

Section spéciale sur le coronavirus

Canada

Régions du Canada présentant des cas de COVID-19 en date du 1^{er} 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	129 425	5 686	9 132
Terre-Neuve-et-Labrador	269	1	3
Ile-du-Prince-Edouard	44	0	0
Nouvelle-Écosse	1 085	6	65
Nouveau-Brunswick	191	3	2
Québec	62 614	1 414	5 762
Ontario	42 421	1 240	2 812
Manitoba	1 232	459	14
Saskatchewan	1 622	31	24
Alberta	14 066	1 398	241
Colombie-Britannique	5 848	1 134	209
Yukon	15	0	0
Territoires du Nord-Ouest	5	0	0
Nunavut	0	0	0
Voyageurs rapatriés	13	0	0

Un [résumé épidémiologique](#) détaillé peut être consulté à l'adresse suivante :

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

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

Canada

Mise à jour de CBC Windsor sur la COVID-19 (30 août) : Le Bureau de santé émet d'autres avertissements d'exposition.

Source : CBC
ID unique : [1007749805](#)

Le Bureau de santé du comté de Windsor-Essex avertit le public qu'un employé du magasin Spirit Halloween du centre commercial Devonshire Mall a reçu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19.

L'employé était au travail le 25 août.

Le Bureau de santé a déclaré que toutes les précautions nécessaires avaient été prises par le magasin et que l'employé portait un couvre-visage.

« Bien que le risque d'exposition soit faible, le Bureau de santé du comté de Windsor-Essex informe le public, car il existe un risque d'exposition à la COVID-19 pour les clients qui ont visité ce magasin à la date indiquée », peut-on lire dans un communiqué du Bureau de santé.

Ce dernier recommande à tous les clients qui ont visité le magasin le 25 août de remplir une auto-évaluation en ligne et de guetter l'apparition de symptômes pendant 14 jours.

Cet avertissement est le deuxième de ce type en quelques jours.

Vendredi, le Bureau a émis un autre avertissement d'exposition quand deux personnes ont reçu un résultat positif après avoir fréquenté deux restaurants à Kingsville et un vignoble à Harrow.

Le Bureau de santé a déclaré que, le 21 août, deux personnes présentant des symptômes se trouvaient au restaurant Wineology, situé au 19, rue Main est, et au restaurant El Diablo, situé au 16, rue Main ouest, à Kingsville, ainsi qu'au vignoble Muscedere, situé sur la route de comté 18.

Le Bureau a déclaré qu'il affinerait son processus, puisque des entreprises avaient exprimé des inquiétudes sur la manière dont elles étaient notifiées.

Il ajoutait que 24 nouveaux cas positifs de COVID-19 avaient été détectés dans le comté de Windsor-Essex samedi et dimanche, ce qui portait le nombre total de cas à 2 517.

Dix-huit de ces cas sont attribuables à un contact étroit avec un cas confirmé, un autre est celui d'un résident d'une maison de retraite et plusieurs cas font encore l'objet d'une enquête, selon l'information fournie par l'organisme.

La résidence New Beginnings, à Leamington, demeure le seul établissement pour personnes âgées où une éclosion est en cours.

Deux milieux de travail sont visés par une éclosion - l'un dans le secteur agricole, à Leamington, et l'autre dans le secteur manufacturier, à Windsor.

Cinq personnes sont actuellement hospitalisées à cause du virus, 71 sont en auto-isolément et 2 366 sont maintenant guéries.

Au total, la COVID-19 a causé la mort de 72 personnes dans le comté de Windsor-Essex.

Ouverture d'un troisième centre d'évaluation

Dès jeudi, l'hôpital régional de Windsor compte utiliser le Sportsplex pour réaliser de tests de dépistage de la COVID-19, en prévision de la fin de semaine de la fête du Travail. Le centre sera ouvert le jeudi 3 septembre et le vendredi 4 septembre de 9 h à 16 h.

À compter du mardi 8 septembre, le centre d'évaluation du Sportsplex sera ouvert aux mêmes heures que celui du Campus Ouellette, soit de 8 h à 19 h en semaine et de 9 h à 16 h les samedis, dimanches et jours fériés.

Portrait de la COVID-19 à Sarnia-Lambton et à Chatham-Kent

Le Bureau de santé du comté de Lambton n'a signalé aucun nouveau cas de COVID-19 au cours de la fin de semaine. Il y a eu au total 338 cas dans l'ensemble de la région.

Trois cent onze personnes sont maintenant guéries, mais 25 personnes sont décédées.

Le Bureau de santé de Chatham-Kent n'a pas signalé de nouveaux cas depuis jeudi. L'organisme a dénombré au total 362 cas positifs sur son territoire.

À l'heure actuelle, il y a sept cas actifs de COVID-19 à Chatham-Kent, 353 personnes se sont rétablies et deux personnes sont mortes de la maladie.

<https://www.cbc.ca/news/canada/windsor/covid-19-health-unit-sunday-aug30-1.5705490>

Canada

Le CSDOC procède à de nouveaux changements d'horaire; la rentrée des élèves du primaire est repoussée au 14 septembre.

Source : OttawaMatters
ID du RMISP : 1007749995

Les premiers élèves à revenir seront ceux de 9^e année, pour l'orientation.

Le conseil scolaire des écoles anglophones d'Ottawa modifie à nouveau le moment où l'on prévoit le retour des élèves en classe.

Les élèves de 9^e année seront les premiers à le faire, car le Conseil scolaire du district d'Ottawa-Carleton (CSDOC) a déclaré que des séances d'orientation auront lieu le 8 et le 9 septembre. Par la suite, les 10 et 11 septembre, tous les élèves du secondaire, divisés en deux cohortes, retourneront en classe.

Le CSDOC explique que la composition des cohortes sera déterminée, puis communiquée par chaque école, tandis que les élèves de l'école secondaire Sir Guy Carleton et de l'École secondaire technique d'Ottawa, de l'École secondaire pour adultes, des écoles alternatives et des écoles sûres suivront une version modifiée du nouveau calendrier.

Pour les élèves du primaire qui assistent aux cours en personne, la rentrée se fera sur plusieurs jours, à compter du 14, du 15 ou du 16 septembre.

Selon le CSDOC, les élèves les plus jeunes commenceront en premier. L'organisme précise que les classes touchées et le jour de la rentrée varieront en fonction de l'aménagement de chaque école; cependant, dans toutes les écoles, les règles suivantes s'appliqueront :

Le 14 septembre, ce sera la rentrée pour tous les élèves inscrits dans les classes spéciales;

Le 15 septembre : rentrée pour tous les élèves de la première année de maternelle et pour les élèves de la deuxième année de maternelle qui sont inscrits au programme de jour prolongé;

LE 16 septembre : rentrée pour tous les autres élèves de deuxième année de maternelle (c'est-à-dire ceux qui ne sont pas inscrits au programme de jour prolongé).

Le conseil scolaire indique que, dans une école élémentaire typique offrant les classes de la maternelle à la 8^e année, les élèves de la première à la troisième année, plus ceux des classes spéciales, commenceront l'école le 14 septembre; le 15 septembre, se joindront à eux les élèves de la quatrième à la sixième année et certains élèves de maternelle; le 16 septembre sera jour de rentrée pour les élèves de septième et de huitième année et pour le reste des élèves de maternelle.

Les élèves en apprentissage à distance auront accès à certaines séances d'orientation et, le cas échéant, d'apprentissage prévues pendant la semaine du 14 au 18 septembre. Le 18 septembre, l'apprentissage à distance commencera pour les élèves du primaire et du secondaire. De plus amples renseignements sur l'apprentissage à distance seront communiqués dès que possible.

Le Programme de jour prolongé par des exploitants tiers et celui qui provient du CSDOC commenceront le premier jour du calendrier de rentrée prévu par chaque école primaire. Les élèves ne peuvent suivre ce programme que les jours où ils sont à l'école.

Le CSDOC affirme que son nouveau plan « a été conçu en tenant compte des besoins des élèves ».

« Les dates et heures de rentrée ont été choisies en fonction des besoins particuliers de nos plus jeunes élèves et de ceux qui peuvent être plus vulnérables et avoir besoin de mesures de transition ou de soutien supplémentaires », peut-on lire dans une lettre envoyée par le conseil scolaire.

Les enseignants et le personnel de soutien du CSDOC sont de retour à l'école cette semaine et participent à trois jours de formation professionnelle.

Selon l'organisme, les familles peuvent s'attendre à recevoir des renseignements plus détaillés de la part de l'école de leur enfant au cours des deux prochaines semaines.

Pour en savoir plus sur le dernier plan de retour à l'école du CSDOC, veuillez cliquer ici.

<https://www.ottawamatters.com/local-news/ocdsb-making-further-schedule-changes-elementary-students-not-starting-until-september-14-2679462>

Canada

Santé Canada change de cap au sujet des tests de dépistage de la COVID-19 à domicile | National Post

Source : *National Post*

ID unique : [1007749992](#)

TORONTO - Santé Canada est prête à envisager d'approuver les tests de dépistage de la COVID-19 à domicile, a déclaré un porte-parole du ministre de la Santé à Reuters, soulignant la victoire remportée par des experts en santé publique et des médecins plaidant que des tests fréquents et peu coûteux pourraient permettre de vaincre la pandémie.

Le ministère de la Santé avait auparavant déclaré craindre que les gens fassent un mauvais usage des tests à domicile ou interprètent mal les résultats.

« Considérant l'évolution de la pandémie, Santé Canada examine actuellement des demandes concernant différents dispositifs conçus pour le dépistage à domicile », a déclaré Cole Davidson, porte-parole du ministre de la Santé, dans un communiqué.

En juin 2020, Santé Canada avait indiqué que les demandes portant sur des trousse de tests à domicile ne seraient pas examinées car, à l'époque, « le Ministère s'était prononcé sur l'utilisation de tests à domicile à des fins de diagnostic », peut-on lire dans le communiqué.

Les tests de dépistage sont destinés à repérer la maladie dans de grands groupes de personnes apparemment en bonne santé, tandis que les tests de diagnostic étudient les symptômes.

Avec ce changement, on pourrait permettre l'autocueillette d'échantillons, qui seraient alors envoyés à un laboratoire pour traitement, et promouvoir l'élaboration de nouveaux tests de détection du virus à domicile. Les tests à domicile sont probablement plus susceptibles de ne pas relever un cas positif que les tests de laboratoire. Les organismes de réglementation souhaitent généralement que ces erreurs soient d'une rareté extrême, car des patients, ne se sentant pas contagieux, risquent de propager le virus.

<https://nationalpost.com/pmnn/health-pmn/health-canada-changes-course-on-covid-testing-at-home>

Canada

L'éclosion de COVID-19, dans la Nation Squamish, touche maintenant 19 personnes.

Source : CTV News – Vancouver

ID : 1007752760

VANCOUVER – Une éclosion de COVID-19, dans la Nation Squamish, s'est étendue à plus d'une douzaine de cas.

La Nation a publié lundi la mise à jour sur son site Web et indique qu'il y a maintenant 19 cas confirmés de la maladie à la fois dans la région North Shore et dans la vallée de la Squamish.

D'autres personnes attendent les résultats de tests, indique l'avis.

Une première alerte a été publiée jeudi dernier, lorsqu'un cas a été confirmé. Le lendemain, la Nation avait mis à jour son message d'avertissement, déclarant que de « nombreux cas » avaient été signalés.

« Il est vraiment important que vous sachiez que nous sommes là pour vous », a déclaré Kristen Rivers, coprésidente du conseil, de Tiyáltelut.

« Nous devons faire front commun et nous en sortir ensemble. Je sais que c'est effrayant, mais nous allons réussir. »

L'avis de la Nation dit que toute personne ayant obtenu un résultat positif à la COVID-19, vivant avec une personne ayant obtenu un résultat positif ou attendant les résultats d'un test doit s'auto-isoler.

Les familles qui s'isolent reçoivent en ce moment des livraisons de désinfectant pour les mains, de produits de nettoyage, de masques, de gants, de papier hygiénique et de bons alimentaires. Ceux qui en ont besoin peuvent aussi se faire livrer des aliments et des médicaments sur ordonnance.

Toute personne qui pense présenter les symptômes de la COVID-19 doit s'isoler et composer le 811.

<https://bc.ctvnews.ca/squamish-nation-s-covid-19-outbreak-grows-to-19-cases-1.5087785>

Canada

Un étudiant d'université atteint de la COVID-19 ne s'est pas isolé, selon le gouvernement néo-écossais.

Source : CBC | Nova Scotia News

ID : 1007752660

Le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a déclaré mardi qu'un étudiant universitaire infecté par la COVID-19 ne s'était pas isolé après son arrivée dans la province pour fréquenter l'Université Sainte-Anne à Church Point (N.-É).

Les responsables de la santé publique s'efforcent de retrouver les contacts étroits de l'étudiant, qui venait de l'extérieur du Canada atlantique et qui est l'un des six cas actifs de COVID-19 de la province, selon un communiqué de presse.

« Les cas positifs et probables que nous avons annoncés hier sont la raison pour laquelle nous avons mis en place une stratégie de dépistage pour les étudiants de l'enseignement supérieur. Cela nous aide à détecter et à gérer les cas promptement », a déclaré M. Robert Strang, médecin hygiéniste en chef de la Nouvelle-Écosse, dans le communiqué.

« La stratégie de dépistage ne remplace pas l'obligation de suivre les autres mesures de santé publique. En combinant les tests, l'auto-isolément et l'enregistrement numérique, nous garantirons plus efficacement la sécurité de tous les étudiants, du corps enseignant et du personnel, ainsi que des collectivités avoisinantes. »

Lundi, la province a fait connaître le cas de l'étudiant de l'Université Sainte-Anne et a mentionné un nouveau cas dans la zone est et deux cas probables, soit un étudiant de l'Université Dalhousie à Halifax et un autre de l'Université Acadia à Wolfville.

Le gouvernement provincial a déclaré que les étudiants de ces deux universités s'étaient isolés depuis leur arrivée de l'extérieur de la bulle atlantique. Les tests n'ont pas pu déterminer la présence du virus, ce qui, selon les autorités, peut arriver lorsqu'une personne a déjà eu la COVID-19 ou a été testée avant que le virus ne soit « entièrement détectable ».

Les personnes visées ne sont pas incluses dans le nombre total de cas de la province, mais le gouvernement a déclaré que les deux cas sont traités comme des cas positifs confirmés en laboratoire, pour s'assurer que toutes les précautions sont prises.

Mardi, lors d'une conférence de presse sur l'élargissement de l'accès à Internet à haute vitesse, le premier ministre Stephen McNeil a déclaré que les autorités de santé publique prenaient l'initiative de tester les étudiants pendant leur période d'auto-isolément.

« Le système fonctionne et nous en sommes très encouragés », a déclaré M. McNeil aux journalistes, ajoutant que les universités et les collectivités ont accordé toute leur collaboration.

« Nous voulions donner, en particulier aux collectivités rurales, l'assurance que nous contrôlons bien la situation. C'est aussi une excellente occasion, pour nous, de rencontrer des milliers de personnes entrant dans notre province et d'avoir une idée réelle de l'activité de ce virus lorsqu'il se déplace. »

M. McNeil a ajouté qu'ils continueront d'observer le déroulement de l'éclosion quand les écoles publiques rouvriront et qu'ils collaboreront avec la santé publique « pour que notre portail en ligne fonctionne bien et pour que, par la suite, on entame un dépistage plus intense à l'aéroport, au fil de l'arrivée des passagers ». 767 tests effectués lundi

La province n'a signalé aucun nouveau cas mardi. Lundi, 767 tests ont été effectués par le personnel de laboratoire des autorités sanitaires de la Nouvelle-Écosse.

La Nouvelle-Écosse compte maintenant 1 085 cas positifs de COVID-19 et 65 décès liés au virus. Aucun patient n'est actuellement hospitalisé.

Les derniers chiffres de la bulle atlantique sont les suivants :

Le Nouveau-Brunswick déclare trois cas actifs, mais n'a signalé aucun nouveau cas mardi.

En date de lundi, Terre-Neuve-et-Labrador compte un cas actif.

Ce même jour, l'Î.-P.-É. déclare trois cas actifs.

Liste des symptômes

Toute personne présentant les symptômes suivants de la COVID-19 doit se rendre sur ce site Web pour déterminer si elle doit composer le 811 pour une évaluation plus approfondie :

- Fièvre (frissons, sueurs)
- Toux ou aggravation d'une toux antérieure
- Mal de gorge
- Mal de tête.
- Essoufflement
- Douleurs musculaires
- Éternuements
- Congestion nasale / nez qui coule
- Voix rauque
- Diarrhée
- Fatigue inhabituelle
- Perte de l'odorat ou du goût
- Lésions rouges, violettes ou bleutées sur les pieds, les orteils ou les doigts, sans cause évidente

<https://www.cbc.ca/news/canada/nova-scotia/six-active-cases-universite-sainte-anne-student-1.5707898?cmp=rss>

Canada

Ford défend le médecin le plus haut gradé de l'Ontario, au moment où les appels à sa démission ou à son renvoi se font de plus en plus pressants.

Source : CBC News

ID : 1007753466

Le premier ministre Doug Ford plaide en faveur du médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, pendant que les appels à un nouveau leadership se multiplient et que la province entre dans une nouvelle phase critique de la pandémie de COVID-19.

« J'ai toute confiance en M. Williams et en tous les membres de son équipe », a déclaré M. Ford lors de sa séance d'information sur la COVID-19 de mardi après-midi.

La ministre de la Santé Christine Elliott a ajouté que M. Williams a « fait de son mieux pour assurer la sécurité des Ontariens » pendant la crise.

L'appui donné par M. Ford et M^{me} Elliott répond aux doléances de Doris Grinspun, PDG de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO), qui a demandé le départ immédiat de M. Williams, soit par congédiement, soit par démission, soit par mise à la retraite.

« Nous traversons une période difficile; c'est pourquoi nous avons besoin d'un leadership fort et cela dès maintenant », a déclaré M^{me} Grinspun.

Lors de la séance d'information accompagnée d'une période de questions, on avait d'abord dit que M^{me} Grinspun et l'AIIAO réclamaient la démission de M. Williams.

Le besoin de changement est devenu de plus en plus urgent, a-t-elle déclaré, les écoles de l'Ontario étant à quelques jours d'une réouverture générale et une seconde vague du nouveau coronavirus étant probablement imminente.

Toronto dévoile un plan pour faire face à la deuxième vague de COVID-19, qu'un responsable de la santé publique qualifie d'« inévitable ».

M^{me} Grinspun a décrit M. Williams comme un mauvais communicateur et lui a reproché d'être trop lent à prendre des mesures préventives.

Les réclamations des infirmières et des travailleurs de la santé ont souvent été ignorées, a-t-elle dit, surtout au plus fort de la crise dans les établissements de soins de longue durée de l'Ontario. M^{me} Grinspun a déclaré que les responsables locaux de la santé publique ont été plus proactifs et plus efficaces dans leur réaction.

M. David Fisman, épidémiologiste au franc-parler de l'Université de Toronto, a également appelé à un remaniement. Dans un gazouillis du début de la semaine, il affirme que M. Williams aurait dû « démissionner depuis longtemps ».

Selon M. Fisman et M^{me} Grinspun, des collègues et des responsables de la santé, y compris les PDG de certains hôpitaux de Toronto, ont exprimé en privé leur désir qu'un nouveau médecin assume le poste le plus important de la province.

M. Williams a été nommé à son poste actuel par le précédent gouvernement libéral, en février 2016. Il avait précédemment occupé le poste de médecin-hygiéniste au sein du Bureau de santé du district de Thunder Bay.

Selon lui, les travailleurs « prudents » sont peu susceptibles d'être infectés.

Dans une entrevue accordée à CBC Toronto, M^{me} Grinspun dit avoir conversé privément pendant des mois avec le personnel du bureau de M. Ford; son organisation avait alors exprimé ses inquiétudes quant au travail de M. Williams pendant la pandémie.

Elle a ensuite souligné les commentaires qu'il a faits lors de la conférence de presse du jeudi 27 août; pour elle, ce fut un point de basculement.

Répondant à une question sur les risques auxquels seront confrontés les enseignants lorsque l'apprentissage en personne reprendra généralement ce mois-ci, M. Williams a comparé cette situation à celle des travailleurs de la santé, laissant entendre que de nombreux travailleurs infectés n'ont pas contracté le virus pendant leur travail.

« Ce ne serait pas une bonne idée de rentrer ensuite chez vous, de vous promener sans masque, d'aller au centre commercial ou ailleurs et de vous exposer », a-t-il déclaré.

« Notre approche a toujours été la suivante : les gens très prudents et cohérents dans leurs pratiques que nous rencontrons ne se font pas généralement infecter. »

Selon les chiffres provinciaux, 2 642 travailleurs de la santé des établissements de soins de longue durée ont contracté la COVID-19; huit d'entre eux sont décédés.

M^{me} Grinspun a déclaré que les commentaires de M. Williams exprimaient des reproches injustes pour ces travailleurs. D'après ses propres estimations, moins de la moitié des travailleurs de la santé de l'Ontario ont contracté le virus ailleurs qu'au travail, mais elle ne dispose pas de données pour étayer cette évaluation.

« Cela montre son manque d'empathie et sa mauvaise compréhension des efforts soutenus des professionnels de la santé qui se sont mis au service des Ontariens », a-t-elle déclaré à propos des commentaires de M. Williams.

« On peut difficilement s'imaginer qu'un responsable de la santé publique, le médecin-hygiéniste en chef de la province lui-même, juge bon de faire ce commentaire désinvolte et non factuel. »

<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ford-williams-mao-resignation-demand-1.5708331>

Canada

De nouveaux logements avec services de soutien pour les sans-abri seront construits à Vancouver, selon les autorités provinciales et municipales.

Source : *NEWS 1130*

ID : 1007752253

VANCOUVER – Le gouvernement de la Colombie-Britannique et la Ville de Vancouver s'associent pour construire 450 nouveaux foyers avec services de soutien pour les personnes sans domicile fixe.

La ministre du Logement Selina Robinson et le maire Kennedy Stewart ont annoncé des projets de construction de 98 maisons modulaires temporaires à quelques pâtés de maisons du parc Strathcona, où un campement de sans-abri s'étend sans cesse.

On prévoit aussi ériger 350 logements permanents de ce type sur d'autres terrains appartenant à la ville, leur emplacement devant être annoncé dans les prochains mois.

On vise l'ouverture des unités temporaires au printemps prochain, après la tenue d'une séance d'information publique, et les logements resteront en place pendant environ cinq ans; le bail pourrait être renouvelé pour cinq autres années.

Selon M. Stewart, la crise causée par la COVID-19 et les mesures d'éloignement physique ont réduit l'espace disponible dans des endroits comme les abris, ce qui ajoute aux problèmes vécus par certaines des personnes les plus vulnérables de la ville.

Il affirme que la Ville prévoit déplacer les campeurs du parc Strathcona selon un processus similaire à celui qui a été entrepris au parc Oppenheimer.

« Dès le début de l'année 2020, nos problèmes de logement et d'itinérance se sont empirés, puisque les cas de surdoses se sont multipliés à cause d'une offre de produits empoisonnés. La COVID-19 a rendu les choses beaucoup plus difficiles », déclare M. Stewart.

« Ce sont des temps difficiles pour tout le monde, mais surtout pour ceux qui ont le moins de ressources. »

Selon M^{me} Robinson, la province connaît depuis des années une crise de l'accessibilité au logement, mais le taux de croissance de l'itinérance avait commencé à ralentir, jusqu'à l'arrivée de la pandémie.

« L'importance du logement est devenue encore plus évidente ces derniers mois », dit-elle.

M^{me} Robinson ajoute que de nouvelles unités font partie du plan de la province visant à fournir des solutions immédiates et à long terme qui comprennent des services plus généraux comme la santé, le bien-être et l'aide à l'emploi.

Après l'ouverture, chaque projet sera confié à un organisme de gestion sans but lucratif représenté sur place en tout temps, indique le gouvernement dans un communiqué de presse.

Ces nouveaux logements font partie des quelque 1 000 foyers avec mesures de soutien ouverts depuis 2017 à Vancouver, dans le cadre d'un plan provincial de logement.

<https://www.citynews1130.com/2020/09/01/new-supportive-housing-coming-for-homeless-in-vancouver-province-and-city-say/>

Canada

Theresa Tam et Howard Njoo préconisent une utilisation intensive des vaccins pour vaincre la COVID-19 et rétablir notre mode de vie.

Source : ctvnews.ca

ID : 1007751898

OTTAWA -- **Les principaux responsables de la santé publique affirment que la vaccination généralisée des Canadiens est le seul moyen de contrôler la COVID-19 et d'amener le Canada à un semblant de son état précédant la pandémie.**

M^{me} Theresa Tam et son adjoint, M. Howard Njoo, s'exprimaient ainsi un jour après le lancement, par le gouvernement Trudeau, de la dernière tranche du plan d'achat à l'avance de dizaines de millions de doses de futurs vaccins, grâce à la signature d'accords avec deux entreprises américaines.

Selon M^{me} Tam et M. Njoo, le temps est venu pour les Canadiens de retrousser leurs manches et de se faire vacciner.

D'après M. Njoo, on ne sait pas exactement quel pourcentage de Canadiens doit être vacciné pour obtenir une immunité étendue, mais la vaccination du plus grand nombre est importante.

Il ajoute qu'un vaccin pourrait être disponible en 2021, peut-être même dès le printemps.

« L'adoption généralisée du vaccin est le meilleur moyen qu'ont les Canadiens de reprendre le temps perdu », a déclaré M^{me} Tam.

<https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/high-vaccine-use-urged-by-tam-njoo-to-beat-covid-19-restore-pre-pandemic-life-1.5087882>

Canada

Les rassemblements pour des funérailles et des fêtes, dans le Nord de la Colombie-Britannique, déclenchent des avertissements d'exposition à la COVID-19.

Source : *National Post*

ID : 1007753655

VICTORIA - **Une éclosion de COVID-19 dans la vallée de la Nass, en Colombie-Britannique, a déclenché une alerte provenant des autorités sanitaires des régions du Nord et des Premières Nations.**

L'avertissement s'adresse à tous ceux qui ont participé aux rassemblements organisés entre le 21 et le 25 août dans la vallée. Selon une déclaration du gouvernement Nisga'a, tous ceux qui ont assisté à un rassemblement du souvenir, à un service funèbre ou à une fête d'établissement doivent communiquer avec leur clinique communautaire.

Une déclaration commune du ministre de la Santé Adrian Dix et de la responsable de la santé publique provinciale, M^{me} Bonnie Henry, indique qu'il y a eu 58 nouveaux cas de COVID-19, ce qui porte le total à 5 848 cas.

Un décès supplémentaire est survenu, tandis que 4 505 personnes ayant obtenu un résultat positif se sont rétablies. Depuis le début de la pandémie, 209 personnes sont mortes.

Le gouvernement a également annoncé qu'il prolongeait l'état d'urgence provincial jusqu'au 15 septembre en fin de journée, ce qui permet au ministre de la Sécurité publique Mike Farnworth d'utiliser des pouvoirs extraordinaires en réponse à la pandémie.

Suite de l'article

Selon le premier ministre John Horgan, si la plupart des gens suivent les règles pour stopper la propagation de la COVID-19, un petit nombre ne fait aucun cas des ordonnances.

« La pandémie n'est pas terminée; que vous vouliez fêter la fin de l'été ou célébrer le hockey en groupe, ce n'est pas le moment d'enfreindre les règles. Les quelques personnes qui refusent de s'y conformer s'exposent à des conséquences. »

Dix contraventions ont été données depuis que le gouvernement a permis aux autorités d'imposer une amende de 2 000 \$ pour le non-respect des ordonnances du médecin-hygiéniste provincial touchant les rassemblements, selon la déclaration.

Six contraventions de 2 000 \$ étaient liées à des rassemblements et à des événements, tandis que quatre autres, de 200 \$ chacune, ont été imposées à des personnes.

Selon M. Dix, la province est pratiquement revenue à son calendrier habituel pour les opérations chirurgicales, après avoir réalisé environ 66 % des plus de 17 000 interventions reportées au début de la pandémie.

Le gouvernement déclare dans un communiqué de presse qu'il travaille de concert avec le personnel, les syndicats et d'autres intervenants pour choisir la meilleure façon de prolonger les heures d'ouverture quotidiennes et d'ouvrir les salles d'opération la fin de semaine.

Le gouvernement a engagé davantage d'anesthésiologistes, d'infirmières et de techniciens médicaux pour accélérer le processus.

Selon M. Dix, c'est pourquoi il est si important de maintenir le taux d'infection à un faible niveau.

« En ce moment, peut-être plus qu'à tout autre moment de la pandémie en Colombie-Britannique, nous comptons les uns sur les autres pour arrêter la propagation de COVID-19 », dit-il dans le communiqué.

« Et les Britanno-Colombiens qui participent avec compétence au renouvellement de la chirurgie et à la prestation aux patients des opérations dont ils ont besoin comptent sur nous pour faire notre travail, afin qu'ils puissent continuer à faire le leur. »

Ce rapport de La Presse canadienne a été publié pour la première fois le 1^{er} septembre 2020.

<https://nationalpost.com/pmnews-pmn/canada-news-pmn/funeral-and-feast-gatherings-in-northern-b-c-lead-to-covid-warnings>

Canada

Ayant appris que deux étudiants ne se sont pas isolés, l'Université du Yukon ferme son campus.

Source : CBC | North News

ID : 1007753654

L'Université du Yukon a fermé son campus de Whitehorse mardi après-midi, dès le premier jour de rentrée, car deux étudiants ne se sont pas isolés après avoir traversé la frontière territoriale et emménagé dans leur résidence.

Les étudiants n'ont pas eu de symptômes et sont maintenant isolés dans un établissement gouvernemental, a déclaré le directeur des communications, Michael Vernon.

Le campus est fermé pour les étudiants pendant 48 heures, a-t-il dit, et devrait rouvrir vendredi.

Cependant, la plupart des cours de l'Université du Yukon sont donnés en ligne ce semestre et ne seront pas touchés.

Le médecin-hygiéniste en chef a déclaré à l'Université que le risque d'infection par la COVID-19 est faible, a souligné M. Vernon. Les étudiants avaient traversé la frontière du Yukon, a-t-il dit, au plus 24 heures avant que les agents de vérification ne les contactent.

« Au cours des deux prochains jours, nous allons voir quels ont été les mouvements et les interactions de ces étudiants, pour déterminer plus précisément ce qui s'est passé », a déclaré M. Vernon.

Le campus de Whitehorse était plutôt désert avant la fermeture car, au cours de la journée du lundi, les étudiants passaient simplement pour obtenir leur carte d'identité.

« Je ne pense pas qu'il aurait été possible de rencontrer ou d'interagir avec beaucoup de gens », a déclaré Sophia Eze, de Calgary, qui s'est installée dans une résidence d'étudiants.

Une chambre sur deux est vide – et tous ses cours sont donnés en ligne.

On ne peut pas facilement visiter d'autres chambres ou inviter des amis chez soi et il n'y a pas eu d'activités brise-glace ni de barbecue de retour en classe. Les étudiants ont plutôt obtenu des liens pour regarder des vidéos d'orientation.

« Dans une année normale... il y aurait ici un bourdonnement d'activités », a déclaré Janet Welch, vice-présidente des Services académiques et aux étudiants. « Cette année, c'est beaucoup plus calme. »

Sur le campus, les étudiants exprimaient des sentiments mitigés à l'égard de l'apprentissage en ligne. « Cela me rend très nerveuse », a déclaré Melissa Davis, une étudiante de troisième année en pédagogie. Mère de deux jeunes garçons, elle dit avoir suivi ses cours à la maison ce printemps, mais « c'était comme essayer de se concentrer à côté d'une arène de lutte dans son salon ».

Miranda Amos a failli ne pas retourner à l'université ce trimestre.

« Le campus, c'est triste et c'est différent », a déclaré celle qui aime l'aspect social de l'Université.

« Ce sera un défi à relever..., mais j'ai hâte de m'y attaquer. »

Sparsh Arora, qui travaille à l'Université en tant qu'étudiant de 2^e année en administration des affaires, a déclaré que les cours en ligne ne lui causaient pas de problèmes.

« Si cela m'assure plus de sécurité, c'est bien ce que je préférerais », a-t-il dit.

L'ancien Yukon College est officiellement devenu une université au début de l'année. L'Université du Yukon est l'un des nombreux établissements d'enseignement supérieur qui passent à l'enseignement en ligne à cause de la pandémie de COVID-19.

À la réouverture, les étudiants pourront encore se rendre sur le campus pour bénéficier du réseau électronique et d'autres mesures de soutien. La cafétéria, présentement fermée, a été transformée en un centre de services pour les étudiants.

Des marques espacées de deux mètres sont apposées sur le sol et le personnel de la bibliothèque porte un masque. Il est interdit de parcourir les rayons de la bibliothèque et les livres rendus seront mis en quarantaine pendant quelques jours.

Certains cours donnés dans des laboratoires de sciences et des ateliers de métiers et d'arts seront offerts en personne, mais devant moins d'étudiants.

Selon le formateur Stephen Biggin-Pound, l'adaptation des cours pour une diffusion en ligne a été un défi exigeant beaucoup de temps.

« Il faut repenser le cours et la manière dont nous allons le donner », a-t-il déclaré. « Nous ne voulons pas uniquement faire des conférences sur Zoom. »

M. Biggin-Pound a déclaré que sa principale préoccupation était l'accès des étudiants au réseau haute vitesse et à la technologie appropriée.

Certains étudiants s'inquiétaient également de l'apprentissage dans un environnement virtuel.

« Si tout est en ligne, ce sera encore plus difficile à comprendre », a déclaré Sophia Eze. Elle affirme aussi qu'il sera quasi impossible de converser avec les autres étudiants de sa classe.

M^{me} Welch n'a pas indiqué le moment où les cours en personne pourraient reprendre, mais a déclaré qu'à l'Université, l'enseignement en ligne se poursuivrait pour le reste du semestre. Elle a déclaré que l'on agirait « aussi vite que possible » dès que les cours en présentiel pourront reprendre.

L'Université prévoit une baisse de 15 % des inscriptions au cours de l'année scolaire 2020-2021.

Les frais de scolarité restent les mêmes cette année, a déclaré M^{me} Welch, mais il n'y aura aucuns frais pour les services sur le campus. Selon elle, l'élaboration d'un cours en ligne nécessite environ dix fois plus de préparation, mais ce cours sera « comparable » à l'apprentissage en classe.

Les écoles primaires du Yukon sont déjà de retour en classe, et Melissa Davis se dit un peu jalouse de son fils de 8 ans.

« Si mon enfant peut retourner à l'école comme cobaye, je pense que je devrais aussi pouvoir retourner à l'Université et suivre mes cours en présentiel », a-t-elle déclaré.

Mais Eric Snider, étudiant de première année, voit un avantage à étudier en ligne au Yukon : « Quand l'hiver arrivera et qu'il fera vraiment froid, je n'aurai pas à me déplacer. »

À propos de l'auteure

Laura Howells est une journaliste terre-neuvienne qui est actuellement en reportage à Whitehorse. Elle a récemment travaillé comme reporter dans un média numérique et productrice radio à Toronto. Vous pouvez la joindre à l'adresse laura.howells@cbc.ca et la suivre sur Twitter, à @LauraHowellsNL.

<https://www.cbc.ca/news/canada/north/yukon-university-2020-covid-new-semester-online-class-1.5707326?cmp=rss>

Canada

Le Bureau de santé met à jour la liste des lieux d'exposition potentielle en y ajoutant deux entreprises du comté de Windsor-Essex.

Source : CTV News – Windsor

ID : 1007753638

WINDSOR (ONT.) – -- Le Bureau de santé du comté de Windsor-Essex a mis à jour son site Web en y ajoutant deux nouveaux lieux d'exposition possible à la COVID-19 dans des entreprises de la région. Le Bureau a inscrit le restaurant Xaco Taco, sur le chemin Cabana, pour le 24 et le 25 août; un second cas a été découvert au Xanadu Health Club, pour les 22, 23, 24, 27, 29 et 30 août.

« Nous avons été informés, par le Bureau de santé du comté de Windsor Essex, qu'une deuxième personne a contracté la COVID-19 ailleurs, mais qu'elle a travaillé dans notre établissement », a déclaré David Schild, propriétaire du club Xanadu, à CTV News. « Quand on nous a appelés, nous avons été déçus, car le Bureau ne peut pas révéler l'identité de la victime à cause de ses règles de protection des renseignements personnels; nous ne pouvons donc pas utiliser nos systèmes de surveillance très étendus pour retrouver les personnes qui l'ont côtoyée. »

Le club a choisi de fermer ses portes pendant deux semaines, jusqu'au 15 septembre, afin que l'établissement puisse se mettre en quarantaine « pour la sécurité de notre personnel et de nos membres ». M. Schild a déclaré que le club avait été informé de la présence du membre touché dans ses murs, mais que celui-ci n'avait pas fait d'exercices cardio ni assisté aux cours du programme FYRE.

Le site Web du Bureau de santé du comté de Windsor-Essex répertorie désormais les lieux publics où toute victime de la COVID-19 a travaillé ou qu'elle a visités ou fréquentés pendant la période d'infection, après qu'on a déterminé un risque d'exposition, quand le Bureau de santé est incapable de contacter toutes les personnes susceptibles d'avoir été exposées.

Le site Web du Bureau de santé indique que les risques d'exposition potentielle énumérés sur cette page sont considérés comme « faibles »; toutefois, par précaution, on demande à toute personne ayant visité les lieux mentionnés de se surveiller pendant 14 jours à partir de la date d'exposition.

<https://windsor.ctvnews.ca/health-unit-updates-potential-exposure-list-with-two-windsor-essex-businesses-1.5088625>

Canada

Selon une étude, il faudrait jusqu'à 84 semaines pour rattraper les retards accumulés en chirurgie à cause de la COVID-19 en Ontario.

Source : Global News

ID : 1007751476

TORONTO - Une nouvelle étude laisse entendre qu'un an et demi, sinon plus, serait nécessaire pour résorber les retards cumulatifs en chirurgie dans les hôpitaux de l'Ontario, à cause de la pandémie de COVID-19.

Selon une étude de modélisation publiée aujourd'hui dans le Journal de l'Association médicale canadienne, la période estimative nécessaire pour réaliser toutes les opérations reportées en raison de la pandémie est de 84 semaines, sur une base hebdomadaire visée de 717 opérations.

Le gouvernement provincial a demandé aux hôpitaux de l'Ontario, à la mi-mars, d'annuler les opérations chirurgicales et les autres activités jugées non urgentes afin de se préparer à une éventuelle augmentation du nombre de patients victimes de la COVID-19.

Cette directive a été révoquée à la fin du mois de mai et, dans les hôpitaux, ces opérations ont progressivement repris.

L'étude indique qu'entre le 15 mars et le 13 juin, les hôpitaux de l'Ontario ont accumulé un arriéré de 148 364 procédures.

Selon ses auteurs, les données joueront un rôle important dans la planification future de la santé et le cadre de modélisation peut être adapté à d'autres administrations.

<https://globalnews.ca/news/7310078/coronavirus-ontario-surgery-backlog/>

États-Unis – Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) – Ressources pour la communication (sources officielles et médias)

États-Unis

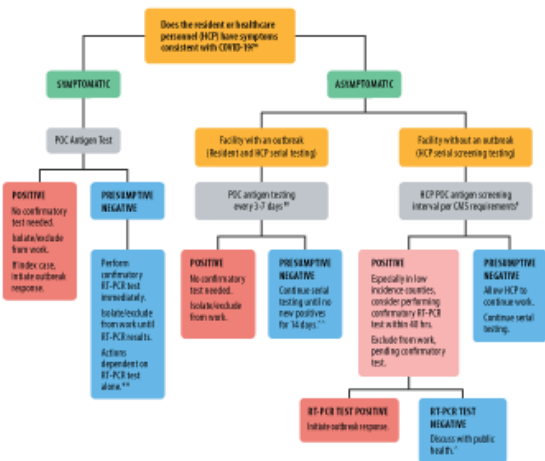
Considérations relatives à l'utilisation du test de détection des antigènes du SRAS-CoV-2 dans les maisons de soins infirmiers

Source : CDC des États-Unis

Ce document fait le résumé des considérations relatives à l'utilisation du test de détection des antigènes du SRAS-CoV-2 (le virus qui cause la COVID-19) dans les maisons de soins infirmiers et est destiné aux exploitants de telles maisons et aux services de santé publique des États et des administrations locales. Des tests de détection d'antigènes sont disponibles au point de service pour le diagnostic de la maladie causée par le SRAS-CoV-2. Ces tests s'exécutent rapidement, ce qui est essentiel pour le repérage d'une infection par le SRAS-CoV-2 et la prompte mise en œuvre de stratégies de prévention et de contrôle. On peut les rajouter à d'autres tests, en particulier là où la possibilité de réaliser des tests RT-PCR est limitée ou lorsqu'il faut beaucoup de temps (p. ex. plus de 48 heures) pour obtenir un résultat. En général, les tests de détection d'antigènes au point de service sont moins sensibles, mais d'une précision similaire pour le SRAS-CoV-2, par rapport aux tests de transcription inverse avec amplification en chaîne par polymérase (RT-PCR).

Ce document concerne les tests de détection d'antigènes qui ont reçu une autorisation d'utilisation en cas d'urgence de la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis pour détecter le SARS-CoV-2. Les deux premiers tests d'antigènes du SRAS-CoV-2 ayant reçu cette autorisation de la FDA sont conçus pour les personnes symptomatiques, dans les cinq jours suivant l'apparition des symptômes; on a peu de données sur le rendement des tests d'antigènes chez les personnes asymptomatiques. Toutefois, étant donné la transmission du SARS-CoV-2 par les résidents de ces maisons et le personnel de soins qui sont asymptomatiques et présymptomatiques, les Centers for Disease Control (CDC) examinent différentes considérations concernant l'utilisation de tests de détection d'antigènes chez les personnes asymptomatiques pendant cette situation de crise en santé publique. Les établissements doivent savoir qu'il existe des autorisations d'urgence [icône FDA EUA](#) pour les tests de détection d'antigènes [icône tests](#) et qu'un certificat de dérogation concernant des améliorations aux laboratoires cliniques [icône Clinical Laboratory Improvement Amendments \(CLIA\)](#) pourrait entrer en jeu lorsqu'ils utilisent des tests de détection d'antigènes chez des personnes asymptomatiques et chez ceux dont les symptômes sont apparus plus de cinq jours auparavant.

[Considérations pour l'interprétation des résultats de tests de détection d'antigènes dans les maisons de soins infirmiers](#)



[icône pdf \[PDF - 135 KB\]](#)

Quand doit-on envisager un test moléculaire de confirmation?

Comme la sensibilité des tests de détection d'antigènes est généralement inférieure à celle des tests RT-PCR, l'autorisation d'urgence [icône FDA EUA](#) recommande que ceux réalisés au point de service et cotés « négatif » soient considérés comme présomptifs. Le personnel clinique des maisons de soins infirmiers doit déterminer s'il faut procéder à un [test RT-PCR de confirmation](#) avant de prendre des décisions cliniques, de constituer des cohortes de résidents ou de relever certains employés de leurs fonctions. Lors de l'interprétation des résultats des tests de détection d'antigènes, les caractéristiques des tests et la probabilité d'infection doivent être prises en compte.

- La sensibilité des tests peut varier selon les plateformes utilisées pour les tests de détection d'antigènes. Les établissements doivent savoir quelle plateforme est utilisée et quelle est la sensibilité du test pour la population de patients visée. Par exemple, les deux premiers tests ayant reçu l'autorisation [icône FDA EUAs](#) présentent une sensibilité allant de 84 % à 97 % lorsqu'ils sont utilisés dans les cinq jours suivant l'apparition des symptômes.
- Les facteurs qui augmentent la probabilité d'infection comprennent la présence de symptômes chez la personne testée, l'exposition récente à une personne diagnostiquée positive à la COVID-19 et le fait que le test soit effectué dans une maison de soins infirmiers où il y a une éclosion ou dans une collectivité à forte prévalence. Ces facteurs entrent en jeu lorsqu'il faut décider s'il est indiqué de réaliser un test RT-PCR de confirmation à la suite d'un test de détection d'antigènes.

Si le test RT-PCR de confirmation est effectué dans les 48 heures, les personnes testées doivent être considérées comme contagieuses jusqu'à ce que les résultats du test soient disponibles. Par exemple, si un résident symptomatique est présumé négatif au test de détection d'antigènes et qu'on effectue un test RT-PCR, il doit demeurer assujéti aux [précautions liées au mode de transmission](#) jusqu'à ce que les résultats du test RT-PCR soient disponibles. Si un membre asymptomatique du personnel d'une maison de soins infirmiers exempte d'éclosion et située dans un comté à faible prévalence communautaire est testé positif à la détection d'antigènes, il doit être exclu du lieu de travail jusqu'à ce qu'un test RT-PCR se révèle négatif.

Exigences de déclaration pour les tests de dépistage du SRAS-CoV-2

Dans tous les endroits où l'on effectue des tests de dépistage de la COVID-19, on est [tenu de signaler](#) aux services de santé publique de l'État ou de la localité concernés tout test de diagnostic et de dépistage effectué pour détecter le SRAS-CoV-2 ou pour diagnostiquer un cas possible de COVID-19. Les tests faits au point de service peuvent être effectués sur la base d'un certificat de dérogation [icône Clinical Laboratory Improvement Amendments \(CLIA\)](#), mais la communication des résultats des tests à ces services de santé publique est obligatoire en vertu de la loi CARES (*Coronavirus Aid, Relief, and Economic Security Act*).

Modes d'utilisation des tests de détection d'antigènes dans les maisons de soins infirmiers

Ce document indique comment interpréter les résultats lorsque des tests de détection d'antigènes sont utilisés dans les circonstances suivantes :

- Tests appliqués à des résidents et à des membres du personnel de soins symptomatiques;
- Tests appliqués à des résidents et à des membres du personnel de soins asymptomatiques, dans les établissements visés par une réaction à une éclosion de COVID-19;
- Tests appliqués à des membres du personnel de soins asymptomatiques, quand la maison de soins n'est pas touchée par une éclosion de COVID-19, comme le recommandent les CMS.

Des tests peuvent être réalisés dans d'autres circonstances, par exemple à l'endroit de résidents et de membres du personnel de soins asymptomatiques ayant été exposés ailleurs à des personnes atteintes de la COVID-19 (lors d'une hospitalisation récente, d'un rendez-vous en services ambulatoires, etc.) ou qui ont été infectés dans le cadre d'autres activités de dépistage. Les principes décrits ici peuvent être utilisés pour mieux interpréter les résultats des tests de détection d'antigènes faits dans ces situations.

Les tests de détection d'antigènes ne doivent pas être utilisés pour déterminer [la durée du recours aux précautions liées au mode de transmission](#) ni [lorsque le membre du personnel de soins peut reprendre le travail](#). Les stratégies basées sur les tests ne sont généralement pas recommandées lorsqu'il s'agit de déterminer la durée du recours aux précautions liées au mode de transmission ou d'établir le moment du retour au travail du membre du personnel de soins. Le cas échéant, les stratégies basées sur les tests ne devraient reposer que sur des tests RT-PCR.

Considérations à prendre en compte dans l'interprétation des résultats de tests de détection d'antigènes dans les maisons de soins infirmiers

Tests appliqués à des résidents et à des membres du personnel de soins symptomatiques

- Si un test de détection d'antigènes est positif, aucun test de confirmation n'est nécessaire.
 - Les résidents doivent être assujéti aux [précautions liées au mode de transmission](#) ou [les membres du personnel de soins doivent être relevés de leurs fonctions](#).
 - Si le résident ou le membre du personnel de soins est le premier à subir un test positif pour le SRAS-CoV-2 dans l'établissement (soit représente un cas index), une [réaction à l'éclosion](#) doit être entreprise immédiatement*.
- Si un test de détection d'antigènes est négatif de manière présomptive, il faut effectuer immédiatement (dans les 48 heures) un test RT-PCR.

- Les résidents et les membres du personnel de soins symptomatiques doivent être assujettis aux précautions liées au mode de transmission ou relevés de leurs fonctions jusqu'à la réception des résultats du test RT-PCR.
- Certaines plateformes de tests de détection d'antigènes affichent une meilleure sensibilité lorsque les tests sont effectués dans les cinq jours suivant l'apparition des symptômes. On doit faire usage de la discrétion clinique au moment de déterminer si les personnes dont le test est négatif sur ces plateformes doivent être testées à nouveau au moyen d'un test RT-PCR.
- Remarque : Si une personne s'est remise d'une infection par le SARS-CoV-2 au cours des trois derniers mois et présente de nouveaux symptômes évocateurs de la COVID-19, il convient d'envisager d'autres diagnostics [avant de procéder à un nouveau test de dépistage du SARS-CoV-2](#).

Dépistage auprès de résidents ou de membres du personnel de soins asymptomatiques dans le cadre d'une réaction à une éclosion dans une maison de soins infirmiers*

- Si un test de détection d'antigènes est positif, aucun test de confirmation n'est nécessaire.
 - Les résidents doivent être assujettis aux précautions liées au mode de transmission ou les membres du personnel de soins doivent être relevés de leurs fonctions.
- Si un test de détection d'antigènes donne des résultats négatifs de manière présomptive, les résidents doivent être assujettis aux [précautions appropriées, si l'établissement est le lieu d'une éclosion](#). Les membres du personnel de soins devraient être autorisés à poursuivre leurs activités, mais être [continuellement suivis pour le repérage des symptômes](#). L'établissement doit poursuivre les tests viraux en série (détection d'antigènes ou RT-PCR), à intervalle de 3 à 7 jours, jusqu'à ce qu'aucun nouveau cas ne soit repéré pendant une période de 14 jours.
- Remarque : Les personnes asymptomatiques, qui se sont remises d'une infection par le SARS-CoV-2 au cours des trois derniers mois et qui vivent ou travaillent dans une maison de soins infirmiers effectuant des tests dans l'ensemble de l'établissement, [ne doivent pas](#) subir de test de dépistage du SARS-CoV-2.

Dépistage auprès de membres du personnel de soins asymptomatiques dans les maisons de soins infirmiers exemptes d'éclosion, selon les recommandations des CMS

Les CMS [icône CMS recommandexternal](#) recommandent que tous les membres du personnel de soins subissent un test initial dans le cadre du processus de réouverture d'une maison de soins infirmiers et soient ensuite assujettis à des tests en série, à l'intervalle prévu selon l'incidence locale de la COVID-19.

- Si un test de détection d'antigènes est positif, on doit effectuer un test RT-PCR de confirmation dans les 48 heures suivantes, en particulier dans les comtés à faible prévalence. Si un test de confirmation est effectué, le membre du personnel de soins infirmiers doit être relevé de ses fonctions jusqu'à la réception des résultats.
 - Si le test de confirmation est positif, il faut alors [relever le membre du personnel de soins de ses fonctions](#) et [entamer](#) une réaction à l'éclosion comprenant notamment des tests à l'échelle de l'établissement, pour tous les résidents et membres du personnel de soins.
 - Si le test de confirmation est négatif, on discutera des résultats avec les services de santé publique locaux, afin de déterminer comment interpréter les résultats discordants et sélectionner les prochaines étapes. L'incidence de l'infection au SARS-CoV-2 dans la collectivité locale peut aider à interpréter la probabilité d'un test de détection d'antigènes faussement positif. On doit aussi tenir compte de la période entre le test de détection d'antigènes et le test RT-PCR. Si le test RT-PCR est effectué plus de 48 heures après un test de détection d'antigènes, il est possible que la dynamique virale ait changé pendant la période écoulée entre les deux tests. En conséquence, le test de détection d'antigènes peut indiquer une infection même si le test RT-PCR est négatif.
- Si un test de détection d'antigènes donne un résultat négatif de manière présomptive, le membre du personnel de soins peut continuer à travailler. Il doit continuer à surveiller les symptômes et se soumettre à des tests en série, selon les recommandations des CMS [icône CMS recommandationexternal](#).
- Remarque : Les membres du personnel de soins qui se sont remis d'une infection par le SARS-CoV-2 au cours des trois derniers mois et sont asymptomatiques [ne doivent pas](#) subir de test de dépistage du SARS-CoV-2.

Remarques :

*On entame une réaction à une éclosion de COVID-19, dans une maison de soins infirmiers, lorsqu'un résident ou un membre du personnel de soins reçoit un résultat positif au SARS-CoV-2. Un cas index d'infection chez un résident doit tenir compte des infections au SARS-CoV-2 survenues dans la maison de soins infirmiers, mais non des personnes suivantes :

- Résidents dont on sait qu'ils étaient infectés par la COVID-19 lors de leur admission dans l'établissement et qui ont été assujettis aux [précautions liées au mode de transmission](#);
- Résidents assujettis aux précautions liées du mode de transmission lors de leur admission, mais ayant contracté une infection au SARS-CoV-2 dans les 14 jours suivants.

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/nursing-homes-antigen-testing.html?deliveryName=USCDC_425-DM36794

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/hcp/nursing-home-testing-algorithm-508.pdf?deliveryName=USCDC_425-DM36794

États-Unis

Recommandations supplémentaires provisoires pour la prévention et le contrôle des infections chez les patients fréquentant une clinique externe d'hémodialyse et dont on sait ou soupçonne qu'ils sont infectés par la COVID-19

Source : CDC des États-Unis

Vous trouverez ci-dessous les modifications apportées aux recommandations en date du 24 août 2020 :

- Les recommandations en matière de dépistage ont été mises à jour et comprennent une question portant sur l'exposition à des personnes infectées par le SARS-CoV-2;
- Ajout d'une recommandation concernant l'utilisation universelle de la protection des yeux (en plus d'un masque médical) pendant la prestation de soins à tous les patients; cette recommandation s'adresse au personnel de soins travaillant dans des établissements situés dans des localités où la transmission du SRAS-CoV-2 est jugée modérée à importante;
- Ajout d'un nouveau libellé au sujet des lunettes protectrices (lunettes de sécurité, lunettes de protection contre les traumatismes, etc.) : celles qui comportent un espace entre les lunettes et le visage pourraient ne pas protéger les yeux contre toutes les éclaboussures et matières pulvérisées;
- Nouvelles recommandations, pour les centres d'hémodialyse, sur la manière de réagir auprès de patients et de membres du personnel de soins nouvellement infectés par le SRAS-CoV-2.

Contexte

Ces renseignements clarifient les recommandations relatives à la prévention et au contrôle des infections par le SRAS-CoV-2, virus causant la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), dans le cas particulier des cliniques externes d'hémodialyse. Ils complètent, mais ne remplacent pas les recommandations générales de prévention et de contrôle des infections des CDC pour le SRAS-CoV-2, qui sont disponibles dans le document intitulé Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Healthcare Personnel During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic.

Ces indications sont basées sur la connaissance actuelle du SRAS-CoV-2. L'approche sera affinée et mise à jour à mesure qu'une information nouvelle sera disponible et que les besoins, en matière de réaction, évolueront aux États-Unis. Il est important de se tenir au courant des événements entourant le SRAS-CoV-2, pour prévenir son introduction et réduire au minimum sa propagation dans une clinique d'hémodialyse. Veuillez consulter les autorités de santé publique pour savoir si le SRAS-CoV-2 se transmet dans votre collectivité.

Dans le cadre des mesures régulières de contrôle des infections, les cliniques externes d'hémodialyse doivent avoir mis en place des politiques et des pratiques visant à réduire la propagation des agents pathogènes respiratoires, contagieux et autres.

Mettre en œuvre des mesures de contrôle universelles à la source

- On entend, par « mesures de contrôle à la source », l'utilisation de masques ou de masques médicaux pour couvrir la bouche et le nez d'une personne et empêcher la propagation des sécrétions respiratoires lorsque cette personne respire, parle, éternue ou tousse. En raison du potentiel de transmission des personnes asymptomatiques et présymptomatiques, des mesures de contrôle à la source sont recommandées pour toute personne se trouvant dans un établissement de soins de santé, même si elle ne présente pas de symptômes de la COVID-19.

- Les patients et les visiteurs devraient, idéalement, porter aussi un masque (si cela est toléré) à leur arrivée et tout au long de leur séjour dans la clinique. S'ils n'ont pas de masque, il faut leur offrir un masque médical ou un couvre-visage, selon les disponibilités.
 - Le couvre-visage (comme le masque médical) ne convient pas aux jeunes enfants âgés de moins de deux ans, ni aux personnes qui ont peine à respirer, sont inconscientes, sont frappées d'une incapacité ou sont incapables de l'enlever sans aide.
- Le personnel de soins doit porter un masque médical en tout temps lorsqu'il se trouve dans un établissement de soins de santé, y compris dans les salles de repos ou autres lieux où il pourrait rencontrer des collègues.
 - Dans la mesure du possible, il est préférable que le personnel de soins porte un masque médical plutôt qu'un couvre-visage, car le masque médical assure le contrôle à la source tout en protégeant le porteur contre l'exposition aux éclaboussures et au matériel infectieux provenant, par pulvérisation, d'autres personnes.
 - Un couvre-visage NE PEUT PAS remplacer un respirateur ou un masque médical, quand on a besoin de plus que les mesures de contrôle à la source.
 - Les respirateurs avec soupape d'expiration ne sont pas recommandés comme mesure de contrôle à la source. Si l'on ne dispose que d'un respirateur avec soupape d'expiration et que des mesures de contrôle à la source sont nécessaires, il faut couvrir la soupape d'expiration au moyen d'un masque médical ou d'un masque qui ne nuit pas à l'ajustement du respirateur.

Dépistage, triage et gestion des cas suspectés ou confirmés d'infection par le SRAS-CoV-2

- Mettre en œuvre des processus afin de cerner et de trier les cas suspectés ou confirmés d'infection par le SRAS-CoV-2 avant leur arrivée.
 - Rappeler aux membres du personnel des services de santé de ne pas se présenter au travail s'ils sont malades et d'informer les services de santé au travail de toute exposition non protégée à une personne atteinte d'une infection par le SRAS-CoV-2 (soit dans la communauté ou à l'intérieur du centre de dialyse).
 - Demander aux patients d'appeler à l'avance pour signaler tout contact étroit au cours des 14 derniers jours avec une personne atteinte d'une infection par le SRAS-CoV-2 ou présentant des symptômes de la COVID-19, afin que l'établissement puisse préparer leur arrivée ou les trier dans un cadre plus approprié (par exemple, dans un hôpital de soins aigus).
 - Un contact étroit est défini comme le fait de se trouver à moins de deux mètres d'une personne infectée pendant au moins 15 minutes alors qu'elle est infectieuse. Comme ces patients exposés pourraient contracter une infection par le SRAS-CoV-2, ils doivent être soignés en utilisant l'équipement de protection individuelle (EPI) et les mesures de précaution décrites pour un patient dont l'infection par le SARS-CoV-2 est confirmée, même si le test viral est négatif pendant leur période de quarantaine de 14 jours. Cela inclut de s'assurer qu'ils demeurent en tout temps à au moins deux mètres des autres patients dans l'établissement. À moins qu'il ne soit confirmé que les patients exposés sont atteints d'une infection par le SRAS-CoV-2, ils ne doivent pas être regroupés avec des patients dont l'infection par le SRAS-CoV-2 est confirmée. Si les patients exposés contractent une infection par le SRAS-CoV-2, il convient de prendre toutes les précautions nécessaires jusqu'à ce qu'ils répondent aux critères permettant de mettre fin aux précautions en matière de transmission.
 - Poser des affiches à l'entrée des cliniques et à des endroits stratégiques autour de l'établissement avec des consignes pour les patients et les visiteurs qui présentent des symptômes de la COVID-19 ou qui ont eu des contacts étroits avec une personne atteinte d'une infection par le SRAS-CoV-2, afin d'alerter le personnel de manière que les précautions appropriées puissent être mises en œuvre.
 - Fournir aux patients, aux membres du personnel des services de santé et aux visiteurs des consignes (dans les langues appropriées) sur les procédures de dépistage et de triage, y compris des renseignements sur l'importance de pratiquer un contrôle à la source, de

maintenir une distance d'au moins deux mètres avec les autres personnes dans la mesure du possible, et de se laver fréquemment les mains.

- Les consignes doivent notamment porter sur la manière d'utiliser le couvre-visage et le masque médical, d'utiliser des mouchoirs pour se couvrir le nez et la bouche en cas de toux ou d'éternuement (si le masque ne peut être toléré), de se débarrasser des mouchoirs et des articles contaminés dans les récipients à déchets, et indiquer comment et quand se laver les mains.
- Placer le matériel à proximité des chaises de dialyse et des postes de soins infirmiers afin d'encourager le respect du lavage des mains et de l'hygiène respiratoire. Ce matériel comprend notamment des mouchoirs et des récipients sans contact pour l'élimination des mouchoirs et des produits d'hygiène des mains (par exemple, le désinfectant pour les mains à base d'alcool).
- S'assurer que les procédures de triage sont conformes aux directives de la *Health Insurance Portability and Accountability Act*. Bien que le processus de dépistage et de triage dépende de l'aménagement des lieux et du personnel, les étapes générales comprennent ce qui suit :
 - Placer un membre du personnel près de toutes les entrées (à l'extérieur si le temps et l'aménagement des lieux le permettent), ou dans la zone de la salle d'attente, pour s'assurer que toutes les personnes (patients, personnel de la santé, visiteurs) sont questionnées quant à d'éventuels symptômes de COVID-19 ou d'éventuels contacts étroits avec une personne atteinte d'une infection par le SRAS-CoV-2 avant qu'elles n'entrent dans la zone de traitement, et s'assurer qu'elles pratiquent un contrôle à la source.
 - Confirmer l'absence de symptômes compatibles avec la COVID-19. La fièvre correspond soit à une température mesurée supérieure ou égale à 37,8 °C, soit à une fièvre subjective.
 - Demander à ces personnes si on leur a conseillé de s'isoler en raison d'une exposition à une personne atteinte d'une infection par le SRAS-CoV-2.
 - Prendre en charge de manière appropriée toute personne présentant des symptômes de COVID-19 ou à qui il a été conseillé de s'isoler :
 - Les membres du personnel des services de santé devraient retourner chez eux et informer les services de santé au travail afin d'organiser une évaluation complémentaire.
 - Les visiteurs devraient être empêchés d'entrer dans l'établissement.
 - Les patients devraient être pris en charge selon les directives données à la section Placement des patients ci-dessous.
- Respecter les règlements locaux concernant l'obligation de signaler les nouvelles infections aux autorités de la santé publique.

Placement des patients chez qui une infection par le SRAS-CoV-2 est suspectée ou confirmée

- Idéalement, les établissements devraient disposer de zones d'attente pour que tous les patients puissent attendre en gardant entre eux une distance d'au moins deux mètres. Les patients médicalement stables peuvent choisir d'attendre dans un véhicule personnel ou à l'extérieur de l'établissement de soins de santé, où il sera possible de communiquer avec eux par téléphone cellulaire quand leur tour viendra d'être vus.
- Les patients chez qui une infection par le SRAS-CoV-2 est suspectée ou confirmée, ou qui ont signalé un contact étroit, doivent être ramenés dans une zone de traitement appropriée dès que possible afin de réduire au minimum le temps passé dans les salles d'attente. Si les patients doivent attendre, les établissements doivent s'assurer que les consignes qui suivent sont respectées :
 - Les patients atteints d'une infection confirmée par le SRAS-CoV-2 peuvent être regroupés ensemble (par exemple, dans la même salle d'attente); ils doivent cependant demeurer en tout temps à au moins deux mètres des autres patients du centre de dialyse.
 - Les patients atteints d'une infection confirmée par le SRAS-CoV-2 et les patients qui ont eu des contacts étroits avec une personne atteinte d'une infection par le SRAS-CoV-2 doivent également maintenir en tout temps une distance d'au moins deux mètres entre eux et avec les autres patients du centre de dialyse.

- La distance physique doit être maintenue dans la zone de traitement. Les établissements devraient envisager de maintenir entre les patients une distance de deux mètres pendant les traitements de dialyse, en particulier dans les zones où la transmission communautaire est modérée à importante.
 - Idéalement, un patient chez qui une infection par le SRAS-CoV-2 est suspectée ou confirmée, ou qui a signalé un contact étroit, devrait être dialysé dans une pièce séparée (si disponible) avec la porte fermée.
 - Les chambres d'isolement pour l'hépatite B ne devraient être utilisées pour ces patients que si : 1) le patient a reçu un résultat de test positif à l'antigène de surface de l'hépatite B, ou 2) l'établissement ne compte aucun patient sur ses listes atteint d'une infection par le virus de l'hépatite B qui nécessiterait un traitement en chambre d'isolement.
 - Si une pièce séparée n'est pas disponible, le patient chez qui une infection par le SRAS-CoV-2 est suspectée ou confirmée, ou qui a signalé un contact étroit, doit être traité dans une station de coin ou de bout de rang, à l'écart du flux principal de circulation (si disponible). Le patient devrait demeurer à au moins deux mètres du patient le plus proche (dans toutes les directions).
- Si un établissement d'hémodialyse traite en dialyse plus d'un patient présentant une infection confirmée par le SRAS-CoV-2, il faudrait envisager de regrouper ces patients et le personnel des services de santé qui les soignent dans la même section de l'unité ou sur le même quart de travail (par exemple, lors du dernier quart de travail de la journée). Seuls les patients atteints d'une infection confirmée par le SRAS-CoV-2 doivent être regroupés ensemble. Les patients qui déclarent avoir été en contact étroit avec une personne atteinte d'une infection par le SRAS-CoV-2 et les patients présentant des symptômes pour lesquels une infection par le SRAS-CoV-2 n'a pas été confirmée ne doivent pas être regroupés avec les patients dont l'infection par le SRAS-CoV-2 a été confirmée ou être regroupés entre eux, étant donné que leur diagnostic est incertain. Ces patients doivent être dialysés à une station qui se trouve à au moins deux mètres des autres dans toutes les directions.

Équipement de protection individuelle (EPI) recommandé lors des soins à un patient chez qui une infection par le SRAS-CoV-2 est suspectée ou confirmée

- Le personnel des services de santé qui s'occupe de patients chez qui une infection par le SRAS-CoV-2 est suspectée ou confirmée, ou qui ont signalé un contact étroit avec une personne infectée par le SRAS-CoV-2, doit utiliser l'équipement suivant :
 - Masque respiratoire N95 ou un masque équivalent ou d'un niveau supérieur (ou masque médical si un masque respiratoire n'est pas disponible)
 - Le masque (par exemple, le couvre-visage en tissu) n'est PAS considéré comme un EPI et ne doit pas être porté par le personnel des services de santé qui ont reçu la consigne de porter un EPI.
 - En période de pénurie, il convient de veiller tout particulièrement à ce que les masques respiratoires soient réservés aux situations où la protection respiratoire est la plus importante, comme lors de procédures générant des aérosols sur des patients chez qui une infection par le SRAS-CoV-2 est suspectée ou confirmée, ou lorsque des soins sont donnés à des patients atteints d'autres infections pour lesquelles une protection respiratoire est fortement indiquée (par exemple, tuberculose, rougeole, varicelle).
 - Les masques respiratoires devraient être portés par les membres du personnel dont l'aptitude à porter un masque a été testée dans le cadre d'un programme de protection respiratoire; envisager de mettre en place un programme de protection respiratoire conforme à la norme de protection respiratoire de l'Occupational Safety and Health Administration (OSHA) pour les employés, si ce n'est pas déjà fait. Le programme devrait comprendre des évaluations médicales, de la formation et des tests d'aptitude.
 - Protection des yeux (c'est-à-dire des lunettes de protection étanches, un écran facial qui couvre le devant et les côtés du visage)
 - Les lunettes protectrices (par exemple, les lunettes de sécurité, les lunettes de protection contre les traumatismes) comportant un espace entre les lunettes et le

visage pourraient ne pas protéger les yeux contre toutes les éclaboussures et les pulvérisations.

- Les lunettes personnelles et les lentilles de contact ne constituent PAS une protection des yeux adéquate
- Gants
- Blouse d'isolement
 - La blouse d'isolement devrait être portée par-dessus la blouse protectrice ou à la place de la blouse protectrice habituellement portée par le personnel d'hémodialyse (par exemple, veste, blouse ou tablier de laboratoire avec manches incorporées). S'il y a pénurie de blouses, elles devraient être utilisées en priorité pour commencer et terminer le traitement de dialyse, manipuler les aiguilles de dialyse ou les cathéters, aider le patient à entrer et à sortir de la station d'hémodialyse, et nettoyer et désinfecter le matériel de soins aux patients et la station de dialyse.
 - Lorsque les blouses sont retirées, les placer dans un conteneur prévu pour les déchets ou le linge avant de quitter la station de dialyse. Les blouses jetables doivent être jetées après usage. Les blouses en tissu doivent être lavées après chaque utilisation.

Équipement de protection individuelle (EPI) recommandé lors des soins à un patient chez qui une infection par le SRAS-CoV-2 n'est pas suspectée

- Le personnel des services de santé travaillant dans des établissements situés dans des zones où la transmission communautaire est modérée à importante est plus susceptible d'entrer en contact avec des patients asymptomatiques ou présymptomatiques atteints d'une infection par le SRAS-CoV-2. Si une infection par le SRAS-CoV-2 n'est pas suspectée chez un patient se présentant pour des soins (en raison de ses symptômes et des antécédents d'exposition), le personnel des services de santé devrait suivre les précautions habituelles et les précautions supplémentaires systématiquement recommandées pour les établissements d'hémodialyse (par exemple, porter une blouse, des gants et un écran facial lors du branchement du cathéter) (et les précautions en matière de transmission si nécessaire en fonction du diagnostic suspecté). Il devrait aussi :
 - porter une protection des yeux et un masque médical afin de s'assurer que les yeux, le nez et la bouche sont protégés contre une exposition aux sécrétions respiratoires lors des soins aux patients;
 - porter un masque respiratoire N95 ou un masque respiratoire équivalent ou d'un niveau supérieur, au lieu d'un masque médical, pour les procédures générant des aérosols (voir la foire aux questions sur les procédures considérées comme générant des aérosols dans les établissements de santé).
- Le personnel des services de santé travaillant dans des établissements situés dans des zones où la transmission communautaire est minime, voire inexistante, devrait continuer à respecter les précautions habituelles et les précautions en matière de transmission, y compris utiliser une protection des yeux ou un masque respiratoire N95 ou un masque respiratoire équivalent ou d'un niveau supérieur, en fonction des expositions prévues et des diagnostics suspectés ou confirmés. L'utilisation universelle d'un masque médical pour le contrôle à la source est recommandée pour le personnel des services de santé.

Nettoyage et désinfection

Les procédures actuelles de nettoyage et de désinfection de routine des stations de dialyse sont appropriées pour les patients atteints d'une infection par le SRAS-CoV-2; il est toutefois important de vérifier que le produit utilisé pour la désinfection des surfaces agit contre le SRAS-CoV-2. Les établissements devraient s'assurer de suivre les consignes de l'étiquette du fabricant pour une utilisation et une dilution appropriées du désinfectant. Les consignes du fabricant sont propres au produit et devraient être respectées (par exemple, elles ne sont pas nécessairement conformes à une dilution de 1:100 ou 1:10); certains produits ne nécessitent pas de préparation ou de dilution et sont vendus « prêts à l'emploi ». Le produit que vous utilisez actuellement peut devoir être utilisé à une concentration différente ou avec un temps de contact différent.

- Voir la liste N sur le site de l'Environmental Protection Agency (EPA) pour obtenir la liste des désinfectants enregistrés par l'EPA et qui se sont qualifiés dans le cadre du programme des nouveaux agents pathogènes viraux de l'EPA pour une utilisation contre le SRAS-CoV-2.
 - Lorsque vous utilisez des produits de la liste N, assurez-vous que les produits portent également une allégation relative aux agents pathogènes à diffusion hématogène (par exemple, virus de l'hépatite B, VIH).
 - Note concernant la liste N : les produits peuvent être commercialisés et vendus sous des noms de marque différents, mais s'ils portent le même numéro d'enregistrement EPA, il s'agit du même produit.

Le personnel devrait être éduqué et formé, et ses compétences devraient être évaluées pour toutes les procédures de nettoyage et de désinfection de l'établissement. Veiller à ce que le personnel utilise un EPI approprié conformément aux recommandations du fabricant lors du nettoyage.

- Inclure une formation sur le nettoyage et la désinfection de routine de la station de dialyse, ainsi que de toutes les surfaces qui sont fréquemment touchées, et qui peuvent être oubliées, comme la pesée et les zones d'attente.
- Rappels importants – Environmental Surface Disinfection in Dialysis Facilities: Notes for Clinical Managers (désinfection des surfaces dans les établissements de dialyse : notes à l'intention des gestionnaires cliniques) et Checklist: Dialysis Station Routine Disinfection (liste de contrôle : désinfection de routine de la station de dialyse) :
 - La désinfection de routine des surfaces des stations doit se faire en l'absence de tout patient afin de réduire les possibilités de contamination croisée et d'éviter d'exposer les patients aux vapeurs de désinfectant.
 - En cas de présence de sang ou d'autres salissures visibles, les surfaces doivent être nettoyées avant la désinfection.

Veiller à ce que les procédures de nettoyage et de désinfection de routine soient suivies de manière cohérente et correcte pour les patients chez qui une infection par le SRAS-CoV-2 est suspectée ou confirmée, ou qui signalent avoir eu un contact étroit avec une personne atteinte d'une infection par le SRAS-CoV-2.

- Toutes les surfaces, fournitures ou équipements tels que les appareils de dialyse situés à moins de deux mètres de patients symptomatiques doivent être désinfectés ou mis au rebut de manière appropriée.
- Les fournitures médicales jetables apportées à la station de dialyse doivent être jetées.
- Tout le matériel médical non spécialisé et non jetable utilisé pour les soins aux patients doit être nettoyé et désinfecté conformément aux consignes du fabricant et aux politiques de l'établissement.
- Suivre les procédures opérationnelles normalisées pour le confinement et l'élimination de l'EPI usagé et des déchets médicaux réglementés.
- Si des draps ou des couvertures jetables sont utilisés sur les chaises de dialyse, suivre les procédures standard pour le confinement et le lavage des articles utilisés.

Des renseignements complémentaires sur les pratiques recommandées pour le nettoyage final des salles et de l'EPI que doivent porter les personnes chargées du nettoyage et de la désinfection sont disponibles dans la foire aux questions sur la prévention et le contrôle des infections en milieu de soins de santé pour la COVID-19.

Réponse concernant les patients ou les membres du personnel des services de santé récemment identifiés comme étant atteints d'une infection par le SRAS-CoV-2

Les établissements devraient disposer d'un processus pour répondre aux patients ou aux membres du personnel des services de santé récemment identifiés comme étant atteints d'une infection par le SRAS-CoV-2, y compris pour évaluer les risques pour les autres personnes de l'établissement qui peuvent avoir eu des contacts étroits avec les personnes infectées.

- Les personnes présentant des symptômes de la COVID-19 sont considérées comme étant potentiellement infectieuses à partir de deux jours avant l'apparition des symptômes jusqu'à ce qu'elles répondent aux critères permettant de mettre fin aux précautions en matière de transmission (pour les patients) ou d'effectuer un retour au travail (personnel des services de santé).

- Si la personne infectée n'avait pas de symptômes, la collecte d'informations sur le moment où elle aurait pu être exposée peut aider à déterminer la période estimée de contagion.
 - Si une exposition est établie : la personne peut être considérée comme potentiellement infectieuse à partir de deux jours après l'exposition jusqu'à ce qu'elle réponde aux critères permettant de mettre fin aux précautions en matière de transmission ou d'effectuer un retour au travail.
 - Si la date d'exposition ne peut être déterminée : aux fins de la recherche des contacts, il est raisonnable de situer le point de départ deux jours avant le prélèvement de l'échantillon ayant donné un résultat positif au test de dépistage du SRAS-CoV-2, et de poursuivre jusqu'à ce que la personne réponde aux critères permettant de mettre fin aux précautions en matière de transmission ou d'effectuer un retour au travail.

Si la personne infectée est un membre du personnel des services de santé :

- Les patients qui se sont trouvés à moins de deux mètres du travailleur infecté pendant au moins 15 minutes doivent être considérés comme ayant été potentiellement exposés. En général, ils devraient être dialysés en gardant une distance avec les autres patients d'au moins deux mètres et soignés par un membre du personnel des services de santé portant tout l'EPI recommandé pour le SRAS-CoV-2 jusqu'à 14 jours après leur dernière exposition.
 - Si le patient exposé portait un masque médical (au lieu d'un couvre-visage) pendant toute la durée de l'exposition, une évaluation des risques devrait être effectuée (on pourra trouver ici les points à considérer pour une évaluation des risques). Les patients de ce groupe visés par une exposition à risque moindre pourraient être suivis pour voir s'il y a apparition de symptômes sans autres précautions.
 - Si le patient portait un simple couvre-visage (au lieu d'un masque médical) ou ne portait aucun type de protection du visage (couvre-visage ou masque médical), il doit alors être considéré comme étant un contact étroit non protégé.
 - Si le patient exposé contracte une infection par le SRAS-CoV-2, il doit être soigné en utilisant tout l'EPI recommandé pour le SRAS-CoV-2 jusqu'à ce que le patient réponde aux critères permettant de mettre fin aux précautions en matière de transmission.
 - Les patients exposés dont il est établi qu'ils sont considérés comme un contact étroit devraient être avisés de s'isoler chez eux pendant 14 jours après leur dernier contact avec une personne atteinte d'une infection par le SRAS-CoV-2, sauf lorsqu'ils doivent quitter leur domicile pour des traitements d'hémodialyse ou d'autres rendez-vous médicaux nécessaires.
- Effectuer une évaluation des risques et appliquer les restrictions de travail pour les autres membres du personnel des services de santé qui ont été exposés au travailleur infecté, selon qu'ils ont eu ou non un contact étroit, prolongé avec le travailleur, et le type d'EPI qu'ils portaient. Des renseignements plus détaillés sont disponibles sur la page des CDC portant sur les directives américaines provisoires pour l'évaluation des risques et les restrictions de travail pour le personnel des services de santé potentiellement exposé à la COVID-19 (Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Work Restrictions for Healthcare Personnel with Potential Exposure to COVID-19).

Si la personne infectée est un patient :

- Les patients qui se sont trouvés à moins de deux mètres du patient infecté pendant au moins 15 minutes doivent être considérés comme ayant été potentiellement exposés, même si tous portaient un masque. En général, les patients exposés devraient être dialysés en gardant une distance avec les autres patients d'au moins deux mètres et soignés par un membre du personnel des services de santé portant tout l'EPI recommandé pour le SRAS-CoV-2 jusqu'à 14 jours après leur dernière exposition.
- Si le patient exposé portait un masque médical au lieu d'un simple couvre-visage, une évaluation des risques (décrite ci-dessus) peut être envisagée pour déterminer si des précautions sont nécessaires. Si le patient contracte une infection par le SRAS-CoV-2, il doit être soigné en utilisant tout l'EPI recommandé pour le SRAS-CoV-2 jusqu'à ce qu'il réponde aux critères permettant de mettre fin aux précautions en matière de transmission.
- Effectuer une évaluation des risques et appliquer les restrictions de travail pour les membres du personnel des services de santé qui ont été exposés au patient infecté, selon qu'ils ont eu ou non un contact étroit, prolongé avec le patient, et le type d'EPI qu'ils portaient. Des renseignements

plus détaillés sont disponibles sur la page des CDC portant sur les directives américaines provisoires pour l'évaluation des risques et les restrictions de travail pour le personnel des services de santé potentiellement exposé à la COVID-19 (Interim U.S. Guidance for Risk Assessment and Work Restrictions for Healthcare Personnel with Potential Exposure to COVID-19).

- Les patients exposés dont il est établi qu'ils sont considérés comme un contact étroit devraient être avisés de s'isoler chez eux pendant 14 jours après leur dernier contact avec une personne atteinte d'une infection par le SRAS-CoV-2, sauf lorsqu'ils doivent quitter leur domicile pour des traitements d'hémodialyse ou d'autres rendez-vous médicaux nécessaires.

Identification des foyers d'infection par le SRAS-CoV-2 à l'intérieur du centre de dialyse

- Comme les patients ou les membres du personnel des services de santé peuvent contracter une infection par le SRAS-CoV-2 à la suite d'une exposition en dehors du centre de dialyse, il peut être difficile de déterminer si une transmission a eu lieu au sein du centre de dialyse. Les personnes atteintes d'une infection par le SRAS-CoV-2, les liens épidémiologiques au sein du centre de dialyse et l'absence de toute autre source d'exposition identifiée laissent croire que la transmission pourrait avoir eu lieu au sein du centre de dialyse. Toute transmission au sein d'un centre de dialyse doit être considérée comme une éclosion.
- Si une éclosion est suspectée, les établissements doivent envisager d'utiliser l'EPI recommandé pour les soins aux patients chez qui une infection par le SRAS-CoV-2 est suspectée ou confirmée, et ce pour tous les patients de l'établissement, dans l'attente d'une enquête et de tests supplémentaires. Aviser les autorités locales de la santé publique des éclosions suspectées ou confirmées dans le centre de dialyse.
- Si les établissements sont témoins d'un grand nombre de membres du personnel des services de santé ou de patients récemment infectés sur de courtes périodes (par exemple, sur une semaine), l'utilisation universelle de l'EPI ou des tests à l'échelle de l'établissement peuvent également être envisagés (en particulier dans les établissements situés dans des zones où la transmission est modérée ou importante).

https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/dialysis.html?deliveryName=USCDC_425-DM36794

États-Unis

Limiter la violence en milieu de travail associée aux politiques de prévention de la COVID-19 dans les commerces de détail et les entreprises de services

Source : CDC

Mis à jour le 1^{er} septembre 2020

Destinataires : Ces renseignements sont destinés aux employeurs et aux employés des commerces de détail, des entreprises de services et autres entreprises accueillant une clientèle. Les commerces de détail et les entreprises de services vendent des biens et fournissent des services au public et comprennent les grands magasins, les épiceries, les stations-service et les restaurants. Ces entreprises sont ouvertes et ont mis en place des politiques et des pratiques de prévention de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) recommandées par les États, les municipalités ou les entreprises elles-mêmes, afin de réduire au minimum la propagation du virus parmi les employés et les clients.

Ces renseignements ne s'adressent pas à tous les milieux d'affaires. Une entreprise peut avoir besoin d'adapter ces stratégies en fonction de son espace physique, de son personnel et d'autres facteurs.

Objet : Cette page Web propose des stratégies pour limiter la violence envers les travailleurs qui peut être présente lorsque des entreprises mettent en place des politiques et des pratiques afin d'aider à réduire au minimum la propagation de la COVID-19 parmi les employés et les clients. Ces politiques peuvent notamment inclure d'obliger les employés et les clients à porter un masque, de demander aux clients de suivre les règles d'éloignement social, et de fixer des limites quant au nombre de clients autorisés dans un établissement commercial en même temps.

Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) peuvent mettre à jour cette page périodiquement. Veuillez consulter régulièrement le site Web des CDC sur la COVID-19 pour obtenir des conseils à jour. Veuillez consulter les directives provisoires pour les entreprises et les employés dans le contexte de la pandémie de COVID-19 ([Interim Guidance for Businesses and Employers Responding to Coronavirus](#)

[Disease 2019 \[COVID-19\]](#) des CDC pour obtenir des conseils généraux sur la prévention de la COVID-19 à l'intention des entreprises.

La violence en milieu de travail, ce sont « *des gestes violents, y compris des agressions physiques et des menaces d'agression, dirigés contre des personnes au travail ou en service* ». La violence en milieu de travail peut comprendre :

- **Les menaces** : menaces verbales, écrites et physiques qui pourraient raisonnablement être interprétées comme une intention de nuire.
- **Les agressions verbales** : crier, jurer, insulter ou intimider une autre personne dans l'intention de lui faire du mal ou de lui causer du tort. Contrairement aux agressions physiques, l'intention n'est pas nécessairement de causer des dommages physiques, mais des émotions négatives chez la personne agressée.
- **Les agressions physiques** : frapper, gifler, donner des coups de pied, pousser, étouffer, empoigner, ou tout autre contact physique avec l'intention de causer des blessures ou de nuire.

La résolution des conflits est un processus permettant de trouver une issue pacifique à un conflit ou à une dispute.

Une **réponse non violente** est une approche pacifique pour faire face à une situation dans laquelle une personne est agressive ou menaçante. Cette technique consiste à rester calme, à laisser de l'espace à la personne, à s'assurer que d'autres personnes sont présentes dans le secteur, et à ne pas toucher la personne ou essayer de l'éloigner de force.

La violence en milieu de travail et la COVID-19

Les travailleurs peuvent être menacés et agressés alors que les entreprises tentent de mettre en place des politiques et des pratiques de prévention de la COVID-19 (par exemple, utilisation obligatoire du [masque](#), [éloignement social](#), et limitation du nombre de clients autorisés dans un commerce). Ces menaces et agressions peuvent être le fait de clients, d'autres employés ou d'employeurs. D'après le [Current Intelligence Bulletin](#) de 1996, les menaces et les agressions peuvent se produire dans n'importe quel milieu de travail, mais elles sont plus susceptibles de se produire dans les commerces de détail, les entreprises de services (par exemple, les restaurants) et autres entreprises accueillant une clientèle.

Ressources et formations sur la violence en milieu de travail

Les employeurs et les employés peuvent utiliser les ressources et les formations suivantes pour en apprendre plus sur la manière de prévenir et de traiter la violence en milieu de travail :

- FAA – Prévention de la violence en milieu de travail et intervention ([FAA Workplace Violence Prevention and Response](#))
- FBI – Violence en milieu de travail ([FBI Workplace Violence : Issues in Response](#))
- NIOSH – Violence au travail ([NIOSH Occupational Violence](#))
- OSHA – Recommandations concernant les programmes de prévention de la violence en milieu de travail dans les commerces ouverts tard la nuit ([OSHA Recommendations for Workplace Violence Prevention Programs in Late-Night Retail Establishments](#))

Les employeurs peuvent prendre des mesures pour prévenir la violence au travail.



Offrir aux clients des options pour réduire au minimum leurs contacts avec les autres et encourager [l'éloignement social](#). Ces options peuvent comprendre la collecte en bordure de trottoir, les commandes personnelles, la livraison à domicile de produits alimentaires, de nourriture et d'autres services, ainsi que des mesures de rechange concernant les heures d'ouverture.



Poser des affiches pour informer les clients des politiques relatives au port du [masque](#), à l'[éloignement social](#), et au nombre maximum de personnes autorisées dans un établissement commercial.



Afficher les politiques liées à COVID-19 sur le site Web de l'entreprise.



Offrir aux employés une formation sur la reconnaissance des menaces, la résolution des conflits, la réponse non violente et sur tout autre sujet pertinent lié aux interventions concernant la violence au travail.



Mettre en place des mesures pour évaluer la violence au travail et y répondre. La réponse dépendra de la gravité de la violence ainsi que de la taille et de la structure de l'entreprise. Les réponses possibles peuvent inclure de signaler le cas à un gestionnaire ou à un superviseur en service, d'appeler la sécurité ou de composer le 911.



Demeurer à l'écouter et soutenir les employés et les clients en cas de situation menaçante ou violente.



Former des équipes de deux travailleurs afin d'encourager le respect des politiques de prévention de la COVID-19, si le nombre d'employés le permet.



Installer des systèmes de sécurité (par exemple, des boutons de panique, des caméras, des alarmes) et former les employés sur leur utilisation.



Désigner une zone sûre où les employés peuvent se réfugier s'ils se sentent en danger (par exemple, une pièce où la porte se verrouille de l'intérieur, qui a une deuxième issue, et qui est équipée d'un téléphone ou d'une alarme silencieuse).

Offrir de la formation aux employés : Signes précurseurs et réaction

La formation des employés sur la violence au travail couvre généralement les définitions et les types de violence, les facteurs de risque et les signes précurseurs de la violence, les stratégies de prévention et les façons de réagir aux situations menaçantes, potentiellement violentes ou violentes.

Signes précurseurs

Dans le cadre de la formation, les employés apprennent souvent les indices verbaux et non verbaux qui peuvent être des signes précurseurs d'une possible violence. Les indices verbaux peuvent inclure le fait de parler fort ou de jurer. Les indices non verbaux peuvent comprendre, entre autres, les poings serrés, une respiration bruyante, un regard fixe et de l'agitation. **Plus les indices sont nombreux, plus le risque de violence est grand.**

Réponse

Au cours de la formation, les employés apprennent également à réagir de manière appropriée à des situations potentiellement violentes ou violentes. Les réponses incluent d'accorder de l'attention à la personne, de maintenir un contact visuel non menaçant, d'utiliser un langage corporel compréhensible, et d'éviter les gestes menaçants, tels que pointer du doigt ou croiser les bras.



<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/organizations/business-employers/limit-workplace-violence.html>

États-Unis

La crédibilité des principaux organismes de santé américains menacée sous la pression politique

Source : Agence de presse Xinhua

ID unique : [1007747132](#)

WASHINGTON, 31 août (Xinhua) -- La crédibilité de deux grands organismes de santé américains a été mise en doute après qu'ils eurent pris des décisions controversées concernant le coronavirus en raison d'une possible pression politique, selon un rapport de l'Associated Press (AP).

Stephen Hahn, directeur de la Food and Drug Administration (FDA), a surestimé l'effet thérapeutique d'une thérapie au plasma contre la COVID-19 autorisée par son agence, attirant les critiques des scientifiques, qui soutiennent que les avantages de la thérapie ont été exagérés, a indiqué samedi le rapport.

Pendant ce temps, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont discrètement révisé leurs directives, laissant entendre que moins d'Américains avaient besoin de subir un test de dépistage du virus, selon le rapport.

« Je m'inquiète de la crédibilité de la FDA et des CDC, surtout à un moment où la capacité du gouvernement fédéral de défendre la santé publique devrait être une priorité pour tous les décideurs politiques », a déclaré Daniel Levinson, ancien inspecteur général du département de la Santé et des Services sociaux, cité par l'AP.

Les responsables de l'administration Trump ont déclaré mercredi que le groupe de travail de la Maison-Blanche sur le virus a révisé les directives de dépistage des CDC afin de « tenir compte des éléments de preuve actuels » sans donner plus de détails, selon le rapport.

Selon les nouvelles directives des CDC, les personnes qui ont été en contact étroit avec des patients COVID-19 n'ont pas à subir un test de dépistage si elles ne se sentent pas malades.

Ces directives sont manifestement contraires au consensus scientifique, selon lequel des tests à grande échelle sont nécessaires pour enrayer la pandémie, ajoute le rapport.

http://www.xinhuanet.com/english/2020-09/01/c_139333915.htm

États-Unis

Les États-Unis ne participeront pas au projet COVAX pour mettre au point un vaccin contre le coronavirus.

Source : tass.ru

ID : 1007752527

Les États-Unis ne veulent pas être contraints par des organisations internationales sous l'influence d'une « Organisation mondiale de la Santé corrompue », a déclaré le porte-parole de la Maison-Blanche, Judd Deere.

TASS, 1^{er} septembre. **Les États-Unis ne participeront pas à l'initiative internationale COVAX visant à mettre au point, à fabriquer et à distribuer un nouveau type de vaccin contre le coronavirus.** Selon un article du Washington Post publié mardi, l'attaché de presse adjoint de la Maison-Blanche, Judd Deere, a fait cette annonce.

« **Les États-Unis continueront à travailler avec leurs partenaires internationaux** pour assurer la victoire sur le coronavirus, mais nous ne serons pas contraints par des organisations internationales sous l'influence de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) corrompue », a-t-il déclaré.

Le projet COVAX est géré par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination, la Coalition for Epidemic Preparedness Innovation, l'OMS et les multinationales productrices de vaccins qui voient dans cet outil une source supplémentaire de financement public.

L'objectif de ce projet est d'investir dans une douzaine de vaccins différents et de veiller à ce qu'ils soient accessibles assez tôt une fois commercialisés. Environ deux milliards de doses du vaccin devraient être distribuées avec l'aide de COVAX d'ici la fin de 2021.

La semaine dernière, le directeur général de l'OMS a annoncé que 172 pays avaient rejoint le projet.

<https://tass.ru/obschestvo/9345291>

États-Unis

Le département de la Santé et des Services sociaux déploie les nouveaux tests de dépistage du coronavirus d'Abbott dans les États touchés par des incendies et des ouragans.

Source : Nouvelles de l'heure et analyses de CNBC

ID : 1007752421

Le gouvernement fédéral déploie du matériel supplémentaire pour le dépistage du coronavirus, notamment les nouvelles trousse de tests rapides d'Abbott, dans les régions du pays récemment frappées par des catastrophes naturelles, a déclaré mardi le secrétaire adjoint à la Santé, Brett Giroir.

L'ouragan Laura en Louisiane et les incendies de forêt sur la côte ouest ont provoqué l'évacuation de centaines de milliers de personnes.

« Nous allons travailler avec Abbott sur la formation, la communication et de nombreux autres détails de mise en œuvre, mais nous donnons la priorité, dès aujourd'hui, aux toutes premières expéditions vers les régions touchées par des catastrophes naturelles, notamment la Louisiane touchée par des ouragans et l'Ouest touché par des feux de forêt, afin de soutenir l'aide aux personnes déplacées », a déclaré M. Giroir lors d'une conférence téléphonique avec des journalistes.

M. Giroir, qui dirige les efforts de dépistage de l'administration Trump, a déclaré que le département de la Santé et des Services sociaux commencera à expédier des livraisons du nouveau test rapide d'Abbott aux gouverneurs et aux maisons de retraite à la mi-septembre.

La semaine dernière, la Food and Drug Administration (FDA) a accordé une autorisation d'utilisation d'urgence à Abbott pour le nouveau test antigénique de dépistage du coronavirus, qui, selon elle, est le premier test de dépistage de la COVID-19 qui donne des résultats en quelques minutes sans équipement de laboratoire, et qui ne coûte qu'environ 5 \$, grâce à un petit bâton de test, un peu comme celui utilisé pour un test de grossesse. L'administration Trump a rapidement réservé la majeure partie des tests nécessaires jusqu'à la fin de l'année grâce à un accord d'une valeur de 750 millions de dollars, qui permettra de livrer au moins 150 millions de tests.

Le nouveau test, appelé BinaxNOW, est un test antigénique, qui est plus susceptible qu'un test moléculaire de donner un faux résultat négatif à une personne réellement infectée. Si les tests moléculaires sont les plus précis sur le marché, ils dépendent d'un équipement technique de laboratoire, d'un personnel formé et d'une chaîne d'approvisionnement déjà tendue, ce qui rend difficile une augmentation massive des tests moléculaires.

Le test n'est autorisé que pour les patients suspectés d'avoir la COVID-19 et « dans les sept jours suivant l'apparition des symptômes », indique la FDA, mais M. Giroir a ajouté mardi que le test peut être utilisé sur des personnes ne présentant pas de symptômes s'il est prescrit par les autorités sanitaires de l'État ou locales.

M. Giroir a déclaré que le gouvernement enverra dès que possible des tests en Louisiane et dans d'autres régions touchées par des catastrophes naturelles. Il a ajouté qu'à l'avenir, le département de la Santé et des Services sociaux distribuera certains tests aux maisons de soins infirmiers, afin d'aider à protéger les personnes âgées, qui sont parmi les plus vulnérables à la COVID-19. Cependant, la majorité des tests seront distribués aux gouverneurs, qui les utiliseront ensuite pour aider à la réouverture des écoles et des « infrastructures essentielles », a déclaré M. Giroir.

« Nous continuerons à construire l'écosystème de dépistage afin de soutenir l'aplatissement de la courbe et de sauver des vies », a-t-il affirmé. « Plein régime en matière de quantité, de qualité et de diversité des tests pour soutenir notre stratégie nationale. »

Le gouverneur de la Louisiane, John Bel Edwards, a affirmé la semaine dernière que l'État était « aveugle » à l'ampleur de l'éclosion de coronavirus dans cet État, parce qu'il a dû fermer de nombreux sites de dépistage, alors qu'il se préparait à affronter l'ouragan Laura. La semaine dernière, des responsables de la Louisiane et du Texas ont reconnu que la réponse à une situation d'urgence pendant la pandémie présentait de nouveaux défis.

« Nous devons répondre à l'ouragan Laura en même temps qu'à une pandémie », a déclaré le gouverneur du Texas, Greg Abbott. « Et nous ne perdons pas de vue ce qui doit être fait pour répondre de manière adéquate à la pandémie, c'est pourquoi plusieurs choses sont faites différemment que par le passé pour aider les personnes évacuées. »

Les deux gouverneurs ont encouragé les résidents en fuite à chercher refuge dans des hôtels ou des motels plutôt que dans des centres d'évacuation potentiellement bondés afin d'empêcher la propagation de la COVID-19.

<https://www.cnbc.com/2020/09/01/hhs-deploys-abbotts-new-coronavirus-tests-to-states-hit-by-wildfires-hurricanes.html>

États-Unis

Les travailleurs de la santé et les premiers répondants devraient être les premiers à recevoir le vaccin contre la COVID-19, selon un comité d'experts américain.

Source : Financial Post

ID : 1007752411

CHICAGO/NEW YORK – Les travailleurs de la santé et les premiers répondants qui courent le plus grand risque de contracter la COVID-19 devraient être en première ligne pour obtenir le vaccin quand il sera disponible, a déclaré mardi un comité d'experts indépendants sollicité par de hauts responsables de la santé aux États-Unis.

Le rapport provisoire, publié par les académies nationales des sciences, de l'ingénierie et de la médecine (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine), recommande que les vaccins soient déployés en quatre phases, la première phase « de départ » étant axée sur la gestion de ce qui devrait être au départ une offre limitée de vaccins.

Les responsables gouvernementaux ont déclaré qu'un vaccin pourrait être disponible d'ici la fin de l'année, voire plus tôt en cas d'urgence, en fonction des résultats obtenus lors des essais d'une poignée de vaccins actuellement en phase finale d'essai.

Dans le cadre d'une première phase de déploiement, les personnes de tous âges présentant des pathologies sous-jacentes qui les exposent à un risque élevé de développer une forme grave de la COVID-19 et les personnes âgées vivant dans des établissements de soins de longue durée seraient les suivantes. Environ 15 % de la population américaine, qui compte environ 330 millions de personnes, seraient admissibles lors de la phase I.

La phase II viserait les travailleurs essentiels à risque, comme les enseignants, les personnes atteintes de maladies sous-jacentes présentant un risque modérément plus élevé, et tous les adultes âgés non inclus dans la phase I. Cette phase inclurait également les personnes en prison, les personnes handicapées et celles qui se trouvent dans des refuges pour sans-abri, ainsi que le personnel de ces établissements.

<https://financialpost.com/pm/business-pmn/health-workers-first-responders-should-be-first-to-get-covid-19-vaccines-u-s-panel>

États-Unis

Étude financée par les NIH pour suivre la prévalence et l'incidence du SRAS-CoV-2 chez les femmes enceintes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Source : National Institutes of Health

Communiqués de presse : mardi 1^{er} septembre 2020

QUOI

Les National Institutes of Health (NIH) ont lancé une étude pour suivre la prévalence et l'incidence de l'infection par le SRAS-CoV-2 chez environ 16 000 femmes enceintes dans sept pays à revenu faible et intermédiaire. L'étude suivra les femmes tout au long de la grossesse et 12 mois après l'accouchement afin de comparer les résultats des participantes qui ont été infectées par le virus à ceux des femmes enceintes qui ne l'ont pas été.

À l'accouchement, les femmes participant à l'étude subiront un test d'anticorps pour déterminer si elles ont été exposées au SRAS-CoV-2. Les chercheurs espèrent déterminer si l'infection augmente le risque de complications telles que les naissances prématurées, le retard de croissance du fœtus, la mortinaissance, la mort du nouveau-né et les malformations congénitales. Ils espèrent également évaluer les connaissances des participantes et leurs attitudes à l'égard de la COVID-19 pendant la grossesse, y compris concernant la sécurité, les pratiques de protection et les soins prénataux. Les femmes participant à l'étude seront également invitées à participer à une analyse de suivi afin de déterminer si l'infection maternelle par le SRAS-CoV-2 influence les résultats chez les nourrissons, tels que la paralysie cérébrale, les retards de développement et les anomalies de l'audition et de la vision.

L'étude est menée par le Global Network for Women's and Children's Health Research, un groupe de sites cliniques financés par le National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Eunice Kennedy Shriver des NIH. Les pays participants sont le Guatemala, le Bangladesh, l'Inde, le Pakistan, le Kenya, la République démocratique du Congo et la Zambie.

QUI

La directrice du NICHD, Diana W. Bianchi, M.D., est disponible pour tout commentaire.

À propos du National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) Eunice Kennedy Shriver : Le NICHD mène des recherches et des formations pour comprendre le développement humain, améliorer

la santé reproductive, améliorer la vie des enfants et des adolescents et optimiser les capacités de chacun. Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter le site <https://www.nichd.nih.gov>.

À propos des National Institutes of Health (NIH) : Les NIH, l'agence nationale de recherche médicale, comprennent 27 instituts et centres et font partie du département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis. Les NIH sont la principale agence fédérale qui mène et soutient la recherche médicale fondamentale, clinique et translationnelle, et qui étudie les causes, les traitements et les remèdes des maladies communes et rares. Pour plus d'information sur le NIH et ses programmes, consultez le site www.nih.gov.
<https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-supported-study-track-prevalence-impact-sars-cov-2-among-pregnant-women-low-middle-income-countries>

Organisation panaméricaine de la santé (OPS)

Alerte épidémiologique : la COVID-19 parmi les travailleurs de la santé – 31 août 2020

Source : OPS/OMS

ID du RMISP : 1007750045

Compte tenu de l'augmentation des cas de COVID-19 et des décès parmi les travailleurs de la santé dans les pays et territoires de la région des Amériques, l'Organisation panaméricaine de la santé/Organisation mondiale de la Santé (OPS/OMS) invite instamment les États membres à renforcer la capacité des services de santé à tous les niveaux et à doter les travailleurs de la santé des ressources et de la formation appropriées afin de garantir une réponse adéquate et rapide à la pandémie au sein du système de santé. En date du 19 août 2020, selon les renseignements disponibles auprès de 191 pays de la région des Amériques, un total de 569 304 cas de COVID-19, dont 2 506 décès, ont été signalés parmi les travailleurs de la santé. Parmi ceux-ci, 72 % sont des femmes, et les tranches d'âge présentant les plus fortes proportions de cas confirmés sont les 30-39 ans et les 40-49 ans.
<https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-alert-covid-19-among-health-workers-31-august-2020>

OPS

La région des Amériques représente la majorité des nouveaux décès attribuables à la COVID-19 dans le monde.

Source : Organisation panaméricaine de la Santé

1^{er} septembre 2020

Washington D.C., 1^{er} septembre 2020 (OPS) – La région des Amériques représentait 64 % des nouveaux décès signalés dans le monde au cours des deux derniers mois, soit plus de 213 000 nouveaux décès, bien qu'elle ne représente qu'environ 13 % de la population mondiale, selon une nouvelle mise à jour épidémiologique publiée par l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS).

La mise à jour épidémiologique souligne que la majorité des nouveaux décès dans le monde ont été rapportés par le Brésil, avec 19 %, les États-Unis, avec 16 %, l'Inde, avec 13 %, et le Mexique, avec 12 %.

Le nombre de cas dans le monde a augmenté de 158 %, avec quelque 14 millions de cas supplémentaires, depuis la publication du rapport de l'OPS le 23 juin. Les décès ont augmenté de 72 %, soit quelque 300 000 décès supplémentaires.

Dans la région des Amériques, « alors que les cas de COVID-19 semblent s'être stabilisés dans certains pays et territoires au niveau national (par exemple les États-Unis et le Canada), les taux de notification quotidiens s'accroissent maintenant dans d'autres pays et territoires, dont beaucoup connaissent des éclosions plus importantes pour la première fois depuis le début de la pandémie dans la région (par exemple, les pays et territoires de la sous-région des Caraïbes) », indique la mise à jour de l'OPS.

Toutefois, les notifications quotidiennes de cas aux États-Unis et au Brésil ont tendance à diminuer, selon le rapport. En Amérique centrale, le nombre de cas et de décès a augmenté de plus de 300 % depuis le mois de juin (les cas sont passés de 61 058 à 266 000 et les décès de 1 580 à 7 203), tandis que dans les

Caraïbes, le nombre de cas a augmenté de 230 % (pour atteindre plus de 100 000 nouveaux cas) et le nombre de décès de 123 % (pour atteindre 1 384 décès) par rapport à juin. L'Amérique du Sud a signalé plus de 5,6 millions de cas et 186 000 décès, soit près de trois fois le nombre de cas et de deux fois le nombre de décès depuis juin dernier.

Lors d'un point de presse cette semaine, la directrice de l'OPS, Carissa F. Etienne, a déclaré que le nombre croissant de cas signalait un besoin urgent de mettre en œuvre des mesures de santé publique pour ralentir la propagation de la COVID-19, comme la recherche des contacts, l'éloignement social, la mise en place d'abris et la limitation des rassemblements publics. « Nous ne pouvons pas arrêter toutes les transmissions, mais si les pays restent vigilants et élargissent les tests et la surveillance, ils pourront mieux identifier les pics de cas et agir rapidement pour les contenir avant qu'ils ne soient hors de contrôle », a-t-elle déclaré. <https://www.paho.org/en/news/1-9-2020-region-americas-accounts-majority-new-covid-19-deaths-worldwide>

OPS

L'OPS propose une série de cours et de webinaires virtuels sur la COVID-19 pour les professionnels de la santé.

Source : Organisation panaméricaine de la Santé

1^{er} septembre 2020

Le Campus virtuel de santé publique propose neuf cours et plus de 60 webinaires ouverts et gratuits pour renforcer les capacités des travailleurs de la santé concernant le nouveau coronavirus.

Washington, D.C., 1^{er} septembre 2020 (OPS) - Neuf cours virtuels et plus de 60 webinaires en espagnol et en anglais sur différents aspects de la COVID-19 sont proposés gratuitement par le Campus virtuel de santé publique de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS).

L'offre éducative comprend un cours sur les précautions de base de l'hygiène des mains dans les établissements de santé, qui résume les directives de l'OMS sur l'hygiène des mains; un autre porte sur la façon de mettre et d'enlever l'équipement de protection individuelle, qui vise à aider le personnel de la santé à se protéger correctement contre la COVID-19; un autre cours porte sur la prévention et le contrôle des infections causées par le nouveau coronavirus.

« La formation en temps réel pendant les urgences mondiales est essentielle pour une préparation et une réponse efficaces. La chaîne COVID-19 fournit des ressources d'apprentissage aux professionnels de la santé, aux décideurs et au public sur l'écllosion de maladie à coronavirus (COVID-19). Au fur et à mesure de l'évolution de l'écllosion, de nouvelles ressources seront ajoutées et les cours existants seront mis à jour pour refléter au mieux l'évolution du contexte », indique le portail du Campus virtuel.

Des cours sont disponibles sur l'aide psychologique en cas d'urgence, la gestion clinique des infections respiratoires aiguës graves, telles que la COVID-19, les infections respiratoires, la santé et la sécurité au travail, et les nouveaux virus respiratoires, y compris le SRAS-CoV-2, qui est à l'origine de la COVID-19.

« Les cours d'autoapprentissage sont en accès libre, gratuitement, et les gens peuvent les suivre à leur propre rythme, sans horaires définis et de manière autonome », explique Gabriel Listovsky, coordonnateur régional du Campus virtuel. En outre, le Campus virtuel propose également des cours avec tutorat, qui sont coordonnés par des équipes d'enseignants et qui ont des dates de début et de fin. Les personnes admissibles peuvent présenter une demande, et l'OPS délivre des certificats pour les cours suivis.

Les options d'apprentissage en ligne du Campus virtuel de l'OPS comprennent également des webinaires qui ont été menés par des experts et des partenaires de l'organisation depuis le début de la pandémie. Les sujets abordés, qui peuvent être revus à tout moment, comprennent notamment les services de dons de sang et de plasma de convalescents, les recommandations sur l'utilisation des désinfectants chimiques, la prévention du suicide, la santé mentale et le soutien psychosocial des travailleurs de la santé. Les participants au Campus virtuel peuvent également accéder librement au matériel pédagogique des cours suivis, comme des guides, des présentations, des vidéos et des bibliographies.

<https://www.paho.org/en/news/1-9-2020-paho-offers-series-virtual-courses-and-webinars-covid-19-health-professionals>

OMS

L'OMS prévient qu'aucun pays ne peut prétendre que la pandémie a été endiguée.

Source : CNBC

ID unique : [1007749937](#)

« Plus les pays parviendront à maîtriser le virus, plus la reprise des activités sera possible. Une relance des activités en l'absence de cet élément est vouée à l'échec », a affirmé le directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus.

M. Ghebreyesus a souligné qu'il existait « quatre éléments essentiels sur lesquels l'ensemble des pays, des communautés et des individus doivent se concentrer pour prendre le contrôle ».

M^{me} Soumya Swaminathan, scientifique en chef de l'OMS, a prévenu qu'autoriser un vaccin trop tôt et avec trop peu de données pourrait entraîner toute une série de conséquences négatives.

Lundi, l'OMS a exhorté les pays à poursuivre la mise en œuvre de mesures de sécurité pour contrôler la propagation du coronavirus, comme limiter les rassemblements publics et protéger les groupes vulnérables, alors qu'ils tentent de rouvrir les commerces et les entreprises de services.

« Plus les pays parviendront à maîtriser le virus, plus la reprise des activités sera possible. Une relance des activités en l'absence de cet élément est vouée à l'échec », a affirmé le directeur général de l'OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus lors d'un point de presse virtuel depuis les bureaux de l'agence de santé des Nations Unies à Genève. « Aucun pays ne peut prétendre que la pandémie a été endiguée. »

M. Ghebreyesus a souligné qu'il existait « quatre éléments essentiels sur lesquels l'ensemble des pays, des communautés et des individus doivent se concentrer pour prendre le contrôle ». Il a déclaré que les pays devraient « éviter de donner plus d'ampleur aux événements », que de nombreux pays ont lié à de grands rassemblements dans les stades, les boîtes de nuit et les lieux de culte. Il a ajouté que les pays et les gens pouvaient trouver des « moyens créatifs » d'organiser des activités sociales.

Il a ajouté que les pays devraient réduire le nombre de décès en protégeant les groupes vulnérables, notamment les personnes âgées, les personnes souffrant de maladies sous-jacentes et les travailleurs essentiels. Cela permettra de sauver des vies et de réduire la pression exercée sur le système de santé des pays, a-t-il déclaré.

M. Ghebreyesus a également affirmé que « chacun doit jouer son rôle » en portant un masque, en pratiquant l'éloignement social et en se lavant les mains fréquemment. Il a ajouté qu'il sera possible d'éviter la généralisation du confinement des populations à domicile si les pays mènent des interventions géographiquement ciblées, grâce aux tests, à la recherche des contacts et à l'isolement.

« Si les pays veulent véritablement progresser vers une reprise des activités, ils doivent s'engager sérieusement à supprimer la transmission et à sauver des vies », a-t-il déclaré. « Cela peut sembler un équilibre impossible à atteindre, mais bien au contraire, on peut y parvenir, et cela a déjà été le cas. »

M. Ghebreyesus a ajouté que l'OMS a récemment publié des orientations expliquant comment les hôtels, les cargos et les navires de pêche pouvaient reprendre leurs activités en toute sécurité, « dans le cadre de notre engagement à apporter un soutien à tous les secteurs afin qu'ils reprennent leurs activités dans des conditions aussi sûres que possible ».

Des responsables de l'OMS ont déclaré que la soi-disant nouvelle normalité comprendrait au moins quelques mesures d'atténuation, comme l'éloignement social et le port du masque. L'organisation a déjà déclaré que de telles mesures devront probablement être suivies dans de nombreux pays, même après l'arrivée sur le marché d'un vaccin.

Selon l'OMS, des dizaines de fabricants de vaccins ont lancé des essais pour leurs candidats vaccins contre le coronavirus, et au moins deux d'entre eux ont entamé de vastes essais de phase III. M. Stephen Hahn, commissaire de la Food and Drug Administration aux États-Unis, a déclaré cette fin de semaine que son agence envisagerait de délivrer une autorisation d'utilisation d'urgence pour un vaccin avant que son essai clinique de phase III ne soit terminé.

Mais M^{me} Soumya Swaminathan, scientifique en chef de l'OMS, a prévenu lundi qu'autoriser un vaccin trop tôt et avec trop peu de données pourrait entraîner toute une série de problèmes.

« Le risque d'approuver un vaccin prématurément pour nous est que, tout d'abord, il sera très difficile de poursuivre les essais cliniques randomisés », a-t-elle déclaré. « Et deuxièmement, il y a un risque

d'introduire un vaccin qui a été insuffisamment étudié et qui pourrait s'avérer peu efficace, ne permettant pas de mettre fin à cette pandémie ou, pire encore, ayant un profil de sécurité inacceptable. »

Elle a ajouté que l'utilisation d'urgence d'un vaccin devrait être faite « avec beaucoup de sérieux », notamment parce qu'elle pourrait entraîner des effets secondaires indésirables dans certaines parties de la population. Elle a ajouté que la décision devrait être prise en utilisant autant de données de sécurité et d'efficacité que possible.

« Les scientifiques du monde entier sont unis dans un appel aux agences et aux entreprises, et la plupart des entreprises ont soutenu cette position, selon laquelle l'approbation d'un vaccin doit être basée sur les données des essais cliniques de phase III », a déclaré M. Swaminathan.

M. Mike Ryan, directeur général du programme d'urgence sanitaire de l'OMS, a fait écho à M. Swaminathan en déclarant que la collecte et le suivi de vastes quantités de données sont essentiels alors que les nations commencent à distribuer des vaccins à leur population générale. À mesure que le vaccin sera introduit dans des parties plus importantes et peut-être plus diverses de la population, des effets secondaires négatifs pourraient apparaître, ce qui souligne l'importance de la collecte de données sur l'innocuité.

« La difficulté et le défi que pose le vaccin relèvent du fait qu'actuellement, nous passons de la vaccination de dizaines ou de centaines de personnes à la vaccination de milliers de personnes », a-t-il déclaré. « Nous devons obtenir les données d'innocuité et d'efficacité de ces études. Parce que si vous passez trop rapidement à la vaccination de millions, de centaines de millions ou de milliards de personnes, nous pourrions manquer certains effets indésirables que nous ne pourrions pas détecter avec un nombre plus faible de personnes, et il faudra donc maintenir la surveillance. »

Au début de ce mois, la Russie a annoncé qu'elle autoriserait un vaccin qu'elle appelle Spoutnik V, du nom du premier satellite au monde, lancé en 1957, avant que les données de la phase III ne soient disponibles. Les professionnels de la santé du monde entier ont critiqué cette décision, affirmant qu'il n'est pas encore clair si le vaccin est sûr et efficace.

M. Ryan a ajouté qu'il existe des réglementations strictes concernant l'utilisation d'urgence des vaccins et des médicaments dans l'Union européenne et aux États-Unis ainsi que dans certaines régions d'Afrique et d'Inde. Il est crucial que les gouvernements soient dirigés par leurs organismes de réglementation, a-t-il dit.

« Chaque pays a le droit souverain de définir sa politique de vaccination ou toute autre intervention thérapeutique au sein de sa population, mais il doit être guidé par les normes éthiques et scientifiques les plus élevées possible », a-t-il déclaré.

<https://www.cnbc.com/2020/08/31/coronavirus-who-warns-that-no-country-can-just-pretend-the-pandemic-is-over.html>

International – Éclosions et conséquences de la maladie à coronavirus (COVID-19) (médias)

Europe

Les citoyens européens sont favorables à des contrôles frontaliers plus stricts mais aussi aux droits de la personne.

Source : Schengen Visa Info

ID du RMISP : 1007750020

Les pays européens doivent protéger davantage leurs frontières face à la pandémie de coronavirus. C'est ce que pense la majorité des citoyens de l'Union européenne selon un sondage réalisé par le Conseil européen pour les relations internationales dans neuf pays européens. Dans le même temps, les répondants ont convenu que le respect des droits de la personne devrait également être soutenu.

Le sondage du Conseil, qui a été réalisé en avril, a compté plus de 11 000 participants, citoyens de neuf pays européens, dont le Danemark, la Bulgarie, l'Allemagne, l'Italie, la France, la Pologne, l'Espagne, le Portugal et la Suède, rapporte le site SchengenVisaInfo.com.

« L'un de ses résultats les plus clairs est la croyance répandue selon laquelle, à long terme, les frontières doivent être davantage contrôlées », peut-on lire dans la déclaration du Conseil.

Le soutien à des contrôles frontaliers plus stricts va de 48 % au Danemark à 73 % au Portugal.

Vingt-six pour cent des citoyens interrogés dans le cadre du sondage ont déclaré que l'Union européenne devrait exercer un contrôle accru sur les frontières entre les États membres lorsque la situation du coronavirus prendra fin. Le pourcentage était plus élevé au Portugal, où 48 % des personnes pensent que l'Union européenne devrait imposer davantage de contrôles aux frontières entre les pays, une fois la crise de la COVID-19 terminée.

Le Conseil européen pour les relations internationales a souligné que « le soutien fort en faveur d'un resserrement des contrôles aux frontières n'a pas provoqué un déplacement de l'adhésion aux valeurs européennes ».

Une grande partie des personnes interrogées dans neuf pays soutient le respect de l'État de droit, de la démocratie et des droits de la personne.

« En dehors de la Bulgarie (38 %), l'idée de rendre plus de pouvoirs de l'Union européenne au niveau national ne reçoit nulle part le soutien de plus d'un tiers de la population totale (et seulement 18 % en Espagne et 20 % en Allemagne); même si les partisans d'un renforcement des contrôles aux frontières y sont plus favorables que le reste de la population », peut-on lire dans la déclaration du Conseil.

La discussion sur la protection des frontières dans le contexte de la COVID-19 dans les pays européens, provoque souvent des polémiques. Une grande partie des pays cherche à trouver des solutions de rechange à la fermeture des frontières afin d'éviter de nouvelles dévastations du secteur économique.

L'Association du transport aérien international avait précédemment exhorté les gouvernements européens à lever les restrictions frontalières imposées et à trouver des alternatives aux règles de quarantaine.

Les transporteurs aériens européens et les associations d'aéroports ont également déclaré que les restrictions de voyage dans les pays européens n'ont pas de fondement scientifique et doivent donc être levées. Ces commentaires ont été abordés dans une lettre commune qui a été envoyée aux premiers ministres, ainsi qu'aux ministres de la Santé, des Transports et de l'Intérieur de toute l'Europe.

Par ailleurs, la Hongrie est devenue le premier pays de l'espace Schengen à refermer ses frontières pour les voyageurs internationaux, à partir d'aujourd'hui, 1^{er} septembre, après avoir pris en compte la situation liée au coronavirus dans le pays ainsi que dans d'autres pays.

<https://www.schengenvisainfo.com/news/europeans-citizens-supportive-of-strict-border-controls-but-also-human-rights/>

Russie

Chong Kun Dang passe à la phase II des essais en Russie pour traiter la COVID-19

Source : The Korea Herald

ID unique : [1007749984](#)

Selon CKD, le ministère russe chargé des médicaments a approuvé son plan d'essai clinique de phase 2 visant une centaine de patients atteints de pneumonie liée à la COVID-19. Les patients recevront du nafamostat pendant dix jours.

Le nafamostat a démontré de fortes qualités antivirales lors de tests précédents, et les résultats de cet essai clinique de phase II seront connus au plus tôt à la fin de l'année, a déclaré CKD.

Bien que l'on ne sache pas quel pays mettra la main sur le produit final en premier, CKD a déclaré qu'une fois les essais cliniques terminés avec succès au cours de la phase III, il demandera une procédure d'approbation accélérée auprès des autorités compétentes en matière de médicaments, tant en Corée qu'à l'étranger.

La Russie a été choisie comme destination pour l'essai clinique de phase II en raison du nombre croissant de patients dont le diagnostic de COVID-19 est confirmé, ce qui permet de sécuriser facilement les candidats pour l'essai, a déclaré CKD.

Le potentiel du nafamostat à être réutilisé comme traitement pour la COVID-19 a été découvert grâce à des recherches menées par l'Institut Pasteur de Corée et soutenues par les ministères locaux chargés des médicaments et des sciences.

IPK avait déclaré que le nafamostat pouvait mieux freiner l'infection virale du SRAS-CoV-2 que le remdesivir.

Par Lim Jeong-yeo (kaylalim@heraldcorp.com)

<https://www.bloomberg.com/profile/company/0837680D:KS>

<http://www.koreaherald.com/view.php?ud=20200901000612>

International

Un sondage montre que 74 % des personnes interrogées veulent un vaccin contre la COVID-19.

Source : ECNS

ID unique : [1007749806](#)

Un sondage d'opinion réalisé par Ipsos pour le Forum économique mondial montre qu'environ trois quarts des personnes interrogées dans le monde aimeraient recevoir un vaccin contre la COVID-19 s'il devenait disponible.

L'enquête a recueilli les réponses de près de 20 000 personnes de 27 pays, la Chine étant le pays le plus enthousiaste et la Russie le pays le moins enthousiaste.

Les experts craignent que plus d'un quart de la population mondiale ne soit pas vacciné.

« Le manque de confiance de 26 % des répondants envers le vaccin est suffisamment important pour compromettre l'efficacité du déploiement d'un vaccin contre la COVID-19 », a déclaré Arnaud Bernaert, responsable de l'initiative « Shaping the Future of Health and Healthcare » au Forum économique mondial, dans un communiqué.

<http://www.ecns.cn/news/2020-09-01/detail-ifzpxeu2686314.shtml>

International

Les scientifiques voient des inconvénients aux principaux vaccins contre la COVID-19 de Russie et de Chine.

Source : Financial Post

ID : 1007752437

TORONTO/CHICAGO - Les vaccins contre la COVID-19 très médiatisés mis au point en Russie et en Chine présentent un défaut potentiel : ils sont basés sur un virus du rhume commun auquel de nombreuses personnes ont été exposées, ce qui pourrait limiter leur efficacité, selon certains experts.

Le vaccin de CanSino Biologics, approuvé pour un usage militaire en Chine, présente une forme modifiée de l'adénovirus de type 5, ou Ad5. L'entreprise est en pourparlers pour obtenir une autorisation d'urgence dans plusieurs pays avant de procéder à des essais à grande échelle, a rapporté le Wall Street Journal la semaine dernière.

Un vaccin mis au point par l'Institut Gamaleya de Moscou, approuvé en Russie au début de ce mois malgré des essais limités, est basé sur l'Ad5 et un second adénovirus moins commun.

« L'Ad5 me préoccupe simplement parce que beaucoup de gens sont immunisés », a déclaré Anna Durbin, chercheuse sur les vaccins à l'Université Johns Hopkins. « Je ne suis pas sûre de leur stratégie... peut-être que le vaccin n'aura pas une efficacité de 70 %. Il pourrait avoir une efficacité de 40 %, et c'est mieux que rien, jusqu'à ce que quelque chose d'autre arrive. »

Les vaccins sont considérés comme essentiels pour mettre fin à la pandémie qui a fait plus de 845 000 victimes dans le monde. Gamaleya a déclaré que son approche à deux virus permettra de résoudre les problèmes d'immunité de l'Ad5.

Les deux développeurs comptent des années d'expérience et ont approuvé des vaccins Ebola basés sur l'Ad5. Ni CanSino ni Gamaleya n'ont répondu aux demandes de commentaires.

<https://financialpost.com/pm/business-pmn/scientists-see-downsides-to-top-covid-19-vaccines-from-russia-china-3>

Chine

CanSino Bio déclare que l'essai russe du vaccin contre le virus est approuvé.

Source : The Standard

Publication : 2 septembre 2020 à 10 h 38 UTC

Réception : 2 septembre 2020 à 10 h 38 UTC (0 minute)

ID unique : 1007755711

CanSino Biologics (6185) a annoncé avoir lancé l'essai clinique de phase III pour son nouveau vaccin recombinant contre le coronavirus (Ad5-nCoV).

L'entreprise a coopéré avec NPO Petrovax Pharm pour mener l'essai clinique de phase III pour le vaccin russe et a reçu l'approbation du ministère de la Santé de la Fédération de Russie et a commencé l'enrôlement.

En outre, le fabricant de médicaments mène actuellement les essais cliniques internationaux multicentriques de phase III et prévoit des essais cliniques de phase III dans plusieurs pays. Les actions de l'entreprise ont chuté de 5,73 % à 149,80 \$ HK à 13 h 09.

<https://www.thestandard.com.hk/breaking-news/section/2/154503/CanSino-Bio-says-Russia-trial-for-virus-vaccine-okayed>

International

MediciNova fait état de progrès dans les essais sur les animaux du vaccin contre la COVID-19.

Source : Dow Jones Institutional News

ID : 1007750329

MediciNova Inc. a créé des prototypes d'un vaccin intranasal contre la COVID-19 qui a induit de fortes réponses d'anticorps chez les souris, a déclaré mardi l'entreprise pharmaceutique californienne.

L'entreprise, avec son partenaire japonais BioComo, se prépare à commencer la fabrication du vaccin expérimental pour les essais de toxicologie et les essais cliniques.

Les actions de MediciNova ont grimpé de 15 % à 6,00 \$ dans les échanges prémarché.

Écrivez à Matt Grossman à matt.grossman@wsj.com

(END) Dow Jones Newswires

1^{er} septembre 2020 06 h 52 HNE (10 h 52 GMT)

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1007750329>

Brésil

Le gouvernement de Bolsonaro exclut l'obligation de vaccination.

Source : CE NoticiasFinancieras

ID : 1007753506

Le président du gouvernement brésilien Jair Bolsonaro a souligné le mardi 1^{er} septembre que le vaccin contre le nouveau coronavirus ne sera pas obligatoire dans le deuxième pays au monde avec le plus de décès et de cas de COVID-19, une idée qui a déjà été défendue par le leader de l'extrême droite. L'exécutif, par l'intermédiaire de son secrétariat à la communication, a noté qu'il « investira dans la production du vaccin » contre le coronavirus, mais a déclaré que « l'imposition d'obligations définitives n'est pas dans les plans ». Par le biais d'un message sur les médias sociaux, le secrétariat de la communication a souligné une déclaration faite la veille par M. Bolsonaro, à savoir que personne ne pouvait forcer quelqu'un à se faire vacciner. Le gouvernement brésilien a investi des millions de dollars ces derniers mois pour assurer l'acquisition de 100 millions de doses du vaccin expérimental d'Oxford contre le nouveau coronavirus et sa production éventuelle au Brésil.

Au même moment, le gouvernement régional de Sao Paulo, l'État le plus riche et le plus peuplé du Brésil avec 46 millions d'habitants, a conclu un partenariat avec le laboratoire chinois Sinovac pour l'importation et la production du vaccin. Avec plus de 200 millions d'habitants, le Brésil est devenu une référence en matière d'essais cliniques contre la COVID-19, avec au moins quatre vaccins testés, en raison du nombre

élevé de contagions, ainsi que de sa capacité d'évaluation scientifique, réglementaire et clinique. Le Brésil dépasse déjà les 3,9 millions de cas et 121 000 décès, des chiffres qui le placent au deuxième rang des pays les plus contagieux et comptant le plus de morts au monde, derrière les États-Unis seulement. Malgré la gravité de la situation dans le pays, M. Bolsonaro, qui a lui-même contracté la maladie, est devenu l'un des dirigeants mondiaux les plus sceptiques quant à la gravité du virus, qu'il a ensuite décrit comme une « petite grippe ».

Brésil

Le centre Unicamp va produire des enzymes pour les tests de salive pour le dépistage de la COVID-19.

Source : SP Notícias | Governo do Estado de São Paulo
ID : 1007751293

Le Centre de chimie médicinale de l'Université d'État de Campinas (Unicamp), Genomics Laboratory Mendelics et la société brésilienne de recherche industrielle et d'innovation (Embrapii) viennent de signer un accord pour l'amélioration du test de salive pour le dépistage de la COVID-19. Le Centre de chimie médicinale est chargé de mettre au point deux réactifs de test clés qui sont importés, tandis que Mendelics sera responsable des essais.

L'idée consiste à combiner l'expérience du Centre de chimie médicinale dans la conception et la production d'enzymes spécifiques à l'échelle et la logistique de Mendelics. On espère ainsi accroître la disponibilité de ces composants essentiels pour l'autonomie du pays dans la production de tests pour dépister la COVID-19.

Actuellement, l'un des principaux goulets d'étranglement dans la lutte contre les coronavirus correspond au dépistage de masse de la population. En effet, un dépistage étendu, rapide et accessible est essentiel pour suivre le virus, repérer rapidement les nouveaux cas et prévenir la transmission de la maladie.

« Le test appelé RT-LAMP #PARECOVID assure la sécurité pour la reprise des activités professionnelles en face à face, dans les écoles et pour les loisirs. La production brésilienne de fournitures par le Centre de chimie médicinale augmentera la disponibilité des tests au Brésil, réduira les coûts et assurera une fourniture indépendante de la demande mondiale de tests », déclare David Schlesinger, PDG de Mendelics, sur le portail d'Unicamp.

Exemple

Le nouveau test moléculaire de dépistage de la COVID-19 a été mis au point par Mendelics en partenariat avec l'hôpital syro-libanais. Il est capable d'identifier la présence du SARS-CoV-2 dans un échantillon de salive pendant la période d'infection active du virus. Comme le test RT-PCR, il ne détecte pas les anticorps des personnes déjà guéries de la maladie, mais plutôt le virus lui-même.

Le protocole est basé sur une technique appelée « transcriptase inverse avec amplification isotherme à médiation par boucle » ou RT-LAMP. Cette technique est déjà utilisée pour le diagnostic d'autres maladies telles que la dengue, le chikungunya, l'hépatite A et le Zika.

Le test RT-LAMP #PARECOVID a été lancé en juin dernier par Mendelics et possède une sensibilité et une spécificité comparables à celles du test RT-PCR, en plus de permettre l'autoprélèvement non invasif sans besoin d'écouvillons. Le test de salive peut maintenir la stabilité de l'échantillon jusqu'à trois jours à température ambiante et supprime l'étape d'extraction du matériel génétique (ARN) du virus.

La technologie mise au point pour ce test est capable de produire des résultats en quelques heures, bien plus rapidement que les tests RT-PCR disponibles, et le coût du test RT-LAMP est cinq fois inférieur à celui du test RT-PCR, dont l'offre est fortement limitée au niveau mondial.

Partenariat

Le Centre de chimie médicinale possède une expertise dans la caractérisation de protéines peu connues liées aux maladies humaines, en particulier le cancer, et les maladies infectieuses et neurologiques. Avec la demande croissante de tests pour la maladie, le Centre a étendu ses activités de production de protéines pour répondre à la demande du groupe de travail sur la COVID-19 d'Unicamp. Le savoir-faire de la production d'inserts a rapproché le Centre de chimie médicinale des organisations intéressées par la combinaison de la recherche et du diagnostic génétique.

Katlin Massirer, chercheuse au Centre de chimie médicinale et coordinatrice du projet à Unicamp, souligne qu'Embrapii a catalysé le partenariat grâce au plan d'urgence pour les projets liés à la COVID-19, ainsi qu'aux ateliers en ligne qui ont rapproché les intérêts des universités, du SENAI et des entreprises. « Ainsi, le modèle Embrapii de participation des ressources entre les trois piliers de l'université, Embrapii et

l'entreprise, a permis le montage du plan d'action et l'allocation des ressources pour un projet », explique-t-il.

Dans le cadre du projet d'amélioration des réactifs, des chercheurs d'Unicamp et de Mendelics unissent leurs forces pour maintenir une grande disponibilité des tests de dépistage de la COVID. Le Centre de chimie médicinale agira sur la mise au point de deux enzymes de test et l'exécution du contrôle de qualité tandis que Mendelics se concentrera sur les adaptations des réactifs pour l'application dans les tests RT-LAMP déjà en service.

À propos du Centre de chimie médicinale

Le Centre de chimie médicinale situé à l'Unicamp a été fondé en 2015 en tant que projet PITE-Fapesp et a été agréé en tant qu'unité Embrapii en juillet 2017. Il est compétent dans le domaine des médicaments et de la chimie médicinale, plus particulièrement dans la phase initiale de développement de nouveaux médicaments.

Le Centre dispose d'une plateforme pour le développement de molécules inhibitrices de cibles spécifiques liées aux maladies humaines. Il représente également l'INCT de la chimie médicinale, soutenu par le Capes, le CNPq, la Fapesp et l'Unicamp.

À propos de Mendelics

Mendelics est le premier et le plus grand laboratoire brésilien spécialisé dans le séquençage de nouvelle génération. Il a été créé en 2012 par MM. David Schlesinger, Fernando Kok, André Valim et João Paulo Kitajima, avec les investissements de Laércio Cosentino (président du conseil d'administration de Mendelics), le fonds Finhealth et plusieurs autres investisseurs.

La mission de Mendelics consiste à rendre le diagnostic génétique rapide, précis et accessible à tous ceux qui en ont besoin. Avec la plus grande structure de laboratoire de séquençage en Amérique latine, plus de 80 000 échantillons génomiques déjà réalisés, une équipe de plus de 140 employés, avec des processus techniques et analytiques pionniers et une norme de qualité internationale, l'entreprise s'est établie comme une référence en matière d'analyse génétique.

Mendelics est le seul laboratoire de génomique d'Amérique latine à avoir obtenu les accréditations du CAP (American College of Pathologists - n° 8671464) et de l'INMETRO (NBR/ISO-15189). Il est également reconnu et récompensé au niveau international par le MIT pour le développement d'Abracadabra®, une plateforme exclusive qui utilise l'intelligence artificielle pour rendre les analyses génétiques plus précises et plus efficaces.

Depuis sa fondation, l'entreprise continue à développer des produits novateurs dans le domaine de la santé, comme le test Bochechinha, un examen complémentaire au test du pied pour les nouveau-nés, capable de déceler plus de 310 maladies de la petite enfance, qui sont généralement graves et silencieuses, mais qui disposent déjà de traitements efficaces lorsqu'elles sont identifiées précocement.

À propos d'EMBRAPII

L'entreprise brésilienne de recherche industrielle et d'innovation a été créée en 2013 en tant qu'organisation sociale ayant une autonomie de gestion des fonds du ministère des Sciences, de la Technologie et de l'Innovation et du ministère de l'Éducation, avec pour objectif de stimuler l'innovation dans l'industrie brésilienne, de promouvoir l'interaction entre les institutions de recherche technologique et les entreprises du secteur industriel.

Son modèle d'action prévoit de financer jusqu'à un tiers du coût total de chaque projet approuvé, avec des ressources non remboursables (c'est-à-dire que l'industrie n'a pas besoin de restituer le montant ajouté) et le reste est réparti entre l'industrie et les unités EMBRAPII.

<https://www.saopaulo.sp.gov.br/ultimas-noticias/centro-da-unicamp-produzira-enzimas-para-teste-de-saliva-para-covid-19/>

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

Canada

Trouver des réponses à la COVID-19 dans les eaux usées

Source : Ottawa Citizen

ID du RMISP : 1007750163

Des chercheurs d'Ottawa ont découvert que les eaux usées peuvent servir de système d'alerte précoce pour les pics de COVID-19 dans une collectivité ou un établissement.

Une méthode plus sensible pour tester ces eaux usées, mise au point par une équipe dirigée par M. Alex MacKenzie, scientifique principal à l'Institut de recherche du CHEO, pourrait rendre le système d'alerte précoce plus efficace.

Les chercheurs d'Ottawa disent qu'ils aimeraient voir la surveillance des eaux usées étendue à des projets pilotes dans toute la province qui pourraient tester en temps réel les collectivités ainsi que les écoles et les foyers de soins de longue durée.

Depuis le début de la pandémie, une équipe de chercheurs d'Ottawa cherche dans les égouts des réponses sur la propagation de la COVID-19. Ce qu'ils ont trouvé et mis au point pourrait changer la donne en aidant à contrôler la propagation de la maladie.

Les données produites par l'analyse des eaux usées permettent de prévoir les éclosions de COVID-19 quelques jours avant que les gens ne commencent à présenter des symptômes et à se faire tester - ce qui pourrait éventuellement contribuer à réduire les éclosions dans les établissements et les écoles.

Robert Delatolla, professeur d'ingénierie à l'Université d'Ottawa, M. MacKenzie, et une équipe de chercheurs ont produit un document - pas encore examiné par des pairs ou publié - montrant que leur analyse des eaux usées à Ottawa et Gatineau est utile pour suivre le nombre de cas de COVID-19 dans une collectivité.

« En l'absence d'un vaccin efficace pour prévenir la COVID-19, il est important de pouvoir suivre les infections communautaires afin d'informer les interventions de santé publique visant à réduire la propagation et donc à diminuer les pressions sur les unités de soins, à améliorer les résultats sanitaires et à réduire l'incertitude économique », ont écrit les auteurs, ajoutant que la surveillance des eaux usées est apparue comme un outil efficace pour y parvenir.

Cet été, après la présentation de ce document de recherche, ils ont découvert à quel point les données recueillies sur les eaux usées pouvaient être utiles.

À la mi-juillet, le nombre de cas quotidiens de COVID-19 a soudainement atteint un sommet, passant de moins de dix à la vingtaine à Ottawa. Lorsque les chercheurs ont examiné les données à cette époque, ils ont découvert que le pic s'était manifesté dans les eaux usées deux jours avant qu'il ne commence à apparaître dans les tests.

« Nous l'avons observé deux jours avant que les chiffres quotidiens n'augmentent et quatre jours avant l'augmentation des hospitalisations qui y est associée », a déclaré M. Delatolla.

Cela est important et suggère que, si elle est disponible en temps réel, la surveillance des eaux usées pourrait donner aux responsables de la santé publique davantage d'information pour agir plus rapidement. Les recherches menées par l'Institut de recherche du CHEO de M. MacKenzie pourraient rendre cet outil de surveillance plus précis et donner aux responsables de la santé publique un système d'alerte encore plus précoce en suivant les protéines plutôt que l'ARN.

Jusqu'à présent, la surveillance des eaux usées a été effectuée en mesurant l'ARN dans le SRAS-CoV-2, le virus qui provoque la COVID-19. Mais cela peut être délicat, surtout lorsque le nombre de cas est faible. L'ARN a tendance à être fragile et se décompose dans les eaux usées, a déclaré M. MacKenzie.

Il a mis au point un moyen de suivre le SRAS-CoV-2 en examinant les protéines associées au virus. Il pense être le premier au monde à le faire. L'avantage, selon M. MacKenzie, est que la protéine signale la présence du SRAS-CoV-2 à un taux mille fois supérieur à celui de l'ARN, ce qui signifie que le signal d'alerte d'une éclosion serait plus fort et plus précoce et que les niveaux de cas pourraient être mesurés avec plus de précision même lorsqu'ils sont faibles.

La surveillance des eaux usées est maintenant utilisée dans le monde entier pour suivre les cas de COVID-19 et est étudiée dans tout le Canada.

Des responsables de l'Université d'Arizona ont déclaré la semaine dernière qu'ils avaient peut-être réussi à prévenir une importante éclosion sur le campus après avoir obtenu un échantillon positif dans les eaux usées d'un des dortoirs de l'université. Après avoir testé plus de 300 personnes qui y vivent ou y travaillent, ils ont trouvé deux étudiants asymptomatiques qui étaient positifs et les ont isolés. L'analyse des eaux usées est également utilisée dans d'autres parties du monde.

M. Delatolla a déclaré que le système d'égouts est construit de manière à ce que les eaux usées puissent être collectées sur des sites individuels, comme l'ont fait les responsables de l'Université d'Arizona. Cette analyse offre la possibilité de réduire rapidement la source d'un pic et de prendre des mesures.

« Peut-être que maintenant nous pouvons surveiller les foyers de soins de longue durée et nous assurer que nous repérons les cas tôt. »

Les scientifiques, qui affirment avoir dû réunir des fonds pour poursuivre leurs recherches, font des pieds et des mains pour que leurs travaux soient publiés. Ils ont envoyé les détails de leur travail à la table scientifique de la province sur la COVID-19, qui examine la réponse des scientifiques et de la recherche à la pandémie. Ils espèrent obtenir des fonds pour utiliser ces connaissances afin d'atténuer l'effet de la pandémie.

Dans une déclaration écrite, Santé publique Ottawa a qualifié le travail de prometteur, mais encore au stade initial lorsqu'il s'agit de « voir de manière fiable un signal croissant provenant des eaux usées avant qu'il ne soit vu par la surveillance des tests sur l'homme.

Santé publique Ottawa est en contact régulier avec les chercheurs de l'Université d'Ottawa et espère qu'une ou plusieurs facettes de ce travail contribueront à l'activité de surveillance de la COVID-19 dans un avenir proche ».

En attendant, M. MacKenzie, qui fait habituellement des recherches sur les maladies rares chez les enfants, a déclaré que la pandémie lui a ouvert un nouveau monde - souterrain - en essayant de travailler avec des chercheurs comme M. Delatolla pour faire la différence.

« C'est comme la vie en temps de guerre : c'est stressant et c'est une tragédie, mais en même temps, la meilleure partie de l'humanité est mise en évidence. »

<https://ottawacitizen.com/news/local-news/finding-covid-19-answers-in-sewage>

Canada

Des chercheurs de l'Université de la Saskatchewan à la recherche de la COVID-19 dans les eaux usées de Saskatoon

Source : Saskatoon StarPhoenix

ID : 1007753665

Des chercheurs de l'Université de la Saskatchewan recherchent le virus qui provoque la COVID-19 dans un endroit auquel vous ne vous attendez pas : vos toilettes.

Ou, plus précisément, le réseau d'égouts situé en dessous.

M. Markus Brinkmann, toxicologue de l'Université de la Saskatchewan, et ses collègues travaillent sur un moyen de tester les eaux usées de Saskatoon pour dépister la COVID-19, une étape qu'ils espèrent pourra aider les responsables de la santé à suivre la propagation du virus au niveau communautaire.

Le SRAS-CoV-2 se propage généralement par des gouttelettes provenant du nez et de la bouche, mais les personnes atteintes du virus en ont également des traces dans leurs selles. **L'équipe de l'Université de la Saskatchewan est l'un des quelque 30 membres de la Coalition eaux usées COVID-19 du Réseau canadien de l'eau, qui étudie la possibilité de mettre au point un test efficace pour estimer le nombre de personnes atteintes du virus dans un centre donné, à partir d'un échantillon d'eaux usées.**

Cela pourrait être utile, dit M. Brinkmann, car environ un cinquième des personnes ayant obtenu un résultat positif au test de COVID-19 en Saskatchewan ne présentaient aucun symptôme et d'autres peuvent mettre des jours, voire des semaines, à en présenter.

« Cela signifie essentiellement que vous pourriez être en mesure de détecter des traces de ce virus dans les eaux usées avant même de voir une nouvelle résurgence du virus, avant qu'elle ne se produise », a déclaré M. Brinkmann.

L'épidémiologie basée sur les eaux usées n'est pas nouvelle. Des pays comme les États-Unis l'utilisent déjà pour compléter d'autres mesures de suivi de la COVID-19.

Au Canada, un test dont les résultats sont publiés par Statistique Canada examine les traces de substances illégales dans les eaux usées de différentes villes.

Les travaux en sont à leurs débuts, mais M. Brinkmann et ses collègues examinent déjà des échantillons des eaux usées de Saskatoon.

Le directeur de l'eau de la Ville de Saskatoon, Russ Munro, a déclaré que les employés avaient prélevé des échantillons dans les eaux en amont de la station d'épuration de la ville pour les faire analyser par le laboratoire. L'emplacement est important, car c'est là que « le mélange est vraiment bon », donc l'échantillon représente la ville entière, a dit M. Munro.

« Les eaux usées elles-mêmes contiennent tous les restes que nous ne voulons pas, pour ainsi dire, il peut donc y avoir un certain nombre de virus dans les eaux usées. »

M. Brinkmann et ses collègues analysent maintenant les échantillons en laboratoire en utilisant une méthode d'amplification en chaîne par polymérase qui peut amplifier et analyser de minuscules traces de l'ARN du virus.

Bernadette Conant, directrice générale du Réseau canadien de l'eau, a déclaré qu'il s'agissait d'un processus délicat. Les tests doivent être étalonnés en fonction d'un contexte, ce qui signifie que les différents membres de la Coalition ne peuvent pas simplement échanger leurs modèles.

« Si un laboratoire analyse un échantillon de la station d'épuration de Saskatoon et que Brandon (Manitoba) en envoie un, ce sont tous les renseignements de base qui changent. Vous ne pouvez pas simplement passer de l'un à l'autre », a-t-elle déclaré.

La publicité n'est pas encore chargée, mais l'article continue ci-dessous.

Suite de l'article

M. Brinkmann et M^{me} Conant soulignent que les tests en sont encore à leurs débuts et que l'avenir des travaux dépendra de l'utilité de leurs résultats pour les responsables de la santé publique.

La porte-parole de l'autorité sanitaire de la Saskatchewan, Amanda Purcell, a déclaré que l'autorité est au courant de la recherche et qu'elle est impatiente de voir les résultats. Elle a averti que cela ne se substitue à aucun système de surveillance existant.

« Toutefois, les données générées par cette recherche pourraient compléter les travaux déjà en cours et aider les responsables de la santé publique à mieux comprendre l'ampleur des infections liées à la COVID-19 dans les collectivités », a écrit M. Purcell.

<https://thestarphoenix.com/news/local-news/u-of-s-researchers-could-hunt-for-covid-19-in-saskatoons-sewage>

États-Unis

Le syndrome qui semble prédire une « issue fatale » chez les patients atteints de coronavirus

Source : The New Orleans Advocate

ID : 1007753552

M. Josh Denson a traité le premier cas connu de coronavirus grave en Louisiane au début du mois de mars. Alors que les patients inondaient les hôpitaux de la Nouvelle-Orléans, il a commencé à remarquer une tendance chez ceux qui s'en sortaient le plus mal.

« Je pourrais repérer un patient qui s'en sortirait mal rien qu'en me tenant sur le pas de la porte », a déclaré M. Denson, professeur adjoint de médecine et médecin spécialiste des maladies pulmonaires et des soins intensifs à la faculté de médecine de l'Université de Tulane.

Cette semaine, ce schéma a été quantifié dans une étude **publiée dans le journal Diabetes Care**. En examinant les patients pendant le pic d'une semaine de coronavirus à la Nouvelle-Orléans, M. Denson a découvert que le chevauchement de certaines conditions, connu sous le nom de syndrome métabolique, pouvait prédire une « issue fatale ».

Le syndrome métabolique est une combinaison d'au moins trois des cinq conditions suivantes : une glycémie élevée à jeun, qui indique un diabète ou un prédiabète; une pression artérielle élevée; un taux élevé de triglycérides, un type de graisse présent dans le sang; un faible taux de HDL, le « bon » cholestérol; et l'obésité, définie par un indice de masse corporelle de 30 ou plus.

Selon l'étude, lorsqu'un patient souffrait de diabète, d'hypertension et d'obésité, il avait 3,4 fois plus de chances de mourir à l'hôpital qu'un patient sans syndrome métabolique.

Les chercheurs ont examiné les données de 287 personnes qui ont eu besoin d'un traitement contre le coronavirus au University Medical Center et au Tulane Medical Center du 30 mars au 5 avril.

Ils ont divisé les patients en deux groupes : ceux qui présentaient un syndrome métabolique et ceux qui n'en avaient pas. Presque tous les sujets de l'étude - 85 % - étaient noirs, et la moyenne d'âge était de 61 ans.

Un peu plus de la moitié des patients hospitalisés souffrant du syndrome métabolique ont eu besoin de soins intensifs, contre environ 1 sur 4 sans ce syndrome. En ce qui concerne l'utilisation d'un respirateur, la moitié des patients atteints du syndrome métabolique en avaient besoin, contre seulement un sur cinq environ pour ceux qui n'en avaient pas. Le taux de mortalité était également beaucoup plus élevé : 26 % des patients atteints du syndrome métabolique sont morts contre 10 % de ceux qui n'en souffraient pas.

Lorsque les patients ne présentaient qu'une seule de ces conditions, le risque de mortalité n'était pas augmenté. Mais le fait d'être obèse ou diabétique était associé à un risque accru d'admission à l'unité de soins intensifs et à la nécessité de recourir à un ventilateur.

On ne sait toujours pas pourquoi le coronavirus frappe plus durement les personnes atteintes de ces maladies.

« Pour les virus respiratoires typiques, généralement lorsque j'ai une personne atteinte de la grippe ou d'un autre coronavirus, les personnes qui l'attrapent et qui sont vraiment malades viennent de tous les horizons », a déclaré M. Denson. Selon lui, le risque accru peut être lié au niveau d'inflammation causé par un excès de cellules adipeuses.

Eric Ravussin, expert en obésité et en diabète au Pennington Biomedical Research Center de LSU, souligne que le récepteur ACE2, qui est la façon dont le coronavirus s'insère et entre dans les cellules, pourrait y être pour quelque chose.

« Le récepteur ACE2 est très répandu sur les cellules adipeuses », a déclaré M. Ravussin, qui n'est pas associé à l'étude. « Il est également plus fréquent dans les poumons des personnes souffrant d'obésité. Si vous avez plus de points d'attache, vous aurez une charge virale plus élevée. »

Étant l'un des États présentant les taux les plus élevés de diabète, d'hypertension et d'obésité, la Louisiane est particulièrement vulnérable, compte tenu de ces résultats et d'autres qui montrent le lien entre l'obésité et les cas graves de COVID-19.

« Quand il s'agit d'hospitalisation et de taux de mortalité, il n'y a aucun doute », a déclaré M. Ravussin. « La gravité de la montée des cas (à la Nouvelle-Orléans) était probablement due à l'obésité et à des maladies comme le diabète et l'hypertension. »

Mais M. Denson souligne également que beaucoup de ses patients ne savent pas qu'ils sont atteints du syndrome métabolique.

« Ce que je constate, c'est qu'il y a beaucoup de nouveaux cas de diabète ou d'hypertension artérielle et que ces patients ne le savaient pas », a déclaré M. Denson. « Ce n'est pas que leur hypertension ou leur diabète soit incontrôlable. »

« Ils ne se rendent peut-être pas compte qu'ils sont obèses », a déclaré M. Denson. « Beaucoup de gens pensent qu'ils vont bien alors qu'ils appartiennent à la population la plus à risque. Il y a un peu de déconnexion. »

Cette déconnexion se résume à l'éducation et à l'environnement, a déclaré M. Ravussin. Ce n'est qu'au cours de la dernière décennie que les écoles de médecine ont commencé à enseigner la nutrition.

À la Nouvelle-Orléans, de nombreux quartiers sont considérés comme des « marécages alimentaires » - des zones tellement encombrées par les options de restauration rapide que les experts peuvent prédire des taux d'obésité plus élevés.

Dans les quartiers noirs, ces options abondent, avec 2,4 restaurants de restauration rapide par mille carré contre 1,5 par mille carré dans les quartiers blancs, selon les études. La prévention de l'obésité et des effets néfastes sur la santé commence par un changement d'environnement, soulignent les experts.

« Si vous avez trop de morts sur la route, vous imposez le port de la ceinture de sécurité », a déclaré M. Ravussin. « Si vous avez trop de décès dus au paludisme, vous asséchez les marécages. Si vous avez trop de décès dus à l'obésité, vous devez inverser une partie de l'environnement. »

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1007753552>

Chine

L'étude des cas secondaires de COVID-19 souligne l'importance de l'éloignement physique.

Source : Infectious Disease News

ID : 1007753663

Moins de 4 % des quelque 3 400 contacts étroits des personnes atteintes de COVID-19 dans les premiers jours de la pandémie en Chine ont été infectés par le SRAS-CoV-2, ont écrit les chercheurs dans *Annals of Internal Medicine*.

La plupart des infections secondaires se produisent à la maison, ont déclaré les chercheurs, et les patients atteints d'une maladie plus grave sur le plan clinique sont plus susceptibles d'infecter leurs proches. Selon des experts non affiliés à l'étude, les résultats renforcent la nécessité d'un éloignement physique et d'autres efforts de prévention de base pour ralentir la transmission.

Lei Luo, Ph. D., du Centre de contrôle et de prévention des maladies de Guangzhou en Chine, et ses collègues ont étudié 3 410 contacts étroits de 391 cas indicateurs de COVID-19 à Guangzhou. Les

recherches des contacts ont eu lieu entre le 13 janvier et le 6 mars. Les chercheurs ont recueilli des données sur le cadre de l'exposition, les résultats des tests et les caractéristiques cliniques des cas de COVID-19.

Luo et ses collègues ont constaté que parmi les contacts étroits, 127 (RC = 3,7 %; IC à 95 %, 3,1 %-4,4 %) étaient indirectement infectés par la COVID-19. Sur 119 cas symptomatiques, 20 étaient légers, 87 étaient modérés et 12 étaient graves ou critiques. Les autres patients (RC = 6,3 %; IC à 95 %, 2,1 %-10,5 %) étaient asymptomatiques.

Les chercheurs ont constaté que la source d'exposition la plus courante pour les personnes ayant contracté des infections secondaires était l'environnement domestique (10,3 %), suivi des établissements de soins de santé (RC = 0,09; IC à 95 %, 0,04-0,20) et des transports publics (RC = 0,01; IC à 95 %, 0-0,08). Le taux d'infection secondaire augmente avec la gravité des cas indicateurs, passant de 0,3 % (IC à 95 %, 0-1 %) pour les cas asymptomatiques, à 3,3 % (IC à 95 %, 1,8-4,8 %) pour les cas légers, 5,6 % (IC, 4,4-6,8 %) pour les cas modérés et à 6,2 % (IC à 95 %, 3,2-9,1 %) pour les cas graves ou critiques. Les cas indicateurs avec expectoration étaient associés à un risque plus élevé d'infection secondaire (13,6 % contre 3 % pour les cas indicateurs sans expectoration [RC = 4,81; 95 % IC, 3,35-6,93]).

William Schaffner, M.D., professeur de médecine préventive et de maladies infectieuses au centre médical de l'Université Vanderbilt, a déclaré que le moment choisi pour l'étude Luo est essentiel pour comprendre son importance.

« Remarquez que le lieu de travail n'apparaît pas du tout parmi les lieux d'exposition secondaire », a-t-il déclaré. « Guangzhou était en quarantaine lorsque les infections secondaires se sont produites. La maison, avec ses quatre murs, est l'environnement idéal pour la propagation du virus. »

M. Schaffner, qui est également directeur médical de la Fondation nationale pour les maladies infectieuses, a ajouté que l'étude « renforce l'importance de l'éloignement social et du port du masque en public et d'éviter les groupes en dehors du foyer, puisque ces activités pourraient amener le virus dans la maison », a-t-il déclaré.

Les découvertes de Luo et de ses collègues corroborent ce que l'on sait déjà sur les coronavirus, a ajouté Aaron E. Glatt, M.D., FACP, FIDSA, FSHEA, épidémiologiste hospitalier et président du département de médecine à Mount Sinai South Nassau et porte-parole de l'Infectious Diseases Society of America.

« Nous n'allons pas être infectés par la COVID à partir de la plupart des choses se trouvant dans nos maisons », a-t-il dit à Healio Primary Care. « Mais il est très important que les gens comprennent qu'il y a un risque de contracter la COVID lorsque quelqu'un tousse ou éternue. Le lavage systématique des mains reste important. »

<https://www.healio.com/news/primary-care/20200901/study-of-secondary-covid19-cases-underscores-importance-of-physical-distancing>

Une étude lie le syndrome lié à la COVID-19 chez les enfants à une modification du système immunitaire.

Source : NIH Blog

La plupart des enfants infectés par le SRAS-CoV-2, le virus qui provoque la COVID-19, ne développent qu'une maladie bénigne. Mais, des jours ou des semaines plus tard, un petit pourcentage d'enfants développent un curieux syndrome connu sous le nom de syndrome inflammatoire multisystémique chez l'enfant (SIM-E). Cette grave inflammation des organes et des tissus peut toucher le cœur, les poumons, les reins, le cerveau, la peau et les yeux.

Heureusement, la plupart des enfants atteints du SIM-E répondent au traitement et se rétablissent rapidement. Mais, tragiquement, le SIM-E peut parfois être fatal.

Les cas de COVID-19 chez les enfants ayant augmenté de 21 % aux États-Unis depuis le début du mois d'août [2], les NIH et d'autres organismes continuent à travailler dur pour maîtriser cette complication mal comprise. Beaucoup pensent que le SIM-E n'est pas un résultat direct du virus, mais semble plus probablement être dû à une [réponse auto-immune intense](#). En effet, une étude récente dans *Nature Medicine* [1] offre quelques-uns des premiers éléments de preuve que le SIM-E est lié à des changements particuliers du système immunitaire qui, pour des raisons qui restent mystérieuses, suivent parfois la COVID-19.

Ces conclusions proviennent de Shane Tibby, un chercheur de l'hôpital pour enfants Evelina London, à Londres, au Royaume-Uni; de Manu Shankar-Hari, un scientifique du Guy's and St Thomas' NHS Foundation Trust, à Londres, et de leurs collègues. Les chercheurs ont recruté 25 enfants âgés de 7 à 14 ans qui ont développé le SIM-E en relation avec la COVID-19. Pour la recherche d'indices, ils ont

examiné des échantillons de sang prélevés sur les enfants à différentes étapes de leur prise en charge, depuis le moment où ils étaient les plus malades jusqu'à leur rétablissement et leur suivi. Ils ont ensuite comparé les échantillons à ceux d'enfants en bonne santé du même âge.

Ils ont découvert un ensemble complexe de perturbations immunitaires. Les enfants présentaient des taux accrus de diverses molécules inflammatoires connues sous le nom de cytokines, ainsi que des taux accrus d'autres marqueurs suggérant des lésions tissulaires, comme la troponine, qui indique une lésion du muscle cardiaque.

Les neutrophiles, les monocytes et les autres globules blancs qui réagissent rapidement aux infections ont été activés comme prévu. Mais les niveaux de certains globules blancs appelés lymphocytes T ont été paradoxalement réduits. Il est intéressant de noter que, malgré le faible nombre global de lymphocytes T, certains sous-ensembles de ceux-ci semblaient activés comme s'ils combattaient une infection. Pendant que les enfants se rétablissaient, ces différences ont progressivement disparu à mesure que le système immunitaire revenait à la normale.

Il a été noté que le SIM-E ressemble à une maladie inflammatoire connue sous le nom de [maladie de Kawasaki](#), qui touche aussi principalement les enfants. Bien qu'il y ait des similitudes, cette nouvelle étude montre que le SIM-E est une maladie distincte associée à la COVID-19. En fait, seuls deux enfants de l'étude répondaient à l'ensemble des critères de la maladie de Kawasaki en fonction des caractéristiques cliniques et des symptômes de leur maladie.

Une autre étude récente menée au Royaume-Uni a fait état de plusieurs nouveaux symptômes du SIM-E [3]. Il s'agit notamment de maux de tête, de fatigue, de douleurs musculaires et de maux de gorge. Les chercheurs ont également déterminé que le nombre de plaquettes était beaucoup plus faible dans le sang des enfants atteints de SIM-E que dans celui des enfants non atteints. Ils ont proposé que l'évaluation des symptômes d'un enfant ainsi que de son niveau de plaquettes puissent aider à diagnostiquer le SIM-E. Il sera maintenant important d'en apprendre beaucoup plus sur les mécanismes précis qui sous-tendent ces changements observés dans le système immunitaire et sur la meilleure façon de les traiter ou de les prévenir. Pour soutenir cet effort, les NIH ont récemment annoncé un financement de recherche de 20 millions de dollars consacrés à l'élaboration d'approches qui identifient les enfants à haut risque de développer le SIM-E [4].

L'espoir est que ce nouvel effort des NIH, ainsi que d'autres efforts continus dans le monde, permettront d'élucider les facteurs qui influencent la probabilité qu'un enfant atteint de COVID-19 développe le SIM-E. De telles connaissances sont essentielles pour permettre aux médecins d'intervenir le plus tôt possible et d'améliorer les résultats de cette maladie potentiellement grave.

<https://directorsblog.nih.gov/2020/09/01/study-ties-covid-19-related-syndrome-in-kids-to-altered-immune-system/>

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32812012/>

<https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3249>

Islande

Une étude révèle que des anticorps contre les coronavirus durent plusieurs mois, ce qui laisse espérer une efficacité du vaccin.

Source : Global News

ID : 1007753635

Les anticorps que les patients fabriquent pour lutter contre le nouveau coronavirus durent au moins quatre mois après le diagnostic et ne disparaissent pas rapidement comme l'indiquaient certains rapports antérieurs, ont constaté les scientifiques.

Le rapport de mardi, issu de tests effectués sur plus de 30 000 personnes en Islande, est le travail le plus complet jamais réalisé sur la réponse du système immunitaire au virus au fil du temps, et constitue une bonne nouvelle pour les efforts de mise au point de vaccins.

Si un vaccin peut stimuler la production d'anticorps de longue durée, comme semble le faire une infection naturelle, cela laisse espérer que « l'immunité à ce virus imprévisible et très contagieux ne sera peut-être pas éphémère », ont écrit des scientifiques de l'Université de Harvard et des National Institutes of Health (NIH) des États-Unis dans un commentaire publié avec l'étude dans le *New England Journal of Medicine*.

L'un des grands mystères de la pandémie est de savoir si le fait d'avoir été infecté par le coronavirus aide à se protéger contre une infection future, et pendant combien de temps. Certaines petites études ont

précédemment suggéré que les anticorps pouvaient disparaître rapidement et que certaines personnes ne présentant que peu ou pas de symptômes pouvaient ne pas en fabriquer beaucoup.

La nouvelle étude a été réalisée par l'entreprise deCODE Genetics, basée à Reykjavik, filiale de la société américaine de biotechnologie Amgen, qui compte plusieurs hôpitaux, universités et responsables de la santé en Islande. Le pays a testé 15 % de sa population depuis fin février, date à laquelle ses premiers cas de COVID-19 ont été détectés, ce qui donne une base solide pour les comparaisons.

Les scientifiques ont utilisé deux types différents de tests de dépistage du coronavirus : le type d'écouillons nasaux ou d'autres échantillons qui détecte des fragments du virus, indiquant l'infection, et les tests qui mesurent les anticorps dans le sang, qui peuvent montrer si une personne a été infectée maintenant ou dans le passé.

Des échantillons de sang de 30 576 personnes ont été analysés à l'aide de différentes méthodes, et une personne était considérée comme un cas si au moins deux des tests d'anticorps étaient positifs. Il s'agissait de personnes diverses, allant de celles qui ne présentaient pas de symptômes à celles hospitalisées en raison de symptômes de la COVID-19.

Dans un sous-groupe qui a été testé positif, des tests supplémentaires ont montré que les anticorps ont augmenté pendant deux mois après le diagnostic initial de l'infection, puis ont plafonné et sont restés stables pendant quatre mois.

Des études antérieures suggérant que les anticorps se sont rapidement dissipés ont peut-être porté sur la première vague d'anticorps que le système immunitaire produit en réponse à l'infection; ces études ont surtout porté sur les 28 jours suivant le diagnostic. Une deuxième vague d'anticorps se forme un mois ou deux après l'infection, et ils semblent plus stables et plus durables, rapportent les chercheurs.

Les résultats ne signifient pas nécessairement que les populations de tous les pays réagiront de la même façon, ou que chaque personne aura ce genre de réaction. D'autres scientifiques ont récemment documenté au moins deux cas où des personnes semblent avoir été réinfectées par le coronavirus des mois après leur première infection.

La nouvelle étude n'établit pas dans quelle mesure ni quel type d'anticorps confère une immunité ou une protection - cela reste inconnu.

L'étude a également constaté ce qui suit :

– Les tests effectués par la méthode des fragments de virus qui est couramment utilisée dans les collectivités ont manqué près de la moitié des personnes chez qui on a découvert le virus par un test d'anticorps sanguin. Cela signifie que les tests sanguins sont beaucoup plus fiables et plus efficaces pour suivre la propagation de la maladie dans une région et pour orienter les décisions et le retour au travail ou à l'école, selon les chercheurs.

– Près d'un tiers des infections se sont produites chez des personnes qui n'ont présenté aucun symptôme.

– Près de 1 % de la population islandaise a été infectée lors de cette première vague de la pandémie, ce qui signifie que les 99 % restants sont toujours vulnérables au virus.

– Le taux de mortalité lié à l'infection était de 0,3 %. Cela représente environ trois fois le taux de mortalité de la grippe saisonnière et correspond à d'autres estimations plus récentes, a déclaré M. Derek Angus, chef des soins intensifs au centre médical de l'Université de Pittsburgh.

Bien que de nombreuses études aient fait état de taux de mortalité basés sur des groupes particuliers comme les patients hospitalisés, le taux de mortalité parmi toutes les personnes infectées par le coronavirus est inconnu.

La nouvelle selon laquelle les anticorps naturels ne disparaissent pas rapidement « sera encourageante pour les personnes travaillant sur les vaccins », a déclaré M. Angus.

<https://globalnews.ca/news/7311194/coronavirus-antibody-study-iceland/>

France

Sanofi affirme que le médicament Kevzara échoue en tant que possible traitement de la COVID-19.

Source : Reuters

PARIS (Reuters) - Le Kevzara, médicament contre la polyarthrite rhumatoïde, a échoué en tant que traitement de la COVID-19, a déclaré mardi le fabricant français de médicaments Sanofi, à la suite d'un échec similaire d'un produit Roche.

Sanofi a déclaré que le Kevzara - qu'elle produit avec son partenaire Regeneron - avait échoué en tant que traitement de la COVID-19 après que la dernière série d'essais sur des patients à travers le monde ait montré des effets indésirables, et qu'il serait abandonné pour des études dans ce domaine.

Sanofi a déclaré que les essais avaient conduit dans certains cas à une pneumonie liée à la COVID-19 et même à la mort dans quelques cas.

Les deux entreprises ne prévoient pas de mener d'autres études cliniques à ce sujet, a ajouté Sanofi.

Les essais ont montré que le médicament n'aidait pas les patients atteints de cas de COVID-19 moins grave, avaient déclaré les entreprises en juillet.

« Bien que cet essai n'ait pas donné les résultats que nous espérons, nous sommes fiers du travail accompli par l'équipe pour mieux comprendre l'utilisation potentielle du Kevzara pour le traitement de la COVID-19 », a déclaré John Reed, responsable mondial de la recherche et du développement chez Sanofi.

« Chez Sanofi, nous nous sommes engagés à contribuer à la lutte contre la pandémie mondiale de COVID-19, notamment en mettant au point des vaccins expérimentaux qui peuvent être fabriqués à grande échelle », a-t-il ajouté.

Les entreprises pharmaceutiques se sont lancées dans une course pour mettre au point des traitements contre la pandémie de COVID-19 qui a fait plus de 849 000 morts et paralysé les économies.

Le mois dernier, le PDG Paul Hudson a déclaré que la confiance de Sanofi envers ses vaccins expérimentaux contre les coronavirus s'était accrue au cours de l'été alors que le fabricant de médicaments se préparait à commencer les essais cliniques.

En juillet, Roche a déclaré que sa tentative de réutiliser son médicament contre la polyarthrite rhumatoïde Actemra/RoActemra pour traiter les patients hospitalisés pour une pneumonie grave liée à la COVID-19 avait échoué lors d'un essai en phase avancée.

<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-sanofi/sanofi-says-kevezara-drug-fails-as-possible-covid-19-treatment-idUSKBN25S3R4>

Au revoir, les écouvillons nasaux? Les tests de salive permettent de détecter le coronavirus.

Source : South China Morning Post

ID du RMISP : 1007749916

- Deux nouvelles études ont montré que les tests de salive étaient à peu près aussi fiables que ceux qui nécessitent un échantillon prélevé au fond du nez.
- En théorie, n'importe qui pourrait réaliser un test à base de salive, il n'est donc pas nécessaire de se rendre dans un centre de dépistage.

S'il y a une chose que nous pouvons prédire sans risque au sujet de la pandémie de COVID-19, c'est que de nombreux tests de dépistage du coronavirus sont prévus pour l'avenir. Heureusement, les chercheurs ont de bonnes nouvelles.

Deux nouvelles études ont montré que les tests qui détectent le virus dans des échantillons de salive sont à peu près aussi fiables que les tests qui nécessitent un échantillon prélevé au fond du nez.

Ce sera certainement un développement bienvenu pour tous ceux qui préfèrent éviter l'inconfort d'avoir un long écouvillon rigide inséré si loin dans leur cavité nasale qu'ils ont l'impression que cela chatouille leur cerveau.

Mais ce n'est pas le seul avantage. Presque tout le monde peut effectuer un test à base de salive, il n'est donc pas nécessaire de se rendre dans un centre de dépistage. Cela libère également du temps pour le personnel médical et lui épargne une éventuelle exposition au virus.

Dans l'une des nouvelles études, une équipe de Yale a identifié 70 patients hospitalisés atteints de la COVID-19 dont l'infection avait été confirmée par les écouvillons nasopharyngés traditionnels. Chaque fois qu'un travailleur de la santé effectuait des prélèvements nasaux supplémentaires, les chercheurs demandaient aux patients de se soumettre également à un test de salive.

Les chercheurs ont constaté que les tests de salive permettaient de mieux détecter le virus officiellement connu sous le nom de SRAS-CoV-2. Dans les cinq premiers jours suivant le diagnostic, 81 % des tests de salive sont revenus positifs, contre 71 % des tests nasopharyngiens. Un écart similaire s'est maintenu jusqu'au dixième jour après le diagnostic.

En outre, les chercheurs ont détecté plus de copies du matériel génétique du virus dans la salive des patients que dans les échantillons prélevés au fond de leurs cavités nasales.

Pour voir le résultat des tests chez les personnes atteintes d'infections asymptomatiques, les chercheurs ont recruté 495 travailleurs de la santé ne présentant aucun signe de la COVID-19 et leur ont fait passer le test de salive. Treize des tests sont revenus positifs.

Parmi ces 13 personnes, neuf s'étaient fait des prélèvements nasaux le même jour, et seuls deux de ces tests sont revenus positifs. Cependant, les 13 tests de salive ont été confirmés plus tard par des tests nasopharyngiens supplémentaires.

Les résultats ont été publiés dans le New England Journal of Medicine.

« Étant donné le besoin croissant de tests, nos constatations confirment le potentiel des échantillons de salive dans le diagnostic de l'infection par le SRAS-CoV-2 », a écrit l'équipe de Yale.

Dans la seconde étude, des chercheurs canadiens ont recruté près de 2 000 personnes présentant soit des symptômes légers évoquant la COVID-19, soit aucune symptomatologie mais un risque élevé d'infection. La conception de l'étude était destinée à simuler les conditions du dépistage de masse, ont écrit les auteurs.

Les participants se sont soumis à un test de prélèvement nasal standard et ont également prélevé leurs propres échantillons de salive. Sur les 1 939 paires de tests, 34 sont revenus positifs pour une infection au coronavirus. Il y a également eu 14 cas où le virus a été détecté dans l'échantillon de salive mais pas dans l'échantillon nasal, et 22 cas où l'inverse était vrai.

Ces résultats ont été publiés vendredi dans Annals of Internal Medicine.

Bien que le test de prélèvement nasal ait détecté plus d'infections que le test de salive, ce dernier a été suffisamment performant pour être considéré comme un outil de dépistage, a écrit l'équipe de l'Université d'Ottawa, de l'Université Dalhousie et du Laboratoire national de microbiologie du Canada.

« Les tests de salive présentent des avantages potentiels », ont écrit les chercheurs. « Le prélèvement ne nécessite pas de personnel qualifié ni d'équipement de protection individuelle, peut être effectué en dehors des centres de dépistage et peut être mieux toléré chez les populations difficiles ou pédiatriques. »

L'équipe de Yale a indiqué certains de ces mêmes avantages et en a ajouté quelques autres. Les tests de salive éliminent la nécessité que les travailleurs de la santé entrent en contact avec des personnes susceptibles d'être infectées, ce qui réduit le risque de transmission. Le fait de pouvoir effectuer un test sans personnel médical sur place permet également de supprimer un « grand goulot d'étranglement », a écrit l'équipe.

M. Stephen Hahn, commissaire de la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis, a également fait remarquer que les tests de salive peuvent permettre de procéder à un dépistage même en cas de pénurie de réactifs chimiques nécessaires aux tests de prélèvement nasal.

Au moins cinq tests de salive ont reçu une autorisation d'utilisation d'urgence de la FDA, dont un mis au point à Yale.

<https://www.scmp.com/news/world/article/3099700/goodbye-nasal-swabs-saliva-tests-can-detect-coronavirus-infection>

Étude

Une étude apporte la preuve d'une transmission asymptomatique de la COVID-19 à bord d'un avion.

Source : The Korea Herald

ID unique : [1007748013](#)

Les porteurs asymptomatiques pourraient être capables de transmettre le nouveau coronavirus à d'autres personnes dans les avions, selon une nouvelle étude publiée par les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis.

L'étude, publiée dans la revue à comité de lecture Emerging Infectious Diseases, a révélé qu'une passagère d'un vol d'évacuation de Milan à Séoul semble avoir contracté la maladie après avoir utilisé les mêmes toilettes qu'un patient asymptomatique.

Cette passagère, qui était assise à trois rangées dudit patient, avait porté son masque facial N95 pendant tout le vol, sauf pour manger ou aller aux toilettes.

M. Yon Dong Keon, pneumologue et l'un des chercheurs coréens qui ont mené l'étude, a déclaré, sur la base d'enquêtes épidémiologiques, que « l'explication la plus plausible de l'infection de la passagère par la COVID-19 est qu'elle a été exposée à d'éventuels contaminants lorsqu'elle a utilisé les toilettes de bord ».

« Comme la passagère s'est isolée seule à son domicile en Italie pendant trois semaines avant le voyage, on suppose que le contact en vol avec le patient asymptomatique constitue le point d'infection », a-t-il déclaré.

Les 299 passagers ont été examinés pour détecter les symptômes du coronavirus et ont reçu des masques respiratoires N95 avant de monter à bord de l'avion. Dans les aéroports et en vol, ils ont suivi des procédures strictes de contrôle des infections sous la direction du personnel médical.

Bien qu'ils n'aient pas présenté de symptômes, les passagers ont été mis en quarantaine pendant deux semaines à leur arrivée, conformément aux directives du gouvernement coréen, et ont été régulièrement testés pour détecter le virus. Six ont été testés positifs le premier jour, et sont restés sans symptômes jusqu'à leur sortie de l'hôpital. Compte tenu de la période d'incubation, on pense qu'ils ont été malades avant de voler.

Le dernier jour de la quarantaine, la passagère qui a utilisé la même cabine de toilettes que le patient asymptomatique pendant le vol a été déclarée positive après avoir été trouvée négative lors d'examen antérieurs. Elle n'a eu aucun contact extérieur pendant la quarantaine, car elle a séjourné dans un établissement supervisé par les autorités de santé publique.

« L'une des principales conclusions de cette étude est que les toilettes publiques présentent un risque de contagion », a déclaré M. Yon. Par mesure de sécurité, il a recommandé de réduire au minimum les surfaces touchées par les mains et de tirer la chasse d'eau avec le couvercle fermé, car si on le laisse ouvert, un panache de particules chargées de virus peut se répandre dans l'air.

« D'autres conseils de sécurité pour les voyages aériens comprennent le port de masques, le lavage des mains, la désinfection des surfaces communes et la limitation des contacts entre les passagers », a-t-il dit.

Cliquez ici pour voir l'image

La figure de gauche montre la chronologie du vol, la quarantaine des passagers et le protocole de dépistage. À droite, on peut voir la place des six patients asymptomatiques (marqués en rouge) et de la passagère (marquée en bleu) qui est soupçonnée d'avoir contracté la maladie par un contact en vol. (Journal Emerging Infectious Diseases des CDC des États-Unis)

Étude : https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/11/20-3353_article
<http://www.koreaherald.com/view.php?ud=20200901000764&kr=1&nt=1>

Étude

Étude financée par les NIH pour suivre la prévalence et l'incidence du SRAS-CoV-2 chez les femmes enceintes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire

Source : NIH

QUOI

Les National Institutes of Health (NIH) ont lancé une étude pour suivre la prévalence et l'incidence de l'infection par le SRAS-CoV-2 chez environ 16 000 femmes enceintes dans sept pays à revenu faible et intermédiaire. L'étude suivra les femmes tout au long de la grossesse et douze mois après l'accouchement afin de comparer les résultats des participantes qui ont été infectées par le virus à ceux des femmes enceintes qui ne l'ont pas été.

À l'accouchement, les femmes participant à l'étude subiront un test d'anticorps pour déterminer si elles ont été exposées au SRAS-CoV-2. Les chercheurs espèrent déterminer si l'infection augmente le risque de complications telles que les naissances prématurées, le retard de croissance du fœtus, la mortinaissance, la mort du nouveau-né et les malformations congénitales. Ils espèrent également évaluer les connaissances des participantes et leurs attitudes à l'égard de la COVID-19 pendant la grossesse, y compris concernant la sécurité, les pratiques de protection et les soins prénataux. Les femmes participant à l'étude seront également invitées à participer à une analyse de suivi afin de déterminer si l'infection maternelle par le SRAS-CoV-2 influence les résultats chez les nourrissons, tels que la paralysie cérébrale, les retards de développement et les anomalies de l'audition et de la vision.

L'étude est menée par le Global Network for Women's and Children's Health Research, un groupe de sites cliniques financés par le National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) *Eunice Kennedy Shriver* des NIH. Les pays participants sont le Guatemala, le Bangladesh, l'Inde, le Pakistan, le Kenya, la République démocratique du Congo et la Zambie.

QUI

La directrice du NICHD, Diana W. Bianchi, M.D., est disponible pour tout commentaire.

À propos du National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) *Eunice Kennedy Shriver* : Le NICHD mène des recherches et des formations pour comprendre le développement humain, améliorer la santé reproductive, améliorer la vie des enfants et des adolescents et optimiser les capacités de chacun. Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter le site <https://www.nichd.nih.gov>.

À propos des National Institutes of Health (NIH) : Les NIH, l'agence nationale de recherche médicale, comprennent 27 instituts et centres et font partie du département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis. Les NIH sont la principale agence fédérale qui mène et soutient la recherche médicale fondamentale, clinique et translationnelle, et qui étudie les causes, les traitements et les remèdes des maladies communes et rares. Pour plus d'information sur les NIH et leurs programmes, consultez le site www.nih.gov.

<https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-supported-study-track-prevalence-impact-sars-cov-2-among-pregnant-women-low-middle-income-countries>

OMS

De nouveaux travaux de recherche permettent de mieux comprendre l'impact de la COVID-19 sur les femmes enceintes et leur nourrisson.

Source : OMS

Publication : 2020-09-02 10:54 UTC

Réception : 2020-09-02 10:54 UTC (0 minute)

ID unique : 1007755856

Les femmes enceintes atteintes de la COVID-19 encourent moins de risque de présenter des symptômes que les femmes qui ne sont pas enceintes atteintes de la maladie, toutefois, elles sont plus susceptibles de nécessiter des soins intensifs en cas de forme grave de la maladie, selon les résultats d'une nouvelle étude.

De nouveaux résultats de travaux de recherche publiés aujourd'hui dans la revue BMJ permettent de faire la lumière sur les risques de la COVID-19 chez les femmes enceintes et leur nourrisson. L'article suggère que les femmes enceintes qui ont eu une consultation à l'hôpital et chez lesquelles la COVID-19 est suspectée ou confirmée ont moins tendance à avoir de la fièvre ou des douleurs musculaires mais, si elles

développent une forme grave de la maladie, elles sont plus susceptibles de nécessiter des soins intensifs que les femmes qui ne sont pas enceintes atteintes de la maladie.

Il s'agit du premier article présentant un « système dynamique de revue systématique » ; à savoir des travaux de recherche, au niveau mondial, en cours, et la collecte et la synthèse des données sur la situation des femmes enceintes atteintes de la COVID-19 dans les pays du monde entier. Les travaux ont été dirigés par des chercheurs de l'Université de Birmingham (Royaume-Uni), de l'Organisation mondiale de la Santé et du Programme spécial de recherche, de développement et de formation à la recherche en reproduction humaine (HRP) ainsi que d'autres collaborateurs.

Pathologies préexistantes

Les données actuellement disponibles suggèrent que les personnes non blanches, plus âgées, en surpoids ou souffrant déjà d'une autre maladie, sont plus vulnérables et risquent de développer une forme grave de la COVID-19. Selon les résultats publiés aujourd'hui, les femmes enceintes qui sont atteintes de la COVID-19 et souffrent d'une autre maladie, comme le diabète ou l'hypertension artérielle chronique, ou qui sont plus âgées ou en surpoids, sont également plus susceptibles de développer de graves complications dues à la COVID-19.

Mercedes Bonet, un des auteurs de l'étude, indique que : « Les données factuelles nous montrent que les personnes souffrant de pathologies préexistantes, telles que le diabète ou l'hypertension artérielle, sont exposées à un risque plus élevé, que celles-ci soient enceintes ou non. »

Ces résultats soulignent la nécessité pour les femmes enceintes et celles dont la grossesse a pris fin récemment de prendre toutes les précautions nécessaires, en particulier si elles présentent des affections sous-jacentes.

Risques pour les nouveau-nés et les femmes

Les résultats des travaux de recherche montrent que les femmes enceintes et atteintes de la COVID-19 sont plus susceptibles d'accoucher prématurément. Les résultats indiquent également qu'un nourrisson sur quatre né d'une femme atteinte de la COVID-19 a été admis dans un service de néonatalogie; cependant on manque de données sur les causes des naissances prématurées ou sur les indications d'admission aux services de néonatalogie de ces nourrissons. Les taux de mortinatalité et de mortalité néonatale sont toutefois faibles.

Incidences pour les services de santé

Il est important que les prestataires de soins de santé aient conscience de la probabilité que les femmes enceintes atteintes de la COVID-19 et leur nouveau-né nécessitent des soins spécialisés, et garantissent que les femmes et leurs nourrissons aient accès à ces soins. Cette observation est particulièrement pertinente pour les femmes enceintes atteintes de la COVID-19 et présentant d'autres comorbidités.

En outre, il est essentiel de souligner qu'il convient de garantir le droit d'une femme enceinte qui est atteinte ou non de la COVID-19, à une expérience positive de la grossesse et de l'accouchement. Plus en savoir plus.

Il est également important de reconnaître le stress et l'anxiété accrus causés par la COVID-19 qui peuvent être particulièrement ressentis par les femmes enceintes, les femmes dont la grossesse a pris fin récemment et leur partenaire, leurs enfants et leurs familles. Les prestataires de soins de santé ont un rôle à jouer pour répondre aux femmes enceintes de manière appropriée et compatissante.

<https://www.who.int/fr/news/item/01-09-2020-new-research-helps-to-increase-understanding-of-the-impact-of-covid-19-for-pregnant-women-and-their-babies>

Événements nationaux d'intérêt

Canada

Avis de santé publique : Écllosion de salmonellose (*Salmonella*) liée aux oignons rouges importés des États-Unis

Source : ASPC

31 août 2020 – Mise à jour

L'enquête sur l'écllosion se poursuit, car des cas de maladies continuent d'être signalés à l'Agence de la santé publique du Canada. Depuis le 21 août, 78 nouveaux cas de la maladie ont été signalés dans le

cadre de l'enquête canadienne. Il y a maintenant 457 cas confirmés au Canada. Une personne est décédée, mais on ignore si la salmonellose a contribué à la cause du décès.

Il n'existe aucune preuve attestant que les oignons cultivés au Canada sont liés à cette éclosion. On examine plutôt les oignons importés des États-Unis.

Évitez de manger, d'utiliser, de vendre ou de servir des oignons rouges, blancs, jaunes ou jaunes sucrés distribués par Thomson International Inc. ou tout produit qui en contient. Ces conseils s'appliquent à toutes les personnes au Canada ainsi qu'aux détaillants, aux distributeurs, aux fabricants et aux établissements de services alimentaires comme les hôtels, les restaurants, les cafétérias, les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers.

Si vous ignorez d'où provient votre oignon rouge, blanc, jaune ou jaune sucré, ne le mangez pas. Vous trouverez dans cet avis d'autres conseils pour éviter la maladie.

L'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) a émis des avis de rappel d'aliments pour des produits connexes importés au Canada. Certains de ces produits ont peut-être été distribués à l'échelle nationale. Il est possible que d'autres avis de rappel d'aliments soient émis au Canada. De plus amples renseignements sur les produits rappelés sont affichés sur le site Web de l'ACIA.

Sur cette page

- Pourquoi tenir compte du présent avis
- Résumé de l'enquête
- Qui est le plus à risque
- Ce que vous devriez faire pour protéger votre santé
- Symptômes
- Ce que fait le gouvernement du Canada
- Renseignements épidémiologiques
- Renseignements additionnels
- Personne-ressource pour les médias
- Renseignements au public
- Historique de l'enquête

Pourquoi tenir compte du présent avis

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) collabore avec ses partenaires fédéraux et provinciaux de santé publique, les Centers for Disease Control (CDC) des États-Unis et la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis pour enquêter sur une éclosion de salmonellose survenue dans sept provinces.

Au Canada, d'après les constatations de l'enquête à ce jour, il a été déterminé que l'exposition à des oignons rouges importés en provenance des États-Unis est une source probable de l'éclosion. Nombreuses sont les personnes faisant l'objet d'une enquête qui ont déclaré avoir mangé des oignons rouges avant de tomber malades.

Dans le cadre d'une enquête collaborative menée par des partenaires en santé publique et en salubrité des aliments au Canada et aux États-Unis, des renseignements sur le retraçage ont permis de déterminer que les oignons rouges contaminés proviennent de l'entreprise Thomson International Inc., de Bakersfield (Californie), aux États-Unis.

L'ACIA a émis des avis de rappel d'aliments pour des produits connexes importés au Canada. Certains de ces produits ont peut-être été distribués à l'échelle nationale. Il est possible que d'autres avis de rappel d'aliments soient émis au Canada. Il faut plus de renseignements pour déterminer la cause de la contamination des oignons rouges exportés par Thomson International Inc. L'éclosion est en cours, car des maladies récentes continuent d'être signalées à l'Agence de santé publique du Canada.

Compte tenu de ces nouveaux renseignements, et jusqu'à ce que l'on en sache plus sur l'éclosion, évitez de manger, d'utiliser, de vendre ou de servir des oignons rouges, jaunes, blancs ou jaunes sucrés produits par Thomson International Inc., de Bakersfield (Californie), aux États-Unis, ou tout produit en contenant. Ces conseils s'appliquent à toutes les personnes au Canada ainsi qu'aux détaillants, aux distributeurs, aux fabricants et aux établissements de services alimentaires comme les hôtels, les restaurants, les cafétérias, les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers.

Les oignons cultivés au Canada ne sont pas touchés par cet avis.

Comme l'enquête est toujours en cours, il est possible que l'on trouve d'autres sources, et d'autres avis de rappel d'aliments liés à cette éclosion pourraient être émis. Cet avis de santé publique sera mis à jour au fil de l'évolution de l'enquête.

Résumé de l'enquête

Au 31 août 2020, 457 cas confirmés de *Salmonella* Newport liés à cette éclosion ont été recensés dans les provinces suivantes : Colombie-Britannique (107), Alberta (257), Saskatchewan (33), Manitoba (25), Ontario (11), Québec (23) et Île-du-Prince-Édouard (1).

Les personnes sont tombées malades entre la mi-juin et le début d'août 2020. Soixante-six personnes ont été hospitalisées. Une personne est décédée, mais on ignore si la salmonellose a contribué à la cause du décès. Les personnes qui sont tombées malades sont âgées de 1 à 100 ans. La majorité des cas (55 %) sont des femmes.

Les personnes qui sont tombées malades ont déclaré avoir mangé des oignons rouges à la maison, dans des restaurants et dans des établissements de soins.

L'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) mène actuellement une enquête sur la salubrité des aliments et a émis des avis de rappel d'aliments pour des produits connexes. Il est possible que d'autres avis de rappel d'aliments soient émis au Canada. De plus amples renseignements sur les produits rappelés sont affichés sur le site Web de l'ACIA.

Les CDC des États-Unis enquêtent également sur une éclosion de *Salmonella* Newport qui a une empreinte génétique similaire à celle des maladies signalées dans cette éclosion. Les enquêteurs du Canada et des États-Unis continuent de collaborer pour échanger des informations et déterminer les points communs dans les renseignements sur l'éclosion, qui peuvent permettre de détecter d'autres sources de la maladie ou d'aider à trouver la cause de la contamination des oignons rouges.

Il est possible que des cas de maladie plus récents soient signalés dans le cadre de cette éclosion, car il s'écoule un certain temps entre le moment où une personne tombe malade et celui où la maladie est signalée aux responsables de la santé publique. Pour cette éclosion, la période de déclaration de la maladie est de deux à quatre semaines.

Qui est le plus à risque

N'importe qui peut être atteint d'une infection à *Salmonella*, mais les enfants de cinq ans et moins, les personnes âgées, les femmes enceintes ou les personnes immunodéprimées sont plus susceptibles de contracter une maladie grave.

La majorité des personnes qui tombent malades à la suite d'une infection à *Salmonella* se rétablissent complètement après quelques jours. Il est possible que certaines personnes soient infectées par la bactérie et ne tombent pas malades ou ne présentent aucun symptôme, mais qu'elles puissent néanmoins transmettre l'infection à d'autres.

Ce que vous devriez faire pour protéger votre santé

Évitez de manger, d'utiliser, de vendre ou de servir des oignons rouges, jaunes, blancs ou jaunes sucrés produits par Thomson International Inc., de Bakersfield (Californie), aux États-Unis, ou tout produit en contenant. Ces conseils s'appliquent à toutes les personnes au Canada ainsi qu'aux détaillants, aux distributeurs, aux fabricants et aux établissements de services alimentaires comme les hôtels, les restaurants, les cafétérias, les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers.

Avis aux consommateurs

On demande aux personnes de vérifier si elles ont chez elles des oignons rouges, blancs, jaunes ou jaunes sucrés entiers, tranchés ou hachés, ainsi que des aliments préparés qui contiennent des oignons, comme des salades, des sandwichs, des roulés, des salsas, des trempettes ou du guacamole.

• Si vous avez des oignons à la maison :

◦ Cherchez une étiquette qui indique où l'oignon a été cultivé. Cette information pourrait être imprimée sur l'emballage ou un autocollant.

◦ Si l'information sur l'emballage ou l'autocollant indique que le produit vient de Thomson International Inc., ne le mangez pas. Jetez-le et lavez-vous les mains.

◦ Si le produit n'est pas étiqueté, ne le mangez pas. Jetez-le et lavez-vous les mains.

◦ Si les salades, les trempettes, le guacamole, les sandwichs, les roulés ou les salsas prêts à manger contiennent des oignons et que vous ne savez pas s'ils proviennent de Thomson International Inc., ne les mangez pas. Jetez-les et lavez-vous les mains.

◦ Lavez et désinfectez toute surface ayant pu être en contact avec les oignons ou avec leur emballage, comme les comptoirs, le réfrigérateur, les tiroirs, les tablettes de garde-manger, les couteaux et les planches à découper.

• Si vous achetez des oignons dans un magasin :

◦ Vérifiez qu'on ne vous vend pas des oignons provenant de Thomson International Inc. ou qu'on ne vous sert pas d'aliments préparés frais en contenant.

◦ Si vous ne pouvez pas confirmer que les oignons proviennent des Thomson International Inc., ne les achetez pas.

• Si vous commandez une salade ou tout autre repas contenant des oignons dans un restaurant ou un établissement alimentaire :

◦ Demandez au personnel si les oignons rouges proviennent de Thomson International Inc. Si tel est le cas ou si le personnel n'a pas cette information, n'en mangez pas.

• Évitez de manger tout produit alimentaire rappelé. Vérifiez si vous avez des produits rappelés à la maison. Si vous en avez, jetez-les et lavez-vous les mains.

• Si l'on vous a diagnostiqué une infection à *Salmonella* ou toute autre maladie gastro-intestinale, ne cuisinez pas pour d'autres personnes.

• Communiquez avec votre autorité locale de santé publique pour signaler tout problème de sécurité alimentaire dans les restaurants ou les épiceries, ou si vous soupçonnez une intoxication alimentaire provenant d'un restaurant ou d'autres établissements alimentaires.

Conseils aux restaurants, détaillants, fournisseurs et distributeurs

• Vérifiez l'étiquette des sacs ou des boîtes d'oignons ou demandez aux fournisseurs d'où proviennent les oignons.

• Évitez d'expédier ou vendre des oignons provenant de Thomson International Inc. de Bakersfield (Californie), aux États-Unis ou tout produit en contenant.

• Lavez et désinfectez toute surface et tout bac de rangement ayant pu être en contact avec les oignons, notamment les planches à découper, les comptoirs, les trancheuses, les ustensiles et les contenants utilisés pour les entreposer ou les transporter.

Symptômes

Les symptômes d'une infection à *Salmonella*, appelée salmonellose, se manifestent généralement de 6 à 72 heures après l'exposition à une personne ou à un animal infecté, ou à un produit contaminé par la bactérie *Salmonella*.

Voici la liste des symptômes :

- fièvre;
- frissons;
- diarrhée;
- crampes abdominales;
- maux de tête;
- nausées;
- vomissements.

Ces symptômes durent habituellement de quatre à sept jours. Les personnes en bonne santé qui contractent la salmonellose se rétablissent souvent sans traitement. Il peut parfois être nécessaire de prendre des antibiotiques. Dans certains cas, l'infection peut rendre gravement malade et exiger l'hospitalisation. Les personnes qui contractent la salmonellose peuvent être contagieuses durant des jours, voire des semaines. Les personnes qui ont des symptômes ou des problèmes médicaux sous-jacents doivent communiquer avec un professionnel de la santé si elles soupçonnent qu'elles ont contracté la salmonellose.

Ce que fait le gouvernement du Canada

Le gouvernement du Canada est déterminé à protéger les Canadiens contre les éclosions de maladies entériques.

L'Agence de la santé publique du Canada dirige le volet sur la santé humaine de l'enquête liée à une éclosion et communique régulièrement avec ses partenaires fédéraux, provinciaux et territoriaux afin de surveiller l'éclosion et de prendre des mesures concertées pour la combattre.

Santé Canada effectue des évaluations des risques pour la santé afin de déterminer si la présence de certaines substances ou de certains microorganismes dans les aliments constitue un risque pour la santé des consommateurs.

L'Agence canadienne d'inspection des aliments mène des enquêtes sur la salubrité des aliments afin de trouver la source alimentaire possible de l'éclosion.

Le gouvernement du Canada continuera de tenir les Canadiennes et les Canadiens au courant de tout fait nouveau concernant cette enquête.

Renseignements épidémiologiques

La figure 1 est une courbe épidémiologique pour cette éclosion, qui illustre le nombre de cas par semaine. Ces renseignements sont utilisés par les enquêteurs sur l'éclosion pour montrer quand les cas ont commencé, quand ils ont atteint un sommet et quand leur nombre a diminué. Il peut s'écouler plusieurs semaines entre le moment où une personne tombe malade et le moment où la maladie est signalée et que des tests confirment l'existence d'un lien avec l'éclosion. Des données sur 454 cas sont accessibles.

Figure 1 : Nombre de personnes infectées par l'infection à *Salmonella* Newport
 Figure 1 : Nombre de personnes infectées par l'infection à *Salmonella* Newport

Renseignements additionnels

- Enquête sur la salubrité des aliments de l'ACIA
- Avis d'enquête sur l'éclosion de Salmonella Newport – CDC des États-Unis
- Salmonellose (*Salmonella*)
- La salubrité des aliments et vous
- Maladie à coronavirus (COVID-19) et salubrité des aliments
- Application mobile sur les rappels et les avis de sécurité

Personne-ressource pour les médias

Agence de la santé publique du Canada
Relations avec les médias
613-957-2983

Renseignements au public

Appelez sans frais : 1-866-225-0709

Courriel : info@hc-sc.gc.ca

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/avis-sante-publique/2020/eclosion-salmonella-visee-enquete.html>

Nouveau-Brunswick

Harvest House affirme que les paiements de la PCU alimentent le marché des drogues illicites à Moncton.

Source : Global News

ID : 1007752532

Le refuge Harvest House à Moncton affirme que certaines personnes utilisent les chèques de la Prestation canadienne d'urgence pour soutenir leur dépendance, ce qui pourrait avoir une incidence à long terme sur les personnes les plus vulnérables de la ville.

Cal Maskery, directeur exécutif du refuge Harvest House, gère un programme de désintoxication et a déclaré que l'aide financière liée à la pandémie alimente le marché des drogues illicites dans la ville depuis des mois.

« Tout d'un coup, ils ont reçu de l'argent qu'ils n'avaient jamais eu et la tentation était trop forte et nous avons perdu plusieurs gars », a déclaré M. Maskery.

Au cours des derniers mois, quatre personnes ont abandonné son programme de désintoxication et ont recommencé à se droguer après avoir reçu des fonds de la PCU alors qu'elles n'y avaient même pas droit, dit-il.

« Une fois que la nouvelle s'est répandue dans la rue que l'on pouvait faire une demande et qu'il n'y avait pas de responsabilité, un certain nombre de personnes qui n'avaient pas travaillé depuis des années ont fait une demande », a-t-il déclaré.

L'aide financière fédérale d'urgence a été conçue pour aider les personnes ayant perdu leur emploi en raison de la pandémie.

Kirk Hollett, qui est inscrit au programme de désintoxication, dit qu'il a envisagé de demander cette prestation après avoir vu des gens avoir accès à de l'argent facile, mais a décidé que cela ne valait pas la peine de courir le risque puisqu'il ne se drogue plus depuis six mois.

« Je savais juste que ça allait être un piège. Je pouvais le voir et les pensées m'ont traversé l'esprit tout de suite et je me suis dit « non, c'est juste une condamnation à mort pour moi », a déclaré M. Hollett.

M^{me} Susan Crouse de la clinique Salvus à Moncton a déclaré que certains de ses clients bénéficiant de l'aide au revenu recevaient également des chèques de la PCU, alors qu'ils n'auraient jamais dû y avoir droit.

Elle s'inquiète de l'incidence sur la population vulnérable lorsque la prestation prendra fin dans le courant du mois. Certains de ses patients ont déjà vu une partie de leur aide au revenu récupérée par le ministère provincial du Développement social, a-t-elle déclaré.

« Certaines personnes ont vraiment fait bon usage de leurs prestations et ont obtenu un logement pendant la courte période où elles recevaient la PCU et maintenant, bien sûr, celle-ci a disparu et elles se retrouvent avec un logement qu'elles ne peuvent vraiment plus se permettre, alors elles ont malheureusement perdu ce logement », a déclaré M^{me} Crouse.

Selon le ministère du Développement social, les Néo-Brunswickois qui touchent la PCU ne peuvent pas recevoir également des services d'aide sociale. Mais ils peuvent conserver certaines prestations, selon une déclaration envoyée par courriel par Abigail McCarthy, agente des communications.

« Pendant la pandémie, le Ministère a déterminé que les clients qui ont choisi de faire une demande de PCU devaient toujours pouvoir conserver leur carte de santé et leurs prestations supplémentaires financées par la province, de sorte que lorsque la PCU financée par le gouvernement fédéral prendra fin, les clients auront plus de facilité à revenir à leurs services traditionnels d'aide sociale. »

En attendant, M. Maskery a déclaré que si certaines personnes doivent rembourser une partie de leur PCU, il craint que davantage de personnes vivant déjà avec des moyens limités et essayant de surmonter leurs dépendances ne ressentent un sentiment de désespoir et rechutent dans les mois à venir.

« Je suis heureux que l'argent de la PCU ait bénéficié à ceux qui en avaient vraiment besoin. Mais, comme il n'y avait pas de responsabilité, n'importe qui pouvait y avoir accès et c'était là le danger », a-t-il dit.

<https://globalnews.ca/news/7309965/cerb-drugs-moncton/>

Nunavut

Déclaration de la fin de l'écllosion de coqueluche à Sanikiluaq

Source : CBC | North News

ID : 1007752757

Une écllosion de coqueluche qui a débuté à Sanikiluaq ce printemps est maintenant terminée, a annoncé mardi le ministère de la Santé du Nunavut.

Les autorités ont déclaré l'écllosion en juin, après que la présence de la maladie ait été confirmée dans la communauté en mai.

La coqueluche affecte la gorge et les poumons, et se propage facilement d'une personne à l'autre, a déclaré le ministère de la Santé dans un communiqué de presse.

Les enfants de moins d'un an sont susceptibles de connaître les cas les plus graves, mais cela peut toucher n'importe qui.

Les résidents doivent consulter leur prestataire de soins de santé s'ils présentent l'un de ces symptômes :

Une toux qui dure plus d'une semaine;

Une toux suivie d'un bruit inhabituel rappelant le chant du coq;

Des difficultés respiratoires;

Des vomissements après la toux.

Une toux qui s'aggrave la nuit;

Une forte fièvre (39 °C et plus) pendant plus de trois jours.

Un diagnostic et un traitement précoces sont importants dans la lutte contre la coqueluche, qui peut être évitée grâce à un vaccin, indique le communiqué de presse du ministère de la Santé.

Les gens doivent s'assurer que leurs vaccins sont à jour.

Ils doivent également s'assurer de se laver les mains fréquemment, tousser dans leur manche ou dans un mouchoir en papier et éviter de partager de la nourriture, des ustensiles ou des brosses à dents, a déclaré le ministère de la Santé.

<https://www.cbc.ca/news/canada/north/sanikiluaq-nunavut-whooping-cough-outbreak-over-1.5708098?cmp=rss>

Île-du-Prince-Édouard

Un nouveau sondage à l'Î.-P.-É. vise à mesurer la consommation de drogues illicites pendant la pandémie.

Source : CBC | Nouvelles de l'Île-du-Prince-Édouard.

ID : 1007752535

Un groupe qui fait la promotion de la réduction des méfaits pour les habitants de l'île qui consomment des drogues espère qu'un nouveau sondage l'aidera à mieux comprendre les effets de la pandémie mondiale sur la consommation de drogues illicites à l'Île-du-Prince-Édouard.

Le sondage s'adresse à toute personne qui consomme des drogues illicites, que ce soit de manière occasionnelle ou habituelle.

Angele Desroches, coordinatrice du programme avec PEERS Alliance, affirme que les méfaits liés aux drogues ont augmenté dans tout le pays depuis le début de la pandémie.

« Depuis le début de la pandémie, nous avons constaté une augmentation des méfaits liés aux drogues, y compris les surdoses, et cela a été le cas à l'Île-du-Prince-Édouard », a déclaré M^{me} Desroches, ajoutant qu'elle reçoit des informations de toute la province.

Les drogues de plus en plus mélangées au fentanyl

Elle dit qu'à la suite de la fermeture des frontières, l'approvisionnement en drogue a changé et elle pense que ce qui est disponible sur l'île est de plus en plus contaminé par le fentanyl.

« Et cela est préoccupant, car nous constatons que cela touche non seulement les consommateurs d'opioïdes, mais aussi les consommateurs de stimulants », a déclaré M^{me} Desroches.

« Les consommateurs de cocaïne à des fins récréatives ne sont donc pas forcément très conscients des risques encourus, tout comme les consommateurs de méthamphétamines. La surdose d'opioïdes ne vient peut-être pas à l'esprit, mais c'est certainement un risque, car nous constatons que ces substances sont davantage contaminées par le fentanyl. »

Le sondage – appelé « Vérification liée à la COVID avec PEERS Alliance pour tous ceux qui consomment des drogues » – pose des questions générales sur l'âge et la consommation de drogues, ainsi que d'autres questions sur l'offre de drogues depuis le début de la pandémie, notamment sur l'accès et les coûts, sur l'évolution de la fréquence de consommation et sur ce qui pourrait contribuer à accroître la sécurité selon les consommateurs.

Michael Redmond, directeur du refuge Bedford MacDonald House et coordonnateur du Centre d'approche communautaire à Charlottetown, a déclaré qu'il avait également remarqué des changements depuis la pandémie – et que ses clients lui en avaient parlé.

« Les gens prenaient simplement des risques. »

« Les choses ont changé de façon spectaculaire, parce qu'il est évident qu'il n'y avait pas autant de drogues qui traversaient le pont », a déclaré M. Redmond.

« Il est donc certain que les drogues étaient diluées, que leur consommation était plus importante, qu'il y avait beaucoup de commerce de drogues et de médicaments sur ordonnance, et que les gens prenaient simplement des risques qu'ils ne prennent pas normalement. Et donc cela a certainement touché beaucoup de gens. »

Selon M. Redmond, ces problèmes vont de l'agitation accrue à la violence entre les membres de la collectivité. Il a déclaré que la pandémie a été particulièrement dure pour tous ceux qui ont des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, et il espère que les données recueillies par le sondage permettront de mieux soutenir les toxicomanes de l'Île-du-Prince-Édouard.

« Je pense que nous devons tous reconnaître que la consommation de drogues pose un grand problème à Charlottetown et dans l'Île-du-Prince-Édouard. Et la seule façon d'aborder un problème comme celui-ci consiste, tout d'abord, à reconnaître l'existence du problème. »

Il aimerait que ces données se traduisent par des installations supplémentaires pour les populations vulnérables, et par un soutien accru à la santé mentale sur le terrain.

Les responsables de PEERS Alliance espèrent que tous les consommateurs de drogues illicites prendront quelques minutes pour répondre au sondage, car la collecte de données est essentielle pour comprendre les problèmes et préconiser des solutions.

Le sondage sera disponible en ligne sur les comptes de médias sociaux de PEERS Alliance jusqu'au 18 septembre.

<https://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/cbc-pei-illicit-drug-covid-1.5706793?cmp=rss>

Événements internationaux d'intérêt

États-Unis

La FDA fournit des orientations à l'industrie pour la détection et la prévention des nitrosamines dans les médicaments.

Source : Food and Drug Administration

Le texte suivant est attribué au commissaire de la FDA Stephen M. Hahn, M.D., et à Patrizia Cavazzoni, M.D., directrice par intérim, Center for Drug Evaluation and Research

Depuis le début de notre découverte d'impuretés appelées nitrosamines dans certains types de médicaments, il y a plus de deux ans, la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a entrepris une enquête approfondie afin de protéger les patients. Bien que les nitrosamines soient courantes dans l'eau et les aliments, les impuretés de nitrosamines peuvent augmenter le risque de cancer si les personnes y sont exposées au-delà des niveaux acceptables et sur de longues périodes. C'est pourquoi la découverte inattendue d'impuretés de nitrosamines dans certains produits pharmaceutiques est une préoccupation sérieuse, et la FDA travaille, en collaboration avec ses homologues de la réglementation du monde entier, à trouver les médicaments contenant des impuretés de nitrosamines inacceptables pour les retirer de

l'approvisionnement en médicaments des États-Unis. Ce faisant, nous prenons également des mesures proactives pour garantir qu'à l'avenir, les médicaments puissent être exempts de niveaux dangereux de ces impuretés dès le début de la production.

Garantir que les médicaments sont sûrs, efficaces et de grande qualité est un élément essentiel de la mission de la FDA. Dans le cadre de nos efforts continus pour être transparents et fournir des orientations aux fabricants sur la manière de détecter et de prévenir les niveaux inacceptables d'impuretés de nitrosamines, nous publions aujourd'hui sur **notre document d'orientation intitulé « Control of Nitrosamine Impurities in Human Drugs » (contrôle des impuretés de nitrosamines dans les médicaments à usage humain) en vue d'une mise en œuvre immédiate. Ce document d'orientation recommande des mesures, notamment une stratégie globale d'évaluation des risques et d'autres mesures que les fabricants peuvent prendre pour réduire ou prévenir la présence d'impuretés de nitrosamines dans leurs médicaments.**

Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles ces impuretés peuvent apparaître dans certains médicaments et, par conséquent, de nombreuses approches de dépistage et de prévention de l'apparition de nitrosamines pour aider à garantir la qualité et la sécurité des médicaments. La source de ces impuretés peut être liée au processus de fabrication des médicaments, aux matériaux utilisés dans la fabrication, à la structure chimique des médicaments, ou même aux conditions dans lesquelles les médicaments sont stockés ou emballés. Sous la surveillance de la FDA, les fabricants sont responsables de l'atténuation de ces impuretés.

L'impureté de nitrosamine la plus courante, la N-nitrosodiméthylamine (NDMA), est présente à de faibles niveaux dans l'eau et les aliments, notamment les viandes salées et grillées, les produits laitiers et les légumes. La FDA et la communauté scientifique internationale ne s'attendent pas à ce que la NDMA soit nocive lorsqu'elle est ingérée à de faibles niveaux. Toutefois, étant donné que des substances génotoxiques telles que la NDMA peuvent augmenter le risque de cancer si les gens y sont exposés au-delà de certains niveaux et sur de longues périodes, les fabricants ont rappelé des médicaments dont les niveaux de NDMA étaient supérieurs aux niveaux d'absorption acceptables recommandés par la FDA. Les patients qui prennent des médicaments contenant des impuretés de nitrosamines potentielles ne doivent pas arrêter de les prendre et doivent parler avec leur professionnel de la santé de leurs préoccupations et des autres options de traitement.

Nous pensons que les orientations que nous avons publiées aujourd'hui aideront les fabricants à prévenir des niveaux inacceptables de nitrosamines dans les médicaments. La protection des patients est la priorité numéro un de la FDA, et nous continuerons à travailler avec les fabricants et nos partenaires internationaux de la réglementation pour enquêter sur ce problème et le résoudre définitivement.

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

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-provides-guidance-industry-detecting-and-preventing-nitrosamines-drugs>

Soudan

Poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale – Soudan

Source : OMS

ID : 1007752961

Le 9 août 2020, le ministère fédéral soudanais de la Santé a informé l'OMS qu'un poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc2) avait été détecté dans le pays. Selon cette communication, le virus est génétiquement apparenté à ceux du Tchad (les résultats du séquençage ont mis en lumière 12 à 19 modifications nucléotidiques). Deux cas de paralysie flasque aiguë (PFA) ont été notifiés. Chez le premier cas, un enfant de 48 mois habitant la ville de Sulbi, dans la localité de Kas, dans l'État du Darfour

du sud, la paralysie est survenue le 7 mars 2020. L'État se trouve dans l'ouest du pays, à la frontière de la République centrafricaine et du Soudan du Sud, et près de la frontière avec le Tchad. Chez le deuxième cas, un enfant de 36 mois habitant la ville de Shari, dans la localité d'Al Gedarif, dans l'État de Gedarif situé dans l'Est du pays, près de la frontière avec l'Érythrée et l'Éthiopie, la paralysie est survenue le 1^{er} avril 2020. Les deux enfants avaient reçu leur dernière dose de PVOB (type 1 et 3) en 2019. **Les premières recherches indiquent que ces cas sont apparentés aux PVDVc2 du groupe de cas émergents CHA-NDJ-1 qui ont été détectés pour la première fois en octobre 2019 et qui circulent actuellement au Tchad et au Cameroun. Onze autres cas suspects ont été également confirmés comme étant dus à des PVDVc2 et les rapports d'enquête sur le terrain sont en train d'être synthétisés. Ces cas sont survenus dans les États suivants : Mer Rouge, Darfour-Occidental, Darfour-Oriental, Nil Blanc, Nil et Al-Jazirah. Ainsi, entre le 9 et le 26 août 2020, un total de 13 cas dus au PVDVc2 ont été signalés. En outre, trois échantillons environnementaux provenant des sites de Soba, d'Elgoz et d'Hawasha à Khartoum se sont révélés positifs pour le PVDVc2 (échantillons prélevés le 29 mars 2020). Le séquençage des virus isolés au Soudan indique jusqu'à présent que les virus sont apparentés à des virus signalés auparavant au Tchad, pays voisin d'où des virus ont été introduits au Soudan séparément à plusieurs reprises. On constate une circulation locale au Soudan et une transmission partagée continue avec le Tchad.**

Intervention de santé publique

À la suite de la détection du PVDVc2 dans le pays, les activités suivantes sont prévues ou déjà mises en œuvre :

Le ministre fédéral de la Santé par intérim a déclaré au Cabinet la survenue d'une flambée due au PVDVc2 au Soudan dans un délai de huit heures le jour zéro de la flambée (9 août 2020);

Le ministère de la Santé, appuyé par les partenaires de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), a procédé à une enquête complète sur le terrain et a commencé à appliquer le plan de préparation et d'intervention en cas d'épidémie de poliomyélite dès le jour zéro;

Un groupe spécial national pour la riposte aux flambées au sein duquel l'OMS et l'UNICEF sont représentés a été créé, l'équipe épidémiologique fédérale a arrêté définitivement le mandat et la composition du comité technique national pour la lutte contre les flambées dues à des PVDVc2 et a convoqué sa première réunion le 9 août 2020;

Le sous-secrétaire à la santé préside le comité chargé de diriger la riposte à la flambée, qui a tenu sa première réunion le 9 août 2020;

L'équipe épidémiologique fédérale a conseillé aux épidémiologistes en chef des États du Darfour du sud et d'Al Gedarif et d'autres États où il y a des cas de mobiliser le comité d'urgence de leur État et de commencer à appliquer le plan de préparation et d'intervention en cas d'épidémie de poliomyélite;

La riposte est coordonnée avec d'autres départements comme ceux de la promotion de la santé et des urgences sanitaires; et la coordination transfrontalière avec les pays voisins est en train d'être mise en place.

Évaluation du risque par l'OMS

L'OMS estime que le risque de propagation du PVDVc2 dans toute l'Afrique centrale et dans la Corne de l'Afrique est élevé. Compte tenu des mouvements de population à grande échelle avec d'autres régions de l'Afrique centrale et de la Corne de l'Afrique, le programme de lutte contre la poliomyélite procède à une évaluation plus approfondie des risques à l'échelle de toute la région. Sur l'ensemble du continent africain, 172 cas de type 2 dans 14 pays ont été signalés en 2020.

Conseils de l'OMS

Il importe que tous les pays, en particulier lorsque les voyages et les contacts sont fréquents avec les pays et zones touchés par la poliomyélite, renforcent la surveillance de la paralysie flasque aiguë pour pouvoir détecter rapidement toute nouvelle importation de virus et intervenir sans tarder. Les pays, territoires et zones devraient également maintenir une couverture vaccinale systématique uniformément élevée au niveau des districts afin de limiter le plus possible les conséquences de toute nouvelle introduction du virus.

Dans sa publication « Voyages internationaux et santé », l'OMS recommande à tous les voyageurs se rendant dans des régions où sévit la poliomyélite d'être à jour pour la vaccination antipoliomyélitique. Les résidents (et les visiteurs séjournant plus de quatre semaines) en provenance de zones infectées doivent

recevoir une dose supplémentaire de VPO ou de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans les quatre semaines à douze mois précédant leur voyage.

Selon l'avis d'un comité d'urgence convoqué en vertu du *Règlement sanitaire international* (2005), les efforts visant à limiter la propagation internationale du poliovirus demeurent une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI). Les pays touchés par la transmission du poliovirus sont soumis à des recommandations temporaires. Pour se conformer aux recommandations temporaires émises dans le cadre de l'urgence de santé publique de portée internationale, les États touchés par un poliovirus doivent déclarer que la flambée constitue une urgence de santé publique nationale et envisager de vacciner tous les voyageurs internationaux qui vivent dans le pays ou qui y séjournent pendant au moins quatre semaines. Les États infectés par le PVDVc2 devraient encourager les résidents et les visiteurs à long terme à se faire administrer une dose de VPI dans un délai de quatre semaines à douze mois avant le voyage international.

<https://www.who.int/csr/don/01-september-2020-polio-sudan/fr/>

Recherches, politiques et lignes directrices

États-Unis

Une étude sur la grippe souligne la difficulté d'obtenir une « immunité collective » contre la COVID-19.

Source : The Herald Zimbabwe
ID : 1007753692

Les chercheurs affirment que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de se faire vacciner contre la grippe. Ils ajoutent que les Blancs et les Asiatiques ont également des taux de vaccination plus élevés.

Dans une nouvelle étude, les chercheurs affirment qu'un faible taux de vaccination contre la grippe dans certaines régions des États-Unis n'est pas de bon augure pour la saison de la grippe de cette année. Ils ajoutent que cette tendance pourrait également avoir une incidence sur le nombre de personnes prêtes à se faire vacciner contre la COVID-19 une fois qu'un vaccin sera disponible pour cette maladie. Ils font observer que la combinaison de la grippe et de la COVID-19 pourrait mettre à rude épreuve les services de santé cet automne.

Trop peu de personnes aux États-Unis se font vacciner contre la grippe pour obtenir une « immunité collective ».

C'est le moment où suffisamment de personnes dans une population sont immunisées contre une maladie pour que la propagation de cette maladie dans la communauté diminue ou disparaisse.

C'est une nouvelle décourageante pour la prochaine saison de la grippe, et cela pourrait également ne pas être de bon augure pour la capacité à obtenir une immunité collective contre la COVID-19, une maladie pour laquelle aucun vaccin n'est actuellement disponible.

Une nouvelle étude menée par des chercheurs de l'Université de Californie, à San Francisco, a révélé que les taux de vaccination contre la grippe déclarés par les personnes n'ayant pas d'assurance-maladie n'étaient que de 16 %.

Les chercheurs ont indiqué que le statut d'assurance, le fait d'avoir un médecin personnel et l'âge étaient parmi les facteurs les plus déterminants pour savoir si les Américains reçoivent un vaccin annuel contre la grippe.

L'étude a fait également observer que moins de la moitié des adultes américains ont reçu le vaccin contre la grippe pendant la saison 2017-2018, au cours de laquelle 61 000 Américains sont morts de la grippe. « Pour obtenir une immunité collective, nous devrions atteindre un taux de vaccination d'environ 80 %, mais aucun sous-groupe de notre étude n'a dépassé 60 % », a déclaré M. R. Adams Dudley, auteur principal de l'étude et professeur de médecine à l'Institut Philip R. Lee d'études sur les politiques de santé et à la faculté de médecine de l'UCSF. Il est également associé à la faculté de médecine, à l'école de santé publique et à l'institut d'informatique de la santé de l'Université du Minnesota.

Selon M. Dudley et ses collègues, les taux de vaccination contre la grippe varient considérablement en fonction de la démographie et d'autres facteurs. Par exemple :

Incidence de la COVID-19 sur la saison de la grippe

M. Dudley a déclaré que certaines des mesures prises pour prévenir la propagation de la COVID-19, comme le port du masque, le lavage des mains et l'éloignement physique, devraient également contribuer à prévenir la propagation de la grippe saisonnière.

« La COVID-19 va probablement encourager plus de gens à se faire vacciner contre la grippe », a déclaré à Healthline Brandon Yan, auteur principal de l'étude et chercheur en politique de santé à l'UCSF.

« Toutefois, les visites médicales en personne ont considérablement diminué au profit des télévisites, en particulier dans le domaine des soins primaires, pendant la pandémie, de sorte que les possibilités d'administration du vaccin antigrippal seront beaucoup plus limitées. C'est là que la disponibilité du vaccin contre la grippe en dehors des cliniques traditionnelles, comme dans les pharmacies des épiceries, est particulièrement importante. »

Toutefois, M. Faisal Syed, directeur national des soins primaires de ChenMed, qui gère des cabinets médicaux de soins primaires pour les personnes âgées dans dix États, a déclaré que l'intervention des États-Unis face à la COVID-19 pourrait en fait réduire la probabilité que les gens se fassent vacciner contre la grippe cette année.

« En ce moment, il y a un manque de confiance dans nos systèmes de santé », a déclaré M. Syed à Healthline. « Je ne peux pas imaginer, avec toute la désinformation qui entoure la COVID-19, que cela va de quelque façon que ce soit augmenter le désir de quelqu'un de se faire vacciner contre la grippe. »

Des manifestants sont descendus dans la rue dans le Massachusetts pendant la fin de semaine, après que les autorités de l'État aient imposé la vaccination contre la grippe à tous les étudiants retournant en classe cet automne.

Combinaison de la grippe et de la COVID-19

Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont annoncé leur objectif de faire vacciner 65 % des Américains contre la grippe afin d'établir une immunité collective et de prévenir une importante épidémie de grippe en plus de la pandémie de COVID-19.

« Cet automne, rien ne peut être plus important que d'essayer d'augmenter la décision du public américain d'adopter le vaccin contre la grippe avec confiance », a déclaré M. Robert R. Redfield, directeur des CDC, lors d'une récente entrevue vidéo de JAMA Network.

« C'est une année essentielle pour nous pour essayer de retirer autant que possible la grippe de la table. »

M. Redfield a précédemment déclaré que la combinaison de la grippe et de COVID-19 pourrait faire de l'automne 2020 le pire que les États-Unis aient jamais connu du point de vue de la santé publique.

« La COVID-19 a utilisé nos ressources au-delà de ce que nous étions prêts à gérer », a déclaré M. Syed.

« La saison de la grippe risque de pousser dans l'abîme un système de santé déjà mis à rude épreuve. »

Cependant, M. Charles C. Bailey, directeur médical de la prévention des infections à l'hôpital St. Joseph et à l'hôpital Mission en Californie du Sud, a déclaré à Healthline que la COVID-19 pourrait inciter le public à « prendre le risque de grippe plus au sérieux, ce qui devrait bénéficier au respect de la vaccination et des autres mesures préventives ».

La saison annuelle de la grippe commence généralement en octobre et culmine entre décembre et janvier.

M. Bailey a déclaré qu'entre les précautions liées à la COVID-19 et les leçons apprises dans le système de soins de santé, il ne semble pas qu'on doive s'attendre à une « mauvaise saison de grippe » jusqu'à présent.

Atteindre un taux de vaccination de 65 %, comme le souhaitent les CDC, serait sans précédent. Mais cela se situerait encore à l'extrémité inférieure de ce qui serait nécessaire pour obtenir une immunité collective contre la grippe.

De même, les experts de l'Organisation mondiale de la Santé affirment qu'il faudra qu'au moins 60 à 70 % de la population soit infectée pour obtenir une immunité collective pour la COVID-19 – en supposant que le fait de contracter une fois le nouveau coronavirus confère une immunité durable, ce qui n'a pas encore été prouvé de façon définitive.

Frank Sloan, Ph. D., co-auteur de l'étude et économiste de la santé à l'école de santé publique Sanford de l'Université Duke en Caroline du Nord, a averti que l'immunité collective « n'a probablement jamais été atteinte en ce qui concerne la grippe », bien qu'elle « ait été atteinte pour certaines autres maladies infectieuses ».

Une campagne d'éducation à la vaccination

Les auteurs de l'étude ont appelé à une campagne de santé publique concertée pour augmenter les taux de vaccination contre la grippe, en particulier parmi les populations vulnérables déterminées dans le cadre de leurs recherches.

« Les vaccins contre la grippe doivent être facilement accessibles sans que le bénéficiaire potentiel ait à y consacrer beaucoup de temps », a déclaré M. Sloan.

« Les employeurs devraient les fournir. Les pharmacies devraient être encouragées à les promouvoir. Il y a eu des améliorations sur ce point. Il y a plus de pharmacies qu'auparavant dans les supermarchés où les gens font leurs courses. »

Les chercheurs ont déclaré que des campagnes d'éducation sont nécessaires pour surmonter les mythes sur les risques des vaccins. Ils ont ajouté que la vaccination obligatoire devrait être envisagée dans certains contextes, comme pour les populations scolaires et en milieu de travail.

Le Washington Post a rapporté cette semaine que M. Scott W. Atlas, neuroradiologue de la Hoover Institution de l'Université de Stanford en Californie et membre du groupe de travail sur la COVID-19 de l'administration Trump, a préconisé que les États-Unis passent d'une stratégie de prévention et de confinement à une stratégie permettant au nouveau coronavirus de se propager dans le but d'obtenir une immunité collective.

Ce serait une erreur fatale, a déclaré M. Sloan.

« Nous ne voulons pas obtenir une immunité collective contre la COVID sans un vaccin efficace », a-t-il déclaré à Healthline. « Il y aurait trop de morts en cours de route. »

Rédigé par Bob Curley le 31 août 2020 – Faits vérifiés par Dana K. Cassell

Une étude sur la grippe souligne la difficulté d'obtenir une « immunité collective » contre la COVID-19
<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1007753692>