhume. Toutefois, le vecteur adénoviral utilisé dans le candidat-vaccin a été modifié de sorte qu'il ne peut plus se répliquer chez l'homme et provoquer la maladie. Janssen utilise le même vecteur que dans la première dose de son schéma de primo-vaccination contre la maladie à virus Ebola (Ad26.ZEBOV et MVA-BN-Filo) qui a récemment reçu l'autorisation de mise sur le marché de la Commission européenne.

Les résultats précliniques publiés dans [\(lien externe\)Nature](#)[\(lien externe\)](#) montrent que le vaccin expérimental de Janssen contre la COVID-19 a induit des réponses d'anticorps neutralisants chez les macaques rhésus et a fourni une protection complète ou presque complète contre l'infection virale dans les poumons et le nez après un test de provocation au SRAS-CoV-2. L'innocuité, la réactogénicité et l'immunogénicité du vaccin expérimental sont évaluées dans le cadre d'un essai de phase 1/2a aux États-Unis et en Belgique [\(lien externe\)](#) auprès de volontaires adultes. Les résultats intermédiaires positifs de l'étude clinique de phase 1/2a ont démontré que le profil d'innocuité et l'immunogénicité après une vaccination unique étaient favorables à la poursuite du développement.

« Les scientifiques du gouvernement, de l'industrie et des universités travaillent en partenariat pour développer des vaccins sûrs et efficaces afin de mettre la pandémie derrière nous », a déclaré le directeur du NIH, Francis S. Collins, médecin, Ph.D. « Même si les étapes administratives sont rationalisées pour accélérer le processus, les mesures de sécurité et d'efficacité sont aussi rigoureuses que jamais ».

L'essai de phase 3 est mené en collaboration avec l'opération Warp Speed (OWS) [\(lien externe\)](#), un effort multiagences supervisé par le département de la Santé et des Services sociaux (HHS) et le département de la Défense, qui vise à accélérer le développement, la fabrication et la distribution de contre-mesures médicales pour vaincre la COVID-19. L'OWS et le réseau CoVPN participent également à la mise au point d'autres candidats vaccins contre la COVID-19, notamment le mRNA-1273, un vaccin expérimental créé conjointement par l'institut NIAID et la biotech Moderna, Inc. basée à Cambridge, Massachusetts ; et aussi l'AZD1222, un vaccin développé par la société AstraZeneca du Royaume-Uni.

« Un vaccin qui parvient en phase 3 moins d'un an après la première observation du virus, c'est un exploit ; mais voir quatre candidats vaccins rendus à ce stade, c'est extraordinaire », a déclaré le secrétaire du HHS, Alex Azar. « Avec un portefeuille de vaccins, l'opération Warp Speed maximise nos chances de constituer des stocks sûrs et efficaces — voire même plusieurs options de vaccins — d'ici janvier 2021 ».

Le partenariat public-privé Accelerating COVID-19 Therapeutic Interventions and Vaccines (ACTIV — [lien externe](#)) a permis de garantir que les protocoles de tous les essais de vaccins expérimentaux en phase 3, soutenus par le NIH et l'OWS, utilisent les mêmes tests et sont conçus en fonction d'un même objectif : déterminer s'ils préviennent l'apparition des symptômes de la COVID-19. Cette approche permet une évaluation transparente de la performance de chaque approche vaccinale au cours des essais.

Paul A. Goepfert, médecin, directeur de la clinique de recherche sur les vaccins à l'Université de l'Alabama à Birmingham ; Beatriz Grinsztejn, médecin, Ph.D., directrice du laboratoire de recherche clinique sur le VIH/SIDA à l'Institut national des maladies infectieuses Evandro Chagas — Fondation Oswaldo Cruz à Rio de Janeiro, Brésil ; et Glenda E. Gray, médecin et chirurgienne, présidente et directrice générale du Conseil sud-africain de la recherche médicale et co-chercheuse principale du Réseau d'essais de vaccins contre le VIH (HVTN), seront les chercheurs principaux de l'essai de phase 3 du vaccin expérimental COVID-19 de Janssen.

Tous les volontaires doivent donner leur consentement éclairé pour participer à l'essai. Après avoir fourni un échantillon naso-pharyngé et sanguin de référence, les participants seront désignés au hasard pour recevoir soit une dose unique du vaccin expérimental, soit un placebo salin. L'essai est réalisé en double insu, ce qui signifie que ni les prescripteurs ni les participants ne savent qui reçoit le vaccin expérimental. Les participants seront suivis de près pour des raisons de sécurité et il leur sera demandé de fournir des échantillons de sang supplémentaires à des moments précis après l'injection, pendant une période de deux ans. Les scientifiques analyseront les échantillons de sang pour détecter et quantifier les réponses immunitaires à la COVID-19. Soulignons que des analyses spéciales serviront à départager l'immunité résultant d'une infection naturelle d'une immunité induite par un vaccin.

L'essai est conçu essentiellement pour déterminer si le vaccin expérimental peut prévenir une manifestation modérée à sévère de la COVID-19 après l'administration d'une dose unique. Il vise aussi à comprendre si le vaccin peut prévenir une infection à la COVID-19 nécessitant une intervention

médicale, et si le vaccin peut contrer les cas moins graves de COVID-19 et l'infection asymptomatique par le SRAS-CoV-2

Le conseil indépendant de contrôle des données et de la sécurité (DSMB) assurera la surveillance pour garantir une exécution sûre et éthique de l'étude. Tous les essais cliniques en phase 3 des candidats vaccins relevant de l'opération Warp Speed sont supervisés par un conseil DSMB commun, créé en consultation avec ACTIV (lien externe).

Les adultes qui souhaitent participer à cette étude peuvent consulter le site [coronaviruspreventionnetwork.org](https://www.coronaviruspreventionnetwork.org) (lien externe) ou [ClinicalTrials.gov](https://www.clinicaltrials.gov) (lien externe) en entrant l'identifiant NCT04505722 pour la recherche (lien externe).
<https://www.niaid.nih.gov/news-events/fourth-large-scale-covid-19-vaccine-trial-begins-united-states>

États-Unis

L'indépendance éditoriale des Centers for Disease Control (CDC) doit être à l'abri de la politique

Source : JAMA Network

Identifiant unique : 1007897570

Sommaire

Ce n'est pas un fait avéré, mais ces comptes rendus coïncident avec d'autres signalements de personnes nommées par des politiciens et leurs tentatives d'influencer le processus scientifique.³ En tant qu'anciens rédacteurs en chef du MMWR, nous jugeons que ces reportages dans les médias soulèvent de sérieuses inquiétudes quant au fait qu'en pleine pandémie de COVID-19, des rapports scientifiques publiés dans le MMWR pourraient avoir été retardés ou modifiés à des fins politiques. Comme tous les documents scientifiques rédigés par des professionnels du CDC ou publiés par le CDC, les articles du MMWR sont soumis à un processus interne rigoureux d'approbation par des pairs (épidémiologistes, laboratoires et autres experts techniques).⁴ Il s'agit de garantir que le contenu englobe les contributions pertinentes des experts de l'agence, et que ce contenu est scientifiquement valide et techniquement exact.⁵ Ce processus de révision interne varie, en importance, selon la gamme des questions couvertes, la complexité de la science et les effets potentiels des conclusions. Une fois que les vaccins COVID-19 auront été homologués par la Food and Drug Administration (FDA) américaine, les recommandations officielles élaborées par l'ACIP pour leur utilisation sont censées paraître dans le MMWR, comme ce fut le cas lors de la pandémie de grippe H1N1 en 2009.⁹ Toute opinion selon laquelle ces recommandations sont influencées de manière inappropriée par des considérations politiques, ou toute considération autre que des fondements scientifiques, pourrait nuire à la distribution des vaccins COVID-19 par les cliniciens et à l'acceptation de ces vaccins par le public.

Sonja A. Rasmussen, médecin, chirurgien¹ ; John W. Ward, médecin² ; Richard A. Goodman, médecin, titulaire d'une maîtrise en santé publique³

Auteur Affiliation Article Information

JAMA. Publié en ligne le 22 septembre 2020. Numéro d'article :10.1001/jama.2020.19646

Depuis le 11 septembre 2020, des sources médiatiques ont rapporté que des responsables politiques du département américain de la Santé et des Services sociaux (HHS) ont exigé de pouvoir examiner et réviser les rapports scientifiques sur la pandémie de la maladie du coronavirus 2019 (COVID-19) publiés dans le Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), publié par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC).^{1,2} Selon ces sources, des évaluations effectuées par des responsables politiques ont parfois retardé la publication et entraîné des modifications du texte de certains rapports. Ce n'est pas un fait avéré, mais ces histoires coïncident avec d'autres signalements de personnes nommées par des politiciens et leurs tentatives d'influencer le processus scientifique.³ En tant qu'anciens rédacteurs en chef du MMWR, nous jugeons que ces reportage dans les médias soulèvent de sérieuses inquiétudes quant au fait qu'en pleine pandémie de COVID-19, des rapports scientifiques publiés dans le MMWR pourraient avoir été retardés ou modifiés à des fins politiques. Ces préoccupations menacent la crédibilité du MMWR, une source d'information essentielle pour aider à contrer la pandémie.

Depuis 1961, date à laquelle les CDC ont commencé à publier le MMWR, cette publication est considérée comme la « voix des CDC », qui s'attache à communiquer des rapports scientifiques

opportuns, faisant autorité, précis et objectifs pour guider l'administration de la santé publique. La publication rejoint un vaste lectorat, notamment des praticiens de la santé publique, des épidémiologistes, des médecins et d'autres professionnels de la santé, scientifiques, éducateurs et travailleurs de laboratoire. Les médias suivent et amplifient les comptes rendus du MMWR. En plus des parutions hebdomadaires, les CDC publient des communiqués d'urgence par le MMWR afin de diffuser immédiatement des informations sur les foyers d'éclosions et d'autres menaces sanitaires. Le MMWR publie également des articles détaillés qui décrivent les recommandations des CDC (fondées sur la science), en matière de prévention et de traitement ; cela inclut les recommandations du Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP), un comité consultatif fédéral externe d'experts qui fournit des recommandations aux CDC concernant les vaccins.

Comme tous les documents scientifiques rédigés par des professionnels du CDC ou publiés par les CDC, les articles du MMWR sont soumis à un processus interne rigoureux d'approbation par des pairs (épidémiologistes, laboratoires et autres experts techniques). 4 Il s'agit de garantir que le contenu englobe les contributions pertinentes des experts de l'agence, et que ce contenu est scientifiquement valide et techniquement exact. 5 Ce processus de révision interne varie, en importance, selon la gamme des questions couvertes, la complexité de la science et les effets potentiels des conclusions. Ce processus prend environ 4 semaines et demie, mais on peut l'accélérer lorsqu'il est nécessaire de publier un rapport en urgence.

Le MMWR joue un rôle essentiel comme source d'informations actualisées pendant la pandémie de COVID-19. La publication a agi ainsi lors de crises antérieures de santé publique.⁶ Par exemple, en 1981, un rapport de 5 cas de pneumonie à *Pneumocystis carinii* (maintenant appelée *P. jirovecii*) chez de jeunes hommes auparavant en bonne santé à Los Angeles a été publié dans le MMWR, ce qui a incité à signaler d'autres cas et permis d'identifier le SIDA par la suite. En 2001, à la suite d'expositions intentionnelles à l'anthrax par envoi postal, le MMWR a été utilisé pour informer les cliniciens et les organismes de soins de santé, les professionnels de la santé publique et le public sur le déroulement de l'enquête et les directives en matière de diagnostic et de gestion cliniques. En 2003, lorsque le virus causant le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est apparu et s'est répandu dans le monde entier, le MMWR a publié des rapports qui ont alerté la nation sur le déroulement de l'épidémie, les manifestations cliniques, les tests de diagnostic et les méthodes de prévention. 6 Au cours de la période 2016-2018, le MMWR a signalé l'émergence de l'épidémie de Zika dans les Amériques en donnant des conseils aux obstétriciens et aux pédiatres pour les soins aux femmes enceintes exposées au Zika et à leurs nourrissons.⁷

Le MMWR est une référence dans la littérature médicale : en 2019, selon Google Scholar, l'hebdomadaire MMWR comptait le plus grand nombre de citations de toutes les revues de la catégorie « épidémiologie », et la revue MMWR affiche une cote d'impact de 13,6 pour 2019. Aussi, des commentaires éclairés sur les articles du MMWR sont souvent publiés dans des revues de premier plan.⁸

Les grandes épidémies suscitent généralement de vives inquiétudes au sein de la population, y compris chez les élus et leur personnel. Ainsi, le HHS et d'autres organismes de l'exécutif portent souvent un vif intérêt aux articles du MMWR. De nombreux sujets controversés et sensibles ont été traités dans le MMWR, notamment le VIH, l'anthrax, le SRAS, l'Ebola et le Zika. Pour répondre à l'intérêt de certains administrateurs au moment de ces publications, les CDC ont partagé les thèmes des rapports à venir avec des fonctionnaires de la santé du HHS ; cependant, les rapports réels n'ont été ni examinés ni partagés en dehors des CDC. Avec des auteurs qui cumulent 20 ans d'expérience collective, après 5 présidents américains, la direction des CDC a maintenu un pare-feu rigoureux pour assurer l'indépendance éditoriale du MMWR et pour se prémunir contre les interférences politiques. Les décisions de publier ou non, et à quel moment, ont toujours été fondées sur la science et les besoins de la santé publique. Ainsi, si la science de la santé publique est essentielle pour éclairer les décisions des élus, il est reconnu depuis longtemps que la crédibilité et la fiabilité des rapports scientifiques du MMWR doivent échapper à toute influence politique.

On ignore si les allégations concernant l'intervention de responsables politiques qui retardent ou modifient les articles du MMWR sont vraies. Cependant, la simple perception que des rapports du

MMWR pourraient être retardés ou modifiés entache la réputation des CDC. Ces allégations pourraient ébranler la confiance des lecteurs dans l'intégrité scientifique des rapports du MMWR, alors que ceux-ci sont très importants pour un vaste auditoire aux États-Unis et dans le monde. À l'heure où l'intégrité scientifique des organismes de santé publics est mise en doute³, le MMWR doit rester un instrument de diffusion fiable. Avec la pandémie de COVID-19, il est essentiel que le MMWR demeure une source d'information efficace pour guider l'administration de la santé publique. Une fois que les vaccins COVID-19 auront été homologués par la Food and Drug Administration (FDA) américaine, les recommandations officielles élaborées par l'ACIP pour leur utilisation sont censées paraître dans le MMWR, comme ce fut le cas lors de la pandémie de grippe H1N1 en 2009.⁹ Toute perception selon laquelle ces recommandations sont influencées de manière inappropriée par des considérations politiques, ou des considérations non scientifiques, pourrait nuire à la distribution des vaccins COVID-19 par les cliniciens et à l'acceptation de ces vaccins par le public.

Pour faire face à l'épidémie de COVID-19 et à d'autres menaces à la santé de la nation, il faut agir rapidement. Premièrement, outre le personnel des CDC, la direction du HHS doit affirmer son engagement à préserver l'intégrité de la science pratiquée par les CDC, y compris les publications du MMWR. Deuxièmement, la direction des CDC peut évaluer et renforcer, s'il y a lieu, les mesures qui garantissent l'indépendance éditoriale du MMWR pour éviter d'éventuelles interférences politiques. Troisièmement, le comité éditorial du MMWR, qui réunit un groupe d'experts très respectés en médecine et en santé publique, peut contribuer en examinant ces mesures et en conseillant des options supplémentaires qui pourront garantir le maintien de la qualité et de l'intégrité scientifique du MMWR.

La pandémie de COVID-19 a imposé de lourdes exigences aux responsables de la santé publique au niveau local, étatique et fédéral, ainsi qu'aux systèmes de soins de santé. Les professionnels de la santé et le public qui reçoit les soins méritent que les CDC leur fournissent des informations fondées sur les meilleures données scientifiques disponibles. Depuis près de 60 ans, le MMWR est une source fiable d'information sur la santé publique. Aujourd'hui plus que jamais, il est impératif de maintenir la confiance du public envers le MMWR, la « voix des CDC ».

Début Article Information

Auteure-ressource : Sonja A. Rasmussen, médecin, titulaire d'une maîtrise en sciences de l'Université de la Floride, 1600 SW Archer Rd, PO Box 100296, Gainesville, FL 32610 (sonja.rasmussen@pediatrics.ufl.edu).

Publié en ligne : le 22 septembre 2020. Numéro de document : 10.1001/jama.2020.19646

Divulgations de conflits d'intérêts : La D^{re} Rasmussen déclare qu'elle travaille comme chercheuse invitée non rémunérée aux CDC et reçoit aussi du financement des CDC pour des travaux d'un autre ordre. Le D^r Ward déclare qu'il reçoit du financement du NIH pour des travaux d'un autre ordre. Le D^r Goodman déclare qu'il a reçu des subventions et touché des honoraires des CDC et des fonds de la HRSA pour des travaux d'un autre ordre; il est actionnaire de Johnson & Johnson, de Procter & Gamble et de Merck & Company.

Avertissement : Les opinions exprimées dans cet article sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement celles des institutions auxquelles ils sont actuellement ou ont été affiliés.

Contributions supplémentaires : nous remercions Mary Lou Lindegren, médecin, titulaire d'une maîtrise en santé publique, de San Diego, Californie, pour ses précieux commentaires sur les ébauches du manuscrit.

Complément d'information : Les auteurs ont été rédacteurs en chef du MMWR : la D^{re} Rasmussen de 2015 à 2018, le D^r Ward de 1998 à 2005 et le D^r Goodman de 1988 à 1998.

https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2771048?utm_source=twitter&utm_campaign=content-shareicons&utm_content=article_engagement&utm_medium=social&utm_term=092220#.X2pepjslmzg.twitter

International

Les résultats de nouvelles recherches viennent s'ajouter aux preuves croissantes de la propagation asymptomatique de la COVID-19 – COVID-19 World News

Source : covid19data.com

Identifiant unique : 1007897467

Deux études publiées mardi font la lumière sur la propagation silencieuse de la COVID-19.

Une étude, publiée dans la revue Thorax (<https://thorax.bmj.com/content/early/2020/08/28/thoraxjnl-2020-215042>), rapporte que les personnes asymptomatiques peuvent avoir autant de virus dans leur nez et leur gorge que les personnes présentant des symptômes de la maladie. La seconde étude, une revue publiée dans Plos Medicine

(<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003346>), révèle que si la plupart des personnes infectées présentent effectivement des symptômes, elles peuvent avoir reçu un résultat positif au test avant que ces symptômes n'apparaissent.

Considérés ensemble, ces résultats soulignent la nécessité d'adopter des mesures préventives pour ralentir la propagation du coronavirus.

« Même si nous sommes apparemment en bonne santé, nous devons porter le masque » afin de réduire le risque de propagation asymptomatique, déclare le Dr William Schaffner, expert en maladies infectieuses au Vanderbilt University Medical Center à Nashville (Tennessee).

Dans l'étude publiée dans la revue Thorax, des chercheurs du Asian Medical Center de Séoul, en Corée du Sud, ont comparé ce que l'on appelle la charge virale – c'est-à-dire la quantité de virus présente dans l'organisme – chez 183 patients atteints de COVID-19.

Parmi ceux-ci, 144 patients avaient des symptômes légers, tels que maux de gorge, frissons, écoulement nasal ou perte d'appétit, et 39 patients n'ont jamais eu de symptômes, mais ont subi des tests, car ils avaient été identifiés comme ayant été en contact étroit avec des personnes infectées.

Les échantillons prélevés par écouvillonnage dans le nez et la gorge des patients n'ont révélé aucune différence dans la charge virale entre les deux groupes. Cela semble indiquer que les deux groupes peuvent transmettre le virus à d'autres, selon M. Schaffner, bien qu'il ne soit pas certain que les deux groupes soient aussi infectieux l'un que l'autre.

« Considérant que la plupart des personnes asymptomatiques atteintes de COVID-19 risquent de passer inaperçues aux yeux des travailleurs de la santé et de continuer à résider dans la collectivité, ces personnes peuvent agir comme une force motrice essentielle pour la propagation communautaire de la COVID-19 et de la pandémie en cours », soutiennent les auteurs de l'étude.

Quelques réserves peuvent être émises concernant cette étude : le degré d'infectiosité de chaque groupe n'est pas précisé, et la plupart des participants avaient la vingtaine ou la trentaine, de sorte que les résultats pourraient ne pas s'appliquer à d'autres groupes d'âge. Cependant, des recherches antérieures ont montré que les enfants de moins de 5 ans peuvent avoir autant de coronavirus dans le nez que les enfants plus âgés et les adultes.

Dans l'ensemble, 20 % des participants à l'étude se sont avérés asymptomatiques, une constatation reprise dans le deuxième article, publié dans Plos Medicine.

Dans cet article, des chercheurs de l'université de Berne (Suisse) ont mis en commun les données de 79 études sur des personnes infectées par le coronavirus entre mars et juin. Plus de 6 600 patients pour lesquels on disposait de données de suivi ont été inclus dans les analyses.

L'étude de synthèse suédoise a établi une distinction entre les cas asymptomatiques et les cas présymptomatiques. Ce dernier terme désigne les personnes dont le test de dépistage du virus est positif alors qu'elles se sentent encore bien, mais chez qui la maladie survient par la suite. Il n'est pas possible de savoir, au moment du test, si une personne asymptomatique ne présentera pas de symptômes ultérieurement.

Les chercheurs ont estimé que 20 % des patients ayant reçu un test positif pour la COVID-19 n'ont jamais eu de symptômes. D'autres se sont révélés présymptomatiques, c'est-à-dire qu'ils ne sont devenus symptomatiques qu'après avoir été testés.

<https://covid19data.com/2020/09/23/new-research-adds-to-growing-evidence-for-asymptomatic-spread-of-covid-19/>

Japon

Les écrans faciaux en plastique ne fonctionnent pas

Source : www.dailymail.co.uk
Identifiant unique : 1007900170

Les écrans faciaux en plastique laissent passer près de 100 % des minuscules gouttelettes aéroportées libérées par les patients infectés par le coronavirus, selon une étude.

L'option de rechange aux masques faciaux a été présentée par des experts de l'industrie comme offrant une protection adéquate contre le virus.

Le gouvernement britannique a recommandé aux coiffeurs, techniciens en pose d'ongles et tatoueurs d'utiliser les écrans faciaux comme barrière face aux clients.

Une étude vient toutefois de mettre en doute leur efficacité, sur la base d'une simulation informatique révélant que les écrans faciaux laissent échapper près de 100 % des microgouttelettes de moins de cinq micromètres en suspension dans l'air qui sont libérées lorsqu'on parle ou qu'on respire.

De plus, la moitié des plus grosses gouttelettes de 50 micromètres – émises par la toux et les éternuements – se sont retrouvées dans l'air ambiant, posant un risque pour les autres. Un micromètre correspond à un millionième de mètre.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) affirme que les écrans faciaux peuvent contribuer à se protéger du coronavirus, dont le nom scientifique est SRAS-CoV-2.

L'agence précise toutefois que les écrans ne sont efficaces qu'en combinaison avec d'autres mesures de protection telles que le port du masque, la distanciation sociale et le lavage fréquent des mains.

Les écrans faciaux ne couvrent pas complètement le visage, permettant aux gouttelettes expulsées par la bouche et le nez de s'échapper.

Les écrans sont portés par les médecins, infirmières et autres travailleurs hospitaliers sur le front de la COVID-19, mais avec l'ajout d'un masque chirurgical.

Makoto Tsubokura, chef d'équipe de l'étude menée par le Centre Riken au Japon, met en garde contre le port de l'écran facial.

Il a affirmé au Guardian qu'à en juger par les résultats de la simulation, l'efficacité des écrans faciaux pour empêcher les gouttelettes de se propager à partir de la bouche d'une personne infectée est malheureusement limitée par rapport aux masques.

« Cela est particulièrement vrai pour les petites gouttelettes de moins de 20 micromètres », selon lui, ajoutant que toutes les gouttelettes de taille plus petite s'échappent également.

Le professeur Tsubokura ajoute : « En même temps, l'écran fonctionne quand même pour les gouttelettes de plus de 50 micromètres ».

Il affirme que les personnes à qui il est conseillé de ne pas porter de masque protecteur, comme les personnes souffrant de problèmes respiratoires sous-jacents ou les jeunes enfants, peuvent porter un écran facial à la place, mais uniquement à l'extérieur ou dans les locaux intérieurs correctement ventilés. Ces preuves font suite à des recherches effectuées au College of Engineering and Computer Science de la Florida Atlantic University, publiées le 1^{er} septembre, qui révèlent également que les écrans faciaux sont inefficaces pour stopper la propagation du coronavirus.

Dans cette étude, publiée dans la revue *Physics of Fluids*, les scientifiques ont étudié la propagation de gouttelettes contenant des substances fluorescentes. On a utilisé un mannequin conçu pour expulser un brouillard d'eau distillée et de glycérine reproduisant des gouttelettes d'éternuement et de toux.

LES ÉCRANS FACIAUX NOUS PROTÈGENT-ILS ?

Devant l'urgence d'adopter des moyens de protection personnelle contre le coronavirus, on a proposé l'emploi de masques, de lunettes de protection, de visières et de gants comme options de protection possibles.

On a même vu des personnes se munir de dispositifs faits maison, comme des boîtes à lunch ou des bouteilles d'eau portées sur le visage.

Mais les écrans faciaux fonctionnent-ils ?

Des recherches sur la COVID-19 ont montré que lorsque la charge virale (dose infectante du virus) est importante, le risque d'avoir une forme grave de la maladie augmente.

Le Dr Eli Perencevich, épidémiologiste, et une équipe de scientifiques de l'Université de l'Iowa ont déclaré que le port d'un écran facial peut réduire de 92 % la quantité de virus inhalée chez une personne placée à 2 mètres de la source.

Selon l'équipe de chercheurs, « Les écrans faciaux... doivent être inclus dans les stratégies visant à réduire de manière sûre et significative la transmission communautaire ».

Le Dr Robert Glatter, médecin à l'hôpital Lenox Hill de New York, qualifie les données préliminaires de « prometteuses ».

Selon d'autres scientifiques toutefois, les recherches menées avant la pandémie ne démontrent pas clairement les avantages de l'utilisation des écrans faciaux utilisés seuls.

Une étude réalisée en 2016 par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis a révélé qu'il n'existe aucune preuve permettant d'étayer les affirmations selon lesquelles les écrans faciaux fonctionnent s'ils sont utilisés seuls.

On souligne que les virus ou bactéries peuvent passer par les côtés de l'écran facial et provoquer une infection; les écrans faciaux ne devraient par conséquent être utilisés qu'en complément d'autres équipements de protection individuelle.

Lawrence Young, virologue et oncologue à l'université de Warwick, a déclaré à MailOnline : « Je ne connais aucune étude systématique qui ait correctement évalué les avantages des écrans faciaux ».

Il signale une étude « intéressante » réalisée à l'Université de Hong Kong qui a examiné en détail les différents types de mesures de protection du visage, y compris les masques.

Dans cette étude, on souligne le fait qu'« on manque de preuves solides en ce qui concerne l'efficacité des écrans faciaux contre la transmission des maladies respiratoires virales ».

Dans sa publication dans la revue Oral Diseases, l'équipe ajoute : « Comme la plupart des écrans faciaux ne forment pas un joint étanche autour du visage et du menton, ils n'offrent pas de protection contre les aérosols qui s'infiltrent par les côtés des écrans faciaux ».

Publicité

On a constaté que les écrans faciaux cassent la trajectoire initiale des gouttelettes vers l'avant, mais que les particules se répandent à l'intérieur et s'en échappent par les côtés.

Le co-auteur de l'étude, le professeur Manhar Dhanak, déclare : « Cette dernière étude nous a permis d'observer que les écrans faciaux sont capables de bloquer le mouvement initial vers l'avant du jet expiré, mais que les gouttelettes d'aérosol expulsées avec le jet peuvent se déplacer à l'intérieur de l'écran avec une relative facilité ».

« Avec le temps, ces gouttelettes peuvent se disperser sur une grande surface sur les côtés et à la verticale, bien que la concentration des gouttelettes diminue. »

L'auteur principal, le professeur Siddhartha Verma, ajoute que « Les écrans faciaux ont des ouvertures importantes à la partie inférieure et sur les côtés, et les masques pourvus d'orifices d'expiration sont munis d'une valve unidirectionnelle qui limite le flux d'air lors de l'inspiration, mais permet une sortie libre de l'air ».

« L'air inhalé est filtré par le matériau du masque, mais l'air expiré passe à travers la valve sans être filtré. »

L'étude a conclu que les écrans faciaux ne sont pas aussi efficaces que les masques faciaux ordinaires.

Le Scientific Advisory Group for Emergencies (SAGE) du gouvernement britannique recommande également que les coiffeurs portent des masques faciaux plutôt que des écrans faciaux, faisant valoir qu'il n'y a « aucune preuve » que ces derniers offrent une protection contre la COVID-19.

Le New and Emerging Respiratory Virus Threats Advisory Group (NERVTAG) et le Environmental and Modelling Group (EMG) du Royaume-Uni ont présenté les preuves le 23 juillet, près de trois semaines après la réouverture des salons de coiffure qui a eu lieu le 4 juillet.

Les coiffeurs, techniciens en pose d'ongles et tatoueurs ont appris de source gouvernementale que le port d'un écran facial transparent constituerait une mesure suffisante pour se protéger contre la COVID-19. On ne sait pas très bien sur quoi ces recommandations étaient fondées.

Le SAGE a déclaré en juillet que les écrans faciaux sont « susceptibles » de protéger le porteur contre les grosses gouttelettes – la voie de transmission la plus courante de la COVID-19 – mais qu'il n'y a pas de preuve solide que c'est bien le cas.

De même, il n'est pas démontré – et il est « peu probable » – que les écrans faciaux constituent une barrière efficace contre la transmission des aérosols.

On ne sait pas encore si le virus se propage par les aérosols, qui sont de minuscules particules qui restent en suspension dans l'air pendant de longues périodes.

Le NERVTAG et l'EMG ont toutefois admis qu'il est possible que la transmission par voie aérienne joue un rôle dans la propagation du coronavirus, mais seulement dans les zones mal ventilées.

Le document précise : « Sur la base des preuves actuelles, il est possible qu'une transmission par aérosols ait lieu lorsqu'une personne qui génère des quantités importantes de virus se trouve dans un espace mal ventilé en présence d'autres personnes pendant une période prolongée ».

Selon l'Organisation mondiale de la santé, le virus de la COVID-19 se transmet principalement entre les personnes par le biais de gouttelettes respiratoires, qui sortent des voies respiratoires lorsque les gens respirent.

Les gouttelettes, qui contiennent de la salive, du mucus et d'autres substances provenant des voies respiratoires, y compris des virus, sont plus volumineuses que les particules d'air.

Après avoir été expulsées du corps, les gouttelettes parcourent de courtes distances avant de tomber au sol, et c'est pourquoi la distanciation sociale est si cruciale.

Ces gouttelettes aéropartées, qui peuvent être porteuses de virus, peuvent entrer directement dans le nez ou la bouche d'une autre personne si elles ne sont pas retenues par un tissu. Ou encore, elles peuvent être entraînées par la gravité et atterrir sur des surfaces, où le virus peut survivre jusqu'à trois jours.

Lorsqu'une personne touche cette surface contaminée, le virus peut passer sur sa main, avec le risque qu'il pénètre dans l'organisme et y provoque une infection lorsque la personne portera la main à ses yeux, à son nez ou à sa bouche.

L'Organisation mondiale de la santé a modifié ses propres directives en juillet pour reconnaître qu'il est « possible » d'être infecté par transmission aérienne.

La transmission par voie aérienne est différente de la transmission par gouttelettes, car elle fait référence à la présence de microbes dans des particules d'aérosols, qui ont un diamètre inférieur à 5 micromètres. Ces particules peuvent rester en suspension dans l'air pendant de longues périodes, ce qui signifie que la transmission peut se produire sur des distances supérieures à un mètre, et même après que la personne contagieuse ait quitté la pièce.

<https://www.dailymail.co.uk/news/article-8763293/Plastic-face-shields-DONT-work.html?ito=social-facebook&fbclid=IwAR28clRoygabugqTEyH4AA1fPPeli8iqOEQeLTgg1it7I28YIQnTRwCHDMI>

États-Unis

Une étude génétique d'envergure montre que le coronavirus mute et pourrait évoluer alors que sa propagation aux États-Unis s'accélère

Source : washingtonpost.com

Numéro d'identification unique : 1007900153

Des scientifiques de Houston ont publié mercredi une étude portant sur plus de 5 000 séquences génétiques du coronavirus qui révèle l'accumulation continue de mutations, dont une qui pourrait l'avoir rendu plus contagieux.

Les chercheurs n'ont toutefois pas observé que ces mutations ont rendu le virus plus mortel ou modifié les résultats cliniques. Tous les virus accumulent des mutations génétiques, et la plupart sont sans conséquence, soulignent les scientifiques.

Les coronavirus tels que le SARS-CoV-2 sont des virus relativement stables, car ils disposent d'un mécanisme de relecture lorsqu'ils se reproduisent. Mais chaque mutation est un coup de dés, et avec une transmission qui s'intensifie aux États-Unis – où des dizaines de milliers de nouvelles infections sont confirmées chaque jour – la fréquence à laquelle le virus change est élevée, ce qui peut avoir des conséquences fâcheuses, déclare l'auteur de l'étude, James Musser, du Houston Methodist Hospital.

« Nous avons vraiment facilité la vie à ce virus », déclare Musser au Washington Post. « La population touchée est très nombreuse en ce moment. »

Des scientifiques de Weill Cornell Medicine, de l'Université de Chicago, du Argonne National Laboratory et de l'Université du Texas à Austin ont également contribué à l'étude.

La nouvelle étude, qui n'a pas fait l'objet d'un examen par les pairs, a été publiée mercredi sur le serveur de préimpression MedRxiv. Il s'agirait de la plus grande agrégation de séquences génétiques du virus réalisée à ce jour aux États-Unis. Un lot plus important de séquences a été publié au début du mois par des scientifiques du Royaume-Uni et, comme l'étude de Houston, les auteurs ont conclu qu'une mutation

modifiant la structure de la protéine S (protéine de spicule) à la surface du virus pourrait être à l'origine de la propagation accélérée de cette souche particulière.

David Morens, virologue au National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), a passé en revue la nouvelle étude. Selon lui, ces résultats montrent qu'il y a une forte possibilité que le virus, au fur et à mesure qu'il s'est propagé dans la population, est devenu plus transmissible, et que cela « pourrait avoir des implications sur notre capacité à lutter contre le virus ».

Morens note que, comme cette étude est la seule en son genre, il convient de « ne pas sauter prématurément aux conclusions ». Toutefois, le scientifique rappelle que le virus pourrait réagir – par des mutations aléatoires – aux interventions telles que le port du masque et la distanciation sociale.

« Porter un masque, se laver les mains, tous ces gestes opposent une barrière à la transmissibilité, à la contagion, mais à mesure que le virus devient plus contagieux, il lui est statistiquement plus facile de contourner ces barrières », déclare M. Morens, conseiller principal d'Anthony S. Fauci, directeur du NIAID.

Cela a des implications pour la formulation des vaccins, affirme-t-il. À mesure que les gens acquièrent une immunité, que ce soit en étant infectés ou en recevant le vaccin, le virus pourrait être soumis à une pression sélective pour échapper à la réponse immunitaire humaine.

« Bien que cela reste à confirmer, il est tout à fait possible que ce coronavirus, lorsque l'immunité de la population sera suffisamment élevée, trouve un moyen de contourner notre immunité », déclare M. Morens. « Le cas échéant, nous nous trouverions dans la même situation qu'avec la grippe. Nous devons adapter notre stratégie de lutte contre le virus, c'est-à-dire que nous devons changer notre vaccin à mesure que le virus mute. »

Peter Thielen, biologiste moléculaire au laboratoire de physique appliquée de l'Université Johns Hopkins, affirme que les scientifiques devront continuer à étudier le virus pour voir si les nouvelles mutations identifiées par les chercheurs de Houston entraînent des « modifications physiques » du virus, « et si ces mutations augmentent vraiment la transmissibilité du SRAS-CoV-2 ».

Jeremy Luban, virologue à la University of Massachusetts Medical School qui a aussi étudié le coronavirus, fait savoir dans un courriel mercredi que « la publication de Houston souligne l'importance de rester vigilants face au SRAS-CoV-2, notamment en augmentant notre capacité à surveiller le virus pour les mutations »."

Au centre Houston Methodist, qui regroupe un hôpital principal intégré au Texas Medical Center dans le centre de Houston ainsi que d'autres hôpitaux de la ville, les scientifiques ont séquencé le génome du coronavirus (qui comporte 30 000 caractères) depuis le début de mars, moment où le virus a été repéré pour la première fois dans la zone métropolitaine de 7 millions d'habitants. L'article publié recense 5 085 séquences.

L'étude montre que le virus s'est répandu dans les quartiers de Houston en deux temps : une première vague a touché les quartiers aisés et les personnes âgées, puis une deuxième vague a touché davantage les jeunes et les quartiers à faibles revenus, dont de nombreux résidents latino-américains.

En même temps, à mesure que le virus se répandait dans la ville, on a vu apparaître diverses mutations, dont beaucoup concernent la protéine S. Cette dernière est une structure présente à la surface du virus, qui ressemble à un arbre orné de rubans enroulés, et qui permet au virus de pénétrer dans les cellules.

Les données génétiques montrent que le virus est arrivé à Houston à de nombreuses reprises, vraisemblablement d'abord par avion. Fait intéressant, 71 % des virus de la première vague avaient une mutation désormais bien connue, probablement apparue en Chine, et que les scientifiques soupçonnent de plus en plus de donner au virus un avantage biologique dans son mode de propagation. C'est la

Une « vague silencieuse » de maladies neurologiques pourrait déferler sur l'Australie dans les années à venir, alors que les lésions cérébrales causées par le coronavirus pourraient entraîner d'autres maladies, selon les scientifiques.

De nouvelles recherches sur les effets à long terme de la COVID-19, publiées mercredi, révèlent que les survivants pourraient être exposés à un risque accru d'être touchés par la maladie de Parkinson.

Le virus provoque une inflammation du cerveau qui peut déclencher l'apparition d'affections plus graves.

« La maladie de Parkinson est une maladie complexe, mais l'une de ses causes est l'inflammation, et le virus contribue à alimenter cette inflammation », affirme à ABC Kevin Barnham, du Florey Institute of Neurosciences and Mental Health.

« Une fois que l'inflammation atteint le cerveau, elle déclenche une cascade d'événements qui peuvent finalement conduire à la maladie de Parkinson. »

Cette séquence d'événements a déjà été observée après la grippe espagnole de 1918, le nombre de cas de maladie de Parkinson ayant triplé cinq ans après l'éclosion de la pandémie.

L'étude, publiée dans le Journal of Parkinson's Disease, propose l'hypothèse d'une cascade à deux étapes : un premier événement inflammatoire survient (l'infection virale), puis un second événement survient ultérieurement qui précipite l'apparition de la maladie du système nerveux.

Tous les survivants de la pandémie n'auront pas la maladie, mais il est encore trop tôt pour savoir quel sera le pourcentage touché, selon les experts.

Cependant, le professeur Barnham constate qu'avec les 30 millions de cas d'infection virale qui ont été diagnostiqués dans le monde, même si ce pourcentage sera faible, on verra une augmentation importante des cas de maladie de Parkinson.

Bien que des recherches supplémentaires soient nécessaires pour élucider le lien entre la COVID-19 et la maladie de Parkinson, les chercheurs planchent sur des méthodes d'intervention.

Les signes avant-coureurs, tels que la perte d'odorat, peuvent apparaître jusqu'à dix ans avant que la personne atteinte de la maladie de Parkinson n'éprouve des symptômes physiques.

Si le diagnostic est posé rapidement, il existe des traitements qui peuvent empêcher les cellules du cerveau de mourir.

Les chercheurs du Florey Institute travaillent sur un test de dépistage basé sur les indicateurs de la maladie, comme la capacité olfactive et le fonctionnement du cerveau.

Le test sera disponible pour les personnes âgées de 50 ans et plus.

S'il se révèle efficace, il pourrait avoir d'importants effets bénéfiques – les cas de maladie de Parkinson devraient doubler pour atteindre 12 millions d'ici les 20 prochaines années – même si l'on fait abstraction de la pandémie de coronavirus.

« Si l'on ajoute la vague silencieuse de COVID-19, ces chiffres vont exploser et cela aura de graves conséquences sociétales et économiques », avertit le professeur Barnham.

La maladie de Parkinson est une affection neurologique dégénérative qui perturbe le contrôle des mouvements.

Elle provoque des tremblements dans les mains, les bras, les jambes, la mâchoire et le visage, une raideur dans le bas du corps, une lenteur des mouvements, une posture instable et une difficulté à marcher.

https://www.dailymail.co.uk/news/article-8761925/The-silent-wave-coronavirus-pandemic-scientists-say-devastate-Australia.html?ns_mchannel=rss&ns_campaign=1490&ito=1490

Australie

Conséquences neurologiques de la COVID-19 : la « vague silencieuse »

Source : Journal of Parkinson's Disease

22 septembre 2020

Mebourne, Australie – Le monde est-il prêt à faire face à la vague de conséquences neurologiques susceptible de résulter de la COVID-19 ? Cette question occupe le premier plan des recherches en cours au Florey Institute of Neurosciences and Mental Health. Une équipe de neuroscientifiques et de cliniciens examine le lien potentiel entre la COVID-19 et le risque accru de maladie de Parkinson, ainsi que les mesures à prendre pour anticiper la situation.

« Bien que les scientifiques continuent d'apprendre comment le virus SRAS-CoV-2 est capable d'envahir le cerveau et le système nerveux central, le fait qu'il s'y introduise ne fait plus aucun doute. Nos

connaissances actuelles indiquent que le virus peut causer des lésions aux cellules du cerveau, ce qui peut donner lieu à une neurodégénérescence », affirme le professeur Kevin Barnham, du Florey Institute of Neuroscience and Mental Health.

Dans un article publié aujourd'hui dans le Journal of Parkinson's Disease, les chercheurs mettent en lumière les conséquences neurologiques potentielles à long terme de la COVID-19, qu'ils nomment la « vague silencieuse ». Ils appellent à l'adoption urgente de mesures pour augmenter les outils diagnostiques précis permettant d'identifier précocement la neurodégénérescence, et pour élaborer une approche de surveillance à long terme des personnes infectées par le SRAS-CoV-2.

Les chercheurs rappellent que, chez les personnes infectées par le virus, les symptômes neurologiques peuvent être graves, comme l'hypoxie cérébrale (manque d'oxygène), ou encore plus communs, comme la perte d'odorat.

« Nous constatons que la perte ou la réduction de l'odorat est en moyenne signalée par trois personnes sur quatre infectées par le SRAS-CoV-2. Bien qu'à première vue ce symptôme semble peu préoccupant, il nous révèle ce qui se passe dans l'organisme, à savoir qu'il existe une inflammation aiguë de l'appareil olfactif, qui est le siège de l'odorat », explique Leah Beauchamp, chercheuse au Florey Institute.

On sait que l'inflammation joue un rôle majeur dans la pathogenèse des maladies neurodégénératives et elle a été particulièrement bien étudiée dans la maladie de Parkinson. Des recherches plus approfondies sur ces maladies pourraient s'avérer cruciales pour les futures répercussions du SRAS-CoV-2.

« Nous pensons que la perte de l'odorat représente une nouvelle façon de détecter le risque de survenue de la maladie de Parkinson à un stade précoce. Sachant qu'une perte de l'odorat est présente chez environ 90 % des personnes au stade précoce de la maladie de Parkinson et une décennie avant les symptômes moteurs, nous pensons être sur la bonne voie », ajoute Mme Beauchamp.

Le diagnostic clinique de la maladie de Parkinson repose actuellement sur l'apparition d'un dysfonctionnement moteur, mais les recherches montrent qu'à ce stade, 50 à 70 % de la destruction de cellules dopaminergiques dans le cerveau a déjà eu lieu.

« Si l'on attend d'être rendu à ce stade de la maladie de Parkinson pour poser un diagnostic et traiter, on a déjà manqué le moment où les traitements neuroprotecteurs peuvent avoir l'effet escompté. Nous avons là une maladie insidieuse qui touche 80 000 personnes en Australie, chiffre qui devrait doubler d'ici 2040 avant même d'envisager les conséquences potentielles de la COVID-19, et nous n'avons actuellement aucun traitement de fond disponible », fait remarquer le professeur Barnham.

Les chercheurs espèrent établir un protocole de dépistage simple et rentable visant à identifier les personnes dans la collectivité qui risquent d'avoir la maladie de Parkinson ou qui en sont aux premiers stades de la maladie, où les traitements ont la plus grande probabilité de prévenir l'apparition de dysfonctionnements moteurs. Ils comptent présenter une demande de financement dans le cadre du programme de financement de la recherche médicale future du gouvernement australien.

En outre, l'équipe a mis au point deux traitements neuroprotecteurs, actuellement à l'étude, et a identifié une cohorte de sujets qui conviennent parfaitement pour étudier les traitements. Grâce à leurs recherches, ils ont obtenu de nouvelles preuves que les personnes souffrant de troubles du sommeil paradoxal ont une plus grande prédisposition à avoir la maladie de Parkinson.

La maladie de Parkinson représente un fardeau de plus de 10 milliards de dollars annuellement pour l'économie australienne.

« Nous devons changer la perception actuelle selon laquelle la maladie de Parkinson n'est pas une maladie de la vieillesse. Comme nous l'avons entendu à maintes reprises, le coronavirus ne fait pas de discrimination – et la maladie de Parkinson non plus », affirme le professeur Barnham. « Nous devons garder à l'esprit les conséquences neurologiques observées après la pandémie de grippe espagnole en

1918, quand le risque de développer la maladie de Parkinson a été multiplié par deux ou trois. Étant donné que la population mondiale est à nouveau frappée par une pandémie virale, il est en effet très inquiétant de savoir qu'il pourrait y avoir une augmentation mondiale des maladies neurologiques dans les années à venir. »

Le professeur conclut : « Le monde a été pris au dépourvu la première fois, mais cela ne devrait pas se reproduire de nouveau. Aujourd'hui, nous savons ce qui doit être fait. Parallèlement à une approche stratégique de santé publique, il est essentiel que l'on se dote d'outils de diagnostic précoce et de meilleurs traitements ».

<https://www.journalofparkinsonsdisease.com/neurological-consequences-covid-19-“silent-wave”>

Brésil

Une étude souligne l'innocuité du vaccin, et Doria veut qu'il soit administré en décembre – 23/09/2020 –

Source : Folha

Identifiant unique : 1007898905

Le CoronaVac, un vaccin contre la Covid-19 créé par la société chinoise Sinovac et qui sera produit conjointement au Brésil par l'Institut Butantan, s'est avéré sûr lors de son test de la phase 3 sur 50 000 volontaires en Chine.

Les données de l'étude seront présentées jeudi (23) par le gouverneur João Doria (PSDB), le directeur de Butantan, Dimas Covas, et un représentant de l'industrie pharmaceutique chinoise.

Les résultats relatifs à l'efficacité, qui dans les phases précédentes ont été jugés satisfaisants, devraient être prêts en novembre. Si ce calendrier se déroule sans encombre, le gouvernement de São Paulo espère que la vaccination sera lancée en décembre.

Selon l'étude chinoise, des effets secondaires n'ont été observés que chez 5,36 % des participants au test, tous sans gravité : douleur au site d'application (3,08 %), fatigue (1,53 %) et légère fièvre (0,21 %).

Les autres ont perdu l'appétit et ont eu des maux de tête et de la fièvre.

« L'innocuité et l'efficacité sont deux des principaux facteurs permettant de vérifier si un vaccin est prêt à être utilisé en urgence dans la population. Nous sommes très optimistes quant aux résultats que le CoronaVac a présentés jusqu'à présent », a déclaré M. Covas.

Sinovac teste son vaccin dans 10 pays et a reçu l'autorisation de procéder à une vaccination d'urgence dans son pays d'origine. Au Brésil, 5 600 des 9 000 volontaires de 12 centres de recherche répartis dans cinq États et le district fédéral ont reçu au moins une dose du vaccin.

Si le CoronaVac s'avère efficace, São Paulo déposera auprès d'Anvisa, l'agence de surveillance sanitaire du gouvernement fédéral, une demande de lancement d'urgence de la campagne de vaccination. On s'attend à ce que cela soit possible dès le dernier mois de l'année.

Bien que le vaccin soit un atout politique pour Doria, l'adversaire du président Jair Bolsonaro et son rival potentiel en 2022, le gouvernement de São Paulo estime qu'Anvisa n'arrêtera pas le processus de mise en circulation.

Il n'y a toujours pas de détails sur les études et les groupes qui seraient initialement vaccinés – les professionnels de la santé sont des candidats évidents.

Un lot de 5 millions de vaccins arrivera de Chine en octobre. D'ici décembre, il y aura 6 millions de doses prêtes à l'emploi et 40 millions de doses supplémentaires formulées à Butantan à partir d'ingrédients chinois, ce qui couvre toute la population de São Paulo.

Quelque 55 millions de doses supplémentaires devraient être disponibles au cours du premier semestre de 2021. Après la vaccination à São Paulo, advenant l'approbation du vaccin, il est prévu d'offrir le CoronaVac à d'autres États et même à des pays de la région.

La nouvelle usine de vaccins de Butantan commencera à être construite le mois prochain et aura la capacité de produire 100 millions de doses par an.

La distribution en dehors de São Paulo peut se faire dans le cadre d'accords ponctuels ou dépendre d'un arrangement avec le gouvernement Bolsonaro.

Il se trouve qu'en plus de la querelle politique qui peut entraver le plan, le ministère de la Santé a un contrat de fabrication avec la Fondation Oswaldo Cruz de la société anglaise de vaccins AstraZeneca et de l'université d'Oxford.

Le problème est alors d'une autre nature. Le vaccin anglais est également en phase 3 des essais, mais il y a déjà eu deux interruptions des essais en raison de l'apparition d'effets secondaires graves chez deux personnes.

Les tests se poursuivent. L'avantage du CoronaVac par rapport au vaccin anglais est qu'il recourt à une technologie ancienne et éprouvée pour déclencher la réponse immunitaire, puisqu'il utilise le nouveau coronavirus désactivé. C'est ainsi que fonctionnent les vaccins contre la grippe, par exemple.

Le vaccin anglais mise sur une nouvelle technologie, dans laquelle le matériel génétique du SRAS-CoV-2 capable de stimuler l'immunité est transporté à l'aide d'un adénovirus qui provoque la grippe chez les singes.

Cette technique est considérée comme risquée par un concurrent des deux vaccins, l'Institut Gamaleya de Russie. Fabricant du vaccin Spoutnik V, déjà en production alors que les tests se poursuivent toujours, le laboratoire utilise dans son produit un adénovirus humain pour le transport – ce qui a déjà été fait pour un vaccin contre le virus Ebola et dans des traitements contre le cancer.

Si tout se passe bien, São Paulo sera l'un des premiers endroits du monde à mener une campagne de vaccination contre la COVID-19, qui a tué 34 000 Paulistes jusqu'à présent, soit le plus grand contingent des 137 000 morts du pays. La Chine et la Russie prévoient de commencer leurs campagnes avant la fin de l'année.

L'OMS (Organisation mondiale de la santé) adopte la prudence, en déclarant qu'il est nécessaire de s'assurer de l'innocuité et de l'efficacité des produits par des études approfondies. Et elle indique qu'une immunisation mondiale pourrait prendre jusqu'à deux ans, voire plus.

<https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/09/estudo-chines-amplio-aponta-seguranca-da-vacina-contracovid-19-de-sp.shtml>

États-Unis

Évolution de la répartition par âge de la pandémie de COVID-19 – États-Unis, de mai à août 2020

Source : CDC – MMWR

Identifiant unique : 1007899149

Publication anticipée / 23 septembre 2020 / 69

Sommaire

Que sait-on déjà sur ce sujet?

Au début de la pandémie, l'incidence de la COVID-19 était la plus élevée chez les adultes âgés.

Qu'est-ce que ce rapport apporte de plus?

Entre juin et août 2020, l'incidence de la COVID-19 était la plus élevée chez les personnes de 20 à 29 ans, qui représentaient plus de 20 % de tous les cas confirmés. Les jeunes adultes contribuent probablement à la transmission communautaire de la COVID-19. Dans tout le sud des États-Unis, en juin 2020, l'augmentation du pourcentage de résultats positifs au test de dépistage du SRAS-CoV-2 chez les adultes de 20 à 39 ans a précédé de 4 à 15 jours l'augmentation du pourcentage chez les personnes de 60 ans ou plus.

Quelles sont les implications pour la pratique de la santé publique?

Il faut que les jeunes adultes adhèrent strictement aux stratégies d'atténuation de la transmission communautaire et aux comportements préventifs personnels pour contribuer à réduire l'infection et sa transmission subséquente aux personnes présentant un risque élevé de maladie grave.

Au 21 septembre 2020, la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) avait entraîné plus de 6 800 000 cas déclarés aux États-Unis et plus de 199 000 décès associés*. Au début de la pandémie, l'incidence de la COVID-19 était la plus élevée chez les adultes âgés (1). Les CDC ont examiné l'évolution de la distribution par âge de la pandémie de COVID-19 aux États-Unis pendant la période de mai à août en évaluant trois indicateurs : les visites à l'urgence liées à des maladies apparentées à la COVID-19, les résultats positifs aux tests d'amplification en chaîne par polymérase inverse (RT-PCR) pour le SRAS-CoV-2, le virus qui provoque la COVID-19, et les cas confirmés de COVID-19. À l'échelle nationale, l'âge médian des cas de COVID-19 est passé de 46 ans en mai à 37 ans en juillet et à 38 ans en août. Des tendances similaires ont été observées pour les visites à l'urgence liées à une maladie apparentée à la COVID-19 et les résultats positifs aux tests RT-PCR pour le SRAS-CoV-2 dans toutes les régions de recensement des États-Unis. De juin à août, l'incidence de la COVID-19 était la plus élevée chez les personnes de 20 à 29 ans, qui représentaient plus de 20 % de tous les cas confirmés. Le sud

des États-Unis a connu des éclosions régionales de COVID-19 en juin. Dans ces régions, l'augmentation du pourcentage de résultats positifs au test de dépistage du SRAS-CoV-2 chez les adultes de 20 à 39 ans a précédé de 8,7 jours en moyenne (fourchette = 4 à 15 jours) l'augmentation du nombre de cas chez les adultes de 60 ans ou plus, ce qui suggère que les jeunes adultes ont probablement contribué à la transmission communautaire de la COVID-19. Étant donné le rôle de la transmission asymptomatique et présymptomatique (2), il est nécessaire que les jeunes adultes adhèrent strictement aux stratégies d'atténuation de la transmission communautaire et aux comportements préventifs personnels pour contribuer à réduire leur risque d'infection et de transmission subséquente du SRAS-CoV-2 aux personnes présentant un risque élevé de maladie grave.

Les CDC ont examiné l'évolution de la distribution par âge de la pandémie de COVID-19 aux États-Unis pendant la période de mai à août en se basant sur trois indicateurs : 1) les visites à l'urgence liées à une maladie apparentée à la COVID-19; 2) les résultats positifs au test RT-PCR du SRAS-CoV-2; et 3) les cas confirmés de COVID-19. Les visites à l'urgence liées à une maladie apparentée à la COVID-19, déclarées par les établissements de santé au National Syndromic Surveillance Program (NSSP)†, se caractérisaient par une fièvre accompagnée de toux, par de l'essoufflement ou par des difficultés respiratoires comme principal motif de consultation ou par un code de diagnostic de sortie pour la COVID-19 et par l'absence de codes de diagnostic pour la grippe§. Les analyses des visites à l'urgence liées à une maladie apparentée à la COVID-19 étaient basées sur la date de la visite à l'urgence.

Les résultats aux tests RT-PCR pour le SRAS-CoV-2 ont été obtenus à partir des données soumises par les laboratoires électroniques COVID-19 par les ministères de la Santé des États (37 États) et, lorsque l'âge n'était pas disponible dans les données soumises par les États, à partir des données soumises directement par les laboratoires de santé publique, commerciaux et de référence (13 États et DC). Les données représentent le nombre d'échantillons testés, et non pas les personnes individuelles qui ont subi les tests. Les analyses sont basées sur la date de collecte des échantillons ou la date de commande des tests**. Le pourcentage quotidien de résultats positifs au test de dépistage du SRAS-CoV-2 (pourcentage de positivité) a été calculé en divisant le nombre de résultats positifs par la somme des résultats positifs et négatifs.

Les cas confirmés de COVID-19 ont été déterminés à partir des rapports de cas individuels soumis par les services de santé publique††; les analyses se sont fondées sur la date à laquelle le cas a été signalé aux CDC. Les cas confirmés de COVID-19 ont eu un résultat positif au test RT-PCR du SRAS-CoV-2. Les données relatives aux cas représentent des personnes individuelles (dont certaines peuvent avoir eu plusieurs résultats positifs). L'incidence mensuelle a été calculée à partir des estimations de la population au recensement américain de 2018.

Le nombre de cas nationaux, la répartition en pourcentage et l'incidence estimée des cas confirmés de COVID-19 ont été calculés par tranches d'âge de 10 ans et par mois (de mai à août). L'âge médian hebdomadaire des personnes ayant visité un service d'urgence pour une maladie apparentée à la COVID-19 ou ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage du SRAS-CoV-2 et des cas confirmés de COVID-19, ainsi que celui des personnes pour lesquelles tous les tests de dépistage du SRAS-CoV-2 ont été effectués, a été établi à l'échelle nationale pour les quatre régions de recensement des États-Unis. Afin de minimiser l'impact de la disponibilité des tests sur les résultats, la période du début de pandémie (de janvier à avril) a été exclue.

Le sud des États-Unis a connu des éclosions régionales de COVID-19 en juin et juillet 2020. Pour les régions 4, 6 et 9 du ministère américain de la Santé et des services sociaux (HHS), le pourcentage de positivité quotidien a été établi pour quatre groupes d'âge (0-19 ans, 20-39 ans, 40-59 ans et 60 ans ou plus). L'ensemble segmenté (version 1.2-0) du logiciel R (version 3.6.0; The R Foundation) a été utilisé pour segmenter les lignes de tendance spécifiques aux groupes d'âge et définir les points d'inflexion lorsque les tendances changent.

L'incidence nationale des cas confirmés de COVID-19 est passée de 185 cas pour 100 000 personnes en mai à 316 en juillet, puis est tombée à 275 en août (tableau). De mai à juillet, l'incidence a augmenté parmi les personnes de tous les groupes d'âge de moins de 80 ans, les plus fortes hausses ayant été

observées chez les personnes de moins de 30 ans. En conséquence, l'âge médian des cas confirmés de COVID-19 est passé de 46 ans en mai à 37 ans en juillet et 38 ans en août. De juin à août, l'incidence était la plus élevée chez les personnes de 20 à 29 ans, qui représentaient la plus grande proportion du total des cas (plus de 20 %). Des tendances similaires quant à l'âge ont été observées à l'échelle nationale.

Les lignes de tendance de l'âge médian pour les trois indicateurs (visites à l'urgence liées à une maladie apparentée à la COVID-19, résultats positifs au test de dépistage du SRAS-CoV-2 et cas confirmés de COVID-19) ont suivi des tendances similaires dans les données nationales (figure 1) et dans chaque région de recensement des États-Unis (figure 2); toutefois, les tendances différaient selon les régions. À l'échelle nationale ainsi que dans le Sud et le Midwest, l'âge médian a diminué jusqu'à la mi-juin ou la fin juin, a augmenté en juillet et a diminué dans la deuxième moitié du mois d'août. Dans l'Ouest, l'âge médian a diminué de mai à la mi-juin, puis est resté relativement stable ou a légèrement augmenté en juillet-août. Dans le Nord-Est, l'âge médian des personnes déclarées positives et le nombre de cas confirmés sont restés stables en mai, a fortement diminué en juin, a légèrement augmenté en juillet et a diminué en août; l'âge médian des personnes ayant consulté un médecin pour une maladie apparentée à la COVID-19 a diminué régulièrement de la mi-juin à la mi-août. Dans les quatre régions de recensement des États-Unis, l'âge médian des personnes pour lesquelles tous les tests de dépistage du SRAS-CoV-2 ont été effectués a été relativement stable en mai (alors que l'âge médian des personnes déclarées positives et le nombre de cas confirmés ont diminué en mai) et a commencé à diminuer à la suite des baisses des trois autres indicateurs.

En juin 2020, dans les régions 4, 6 et 9 du département américain de la Santé et des Services sociaux (HHS), le passage à une pente ascendante en pourcentage de positivité chez les personnes de 20 à 39 ans s'est produit en moyenne 8,7 jours (fourchette de 4 à 15 jours) avant le passage à une pente ascendante chez les personnes âgées de 60 ans ou plus (figure supplémentaire, <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/93914>). Cette tendance était la plus évidente dans la région 4 (Sud-Est), où l'augmentation du pourcentage de positivité chez les personnes de 20 à 39 ans a précédé de 9 jours les augmentations chez les personnes de 40 à 59 ans et de 15 jours celles de 60 ans ou plus; le pourcentage de positivité chez les personnes de 0 à 19 ans a augmenté régulièrement du début mai au début juillet. Dans les régions 6 et 9 du HHS (Centre-Sud et Sud-Ouest), le pourcentage de positivité chez les personnes de 0 à 19 ans, 20 à 39 ans et 40 à 59 ans a augmenté à peu près au même moment et a précédé les augmentations chez les personnes de 60 ans ou plus d'environ 7 jours dans la région 6 et de 4 jours dans la région 9.

Haut

Analyse

De juin à août, la pandémie de COVID-19 aux États-Unis a touché une plus grande proportion de jeunes que de janvier à mai 2020 (1). Le glissement vers des âges plus jeunes s'est produit dans les quatre régions de recensement des États-Unis, indépendamment des changements d'incidence au cours de cette période, et s'est traduit par des consultations à l'urgence liées à des maladies apparentées à la COVID-19, par des résultats positifs au test RT-PCR du SRAS-CoV-2 et par des cas confirmés de COVID-19. Un changement d'âge similaire s'est produit en Europe, où l'âge médian des cas de COVID-19 est passé de 54 ans pendant la période de janvier à mai à 39 ans pendant la période de juin à juillet, au cours de laquelle les personnes de 20 à 29 ans constituaient la plus grande proportion des cas (19,5 %) (3).

La surveillance des cas et des laboratoires repose sur la disponibilité constante des tests de diagnostic pour tous les segments de la population, et l'évolution du dépistage dans les différents groupes d'âge pourrait affecter la répartition par âge des résultats positifs au test de dépistage du SRAS-CoV-2 et des cas confirmés. Bien que la disponibilité des tests ait varié en fonction du lieu, du moment et du fournisseur de tests, il est peu probable que le changement d'âge observé résulte uniquement de l'évolution de la disponibilité des tests. Tout d'abord, la baisse de l'âge médian des personnes pour lesquelles tous les tests de dépistage du SRAS-CoV-2 ont été effectués a été inférieure à la baisse de l'âge médian des personnes ayant obtenu un résultat positif et des cas confirmés, ce qui suggère que les

modèles d'infection ont déterminé les modèles de dépistage. Deuxièmement, la répartition par âge des personnes pour lesquelles tous les tests de dépistage du SRAS-CoV-2 ont été effectués s'est déplacée vers des groupes plus jeunes de mai à juin, mais est restée relativement constante entre les mois de juin et d'août. Troisièmement, le pourcentage de positivité a continué à augmenter en raison de l'accroissement du volume de tests; cela a été particulièrement évident dans les régions 4 et 6 du HHS parmi les personnes de 20 à 39 ans entre le début et la mi-juin (figure supplémentaire, <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/93914>). Quatrièmement, l'âge médian des personnes ayant consulté à l'urgence pour une maladie apparentée à la COVID-19, qui ne dépend pas de la disponibilité des tests, a montré des tendances similaires à celles des personnes déclarées positives et des cas confirmés.

Ce rapport fournit des preuves préliminaires que les jeunes adultes ont contribué à la transmission communautaire de la COVID-19 aux adultes plus âgés. Dans tout le sud des États-Unis, en juin 2020, l'augmentation de l'infection par le SRAS-CoV-2 chez les jeunes adultes a précédé de 4 à 15 jours (soit d'une à trois périodes d'incubation environ) l'augmentation chez les adultes plus âgés. Des observations similaires ont été rapportées par l'Organisation mondiale de la santé^{***}. Il convient d'étudier plus avant la dynamique de la transmission communautaire dans les différents groupes d'âge afin de cerner les facteurs qui pourraient être à l'origine de l'infection chez les jeunes adultes et de la transmission subséquente aux adultes plus âgés.

Ces résultats ont des implications cliniques et de santé publique importantes. Tout d'abord, des facteurs professionnels et comportementaux pourraient faire courir aux jeunes adultes un risque plus élevé d'exposition au SRAS-CoV-2. Les jeunes adultes représentent une grande proportion des travailleurs dans les professions de première ligne (p. ex. les magasins de détail, les transports publics, les services de garde d'enfants et les services sociaux) et les industries fortement exposées (p. ex. les restaurants/bars, les divertissements et les services personnels) (4,5), où la mise en œuvre systématique de stratégies de prévention peut être difficile ou impossible. En outre, les jeunes adultes pourraient également être moins enclins à suivre des stratégies d'atténuation de la transmission communautaire, telles que la distanciation sociale et l'évitement des rassemblements (6,7). Deuxièmement, les jeunes adultes, plus susceptibles de présenter des symptômes légers ou nuls†††, peuvent contribuer sans le savoir à la transmission présymptomatique ou asymptomatique à d'autres personnes (2), y compris à des personnes présentant un risque élevé de maladie grave. Enfin, l'infection par le SRAS-CoV-2 n'est pas bénigne chez les jeunes adultes, en particulier chez ceux qui présentent des pathologies sous-jacentes§§§, lesquels courent un risque d'hospitalisation, de maladie grave et de décès (8).

Les conclusions de ce rapport sont soumises à au moins cinq réserves. Premièrement, les données des rapports de cas soumis aux CDC par les ministères de la Santé des États sous-estiment l'incidence réelle. Deuxièmement, la déclaration par lots des cas historiques par certains États pourrait avoir entraîné des pics dans les lignes de tendance de l'âge médian, comme l'augmentation observée dans la région du Midwest en juin. Troisièmement, les trois sources de données du rapport varient dans leur couverture géographique, les données de laboratoire étant les plus complètes. Néanmoins, des modèles et des tendances cohérentes ont été observés pour les trois indicateurs. Quatrièmement, l'analyse des données au niveau régional est susceptible de minimiser les diverses tendances spécifiques aux groupes d'âge qui pourraient autrement être observées à l'échelle des États ou au niveau local. Enfin, l'utilisation de groupes d'âge de dix et vingt ans pourrait masquer les tendances par âge au sein de plus petits groupes d'âge et celles qui traversent les décennies, comme l'augmentation récente des cas de COVID-19 chez les étudiants des collèges et des universités.¶¶¶

La prévalence accrue de l'infection par le SRAS-CoV-2 chez les jeunes adultes contribue probablement à la transmission communautaire de COVID-19, notamment aux personnes présentant un risque élevé de maladie grave, comme les personnes âgées. L'accent devrait être mis sur des stratégies d'atténuation ciblées pour réduire l'infection et la transmission chez les jeunes adultes, notamment par des messages de prévention adaptés à l'âge (7), la restriction des rassemblements et des événements en personne****, la recommandation du port du masque et de la distanciation sociale dans les lieux de socialisation†, la mise en œuvre de pratiques sûres dans les établissements de restauration sur place (9) et l'application de mesures de protection pour les travailleurs des services essentiels et de l'industrie des services. Compte tenu du rôle de la transmission asymptomatique et présymptomatique (2), toutes les personnes,

y compris les jeunes adultes, devraient prendre des précautions supplémentaires pour éviter la transmission aux membres de la famille et de la collectivité qui sont plus âgés ou qui ont des problèmes médicaux sous-jacents. Une stricte adhésion des jeunes adultes aux stratégies d'atténuation des risques de transmission communautaire et aux comportements préventifs personnels est nécessaire pour contribuer à réduire leur risque d'infection et minimiser la transmission ultérieure du SRAS-CoV-2 aux personnes plus susceptibles de développer une forme grave de la COVID-19.

https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6939e1.htm?s_cid=mm6939e1_e&ACSTrackingID=DM38812&ACSTrackingLabel=MMWR Early Release - Vol. 69, September 23, 2020&deliveryName=DM38812

France et Espagne

Coronavirus : les animaux de compagnie pourraient être plus sensibles à la COVID-19 qu'on ne le pensait au départ, selon une étude

Source : Le *Morning Post* de la Chine du Sud

Identifiant unique : 1007899176

Plus de la moitié des chats et des chiens vivant avec des propriétaires infectés obtiennent un résultat positif aux tests d'anticorps dans une étude française

Des chercheurs espagnols affirment que le taux de mortalité des chiens souffrant de problèmes respiratoires a grimpé en flèche au plus fort de la crise sanitaire dans le pays

Les animaux de compagnie pourraient être plus sensibles au coronavirus qu'on ne le pensait, selon une étude scientifique réalisée en France. Une équipe de l'Institut de recherche pour le développement a collecté des échantillons de sang de 47 chats et chiens vivant dans des familles dont au moins un membre avait obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19. Ils ont ensuite effectué trois tests sur les échantillons pour détecter les anticorps contre le SRAS-CoV-2. Plus de 20 % des animaux ont obtenu un résultat positif dans les trois tests et 53 % l'ont fait dans au moins un. Selon des études antérieures, le risque qu'un animal de compagnie soit infecté se situait entre 0 et 15 %.

L'étude française a été publiée mardi sur le site web bioRxiv.org, ce qui signifie que ses résultats n'ont pas été examinés par des pairs.

« Nos résultats mettent en évidence le rôle potentiel des animaux de compagnie dans la propagation de l'épidémie », a déclaré le Dr Eric Leroy, chef de l'équipe.

« [Le] risque d'infection chez les animaux de compagnie des propriétaires déclarés positifs à la COVID-19 est beaucoup plus élevé que ce qui a été décrit précédemment », a-t-il déclaré.

Le Dr Leroy a déclaré que son équipe n'avait récupéré de souches vivantes du coronavirus sur aucun des animaux de compagnie, ce qui suggère qu'il est très peu probable que l'agent pathogène puisse être transmis par les animaux aux humains qu'ils rencontrent en dehors de leur maison.

Cependant, les personnes qui ont été en contact étroit et fréquent avec un animal infecté devraient prendre des mesures de précaution, a-t-il dit.

Les résultats indiquent que les chats ont environ deux fois plus de chances d'attraper le virus que les chiens, ce qui confirme une étude antérieure réalisée par des scientifiques chinois.

Entre-temps, une autre étude menée par des scientifiques en Espagne a révélé que le taux de mortalité des chiens souffrant de maladies respiratoires a grimpé en flèche pendant la pandémie.

Sur la base de données recueillies auprès de vétérinaires entre avril et juin, l'équipe a constaté que le taux de mortalité est passé d'une norme de 1 à 2 % à un taux pouvant aller jusqu'à 40 %.

L'équipe a déclaré dans un article publié mardi sur bioRxiv.org qu'il n'était pas clair si le pic pouvait être attribué à la crise sanitaire affectant les humains, mais des anticorps au coronavirus ont été trouvés chez certains des 40 chiens qui sont tombés malades ou sont morts pendant cette période.

« Le nombre de décès a été plus de 30 fois supérieur aux prévisions », a déclaré la chef de l'équipe, la Dre Alicia Barbero-Fernandez de l'Université Alfonso X El Sabio de Madrid.

« Les informations relatives à la possibilité que des animaux de compagnie soient infectés sont confuses et controversées. »

La pandémie mondiale a montré que le coronavirus est bien adapté à l'homme, ce qui signifie en théorie qu'il devrait être moins susceptible de passer à d'autres espèces.

Cependant, certaines études menées par des scientifiques chinois ont montré que la gamme d'hôtes du virus est déterminée par un petit nombre de gènes seulement, et qu'une seule mutation dans l'un d'entre eux pourrait rendre le virus plus apte à passer d'une espèce à l'autre.

<https://www.scmp.com/news/china/science/article/3102711/coronavirus-pets-may-be-more-susceptible-covid-19-first-thought>

Espagne

Les chats atteints de COVID-19 développent naturellement des anticorps pour combattre le virus, selon les tests

Source : CTVNews.ca – À la une – RSS public

Identifiant unique : 1007899730

TORONTO – Deux chats d'Espagne offrent de nouvelles perspectives sur la façon dont les félins réagissent à la COVID-19, les scientifiques affirmant que les animaux semblent avoir une réponse immunitaire robuste au virus, ce qui leur évite d'en développer les symptômes.

De nombreux animaux domestiques communs, dont les chats, les chiens, les hamsters et les furets, sont capables d'attraper la COVID-19, bien que les cas restent rares. Ce qui est moins clair, c'est la façon dont les animaux réagissent au virus et s'ils sont capables de le transmettre aux humains.

De nouvelles recherches menées en Espagne sur deux chats ayant contracté le virus suggèrent que les félins sont capables de développer leurs propres anticorps qui neutralisent efficacement la COVID-19.

Ces conclusions ont été obtenues grâce à Negrito, un chat de quatre ans déclaré positif au virus en mai dernier, après que ses propriétaires ont eux aussi contracté la maladie. Negrito a fait la une des journaux en étant le premier chat en Espagne à avoir obtenu un résultat positif au test de dépistage du virus, et l'animal avait de graves problèmes respiratoires.

Après avoir été admis dans un hôpital vétérinaire, Negrito a reçu un diagnostic de cardiomyopathie hypertrophique, une maladie sans rapport avec l'infection du chat par la COVID-19. Le chat a été euthanasié, et une nécropsie a confirmé que l'animal ne présentait pas d'autres lésions ou symptômes compatibles avec une infection par coronavirus.

Plus important encore, les scientifiques ont déterminé par des tests que Negrito avait une charge virale très faible. Des tests sérologiques ont alors été effectués sur Negrito et un autre chat domestique, Whisky, qui vivait dans la même maison.

Les chercheurs ont découvert que les deux chats avaient développé naturellement des anticorps contre le virus.

« Dans les deux cas, nous avons détecté des anticorps neutralisants, c'est-à-dire qu'ils ont la capacité de se lier au virus et de le bloquer », a déclaré Julià Blanco, un chercheur de l'Institut de recherche sur le sida qui a effectué les tests.

« C'est important, car cela nous indique que le système immunitaire des chats peut faire face au SRAS-CoV-2 et, dans ces cas précis, leur éviter d'en développer les symptômes. »

Les chercheurs pensent que les deux chats ont été infectés par leurs propriétaires, un processus connu sous le nom de « zoonose inverse ». Les deux animaux n'ont eu aucun contact avec d'autres chats, et les chercheurs ont analysé la séquence génétique de Negrito et découvert que son virus présentait une similarité de 99,9 % avec celui d'un de ses propriétaires. Le propriétaire est mort du virus.

Plus de 31 millions de personnes dans le monde ont été déclarées positives à la COVID-19, mais les cas connus chez les animaux restent rares. Les chercheurs espagnols constatent que les animaux de compagnie jouent un « rôle négligeable » dans la propagation du virus.

Depuis, l'équipe a lancé une étude plus large pour analyser si les réponses immunitaires marquées de Negrito et Whisky peuvent être trouvées chez d'autres animaux.

Au début du mois, des chercheurs chinois ont étudié un groupe de 102 chats à Wuhan, où l'épidémie a débuté, et ont découvert que 15 chats présentaient des anticorps contre la COVID-19.

Aucun des chats déclarés positifs à la COVID-19 n'a présenté de symptômes ou n'est mort du virus, mais les chercheurs ont précisé que la réponse immunitaire était plus proche de la réaction à un virus

saisonnier que d'une immunité plus durable, ce qui indique que les chats pourraient être vulnérables à une réinfection.

CAS RARES CHEZ LES CHIENS

Les autorités sanitaires canadiennes ont publié un tableau indiquant quels animaux sont connus pour avoir contracté la COVID-19 et s'ils peuvent transmettre le virus à l'homme ou à d'autres membres de la même espèce.

Alors que les chats peuvent être infectés et transmettre la maladie à d'autres animaux, les chiens ne contractent le virus que rarement et ne sont pas connus pour le transmettre à d'autres chiens, selon les autorités. Aucune des deux espèces n'est connue pour transmettre le virus à l'homme.

Le seul animal susceptible de transmettre le virus à l'homme est le vison, selon les autorités sanitaires canadiennes. Cette conclusion découle de l'apparition de foyers parmi les travailleurs des élevages de visons en Europe, où les chercheurs affirment qu'il est possible que le virus se propage des animaux aux humains.

Il est conseillé aux personnes présentant les symptômes de la COVID-19 ou en isolement préventif d'éviter tout contact étroit avec les animaux domestiques, y compris les câlins, les baisers ou le partage d'un lit. Si vous ne présentez pas de symptômes, les autorités sanitaires affirment que le fait de promener votre chien ou de passer du temps avec votre animal de compagnie peut être un excellent moyen de rester en bonne santé.

<https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/cats-with-covid-19-naturally-develop-antibodies-to-fight-virus-tests-show-1.5116683>

Japon

Changement dynamique de la séroprévalence de la COVID-19 dans la population asymptomatique de Tokyo au cours de la deuxième vague

Source : medrxiv.org

ID : 1007900265

Résumé

Importance : **Les taux de mortalité liés à la COVID-19 au Japon ont été faibles par rapport aux pays occidentaux et ont diminué malgré l'absence de confinement. Des tests sérologiques surveillés depuis le début de la deuxième vague peuvent fournir des indications quant à la prévalence du virus au sein de la population et aux courbes dynamiques de l'infection par la COVID-19.**

Objectif : Évaluer l'évolution de la séroprévalence de la COVID-19 parmi des employés asymptomatiques travaillant à Tokyo pendant la deuxième vague. Conception : Nous avons mené une étude par observation de cohortes. Des bénévoles en santé travaillant pour une entreprise japonaise à Tokyo ont été recrutés de différents endroits aux fins de déterminer la séropositivité contre la COVID-19 entre le 26 mai et le 25 août 2020. Les anticorps IgM et IgG de la COVID-19 ont été établis par un test de dépistage rapide des anticorps IgM/IgG de la COVID-19 à partir de sang prélevé du bout du doigt. À l'échelle de l'entreprise, des tests ont été effectués et acquis hebdomadairement. Pour chaque participant, des tests sérologiques ont été offerts à deux reprises, séparées d'environ un mois, afin de permettre l'autoréférence des résultats des tests et d'évaluer la séroconversion et la séroréversion.

Cadre : Milieu de travail au sein d'une grande entreprise.

Participants : Des bénévoles en santé parmi 1 877 employés d'une grande entreprise japonaise ont été recrutés pour l'étude depuis 11 emplacements distincts de Tokyo. Les participants ayant de la fièvre, de la toux ou de l'essoufflement au moment des tests ont été exclus. C'est disponible en vertu d'une licence internationale CC-BY-ND 4.0 . prépublication (n'ayant pas été certifiée par un examen par des pairs) est l'auteur/le bailleur de fonds, qui a accordé à medRxiv une licence l'autorisant à afficher la prépublication à perpétuité. prépublication de medRxiv doi: <https://doi.org/10.1101/2020.09.21.20198796>. cette version mise en ligne le 23 septembre 2020. Le détenteur du droit d'auteur pour ceci

Principales mesures et résultats principaux : Le taux de séropositivité (TSP) a été calculé par la mise en commun des données recueillies de la cohorte au cours de chaque fenêtre de deux semaines. La séropositivité était définie comme le fait d'obtenir un résultat positif pour l'anticorps IgM ou IgG. L'évolution du statut immunologique contre le SRAS-CoV-2 a été déterminée en comparant les résultats de deux tests effectués sur la même personne.

Résultats : Un total de 615 bénévoles en santé (moyenne + écart-type 40,8 + 10,0; plage 19-69; 45,7 % de femmes) ont reçu au moins un test. La séroprévalence a augmenté de 5,8 % à 46,8 % au cours de l'été. L'augmentation la plus marquée du TSP s'est produite à la fin de juin et au début de juillet, parallèlement à l'augmentation du nombre de cas quotidiens confirmés à Tokyo, ayant culminé le 4 août. Out of the 350 individuals (mean + SD 42.5 + 10.0; range 19 - 69; 46.0 % female) who completed both offered tests, 21.4 % of those individuals who tested seronegative became seropositive and seroreversion was found in 12.2 % of initially seropositive participants. 81.1% of IgM positive cases at first testing became IgM negative in approximately one month. Sur les 350 personnes (moyenne + écart-type 42,5 + 10,0; plage 19-69; 46,0 % de femmes) qui se sont prêtées aux deux tests proposés, 21,4 % dont le test était négatif sont devenues séropositives et une séroréversion a été constatée chez 12,2 % des participants initialement séropositifs. Au total, 81,1 % des résultats positifs pour l'anticorps IgM au premier test sont devenus négatifs pour ce même anticorps environ un mois plus tard.

Conclusions et pertinence :

Il est possible que l'infection par la COVID-19 se soit largement propagée dans la population générale de Tokyo malgré le très faible taux de mortalité. La corrélation temporelle entre l'augmentation de la séropositivité et la diminution du nombre de cas de COVID-19 rapportés en l'absence de confinement laisse entrevoir la possibilité d'une immunité collective. Des tests séquentiels de la réponse sérologique contre la COVID-19 sont utiles pour comprendre la dynamique de l'infection par la COVID-19 au sein de la population.

<https://www.medrxiv.org>

Royaume-Uni

Coronavirus : Des scientifiques font une découverte qui « change la donne » dans la lutte contre la COVID-19 – Deseret News

Source : Deseret News

ID : 1007899959

Le coronavirus est ainsi nommé en raison des pics de protéines qui l'entourent comme une couronne. Centers for Disease Control and Prevention

Une nouvelle étude en provenance de l'Université de Bristol suggère que la protéine S du SRAS-CoV-2 compte une poche pouvant être traitée par médicament, ce qui pourrait aider à arrêter le coronavirus. Les chercheurs ont publié leurs conclusions dans la revue *Science*.

Des scientifiques ont déclaré que cette découverte « change la donne » dans la lutte pour vaincre la pandémie du coronavirus.

Ce que dit l'étude :

Le SRAS-CoV-2 compte de multiples copies de la glycoprotéine – ou la « protéine S » – qui se fixe à nos cellules et nous infecte.

L'équipe de recherche a utilisé une technique d'imagerie, la cryomicroscopie électronique (cryoME), pour examiner la protéine S au niveau atomique.

Avec l'aide d'Oracle, l'équipe a construit une structure tridimensionnelle de la protéine S du SRAS-CoV-2 afin de pouvoir étudier les tenants et aboutissants de cette protéine.

Information connexe

Le vaccin contre la COVID-19 vous inquiète? Voici ce que font les développeurs pour assurer votre sécurité.

Pourquoi c'est important :

Maintenant, les chercheurs ont affirmé que le fait de voir la poche leur permet de vérifier s'ils sont capables de retourner le virus contre lui-même.

« Notre découverte d'une poche pouvant être traitée par médicament dans la protéine S du SRAS-CoV-2 pourrait mener au développement de nouveaux médicaments antiviraux capables d'arrêter et d'éliminer le virus avant même qu'il ne pénètre dans les cellules humaines, l'arrêtant ainsi net », a affirmé la professeure Christiane Schaffitzel.

Ensuite :

Les scientifiques ont déclaré qu'il faudrait fabriquer des médicaments antiviraux capables de cibler la poche afin de mettre un terme à la pandémie.

<https://www.deseret.com/u-s-world/2020/9/22/21449811/coronavirus-sars-cov-2-covid-19-spike-protein>

Événements nationaux d'intérêt

Canada

Rappel d'autres micropousses dans la foulée de l'éclosion de salmonellose

Source : Food Safety News

ID unique : 1007897450

Un troisième rappel a été lancé au Canada dans la foulée d'une éclosion de salmonelle associée à des pousses fraîches de marque Sunsprout. Le rappel concerne des micropousses, notamment des mélanges de luzerne d'oignon ainsi que de luzerne et de radis.

La crainte est que des consommateurs puissent avoir chez eux ces micropousses rappelées étant donné que leur durée de conservation est relativement longue. Les pousses germées qui sont nommées dans l'avis de rappel mis à jour de produits de marque Sunsprout ont une date de péremption allant jusqu'au 5 octobre inclusivement, selon l'avis de rappel émis par l'Agence canadienne d'inspection des aliments. Les micropousses de marque Sunsprout rappelées précédemment ont une date de péremption allant jusqu'au 13 octobre inclusivement.

| Marque | Produit | Format | CUP | Codes |
|---------------|----------------------------|--------|-----------------|---|
| Sprouts Alive | Luzerne « Micro - Greens » | 100 g | 0 69022 10030 3 | Toutes les dates de péremption allant jusqu'au 13 octobre (BBOCT13) inclusivement |
| Sunsprout | Luzerne « Micro - Greens » | 100 g | 0 57621 13511 6 | Toutes les dates de péremption allant jusqu'au 13 octobre (BBOCT13) inclusivement |

Santé publique Ontario enquête sur une flambée d'infections associées aux produits « Micro - Greens » rappelés, selon l'agence d'inspection des aliments.

L'entreprise indique avoir distribué les pousses germées rappelées à des points de vente au détail en Ontario et en Colombie-Britannique.

« Ce rappel découle de renseignements obtenus par l'ACIA au cours d'une enquête sur une éclosion de maladie d'origine alimentaire. L'ACIA procède actuellement à une enquête sur la salubrité des aliments qui pourrait entraîner le rappel d'autres produits. Tout autre rappel de produit à haut risque sera signalé au public au moyen d'une mise à jour de l'avis de rappel d'aliments », peut-on lire dans l'avis de rappel.

À propos des infections à *Salmonella*

Les aliments contaminés par la bactérie *Salmonella* n'ont généralement ni l'air, ni l'odeur, ni le goût d'aliments avariés. N'importe qui peut devenir malade d'une infection à *Salmonella*. Les nourrissons, les enfants, les personnes âgées et les personnes dont le système immunitaire est affaibli courent un risque plus élevé de contracter des maladies graves, car leur système immunitaire est fragile, selon le CDC. Toute personne ayant consommé un des produits « Micro - Greens » rappelés et présentant des symptômes d'infection à *Salmonella* doit consulter un médecin. Les personnes malades doivent informer leur médecin de leur exposition possible à la bactérie *Salmonella*, car des tests spéciaux doivent être

menés pour diagnostiquer la salmonellose. Les symptômes d'une infection à *Salmonella* peuvent ressembler à ceux d'autres maladies et mènent souvent à un diagnostic erroné. Parmi les symptômes d'une infection à *Salmonella* figurent des attaques de diarrhée, des crampes abdominales et de la fièvre dans les 12 à 72 heures suivant la consommation d'aliments contaminés. Autrement, la maladie chez des adultes en bonne santé dure généralement entre quatre à sept jours. Dans certains cas, cependant, les attaques de diarrhée peuvent être si sévères que les patients doivent être hospitalisés.

Les adultes plus âgés, les enfants, les femmes enceintes et les personnes dont le système immunitaire est affaibli, comme les cancéreux, sont plus susceptibles de développer une maladie grave et des affections graves, parfois mortelles.

<https://www.foodsafetynews.com/2020/09/more-microgreens-recalled-in-relation-to-salmonella-outbreak/>

Canada

Les décès par surdose ont diminué en août par rapport à juillet en Colombie-Britannique

Source : Fil de diffusion de La Presse canadienne

ID : 1007899681

VANCOUVER – Selon le Service du coroner de la Colombie-Britannique, 147 personnes sont décédées d'une surdose mortelle en août, contre 86 décès au cours du même mois l'année dernière.

Cependant, le plus récent nombre de décès mensuels causés par des drogues illicites est inférieur aux 176 cas maintenant confirmés pour le mois de juillet et au nombre record de 181 décès enregistrés un mois plus tôt.

Des données en provenance du service du coroner indiquent que les décès par surdose ont commencé à augmenter en Colombie-Britannique au même moment où la pandémie de COVID-19 a frappé la province, en mars, mois au cours duquel 113 personnes sont décédées par rapport à 73 en février.

La coroner en chef, Lisa Lapointe, a déclaré que la fermeture des frontières pendant la pandémie de COVID-19 a arrêté le flux de médicaments qui font typiquement leur entrée dans la province, ce qui a créé des occasions d'affaires pour les fabricants de substances encore plus toxiques.

La médecin hygiéniste en chef de la province, la D^{re} Bonnie Henry, a exhorté les gens à ne consommer de la drogue qu'en présence d'une personne munie de naloxone, un médicament contre les surdoses.

Last week, she issued an order that is expected to soon allow registered nurses and registered psychiatric nurses to write prescriptions for safer drugs that are an alternative to those bought on the street. La semaine dernière, elle a rendu une ordonnance qui devrait bientôt permettre aux infirmières et infirmiers autorisés ainsi qu'aux infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés de prescrire sur ordonnance des drogues moins dangereuses que celles achetables dans la rue.

Canada

Forte hausse du nombre de décès liés à la consommation d'opioïdes au cours de la première moitié de 2020, que l'Alberta attribue à la pandémie

Source : CTV News - Edmonton

ID : 1007899855

EDMONTON – Les décès liés à la consommation d'opioïdes en Alberta ont augmenté de près de 100 au cours de la première moitié de 2020, par rapport à la même période l'année dernière, et le gouvernement provincial jette le blâme pour cette augmentation sur la pandémie de COVID-19.

Selon le rapport de surveillance de la réponse à la crise des opioïdes du gouvernement de l'Alberta couvrant le deuxième trimestre de 2020, il y a eu 449 décès involontaires liés à la consommation d'opioïdes au cours des premiers mois de 2020, soit une augmentation de 99 par rapport à la première moitié de 2019.

Selon le rapport, une majorité de ces 449 décès – soit 414 – sont attribuables à une surdose de fentanyl. Les décès involontaires liés à la consommation d'opioïdes ont connu une baisse marquée au cours du deuxième trimestre, entre avril et juin, soit 148 décès au premier trimestre et 301 au deuxième.

La province affirme qu'elle a commencé à observer une augmentation considérable en mars qui a abouti à des « niveaux records jamais observés auparavant ».

« Cette forte hausse s'est accompagnée d'une diminution de l'utilisation des services de traitement et de réduction des risques », peut-on lire dans le rapport.

« Les derniers mois ont conduit à une augmentation des niveaux de peur et d'anxiété, à l'isolement, à la perturbation de la prestation de services en personne, à une précarisation de l'emploi et plus encore », a déclaré Jason Luan, ministre adjoint de la Santé mentale et des Dépendances de l'Alberta. « Cela a exacerbé les difficultés de nombreux Albertains, dont ceux qui luttent contre la toxicomanie. »

Selon le rapport, le traitement de la dépendance aux opiacés est passé de 86 % en mars à 52,6 % en avril, avant de remonter à 84,2 % en juin. Aussi, les sites de consommation supervisée ont connu une forte baisse du nombre de visites, lesquelles sont passées de 114 430 au premier trimestre à 40 755 au deuxième trimestre aux établissements d'Edmonton, de Calgary, de Red Deer, de Lethbridge et de Grande Prairie.

Ce sont les plus grandes villes de l'Alberta, en particulier Edmonton et Calgary, qui ont enregistré la majorité des décès involontaires survenus.

Luan a précisé que la Colombie-Britannique a rapporté des observations similaires.

<https://edmonton.ctvnews.ca/opioid-deaths-spike-in-first-half-of-2020-alberta-cites-pandemic-as-cause-1.5117233>

Canada

1 068 personnes sont mortes d'une surdose

Source : Castanet

ID unique : [1007903176](#)

En Colombie-Britannique, 1 068 personnes ont perdu la vie à la suite d'une surdose, après 147 autres décès par surdose enregistrés en août. Selon le plus récent rapport du Service du coroner de la Colombie-Britannique, les chiffres du mois dernier représentent une augmentation de 71 % par rapport au nombre de décès observés en août 2019, où 86 personnes sont mortes d'une surdose de drogue. Toutefois, ce pourcentage montre une légère amélioration par rapport aux chiffres provinciaux enregistrés en mai, juin et juillet de cette année. En effet, les chiffres d'août ont baissé de 16 % par rapport au nombre de décès enregistrés en juillet. Il y a eu 15 décès dans la région de l'intérieur de la province au mois d'août de cette année, ce qui représente un peu plus de 50 % du nombre des 27 décès répertoriés dans l'intérieur au mois de juillet. Sept décès sont survenus dans la région de l'Okanagan au cours du mois d'août, dont trois à Kelowna et cinq autres à Thompson-Cariboo.

À ce jour, Kelowna et Kamloops ont enregistré 36 décès par surdose en 2020, ce qui dépasse le nombre enregistré à la même époque l'année dernière dans ces deux villes. Les hommes sont représentés de manière disproportionnée dans les données provinciales, représentant 862 des 1 068 décès par surdose enregistrés en 2020 à ce jour. En août 2020, les taux parmi les femmes ont diminué pour atteindre des niveaux moyens, tandis que les taux parmi les hommes sont restés élevés. Les données suggèrent que le fentanyl demeure le type de drogue le plus détecté dans les cas de décès par surdose, représentant 79 % des décès en 2020 et 85 % des décès en 2019.

« Les résultats toxicologiques post-mortem suggèrent qu'il y a eu un plus grand nombre de cas avec des concentrations extrêmes de fentanyl en avril-août 2020 par rapport aux mois précédents (concentrations supérieures à >50 µg/L [microgrammes/litre]) », peut-on lire dans le rapport du Service du coroner de la Colombie-Britannique.

« Entre avril et août 2020, environ 14 % des cas présentaient des concentrations extrêmes de fentanyl, contre 8 % pour la période de janvier 2019 à mars 2020. » La Colombie-Britannique est en voie d'enregistrer le plus grand nombre de décès par surdose en une seule année, avec un taux supérieur à celui de 2018, année où 1 040 décès avaient été enregistrés en août. La province détient aujourd'hui le plus grand nombre de décès annuels (1 547) de la dernière décennie.

<https://www.castanet.net/news/BC/311398/147-people-died-of-overdose-in-B-C-last-month>

Canada

Le comté de Lambton voit le premier cas humain confirmé du virus du Nil occidental de l'année

Source : CTV News – Londres

Identifiant : 1007900055

COMTÉ DE LAMBTON, ONT. – Les autorités sanitaires affirment qu'une personne dans le comté de Lambton a été testée positive pour le virus du Nil occidental – le premier cas humain confirmé dans la région cette année.

Selon le service de santé publique de Lambton, les mares à moustiques de Petrolia et d'Oil Springs ont été testées positives pour le virus le mois dernier.

Selon l'agence, le virus se transmet à l'homme par la piqûre d'un moustique infecté.

Il indique que 24 cas humains ont été signalés en Ontario cette année jusqu'à présent.

L'unité sanitaire affirme que le cas humain confirmé rappelle aux habitants du comté de rester vigilants en ce qui concerne l'exposition aux moustiques.

Il indique que malgré des températures nocturnes plus basses, la saison des moustiques n'est pas terminée tant que le gel n'empêche pas les insectes de se reproduire.

<https://london.ctvnews.ca/lambton-county-sees-first-confirmed-human-case-of-west-nile-virus-of-the-year-1.5117207>

Événements internationaux d'intérêt

États-Unis

Miami : 2^e cas de dengue acquise localement signalé

Source : Outbreak News Today

Identifiant : 1007900068

Le ministère de la Santé de la Floride, dans le comté de Miami-Dade, a signalé un cas supplémentaire confirmé de dengue transmis localement chez un résident de Miami-Dade. Il y a eu au total deux cas de dengue acquise localement en 2020.

La dengue est un virus transmis par des piqûres de moustiques, en particulier les moustiques Aedes qui propagent également le chikungunya et le virus Zika. La plupart des personnes infectées par la dengue ne présentent que des symptômes bénins, voire aucun. Ceux qui développent des symptômes se rétablissent au bout d'une semaine environ.

Les symptômes courants de la dengue sont la fièvre et un ou plusieurs des symptômes suivants : maux de tête, douleurs oculaires (généralement derrière les yeux), douleurs musculaires, articulaires ou osseuses, éruptions cutanées, nausées et vomissements, ou saignements inhabituels (saignement de nez ou de gencives, petits points rouges sous la peau ou ecchymoses inhabituelles). Une dengue grave peut survenir et entraîner un choc, une hémorragie interne et la mort. Si vous ou un membre de votre famille présentez les symptômes mentionnés, consultez votre prestataire de soins de santé ou une clinique locale.

Le DOH-Miami-Dade continue de conseiller au public de rester diligent dans ses efforts personnels de protection contre les moustiques en se rappelant « d'égoutter et de couvrir ».

VIDEZ l'eau stagnante pour empêcher les moustiques de se multiplier.

Drainez l'eau des poubelles, des gouttières, des seaux, des couvertures de piscine, des glacières, des jouets, des pots de fleurs ou de tout autre récipient où l'eau d'arrosage ou de pluie s'est accumulée.

Jetez les vieux pneus, les fûts, les bouteilles, les boîtes de conserve, les casseroles, les appareils cassés et les autres objets qui ne sont pas utilisés.

Videz et nettoyez les bains d'oiseaux et les bols d'eau des animaux domestiques au moins une ou deux fois par semaine.

Protégez les bateaux et les véhicules de la pluie avec des bâches qui n'accumulent pas l'eau.

Maintenez les piscines en bon état et convenablement chlorées. Videz les piscines en plastique lorsqu'elles ne sont pas utilisées.

COUVREZ la peau avec des vêtements ou un répulsif.

Vêtements – Portez des chaussures, des chaussettes, des pantalons longs et des manches longues. Ce type de protection peut être nécessaire pour les personnes qui doivent travailler dans des zones où les moustiques sont présents.

Répulsif – Appliquez un répulsif antimoustique sur la peau nue et les vêtements.

Utilisez toujours les répulsifs conformément à l'étiquette. Les répulsifs contenant du DEET, de la picaridine, de l'huile d'eucalyptus citronné, du para-menthane-diol et de l'IR3535 sont efficaces.

Utilisez des moustiquaires pour protéger les enfants de moins de deux mois.
<http://outbreaknewstoday.com/miami-2nd-locally-acquired-dengue-case-reported-35322/>

Soudan

Huit personnes sont mortes d'une fièvre « inconnue » dans le nord du Soudan – Middle East Monitor

Source : www.middleeastmonitor.com

Identifiant unique : 1007897963

Huit personnes sont mortes dans l'État du Nord du Soudan d'une fièvre inconnue, a révélé le ministère soudanais de la Santé.

« Le ministère a reçu samedi un rapport concernant 41 cas de fièvre dans l'État du Nord, dont huit décès », a indiqué un communiqué officiel. Il a ajouté qu'une équipe médicale a été envoyée pour enquêter sur les cas et essayer d'identifier la maladie qui a causé la fièvre mortelle. « Des échantillons ont été prélevés pour des examens de laboratoire afin de confirmer le diagnostic et de renforcer les interventions visant à prévenir et à contrôler la maladie. »

Les médecins soudanais s'attendent à ce que la cause soit trouvée dans les eaux contaminées des inondations qui ont englouti de grandes parties du pays ces dernières semaines. L'eau stagnante peut provoquer des éclosions de maladies graves telles que le choléra, la dengue ou la malaria.

Depuis le mois de juin, 121 personnes sont mortes au Soudan et 54 autres ont été blessées à la suite d'inondations soudaines. Le 5 septembre, le conseil de défense et de sécurité soudanais a placé le pays en « zone de catastrophe naturelle » et a déclaré un état d'urgence de trois mois à l'échelle nationale.
<https://www.middleeastmonitor.com/20200923-eight-people-die-of-unknown-fever-in-northern-sudan/>

Recherches, politiques et lignes directrices

Corée du Sud

Effet de la COVID-19 sur la notification de la tuberculose, Corée du Sud

Source : Journal du CDC EID

Nakwon Kwak, Seung-Sik Hwang et Jae-Joon Yim Commentaires de l'auteur

Affiliations des auteurs : Collège universitaire national de médecine de Séoul, Séoul, Corée du Sud (N. Kwak, J.-J. Yim); école supérieure de santé publique de l'Université nationale de Séoul, Séoul (S.-S. Hwang)

Citer cet article

Résumé

Après que la Corée du Sud a porté son alerte aux maladies infectieuses au plus haut niveau en réponse à l'émergence de maladies à coronavirus, la notification de la tuberculose au cours des 18 premières semaines de 2020 a considérablement diminué par rapport à la même période pour chaque année de la période 2015-2019. Il faut maintenir des mesures adéquates pour diagnostiquer, contrôler et prévenir la tuberculose.

Le premier cas de maladie à coronavirus (COVID-19) en Corée du Sud a été identifié le 20 janvier 2020, et une éclosion dans une église a accéléré la transmission à grande échelle dans tout le pays (1). Le 23 février, le gouvernement sud-coréen a porté l'alerte aux maladies infectieuses au plus haut niveau et a pris des mesures énergiques de lutte contre les infections : mise en place d'une capacité de diagnostic étendue, lancement de procédures de dépistage des contacts locaux, obligation d'éloignement physique et refonte des systèmes de triage et de traitement (2). Même si ce niveau d'alerte reste en vigueur, de telles mesures pourraient avoir des effets négatifs sur d'autres maladies transmissibles, comme la tuberculose (TB) (3). Pour étudier l'effet de la COVID-19 sur le diagnostic de la tuberculose, nous avons retracé le nombre de cas de tuberculose notifiés en Corée du Sud avant et après le début de l'éclosion

de COVID-19 et nous les avons comparés aux années précédentes, durant lesquelles la charge de morbidité de la tuberculose se situait à un niveau intermédiaire.

Nous avons calculé le nombre hebdomadaire de nouveaux cas de tuberculose notifiés pour 2015-2020 à partir du rapport hebdomadaire sur la santé publique publié par les centres coréens de contrôle et de prévention des maladies. En Corée du Sud, les médecins et le personnel de santé sont tenus de signaler aux autorités sanitaires tous les cas de tuberculose confirmés ou cliniquement diagnostiqués dans les 24 heures, indépendamment de tout antécédent de traitement de la tuberculose (4). Le rapport hebdomadaire de santé publique publie chaque semaine le nombre de cas de tuberculose notifiés par province (1). En outre, le nombre de cas de COVID-19 confirmés est affiché quotidiennement sur le site Web des centres coréens de contrôle et de prévention des maladies (1).

Nous avons calculé le nombre moyen de notifications hebdomadaires de tuberculose de la 1^{re} à la 18^e semaine de chaque année de 2015 à 2019. Nous avons également calculé le nombre hebdomadaire de cas de tuberculose notifiés au cours de la même période en 2020. Nous avons comparé le nombre de cas avant et après la déclaration du niveau d'alerte le plus élevé (semaines 1 à 8 [avant le début de l'écllosion de COVID-19] et semaines 9 à 18 [après le début de l'écllosion de COVID-19]). Nous avons estimé l'évolution du nombre de cas de tuberculose notifiés en 2020 après le début de l'écllosion de COVID-19 en comparant les derniers chiffres avec ceux des années précédentes à l'aide d'un modèle structurel bayésien de séries chronologiques (5). Nous avons utilisé le logiciel statistique R version 4.0.2 (<https://www.r-project.org>) pour toutes les analyses statistiques.

Vignette du nombre hebdomadaire moyen de notifications de cas de tuberculose et de COVID-19 en 2020 par rapport à la période précédente de cinq ans, Corée du Sud. Les triangles indiquent les cas de tuberculose en 2015-2019; les carrés indiquent les cas de tuberculose en 2020; les cercles indiquent les cas de COVID-19 en 2020. COVID-19, maladie à coronavirus; TB, tuberculose.

Figure. Nombre hebdomadaire moyen de notifications de cas de tuberculose et de COVID-19 en 2020 par rapport à la période précédente de cinq ans, Corée du Sud. Les triangles indiquent les cas de tuberculose en 2015-2019; les carrés indiquent les cas de tuberculose en 2020;...

Au cours de la période 2015-2019, un nombre moyen de 594 cas de tuberculose ont été notifiés chaque semaine pendant les semaines 1 à 8 et un nombre moyen de 655 cas de tuberculose ont été notifiés chaque semaine pendant les semaines 9 à 18. En 2020, une moyenne de 498 cas de tuberculose ont été notifiés chaque semaine pendant les semaines 1 à 8; le nombre moyen de notifications pendant les semaines 9 à 18 est tombé à 390 cas par semaine. Après le début de COVID-19, la notification de la tuberculose a diminué de 24 % (121 cas/semaine; $p < 0,01$ par rapport au nombre prévu en 2020 sur la base d'un modèle structurel bayésien de séries chronologiques) (Figure). Dans les provinces de Daegu et de Gyeongbuk, l'épicentre de la COVID-19 en Corée du Sud, la notification de la tuberculose a diminué de 23 % (14 cas/semaine; $p = 0,003$). Dans les autres provinces, les tendances étaient similaires; la notification de la tuberculose a diminué de 25 % (112 cas/semaine; $p = 0,001$) après le début de la COVID-19 (Tableau).

Notre analyse a démontré que la pandémie de COVID-19 a entraîné une diminution de la notification de la tuberculose en Corée du Sud et que cette réduction n'était pas limitée aux régions des provinces de Daegu et de Gyeongbuk. Bien que le nombre de cas de tuberculose en Corée du Sud ait diminué régulièrement depuis 2010 (6), la diminution de 24 % des notifications de tuberculose après le début de COVID-19 est plus importante que celle prévue par notre modèle de séries chronologiques.

Le nombre réduit de notifications de tuberculose pourrait refléter la diminution de la transmission associée à la distance physique et à l'utilisation accrue de masques faciaux. Une analyse récente a proposé que l'éloignement physique pourrait réduire la transmission de la tuberculose de 10 % dans les pays à forte charge de morbidité (7). Toutefois, la réduction de 24 % en Corée du Sud, qui a une charge intermédiaire de tuberculose, suggère la contribution supplémentaire d'autres facteurs. Premièrement, lors de l'écllosion de COVID-19, des interventions telles que la recherche de contacts avec la tuberculose et la thérapie préventive ont pu être dépourvues et retardées (3). Deuxièmement, les patients présentant des symptômes respiratoires nouvellement développés ne pouvaient pas se rendre facilement dans les

cliniques thoraciques, car ces patients étaient redirigés vers les cliniques de dépistage de la COVID-19 pour prévenir la transmission en milieu hospitalier (8).

L'effet négatif de l'éclosion de COVID-19 sur la tuberculose ne s'est pas limité au diagnostic. En Corée du Sud, les cliniques externes et les services d'urgence ont été temporairement fermés après que les patients qui s'y rendaient ont été identifiés comme ayant la COVID-19 (9). Les unités à pression négative ont également été privilégiées pour les patients COVID-19 (2). Dans l'ensemble, le recours aux soins de santé se détériore lors des éclosions de maladies transmissibles, comme le montre la diminution de 10 à 23 % des visites aux services d'urgence, même pour des affections mettant la vie en danger, après le début de la COVID-19, comme cela a été signalé aux États-Unis (10).

En résumé, nous avons constaté que les notifications de tuberculose ont considérablement diminué avec l'augmentation de la COVID-19 en Corée du Sud. Des mesures adéquates pour diagnostiquer, contrôler et prévenir la tuberculose, une maladie infectieuse beaucoup plus ancienne et plus grave que la COVID-19, doivent être maintenues pendant cette pandémie.

Le Dr Kwak est professeur adjoint et médecin thoracique à l'hôpital universitaire national de Séoul. Ses recherches portent sur les maladies pulmonaires mycobactériennes non tuberculeuses et la tuberculose pulmonaire.

https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/10/20-2782_article?ACSTrackingID=USCDC_350-DM38290&ACSTrackingLabel=Tuberculosis%20and%20Other%20Mycobacteria%20Articles%20in%20the%20October%202020%20Emerging%20Infectious%20Diseases%20Journal&deliveryName=USCDC_350-DM38290