

Rapport quotidien du RMISP du 2020-10-01

Section spéciale sur le coronavirus

Canada

Régions du Canada où des cas de COVID-19 ont été recensés au 30 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	158 758	14 490	9 297
Terre-Neuve-et-Labrador	274	2	3
Île-du-Prince-Édouard	59	2	0
Nouvelle-Écosse	1 088	1	65
Nouveau-Brunswick	200	6	2
Québec	74 288	5 890	5 834
Ontario	51 710	4 955	2 848
Manitoba.	1 993	599	20
Saskatchewan	1 913	139	24
Alberta	18 062	1 582	267
Colombie-Britannique	9 138	1 313	234
Yukon	15	0	0
Territoires du Nord-Ouest	5	0	0
Nunavut	0	0	0
Voyageurs rapatriés	13	0	0

Un [résumé épidémiologique](#) est disponible.

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

Canada – éclosions de maladie à coronavirus (COVID-19) et résultats (officiels et médiatisés)

Canada

Déclaration de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada, le 30 septembre 2020

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

Déclaration

Le 30 septembre 2020, la D^{re} Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, a publié la déclaration suivante sur la COVID-19.

Le 30 septembre 2020 | Ottawa (Ontario) | Agence de la santé publique du Canada

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

« Il y a eu 156 961 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 291 décès. Des laboratoires de partout au pays ont analysé quotidiennement les tests de dépistage de COVID-19 de 71 000 personnes en moyenne au cours de la dernière semaine, dont 1,7 % a obtenu un résultat positif. En moyenne, 1 471 cas ont été signalés quotidiennement au Canada au cours des sept derniers jours.

Comme vous le savez, **les effets de la pandémie sur la santé sont considérables et ne touchent pas que ceux atteints de la COVID-19. La plupart des autorités de santé publique partout au Canada signalent des augmentations importantes des effets néfastes attribuables aux opioïdes, dont des décès. Par exemple, de mars à juillet, la Colombie-Britannique a signalé 754 décès par surdoses, le nombre le plus élevé jamais enregistré. Malheureusement, de nombreuses autres administrations ont également signalé un nombre sans précédent d'effets néfastes attribuables aux opioïdes. Partout au pays, les autorités de santé locales travaillent avec les collectivités pour renverser la tendance.**

Pendant le mois de septembre, des villes, des organisations et des personnes partout au Canada soulignent des journées de rétablissement. Par l'entremise d'activités virtuelles, les collectivités montrent leur soutien aux personnes qui sont en cure de désintoxication d'un trouble lié à la consommation de substances.

Il est essentiel de maintenir le nombre de cas à un niveau gérable pour aider les Canadiens qui sont aux prises avec un trouble lié à la consommation de substances et qui sont en cure de désintoxication. **Tandis que la distanciation, le maintien d'un petit cercle de contacts et d'autres mesures de santé publique permettent de réduire efficacement la propagation de la COVID-19, ces mesures peuvent également accroître le sentiment d'isolement et créer des obstacles pour les personnes qui souhaitent obtenir des services de désintoxication et qui en ont besoin.**

C'est pourquoi il est plus important que jamais de prendre soin de nous-mêmes. Si vous êtes aux prises avec des problèmes de consommation de substances ou d'autres problèmes de santé mentale, vous pouvez obtenir de l'aide. **Vous trouverez un vaste éventail de ressources sur le portail de soutien en matière de santé mentale et de consommations de substances [Espace mieux-être Canada](#). Vous pouvez également accéder au portail à partir du site [Canada.ca/le-coronavirus](#) et de l'application de COVID-19 du Canada.**

Le trouble lié à la consommation de substances n'est pas un choix, c'est un problème de santé traitable comportant plusieurs voies vers le rétablissement et le mieux-être. Il est toujours important de démontrer de la compassion, d'avoir de la compréhension et d'exprimer du soutien à ceux qui sont en cure de désintoxication en raison d'une dépendance. Si vous connaissez une personne dans cette situation, tendez-lui la main pour lui rappeler qu'elle n'est pas seule.

Pour réussir à sortir de la pandémie, nous devons tous nous engager de nouveau à nous entraider en respectant les mesures de protection individuelle, notamment maintenir une distance physique appropriée, avoir une bonne hygiène des mains, porter un [masque non médical comme recommandé](#), limiter les contacts en personne autant que possible à un petit cercle stable de personnes de confiance et respecter la règle d'or de rester à la maison et de s'isoler des autres si on éprouve des [symptômes](#), même lorsqu'ils sont faibles.

Apportons tous notre contribution pour nous entraider. »

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/09/declaration-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-le-30-septembre-2020.html>

Canada

Le Canada étend l'interdiction aux voyageurs internationaux

Identifiant : 1007947924

Source : japantoday.com

Mercredi, le Canada a prolongé l'interdiction des arrivées internationales non essentielles jusqu'à la fin du mois d'octobre, le pays étant confronté à une recrudescence des cas de maladie à coronavirus.

Cette prolongation intervient au moment où une deuxième vague d'infections est provoquée en partie par le retour à l'école ou au travail de millions de Canadiens après les vacances d'été.

« Nous prolongeons les restrictions existantes sur l'arrivée au Canada de vols internationaux en provenance d'autres pays que les États-Unis jusqu'au 31 octobre 2020 », a déclaré le ministre de la Sécurité publique, Bill Blair, dans une publication sur Twitter.

Cette restriction, qui est en vigueur depuis la mi-mars, fait une exception pour les conjoints, les enfants, les parents ou les tuteurs de citoyens canadiens ou de résidents permanents.

Les États-Unis ont une relation distincte avec le Canada, ce qui permet aux travailleurs essentiels de traverser la frontière. Toutefois, les voyageurs non essentiels ne sont pas autorisés à entrer au Canada. Cet accord expire le 21 octobre.

<https://japantoday.com/category/world/canada-extends-ban-on-international-travelers>

Canada

Augmentation du nombre de cas de COVID-19 dans les collectivités autochtones

Source : National Post

ID du RMISP : 1007944585

OTTAWA – Le ministre des Services aux Autochtones, Marc Miller, affirme que les collectivités autochtones subissent une augmentation alarmante des cas de COVID-19 au cours des dernières semaines.

Selon M. Miller, un total de 673 cas de COVID-19 a été signalé dans les collectivités des Premières Nations; environ 130 de ces cas sont toujours actifs.

Il affirme que les collectivités autochtones ont réussi à faire face à la première vague de COVID-19 grâce à des mesures qui ont limité la propagation du virus.

Les mesures comprenaient la fermeture des collectivités aux personnes de l'extérieur, l'imposition de restrictions locales sur les rassemblements et le respect des protocoles de base en matière de santé et d'hygiène.

La réouverture des écoles et des entreprises, et les lieux où le maintien de la distanciation physique n'est pas possible sont autant de facteurs qui contribuent à cette augmentation.

Perry Bellegarde, le chef national de l'Assemblée des Premières Nations, déclare que les communautés des Premières Nations font partie des populations les plus vulnérables au Canada et ont besoin de plus d'aide pour assurer leur sécurité.

« Les Premières Nations doivent composer avec des circonstances uniques qui nécessitent des approches uniques », a déclaré M. Bellegarde. « Ceux qui vivent dans la pauvreté ou dans les zones rurales ont besoin de plus de soutien et de ressources, notamment de mesures de soutien social et sanitaire pour les familles. »

Le Dr Evan Adams, médecin hygiéniste en chef adjoint de Services aux Autochtones Canada, a déclaré que la plus grande préoccupation est de s'assurer que les collectivités autochtones, elles sont plus de 650, soient prêtes à affronter d'éventuelles éclosions de COVID-19.

<https://nationalpost.com/pmnews-pmn/canada-news-pmn/covid-19-cases-rising-in-indigenous-communities>

Canada

Les infirmières de la Colombie-Britannique sont émotionnellement épuisées, anxieuses et déprimées par la COVID-19 : Enquête

Source : Vancouver Sun

ID du RMISP : [1007940933](#)

Les infirmières de la Colombie-Britannique sont émotionnellement épuisées, anxieuses et déprimées par la COVID-19 : Enquête

Selon Farinaz Havaei, chercheuse principale de l'enquête et professeure adjointe à la Faculté de sciences infirmières de l'UBC, la détérioration de la santé émotionnelle des infirmières est hautement préoccupante, car on craint qu'elle ait une incidence sur leur capacité à fournir des soins efficaces aux patients.

« Si je ne suis pas à 100 %, si je me sens déprimée et pas concentrée, si je suis constamment inquiète, suis-je capable de penser de manière critique et de m'occuper de mes patients au meilleur de mes capacités? » a déclaré M^{me} Havaei. « Les conséquences vont au-delà du personnel infirmier. Il s'agit certes du personnel infirmier, mais aussi de la santé et de la sécurité du grand public qui a besoin de soins et de services infirmiers. »

L'enquête a révélé que 41 % des infirmières sont déprimées, soit une augmentation de 10 % par rapport aux résultats de l'année précédente. Et presque autant, 38 %, ont vécu de l'anxiété – également en hausse de 10 % par rapport à l'année précédente. Un pic de 10 % représente 5 000 infirmières supplémentaires, étant donné que la population active compte environ 50 000 personnes, a déclaré M^{me} Havaei.

L'épuisement émotionnel a également augmenté depuis l'année dernière, 60 % des personnes interrogées déclarant le ressentir. Il s'agit d'une augmentation par rapport aux 56 % de 2019.

Environ 86 % des infirmières se disent extrêmement inquiètes de la possibilité de rapporter la COVID-19 à la maison, et 80 % pensent qu'elles contracteront la maladie au travail.

Par ailleurs, environ la moitié des infirmières ne pensent pas que leur équipement de protection individuelle soit de haute qualité, et deux sur cinq estiment qu'il n'est pas suffisamment accessible pour effectuer leur travail en toute sécurité.

« Une grande majorité des infirmières de la province sont des prestataires de soins directs – elles sont en contact direct et individuel avec les patients », a déclaré M^{me} Havaei. « Quand je vois ces chiffres, (je me demande), comment influenceront-ils la décision des infirmières de rester au travail? Nous savons déjà qu'il y a une pénurie d'infirmières dans la province. »

Plus de la moitié des infirmières interrogées ont déclaré que le personnel était insuffisant, et un quart ont déclaré qu'on leur avait dit de travailler malgré une exposition possible ou confirmée à la COVID-19.

Environ 41 % des infirmières ont déclaré qu'elles pensaient que les décisions organisationnelles relatives à la pandémie n'étaient pas transparentes et 27 % ont déclaré qu'elles avaient constaté des changements quotidiens dans les protocoles liés à COVID-19, voire plus fréquemment.

<https://vancouver.sun.com/news/local-news/covid-19-has-left-nurses-emotionally-exhausted-anxious-and-depressed-survey>

Canada

Le nord-ouest de l'Ontario dans une situation « différente de celle du sud de l'Ontario », selon la médecin hygiéniste en chef de la NWHU

Source : CBC | Thunder Bay News

ID du RMISP : [1007944792](#)

Alors que le nombre de nouveaux cas de COVID-19 continue d'augmenter dans tout l'Ontario, la directrice de la Northwestern Health Unit estime que cette partie de la province est dans une situation différente de celle du sud de l'Ontario.

L'Ontario a enregistré son plus grand nombre de nouveaux cas en une seule journée lundi, ainsi que plus de 550 cas confirmés par le COVID-19 mardi.

Toutefois, la médecin hygiéniste en chef de la Northwestern Health Unit, la D^{re} Kit Young Hoon, a déclaré que le pic signalé dans d'autres parties de la province n'avait pas été observé dans les districts de Kenora et de Rainy River.

« Je pense que l'épidémiologie est très différente de celle du sud de l'Ontario », a déclaré mardi la D^{re} Young Hoon lors du point de presse hebdomadaire de l'unité de soins de santé.

« Nous avons un petit nombre de cas, nous n'observons pas de transmission communautaire et il n'y a pas d'éclatons dans des cadres particuliers. Il s'agit d'une situation différente de celle du sud de l'Ontario. »

Il y a eu deux nouveaux cas de COVID-19 dans la zone de desserte de l'unité de soins de santé au cours de la semaine dernière, a déclaré la D^{re} Young Hoon. L'un d'eux se trouve dans la région de Dryden et de Red Lake de l'unité. Ce cas, selon la D^{re} Young Hoon, sera lié aux voyages. L'autre cas se situe dans la région de Rainy River et il n'y aurait, toujours selon la D^{re} Young Hoon, aucune exposition à ce jour.

La D^{re} Young Hoon a recommandé d'éviter tout déplacement non essentiel en dehors du nord de l'Ontario et a recommandé aux personnes qui voyagent d'éviter les transports en commun ou les situations où il est difficile de maintenir la distanciation physique. Elle a déclaré que les personnes qui voyagent devraient surveiller leur état de santé pendant 14 jours à leur retour.

À l'approche de l'Action de grâce, la D^{re} Young Hoon a déclaré qu'elle ne déconseillait pas les voyages dans le nord de l'Ontario. Toutefois, les directives de santé publique doivent continuer à être respectées, a-t-elle déclaré.

« Souvent, lorsque les gens voyagent pour rencontrer des membres de leur famille, il peut être difficile de maintenir une distance physique », a déclaré la D^{re} Young Hoon. « Or, vous devez demeurer conscients que vous avez une bulle sociale relativement petite qui inclut votre ménage ou un maximum de 10 personnes et que cette bulle sociale ne devrait pas changer. »

Le premier cas positif de COVID-19 dans une école du nord-ouest de l'Ontario a été enregistré au Golden Learning Centre dans la région de Red Lake au début de ce mois, après qu'un élève eu reçu un résultat positif.

La D^{re} Young Hoon a déclaré que la recherche des contacts a été achevée et qu'il n'y a pas eu d'autres cas.

« Il s'agit d'une très bonne nouvelle et cela indique qu'un milieu scolaire peut être un endroit sûr tant que tout le monde essaie de suivre les mesures de santé publique », a-t-elle déclaré.

<https://www.cbc.ca/news/canada/thunder-bay/northwestern-health-unit-covid-1.5743723?cmp=rss>

Canada

Le premier ministre copréside une réunion de haut niveau pour s'attaquer à la dévastation économique causée par la COVID-19 et annonce un nouveau financement pour la lutte contre la pandémie

Source : pm.gc.ca

Identifiant unique : [1007945862](#)

Ottawa (Ontario)

Résumé – Ottawa (Ontario) – Aujourd'hui, le premier ministre du Canada, Justin Trudeau, le premier ministre de la Jamaïque, Andrew Holness, et le secrétaire général des Nations Unies, António Guterres, ont convoqué la deuxième réunion de haut niveau sur le financement du développement à l'ère de la COVID-19 et au-delà. Des chefs d'État et des dirigeants de gouvernements et d'organisations

internationales se sont réunies pour discuter de la manière de renforcer et d'accélérer rapidement notre réponse mondiale aux répercussions immédiates et importantes...

Aujourd'hui, le premier ministre du Canada, Justin Trudeau, le premier ministre de la Jamaïque, Andrew Holness, et le secrétaire général des Nations Unies, António Guterres, ont convoqué la deuxième réunion de haut niveau sur le financement du développement à l'ère de la COVID-19 et au-delà.

Des chefs d'État et des dirigeants de gouvernements et d'organisations internationales se sont réunis pour discuter de la manière de renforcer et d'accélérer rapidement notre réponse mondiale aux répercussions immédiates et importantes de la COVID-19 sur le plan économique et humain. Ils ont également proposé des solutions concrètes à moyen et long terme aux défis du développement international.

Au cours de la réunion, le premier ministre Trudeau a annoncé une contribution supplémentaire de 400 millions de dollars au développement international cette année. Ces nouveaux fonds seront octroyés à des partenaires de confiance qui luttent contre la COVID-19 sur le terrain. Ils permettront au Canada de soutenir la reprise et la résilience des pays en développement et de répondre aux besoins humanitaires et de développement à court terme liés à la pandémie et à d'autres crises. L'objectif ultime est de préserver les gains de la dernière décennie en matière de développement et d'assurer la réalisation du Programme 2030 et des Objectifs de développement durable. Le Canada veillera à ce que ce nouveau financement profite aux femmes et aux filles, qui ont été touchées de manière disproportionnée par les conséquences de la COVID-19.

La pandémie a entraîné des difficultés sociales et économiques importantes dans le monde entier, mais elle a frappé de plein fouet les pays à faible et moyen revenu. Cet événement de haut niveau est une occasion pour la communauté mondiale d'unir ses efforts pour favoriser la relance économique et bâtir un avenir inclusif, durable et résilient.

Le gouvernement du Canada continue de promouvoir le leadership mondial en matière de financement du développement international. Il augmente ses investissements et aide les pays en développement à relancer leur économie et à accroître leur résilience. Pour vaincre le virus, il faut l'éradiquer partout. Voilà pourquoi le gouvernement du Canada a effectué un investissement de 220 millions de dollars par l'intermédiaire du système de garantie de marché du COVAX pour l'achat de doses de vaccin destinées aux pays à faible et moyen revenu.

Citation : « La coopération mondiale est cruciale pour protéger les gens, sauver des vies et vaincre la COVID-19. Nos investissements contribueront à préserver les gains durement acquis en matière de développement. Ceux-ci ont permis à des millions de personnes de sortir de la pauvreté au cours des dernières décennies. »

Faits saillants

La réunion d'aujourd'hui donne suite au premier événement de haut niveau tenu le 28 mai dernier, dans le cadre duquel les participants ont été invités à présenter des propositions pour surmonter les défis dans six domaines d'intervention, notamment les suivants :

La nécessité d'augmenter les liquidités dans l'économie mondiale et de maintenir la stabilité financière pour préserver les gains réalisés en matière de développement.

La nécessité de s'attaquer aux vulnérabilités liées à l'endettement pour tous les pays en développement. Cela permettra de sauver la vie et le gagne-pain de milliards de personnes dans le monde.

La nécessité de créer un espace où les créanciers du secteur privé pourront participer de manière proactive à la mise en place de solutions efficaces, et ce, dans un délai raisonnable.

La mise en place de conditions préalables à l'amélioration des sources de financement externe et des envois de fonds pour favoriser la croissance inclusive et la création d'emplois.

L'adoption de mesures visant à élargir la marge de manœuvre budgétaire et à favoriser la mobilisation des ressources intérieures en empêchant les mouvements illicites de capitaux.

L'assurance d'une reprise durable et inclusive en harmonisant les politiques de relance sur les Objectifs de développement durable.

Les propositions à l'étude lors de l'événement de haut niveau orienteront les discussions et susciteront la prise de mesures supplémentaires dans le cadre d'autres événements de haut niveau, comme les réunions annuelles de la Banque mondiale et du Fonds monétaire international et le Sommet des dirigeants du G20, qui auront lieu plus tard en 2020.

Plus de 60 chefs d'État et de gouvernement ont participé à l'événement virtuel, qui a eu lieu en marge de la 75e session de l'Assemblée générale des Nations Unies.

L'événement de haut niveau donne également suite à la réunion des ministres des Finances qui a été

convoquée le 8 septembre dernier. Au cours de cette réunion, près de 40 ministres et vice-ministres des finances du monde entier se sont réunis pour discuter d'options politiques visant à identifier des solutions centrées sur les personnes aux répercussions économiques mondiales de la COVID-19.

<https://pm.gc.ca/fr/nouvelles/communiqués/2020/09/29/premier-ministre-copreside-reunion-de-niveau-sattaquer-la>

Canada

Les dirigeants mondiaux se pencheront sur des mesures importantes visant à aider les pays frappés par la crise financière causée par la COVID-19

Source : pm.gc.ca

Identifiant unique : [1007945861](https://pm.gc.ca/fr/nouvelles/communiqués/2020/09/29/premier-ministre-copreside-reunion-de-niveau-sattaquer-la)

Résumé – Ottawa (Ontario) – Dans le cadre d'une réunion virtuelle de haut niveau tenue le 29 septembre, des dirigeants de gouvernements et d'organisations internationales se pencheront sur des mesures précises visant à aider les pays et les populations à faire face aux conséquences financières et socioéconomiques dévastatrices de la COVID-19. La réunion de haut niveau des chefs d'État et de gouvernement a été convoquée par le secrétaire général des Nations Unies, António Guterres, ainsi que par le premier ministre du Canada, Justin Trudeau, et le premier ministre de la Jamaïque...

Ottawa (Ontario)

Dans le cadre d'une réunion virtuelle de haut niveau tenue le 29 septembre, des dirigeants de gouvernements et d'organisations internationales se pencheront sur des mesures précises visant à aider les pays et les populations à faire face aux conséquences financières et socioéconomiques dévastatrices de la COVID-19.

La réunion de haut niveau des chefs d'État et de gouvernement a été convoquée par le secrétaire général des Nations Unies, António Guterres, ainsi que par le premier ministre du Canada, Justin Trudeau, et le premier ministre de la Jamaïque, Andrew Holness. Elle s'appuiera sur le travail accompli au cours des cinq derniers mois par les ministères des Finances, les Nations Unies et d'autres organisations internationales et certains des plus grands économistes du monde. Cette réunion donnera l'occasion d'élaborer des options et des solutions stratégiques qui permettront la mise en place d'une intervention multilatérale globale aux conséquences sociales et économiques dévastatrices de la COVID-19.

À ce jour, 11 000 milliards de dollars américains ont été dépensés dans le monde pour faire face aux conséquences financières de la pandémie, dont 88 % de ces fonds ont été déboursés par les pays à revenu élevé par rapport à seulement 2,5 % par les économies émergentes et en développement.

La pandémie de COVID-19 a fait près d'un million de morts, et plus de 32 millions de cas confirmés ont été déclarés. Cette crise sanitaire et humanitaire s'est transformée en une crise mondiale du développement comme nous n'en avons jamais vu auparavant. Près de 100 millions de personnes risquent de se retrouver dans l'extrême pauvreté à cause de la pandémie, ce qui représente la première augmentation de ce genre depuis 1998. Environ 265 millions de personnes de plus pourraient être confrontées à de graves pénuries alimentaires d'ici la fin de 2020. De plus, d'ici la fin de l'année, 12 000 personnes pourraient mourir de faim en raison de la COVID-19. L'Organisation internationale du Travail estime que l'équivalent de 500 millions d'emplois ont été perdus jusqu'ici cette année. La pandémie a aggravé les inégalités économiques, touchant de manière disproportionnée les pays en développement et les groupes vulnérables.

La pandémie de COVID-19 a même exacerbé les difficultés financières qu'éprouvent les pays en développement qui n'ont pas été directement touchés par le virus. Sans les revenus provenant des exportations, du tourisme et des transferts de fonds, ces pays ont maintenant de la difficulté à rembourser leurs dettes.

Le secrétaire général a affirmé que la réunion sur le financement du développement à l'ère de la COVID 19 et au-delà réunira des dirigeants du monde entier en vue de trouver des solutions à la crise financière. « Les pays développés ont apporté un énorme soutien financier à leurs propres sociétés, a déclaré le secrétaire général dans son discours d'ouverture de l'Assemblée générale des Nations Unies. Ils peuvent se le permettre. Mais nous devons veiller à ce que les pays en développement ne sombrent pas dans la ruine financière, ce qui aurait pour effet d'aggraver la pauvreté et les crises de la dette. Nous avons besoin d'un engagement collectif pour éviter la spirale descendante. »

« Nous avons organisé le plus grand rassemblement de dirigeants mondiaux dans le contexte de la COVID 19 pour inspirer une réponse mondiale à la pandémie et poursuivre sur notre lancée vers la réalisation du Programme de développement durable d'ici 2030 et des objectifs de développement durable, a déclaré le premier ministre Justin Trudeau. Nous avons actuellement l'occasion de repenser nos systèmes économiques, de réaffirmer notre compréhension commune d'une relance plus durable et plus inclusive et de redonner l'élan à nos efforts pour réaliser les objectifs de développement durable et rebâtir en mieux. Ce n'est qu'ensemble que nous pourrions jeter les bases d'un monde meilleur. » Pour sa part, le premier ministre de la Jamaïque, le très honorable Andrew Holness, a déclaré que les sociétés du monde entier devaient agir de manière concertée et délibérée pour stimuler les efforts de reconstruction afin que nous puissions tous faire face aux profondes répercussions de la pandémie mondiale de COVID-19 et revenir en force. « Nous sommes à un moment crucial où, maintenant plus que jamais, la collaboration mondiale est essentielle à la reprise, a-t-il précisé. Notre approche doit donc être ciblée et stratégique. Un excellent travail a été réalisé jusqu'à présent. Nous devons continuer dans cette voie et prendre des mesures audacieuses et éclairées qui garantiront les plus vastes retombées aux échelons mondial et national, en plaçant toujours les gens au cœur de nos interventions. Des systèmes, des objectifs et des échéanciers clairs et réalisables doivent être définis si nous voulons veiller à ce que la relance soit véritablement résiliente, inclusive et durable. »

Relever les défis

Après la réunion de haut niveau du 28 mai, six groupes de discussion ont été créés pour formuler des recommandations et des solutions stratégiques qui permettront de jeter les bases d'un avenir résilient, inclusif et durable. Cela aidera les pays à survivre à la crise à court terme et à mieux se redresser à long terme. Les groupes de discussion ont concentré leurs efforts dans les domaines suivants : élaboration de politiques concrètes en matière de financement extérieur, d'emploi, de transferts de fonds et de croissance inclusive; amélioration de la reprise dans une perspective de durabilité; stabilité financière et liquidités à l'échelle mondiale; vulnérabilité à l'endettement; mobilisation des créanciers du secteur privé; flux financiers illicites. Pendant la réunion, les points saillants des options sélectionnées par les groupes de discussion seront présentés aux chefs d'État et de gouvernement.

Ce processus a mis en lumière un certain nombre de mesures hautement efficaces que les leaders pourraient prendre, notamment les suivantes : Garantir un accès équitable aux vaccins contre la COVID-19. Pour ce faire, nous devons mobiliser les ressources nécessaires pour financer l'Initiative COVAX afin d'accélérer la mise au point et la fabrication de vaccins contre la COVID-19 et de garantir un accès juste et équitable à ces vaccins à tous les pays dans le monde.

Veiller à ce que les pays aient assez de liquidités. Pour y arriver, nous devons soutenir une nouvelle allocation générale de droits de tirage spéciaux équivalant à 650 milliards de dollars américains et une redistribution volontaire de droits de tirage spéciaux équivalant à 100 milliards de dollars américains aux pays en développement et vulnérables, y compris les pays à revenu moyen.

Offrir plus de temps aux pays en situation difficile pour rembourser leurs dettes bilatérales en prolongeant et en élargissant l'Initiative de suspension du service de la dette. Nous devons également lutter contre le surendettement, notamment dans les pays à revenu moyen et les petits États insulaires en développement, en unissant les créanciers bilatéraux et les créanciers privés autour d'un cadre de travail commun visant à résoudre aussi rapidement que possible les problèmes d'endettement et de solvabilité. Seul un tel cadre de travail établi en concertation permettra d'aider les pays ayant des problèmes d'endettement et de solvabilité à traverser la crise et d'amener tous les créanciers à jouer leur rôle dans la résolution de l'imminente crise de l'endettement.

Renforcer le soutien offert par les institutions financières internationales. Pour ce faire, nous devons encourager les banques multilatérales de développement à soutenir proactivement les économies en développement. Cela pourra être fait en assurant un nouveau financement net par rapport à 2019, dans les meilleurs délais et si possible à des conditions favorables, conformément à leur rôle anticyclique. Améliorer le financement ciblé pour alléger les effets de la pandémie de COVID-19, soit en appuyant les fonds et les mécanismes de financement déjà en place, soit en créant de nouveaux fonds afin d'investir dans les pays en développement ou de leur offrir du financement à des conditions favorables, et ce, de manière durable.

Investir dans l'emploi pour tous. Pour y arriver, nous devons investir immédiatement dans les emplois équitables et durables tenant compte des écarts entre les sexes en soutenant l'initiative 100 % de travail décent de l'Organisation internationale du travail et en renforçant les systèmes et les mécanismes de protection sociale.

Abaisser les coûts associés aux envois d'argent en continuant de soutenir la réduction des coûts de transaction de ces envois.

Réprimer les flux financiers illégaux. Pour ce faire, nous devons prendre des mesures immédiates pour appuyer la mobilisation des ressources intérieures en ciblant les parties et groupes d'intérêts qui en bénéficient. Cela permettra de prévenir le transfert de bénéfices par les multinationales et de favoriser la disponibilité, la transparence et l'échange de données sur la propriété effective.

Inclure la divulgation des risques liés au climat. Pour y arriver, nous devons continuer de promouvoir les normes de divulgation liée au climat du Groupe de travail sur la divulgation de l'information financière relative aux changements climatiques et d'encourager leur adoption.

Harmoniser les budgets nationaux et locaux avec les ODD et l'Accord de Paris afin d'arrimer les mesures d'intervention à court terme à des objectifs à long terme visant une relance plus favorable à long terme.

Après les mots d'ouverture du Secrétaire général des Nations Unies et des premiers ministres du Canada et de la Jamaïque, nous entendrons les autres conférenciers durant le segment d'ouverture, notamment la Vice-Secrétaire générale, qui décrira les travaux des six groupes de discussion et les résultats des réunions ministérielles. Les chefs d'État et de gouvernement ainsi que les conférenciers de marque issus d'institutions financières internationales et les partenaires feront des interventions. La réunion se terminera par un mot de clôture des coorganisateur.

Webdiffusion : <http://webtv.un.org/>

Lien connexe

Site Web de l'événement : <https://www.un.org/fr/coronavirus/financing-development>

<https://pm.gc.ca/fr/nouvelles/communiqués/2020/09/29/les-dirigeants-mondiaux-se-pencheront-des-mesures-importantes>

Canada

L'Agence de la santé publique du Canada demande de l'aide pour distribuer les vaccins contre la COVID-19

Source : iPolitics

Identifiant unique : [1007945274](#)

L'Agence de la santé publique du Canada demande de l'aide pour distribuer les vaccins contre la COVID-19 partout au pays, dès qu'ils auront été approuvés.

Elle dirige les mesures nationales d'intervention visant à contrer la pandémie, et est chargée de fournir à Santé Canada, le ministère dont elle relève, l'information sur les vaccins et la vaccination. Il appartient ensuite à Santé Canada de déterminer si les vaccins sont sûrs et de les approuver. Au bout du compte, la responsabilité de la distribution des vaccins relève des autorités sanitaires provinciales et territoriales. Les fournisseurs de soins de santé individuels, y compris les médecins de famille, sont en général ceux qui effectuent les vaccinations.

Dans le cas de la COVID-19, l'agence fédérale de la santé publique prévoit coordonner et faciliter la mise en œuvre d'un plan de distribution et de surveillance en collaboration avec Santé Canada, ses partenaires provinciaux et l'Organisation mondiale de la Santé.

« [L']ASPC [Agence de la santé publique du Canada] a un intérêt à s'assurer que les vaccins obtenus par le gouvernement fédéral en réponse à la COVID-19 sont gérés et contrôlés afin d'atteindre le plus haut niveau de transparence dans la distribution et l'accès équitable, y compris l'évaluation de l'efficacité et de l'innocuité après la mise en marché », pouvait-on lire dans une demande de renseignements d'un appel d'offres récemment publiée sur le site Web d'approvisionnement du gouvernement fédéral.

L'appel d'offres décrit certains plans initiaux de l'ASPC.

L'Agence de la santé publique est à la recherche d'entreprises qui se spécialisent dans les chaînes d'approvisionnement de produits biologiques, pharmaceutiques et diagnostiques qui pourraient la conseiller sur la façon d'expédier et de distribuer les vaccins contre la COVID-19 partout au pays.

POUR EN SAVOIR DAVANTAGE : L'Agence de la santé publique prévoit convaincre les Canadiens de se faire vacciner contre la COVID-19

L'ASPC déclare que « le Canada pourrait demander à un ou plusieurs fournisseurs tiers spécialisés d'importer, d'entreposer et de distribuer les vaccins de la COVID-19 dans tout le Canada ».

L'agence indique qu'elle s'intéresse tout particulièrement aux entreprises ayant une expérience dans le transport des produits à ambiance contrôlée, y compris les produits réfrigérés, congelés ou ultra-

congelés, soit des températures jusqu'à moins 80 degrés sous zéro.

« La distribution pourrait se faire dans des régions éloignées du Canada, y compris par transport aérien et/ou terrestre », indique l'appel d'offres. La distribution peut également nécessiter des fournitures cliniques complémentaires (par exemple, aiguilles, gaze) pour accompagner la distribution des vaccins. » L'ASPC prévoit également avoir recours aux chaînes d'approvisionnement existantes, dans la mesure du possible, pour distribuer les vaccins.

Selon le plan d'intervention pour la COVID-19 de l'ASPC accessible au public, l'agence s'attend à obtenir des conseils du Comité consultatif national de l'immunisation quant aux groupes cibles pour les premiers vaccins cet automne.

Afin de se préparer à une éventuelle campagne de vaccination, le gouvernement fédéral fait également des réserves de fournitures, comme des aiguilles et des seringues.

Dans son plan d'intervention en cas de pandémie, l'ASPC indique que « les Canadiens doivent savoir que le vaccin ne sera pas offert à tous les Canadiens en même temps », en partie parce que les envois de vaccins pourraient être échelonnés.

POUR EN SAVOIR D'AVANTAGE : Le Canada conclut une entente avec AstraZeneca pour réserver 20 millions de doses de son candidat-vaccin contre la COVID-19

Le gouvernement canadien a maintenant conclu des ententes avec six entreprises qui sont en train de tester leur candidat-vaccin. De plus, le Canada a engagé 220 millions de dollars pour le Mécanisme pour un accès mondial aux vaccins contre la COVID-19 (Mécanisme COVAX), qui est dirigé en partie par l'Organisation mondiale de la Santé pour assurer un accès mondial équitable aux vaccins éventuels.

Au total, le Canada a réservé près de 300 millions de doses de candidats-vaccins contre la COVID-19.

La D^{re} Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, soutient qu'un vaccin approuvé au Canada « fera l'objet d'essais considérables auprès de milliers de volontaires ».

Il respectera des normes strictes en matière d'innocuité et d'efficacité avant que son utilisation au pays ne soit approuvée », a-t-elle affirmé dans une allocution prononcée plus tôt ce mois-ci.

<https://ipolitics.ca/2020/09/29/canadas-public-health-agency-seeking-help-distributing-covid-vaccines/>

Canada

Santé Canada approuve un test de dépistage rapide du coronavirus après que le gouvernement fédéral a passé une commande de 7,9 millions de tests

Identifiant : 1007947374

Source : globalnews.ca

30 septembre 2020, 16 h 19

Santé Canada a approuvé un test de dépistage rapide du coronavirus qui permet de détecter une maladie respiratoire en moins de 13 minutes.

La nouvelle a été diffusée un jour après l'annonce du gouvernement fédéral de la signature d'une entente avec Abbott afin d'obtenir jusqu'à 7,9 millions de tests rapides ID NOW dès qu'ils seront approuvés par les responsables de la santé publique canadiens.

Le moment où les tests seront entre les mains des professionnels de la santé — et la façon dont ils seront distribués — n'est pas encore connu.

La ministre des Services publics et de l'Approvisionnement Anita Anand a déclaré mardi que les tests réalisés avec des écouvillons étaient des tests « au point de service » qui peuvent être analysés à l'extérieur des grands laboratoires afin de donner des résultats plus rapides dans les cliniques ou les hôpitaux.

SUITE DE L'ARTICLE AU-DESSOUS DE L'ANNONCE

Le premier ministre de l'Ontario, Doug Ford, a accueilli favorablement la nouvelle de mardi concernant les efforts d'approvisionnement des fonctionnaires fédéraux. Selon lui, cette entente « va changer la donne ».

« Il n'y a personne qui s'est plus agité que moi pour réclamer les tests rapides », a déclaré Doug Ford lors d'une conférence de presse qui s'est tenue mardi.

Les cas de coronavirus en Ontario ont monté en flèche au cours des dernières semaines, une tendance inquiétante qui a également été constatée au Québec et dans les provinces de l'Ouest.

La députée conservatrice Michelle Rempel Garner a raillé les libéraux sur les délais des tests rapides mardi.

« Les gens du monde entier ont accès aux tests à la maison ou aux tests rapides, alors que personne n'y a accès au Canada », a-t-elle déclaré.

La vice-première ministre Chrystia Freeland a dit que l'intervention politique de la semaine dernière visant à faire pression sur le gouvernement afin qu'il précipite l'approbation des tests rapides pourrait avoir des « conséquences dangereuses », ajoutant que le Canada sera « prêt à bondir » dès que les tests auront été approuvés.

Entre-temps, les représentants de la santé affirment qu'ils sont en train d'examiner les tests antigéniques pour le pays.

« Un certain nombre d'entre eux font actuellement l'objet d'un examen — ils représentent notre priorité, a déclaré Supriya Sharma, conseillère médicale principale de Santé Canada, lors d'une séance d'information médiatique mardi.

Pour certains, nous sommes, je crois, très proche de prendre une décision finale. »

Abbott a commencé à distribuer les tests aux États-Unis cette semaine et a déclaré dans un communiqué vendredi qu'elle commencerait à monter la cadence de sa production jusqu'à 50 000 tests par jour.

C'est le quatrième test rapide approuvé par Santé Canada. Tôt mardi, le gouvernement fédéral a également approuvé le modèle BCube produit par Hyris, qui peut donner des résultats en 90 minutes.

« Il permet d'obtenir des résultats des tests de la COVID-19 sur l'humain au même niveau que celui d'un laboratoire d'hôpital, sans laboratoire, tout en raccourcissant le délai requis pour poser un diagnostic », a précisé la société Hyris dans un communiqué.

<https://globalnews.ca/news/7369046/health-canada-approves-rapid-coronavirus-test/>

Canada

L'Ontario investit 2 milliards de dollars pour renforcer la capacité du réseau de santé en prévision des futures vagues

Identifiant : 1007947302

Source : netnewsledger.com

Le 30 septembre 2020

TORONTO — « Depuis des mois, notre gouvernement élabore l'un des plans les plus robustes et les plus complets au pays pour préparer notre province à faire face à la COVID-19 cet automne, a déclaré le premier ministre Ford. **Nous procédons à un investissement sans précédent de plus de 2 milliards de dollars pour renforcer les premières lignes de notre système de santé et nous assurer d'être prêts à affronter toute nouvelle vague pandémique. Ce plan veille également à ce que les patients et les résidents des foyers de soins de longue durée continuent de recevoir de nos professionnels de la santé hautement compétents les meilleurs soins possible et de leurs proches tout le soutien dont ils ont besoin.**

Le nombre de cas en Ontario double tous les dix jours », a ajouté le premier ministre.

« Au cours des derniers jours, nous avons dévoilé les principaux piliers de notre plan de préparation sanitaire, qui prévoit des investissements et des mesures précises pour protéger la santé et le bien-être de la population ontarienne, a indiqué la ministre Elliott. Le nombre de cas continue d'augmenter et nous ne pouvons pas nous permettre de baisser notre garde. Il reste essentiel que chacun continue à suivre les conseils et les mesures de santé publique dans le cadre de la mise en œuvre de ce plan. Des gestes quotidiens comme le respect de l'écart sanitaire, le port d'un masque et le fait de rester chez soi quand on est malade nous aideront à protéger la collectivité, notamment ses membres les plus vulnérables, tout en poursuivant notre lutte contre le virus. »

Le gouvernement de l'Ontario a élaboré un plan de préparation sanitaire de 2,8 milliards de dollars pour lutter contre la COVID-19 cet automne. Ce plan vise à garantir que les systèmes provinciaux de la santé, des soins de longue durée et de l'éducation sont prêts à relever les défis immédiats ces prochains mois, notamment une deuxième vague de COVID-19 et la saison de la grippe. Intitulé Protéger les Ontariens - Se préparer à de futures vagues de COVID-19, le plan permettra à la province de détecter rapidement et prévenir tout scénario ainsi que d'y réagir afin de protéger la santé et la sécurité de tous les Ontariens et Ontariennes.

Le premier ministre Doug Ford était accompagné aujourd'hui de la vice-première ministre et ministre de la Santé, Christine Elliott, et du médecin hygiéniste en chef, le Dr David Williams, pour la publication du plan dans son intégralité.

« La publication aujourd'hui de la mise à jour de la modélisation sur l'évolution de la COVID-19 nous montre que nous devons être prêts à faire face à tous les scénarios possibles, a expliqué le Dr Williams. En mettant en œuvre ce plan et en continuant à suivre les conseils et les mesures de santé publique, nous serons prêts à surmonter les défis à venir, quels qu'ils soient. »

Le plan Protéger les Ontariens s'articule autour de six piliers visant à détecter rapidement toute flambée ou éclosion et y réagir, à renforcer les capacités du système de santé et à développer les effectifs du secteur de la santé. Ces piliers sont les suivants :

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 :

L'Ontario investit 1,376 milliard de dollars pour améliorer et accroître les efforts visant à tester, repérer et isoler les cas de COVID-19. De cette enveloppe, 1,07 milliard de dollars permettront d'accroître la capacité des laboratoires, de réduire les retards en matière de tests, de soutenir les centres d'évaluation existants et d'ajouter de nouveaux points de test et de nouvelles capacités de dépistage. La province collabore avec Santé Ontario, les bureaux de santé publique locaux et les hôpitaux pour offrir un plus grand nombre de points de dépistage en fonction des besoins de chaque collectivité, pour proposer des méthodes de test plus pratiques et moins invasives de même que pour augmenter globalement la capacité de dépistage de la province. Jusqu'à 80 pharmacies ontariennes proposent actuellement des tests gratuits de la COVID-19, sur rendez-vous seulement. La province a également recruté plus de 1 700 personnes supplémentaires pour assurer la gestion des cas et des contacts.

Mettre en œuvre la plus vaste campagne de vaccination contre la grippe de l'histoire de la province :

L'Ontario investit près de 70 millions de dollars pour acheter et distribuer des doses du vaccin antigrippal et mettre en œuvre une campagne de vaccination robuste et plus ambitieuse que celles des années précédentes. En outre, l'Ontario débloque 26,5 millions de dollars pour l'achat et l'administration de doses supplémentaires du vaccin, en fonction des besoins, et 2 millions de dollars pour l'achat de médicaments antiviraux supplémentaires afin de faciliter la gestion des foyers de grippe dans les établissements. Le vaccin antigrippal permet de réduire les visites et les temps d'attente aux urgences

pendant la saison de la grippe et de maintenir la capacité des hôpitaux à faire face à toute augmentation subite du nombre de cas de COVID-19. Le gouvernement privilégie la distribution anticipée du vaccin contre la grippe aux populations vulnérables dans les foyers de soins de longue durée, les hôpitaux et les maisons de retraite. En outre, il améliore l'accès au vaccin en donnant aux aînés la possibilité d'en recevoir une dose élevée en pharmacie, auprès d'un fournisseur de soins primaires ou dans un bureau de santé publique. Le vaccin antigrippal deviendra disponible aux Ontariens et Ontariennes de six mois et plus dans les semaines à venir, aux cabinets des prestataires de soins primaires et aux bureaux de santé publique. Il sera également disponible aux Ontariens et Ontariennes de cinq ans et plus dans les pharmacies participantes.

Repérer et gérer rapidement les cas afin de prévenir efficacement les éclosions de COVID-19 :

Le gouvernement investit 30 millions de dollars pour poursuivre ses efforts visant à repérer et contenir rapidement toute éclosion de COVID-19. Sous la direction du coordonnateur provincial de l'intervention en cas d'éclosion, le D^r Dirk Huyer, la province s'efforce de prévenir, minimiser et gérer les éclosions dans plusieurs secteurs, notamment l'éducation, la garde d'enfants, l'agriculture et les soins de santé. L'Ontario a également élaboré une stratégie de surveillance de la COVID-19 pour suivre de près l'évolution du virus et repérer rapidement les cas et les éclosions.

Accélérer les efforts visant à réduire les retards enregistrés dans les services de santé :

L'Ontario investit 283,7 millions de dollars pour aider le système de santé à résorber l'arriéré des interventions chirurgicales en favorisant l'allongement des heures de service pour un plus large éventail d'interventions prioritaires et pour l'imagerie diagnostique. Le gouvernement ajoute également 139 lits de soins intensifs et 1 349 autres lits dans les hôpitaux et autres établissements de santé de la province afin de permettre un plus grand nombre d'interventions chirurgicales. Cet investissement est en ligne avec le cadre d'orientation que le gouvernement a publié en mai 2020, intitulé Une approche prudente pour la planification des opérations et interventions chirurgicales durant la COVID-19, et promeut la résilience du système afin qu'il puisse continuer à offrir ces services de manière sécuritaire lors de toute nouvelle flambée ou vague de COVID-19.

Préparer la province à une recrudescence des cas de COVID-19 :

L'Ontario investit 457,49 millions de dollars pour s'assurer que son système de santé est prêt à répondre à toute recrudescence des cas de COVID-19 sans avoir à interrompre la prestation des services de santé courants. Il s'agit notamment d'aider jusqu'à 850 patients nécessitant divers niveaux de soins à accéder à des soins à domicile ou en milieu communautaire afin de renforcer la capacité des hôpitaux; d'élargir l'accès aux services de santé numériques et virtuels; d'améliorer l'accès aux services de santé mentale et de lutte contre les dépendances grâce à un investissement de 26,75 millions de dollars et d'augmenter la quantité des services de soins fournis à domicile et en milieu communautaire en ajoutant 484 000 visites d'infirmières, d'infirmiers et de thérapeutes et 1,4 million d'heures de soins personnels.

Recruter de nouveaux professionnels de la santé, les maintenir en poste, les former et les soutenir, tout en continuant à mobiliser les familles et les soignants :

L'Ontario investit un total de 52,5 millions de dollars pour recruter plus de 3 700 travailleurs et travailleuses de la santé et responsables des soins de première ligne supplémentaires, les maintenir en poste et les appuyer afin que le système de santé provincial puisse faire face à toute hausse subite des besoins en santé tout en continuant à offrir en toute sécurité des soins de qualité aux patients ainsi qu'aux résidents des foyers de soins de longue durée. Cela comprend 18 millions de dollars pour le programme Garantie d'emploi des diplômés en soins infirmiers, qui fournit un salaire à plein temps et des avantages sociaux à plus de 600 infirmières et infirmiers; jusqu'à 8 millions de dollars pour recruter plus

de 800 infirmières et infirmiers dans les régions qui enregistrent des besoins en la matière, à l'échelle de la province; et 10,3 millions de dollars pour le nouveau Programme d'obligation de service pour les préposés aux services de soutien à la personne, afin de recruter et de conserver 2 000 préposés aux services de soutien à la personne récemment diplômés dans les secteurs des soins de longue durée et des soins à domicile et en milieu communautaire.

Soutenir les foyers de soins de longue durée :

Afin de consolider les six piliers clés de son plan de préparation sanitaire, la province a également publié COVID-19 : Préparation des foyers de soins de longue durée, un plan qui prévoit près de 540 millions de dollars d'investissements dans les soins de longue durée pour préparer les foyers à faire face aux prochaines vagues de COVID-19. Ces fonds aideront les foyers à améliorer la prévention et le contrôle des infections, à disposer des effectifs nécessaires et à assumer leurs coûts de fonctionnement supplémentaires liés à la COVID-19. Ils permettront également aux personnes en attente d'une place dans un foyer de soins de longue durée de rester chez elles plus longtemps, grâce à un programme pilote novateur de soins paramédicaux en milieu communautaire, en cours d'élaboration.

Ce financement comprend 405 millions de dollars pour aider les foyers à faire face aux pressions de fonctionnement liées à la COVID-19; 61,4 millions de dollars pour des réparations et rénovations mineures visant à améliorer la prévention et le contrôle des infections; 40 millions de dollars pour aider les foyers qui accusent une diminution du nombre de résidents en raison de la COVID-19; 30 millions de dollars pour permettre aux foyers de soins de longue durée d'embaucher plus de personnel pour la prévention et le contrôle des infections; et 2,8 millions de dollars pour prolonger le Fonds de transition des établissements de soins de longue durée pour les salaires élevés.

« Nous travaillons en partenariat à l'échelle du gouvernement et faisons tout ce qui est en notre pouvoir pour protéger les Ontariens et Ontariennes de la COVID-19, a ajouté la ministre des Soins de longue durée, Merrilee Fullerton. Nous avons fait d'énormes progrès pour fortifier nos foyers de soins de longue durée, afin qu'ils disposent des ressources matérielles et humaines nécessaires pour assurer la sécurité et le bien-être de tous les résidents et du personnel. »

Soutenir les écoles et les centres de garde d'enfants :

Plus tôt ce mois-ci, l'Ontario a publié un plan de 1,3 milliard de dollars pour la réouverture sécuritaire des écoles et investi 234,6 millions de dollars en vertu du Cadre de relance sécuritaire pour les services de garde d'enfants et les établissements de la petite enfance. Ces fonds viennent s'ajouter aux investissements provinciaux et fédéraux déjà réalisés pour assurer la sécurité des enfants et des familles.

Pour les écoles, cela comprend le financement de l'embauche d'un plus grand nombre d'enseignantes et enseignants afin de pouvoir réduire la taille des classes, d'infirmières et infirmiers supplémentaires pour coordonner la mise en œuvre des mesures de santé publique et de prévention dans les écoles (y compris en matière de dépistage, de tests, de recherche des contacts et de stratégies d'atténuation des risques), et de 1 300 gardiennes et gardiens pour améliorer le nettoyage dans les écoles et les autobus scolaires. Le gouvernement continue également de veiller à ce que les écoles soient approvisionnées en équipement de protection individuelle. Par ailleurs, les centres de garde de tout l'Ontario continuent de recevoir des masques afin de pouvoir fonctionner en toute sécurité.

L'Ontario a également mis au point une stratégie de surveillance de la COVID-19 pour détecter rapidement les cas et les éclosions dans les écoles. Cette stratégie comprend le lancement d'un outil numérique de dépistage de la COVID-19, que les familles, le personnel et les visiteurs essentiels des écoles peuvent utiliser sur une base volontaire, simplement et rapidement, ainsi que le signalement quotidien des cas dans les écoles et les centres de garde d'enfants. Afin de permettre aux écoles et aux

conseils scolaires de mettre en place les mesures de santé publique et de réagir rapidement aux cas, la province investit 62,5 millions de dollars pour l'embauche de 625 infirmières et infirmiers de santé publique chargés de surveiller l'évolution de la COVID-19 dans les écoles.

« Notre plan global nous prépare à tous les scénarios possibles et, conformément aux conseils des principaux experts de la santé, il renforce les mesures de protection afin de veiller à ce que nos écoles et nos garderies restent sûres, a conclu le ministre de l'Éducation, Stephen Lecce. Nous réalisons des investissements sans précédent pour favoriser la mise en place des mesures de santé et de sécurité, notamment par l'embauche de personnel supplémentaire, l'achat de fournitures de nettoyage, l'amélioration de la ventilation et un meilleur accès aux technologies et aux services de santé mentale. »

<http://www.netnewsledger.com/2020/09/30/ontario-puts-2-billion-to-fortify-healthcare-for-future-waves/>

Canada

Ouverture d'un nouveau site mobile de dépistage de la COVID-19

ID : 1007947301

Source : winnipeg.citynews.ca

PUBLIÉ LE 30 SEPT. 2020 13 h 44 HAC

WINNIPEG – À Winnipeg, on peut désormais se faire dépister pour le coronavirus à un nouveau site mobile sur l'avenue Portage.

Ce site, qui a ouvert ses portes mercredi, fonctionnera sept jours sur sept, de 8 h à 16 h, à son emplacement temporaire sur l'avenue Portage près de la rue Wall.

Le gouvernement provincial affirme que le nouveau site augmentera les capacités de test au moment où il installe des sites de dépistage au volant un peu partout dans la ville.

Quand ces derniers commenceront leurs activités, la province déterminera l'emplacement futur du site mobile en fonction des données de la santé publique.

En cas d'éclosion dans une des petites collectivités du Manitoba, il pourra y envoyer le site mobile.

Trois sites de service au volant seront installés à Winnipeg, et un site à chacune des villes de Brandon, Winkler, Portage et Dauphin.

<https://winnipeg.citynews.ca/2020/09/30/new-mobile-covid-19-testing-site-opens-today/>

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

États-Unis

BULLETIN – Le NIAID suspend l'inscription des participants gravement atteints de COVID-19 à l'essai clinique portant sur des traitements expérimentaux

Source : NIH : National Institute of Allergy and Infectious Diseases

ID unique : [1007945769](https://www.cdc.gov/media/releases/2020/s1007945769.html)

L'étude ACTT-3 se poursuivra pour les participants hospitalisés qui sont moins gravement atteints. L'essai sur traitement adaptatif 3 de la COVID-19 (ACTT-3), parrainé par le National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), qui fait partie des National Institutes of Health, ne recrutera plus les

participants hospitalisés qui sont gravement atteints de la COVID-19 et qui nécessitent un apport d'oxygène à haut débit. Les patients ayant besoin de ventilation mécanique efficace ou...

L'étude ACTT-3 se poursuivra pour les participants hospitalisés atteints qui sont moins gravement atteints

L'essai sur traitement adaptatif 3 de la COVID-19 (ACTT-3), parrainé par le National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), qui fait partie des National Institutes of Health, ne recrutera plus les participants hospitalisés qui sont gravement atteints de la COVID-19 et qui nécessitent un apport d'oxygène à haut débit. Les patients ayant besoin de ventilation mécanique efficace ou non efficace ne seront pas non plus recrutés. Cette mesure a été adoptée parce qu'un examen intérimaire des données de sécurité par le comité de surveillance des données et de la sécurité (CSDC) à l'égard de l'étude a mis en évidence un déséquilibre relativement aux événements indésirables graves chez les patients sous ventilation mécanique à apport d'oxygène à haut débit/non efficace ayant reçu de l'interféron bêta-1a, par rapport à ceux qui n'en ont pas reçu. Le CSDC n'a noté aucun problème de sécurité touchant les participants à l'étude atteints de COVID-19 moins grave. Par conséquent, les patients hospitalisés sous oxygène à faible débit ou ne nécessitant pas d'oxygène supplémentaire continueront d'être recrutés pour l'étude. Le CSDC continuera de surveiller l'essai pour assurer le mieux-être et la sécurité des participants ainsi que l'intégrité de l'étude.

Lancé le 5 août, l'essai ACTT-3 est la troisième itération d'un essai adaptatif randomisé et contrôlé qui a été conçu pour tester des traitements destinés à des personnes atteintes de COVID-19 et hospitalisées. L'étude a été conçue pour évaluer l'innocuité et l'efficacité d'une combinaison de remdesivir, un antiviral expérimental à large spectre mis au point par Gilead Sciences, Inc., de Foster City (Californie), et d'interféron bêta-1a sous forme sous-cutanée, un médicament approuvé pour la sclérose en plaques qui est fabriqué par Merck KGaA, de Darmstadt (Allemagne). Des données antérieures générées par des études de laboratoire, des études observationnelles et deux essais contrôlés randomisés de petite envergure donnaient à penser que l'interféron bêta-1a pourrait être bénéfique aux patients atteints de COVID-19. Cependant, avant l'essai ACTT-3, cette association de remdesivir et d'interféron bêta-1a n'avait pas été testée dans le cadre d'un essai clinique contrôlé randomisé de grande envergure.

Les chercheurs de l'étude ACTT-3 recruteront environ un millier d'adultes hospitalisés atteints de COVID-19 dans une centaine d'hôpitaux aux États-Unis et dans d'autres pays. Lors de leur inscription à l'étude, les participants seront répartis au hasard entre des groupes qui reçoivent du remdesivir et soit une injection sous-cutanée d'interféron bêta-1a, soit une injection de placebo. Les chercheurs veulent savoir si les participants du groupe de thérapie d'association prennent moins de temps à se rétablir que ceux du groupe qui reçoit du remdesivir uniquement. Au moment de l'examen intérimaire effectué le 4 septembre par le CSDC relativement aux données de l'essai ACTT-3, 266 participants étaient inscrits à l'étude. <https://www.niaid.nih.gov/news-events/bulletin-niaid-stops-enrollment-severely-ill-covid-19-participants-clinical-trial>

États-Unis

Prolongation, jusqu'au 31 octobre 2020, de l'ordre d'interdiction de navigation pour les navires de croisière

Déclaration aux médias

Pour diffusion immédiate : mercredi 30 septembre 2020

Contact : Relations avec les médias

(404) 639-3286

Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont annoncé aujourd'hui la prolongation, jusqu'au 31 octobre 2020, d'un [ordre d'interdiction de navigation](#) s'appliquant aux navires de croisière. Aux termes de cet ordre, le transport des passagers sur les navires de croisière ayant une capacité d'au moins 250 passagers dans les eaux territoriales des États-Unis demeure suspendu.

Les données de surveillance cumulatives signalées aux CDC du 1er mars au 29 septembre 2020 montrent qu'au moins 3 689 cas de COVID-19 ou d'une maladie de type COVID ont éclaté sur des navires de croisière dans les eaux américaines, en plus d'au moins 41 décès signalés. Nous sommes conscients du fait que ces chiffres sont probablement incomplets et sous-estimés.

Les récentes éclosions sur des navires de croisière à l'étranger fournissent des preuves à jour que les voyages en bateau de croisière continuent de transmettre et d'amplifier la propagation du SRAS-CoV-2,

le virus qui cause la COVID-19, et ce, même lorsqu'ils transportent un nombre restreint de passagers. Par conséquent, ils risqueraient fort de propager l'infection aux États-Unis si le transport de passagers devait reprendre prématurément dans ce pays.

Les difficultés décrites dans l'ordre d'interdiction de navigation mettent en évidence la nécessité de prendre des mesures supplémentaires avant que les navires de croisière puissent reprendre le transport des passagers en toute sécurité aux États-Unis. Des éclosions ont continué de se produire lors de trajets récents de passagers dans des pays étrangers, même si les exploitants de navires de croisière implantent de vastes protocoles de santé et de sécurité pour éviter la transmission du SRAS-CoV-2 à bord et sa propagation aux communautés où les passagers débarquent. Alors que des protocoles de santé et de sécurité étaient apparemment observés, la reprise du transport des passagers a imposé un grand fardeau sur les autorités de santé publique à cause des tests supplémentaires de dépistage du SRAS-CoV-2 rendus nécessaires, de l'isolement des voyageurs infectés, du retraçage des contacts et de la mise en quarantaine des personnes exposées.

La propagation continue de la pandémie de COVID-19 dans le monde, le risque de résurgence dans les pays qui ont réussi à bloquer la transmission, les préoccupations persistantes liées à la reprise des croisières dans le monde et le besoin d'avoir plus de temps pour évaluer les mesures prises par l'industrie pour contrôler la transmission potentielle du SRAS-CoV-2 à bord des navires de croisière sans imposer de fardeau sur la santé publique, tous ces facteurs sont favorables au maintien de l'ordre d'interdiction de navigation pour le moment.

Sur les navires de croisière, les passagers et l'équipage se côtoient de plus près que ne le font les gens dans la plupart des environnements urbains. D'après les données, même quand seuls des membres essentiels de l'équipage sont à bord, le SRAS-CoV-2 continue de se propager. Si l'on permettait la reprise des opérations de transport de passagers sur les navires de croisière sans imposer de limites, les passagers et les membres de l'équipage seraient exposés à un risque accru d'infection par le SRAS-CoV-2, et les personnes qui travaillent ou voyagent à bord de navires de croisière imposeraient de grands risques inutiles aux travailleurs de la santé, au personnel portuaire et aux partenaires du gouvernement américain (douanes, garde côtière) et les collectivités où ces personnes retournent.

L'ordre restera en vigueur jusqu'à la première des éventualités suivantes :

1. l'expiration de la déclaration du secrétaire à la Santé et aux Services sociaux décrétant que la COVID-19 constitue une urgence de santé publique,
2. l'annulation ou la modification de l'ordre par le directeur des CDC, pour des considérations de santé publique ou d'autres motifs,
3. le 31 octobre 2020.

Les CDC continueront de mettre à jour leurs orientations et recommandations énonçant les normes de sécurité de base et les interventions de santé publique conformément aux meilleures preuves scientifiques disponibles. Pour en savoir plus sur la COVID-19 et les navires de croisière, visitez le site www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/cruise-ship/what-cdc-is-doing.html. Pour afficher l'ordre d'interdiction de navigation, visitez www.cdc.gov/quarantine/cruise.

###

[U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES](#) 

Les CDC sont à pied d'œuvre 24/7 pour protéger la santé et la sécurité des États-Unis. Que la maladie se déclenche au pays ou à l'étranger, qu'elle soit curable ou évitable, chronique ou aiguë, attribuable à une activité humaine ou à une attaque délibérée, les CDC répondent aux crises sanitaires les plus pressantes aux États-Unis. Les CDC ont leur siège à Atlanta et disposent d'un réseau d'experts aux États-Unis et dans le monde.

<https://www.cdc.gov/media/releases/2020/s0930-no-sail-order.html>

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

Iran

La troisième vague de COVID-19 s'amorce à Téhéran

Source : Iran Energy Economy Review

ID du RMISP : 1007944673

Une troisième vague de COVID-19, une maladie causée par le nouveau coronavirus, a commencé sur le territoire de la province de Téhéran, en Iran, selon des informations transmises par Alireza Zali, responsable du groupe de travail national iranien anti-coronavirus.

« Les données statistiques des derniers jours montrent qu'une troisième vague a commencé à Téhéran », a-t-il déclaré à l'agence de presse ISNA. Zali a ajouté que très peu de temps s'était écoulé entre la deuxième et la troisième vague du coronavirus.

« Nous avons envoyé une lettre au ministre de la Santé au nom du groupe de travail anti-coronavirus à Téhéran en lui demandant de remettre en vigueur les restrictions rendues nécessaires par le virus, a-t-il ajouté. Il faudra notamment recommencer à faire du télétravail. »

Ces derniers jours, l'Iran a documenté une nouvelle augmentation des cas de coronavirus. Le 31 août, le nombre de cas quotidiens de COVID-19 a atteint son point le plus bas : 1 642. Cependant, le nombre de cas a recommencé à augmenter en septembre, et il a dépassé 3 000 à deux reprises au cours des trois derniers jours.

Le 15 juillet, l'Iran a officiellement déclaré la deuxième vague de COVID-19.

Royaume-Uni

À Swansea, 32 personnes ont été infectées lors d'un événement super-contaminateur qui a causé une épidémie de COVID à l'Université

Source : The Sun

ID du RMISP : 1007944933

Un événement super-contaminateur est à la source d'une éclosion de coronavirus dans une université à Swansea, lorsque 32 personnes ont été infectées pendant une fête.

En effet, tous les cas à l'université ont été attribués à un rassemblement auquel une seule personne infectée a participé, a-t-on appris.

△ □ Lisez notre blogue en direct sur le coronavirus pour connaître les dernières nouvelles et mises à jour. À présent, on a averti les étudiants qu'ils seraient éjectés de leurs cours en cas d'infraction aux règles sur la COVID-19.

Andrew Rhodes, doyen de l'université, a déclaré à Wales Online que presque tous les cas s'étaient produits avant l'arrivée de la plupart des étudiants.

« Les cas proviennent d'une seule fête, a-t-il dit.

Une personne infectée qui venait d'une autre région a causé la transmission du virus.

Aux tests de dépistage, 32 étudiants ont eu des résultats positifs, et tous avaient assisté à la fête. »

Toutefois, toutes ces personnes infectées par le virus habitent dans des logements privés, et il n'y a aucun cas sur le campus.

« La vaste majorité des cas provient d'un seul événement, le 12 septembre, lorsqu'une série de fêtes a eu lieu, a ajouté M. Rhodes.

Certains étudiants se sont amusés plus qu'ils n'auraient dû le faire, mais la grande majorité d'entre eux se sont bien comportés. »

L'Université de Swansea accueille 23 000 étudiants.

De ce nombre, 15 000 habitent dans des logements privés.

Toujours au Pays de Galles, une grande éclosion de coronavirus s'est déclenchée dans un hôpital de Rhondda Cynon Taf, où les cas ont doublé en une semaine pour atteindre 82.

Et le tournage de l'émission « I'm A Celebrity », qui devait commencer au château de Gwrych à Conwy dans les prochaines semaines, est maintenant compromis par les nouvelles règles de confinement.

En effet, dans le nord du Pays de Galles, plus de 500 000 personnes sont confinées et ne peuvent plus rendre visite à leur famille et à leurs amis.

Entre-temps, des milliers d'étudiants ne peuvent plus sortir de leurs résidences.

Plus de 500 cas ont été signalés dans 30 sites, forçant les étudiants à s'isoler partout où le virus fait rage.

La Metropolitan University de Manchester a été durement touchée, avec 127 infections qui ont entraîné l'isolement de 1 700 étudiants.

À Glasgow, des étudiants en auto-isolement dans les résidences de Murano Street Student Village ont collé des messages de colère dans leurs fenêtres.

Cette semaine, toutefois, des centaines d'étudiants ont été filmés en train de se rassembler lors d'une

fête nocturne à Coventry.

Au moins 200 étudiants ont été filmés en train de grimper sur des tables de ping-pong et de faire les fous à Arundel House, près du campus principal de l'Université de Coventry.

L'Université et le College Union ont qualifié la situation de « la dernière en date des catastrophes au cours d'une semaine où des éclosions entièrement prévisibles de COVID ont causé des ravages sur des campus à travers le Royaume-Uni ».

Selon la secrétaire générale, Jo Grady, on savait que le déplacement de milliers d'étudiants à travers le pays causerait des problèmes.

« Il est grand temps d'agir pour protéger le personnel et les étudiants », a-t-elle dit.

De retour à la maison pour Noël?

Le gouvernement britannique a promis que les étudiants pourraient rentrer chez eux pendant la saison des fêtes.

Le secrétaire à la Santé, Matt Hancock, avait déclaré que les étudiants risquaient d'être obligés de demeurer virtuellement prisonniers sur le campus à Noël.

Mais le porte-parole officiel du premier ministre a plutôt promis aux parents angoissés que leurs projets de Noël ne seraient pas ruinés.

« Nous pensons que tous les étudiants pourront rentrer chez eux à Noël », a-t-il dit

Mais il a évité de répondre à ceux qui réclament le remboursement d'une partie de leurs frais de scolarité (9 000 £ par an) à cause de la situation chaotique.

« Les universités sont autonomes et fixent leurs propres frais, a-t-il déclaré.

On s'attend à ce qu'elles continuent d'offrir des programmes d'études de qualité élevée. »

M. Rhodes a déclaré qu'on ne peut pas comparer l'expérience de son établissement à celles des universités Manchester Met et de Glasgow.

« Nos étudiants ne sont pas enfermés dans leur chambre, mais sont libres de se déplacer, a-t-il dit.

Toutes nos installations sont ouvertes, tout comme nos bibliothèques, et les étudiants occupent les résidences et sont libres de se déplacer sur le campus. »

Les étudiants de l'Université Manchester Met s'expriment sur leurs inquiétudes alors qu'ils sont forcés de s'isoler dans leur logement à Noël à cause d'une éclosion de coronavirus

<https://www.thesun.co.uk/news/12806440/swansea-superspreader-uni-outbreak-32-party/>

OMS-OPS

Les ministres de la Santé s'engagent à maintenir et à étendre les mesures continues pour lutter contre la pandémie de COVID-19 – OPS/OMS

Source : Organisation panaméricaine de la Santé

Identifiant unique : [1007945008](https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/operational-update-on-covid-19)

Résumé –Les Amériques connaîtront très probablement plusieurs vagues et flambées de COVID-19, entrecoupées de périodes de faible transmission au cours des 24 prochains mois, dans l'attente d'un vaccin sûr. Washington (D.C.), le 30 septembre 2020 (OPS/OMS) – Les ministres de la Santé des pays des Amériques se sont engagés hier à maintenir et à étendre les mesures continues pour lutter contre la pandémie de COVID-19, et ont demandé à l'Organisation panaméricaine de la Santé...

Les Amériques connaîtront très probablement plusieurs vagues et flambées de COVID-19, entrecoupées de périodes de faible transmission au cours des 24 prochains mois, dans l'attente d'un vaccin sûr.

Washington (D.C.), le 30 septembre 2020 (OPS/OMS) – Les ministres de la Santé des pays des Amériques se sont engagés hier à maintenir et à étendre les mesures continues pour lutter contre la pandémie de COVID-19, et ont demandé à l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) de continuer à les appuyer dans leur combat pour maîtriser le virus.

L'OPS « part du principe selon lequel la région connaîtra plusieurs vagues et flambées de cas entrecoupées de périodes de faible transmission au cours des 24 prochains mois, en attendant la mise au point d'un vaccin sécuritaire et efficace contre la COVID-19 et accessible de façon équitable, et l'atteinte d'une immunité appropriée dans la population », selon un rapport présenté au 58^e conseil directeur.

Dans une résolution adoptée lors d'une session virtuelle, les pays ont demandé à la directrice de l'OPS, Carissa F. Etienne, de « continuer à fournir aux États membres une coopération technique fondée sur

des données probantes, de promouvoir l'innovation et l'échange d'expériences, afin de reprendre et de maintenir les opérations et les interventions ininterrompues du système de santé dans tous les domaines pertinents et nécessaires pour répondre à la pandémie de COVID-19. »

Les ministres ont particulièrement souligné le Fonds renouvelable de l'OPS pour l'accès aux vaccins et son Fonds renouvelable régional pour les fournitures stratégiques de santé publique, destinés à « améliorer l'accès équitable et l'utilisation appropriée de vaccins, de produits thérapeutiques, de diagnostics, d'équipements biomédicaux et d'équipements de protection individuelle abordables, sûrs, efficaces, et de qualité, susceptibles d'améliorer les résultats en santé et de réduire l'effet de la pandémie ». »

Ils ont également demandé à l'OPS de maintenir le réseau régional de surveillance de l'influenza et d'autres virus respiratoires et de l'étendre par la création d'un réseau régional de surveillance génomique, et d'aider les pays à participer aux initiatives mondiales, comme le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19, pour les vaccins, les diagnostics et les thérapeutiques, ainsi que d'autres initiatives pour l'élaboration et l'accès aux technologies sanitaires essentielles à la lutte contre la COVID-19.

En outre, les pays ont insisté pour que tous se conforment aux dispositions du Règlement sanitaire international (RSI), et plus précisément aux dispositions portant sur la soumission de renseignements en temps opportun.

Au cours de la session virtuelle, l'OPS a fait le point sur la pandémie de COVID-19 et sur la réponse de l'organisation et a présenté un rapport contenant des suggestions « sur la manière de renforcer et de soutenir des systèmes de santé réactifs et adaptables face aux risques de cette pandémie afin que la santé et le bien-être des sociétés, ainsi que le développement social et économique des régions, puissent être maintenus ».

Le D^r Jarbas Barbosa, directeur adjoint de l'OPS, a souligné l'incidence de la pandémie sur les services de santé essentiels, y compris la vaccination, notamment une réduction de 24 % du nombre de vaccins contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO) administrés. Des conséquences négatives sur la santé mentale ont également été signalées par de nombreux pays, ainsi que des perturbations des services pour les maladies non transmissibles, et ce, bien que les pays aient augmenté les services de télémédecine pour aider à surmonter ces dérangements, a-t-il dit.

Les pays doivent tirer les leçons de la pandémie en garantissant l'accès aux services de santé, en renforçant les systèmes d'information et en faisant progresser la transformation numérique dans le domaine de la santé, afin d'améliorer les systèmes de protection sociale et de réduire la dépendance aux produits importés, laquelle a entraîné des pénuries de fournitures médicales, a ajouté le D^r Barbosa.

Le D^r Ciro Ugarte, qui dirige le programme des urgences sanitaires de l'OPS, a déclaré que la transmission de COVID-19 dans la région des Amériques continue d'être très active, mais qu'il y a eu des améliorations dans les mesures d'intervention, notamment une augmentation de 99 % des lits de soins intensifs dans huit pays clés. Le déploiement de 15 équipes médicales d'urgence et la création de 184 sites médicaux de rechange ont également contribué à réduire le fardeau des systèmes de santé, a déclaré le D^r Ugarte.

Les principaux défis à relever sont l'amélioration de la surveillance, la rapidité de réaction et l'augmentation des capacités d'enquête, ainsi que le nombre limité de tests de dépistage disponibles pour les laboratoires nationaux et les réserves limitées d'équipements de protection individuelle. Le D^r Ugarte a également souligné la nécessité de disposer d'un personnel suffisant pour maintenir les services de santé essentiels tout en assurant des conditions de travail sûres et décentes, et de bonnes mesures de prévention et de contrôle des infections.

Dans l'ensemble, des mesures telles que les confinements et les restrictions ont permis d'aplatir la courbe épidémique et de retarder son pic, mais « les gens ont un faux sentiment de sécurité et nous risquons de perdre les avantages que nous avons acquis », selon le D^r Ugarte. L'ajustement des mesures restrictives est un défi pour les pays; cet exercice nécessite un leadership et une collaboration ainsi que de bons renseignements sur les épidémies, a-t-il déclaré. Le D^r Ugarte a également souligné que la réouverture des ports au tourisme et au commerce sera difficile et que le secteur de la santé n'a qu'une participation limitée à ces décisions, ce qui pourrait influencer le cours de la pandémie.

Dans une mise à jour distincte sur la pandémie COVID-19, l'OPS a souligné qu'il y avait maintenant plus de 16,4 millions de cas signalés dans les Amériques et plus de 550 000 décès.

Le conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) réunit les ministres de la Santé et des délégués de haut niveau des pays membres de l'OPS et de l'OMS pour discuter et analyser les

politiques régionales de santé, et pour fixer les priorités en matière de coopération technique et entre les pays.

<https://www.paho.org/en/news/30-9-2020-health-ministers-commit-maintain-expand-sustained-actions-fight-covid-19-pandemic>

OPS

Les personnes âgées de plus de 60 ans ont été les plus touchées par la COVID-19 dans les Amériques

30 septembre 2020

L'OPS appelle les pays à adapter leurs systèmes de santé pour mieux répondre aux besoins des personnes âgées

Washington (D.C.), le 30 septembre 2020 (OPS) – La pandémie de COVID-19 a souligné les lacunes des systèmes de santé des Amériques pour répondre aux besoins des personnes âgées. Ces systèmes doivent être adaptés en conséquence, affirment les experts de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS). À l'occasion de la Journée internationale des personnes âgées, le 1^{er} octobre, l'Organisation appelle à la mise en place de soins et de services de santé primaires exhaustifs, intégrés et axés sur la personne, qui répondent aux besoins des personnes âgées.

La manière dont chaque personne âgée peut être affectée par la COVID-19, ou par toute autre maladie, dépend de sa santé physique et mentale générale, et les soins et traitements doivent donc toujours en tenir compte.

Si tout le monde risque de contracter la COVID-19, les personnes âgées sont beaucoup plus susceptibles de souffrir de maladies graves après une infection, les gens âgés plus de 80 ans étant cinq fois plus susceptibles d'en décéder que la moyenne. Un rapport des Nations Unies intitulé « The Impact of COVID-19 on Older Persons » (l'incidence de la COVID-19 sur les personnes âgées) suggère que cela pourrait être attribuable à des conditions de santé sous-jacentes, qui touchent 66 % des personnes âgées de 70 ans et plus.

C'est également le cas dans les Amériques, où la plupart des décès liés à la COVID-19 surviennent chez les personnes âgées de 70 ans et plus, suivies par les personnes âgées de 60 à 69 ans.

Les personnes âgées recevant des soins de longue durée sont les plus touchées, représentant 40 à 80 % des décès liés à la COVID-19 dans le monde; toutefois, les soins aux personnes âgées étant plus susceptibles d'avoir lieu à domicile dans les Amériques, la distanciation physique représente une difficulté particulière.

« La pandémie de COVID-19 a vraiment mis en évidence les besoins et les vulnérabilités des personnes âgées en ce qui concerne leur droit à la santé », a déclaré Carissa F. Etienne, la directrice de l'OPS et directrice du bureau régional de l'OMS pour les Amériques. « Trop souvent, nous n'entendons pas leurs voix et leurs points de vue lorsqu'il s'agit de leurs soins. Les personnes âgées ont le même droit aux soins que n'importe qui d'autre. Aucune vie n'a plus de valeur que les autres. »

Vieillir en bonne santé consiste à développer et à maintenir des capacités fonctionnelles qui permettent de se sentir bien dans sa vieillesse.

Même avant la pandémie de COVID-19, jusqu'à 50 % des personnes âgées à faible et moyen revenu n'avaient pas accès à certains services de santé essentiels dans certains pays – un problème que la pandémie n'a fait qu'exacerber.

Or, il ne suffit pas de garantir aux personnes âgées l'accès aux services de santé essentiels, a fait remarquer Enrique Vega, chef de l'unité pour un parcours de vie sain de l'OPS. Les services doivent également être adaptés aux besoins particuliers des personnes âgées.

« La manière dont chaque personne âgée peut être affectée par la COVID-19, ou par toute autre maladie, dépend de sa santé physique et mentale générale, et les soins et traitements doivent donc toujours en tenir compte », a ajouté M. Vega.

La décennie du vieillissement en bonne santé

L'année 2020 marque le début de la « décennie du vieillissement en bonne santé », qui met en évidence la nécessité pour les gouvernements, la société civile, les agences internationales, les médias et autres de travailler ensemble pour améliorer la vie des personnes âgées, de leurs familles et de leurs collectivités, et pour lutter contre l'âgisme et la stigmatisation. .

« Vieillir en bonne santé consiste à développer et à maintenir des capacités fonctionnelles qui permettent de se sentir bien dans sa vieillesse », a affirmé M. Vega. « La COVID-19 a mis en évidence non seulement la fragilité des personnes âgées, mais aussi celle des systèmes et des cadres qui les soutiennent. »

En chiffres

- On estime que le nombre de personnes âgées de plus de 60 ans dans le monde et dans la région des Amériques doublera d'ici 2050. En 2025, les personnes âgées de 60 ans et plus représenteront 18,6 % de la population totale de la région.
- L'Amérique latine et les Caraïbes sont la deuxième région en ce qui a trait à la croissance du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans, derrière l'Afrique. Toutefois, l'augmentation de l'espérance de vie ne se traduit pas par une amélioration de la qualité de vie.
- Le Brésil a indiqué que 76 % des décès liés à la COVID-19 entre février et septembre 2020 touchaient des adultes âgés de 60 ans et plus.
- Au Pérou, les personnes âgées de plus de 70 ans ont eu les taux de mortalité liés à la COVID-19 les plus élevés entre mars et mai 2020
- Les estimations du Canada montrent que plus de 80 % des décès attribuables à la COVID-19 ont eu lieu dans des établissements de soins de longue durée.

<https://www.paho.org/en/news/30-9-2020-people-over-60-have-been-hardest-hit-covid-19-americas>

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

États-Unis

Premiers résultats prometteurs pour le vaccin à ARN contre la COVID-19 chez les personnes âgées

Identifiant : 1007947296

Source : CIDRAP

30 septembre 2020

Les chercheurs qui étudient le vaccin ARNm-1273 contre le SRAS-CoV-2 de Moderna indiquent que son profil de sécurité et sa réponse immunitaire chez les personnes âgées sont comparables à ceux de la population plus jeune qu'ils ont testée auparavant, selon les résultats de l'essai de phase 1 publiés hier dans le *New England Journal of Medicine* (NEJM).

Le vaccin à ARN messenger est l'un des rares vaccins contre la COVID-19 à avoir été étudié spécifiquement chez les patients âgés, malgré leur vulnérabilité pendant la pandémie.

Le groupe d'essai initial pour le vaccin ARNm-1273 était réservé aux adultes âgés de 18 à 55 ans, les chercheurs ont élargi l'essai pour inclure les adultes âgés de 56 à 70 ans et de 71 ans et plus, avec 20 participants dans chaque groupe d'âge. Le vaccin est conçu pour déclencher une réponse immunitaire protectrice en introduisant dans l'organisme l'ARN de la protéine de pointe (S-2P) du SRAS-CoV-2.

Un dosage plus élevé engendrerait une réponse plus forte

La moitié (10) des participants de chaque groupe d'âge a reçu deux doses de 25 microgrammes (µg) du vaccin candidat à 27 jours d'intervalle, et la moitié (10) a reçu deux doses de 100 µg.

Les résultats au 57^e jour pour ceux qui ont reçu des doses de 25 µg ont montré un titre moyen géométrique (TMG) anti-S-2P de 323 945 pour les personnes âgées de 56 à 70 ans et un TMG de 1 128 391 pour les personnes âgées de 71 ans ou plus. Pour ceux qui ont reçu des doses de 100 µg, les TMG étaient de 1 183 066 et 3 638 522, respectivement.

Toutes ces valeurs étaient supérieures au TMG du sérum de convalescent donné pour l'essai, qui s'élevait à 138 901. Le vaccin semblait également provoquer une forte réponse des cytokines CD4 avec les lymphocytes T auxiliaires de type 1.

Les effets indésirables étaient généralement légers ou modérés et comprenaient le plus souvent de la fatigue, des frissons, des maux de tête, des myalgies et des douleurs au point d'injection. Tous les cas d'effets indésirables systémiques modérés, sauf deux, se sont produits après la deuxième injection, et les chercheurs ont seulement signalé deux cas d'effets systémiques graves, également après la deuxième injection. L'un de ces effets était de la fièvre chez l'un des patients du sous-groupe des 56 à 70 ans (dose de 25 µg), et l'autre la fatigue chez l'un des patients du sous-groupe des 71 ans et plus (dose de 100 µg).

Les auteurs, issus de plusieurs universités américaines, écrivent : « les limites importantes de cette étude comprennent le petit nombre de participants et la diversité ethnique limitée. De plus, au moment du présent rapport d'étape, la pérennité à long terme de l'immunogénicité n'a pas pu être évaluée, tandis que l'ampleur de la réponse des anticorps, des cellules et de la mémoire sera suivie pendant 12 mois après la deuxième vaccination ».

L'étude a été partiellement financée par les National Institutes of Health.

Le mois dernier, Pfizer a publié les données de la phase 1 de ses essais mettant en cause des adultes âgés de 65 à 85 ans pour son vaccin candidat contre la COVID-19, et la semaine dernière Johnson & Johnson a publié les données des essais des phases 1 et 2a qui comprenaient 15 personnes de 65 ans et plus. Contrairement aux résultats de l'étude du NEJM, ces données n'ont pas été publiées dans une revue à comité de lecture.

Des études plus approfondies sur l'âge sont nécessaires

Bien qu'il s'agisse d'une des rares études qui se soit concentrée sur les populations plus âgées, une analyse documentaire préliminaire des essais de traitement et de vaccins COVID suggère que d'autres études sont nécessaires.

Dans une étude publiée cette semaine dans *JAMA Internal Medicine*, des chercheurs américains qui ne participaient pas à l'étude du NEJM ont étudié les 847 essais répertoriés sur clinicaltrials.gov et ont conclu que les adultes âgés à haut risque ont été exclus de plus de 50 % des essais cliniques liés à la COVID-19 et de 100 % des essais de vaccins jusqu'à présent.

Les auteurs ont examiné les seuils d'âge directs dans les populations étudiées – touchant 195 (23 %) des essais – et les exclusions indirectes qui pourraient avoir une incidence plus importante sur les personnes âgées; les plus citées étant les problèmes de conformité et de consentement, qui ont touché 213 (25 %) des essais. Parmi les autres exclusions courantes, nommons-les exclusions générales non spécifiées, les comorbidités spécifiques et les exigences technologiques. (Les essais pouvaient être assortis de plus d'une exclusion.)

Les auteurs affirment que si l'on n'inclut pas davantage les personnes âgées, l'efficacité, l'utilisation et les effets indésirables de tout vaccin éventuel contre la COVID-19 pourraient ne pas être pleinement réalisés ou compris.

« Certains ont fait valoir que seule la vaccination des populations plus jeunes est nécessaire pour obtenir une immunité collective (seuil d'immunité de 67 %), et que par conséquent, la vaccination des personnes âgées n'est pas essentielle », écrivent les auteurs. « Toutefois, le seuil élevé d'immunité requis, associé au fait que de nombreux établissements (p. ex., les établissements de soins) sont composés presque exclusivement d'adultes âgés, souligne la nécessité de les inclure dans les essais du vaccin contre la COVID-19. »

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/early-results-promising-rna-covid-vaccine-older-adults>

États-Unis (étude)

Infection expérimentale de chiens et de chats domestiques par le SRAS-CoV-2 : pathogénèse, transmission et réponse à la réexposition chez les chats

Source : PNAS

Identifiant du RMISP : 1007941656

Importance

Le SRAS-CoV-2 est un pathogène émergent qui a déjà eu des conséquences catastrophiques sur la santé et le bien-être des populations du monde entier. Les conséquences de ce virus d'origine zoonotique pour les populations animales sont largement méconnues. Le présent article décrit un essai pilote dans lequel on a évalué la sensibilité de chats et de chiens à l'infection. Aucun spécimen des deux espèces n'a développé de maladie clinique au cours de cette étude; toutefois, les chats ont excrété le virus infectieux pendant 5 jours et infecté les chats naïfs par contact direct, tandis que les chiens ne semblent pas excréter le virus. Les chats qui ont été réinfectés par le SRAS-CoV-2 ont présenté une réponse immunitaire efficace et n'ont pas été réinfectés. Ces études révèlent des conclusions importantes pour la santé animale et suggèrent que les chats pourraient être un bon modèle pour la mise au point de vaccins.

Résumé

La pandémie causée par le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) a atteint presque tous les pays du monde avec une transmission extraordinaire de personne à personne. La source originale la plus probable du virus a été le débordement d'un réservoir animal et l'adaptation subséquente aux humains au cours de l'hiver 2019 dans la province de Wuhan, en Chine. En raison de sa similarité génétique avec le SRAS-CoV-1, il est probable que ce nouveau virus ait une gamme d'hôtes et une spécificité de récepteurs similaires. En raison des préoccupations relatives à la transmission du virus entre l'humain et les animaux domestiques, nous avons étudié la sensibilité des chats et des chiens domestiques à l'infection et le potentiel de transmission des chats infectés aux chats naïfs. Nous rapportons que les chats sont très sensibles à l'infection, avec une période prolongée d'excrétion virale orale et nasale qui n'est pas accompagnée de signes cliniques, et qu'ils sont capables d'une transmission par contact direct à d'autres chats. Ces études confirment que les chats sont sensibles à une infection

productive par le SRAS-CoV-2, mais qu'il est peu probable qu'ils développent une maladie clinique. De plus, nous avons constaté que les chats ont développé une réponse d'anticorps neutralisante robuste qui a empêché la réinfection après une deuxième attaque virale. En outre, nous avons constaté que les chiens ne répandent pas le virus après l'infection, mais qu'ils se séroconvertissent et montent une réponse d'anticorps neutralisants antiviraux. Il n'existe actuellement aucune donnée probante voulant que les chats ou les chiens jouent un rôle important dans l'infection humaine; cependant, une zoonose inverse est possible si les propriétaires infectés exposent leurs animaux domestiques au virus lors d'une infection aiguë. La résistance à la réinfection laisse espérer qu'une stratégie de vaccination pourrait protéger les chats et, par extension, les humains.

La pandémie de coronavirus (COVID-19), causée par le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2), a pris naissance dans la province de Wuhan en Chine à la fin de 2019 et s'est propagée en 4 mois dans presque tous les pays du monde. L'analyse des séquences et les enquêtes épidémiologiques suggèrent que le virus était d'origine animale, peut-être une chauve-souris, et qu'il a potentiellement été introduit pour la première fois dans la population humaine par un hôte animal intermédiaire sur le marché des fruits de mer de Huanan à Wuhan, en Chine (1, 2). Le virus s'est rapidement adapté à l'humain, et la transmission interhumaine est devenue la source presque immédiate des infections ultérieures, le contact direct et les aérosols étant les principales voies d'infection (3). Les premiers indices suggèrent que le SRAS-CoV-2, tout comme le SRAS-CoV-1, infecte les cellules hôtes en se liant à l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ACE2), un récepteur exprimé chez de nombreuses espèces animales, sauf, de manière notable, chez la souris ou le rat (4). Ainsi, l'humain est presque certainement la seule source d'infection pour les autres humains; toutefois de nombreuses études préliminaires suggèrent que d'autres animaux sont également susceptibles d'être infectés (5-7).

Le premier cas de zoonose inverse, ou transmission de l'homme à l'animal, a été signalé à Hong Kong, où le chien d'un patient atteint de COVID-19 a reçu plusieurs tests positifs par PCR pour le SRAS-CoV-2 (5). Dans les semaines qui ont suivi, d'autres cas d'infection d'animaux domestiques à la suite d'une exposition à des humains ont été documentés, notamment celui d'un autre chien à Hong Kong et d'un chat atteint d'une maladie clinique en Belgique (6). Jusqu'à présent, les études sérologiques n'ont pas permis d'établir les chiens et les chats domestiques comme une source primaire d'infection humaine (8). Il convient de souligner qu'une enquête menée auprès d'étudiants vétérinaires ayant une infection à la COVID-19 confirmée n'a pas permis d'identifier les anticorps anti-SRAS-CoV-2 chez leurs animaux de compagnie (9). Malgré la faible probabilité de transmission d'un animal de compagnie à l'homme ou de l'homme à l'animal de compagnie, il reste important de clarifier le rôle, le cas échéant, que jouent les animaux domestiques dans la transmission du SRAS-CoV-2.

La première étude publiée concernant les infections expérimentales sur les chats a montré que les chats pouvaient être infectés par le SRAS-CoV-2 et potentiellement le transmettre à d'autres chats par aérosols, comme le montrent les échantillons de selles positifs analysés par PCR provenant de chats en cage dans la même pièce que les chats directement infectés. Cette étude a également décrit la pathologie et la mortalité de jeunes chats euthanasiés à 3 et 7 jours après l'infection (JAI) (7). D'autres communications ont décrit l'excrétion virale et la transmission par contact direct chez les chats ainsi que la séroconversion chez les chats exposés à des humains infectés (10, 11). Les expériences décrites dans le présent document complètent les travaux existants en établissant la courbe d'excrétion du virus chez les chats au fil du temps, en évaluant la neutralisation du virus, la séroconversion, la pathologie et la transmission. Il s'agit du premier rapport sur l'immunité protectrice contre le SRAS-CoV-2 chez les chats établi à la suite d'expositions répétées. Ces études indiquent que les chats peuvent servir de modèle animal approprié pour étudier l'infection par le SRAS-CoV-2 et pour poursuivre le développement de vaccins et de produits thérapeutiques destinés à être utilisés chez les animaux et les humains. Nous confirmons également une conclusion antérieure selon laquelle les chiens ne répliquent pas le virus dans les voies respiratoires supérieures (7), mais démontrent des preuves d'une activité antivirale neutralisante observable dans les sérums canins post-exposition. Le rôle des chats dans la transmission des zoonoses reste une question sans réponse, mais la durée relativement courte de l'excrétion et la

résistance à la réinfection suggèrent que le risque est très faible, en particulier lorsque les chats sont gardés à l'intérieur et ont donc des contacts limités avec les humains ou d'autres animaux sensibles.

Matériaux et méthodes

Virus.

La souche WA1/2020WY96 du virus SRAS-CoV-2 a été obtenue auprès de BEI Resources. Elle a fait l'objet de deux passages dans des cellules Vero E6 et des stocks ont été congelés à -80 °C dans un milieu Eagle modifié de Dulbecco (DMEM) avec du sérum fœtal bovin à 5 % et des antibiotiques. Le stock de virus a été titré sur des cellules Vero E6 à l'aide d'un test sur plaque standard à double revêtement (12), et les plaques ont été dénombrées 72 h après l'infection pour calculer les unités formant plaque (UFP) par mL.

Animaux.

Sept chats adultes (un mâle et six femelles, âgés de 5 à 8 ans) ont été obtenus auprès d'une colonie fermée de reproduction à l'Université de l'État du Colorado, dans une installation exempte d'agents pathogènes accréditée par l'Association for Assessment and Accreditation of Laboratory Animal Care International. Avant le transfert, les chats ont été testés pour l'anticorps de coronavirus entérique félin, et les résultats étaient négatifs. Trois chiens (femelles, âgées de 5 à 6 ans) ont été obtenus auprès de Ridgland Farms (Blue Mounds, WI). Les chats et les chiens ont été envoyés au Laboratoire des maladies animales, une installation de niveau 3 de biosécurité animale de l'Université de l'État du Colorado, hébergés en groupe et nourris avec un mélange d'aliments secs et humides en ayant un accès illimité à l'eau. On a laissé les animaux s'acclimater pendant plusieurs jours avant d'insérer dans leur dos des puces sous-cutanées de détection de température (Lifechips, Destron-Fearing). Le poids corporel de base, les températures corporelles, l'évaluation clinique et les écouillons oraux ont été obtenus avant l'inoculation. Tous les animaux paraissaient être en bonne santé au début de l'étude.

Exposition au virus.

Les chats ont été légèrement anesthésiés par injection sous-cutanée de 30 à 50 mg de chlorhydrate de kétamine (zétamine), et les chiens ont fait l'objet d'une sédation avec 1 à 3 mg de xylazine avant l'inoculation du SRAS-CoV-2 (jour 0). Dans les deux cas, le virus dilué dans un tampon phosphate salin (PBS) a été administré dans les narines (500 µL/narine) à l'aide d'une pipette à raison d'un volume total de 1 mL, puis les animaux sont demeurés en observation jusqu'à la disparition complète des effets de l'anesthésie. Un titrage par retour du virus a été effectué sur les cellules E6 juste après l'inoculation, confirmant que les chats ont reçu 3,0E5 UFP, et les chiens 1,4E5 UFP.

Échantillonnage.

Cohorte de chats 1 ($n = 3$).

Des écouillons oropharyngés ont été prélevés les jours 1 à 5, 7, 10 et 14 après l'inoculation à l'aide d'un applicateur d'écouvillon à pointe de polyester. Les écouillons ont été placés dans un milieu BA-1 (MEM tamponné au Tris contenant 1 % d'albumine de sérum bovin) additionné de gentamicine, d'amphotéricine B et de pénicilline/streptomycine. Des lavages nasaux ont été effectués les jours 1, 3, 5, 7, 10 et 14 après l'inoculation en instillant 1 mL de BA-1 en goutte à goutte dans les narines de chats réveillés ou légèrement anesthésiés et en collectant l'écoulement nasal dans une boîte de Pétri stérile; pour ce, on faisait éternuer le liquide de lavage par l'animal dans la boîte, ou on laissait le liquide s'égoutter dans celle-ci. Des prélèvements de sang (5 mL dans des tubes séparateurs de sérum) ont été faits avant l'inoculation et aux jours 7, 14, 21, 28, 35 et 42 après l'inoculation. Au jour 28 après

l'inoculation, les chats ont été réinoculés avec 3,0E5 UFP de virus homologues. Le prélèvement d'échantillons oronasaux a été effectué aux jours 1, 3, 5, 7, 10 et 14 après la réinoculation (jours 29, 31, 33, 35, 38 et 42 après l'inoculation initiale), puis les chats ont été sacrifiés et leurs tissus ont été prélevés en vue de l'analyse histopathologique.

Cohorte de chats 2 (n = 4).

Deux des quatre chats ont été légèrement anesthésiés et exposés au SRAS-CoV-2, à l'instar de la cohorte 1. Quarante-huit heures après l'infection, deux chats non traités ont été introduits dans la pièce où se trouvaient les chats infectés, et des échantillons ont été prélevés de la même manière que précédemment. Les deux chats directement exposés ont été sacrifiés au jour 5 après l'inoculation, et les tissus suivants ont été recueillis en vue de l'isolement du virus et de l'analyse histopathologique : cornets nasaux, trachée, œsophage, ganglion lymphatique médiastinal, poumon, foie, rate, rein, intestin grêle, utérus et appareil olfactif. Les tissus ont été recueillis dans BA-1, congelés à -80 °C et homogénéisés avant les tests sur plaque. Les autres tissus recueillis en vue de l'analyse histopathologique comprenaient le cœur, le côlon, le pancréas, le lobe d'un poumon et les ganglions lymphatiques mésentériques. Des radiographies thoraciques ont également été obtenues pour ces deux chats avant l'exposition et juste avant l'euthanasie. Les deux autres chats ont été sacrifiés au jour 30 après l'inoculation et autopsiés; ils seront désignés par la suite comme des chats de contact.

Chiens (n = 3).

Les chiens ont été échantillonnés à la même fréquence et en utilisant les mêmes méthodes que pour les chats de la cohorte 1 au jour 42 après l'inoculation. Ils n'ont pas été réexposés au virus.

Observations cliniques.

Pendant la durée de l'étude, les températures corporelles ont été mesurées à l'aide de puces thermiques et enregistrées quotidiennement à peu près à la même heure en matinée. Les chats et les chiens ont été observés deux fois par jour pendant les 7 premiers jours après l'exposition et au moins une fois par jour pendant la durée de l'étude. Les poids corporels ont été mesurés chaque semaine. Des radiographies thoraciques (3 vues) ont été prises avant l'exposition et au jour 5 après l'inoculation, juste avant l'euthanasie pour les chats inoculés expérimentalement dans la cohorte 2, et elles ont été examinées par plusieurs vétérinaires. L'évaluation clinique comprenait le tempérament et l'évaluation de la présence de tout signe clinique de maladie, y compris l'écoulement oculaire, l'écoulement nasal, le ptyalisme, la toux, les éternuements, la dyspnée, la diarrhée, la léthargie, l'anorexie et un état moribond. À tout moment pendant l'étude, aucun des animaux n'a présenté de signes cliniques de maladie caractérisés par l'un de ces symptômes.

Tests viraux.

L'isolement du virus a été effectué sur tous les échantillons de tissu de l'écouvillon oral, du lavage nasal et du jour 5 après l'inoculation par un test de plaque à double revêtement sur des cellules Vero E6, de la façon décrite précédemment (12). Brièvement, des cellules en monocouche confluentes dans des plaques de 6 puits ont été lavées une fois avec la PBS et inoculées avec 100 µL de dilutions d'échantillons en série de 10 fois, incubées pendant 1 h à 37 °C et recouvertes de 0,5 % d'agarose dans un MEM contenant du sérum fœtal bovin à 2 % et des agents antibiotiques/antifongiques. Un deuxième revêtement par colorant rouge neutre a été ajouté à 48 h, et les plaques ont été comptées après 72 h. Les titres viraux ont été rapportés sous forme de log₁₀ UFP par mL.

Les tests de neutralisation par réduction des plages (PRNT) ont été réalisés de la façon décrite précédemment (13). On a procédé à l'inactivation du sérum par la chaleur pendant 30 minutes à 56 °C, et

des dilutions de 2 fois préparées dans BA-1, en commençant par une dilution à 1:5, ont été aliquotées dans des plaques à 96 puits. Un volume égal de virus a été ajouté aux dilutions de sérum et incubé pendant 1 h à 37 °C. Après l'incubation, les mélanges sérum-virus ont été appliqués à des plaques Vero E6 de la façon décrite pour les tests d'isolement viral. Les titres d'anticorps ont été enregistrés comme la réciproque de la dilution la plus élevée dans laquelle >90 % du virus a été neutralisé.

ELISA.

Les échantillons sériques des chats ont été inactivés par la chaleur et assujettis à un test de plaque pour confirmer la non-infectiosité des échantillons avant de procéder à l'analyse ELISA. Les anticorps témoins positifs au domaine de liaison au récepteur (RBD) et à la protéine de pointe pleine longueur étaient l'anticorps mAb CR3022 humain (anticorps absolu) et la molécule entière d'IgG humaine (Jackson Immuno Research). Le témoin positif pour l'ELISA de nucléocapside était un anticorps monoclonal de la nucléoprotéine SRAS-CoV de lapin (Sino Biological, Inc.). Les témoins négatifs étaient des sérums humains de calibre réactif (comparés au mAb CR3022). Les sérums de chat non groupés provenant de deux animaux expérimentaux non traités et exempts d'agents pathogènes spécifiques ainsi que de cinq échantillons bio-archivés d'isolats de terrain obtenus avant 2019 ont été utilisés comme témoins négatifs pour la validation du test (14, 15). Les protocoles ELISA ont été adaptés des protocoles ELISA SRAS-CoV-2 décrits par Amanat et al. (16). Les plaques ELISA (Thermo) ont été enduites de 2 µg/mL de glycoprotéine de pointe RBD de SRAS-CoV-2, de recombinant WuHan-Hu-1 de cellules HEK293T (BEI) ou de glycoprotéine de pointe (stabilisée) de SRAS-CoV-2, Wuhan-Hu-1, recombinant de baculovirus (BEI). On a utilisé SRAS-CoV-2 Spike RBB-His et la protéine de pointe 2019-nCoV d'ectodomaine S1+S2 (ECD) (Sino Biological) sur des plaques servant à tester la séroréactivité des chiens. La protéine nucléocapside du SRAS-CoV-2 était un don de Brian Geiss (Colorado State University, Fort Collins, CO). Avant d'analyser les sérums de chat expérimentaux, on a optimisé le test à l'aide des sérums témoins positifs et négatifs décrits ci-dessus. Les échantillons et les témoins ont été dilués à 1:50 dans du diluant ELISA (1X PBS, Tween, lait en poudre) et analysés en double. Les sérums témoins humains ont été mis au point à l'aide de peroxydase de raifort (HRP) (Thermo) anti-IgG humaine, les sérums de chat à l'aide de la HRP anti-IgG de chat (Thermo) ou anti-IgM de chat (Novus Biologicals) et les sérums de chiens à l'aide de la HRP anti-IgG de chien (Sigma), et la protéine nucléocapside (NP) de l'anticorps monoclonal de lapin (mAb) SRAS-CoV a été détectée par la HRP anti-IgG de lapin (Thermo). Les anticorps secondaires ont été dilués au 1/3 000, et le dichlorhydrate o-phénylènediamine (OPD) de SigmaFast a été préparé dans de l'eau en vue de l'injection et ajouté aux puits. Les plaques ont été lues à 490 nm en utilisant un spectrophotomètre Multiskan Spectrum (Thermo Fisher). La moyenne des sérums témoins négatifs OD490 plus trois fois l'écart-type des lectures du témoin négatif ont été utilisées pour déterminer les valeurs de coupure pour chaque plaque.

qRT-PCR.

Des plaques ont été prélevées sur des plaques de culture de chaque chat pour confirmer l'excrétion virale du SRAS-CoV-2. Les extractions d'ARN ont été effectuées selon les instructions du fabricant au moyen des mini-trousses ARN viral Qiagen QiaAmp. La RT-PCR a été réalisée de la façon recommandée à l'aide de la séquence de sonde d'amorce E_Sarbeco décrite par Corman et coll. (17) et du système qRT-PCR en une étape SuperScript III Platinum (Invitrogen), avec la modification suivante : la transcription inverse initiale était à 50 °C. Les courbes standard ont été obtenues par dilution en série de l'ARN des stocks viraux de l'isolat original de SRAS-CoV-2 WA1/2020WY96.

Histopathologie.

Les tissus de chats ont été fixés dans du formol tamponné à 10 % pendant 12 jours et transférés dans de l'éthanol à 70 % avant la coupe pour la coloration à l'hématoxyline et à l'éosine (H&E). Un pathologiste vétérinaire agréé a analysé les lames.

Résultats

Maladie clinique.

Aucun des chats de l'une ou l'autre cohorte n'a présenté de signes cliniques de maladie, et tous sont demeurés afebriles (température <39,5 °C) pendant toute la durée de l'étude. Les poids corporels sont restés stables pendant ce temps. Aucun signe d'atteinte pulmonaire ni aucune autre anomalie détectable par radiographie n'a été noté (images non présentées). De même, les chiens inoculés avec le SRAS-CoV-2 sont restés cliniquement normaux et afebriles.

Excrétion virale.

Dans la cohorte 1, les trois chats ont excrété le virus par voie orale et par voie nasale jusqu'au jour 5 après l'inoculation, les titres maximaux étant obtenus à partir de l'excrétion nasale au jour 3. Les titres nasaux étaient de ~1 log plus élevés que les écouvillons oraux recueillis en même temps (**Fig. 1**). Pendant la durée de l'infection, on a noté une certaine variabilité du titre, probablement attribuable au prélèvement d'échantillons (donc, le nombre d'éternuements), mais dans l'ensemble, les données démontrent clairement la présence de virus infectieux dans la cavité nasale et l'oropharynx pendant plusieurs jours après l'infection. Dans la cohorte 2, les deux chats directement inoculés ont excrété le virus au jour 5 après l'inoculation, par voie orale et par voie nasale, avec un schéma similaire à celui de la cohorte 1. Cependant, les chats de contact ont excrété le virus infectieux par voie orale 24 h après l'exposition, et la durée de l'excrétion était plus longue comparativement à celle des chats inoculés, avec un pic d'excrétion survenant 7 jours après l'exposition (**Fig. 1**). Le virus a été isolé de la trachée, des cornets nasaux et de l'œsophage de chats de la cohorte 2 qui ont été autopsiés au jour 5. Le virus infectieux n'a été trouvé ni dans les poumons ni dans d'autres organes de ces chats. À tout moment après l'infection, aucune excrétion virale n'a été détectée par le test de plaque relativement aux chiens.

Pathologie.

Aucune lésion macroscopique n'a été observée dans l'ensemble des chats et des chiens autopsiés. Sur le plan histologique, on a observé, chez les deux chats de la cohorte 2 sacrifiés au jour 5 après l'inoculation, une rhinite lymphoplasmocytaire ulcéreuse modérée suppurée dans les cornets nasaux, avec une légère trachéite lymphoplasmocytaire (**Fig. 2 A–C**). Ces chats présentaient aussi une histiocytose alvéolaire minime avec œdème. Les deux chats de la cohorte 2 qui ont été introduits au jour 2 après l'inoculation et sacrifiés au jour 28 après l'inoculation avaient une rhinite lymphoplasmocytaire modérée avec fibroplasie rare. Les trois chats de la cohorte 1 sacrifiés au jour 42 après l'inoculation ont présenté des modifications pulmonaires légères, y compris une légère pneumonie lymphocytaire interstitielle avec infiltrat lymphocytaire périlobulaire et périvasculaire et histiocytose alvéolaire (**Fig. 2D**). Deux de ces chats avaient également une trachéite minime et une rhinite légère, mais les lésions des voies respiratoires supérieures semblent largement diminuées par rapport aux chats sacrifiés auparavant, tandis que la pathologie pulmonaire était plus évidente chez ces animaux que chez ceux sacrifiés lors d'une infection aiguë.

L'exposition au SRAS-CoV-2 entraîne une inflammation aiguë des voies respiratoires supérieures et de légers infiltrats pulmonaires au cours des phases ultérieures de l'infection. (A) Chat 4, cohorte 2, trachée, jour 5 après l'inoculation. La sous-muqueuse est élargie par un œdème (flèches) et d'abondants infiltrats inflammatoires lymphocytaires (astérisques) qui dissèquent et perturbent les glandes sous-muqueuses. Teinture H&E, grossissement 100x. (B) Chat 5, cohorte 2, cornets nasaux, jour 5 après l'inoculation. Une muqueuse respiratoire d'épaisseur normale est présente dans la coupe (flèche ouverte). L'épithélium respiratoire nasal varie d'hyperplasique (flèche noire pleine) à ulcéré (tête de flèche). La sous-muqueuse dans les régions d'ulcération est œdémateuse et infiltrée par des neutrophiles dispersés et des cellules mononucléées. Teinture H&E, grossissement 40x. (C) Chat 5, cohorte 2, cornets nasaux, jour 5 après l'inoculation. L'épithélium respiratoire nasal varie d'atténué (flèche) à ulcéré (pointe de flèche) avec un

revêtement de débris cellulaires résiduels. La sous-muqueuse (astérisque) dans les régions d'ulcération est œdémateuse et infiltrée par des neutrophiles dispersés et des cellules mononucléées. Teinture H&E, grossissement 100x. (D) Chat 1, cohorte 1, poumon, jour 42 après l'inoculation. Les espaces alvéolaires (« A ») contiennent des cellules mononucléées dispersées (flèches). La paroi alvéolaire est élargie par des mélanges de cellules mononucléées et de neutrophiles occasionnels (astérisque). Teinture H&E, grossissement 400x.

Séroconversion.

Tous les animaux étaient séronégatifs contre le SRAS-CoV-2 au moment de l'infection (neutralisation virale <50 % à dilution sérique de 1:10). Les chats de la cohorte 1 et les chats de contact direct ont développé une activité neutralisante qui a été mesurée par PRNT dès le jour 7 après l'inoculation. Les titres neutralisants chez tous les chats atteignaient ou dépassaient 1: 2 560 au jour 14 après l'inoculation, et ils étaient maintenus ou augmentés en titre entre le jour 28 et le jour 42 après l'inoculation. Les chats réinoculés au jour 28 après l'inoculation ont présenté une augmentation modérée du titre PRNT dans les 14 jours suivant l'exposition (**Tableau 1**). Les chiens ont développé des anticorps neutralisants au jour 14 après l'inoculation, atteignant un pic au jour 21 après l'inoculation, avec des titres oscillant entre 1:40 et 1:80 (**Tableau 1**).

Tableau 1.

Titres d'anticorps (PRNT90) pour des chats et des chiens infectés au SRAS-CoV-2. NT, non testé

Des réponses d'anticorps IgG dépassant les valeurs seuils OD490 ont été détectées au jour 7 après l'inoculation contre la glycoprotéine de pointe complète et la RBD chez tous les chats inoculés expérimentalement, et une séroconversion contre la NP a été détectée chez 2 des 3 chats à ce moment-là. Au jour 14, les cinq chats avaient des valeurs de densité optique (DO) proches de la limite supérieure de détection dans le test ELISA de pointe; la saturation DO en RBD et NP a été obtenue au jour 21; elle n'a pas augmenté après la réexposition (**Fig. 3A**). Les taux de séroconversion et les niveaux d'absorbance des chats de contact et des chats infectés expérimentalement étaient similaires. La séroconversion en protéine de pointe était la plus rapide et la plus robuste, et la spécificité de la réponse à la RBD dépassait celle de la NP. Les valeurs de DO des chats séroconvertis pour les trois antigènes dépassaient les absorbances des chats domestiques sans pathogène spécifique (SPF), et le bruit de fond était le plus élevé pour la NP. Des anticorps IgM contre la RBD ont été détectés aux jours 7 et 14, mais pas au jour 28. Les réponses IgG étaient beaucoup plus robustes que les réponses IgM (**Fig. 3B**). Les chiens ont séroconverti contre la RBD et les antigènes de pointe à partir du jour 14, mais les valeurs de DO étaient notablement inférieures à celles des chats, et elles ont varié avec le temps (**Fig. 3C**).

Les chats et les chiens infectés au SRAS-CoV-2 ont rapidement développé des anticorps contre les antigènes viraux. (A) Les sérums de chats avec inoculation intranasale de SRAS-CoV-2 ($n = 3$, « EI ») ou exposés à des chats inoculés ($n = 2$, « C ») ont été évalués pour la séroréactivité à la RBD, à la protéine de pointe ou à la NP pendant 30 à 42 jours après l'exposition. La réactivité des IgG à la protéine de pointe et à la RBD était évidente au jour 7, et tous les animaux étaient clairement séroconvertis au jour 14. (B) L'IgM contre la RBD a été détectée de manière transitoire à de faibles niveaux par rapport à l'IgG les jours 7 et 14 après l'exposition chez les chats (animaux inoculés expérimentalement, $n = 3$). Les barres représentent 1 écart-type de la moyenne. Les chiens infectés au SRAS-CoV-2 ont séroconverti, contrairement à ce qui se passe avec la protéine de pointe et avec l'antigène RBD, et ils présentent une réactivité plus faible que celle des chats (C). Les sérums ont été testés durant les jours indiqués. La réactivité des IgG était évidente au jour 14, mais elle a atteint un plateau ou diminué au jour 42. Les lignes pointillées indiquent les valeurs limites pour le diagnostic séropositif. Les couleurs correspondent aux ELISA RBD (rouge), de protéine de pointe (bleu) ou nucléocapside (vert).

Réinfection.

Des échantillons ont été prélevés sur les chats réinfectés de la cohorte 1 pendant 7 jours après l'exposition par isolement viral pour déterminer l'excrétion orale et nasale, et on n'a détecté aucune excrétion au moyen du test de plaque chez aucun chat à aucun moment après la réinfection.

Analyse

La pandémie du COVID-19, qui s'est propagée dans presque tous les pays du globe, est la plus grande épidémie à avoir été causée par un pathogène zoonotique jusqu'ici au XXI^e siècle. Le virus SRAS-CoV-2 est l'un des trois coronavirus zoonotiques capables de provoquer une maladie grave chez l'homme qui sont apparus au cours des vingt dernières années, après le SRAS-CoV-1 et le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) (18). La tendance générale à l'émergence de maladies est caractérisée par la transmission virale de l'animal à l'humain, et l'aménagement des terres ainsi que l'empiétement sur les habitats fauniques sont deux facteurs parmi d'autres qui contribuent à ce phénomène (19). Les marchés d'animaux vivants, qui continuent d'exister, offrent des conditions optimales pour l'émergence de zoonoses (20). À l'instar du SRAS-CoV-1 et du MERS-CoV, l'origine du SRAS-CoV-2 est probablement la chauve-souris, d'après l'analyse phylogénétique (2), mais contrairement à ses prédécesseurs, le SRAS-CoV-2 a rapidement évolué pour atteindre une transmission interhumaine extrêmement efficace (21). Alors que les animaux, y compris les animaux domestiques et de compagnie, sont fréquemment en cause dans la source d'agents pathogènes émergents, la zoonose inverse du SRAS-CoV-2 est plus probable, car les cas humains sont beaucoup plus fréquents que ceux touchant les animaux domestiques, et il n'y a aucune preuve à ce jour que des chats ou les chiens puissent transmettre le SRAS-CoV-2 aux humains. Avec le SRAS-CoV-1, on a observé des résultats similaires : les chats domestiques exposés au virus par des humains infectés sont devenus infectés, et les chats infectés expérimentalement ont excrété le virus pendant plusieurs jours (22, 23). À New York, à Hong Kong, en Belgique, en Allemagne, en Espagne, en France et en Russie, on signale plusieurs cas d'animaux de compagnie infectés par le SRAS-CoV-2 après une exposition à des humains infectés (5, 24, 25, 26, 27, 28, 29). Parmi les autres cas d'animaux exposés à des humains infectés, mentionnons celui du vison d'élevage, qui présente des signes respiratoires, des signes gastro-intestinaux et même une mort subite à la suite d'une infection (30). Dans plusieurs de ces cas, notamment ceux de félinés non domestiques au zoo du Bronx et de chats de compagnie à New York et en Europe, les animaux présentaient des signes de maladie respiratoire ou de conjonctivite. Aucun des chats ou chiens compris dans cette étude n'a présenté de signes cliniques de maladie, mais cette variabilité est peut-être attribuable à leur état de santé, à leur âge et à l'absence de comorbidités. Deux autres études portant sur l'infection expérimentale chez le chat ont signalé une variation du signe respiratoire, justifiant la tenue d'autres études relatives à l'expression clinique de la maladie chez le chat (7, 10). Des changements pathologiques chez le chat donnent à penser qu'une maladie sous-clinique légère peut survenir chez des animaux par ailleurs en bonne santé. Il en est de même avec les infections humaines, puisque la majorité des cas sont relativement bénins, alors que des maladies plus graves tendent à survenir chez des patients plus âgés qui ont d'importantes comorbidités (31). Dans une récente enquête sérologique sur des chats à Wuhan (Chine), près de 14,7 % des animaux échantillonnés étaient séropositifs pour le SRAS-CoV-2 par ELISA RBD, ce qui permet de conclure que la population féline des zones à forte transmission humaine est également susceptible d'exposition au virus (11). Étant donné que le nombre d'infections humaines se chiffre par millions, et que seule une poignée d'animaux ont été testés positifs à la PCR, il semble peu probable que les animaux domestiques soient une source importante d'infection ou courent un grand risque de contracter une maladie grave. Il faut noter que chez les chats infectés, l'excrétion ne dure pas plus de 5 jours après l'exposition, ce qui permet de croire que les chats exposés à des humains infectés contracteront l'infection et s'en remettront rapidement. En revanche, les humains ont généralement une période d'incubation de ~5 jours et peuvent excréter le virus pendant plus de 3 semaines (32, 33). Si, donc, les humains symptomatiques respectent les procédures de quarantaine et restent à la maison avec leurs animaux de compagnie, le risque qu'un chat potentiellement exposé infecte un autre humain est minime. On ne doit pas laisser les chats de compagnie infectés se promener librement à l'extérieur, afin d'éviter le risque de propagation de l'infection à d'autres chats ou à des animaux sauvages. D'autres recherches devront être menées sur la susceptibilité des espèces sauvages et le potentiel d'infection dans les populations de chats d'extérieur, afin de cerner les facteurs de risque et

d'établir des stratégies d'atténuation pour empêcher la création de bassins d'infection chez les chats ou autres animaux sauvages.

Le développement de modèles animaux pour étudier le SRAS-CoV-2 constitue une étape importante dans l'établissement de méthodologies de recherche. Les macaques rhésus, les hamsters et les furets sont tous des modèles appropriés pour répliquer une maladie asymptomatique ou présentant de légers signes cliniques. Ils ne sont pas souvent utilisés dans les modèles traditionnels, mais le présent travail montre que les chats peuvent servir de modèle de rechange (34-36). En effet, chez les chats utilisés pour cette étude, des changements pathologiques sous-cliniques sont apparus dans les voies respiratoires supérieures au début de l'infection, avec une pathologie ultérieure des voies respiratoires inférieures après la clairance virale, ce qui montre que l'infection virale des chats, bien que sous-clinique, n'est pas complètement bénigne, conférant une utilité à ce modèle animal pour les maladies humaines bénignes. De plus, l'excrétion virale à titre relativement élevé produite par les chats et la rapidité de la transmission peuvent faire de ces animaux un modèle idéal pour la simulation des aérosols. En conséquence, les modèles de chats peuvent être très utiles pour comprendre la cinétique de l'excrétion et de la propagation du SRAS-CoV-2. Autre avantage important, les chats développent d'importants titres d'anticorps neutralisants et sont résistants à la réinfection (même si l'on ne connaît pas encore la durée de l'immunité). Il s'agit d'une mesure potentiellement utile pour des essais subséquents portant sur les vaccins humains et animaux candidats.

Disponibilité des données.

Toutes les données de l'étude sont incluses dans l'article et à l'*Annexe SI*.

Remerciements

Nous remercions Todd Bass et le laboratoire d'histologie de la Colorado State University pour la préparation des cassettes de tissus et des lames pour l'analyse histopathologique, et le Dr Brian Geiss pour la protéine de nucléocapside du SRAS-CoV-2. Ce travail a été financé par l'Animal Models Core, Colorado State University. Le coronavirus 2 lié au SRAS, isolat USA-WA1/2020 (NR-52281), a été déposé par les Centers for Disease Control and Prevention et obtenu auprès de BEI Resources, National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), NIH. Les réactifs suivants ont été produits sous HHSN272201400008C et obtenus auprès de BEI Resources, NIAID, NIH : RBD de glycoprotéine de pointe du coronavirus 2 lié au SRAS, Wuhan-Hu-1, recombinant de cellules HEK293, NR-52306 et glycoprotéine de pointe (stabilisée) du coronavirus 2 apparenté au SRAS, Wuhan-Hu-1, recombinant du baculovirus, NR-52396

<https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/cats-could-help-researchers-unlock-a-covid-19-vaccine-research-suggests-1.5125849>

<https://www.pnas.org/content/early/2020/09/28/2013102117>

Australie

Le séquençage du génome entier confirme la transmission du SRAS-CoV-2 dans un avion

Source : CDC

ID du RMISP : 1007945267

Selon une étude publiée dans la revue *Emerging Infectious Diseases Journal* le 30 septembre 2020, des chercheurs ont effectué des analyses épidémiologiques avec séquençage du génome entier pour étudier la possibilité de transmission du coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) pendant un vol intérieur en Australie. Onze passagers atteints d'une infection au SRAS-CoV-2 confirmée par PCR chez lesquels des symptômes sont apparus dans les 48 heures suivant le vol étaient considérés

comme infectieux pendant le trajet. Neuf passagers venaient de débarquer d'un bateau de croisière où s'était déclenchée une flambée de SRAS-CoV-2 identifiée rétrospectivement. La souche virale des passagers de la croisière et du vol était reliée (A2-RP); elle n'avait pas été détectée auparavant en Australie. Pour les onze passagers qui n'avaient pas été sur le bateau de croisière, la maladie au SRAS-CoV-2 confirmée par PCR est apparue dans les 48 heures à 14 jours après le trajet en avion. Huit cas étaient considérés comme associés au vol, avec la souche distincte A2-RP de SRAS-CoV-2, et les trois autres cas (un avec A2-RP) étaient peut-être associés au vol. Les onze passagers se trouvaient dans la même cabine que les personnes symptomatiques qui avaient des cas primaires d'A2-RP à culture positive. Cette enquête fournit des preuves de la transmission du SRAS-CoV-2 lors de trajets en avion.

https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/12/20-3910_article?ACSTrackingID=USCDC_333-DM39408&ACSTrackingLabel=Latest%20Expedited%20Articles%20-%20Emerging%20Infectious%20Diseases%20Journal%20-%20September%2029%2C%202020&deliveryName=USCDC_333-DM39408

Oxford étudie l'anti-inflammatoire Humira comme traitement potentiel contre la COVID-19

Source : National Post

ID du RMISP : 1007944413

LONDRES – L'Université d'Oxford a déclaré mercredi qu'elle étudierait si le médicament d'ordonnance le plus vendu au monde, l'adalimumab, constituait un traitement efficace pour les patients atteints de COVID-19, ce qui représente la plus récente tentative de réutiliser les médicaments existants pour servir de traitements possibles contre les coronavirus.

L'adalimumab, qui est commercialisé sous le nom Humira par AbbVie, est un type d'anti-inflammatoire que l'on appelle un « médicament anti-facteur de nécrose tumorale » (anti-TNF). De récentes études ont montré que les patients atteints de COVID-19 qui prenaient déjà des médicaments anti-TNF pour des maladies inflammatoires de l'intestin et l'arthrite inflammatoire étaient moins susceptibles d'être hospitalisés, selon un communiqué publié par l'Université d'Oxford.

Désigné AVID-CC, l'essai d'Oxford tentera de traiter des personnes dans la collectivité, en particulier dans des maisons de retraite. Les chercheurs recruteront jusqu'à 750 patients issus de milieux de soins communautaires à l'échelle de la Grande-Bretagne.

Humira est utilisé pour traiter différentes affections, parmi lesquelles la polyarthrite rhumatoïde, la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse et le psoriasis.

Si l'essai est concluant, l'existence de versions biosimilaires de ce médicament le rendrait abordable et accessible, d'après l'Université d'Oxford. Novartis produit l'une de ces versions sous la dénomination Hyrimoz.

Les chercheurs ont trouvé que certains traitements convenaient aux patients hospitalisés à cause de la COVID-19, y compris le remdesivir, de Gilead, et le dexaméthasone, un stéroïde générique.

<https://nationalpost.com/pmnh/health-pmn/oxford-to-study-anti-inflammatory-drug-humira-as-potential-covid-19-treatment-2>

Canada

Une découverte révolutionnaire : une entreprise canadienne déclare être en mesure de détecter le coronavirus dans l'air

Source : Global News

ID du RMISP : 1007945277

Une entreprise du sud-ouest de l'Ontario affirme avoir mis au point une technologie révolutionnaire capable de détecter les particules du virus de la COVID-19 dans l'air.

Kontrol Energy Corp. se spécialise dans la qualité de l'air intérieur, et les équipements de contrôle qu'elle produit servent généralement à détecter des gaz dangereux dans des installations industrielles. À l'arrivée de la COVID-19, le PDG de l'entreprise, Paul Ghezzi, s'est demandé si cette technologie pouvait être réutilisée pour lutter contre la pandémie.

« Au mois de mars, nous nous sommes posé la question : pourrions-nous mesurer le virus de la COVID comme nous le faisons dans les installations industrielles pour détecter des particules minuscules telles que les composés organiques volatils? Nous n'en savons rien », a déclaré Ghezzi à Global News devant

le siège social de la société à Vaughan (Ontario).

L'entreprise a mis au point un appareil appelé BioCloud en collaboration avec deux laboratoires de microbiologie à London (Ontario), dont un laboratoire de recherche associé à l'Université Western, où les échantillons du virus de la COVID-19 sont entreposés.

Suite de l'article sous l'annonce

Installé au mur, l'appareil ressemble à un sèche-mains commercial, sauf qu'au lieu de pousser l'air vers l'extérieur, le ventilateur de BioCloud aspire l'air dans un compartiment où il est analysé pour détecter d'éventuelles particules du virus de la COVID-19.

« Nous croyons que notre technologie permettra d'alerter les gens à la présence de virus de la COVID. Ensuite, on pourra tester chaque personne (se trouvant dans la pièce) », a expliqué Ghezzi.

Placé dans un espace intérieur pouvant atteindre 1 000 pieds carrés, comme une salle de classe ou un bureau, l'appareil serait en mesure de traiter la totalité de l'air dans la pièce plusieurs fois par heure.

L'entreprise a reçu une subvention de 50 000 \$ du Conseil national de recherches du Canada pour financer cette recherche. David Heinrichs, professeur de microbiologie et d'immunologie à l'Université Western, a supervisé les essais avec l'appareil.

« J'estime que cette technologie est sûrement capable de détecter rapidement et efficacement un éventail d'agents pathogènes aéroportés, y compris le virus de la COVID-19, a déclaré Heinrichs dans un communiqué de presse publié par Kontrol Energy Corp.

Nos résultats sont concluants, sans aucun doute. »

Maquette d'un appareil BioCloud dans une salle de classe.

Kontrol Energy Corp.

L'entreprise veut commencer à vendre les appareils BioCloud en novembre. Ils coûteront environ 12 000 \$ chacun, et l'intention est d'en produire 20 000 par mois.

« Nous recevons des appels du monde entier, s'exclame Ghezzi.

Salles de classe, bureaux, maisons de soins de longue durée, hôpitaux et transports en commun : partout où des gens se rassemblent, ils veulent se sentir en sécurité.

Nous sommes très ravis de contribuer à solution. »

Les médecins de l'Ontario s'expriment sur la façon de surmonter la deuxième vague de coronavirus

Les résultats des tests et les précisions sur le fonctionnement exact de l'appareil BioCloud n'ont pas été rendus publics, afin de protéger la technologie brevetée de l'entreprise. Cela amène certains experts à manifester du scepticisme face à ses affirmations.

« J'étais très heureuse de voir ces nouvelles technologies arriver, mais en tant que scientifique, je commence à me poser des questions », a déclaré Dasantila Golemi-Kotra, professeure agrégée de biologie moléculaire, cellulaire et chimique à l'Université York de Toronto.

D'après elle, le virus de la COVID-19 serait difficile à détecter dans l'air, notamment parce que la particule est fragile et qu'elle peut ressembler à d'autres virus.

« Quel est le niveau de sensibilité du capteur? se demande-t-elle. Dans quelle mesure l'appareil est-il sélectif pour ce virus en particulier, le nouveau coronavirus? Quel est son niveau de précision? Il va falloir examiner cette technologie de façon rigoureuse. »

De plus, les experts ne s'entendent pas pour déterminer si le virus de la COVID-19 est aéroporté, même si certaines études montrent qu'il pourrait rester présent pendant des heures dans une pièce mal ventilée.

« Si (les étudiants) restent pendant trois à six heures d'affilée dans une pièce avec une mauvaise ventilation, le virus ne cessera pas de s'accumuler », explique Julian Tang, professeur agrégé honoraire de sciences respiratoires à l'Université de Leicester.

Suite de l'article sous l'annonce

« Il est possible que cet appareil (BioCloud) soit capable de détecter le virus dans un tel environnement. »

Pour en savoir plus : Les scientifiques détectent le coronavirus dans l'air, mais les experts affirment que cela ne changera rien à la façon de le combattre

Des technologies similaires sont en cours d'élaboration dans d'autres pays. En Israël, des scientifiques de l'Université Ben-Gourion du Néguev utilisent la technologie du graphène pour mettre au point des systèmes de filtration qui, selon eux, protègent contre les particules de COVID-19.

Pour leur part, des chercheurs de la Colorado State University travaillent sur un détecteur de virus similaire au BioCloud. Leur appareil capte les particules aéroportées et les enveloppe dans une petite quantité de liquide protecteur, puis détermine s'il s'agit du virus de la COVID-19.

« Le système Aerosol Devices sur lequel nous travaillons actuellement est capable de recueillir les particules virales délicatement. Il nous permet de prélever des échantillons et de déterminer en temps réel s'il y a ou non présence de virus », a déclaré Brian Geiss, professeur agrégé au département de microbiologie, d'immunologie et de pathologie.

Geiss et son équipe espèrent proposer un prototype commercialisable dans six à huit mois. Ils cherchent également à entraîner les systèmes pour qu'ils puissent détecter d'autres virus aéroportés et respiratoires, y compris celui de l'influenza.

« Cette technologie présente un énorme potentiel », dit-il.

<https://globalnews.ca/news/7367826/coronavirus-biocloud-detect-virus-in-air/>

États-Unis

Le vaccin expérimental contre la COVID-19 est bien toléré et génère une réponse immunitaire chez les personnes âgées

Source : National Institutes of Health (NIH)

ID RMISP : 1007941407

Sujet

Un essai de phase 1 d'un vaccin expérimental à ARNm pour prévenir l'infection par le SRAS-CoV-2 a montré que le vaccin est bien toléré et génère une forte réponse immunitaire chez les personnes âgées. Un rapport paru aujourd'hui dans le New England Journal of Medicine présente les conclusions de l'étude parrainée par le National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), qui appartient au National Institute of Health (NIH). Le SARS-CoV-2 est le virus qui cause la maladie COVID-19.

Le vaccin expérimental mRNA-1273 a été mis au point conjointement par des chercheurs du NIAID et de la société Moderna, Inc., basée à Cambridge au Massachusetts. L'essai de phase 1 [a débuté le 16 mars 2020](#) et a été prolongé d'environ un mois pour recruter des [adultes plus âgés](#). Les adultes âgés sont plus vulnérables aux complications de la COVID-19 et représentent un groupe démographique important pour la vaccination. Pour mesurer l'innocuité et l'efficacité du vaccin, il est impératif de comprendre ses effets sur les adultes âgés.

L'essai s'est déroulé chez le Kaiser Permanente Washington Health Research Institute (KPWHRI) à Seattle, à l'université Emory University d'Atlanta et à la clinique du Vaccine Research Center (VCR) du NIAID installée dans le centre clinique du NIH à Bethesda, au Maryland. C'est Julie Ledgerwood, directrice générale, directrice adjointe et médecin-chef du VRC qui a supervisé l'étude au site du NIH. La Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI) a soutenu la fabrication du candidat vaccin dans cette étude. Cet essai est parrainé par l'organisme [Infectious Diseases Clinical Research Consortium \(IDCRC\)](#) par l'intermédiaire du NIAID.

Pour son extension aux personnes âgées, l'essai a recruté 40 volontaires en bonne santé : 20 adultes âgés de 56 à 70 ans et 20 adultes âgés de 71 ans et plus. Dix volontaires de chaque groupe d'âge ont reçu une dose plus faible du vaccin (25 µg), et dix volontaires de chaque groupe d'âge ont reçu une dose plus élevée (100 µg). Au bout d'un mois, les volontaires ont ensuite reçu une deuxième dose identique du même vaccin. Tout au long de l'étude, des volontaires se sont rendus en clinique pour qu'on puisse suivre leurs réactions au vaccin et en évaluer la sécurité.

Dans l'ensemble, les chercheurs ont constaté que le vaccin expérimental était bien toléré dans cette tranche d'âge. Bien que certains volontaires aient subi des effets indésirables transitoires, notamment de la fièvre et de la fatigue après la vaccination, les chercheurs ont constaté qu'ils présentaient également une bonne réponse immunitaire au vaccin : le sang des volontaires vaccinés contenait de robustes anticorps de liaison et de neutralisation contre le SRAS-CoV-2. Il est important de noter que la réponse immunitaire au vaccin observée chez les volontaires plus âgés était comparable à celle observée dans les groupes d'âge plus jeunes.

L'étude continuera à suivre les volontaires âgés pendant environ un an après la deuxième vaccination afin de surveiller les effets à long terme du vaccin. Selon les chercheurs, les résultats de ces essais de phase 1 confirment la nécessité de tester le vaccin expérimental chez les personnes âgées [dans un essai de phase 3 continu à grande échelle](#).

Pour plus de détails sur cet essai, reportez-vous au [communiqué de 16 mars](#) du NIAID, au [communiqué du 27 mars](#) du NIAD, ou consultez le site [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov) et recherchez l'identifiant [NCT04283461](#).

ARTICLE

Anderson *et autres* Sécurité et immunogénicité du vaccin SARS-CoV-2 mRNA-1273 chez les adultes âgés *New England Journal of Medicine* Numéro de document : 10.1056/NEJMoa2028436 (2020).

<https://www.nih.gov/news-events/news-releases/investigational-covid-19-vaccine-well-tolerated-generates-immune-response-older-adults>

Fédération de Russie

La Russie termine les essais cliniques d'un second vaccin potentiel contre la COVID-19.

Source : Agence de presse RIA

ID RMISP : 1007944746

MOSCOU — La Russie a terminé les essais cliniques d'un second vaccin potentiel contre la COVID-19, développé par son Institut des vecteurs viraux en Sibérie. C'est ce qu'a déclaré mercredi l'agence de presse RIA, citant l'agence Rospotrebnadzor, protectrice de la sécurité des consommateurs russes. Plus tôt ce mois-ci, l'Institut a achevé les premiers essais sur des humains, c'est-à-dire la Phase II.

<https://nationalpost.com/pmnh/health-pmn/russia-completes-clinical-trials-of-second-potential-covid-19-vaccine-ria>

Événements d'intérêt national

Canada

Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes – Dernières données nationales sur la crise des surdoses

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

Déclaration

La crise des surdoses d'opiacés continue d'avoir un impact dévastateur sur la vie de nombreux Canadiens, de leurs familles et de leurs communautés. De nouvelles données nationales publiées aujourd'hui montrent qu'entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 mars 2020, 16 364 personnes sont mortes d'une overdose apparente liée aux opioïdes au Canada, avec 1 018 décès et 1 067 hospitalisations pour empoisonnement lié aux opioïdes au cours des trois premiers mois de 2020.

Le 30 septembre 2020 | Ottawa, ON | Agence de la santé publique du Canada

Ottawa, ON - Aujourd'hui, les codirectrices du Comité consultatif spécial fédéral-provincial-territorial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes, la D^{re} Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada et la D^{re} Jennifer Russell, médecin-hygiéniste en chef adjointe du Nouveau-Brunswick ont fait aujourd'hui la déclaration qui suit au sujet de la publication de [données actualisées sur les méfaits associés aux opioïdes au Canada](#), pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 31 mars 2020.

La crise des surdoses d'opiacés continue d'avoir un impact dévastateur sur la vie de nombreux Canadiens, de leurs familles et de leurs communautés. De nouvelles données nationales publiées aujourd'hui montrent qu'entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 mars 2020, 16 364 personnes sont décédées d'une surdose apparente liée aux opioïdes au Canada, avec 1 018 décès et 1 067 hospitalisations pour empoisonnement lié aux opioïdes, au cours des trois premiers mois de 2020.

Malheureusement, depuis mars 2020, plusieurs provinces et territoires ont signalé un pic dans le nombre de dommages liés aux opioïdes, dont des décès, depuis qu'ils ont commencé à surveiller la crise. Cette situation peut résulter d'une offre croissante de drogues de rue imprévisibles et toxiques ; on évoque aussi l'accès limité aux services disponibles pour les personnes qui consomment des drogues, et les sentiments d'isolement et d'anxiété causés par la COVID-19 et les mesures de santé publique mises en œuvre pour réduire l'impact de la pandémie au Canada. En conséquence, on compte de plus en plus de personnes qui consomment seules, ce qui les expose à un risque accru de surdose et de décès.

Nous devons continuer d'expliquer au plus grand nombre que les troubles liés à la consommation de substances psychotropes ne sont pas un choix, mais une affection médicale traitable qui nécessite un large éventail de soins et d'options de traitement. Il est plus important que jamais de réduire la stigmatisation associée à la consommation de ces substances et de fournir aux gens les services et les aides qui répondent le mieux à leurs besoins, en réduisant les torts qu'ils peuvent subir. Tous les secteurs doivent être mis à contribution pour s'attaquer aux facteurs sous-jacents de cette crise : la maladie mentale, les facteurs socio-économiques (par exemple, le logement, l'emploi), l'inclusion sociale et l'accès aux services de santé. Tous ces facteurs exposent les Canadiens à un risque accru.

Les initiatives pour un approvisionnement sûr en médicaments sont un des outils disponibles pour aider à prévenir les surdoses ; c'est un rouage essentiel d'une démarche globale pour juguler la crise des opiacées. Ces programmes qui sauvent des vies fournissent aux personnes souffrant de troubles de consommation des médicaments sur ordonnance qui remplacent les drogues illégales toxiques. Il s'agit d'une bouée de sauvetage qui met les patients en contact avec des services sociaux et de santé indispensables, y compris des traitements et des ressources en santé mentale qui peuvent être plus difficiles d'accès pendant la pandémie de COVID-19.

La COVID-19 fait partie de notre réalité quotidienne depuis plus de six mois maintenant et la crise est loin d'être terminée. Nous constatons ses conséquences tragiques sur les personnes qui consomment des substances psychoactives, sur leurs familles et leurs communautés. Nous devons nous unir pour accroître les aides sanitaires et sociales, y compris les mesures de réduction des risques, le traitement et la prévention, et la prestation empathique de soins.

Nous assurons les Canadiens que la crise des surdoses reste une priorité pour les médecins-chefs et tous les agents de la santé publique qui œuvrent au sein des divers gouvernements.

D^{re} Theresa Tam
Administratrice en chef de la santé publique du Canada
Codirectrice, Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes

D^{re} Jennifer Russell
Médecin-hygiéniste en chef adjointe du Nouveau-Brunswick
Codirectrice, Comité consultatif spécial sur l'épidémie de surdoses d'opioïdes

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/09/declaration-commune-des-copresidentes-du-comite-consultatif-special-sur-lepidemie-de-surdoses-dopioïdes---dernieres-donnees-nationales-sur-les-mefa.html>

Canada

Un groupe communautaire sonne l'alarme face à la hausse des surdoses à Sudbury.

Source : CBC News

Identifiant RMISP : 1007944830

Une association communautaire affirme que la ville de Sudbury et sa région n'en font pas assez pour lutter contre la crise des opioïdes.

Bob Johnston, qui dirige le groupe « Tomorrow's Hope », pense que des surdoses et des décès n'ont pas été signalés par la ville et ont échappé à la stratégie communautaire de lutte contre la drogue.

M. Johnston soutient qu'au printemps dernier, il a prévenu la ville que la situation empirait. Selon lui, le bilan a augmenté depuis le printemps.

« Tant que nous n'unirons pas nos efforts pour trouver de bonnes idées et les mettre en œuvre — et cela doit se passer sur le terrain, tous ensemble dans la rue, pas dans les bureaux — la situation ne s'améliorera pas », a-t-il déclaré.

M. Johnston affirme que tout récemment, cinq personnes sont mortes d'une surdose de drogue en six jours.

La police de Sudbury confirme qu'il y a eu 67 décès probablement liés aux opiacés cette année, dont 12 ce mois-ci.

Depuis le mois de mars, le groupe Tomorrow's Hope intervient pour aider les personnes dans la rue.

M. Johnston dit que la ville ne s'est pas vraiment mobilisée.

« Sa réponse n'a pas été très convaincante jusqu'ici », affirme-t-il.

« Les chiffres ne cessent de croître et [les victimes] sont de plus en plus jeunes. J'ai rencontré 2 des 12 conseillers municipaux. Le maire ne m'a pas contacté... Il semble que personne ne veuille vraiment se mettre au travail. »

M. Johnston croit que la Prestation canadienne d'urgence n'arrange pas les choses.

« 2 000 \$ par mois... sans contrôle adéquat, n'importe qui pouvait s'en prévaloir. »

Il explique aussi que la pandémie a gravement perturbé les familles.

« Les parents au travail, les enfants pratiquement laissés seuls », poursuit M. Johnston.

« On a vu plus de cas de violence familiale... [Les enfants] étaient privés de sports, sans aucun loisir ».

Les réponses doivent venir de la communauté, souligne-t-il.

« Tous les organismes doivent unir leurs efforts. C'est un travail d'équipe. Il ne s'agit pas de savoir lequel est le meilleur. La vie prime sur tout. Attelons-nous à la tâche. Faisons tout ce que nous pouvons pour ces personnes. Elles souffrent de dépendances et de tout ce qui s'ensuit. Nous devons les éduquer », explique-t-il.

« Les sans-abri et les toxicomanes ne se promènent pas tous avec un téléphone, un ordinateur, etc.

Alors, comment les joindre ? C'est simple : nous devons aller sur leur terrain. Il faut établir des contacts personnels et les traiter comme notre seconde famille, et se serrer les coudes. »

Nouveaux numéros provinciaux

Un nouveau rapport sur les opioïdes publié par la Police provinciale de l'Ontario (PPO) indique que les décès par surdose ont augmenté de 34 % dans la province entre 2018 et 2019.

Selon ce rapport, 1 163 Ontariens sont décédés de causes liées aux opiacés entre les mois de janvier et de septembre 2019.

Selon le Commissaire de la Police provinciale de l'Ontario, Thomas Carrique, c'est un décès par surdose d'opioïdes toutes les 4,7 heures dans la province.

Le rapport révèle aussi que la PPO a répondu à 897 incidents de surdose en 2017, 1 381 en 2018, et 1 625 en 2019. Il s'agit d'une augmentation de 81 pour cent en trois ans.

Depuis qu'ils ont reçu une trousse de naloxone en septembre 2017, les agents de la PPO ont sauvé 108 vies, indique le rapport.

Afin d'inculper des trafiquants de drogue, la PPO a déposé 102 accusations dans 12 enquêtes sur des décès par surdose en 2019, une augmentation de 500 pour cent par rapport à 2018.

<https://www.cbc.ca/news/canada/sudbury/opioid-overdose-sudbury-surge-1.5743256>

Événements internationaux d'intérêt

États-Unis

La ville de New York rapporte un premier décès causé par le virus du Nil occidental depuis 2018

Identifiant : 1007941379

Source : outberaknewstoday.co

Le 29 septembre 2020

Six New-Yorkais ont reçu un diagnostic d'infection au virus du Nil occidental : deux de Queens, deux de Manhattan, un de Staten Island et un de Brooklyn; ce sont les premiers cas du genre en 2020.

Tous les six ont été admis à l'hôpital; cinq ont reçu leur congé et un d'entre eux est décédé. La personne décédée était âgée de plus de 65 ans, l'âge étant un facteur de risque bien connu de complications graves dues à cette infection. Il s'agit du premier décès causé par le virus du Nil occidental à New York depuis 2018.

Le premier cas recensé dans la ville de New York a été relevé il y a 20 ans. Depuis 1999, le nombre de cas chez l'humain est passé de 3 à 47 par année. Dix New-Yorkais ont reçu un diagnostic positif au cours de la saison 2019. Quarante-sept des 434 New-Yorkais infectés par le virus du Nil occidental depuis 1999 (11 %) sont décédés des suites de la maladie.

Chez les personnes de plus de 50 ans ou dont le système immunitaire est affaibli, le virus du Nil occidental peut provoquer des maladies graves, notamment la méningite et l'encéphalite, et peut entraîner des complications permanentes ou à long terme telles que faiblesse musculaire, fatigue, confusion et dépression. D'autres patients peuvent éprouver des symptômes plus légers comme des maux de tête, de la fièvre, de la fatigue et des éruptions cutanées.

<http://outbreaknewstoday.com/nyc-reports-1st-west-nile-virus-death-since-2018/>

Inde

Une maladie mystérieuse emporte 13 vies dans un village du Malkangiri

Source : Orissa Post

ID RMISP : 1007945214

Padia : Après 13 décès mystérieux survenus en un mois au village de Sodiguda du bloc Mathili, district de Malkangiri, deux personnes seraient mortes de la même maladie à Puruna Niliguda dans le bloc Podia, a-t-on rapporté lundi.

Ces derniers jours, cinq résidents du village ont perdu la vie. Cette succession de décès a semé la panique dans le territoire tribal. Les responsables de la santé restent à l'affût pour en découvrir la cause. Les victimes identifiées sont Irma Padiami, Adme Madhi, Muke Madhi, Nnadakishore Madhi et Singa Madhi.

Les villageois racontent que la maladie commence par un gonflement et des douleurs au corps et finit par tuer ses victimes.

Une équipe d'intervenants en santé s'est rendue dans le village et a commencé à analyser la cause de la maladie.

Manas Madkami, directeur du conseil spécial de développement, a exigé que le ministère de la santé prenne les mesures nécessaires pour étudier la maladie.

Soulignons ici que le village de Sodiguda du bloc Mathili rapporte 13 décès malheureux en un mois et demi. Parmi les victimes de cette maladie mystérieuse, on recense Baman Madhi, Adma Sodhi, Midia Sodhi, Jasa Madhi, Laxmi Kabasi, Irma Kabasi et Mangala Madkami.

Deux enfants, Sanmati Madhi et Padma Madhi, sont aussi décédés des suites de la maladie.

<https://www.orissapost.com/mysterious-disease-has-taken-13-lives-in-a-malkangiri-village/>

Royaume-Uni

Évaluation des risques par le groupe Human Animal Infections and Risk Surveillance (HAIRS) : virus Usutu

Source : GOV.UK

La répartition géographique du virus Usutu s'est accrue depuis sa première apparition en Europe au début des années 2000.

En août 2020, le virus à ARN Usutu a été détecté dans des échantillons prélevés sur des oiseaux sauvages en Angleterre. Il s'agit d'une première apparition du virus Usutu dans des oiseaux sauvages au R.-U.

Cette évaluation des risques a été réalisée pour déterminer le niveau de risque que présente le virus Usutu pour les Britanniques.

<https://www.gov.uk/government/publications/hairs-risk-assessment-usutu-virus>

RD Congo

RD Congo : Note d'information humanitaire – Épidémie de maladie à virus Ebola en Équateur, 29 septembre 2020, rapport n° 93

ID : 1007947595

Source : reliefweb.int

30 septembre 2020

CHIFFRES ET FAITS MARQUANTS

- Une nouvelle zone de santé touchée par Ebola
STATISTIQUES DEPUIS LE DÉBUT DE L'ÉPIDÉMIE
125 cas signalés, dont 119 confirmés et 6 probables
41 aires de santé affectées, réparties sur 13 zones de santé
67 guéris
50 décès, dont 44 confirmés et 6 probables
33 286 personnes vaccinées depuis le début de la maladie.

APERÇU DE LA SITUATION

Un nouveau cas de la maladie à virus Ebola (MVE) a été confirmé le 28 septembre dans la zone de santé de Makanza. Cette dernière notifie ainsi son premier cas d'Ebola, dans l'aire de santé de Lusengo. Cela porte à 13 le nombre de zones de santé touchées par la maladie, sur les 18 que compte la province.

Des équipes multidisciplinaires de la riposte seront déployées dans la zone ce mercredi 30 septembre afin d'appuyer les efforts des équipes locales. La zone de santé de Makanza est frontalière à celle de Bomongo qui avait déjà notifié deux cas d'Ebola.

Ce nouveau cas confirmé de la MVE révèle plusieurs défis de la riposte actuelle. Le prélèvement des échantillons de ce cas a été effectué le 19 septembre 2020, mais les résultats des tests sont sortis neuf jours plus tard. L'enclavement et la communication difficile avec le village de Lusengo ont retardé l'acheminement des échantillons.

Le Gouverneur de la province de l'Équateur a présidé une réunion du Comité provincial de coordination Covid-19/MVE (CPC) pour discuter des défis liés à la riposte. À l'issue de cette rencontre, à laquelle ont aussi pris part les partenaires, le CPC a pris la décision de mettre en place une commission composée des autorités de la province et des partenaires afin de proposer des recommandations pouvant renforcer le processus de paiement des prestataires dans la province.

<https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/rd-congo-note-d-information-humanitaire-epid-mie-de-la-maladie-88>

Recherches, politiques et lignes directrices

Canada

La Police provinciale de l'Ontario annonce une hausse de 34 % des décès par surdose en 2019

Source : BradfordToday.ca

ID du RMISP : 1007944818

COMMUNIQUÉ DE PRESSE
POLICE PROVINCIALE DE L'ONTARIO

ORILLIA – La Police provinciale de l'Ontario (OPP) a publié en 2019 un rapport intitulé « Opioids and Overdoses: Impacts and Strategies », mettant en évidence les statistiques, les tendances et les impacts relatifs aux opioïdes dans les communautés situées dans le territoire de l'OPP. Celui-ci contient des informations sur les saisies d'opioïdes, les surdoses et les stratégies pertinentes ainsi qu'un rapport d'étape sur les priorités antérieures.

L'OPP l'a préparé dans un effort de transparence et dans le but de fournir à la population de l'Ontario une description exacte des effets que les opioïdes continuent d'exercer dans la province. Le rapport passe en revue les statistiques du Canada, de l'Ontario et des secteurs relevant de l'OPP.

Principales constatations de 2019 :

L'OPP constate une augmentation de 34 % des décès par surdose en 2019 par rapport aux décès par surdose de 2018.

Depuis septembre 2017, les agents de l'OPP ont sauvé 177 vies en administrant de la naloxone (à la date de ce communiqué).

Voulant promouvoir la Loi sur les bons samaritains secourant les victimes de surdose, l'OPP a mené une vaste campagne de sensibilisation dans tout le pays.

L'OPP a obligé les trafiquants de drogue responsables des décès par surdose à rendre des comptes en déposant 102 chefs d'accusation dans le cadre de 12 enquêtes sur des décès par surdose en 2019, à savoir une augmentation de 500 % par rapport à 2018.

Au cours de la dernière année, l'objectif de l'OPP a été de réunir des éléments fondamentaux et des données fiables pour assurer une approche équilibrée et fondée sur des preuves. L'OPP a formé de nouveaux partenariats pour diffuser l'information de façon plus efficace, ce qui la met en bonne position pour continuer sa réponse proactive et stratifiée à la crise des opioïdes.

On pourra lire le rapport de 2019 intitulé « Opioids and Overdoses: Impact and Strategies » ici.

EN SAVOIR PLUS

Pour en savoir plus sur les dangers du fentanyl et sur les antidotes à court terme, nous encourageons les gens à visiter ce site, qui s'inscrit dans le cadre d'une campagne de sensibilisation soutenue par l'Ontario Association of Chiefs of Police.

CITATION

« De nos jours, il est impardonnable que ces drogues nocives soient distribuées dans nos communautés. Une personne meurt toutes les 4,7 heures à cause des opioïdes en Ontario. Nous continuerons de poursuivre ceux qui font sciemment du trafic d'opioïdes nocifs tels que le fentanyl, et nous leur ferons rendre compte de leurs agissements. Nous le ferons tout en soutenant nos partenaires des services sociaux et de santé dans un effort commun pour aider les victimes de cette crise. » – Thomas Carrique, commissaire de la Police provinciale de l'Ontario

<https://www.bradfordtoday.ca/police-beat/opp-identify-34-increase-in-overdose-related-deaths-for-2019-2751598>

États-Unis

Deux nouveaux médicaments expérimentaux ciblant les infections résistantes aux antibiotiques entrent en phase de développement avancé avec HHS

ID : 1007947596

Source : CIDRAP, phe.gov

BARDA financera deux nouveaux candidats antibactériens

La Biomedical Advanced Research and Development Authority (BARDA) a annoncé aujourd'hui un financement avancé pour deux nouveaux candidats pharmacothérapeutiques ciblant les infections bactériennes.

Il s'agit d'une part de VE303, un biothérapeutique vivant mis au point par Vedanta Biosciences qui vise le rétablissement de l'équilibre normal des bactéries bénéfiques dans le tube digestif pour éviter la récurrence

de *Clostridioides difficile*, une infection bactérienne associée à l'utilisation d'antibiotiques. Et d'autre part, le LBP-EC01 de Locus Biosciences utilise la technologie CRISPR-Cas3 et des bactériophages pour traiter les infections des voies urinaires causées par *Escherichia coli*, y compris celles qui résistent aux antibiotiques.

BARDA, qui fait partie du Bureau du Secrétaire adjoint à la préparation et à l'intervention du Département de la santé et des services sociaux (HHS), fournira à Vedanta un montant initial de 7,36 millions de dollars et un financement maximal de 76,9 millions de dollars sur 9,5 ans pour soutenir le développement de VE303, et un montant initial de 11 millions de dollars et un financement pouvant atteindre 77 millions de dollars à Locust pour LBP-EC01. Le financement soutiendra les essais des phases 2 et 3 sur ces médicaments.

Les Centers for Disease Control and Prevention ont déclaré que *C difficile* et *E coli* résistant aux antibiotiques étaient des menaces sanitaires graves et urgentes.

« Les fournisseurs de soins ont besoin de disposer d'outils prêts à l'emploi pour prévenir ou combattre les infections bactériennes secondaires, en particulier celles qui ont un impact sur le rétablissement d'un patient après l'utilisation d'antibiotiques lors d'une urgence de santé publique, a déclaré Gary Disbrow, PhD, directeur intérimaire de BARDA, dans un communiqué de presse. Les infections associées à l'utilisation prolongée d'antibiotiques constituent une préoccupation croissante, et elles coûtent souvent très cher à traiter, ce qui signifie que le développement de nouveaux médicaments et technologies de prévention et de traitement est d'autant plus urgent pour la sécurité sanitaire des États-Unis. »

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/stewardship-resistance-scan-sep-30-2020>

<https://www.phe.gov/Preparedness/news/Pages/carbX-grads-30sept2020.aspx>