

Rapport quotidien du RMISP pour le 09-10-2020

Section spéciale sur le coronavirus

Canada

Régions du Canada où il y a des cas de COVID-19 en date du 8 octobre 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	175 559	18 494	9557
Terre-Neuve-et-Labrador	277	4	4
Île-du-Prince-Édouard	61	3	0
Nouvelle-Écosse	1089	3	65
Nouveau-Brunswick	225	24	2
Québec	82 992	8 492	5 915
Ontario	56 742	5 442	2 992
Manitoba	2 344	863	27
Saskatchewan	2 012	143	24
Alberta	19 718	2 097	283
Colombie-Britannique	10 066	1 423	245
Yukon	15	0	0
Territoires du Nord-Ouest	5	0	0
Nunavut	0	0	0
Voyageurs rapatriés	13	0	0

Un [sommaire épidémiologique](#) détaillé est disponible.

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

Canada – Maladie à coronavirus (COVID-19) : Éclosions et résultats (officiels et média)

Déclaration de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada du 8 octobre 2020

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

Déclaration

Le 8 octobre 2020, la D^{re} Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique, a fait la déclaration suivante au sujet de la COVID-19.

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

« Il y a eu 173 123 cas de COVID- 19 au Canada, dont 9 541 décès. Au cours de la dernière semaine, des laboratoires de partout au Canada ont analysé les tests de dépistage de plus de 71 000 personnes par jour en moyenne, dont 2,5 % ont reçu un résultat positif. Les chiffres quotidiens nationaux **continuent d'augmenter**, et 2 052 nouveaux cas en moyenne ont été signalés quotidiennement au cours des sept derniers jours. Au cours de la dernière semaine, on a dénombré en moyenne 673 personnes atteintes de la COVID- 19 dans des hôpitaux canadiens et 18 décès, chaque jour.

Ces tendances nationales reflètent une série d'épidémies régionales qui continueront d'évoluer différemment d'une collectivité à l'autre du pays. **Les deux provinces les plus peuplées du Canada signalent plus de 80 % des cas recensés à l'échelle nationale depuis quelques semaines. Elles ont également observé une augmentation du nombre de cas hospitalisés au cours des dernières semaines, ce qui suscite des inquiétudes quant aux pressions qui s'exerceront sur le système de santé si la tendance à la hausse se maintient. Même si les chiffres restent bien en deçà de ceux qui ont été enregistrés au printemps, les deux provinces constatent également une hausse préoccupante du nombre d'éclotions dans des établissements de soins de longue durée.**

Ailleurs au pays, la situation varie considérablement d'une région à l'autre et peut changer rapidement. Les territoires et la plupart des provinces de l'Atlantique n'ont pas signalé de cas depuis de nombreuses semaines. La Colombie- Britannique et le Manitoba, où il y a eu relativement peu de cas pendant la première vague, signalent maintenant des nombres quotidiens de cas qui dépassent leurs pics du printemps. Quant au Nouveau- Brunswick, il avait signalé moins de cinq cas par jour depuis le début de juin et il agit maintenant rapidement pour lutter contre une éclosion dans une maison de soins de longue durée. Nous devons tous rester vigilants et prêts à adapter et à intensifier notre action collective en fonction de notre épidémiologie locale.

Suivez les directives des [autorités de santé publique](#) et des ministères de votre province ou territoire. Où que nous vivions, il en revient à nous de suivre les mesures de protection individuelle qui ont fait leurs preuves pour prévenir la propagation de la COVID- 19.

- Limitez le nombre de personnes avec qui vous avez des contacts étroits et communiquez virtuellement avec les amis et les proches qui ne font pas partie de votre ménage.
- Pratiquez la distanciation physique, lavez-vous souvent les mains et portez un masque dans les endroits où il peut être difficile de garder vos distances.
- Restez chez vous et isolez- vous si vous avez des symptômes, même faibles.

Téléchargez l'application [Alerte COVID](#), un autre outil précieux dans notre trousse. Nous devons tous redoubler d'efforts pour maintenir la COVID- 19 à des niveaux gérables, tout en gardant les espaces publics ouverts.

Relevons le défi encore une fois et travaillons ensemble pour aplatir la courbe. »

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/10/declaration-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-le-8octobre2020.html>

Nouveau-Brunswick

Masques obligatoires dans les lieux publics intérieurs/Avis d'exposition/Changements aux restrictions de voyage à la frontière du Québec

Source : Gouvernement du Nouveau-Brunswick – Santé – Dernières nouvelles

ID : 1008003706

Masques obligatoires dans les lieux publics intérieurs/Avis d'exposition/Changements aux restrictions de voyage à la frontière du Québec

8 octobre 2020

FREDERICTON (GNB) – **Le gouvernement provincial a annoncé, aujourd'hui, que le port du masque sera obligatoire dans les lieux publics intérieurs à compter de minuit ce soir.**

« Compte tenu de ce qui se passe dans nos provinces voisines et de l'éclosion à Moncton, nous savons que le virus peut se propager rapidement dans la communauté », a déclaré le premier ministre, Blaine Higgs. « Nous devons prendre toutes les mesures possibles pour éviter que cela se produise dans notre province. »

Le port du masque deviendra obligatoire dans la plupart des espaces intérieurs, notamment :

- **les lieux publics où le public et les employés interagissent (commerces de détail, centres commerciaux, centres de services, lieux de culte, restaurants et bars sauf lorsque l'on mange, etc.) et les rassemblements intérieurs organisés dans des lieux publics (mariages, funérailles, etc.);**
- **les espaces communs comme les halls, les ascenseurs et les corridors, et les espaces publics partagés, y compris les espaces de travail au sein du secteur privé et de l'appareil gouvernemental; et les transports en commun.**

Le port continu du masque est toujours requis dans les espaces avec places assises lorsque la distance physique est réduite à un mètre.

Les politiques sur le port du masque qui sont déjà en vigueur continuent de s'appliquer dans les hôpitaux, les établissements de soins de santé, les écoles publiques et les centres de la petite enfance.

Tel qu'approuvé par le Groupe de travail sur la pandémie, les enfants âgés de moins de deux ans sont exemptés de porter un masque, ainsi que les personnes qui ont un problème de santé qui les empêche de porter un masque.

Les agents d'inspection et d'application de la loi du ministère de la Justice et de la Sécurité publique ont fait le tour de 600 lieux publics de la province pour évaluer le nombre de personnes qui portaient un masque. Ils estiment qu'en moyenne, 36 pour cent des gens portaient un masque.

« Malheureusement, il y a trop de personnes qui ne portent pas leur masque lorsque c'est requis, a dit M. Higgs. Nous reconnaissons que c'est une annonce majeure et que les entreprises et les gens pourraient avoir besoin de temps pour s'adapter. Nous demandons à la population de se conformer aux directives dès maintenant. Les agents de la paix assureront une surveillance pour veiller à ce que les gens portent le masque, comme l'exige la loi. »

Des ressources à l'intention des entreprises, y compris des affiches qui peuvent être imprimées puis installées dans leur commerce, sont disponibles sur le site Web du gouvernement provincial consacré au coronavirus.

« Il s'agit ici de se respecter et de se protéger les uns les autres », a affirmé la médecin-hygiéniste en chef, la D^{re} Jennifer Russell. « Porter un masque ou un couvre-visage contribue à éviter que vous propagiez la COVID-19 sans le savoir, et cela aide aussi à éviter que les gens qui vous entourent vous transmettent le virus. »

Trois nouveaux cas

La Santé publique a signalé trois nouveaux cas de COVID-19 aujourd'hui. Les nouveaux cas sont :

une personne âgée entre 20 et 29 ans dans la zone 3 (région de Fredericton). Le cas est lié à un voyage à l'étranger, et la personne est en auto-isolement;

une personne âgée entre 30 et 39 ans dans la zone 5 (région de Campbellton). Le cas est sous investigation, et la personne est en auto-isolement; et

une personne âgée entre 40 et 49 ans dans la zone 2 (région de Saint John). Le cas est lié à un voyage à l'extérieur de la bulle atlantique, et la personne est en auto-isolement.

Il y a 225 cas confirmés au Nouveau-Brunswick, et 199 personnes se sont rétablies. Il y a eu deux décès, et il y a 24 cas actifs. Trois patients sont hospitalisés, et un d'entre eux se trouve à l'unité des soins intensifs. À ce jour, 82 365 tests de dépistage ont été réalisés.

Avis d'exposition

La Santé publique a établi qu'un voyageur ayant obtenu un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19 aurait pu être contagieux le 4 octobre alors qu'il voyageait à bord des vols suivants :

le vol Air Canada 418 – de Toronto à Montréal; et

le vol Air Canada 8792 – de Montréal à Saint John.

Les personnes qui étaient à bord de ces vols devraient surveiller l'apparition de symptômes pendant 14 jours après le vol. Si des symptômes de la COVID-19 apparaissent, elles devraient s'auto-isoler et faire une autoévaluation en ligne ou appeler le 811 pour subir un test de dépistage.

Les gens du Nouveau-Brunswick sont invités à télécharger l'application d'avis d'exposition Alerte COVID. Elle peut être téléchargée gratuitement à partir des boutiques d'applications App Store et Google Play. L'application a été conçue de manière à assurer une forte protection de la vie privée, et elle utilise la technologie d'avis d'exposition de Google et Apple.

« Alerte COVID est une application sécurisée, fiable et conviviale, et cet outil supplémentaire nous aidera à limiter la propagation de la COVID-19 », a dit la D^{re} Russell.

Si une personne du Nouveau-Brunswick décide de télécharger l'application et qu'elle obtient un résultat positif à un test de dépistage de la COVID-19, elle aura la possibilité de recevoir une clé à usage unique de la Santé publique qu'elle pourra saisir dans l'application. Par la suite, dans la journée qui suit, Alerte COVID enverra, de manière anonyme, un avis aux autres utilisateurs qui auraient pu être en contact étroit avec cette personne. L'application indiquera également aux utilisateurs les étapes à suivre, conformément aux conseils formulés par la Santé publique.

Les gens du Nouveau-Brunswick qui utilisent l'application doivent garder à l'esprit que cette application ne réduit pas l'importance de mesures comme la distanciation physique, le lavage des mains régulier, l'étiquette respiratoire adéquate et le port du masque dans les lieux publics intérieurs.

Changements apportés aux restrictions de voyage concernant une communauté frontalière du Québec

À compter de minuit ce soir, l'entente de jumelage qui permettait aux résidents de la Première Nation de Listuguj et de Pointe-à-la-Croix, au Québec, de traverser la frontière pour des excursions d'une journée pour des raisons non essentielles est suspendue.

« Nous reconnaissons les liens solides qui unissent les deux côtés de la rivière Restigouche, et nous avons l'intention de continuer à travailler avec les municipalités de la région de Campbellton, la Première Nation de Listuguj, Pointe-à-la-Croix et le gouvernement du Québec pour veiller à ce que toute la population soit en sécurité et qu'elle ait accès aux choses dont elle a besoin, a affirmé M. Higgs. Compte tenu de la situation dans les autres provinces et dans les régions voisines du Québec, nous faisons preuve de vigilance et nous suivons l'évolution des changements dans ces régions. »

Au point d'entrée à Campbellton, les résidents de la Première Nation de Listuguj et de Pointe-à-la-Croix, au Québec, seront autorisés à entrer dans la province pour se procurer des produits alimentaires, des médicaments sur ordonnance ainsi que des biens et services essentiels qui ne sont pas disponibles dans leur propre communauté, comme c'était le cas avant l'entente de jumelage.

Les déplacements seront encore autorisés pour le travail, pour des rendez-vous médicaux, pour respecter les conditions d'une entente sur la garde d'enfants, et pour les services de garde d'enfants.

Les élèves de la maternelle à la huitième année peuvent encore traverser la frontière pour aller à l'école. Les élèves du secondaire seront autorisés à entrer dans la province le vendredi 9 octobre, mais des mesures seront prises pour offrir un apprentissage à distance aux élèves du secondaire à compter du mardi 13 octobre.

<https://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/nouvelles/communiqu2020.10.0515.html>

Canada

Un mariage à Ottawa entraîne 22 cas de COVID-19, des centaines de personnes en auto-isolement : SPO

Source : Global News

ID unique : [1008000430](#)

Une personne éprouvant des symptômes bénins de COVID-19 qui s'est présentée à un mariage intérieur à Ottawa a déclenché une réaction en chaîne de transmission entraînant l'infection de 22 personnes et obligeant plus de 200 personnes à s'auto-isoler en seulement 15 jours, selon l'unité de santé publique locale. Les participants ne pratiquaient pas la distanciation physique ou ne portaient pas de masques lors de l'événement, par conséquent, lorsqu'il a été confirmé plus tard que ces symptômes étaient attribuables à la COVID-19, cela a donné lieu à 49 autres contacts à risque élevé. Santé publique Ottawa (SPO) a partagé un diagramme sur Twitter jeudi matin pour illustrer la rapidité avec laquelle le nouveau coronavirus peut se propager dans les grands groupes lorsqu'aucune précaution n'est prise.

Une personne éprouvant des symptômes bénins de COVID-19 qui s'est présentée à un mariage intérieur à Ottawa a déclenché une réaction en chaîne de transmission entraînant l'infection de 22 personnes et obligeant plus de 200 personnes à s'auto-isoler en seulement 15 jours, selon l'unité de santé publique locale.

Santé publique Ottawa (SPO) a partagé un diagramme sur Twitter jeudi matin pour illustrer la rapidité avec laquelle le nouveau coronavirus peut se propager dans les grands groupes lorsqu'aucune précaution n'est prise.

Lors d'un mariage intérieur en septembre, auquel ont assisté environ 50 personnes, une personne a assisté à l'événement malgré des symptômes bénins de COVID-19, a déclaré SPO.

Les participants ne pratiquaient pas la distanciation physique ou ne portaient pas de masques lors de l'événement, par conséquent, lorsqu'il a été confirmé plus tard que ces symptômes étaient attribuables à la COVID-19, cela a donné lieu à 49 autres contacts à risque élevé.

Au total, 22 personnes ont reçu un résultat de dépistage positif pour le virus dans le cadre de cet événement.

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

Cependant, avant que ces cas ne puissent être confirmés, ces contacts à haut risque sont également retournés chez eux, exposant ainsi les autres membres de leur foyer.

Plus inquiétant encore, ces contacts ont également transmis le risque à leurs cohortes dans les autobus scolaires, les écoles et les foyers de groupe.

SPO a déclaré qu'un foyer de groupe s'est retrouvé avec une éclosion liée à l'exposition survenue lors du mariage, alors qu'une école a signalé un cas confirmé du virus, alors qu'une autre a signalé un cas présumé.

Cela a suscité des demandes de dépistage de masse pour les camarades de classe des personnes concernées ou les autres résidents d'habitations collectives.

Au total, 207 personnes ont dû s'auto-isoler en raison de l'exposition survenue lors du mariage.

« Des enfants se sont absentes de l'école, leurs parents n'ont pas pu travailler et les files d'attente pour le dépistage ont été plus longues. Nos. Actions. Comptent », a déclaré SPO sur Twitter.

SPO a partagé des exemples précédents de transmission après de grands événements, incluant des réunions d'amis dans un chalet et un groupe de personnes participant à un barbecue en plein air.

Dans chacun des cas, SPO a utilisé l'étude de cas en guise de rappel de la rapidité avec laquelle le virus peut se propager lorsque les personnes ne pratiquent pas la distanciation physique, ne portent pas de masque ou ne restent pas à la maison lorsqu'elles sont malades.

La D^{re} Vera Etches, médecin-hygiéniste d'Ottawa, a déclaré la semaine dernière que les résidents doivent en faire plus pour réduire leurs contacts étroits afin que le système de soins de santé de la ville ne soit pas débordé.

<https://globalnews.ca/news/7385793/ottawa-wedding-coronavirus-transmission/>

Ontario

Le suivi des eaux usées montre que le nombre de cas de COVID-19 a doublé au cours du dernier mois à Ottawa

ID : 1008000359

Source : ottawacitizen.com

Le 8 oct. 2020

Des échantillons prélevés dans l'usine de traitement des eaux d'égout d'Ottawa montrent que la concentration de COVID-19 dans les eaux usées de la ville a doublé au cours du dernier mois et qu'elle est dix fois supérieure à ce qu'elle était en juin.

Ces résultats reflètent le pic des cas observés dans la ville depuis le début de la deuxième vague de la pandémie. Ottawa est considéré comme un point chaud provincial.

Le système de suivi des eaux usées, développé par des chercheurs locaux, est maintenant utilisé quotidiennement par Santé publique Ottawa pour surveiller la propagation de COVID-19.

Le suivi des eaux usées a été étudié par des chercheurs à Ottawa et ailleurs depuis le début de la pandémie. Cependant, au cours d'une période où les cas se multiplient et où le système de dépistage, de suivi et de traçage est mis à rude épreuve, cette méthode pourrait susciter un nouvel intérêt dans toute la province.

L'échantillonnage des eaux usées offre une mesure de la COVID-19 qui n'est pas influencée par le nombre de personnes testées. Essentiellement, l'échantillonnage des eaux usées permet de mesurer le virus qui a été excrété par les gens avant qu'ils présentent des symptômes et qui, pour cette raison, sont moins susceptibles de demander un dépistage ou de se qualifier à cette fin.

« Nous contribuons tous involontairement, a affirmé le Dr Alex MacKenzie, scientifique principal à l'Institut de recherche de CHEO. Peu importe combien de personnes sont asymptomatiques ou combien de personnes font l'objet d'un dépistage. La maladie est là, tout simplement. »

En outre, les chercheurs affirment que la surveillance de la concentration de COVID-19 dans les eaux usées peut aider davantage les responsables de la santé à mieux comprendre et prévenir sa propagation.

Le chercheur et professeur d'ingénierie de l'Université d'Ottawa Robert Delatolla, qui a développé le programme avec M. MacKenzie et d'autres au CHEO, a déclaré qu'il est optimiste à l'égard du fait que le système de surveillance pourrait bientôt être utilisé dans l'ensemble de la province afin d'aider à cerner les éclosions avant qu'elles surviennent dans les communautés vulnérables.

Les personnes derrière ce projet veulent que celui-ci, ainsi que d'autres projets similaires, prenne de l'expansion partout en Ontario grâce à des fonds publics.

M. Delatolla a déclaré que la surveillance ciblée des eaux usées peut faire office de « détecteur de fumée » pour les éclosions dans les maisons de soins de longue durée et autres institutions vulnérables. Elle pourrait permettre de prendre des mesures ciblées avant que la transmission de COVID-19 se généralise, ou de lancer un premier avertissement concernant une éclosion qui n'a pas encore été relevée. Une telle surveillance pourrait être réalisée à moindre coût, en utilisant moins de ressources, que d'autres méthodes.

« Nous pensons que le suivi des eaux usées peut-être un outil potentiel pour aider à alléger la pression exercée sur la santé publique », a-t-il déclaré.

Les travaux sur le suivi des eaux usées ont commencé, a déclaré M. MacKenzie, car la plupart des autres recherches sont demeurées inactives au printemps dernier, au début de la pandémie.

« C'est là l'exemple d'un groupe de Canadiens préoccupés qui ont perdu leur gagne-pain dans leurs activités de recherche habituelles, et qui se sont demandé ce qu'ils pouvaient faire d'autre », a-t-il indiqué.

M. MacKenzie, qui mène habituellement des recherches sur les maladies infantiles rares, a mis au point un moyen d'assurer le suivi de la COVID-19 dans les eaux usées en mesurant les protéines, plutôt que l'ARN, comme on le fait dans le système actuel. La technique, a-t-il dit, est empruntée de son frère, Malcom, qui l'a mise au point dans une société de biotechnologie à Boston. M. MacKenzie fait partie d'une équipe qui a déposé un document de recherche sur le dépistage des protéines pour le suivi de la COVID-19 dans les eaux usées. Il croit que c'est la première fois que cette technique est utilisée pour assurer le suivi de la COVID-19 dans les eaux usées et qu'elle pourrait éventuellement devenir un outil plus sensible pour déterminer la quantité de COVID-19 dans une communauté en analysant les eaux usées.

M. Delatolla a déclaré que l'équipe d'Ottawa a collaboré avec d'autres personnes à l'échelle de la province.

M. Delatolla a déclaré avoir réussi à démontrer auprès de la province que l'analyse des eaux usées permet de cerner les éclosions avant qu'elles se propagent, ce qui permet de réduire le nombre de cas de COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée et autres établissements.

Aux É.-U., le suivi des égouts a aidé à découvrir la COVID-19 dans certains dortoirs universitaires, empêchant ainsi des éclosions étendues. À titre d'exemple, des responsables à l'Université de l'Arizona ont procédé au dépistage de 300 personnes après la découverte de la COVID-19 dans un échantillon d'eau usée. Ces tests ont permis d'identifier des personnes asymptomatiques.

Dans l'ensemble du Canada, cependant, cette technique était principalement utilisée dans un cadre expérimental jusqu'à ce que, récemment, Santé publique Ottawa commence à utiliser les données quotidiennement.

Le travail effectué dans les laboratoires du CHEO et de l'Université d'Ottawa, en collaboration avec d'autres chercheurs de la province, a profité à des scientifiques individuels, en plus de la communauté en général.

M. MacKenzie affirme que le travail qu'il a accompli est « l'un des chapitres les plus passionnants » de sa carrière de chercheur.

« Ce travail pourrait être aussi transformateur que tout le travail que j'ai accompli au cours des 40 dernières années. »

<https://ottawacitizen.com/news/local-news/wastewater-tracking-shows-covid-19-doubled-in-past-month-in-ottawa/>

Saskatchewan

Confinement d'une Première Nation de la Saskatchewan après une propagation des cas de COVID à la suite de réunions religieuses

ID : 1008003418

Source : 660citynews.xom

REGINA — Une Première Nation du Nord de la Saskatchewan est en confinement en raison d'inquiétudes concernant la transmission de COVID-19 suite à une série de services religieux où les participants ne portaient pas de masque.

La nation crie de Peter Ballantyne a fermé ses trois communautés de Southend, Sturgeon Landing ainsi qu'une réserve urbaine dans la ville de Prince Albert.

Le chef Peter Beatty a déclaré que tous les véhicules entrant dans la communauté feront l'objet d'une vérification et que les invités ne seraient pas autorisés.

La bande a également fermé ses deux écoles au moins jusqu'au 19 octobre, en raison de l'exposition éventuelle du personnel au virus.

Le coordinateur de l'éducation de la bande, Greg Seib, affirme que le nettoyage et la désinfection des écoles et des autobus scolaires sont en cours.

Ces annonces ont été faites après que l'autorité sanitaire de la Saskatchewan a déclaré qu'elle enquêtait sur une éclosion de COVID-19 attribuable à la transmission communautaire, ce qui implique le traçage de contacts auprès de plus de 100 personnes liées à une série d'événements de Full Gospel Outreach, à Prince Albert, entre le 14 septembre et dimanche dernier.

Six personnes ayant assisté aux événements ont reçu un résultat positif et le porte-parole de l'autorité sanitaire de la Saskatchewan, Doug Dahl, affirme que d'autres cas sont à prévoir.

Ce rapport de La Presse canadienne a été publié pour la première fois le 8 oct. 2020
<https://www.660citynews.com/2020/10/08/saskatchewan-first-nation-locks-down-after-covid-cases-spread-from-religious-meetings/>

Québec

Le Phœnix de Sherbrooke devient la deuxième équipe de la LHJMQ aux prises avec une éclosion de COVID-19

ID : 1008003417

Source : montreal.ctvnews.ca

LONGUEUIL -- Une équipe de la Ligue de hockey junior majeur du Québec est aux prises avec plusieurs résultats positifs à la COVID-19 pour une deuxième fois cette semaine.

Le Phœnix de Sherbrooke a annoncé jeudi que huit membres de son organisation ont obtenu un résultat positif.

Cette annonce survient un jour après que l'Armada de Blainville-Boisbriand a annoncé 18 cas positifs au sein de son organisation. Le Phœnix et l'Armada ont joué à deux reprises la fin de semaine dernière alors que la LHJMQ a lancé sa saison.

Toutes les activités du Phœnix sont suspendues, et les joueurs et les membres du personnel seront en isolement pendant 14 jours.

Dix matchs de la LHJMQ ont été reportés mercredi, dont quatre à Sherbrooke au cours des deux prochaines semaines.

La LHJMQ doit également réagir à une annonce.

<https://montreal.ctvnews.ca/sherbrooke-phoenix-become-second-qmjhl-team-to-face-covid-19-outbreak-1.5138464>

Ontario

Éclosions de COVID-19 déclarées dans quatre nouvelles écoles d'Ottawa

ID : 1008003416

Source : ottawa.ctvnews.ca

OTTAWA -- Éclotions de COVID-19 déclarées dans quatre écoles d'Ottawa, alors qu'une éclosion dans une école privée d'Ottawa est désormais chose du passé.

Santé publique Ottawa a présenté une mise à jour sur la situation relative à la COVID-19 dans les écoles d'Ottawa jeudi.

De nouvelles éclotions de COVID-19 ont été déclarées jeudi dans les écoles suivantes :

Berrigan Elementary School

École élémentaire catholique Sainte-Marie

École élémentaire publique Louis-Riel

École secondaire catholique Garneau

Quatre élèves ont été déclarés positifs à la COVID-19 à la Berrigan Elementary School. Une classe est fermée en raison des cas de COVID-19.

Le Conseil des écoles catholique du Centre-Est signale trois cas de COVID-19 à l'école Sainte-Marie ainsi que trois cas de COVID-19 à l'école secondaire Gatineau.

Le Conseil des écoles publiques de l'Est affirme que deux élèves ont été déclarés positifs à la COVID-19 à Louis-Riel.

Santé publique Ottawa a signalé jeudi que l'éclosion de COVID-19 est désormais terminée à l'école privée Lycée Claudel.

Il y a toujours des éclotions de COVID-19 dans 12 écoles d'Ottawa

Abraar Elementary School

Berrigan Elementary School

École secondaire catholique Franco-Cité

École secondaire catholique Garneau

École élémentaire catholique Horizon-Jeunesse

École élémentaire publique Louis-Riel

École élémentaire catholique Sainte-Kateri

École élémentaire catholique Saint François d'Assise

École élémentaire catholique Sainte-Marie

École élémentaire publique Seraphin Marion

Lester B. Pearson Catholic High School

Prince of Peace Catholic School

Jeudi, le Conseil des écoles catholique du Centre-Est a indiqué que Franco-Cité serait fermée pendant 14 jours en raison de cas de COVID-19 dans l'école.

<https://ottawa.ctvnews.ca/covid-19-outbreaks-declared-at-four-new-ottawa-schools-1.5138105>

Ontario

Selon de nouvelles données sur la COVID-19, le tiers des éclotions communautaires de Toronto est lié aux bars et aux restaurants

ID : 1008003414

Source : www.orangeville.com

Selon ce que le Star a appris, parmi les 80 éclotions communautaires en cours dans la ville, 27 sont liées aux bars et aux restaurants.

Les dernières données provenant du Bureau de la santé publique de Toronto, actuelles en date du 7 octobre, montrent que les bars et les restaurants demeurent responsables d'un nombre important d'éclotions — 34 % — à un moment où le médecin principal de la ville exhorte la province à intervenir afin de réduire la propagation du virus, incluant l'interdiction de la restauration en salle.

Auparavant, le Bureau de la santé publique de Toronto a lié 44 % des éclotions survenues entre les 20 et 26 septembre aux bars, aux restaurants ainsi qu'aux lieux de divertissement. De ce nombre, 18 éclotions étaient attribuables à des restaurants et à des bars, une éclotion était attribuable à une boîte de nuit et une autre à un club de divertissement pour adultes, selon les précisions de l'unité de santé publique présentées jeudi.

Les données publiées par le Bureau de santé publique jeudi ne comprennent pas les éclotions dans les écoles ou les habitations collectives, par exemple les établissements de soins de longue durée.

Bien que les spécialistes de la santé publique affirment qu'il faut agir rapidement si on veut prendre des mesures afin de prévenir la croissance exponentielle du nombre de nouveaux cas, la ville et la province ne s'entendent toujours pas à savoir à qui incombe la responsabilité.

En s'adressant aux journalistes jeudi, le maire John Tory a déclaré que les avocats des deux gouvernements s'étaient réunis et qu'ils avaient convenus que la province était mieux placée pour interdire la restauration en salle, les cours de groupe en gymnase et les déplacements non essentiels en dehors de sa résidence, conformément à la recommandation de la D^{re} Eileen de Villa, médecin-hygiéniste de Toronto.

« Nos gens sont ressortis de cette réunion avec une prise de conscience plus profonde provoquée par les gens du provincial, que les pouvoirs de la ville n'étaient pas aussi étendus qu'on l'avait laissé entendre publiquement auparavant, et que les pouvoirs les plus efficaces et les plus étendus pour prendre des mesures dans l'intérêt de la santé publique et pour freiner la propagation de la COVID-19 relevaient de la province de l'Ontario », a-t-il déclaré.

La D^{re} de Villa a indiqué qu'elle pourrait être tenue personnellement responsable si elle prenait elle-même les mesures qu'elle recommandait et qu'aucun autre responsable de la santé locale n'avait tenté d'adopter des mesures aussi générales.

Cependant, en réponse à une série de questions du Star jeudi, le gouvernement du premier ministre Doug Ford a indiqué les raisons pour lesquelles il croit que la ville peut imposer de telles mesures par elle-même.

« Les médecins-hygiénistes ont le pouvoir de délivrer des ordonnances individuelles ou applicables à des catégories aux termes de l'article 22 de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* lorsque le critère juridique est satisfait, ce qui pourrait comprendre la fermeture d'entreprises comme les bars et les restaurants », a déclaré par courriel Carly Luis, porte-parole de la ministre de la Santé, Chritine Elliott.

« Il existe plusieurs exemples où des médecins-hygiénistes ont agi de la sorte, incluant lorsque la D^{re} de Villa a ordonné la quarantaine à domicile obligatoire pour les personnes ayant contracté la COVID-19, et pour quiconque ayant eu des contacts étroits avec une personne infectée. »

Les derniers va-et-vient surviennent près de sept jours après la demande formulée par la D^{re} de Villa.

Le Star a signalé plus tôt qu'une étude de modélisation publiée en mai dans le journal *Nature* se penchait sur l'efficacité des mesures, en fonction du moment où celles-ci étaient mise en œuvre. Lorsque la Chine

dénombrait 114 325 cas le 29 février, une intervention une semaine plus tôt aurait peut signifier une réduction de 66 % du nombre de cas, selon les estimations des auteurs. Selon eux, le fait de retarder les mesures, même d'une semaine, aurait pu entraîner trois fois plus de cas.

Entretemps, le Star rapportait le 6 octobre qu'environ le deux tiers de la ville affichait un taux de résultats positifs supérieur à 3 %, ce que le Bureau de la santé publique de Toronto considère comme un seuil clé pour mesurer si le virus pouvait dépasser la capacité des hôpitaux et de la santé publique.

La D^{re} de Villa a déjà affirmé qu'on n'était pas en mesure de suivre le rythme du traçage des contacts — un outil important pour s'attaquer à la propagation du virus — pour le nombre de cas actuel croissant de la ville.

La province n'a pas directement répondu à la question du Star de savoir si elle acceptait de fournir une couverture légale pour permettre à la D^{re} de Villa d'agir elle-même ou si, malgré la mention de quelques « mauvais joueurs » par le premier ministre Ford, il y avait des renseignements précis laissant entendre que les exploitants de restaurants qui ne se conforment pas aux règles sont les seuls responsables des éclosions récentes.

Selon le Bureau de la santé publique de Toronto, les enquêtes menées dans les bars et les restaurants ont révélé une adhésion variable à l'égard des règles de santé publique, allant d'un besoin d'éducation sur l'affichage adéquat à des problèmes de distanciation physique exigeant la fermeture en raison du risque de transmission.

Le Bureau de la santé publique a également indiqué, malgré une allégation antérieure du premier ministre Ford voulant que les éclosions aient eu une grande incidence sur le personnel, que le nombre de cas comprenaient à la fois les membres du personnel et les clients.

La D^{re} Vinita Dubey, médecin-hygiéniste associée de Toronto, a déclaré que ces enquêtes « exigeaient énormément de ressources », et que les bars et les restaurants affichent d'importants volumes de contacts aux fins de traçage – certains ayant plus de 500 contacts et, dans un cas, 1 700 clients à joindre.

Le maire Tory, confronté à des questions cette semaine à savoir si la province agit de bonne foi, est demeuré publiquement optimiste.

« La demande de la médecin-hygiéniste fait toujours l'objet d'une discussion active », a-t-il affirmé jeudi, en indiquant qu'il n'y a eu aucune communication quant aux plans de la province.

Cependant, jeudi, la province a acheminé un courriel au Star comprenant la déclaration la plus claire jusqu'à présent selon laquelle elle n'avait aucune intention de prendre des mesures prochainement à l'égard de la demande de la D^{re} de Villa.

« Reconnaissant les répercussions dévastatrices des fermetures pour les propriétaires de petites entreprises, notre gouvernement épuisera tous les moyens pour freiner la propagation de la COVID-19 avant de mettre en œuvre des restrictions à l'égard de la vente en gros, ce qui entraînerait la faillite d'innombrables restaurants », selon cette déclaration. « Cela comprend l'augmentation du nombre d'inspections du travail afin d'éduquer les propriétaires d'entreprise sur la façon de mener leurs activités d'une façon qui freine la propagation du virus, tout en prenant des mesures plus sévères à l'encontre des mauvais joueurs. »

Malgré cela, le maire Tory a affirmé aussi récemment que mercredi que la province avait demandé — et que la ville avait fourni — des données supplémentaires après que le premier ministre Ford a déclaré

qu'il n'avait pas suffisamment de renseignements à propos de ce que la D^{re} de Villa demandait.

Le conseiller Joe Cressy, qui préside le conseil sur la santé de la ville, a affirmé qu'il demeure sûr que la province prendra des mesures et qu'il souhaite voir les « mesures essentielles être mises en œuvre immédiatement. »

« Nous sommes au beau milieu d'une deuxième vague qui prend de l'ampleur. Si nous voulons sauver des vies, protéger les hôpitaux, garder les écoles ouvertes et empêcher un confinement plus rigoureux, il y a un urgent besoin d'agir maintenant. »

<https://www.orangeville.com/news-story/10219682-one-third-of-toronto-s-community-outbreaks-related-to-bars-and-restaurants-says-new-covid-19-data/>

Nunavut

Le Nunavut déclare que l'écllosion de COVID-19 dans une mine est contenue; certains travailleurs peuvent retourner à domicile

ID : 1008003415

Source : www.thestar.com

IQALUIT, Nunavut - l'administrateur en chef de la santé publique du Nunavut affirme qu'une écloision de COVID-19 dans une mine d'or a été contenue.

Le D^r Michael Patterson affirme qu'on dénombre 10 cas positifs et 6 cas présumés à la mine de Hope Bay, située à environ 125 kilomètres au sud-ouest de Cambridge Bay.

Il affirme cependant que les cas ne seront pas comptabilisés dans ceux du territoire, car les territoires de compétence de résidence des travailleurs ont choisi de les comptabiliser.

Cela signifie que territoire n'a toujours pas enregistré un cas positif.

Le D^r Patterson a affirmé plus tôt qu'il existait une preuve de transmission à la mine, mais il affirme désormais que ce n'est pas le cas.

Tous les déplacements à destination et en provenance du site ont cessé le 28 septembre, mais le D^r Patterson affirme que les personnes qui ont terminé leur période d'isolement et celles qui ne sont pas considérées comme des contacts à risque élevé peuvent retourner à la maison.

Il affirme que certains contacts demeurent isolés et qu'ils devraient recevoir l'autorisation de voyager au cours de la semaine.

Ce rapport de La Presse canadienne a été publié pour la première fois le 8 octobre 2020.

<https://www.thestar.com/news/canada/2020/10/08/nunavut-declares-covid-19-outbreak-at-mine-contained-some-workers-can-travel-home.html>

États-Unis — Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) — Ressources en matière de communications (officielles et média)

États-Unis

Lignes directrices provisoires du CDC concernant les refuges en cas de catastrophe pour la population générale pendant la pandémie de COVID-19

Source : CDC

ID unique : [1008000027](#)

Les membres du personnel des refuges fournissant des soins médicaux aux clients présentant des symptômes soupçonnés ou confirmés de COVID-19 où un contact étroit (dans un rayon de deux mètres) ne peut être évité devraient, à tout le moins, porter une protection pour les yeux (lunettes de protection ou écran facial), un respirateur N95 ou supérieur (ou un couvre-visage si aucun respirateur n'est disponible ou que les membres du personnel ne font pas l'objet d'un test d'ajustement), une blouse jetable ainsi que des gants jetables. Si des tests de dépistage de la COVID-19 sont disponibles, les membres du personnel des refuges, les bénévoles et les résidents devraient faire l'objet d'un dépistage conformément aux lignes directrices des autorités sanitaires locales et de l'État. REMARQUE : Les masques ne devraient pas être portés par les bébés ou les enfants âgés de moins de deux ans, ou toute personne éprouvant de la difficulté à respirer ou qui est inconsciente, souffre d'une incapacité ou est incapable de retirer le couvre-visage sans aide.

Ces lignes directrices provisoires sont fondées sur les renseignements actuels concernant la transmission et la gravité de la maladie à coronavirus (COVID-19). Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des É.-U. mettront à jour ces lignes directrices au besoin et au fur et à mesure que des renseignements supplémentaires deviennent disponibles. Veuillez consulter périodiquement le site Web des CDC sur la COVID-19 pour obtenir les lignes directrices à jour. Étant donné que les conditions varient d'une collectivité à l'autre, les gestionnaires des refuges en cas de catastrophe devraient se tourner vers les autorités sanitaires locales et de leur État pour obtenir des renseignements propres à leur emplacement.

Les solutions de rechange à l'ouverture des refuges en cas de catastrophes, par exemple la mise à l'abri sur place, devraient être envisagées pendant la pandémie de COVID-19.

La priorité devrait être accordée aux hôtels, dortoirs et petits refuges (moins de 50 résidents) par rapport aux refuges plus grands. Les refuges collectifs devraient constituer un dernier recours.

Les responsables devraient démobiliser les grands refuges collectifs dès que possible après la phase d'urgence et réinstaller les résidents dans des hôtels, dortoirs ou petits refuges afin d'assurer une meilleure distanciation sociale.

Les gestionnaires de refuges devraient rester en contact avec les organismes de santé publique locaux et de l'État ainsi qu'avec la gestion des urgences pour obtenir des mises à jours sur les renseignements locaux liés à la COVID-19.

Le personnel de santé des refuges devrait surveiller quotidiennement les résidents en ce qui a trait aux symptômes de la COVID-19 et d'autres maladies, incluant les préoccupations en matière de santé mentale, et présenter un rapport d'étape quotidien à l'organisme de santé publique local ainsi qu'aux autres organismes pertinents. Consulter des ressources sur la vie quotidienne et l'adaptation.

On devrait procéder à la surveillance de la température corporelle de toutes les personnes qui entrent à l'intérieur du refuge et, pendant la distribution d'aliments, les refuges devraient prévoir des zones distinctes, incluant des toilettes, pour isoler les résidents qui présentent des symptômes de la COVID-19. Les membres du personnel du refuge devraient porter un masque en tout temps, sauf lorsque cela n'est pas pratique, par exemple au moment de manger ou de se doucher. REMARQUE : Les masques ne devraient pas être portés par les bébés ou les enfants âgés de moins de deux ans, ou toute personne éprouvant de la difficulté à respirer ou qui est inconsciente, souffre d'une incapacité ou est incapable de retirer le couvre-visage sans aide.

Tous les résidents d'un refuge, même ceux sans symptômes, pourraient avoir été exposés à la COVID-19 et devraient se placer en quarantaine, conformément aux recommandations de l'État et locales.

Si des tests de dépistage de la COVID-19 sont disponibles, les membres du personnel des refuges, les bénévoles et les résidents devraient faire l'objet d'un dépistage conformément aux lignes directrices des autorités sanitaires locales et de l'État.

Pendant les catastrophes naturelles, la disponibilité des ressources pourrait limiter la capacité d'appliquer les présentes lignes directrices. Dans la mesure possible, tous les efforts devraient être faits afin de mettre en œuvre les présentes lignes directrices.

Public cible

Le présent document est destiné à être utilisé par les territoires de compétences fédérales, étatiques, locaux et tribaux aux États-Unis. Il devrait être utilisé conjointement avec les plans, procédures, directrices, ressources et systèmes en matière d'exploitation et de gestion actuels des refuges, et il ne remplace pas les activités de planification et de préparation des refuges.

Objet

Le présent document présente des lignes directrices provisoires afin de réduire le risque d'introduction et

de transmission de la COVID-19 dans les refuges en cas de catastrophe pour la population générale avant, pendant et après une catastrophe.

Le présent document ne devrait pas être appliqué aux refuges de soutien médical ou aux refuges pour les besoins fonctionnels.

Les refuges de soutien médical et les refuges pour les besoins fonctionnels devraient se conformer aux lignes directrices provisoires pour les établissements de soins de santé : Préparation relative à la transmission communautaire.

Aux fins du présent document, les « refuges » comprennent les logements à petite, moyenne et grande échelle, organisés et temporaires pour les personnes déplacées en raison de catastrophes. Ces installations peuvent être résidentielles (p. ex. dortoirs, campements) ou non résidentiels (p. ex. stades sportifs, écoles, églises), avec des degrés variables d'infrastructure sanitaire.

Refuges d'urgence pour la population générale

Les personnes hébergées dans des refuges partagent des espaces de vie et des installations sanitaires, et peuvent être exposées à des conditions de promiscuité. Les gestionnaires des urgences, les coordonnateurs et gestionnaires de refuges ainsi que les professionnels de la santé publique devraient comprendre le risque d'introduction et de transmission subséquente de la COVID-19 et d'autres maladies infectieuses dans ces milieux. Ces recommandations ont été élaborées afin d'aider les membres du personnel des refuges à prendre les mesures appropriées afin de réduire la possibilité de transmission entre eux, les bénévoles, les résidents et les visiteurs.

Personnes qui doivent prendre des précautions supplémentaires

Consulter les renseignements supplémentaires pour les groupes qui doivent prendre des précautions supplémentaires.

Les personnes qui présentent un plus grand risque de maladie grave attribuable à la COVID-19 peuvent comprendre les suivantes :

Les personnes âgées de 65 ans ou plus

Les personnes de tout âge ayant un problème de santé sous-jacent grave, incluant une maladie pulmonaire chronique, une cardiopathie grave et le diabète. Consultez le site Web des CDC pour obtenir une liste complète des personnes les plus à risque et vérifiez régulièrement les mises à jour au fur et à mesure que plus de données deviennent disponibles.

En ce qui a trait au dépistage de la COVID-19 et à l'octroi d'équipement de protection individuelle, si les ressources sont disponibles, mais limitées, la priorité devrait être accordée aux résidents de refuges qui présentent un risque plus élevé.

Certains membres du personnel et bénévoles pourraient présenter un plus grand risque de maladie grave. Prévoyez d'autres ressources de dotation afin de remplacer le personnel et les bénévoles présentant un risque élevé pendant la COVID-19. Envisagez un déploiement préalable de travailleurs de la santé ainsi que du personnel en santé mentale supplémentaire dans les refuges.

Les autres personnes qui pourraient devoir prendre des précautions supplémentaires comprennent les suivantes :

Les personnes handicapées

Les femmes enceintes ou qui allaitent

Les personnes sans abri

Des groupes raciaux et ethniques en situation de minorité

Présélection, surveillance et isolement

Les refuges devraient surveiller et consigner les cas de COVID-19 éventuels et procéder à des évaluations périodiques de l'ensemble des politiques et des procédures du refuge ayant trait à la diminution de la transmission de la COVID-19 (p. ex. aire d'isolement, distanciation sociale, service de repas, nettoyage, désinfection). Les nombres de cas devraient être communiqués aux responsables de la santé publique locale quotidiennement afin de les prévenir de l'augmentation des nombres.

L'accès à un abri sûr contre les catastrophes est essentiel, même pendant la transmission communautaire de la COVID-19. Les refuges en cas de catastrophe ne devraient pas exclure les personnes résidentes qui éprouvent des symptômes ou qui sont déclarées positives à la COVID-19.

Procédez à un dépistage de toutes les personnes qui entrent dans le refuge (résidents, personnel, bénévoles et visiteurs) pour déceler les signes de la COVID-19 à l'aide de l'instrument de dépistage des symptômes recommandé par les CDC à l'entrée des refuges pour sans-abri.

Les membres du personnel, les bénévoles et les visiteurs qui obtiennent un résultat de dépistage positif relativement à des symptômes liés à la COVID-19 devraient être renvoyés immédiatement à la maison, si

cela est possible. On devrait leur conseiller de suivre les mesures recommandées par les CDC pour les personnes éprouvant des symptômes de la COVID-19. Si des membres du personnel ou des bénévoles sont également des résidents du refuge, ils devraient être orientés vers une aire d'isolement.

À la suite du dépistage médical, les résidents devraient être groupés comme suit : « non malade », « malade » et « nécessite une attention médicale immédiate ».

Si un résident est classé dans le groupe des personnes « malades »

Fournissez-lui un masque, si disponible, et demandez à la personne si elle est en mesure de le tolérer.

REMARQUE : Les masques ne devraient pas être portés par les bébés ou les enfants âgés de moins de deux ans, ou toute personne éprouvant de la difficulté à respirer ou qui est inconsciente, souffre d'une incapacité ou est incapable de retirer le couvre-visage sans aide.

Informez le résident de l'étiquette relative à la toux et remettez-lui des mouchoirs s'il ne tolère pas le masque.

Orientez le résident vers une aire d'isolement dans le refuge ou à un autre emplacement, conformément à un plan prédésigné.

Si une personne « nécessite une attention médicale immédiate »

Appelez les services d'urgence aux fins de transport et indiquez à l'opérateur s'il s'agit d'un cas probable de COVID-19.

Aire d'admission et salle d'attente

Prévoyez des postes de lavage des mains ou un désinfectant pour les mains à base d'alcool contenant au moins 60 % d'alcool, des mouchoirs en papier et des poubelles. Consultez les renseignements supplémentaires sur les recommandations des CDC relativement au lavage des mains.

Utilisez du personnel médical et soignant formé pour procéder au dépistage médical.

Prévoyez du personnel supplémentaire pour effectuer le dépistage médical afin de réduire le temps d'admission.

Les membres du personnel qui vérifient la température des clients devraient utiliser un système qui crée une barrière physique entre le client et le responsable du dépistage.

Les agents de contrôle devraient se tenir derrière une barrière physique, par exemple une fenêtre ou une cloison de verre ou de plastique pouvant protéger le visage du membre du personnel contre les gouttelettes respiratoires pouvant être produites si le client éternue, tousse ou parle.

S'il est impossible d'assurer la distanciation sociale ou de mettre en place des mesures de contrôle au moyen de barrières ou de cloisons pendant le dépistage, les agents de contrôle devraient utiliser un EPI (c.-à-d. couvre-visage, protection des yeux [lunettes de protection ou écran facial jetable qui couvre entièrement le devant et les côtés du visage], une seule paire de gants jetables) lorsqu'ils se trouvent dans un rayon de deux mètres d'un client.

Cependant, compte tenu des pénuries d'EPI, les exigences en matière de formation, et parce que l'EPI seul est moins efficace qu'une barrière, les membres du personnel devraient tenter d'utiliser une barrière chaque fois que cela est possible.

Procédez à un nettoyage et à une désinfection complets de la zone toutes les 4 à 6 heures. Consultez les renseignements supplémentaires sur le dépistage à l'entrée des CDC.

Consultez les renseignements supplémentaires sur les recommandations en matière de dépistage à l'entrée des CDC.

Aire d'isolement

Lorsque cela est possible, placez les résidents malades dans des chambres individuelles aux fins d'isolement.

S'il n'est pas possible de recourir à des chambres individuelles, désignez une aire d'isolement distincte pour les résidents malades.

Informez le résident de ce qui suit :

Il devrait informer immédiatement le personnel du refuge d'une aggravation de ses symptômes.

Il ne doit pas quitter sa chambre/l'aire d'isolement, sauf pour utiliser les toilettes.

Il devrait conserver une distance d'au moins deux mètres par rapport aux autres résidents dans l'aire d'isolement.

Il doit porter un masque en tout temps, sauf lorsqu'il mange ou se douche, à moins qu'il éprouve de la difficulté à respirer.

Les aires ou immeubles d'isolement devraient être distincts du reste du refuge.

Les aires d'isolement devraient être bien ventilées.

Les résidents dans les aires d'isolement devraient conserver une distance de deux mètres.

Les lits pliants devraient être placés à deux mètres les uns des autres, avec des barrières temporaires entre eux.

Les toilettes devraient être à proximité de l'aire d'isolement et se distinguer des toilettes utilisées par les résidents qui ne sont pas malades.

Les membres du personnel des abris fournissant des soins médicaux aux clients présentant des symptômes soupçonnés ou confirmés de COVID-19 où un contact étroit (dans un rayon de deux mètres) ne peut être évité devraient, à tout le moins, porter une protection pour les yeux (lunettes de protection ou écran facial), un respirateur N95 ou supérieur (ou un couvre-visage si aucun respirateur n'est disponible ou que les membres du personnel ne font pas l'objet d'un test d'ajustement), une blouse jetable ainsi que des gants jetables. Les masques ne constituent pas un EPI et ne devraient pas être utilisés lorsqu'un respirateur ou un masque facial est indiqué. Consultez les lignes directrices en matière de contrôle des infections pour les fournisseurs de soins de santé.

Les membres du personnel du refuge qui entrent dans l'aire d'isolement pour des raisons autres que la prestation des soins médicaux (p. ex. livrer des repas ou d'autres articles) devraient porter des masques N95 (ou un masque facial si aucun respirateur n'est disponible ou s'ils ne font pas l'objet d'un test d'ajustement).

Des accessoires de bien-être supplémentaires, comme les mouchoirs ou les draps, devraient être fournis aux résidents malades.

Arrêt de l'isolement

La décision d'arrêter l'isolement devrait être prise dans le contexte des circonstances locales. Les options sont les suivantes :

Une stratégie fondée sur les symptômes (c.-à-d., temps écoulé depuis le début de la maladie et le temps écoulé depuis le rétablissement)

Une stratégie fondée sur les tests

Des stratégies fondées sur le temps écoulé et les tests pour les personnes déclarées positives à la COVID-19, mais qui n'ont pas éprouvé de symptômes.

Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter les lignes directrices provisoires des CDC intitulées Arrêt de l'isolement des personnes atteintes de la COVID-19 qui ne sont pas dans des milieux de soins, ce qui comprend, sans toutefois s'y limiter, à la maison, dans un hôtel ou dans un dortoir, ou dans des installations d'isolement de groupe.

Renseignements dans toutes les aires communes du refuge

Publiez des affiches partout dans les installations comprenant des renseignements sur ce qui suit :

Les symptômes courants de la COVID-19

L'importance de porter un masque

La nécessité de se laver les mains fréquemment et de respecter une étiquette respiratoire appropriée

Le signalement des symptômes aux membres du personnel du refuge si on se sent malade

Rappel aux membres du personnel de se laver les mains avec de l'eau et du savon après avoir touché une personne malade ou après avoir manipulé les effets personnels, les mouchoirs utilisés ou les vêtements sales d'une personne malade

La gestion du stress

Assurez-vous que les affiches sont compréhensibles pour les personnes qui ne sont pas anglophones et les personnes ayant un faible niveau d'alphabétisation. Prenez les mesures d'adaptation nécessaires pour les personnes ayant des déficiences cognitives ou intellectuelles ainsi que pour les personnes sourdes, aveugles ou ayant une faible vision.

Les documents imprimés des CDC élaborés afin de soutenir les recommandations relatives à la COVID-19 sont accessibles et téléchargeables gratuitement.

Distanciation sociale

Lorsque cela est possible, placez les groupes ou les familles dans des chambres individuelles ou dans des aires distinctes des installations.

Les installations du refuge devraient être suffisamment grandes pour permettre aux résidents d'avoir l'espace nécessaire pour pratiquer la distanciation physique.

Prévoyez une distance d'au moins deux mètres entre les lits pliants de personnes de ménages différents et demandez aux résidents de dormir tête-bêche.

Service alimentaire

Lorsque cela est possible, servez des repas préemballés ou des repas individuels distribués par des travailleurs des services alimentaires.

Les travailleurs des services alimentaires devraient porter des gants et des masques pendant la préparation des repas et le service.

Un service de style cafétéria est privilégié au libre-service, au buffet ou au style familial tout en maintenant un espace minimum de deux mètres entre les personnes.

Conservez une distance minimum de deux mètres entre les personnes de ménages différents pendant les périodes de repas en ayant recours à un plus grand espacement des tables et en échelonnant les périodes de repas. Nettoyez et désinfectez la zone entre les périodes de service de repas.

Encouragez les membres du personnel et les résidents du refuge à ne pas partager les plats, les verres, les tasses, les ustensiles, les serviettes ou la literie avec d'autres personnes.

Utilisez des ustensiles, des tasses et des assiettes jetables, le cas échéant. Si ces articles ne sont pas jetables, la surface de contact avec les aliments devrait être protégée contre la contamination, et être nettoyée et désinfectée après chaque utilisation.

Prévoyez des postes de lavage des mains, du savon et des serviettes jetables ou du désinfectant pour les baignoires à base d'alcool (contenant au moins 60 % d'alcool) pour utilisation avant d'entrer dans la file d'attente de la cafétéria.

Les résidents devraient porter des masques pendant qu'ils attendent dans la file d'attente.

Placez des membres du personnel du refuge aux postes de lavage des mains afin de faire la promotion d'un lavage des mains adéquat et pour surveiller les signes de maladie. Les membres du personnel devraient porter des masques.

Mettez en œuvre le dépistage des maladies, incluant la surveillance de la fièvre, chez les résidents qui entrent dans la zone de distribution des aliments.

On considère comme de la fièvre toute température de 38 °C (100.4 F) ou plus.

Les membres du personnel et les bénévoles qui sont symptomatiques devraient quitter les installations dès que possible.

Les résidents qui sont symptomatiques devraient être orientés vers l'aire d'isolement.

Augmentez la surveillance des symptômes chez les contacts étroits des personnes qui deviennent symptomatiques.

Utilisation accrue des fournitures

Prévoyez une augmentation importante des fournitures, incluant :

Masques, blouses et gants

Masques

Eau et autres liquides pour hydratation

Glace

Tasses et autres ustensiles

Mouchoirs

Savon

Postes de lavage des mains

Désinfectant pour les mains contenant au moins 60 % d'alcool

Serviettes de papier

Agents de désinfection et de nettoyage, et fournitures

Draps et couvertures

Matériels à utiliser pour les barrières entre les lits pliants dans les aires de séparation

Médicaments en vente libre

Consultez un fournisseur de soins de santé lorsque vous envisagez de donner des médicaments en vente libre à des enfants. On NE devrait PAS donner des médicaments en vente libre aux enfants de moins de quatre ans avant d'en parler à un fournisseur de soins de santé. NE donnez PAS de l'aspirine (acide acétylsalicylique) aux enfants qui semblent malades; cela peut causer une maladie rare, mais grave appelée le syndrome de Reye.

Nettoyage et désinfection

Le risque d'exposition inhérent pour le personnel de nettoyage est faible. Offrez une formation aux membres du personnel qui accomplissent les fonctions de nettoyage conformément aux recommandations des CDC en matière de nettoyage et de désinfection. Les recommandations à cet égard pourraient être mises à jour au fur et à mesure que de nouvelles données deviennent disponibles.

Le matériel didactique destiné au personnel de garde et aux autres membres du personnel doit être fourni dans des langues autres que l'anglais, selon les besoins locaux.

Les membres du personnel de nettoyage doivent porter des gants et des blouses jetables pour toutes les

tâches dans le processus de nettoyage, incluant la manipulation des ordures.

Les déchets solides (ordures) comme les mouchoirs, les produits alimentaires et les récipients de boissons doivent être considérés comme des « déchets infectieux » éventuels.

Les poubelles dotées de couvercles non amovibles et sans contact doivent être placées à une distance raisonnable de toute aire habitée.

Placez un poste de lavage des mains ou des désinfectants pour les mains contenant au moins 60 % d'alcool à côté des poubelles. Désinfectez régulièrement les couvercles et les poignées des poubelles.

Les poubelles extérieures devraient être dotées d'un couvercle.

Les aires et les objets visiblement souillés doivent être nettoyés immédiatement.

Toutes les aires communes doivent être nettoyées et désinfectées toutes les quatre heures, en mettant l'accent sur les surfaces fréquemment touchées comme les tables, les poignées de porte, les interrupteurs, les poignées, les bureaux, les toilettes, les robinets et les éviers.

Les linges de maison (par exemple les draps et les serviettes), les ustensiles de cuisine et la vaisselle appartenant aux malades n'ont pas besoin d'être nettoyés séparément, mais ils ne doivent pas être partagés sans avoir été soigneusement lavés. Lavez le linge de maison avec du savon à lessive et faites-le sécher au sèche-linge au réglage le plus chaud possible.

Le personnel doit se laver les mains avec de l'eau et du savon ou utiliser un désinfectant pour les mains contenant au moins 60 % d'alcool immédiatement après avoir manipulé du linge sale ou avoir utilisé des ustensiles de cuisine et de la vaisselle.

Filtration de l'air

Si possible :

Installez les refuges en cas de catastrophe dans des bâtiments à haute capacité de ventilation semblables aux établissements de soins de santé.

Les refuges doivent être équipés de systèmes d'échangeur d'air.

Les refuges doivent être installés dans des immeubles dotés de hauts plafonds.

Utilisez les filtres les plus efficaces qui sont compatibles avec le système de chauffage, ventilation et climatisation *(CVC) existant du refuge.

Adoptez des flux d'air directionnels « propre à sale ».

Sélectionnez la rotation du débit d'air vers le haut si vous utilisez des ventilateurs de plafond.

Considérations particulières pour les enfants

Éduquez les parents et les fournisseurs de soins sur la façon de réduire la propagation de la maladie.

Aidez les parents à comprendre que les enfants peuvent ressentir du stress et de la peur alors qu'ils se trouvent à l'intérieur du refuge. Les renseignements sur la façon de gérer le stress peuvent aider les parents à gérer leur propre stress et celui de leurs enfants.

Encouragez les parents et les fournisseurs de soins à surveiller les enfants pour déceler les symptômes de maladie et pour signaler immédiatement toute maladie aux membres du personnel du refuge.

Les symptômes de la COVID-19 sont similaires chez les enfants et les adultes. Cependant, les enfants chez qui la COVID-19 a été confirmée montrent généralement des symptômes bénins.

Les symptômes signalés chez les enfants comprennent des symptômes similaires à un rhume, tels que la fièvre, le nez qui coule et la toux. Des vomissements et de la diarrhée ont également été signalés.

Demandez aux parents ou aux tuteurs d'aider les enfants à rester à au moins deux mètres des autres résidents.

Si possible, à l'heure de la sieste, veillez à ce que les tapis de sieste des enfants (ou les lits d'enfant) soient espacés le plus possible, idéalement de deux mètres. Envisagez de placer les enfants tête-bêche afin de réduire davantage le risque de propagation de la maladie.

Attribuez le même matelas ou le même lit d'enfant à un enfant, ou désinfectez le matelas ou le lit d'enfant entre les utilisations par différents enfants.

Nettoyez minutieusement les aires de jeu communes ou les zones de soins de répit temporaires toutes les quatre à six heures en vous concentrant sur les objets qui sont plus susceptibles d'être en contact fréquent avec les mains, la bouche ou les fluides corporels des enfants (p. ex., les jouets).

Nettoyez et désinfectez les jouets

Les jouets qui ne peuvent être nettoyés et désinfectés ne doivent pas être utilisés.

Les jouets que les enfants ont mis dans leur bouche ou qui sont par ailleurs contaminés par des sécrétions ou des excréments corporelles doivent être mis à l'écart jusqu'à ce qu'ils soient nettoyés à la main par une personne portant des gants. Nettoyez les jouets à l'eau et au détergent, rincez-les, désinfectez-les à l'aide d'un désinfectant homologué par l'EPA, rincez-les à nouveau et séchez-les à l'air.

Vous pouvez également les nettoyer dans un lave-vaisselle mécanique. Soyez attentifs aux articles qui sont les plus susceptibles d'être mis dans la bouche d'un enfant, comme les aliments, les jouets, la vaisselle et les ustensiles.

Les jouets en tissu lavables à la machine doivent être utilisés par une personne à la fois ou ne doivent pas du tout être utilisés. Ces jouets doivent être lavés avant d'être utilisés par un autre enfant.

Ne partagez pas les jouets avec d'autres groupes d'enfants en bas âge ou de tout-petits, sauf s'ils sont lavés et désinfectés avant d'être transférés d'un groupe à l'autre.

Mettez de côté les jouets qui doivent être nettoyés. Placez-les dans un bac à vaisselle avec de l'eau savonneuse ou dans un récipient séparé portant la mention « jouets souillés ». Gardez les bacs à vaisselle et l'eau hors de portée des enfants afin d'éviter tout risque de noyade. Le lavage avec de l'eau savonneuse constitue la méthode de nettoyage idéale. Tâchez d'avoir suffisamment de jouets de sorte qu'on puisse assurer une rotation lors des nettoyages.

Les livres pour enfants, comme les autres articles de papier comme le courrier ou les enveloppes, ne sont pas considérés comme présentant un risque élevé de transmission et n'exigent pas de procédures de nettoyage ou de désinfection supplémentaires.

Exigez que les enfants, les parents et le personnel se lavent les mains avant d'entrer et de sortir de l'aire de soins de répit temporaire des enfants.

Le désinfectant pour les mains doit être tenu hors de portée des enfants.

Trouvez des renseignements supplémentaires sur les soins aux enfants pendant la pandémie de COVID-19.

Animaux dans les refuges d'urgence

Les présentes recommandations énoncent des considérations particulières visant à réduire le risque de transmission de la COVID-19 dans les refuges humains qui hébergent également des animaux. Bien que l'on considère comme faible le risque de transmission des animaux aux humains, des précautions doivent être prises pour éviter une éventuelle transmission. Pour de plus amples renseignements, consultez les Recommandations des CDC pour l'hébergement en cas de catastrophe des animaux domestiques, des animaux d'assistance et des animaux de soutien pendant la pandémie de COVID-19.

REMARQUE : Ne mettez pas de masques ou autres couvre-visage sur les animaux, même s'ils semblent malades.

Animaux de compagnie

La portée des présentes recommandations se limite à des considérations particulières pour les refuges en cas de catastrophe adaptés aux animaux de compagnie pendant la pandémie COVID-19. Vous trouverez des renseignements sur les activités générales des refuges dans le document sur la pratique exemplaire de la FEMA intitulé « Activités des refuges : refuges adaptés aux animaux de compagnie ». Des recommandations détaillées sur la manipulation des animaux exposés sont disponibles dans les « Recommandations provisoires pour l'accueil d'animaux de compagnie provenant de foyers où des humains atteints de COVID-19 sont présents » élaborées par l'American Veterinary Medical Association (AVMA), avec le soutien de l'approche « One Health » des CDC.

Aires réservées aux animaux

Remarque : Les recommandations relatives à l'exploitation du refuge humain doivent être appliquées par toute personne se trouvant dans les aires réservées aux animaux. Le port de masques, le lavage fréquent des mains, la distanciation sociale ainsi que le nettoyage et la désinfection fréquents doivent être maintenus dans les aires réservées aux animaux. Ne placez aucun type de couvre-visage sur les animaux.

Désignez une aire pour héberger les animaux de compagnie à l'écart de l'espace d'habitation humain. Prévoyez une aire distincte du refuge pour les animaux de compagnie qui ont été en contact avec une personne atteinte de COVID-19 connue ou soupçonnée et les animaux de compagnie qui présentent des signes de maladie.

Lors de l'enregistrement, demandez si l'animal peut avoir été exposé à une personne constituant un cas de COVID-19 connu ou soupçonné au cours des 14 jours précédents. Un contact peut survenir à la suite de ce qui suit :

Se trouver dans un rayon d'environ deux mètres de la personne.

Embrasser ou lécher une personne, ou partager des aliments ou un lit avec celle-ci.

Être blotti contre la personne, se faire caresser par celle-ci, ou se faire tousser, éternuer ou cracher dessus par la personne.

Dans l'affirmative, l'animal doit être hébergé dans l'aire d'isolement réservée aux animaux.

Recueillez des renseignements sur l'état d'exposition à la COVID-19 des animaux de compagnie à l'entrée, ainsi que sur tout signe clinique observé chez les animaux de compagnie compatible avec la COVID-19 afin de faciliter le triage et l'isolement approprié.

Séparez les animaux par une distance d'au moins deux mètres en tout temps, incluant pendant l'enregistrement et l'exercice des animaux.

Limitez l'accès aux animaux à un membre de la famille en santé pendant la durée du séjour.

Prévoyez des postes de lavage des mains à l'entrée et à la sortie des aires réservées aux animaux.

Toutes les personnes doivent se laver les mains avec de l'eau et du savon pendant 20 secondes à l'entrée et à la sortie de l'aire.

Toute personne manipulant des animaux susceptibles d'avoir été exposés à la maladie ou qui en présentent des symptômes doit porter des gants et un masque. Les gants doivent être jetés après chaque utilisation.

Si un animal tombe malade pendant qu'il se trouve au refuge :

Appelez un vétérinaire et informez-le que l'animal pourrait avoir été exposé à une personne atteinte de COVID-19.

Communiquez avec les autorités locales en santé animale et en santé publique afin de déterminer si l'animal doit faire l'objet d'un dépistage ou si d'autres précautions doivent être prises.

Animaux d'assistance

Conformément à l'Americans with Disabilities Act (ADA), les animaux d'assistance doivent être autorisés à rester auprès de leurs maîtres.

Il convient de garder à l'esprit ce qui suit :

Les animaux d'assistance sont approuvés aux termes de l'ADA peu importe s'ils sont homologués ou certifiés.

Les personnes accompagnées par des animaux d'assistance ne peuvent être isolées des autres personnes ou faire l'objet d'un traitement moins favorable.

On ne peut demander aux personnes accompagnées d'animaux d'assistance d'exclure leurs animaux d'assistance du refuge, sauf dans les situations suivantes :

L'animal est hors de contrôle.

L'animal pose une menace directe.

Si le maître montre des signes de maladie :

Si possible, prévoyez une chambre distincte où le maître et l'animal d'assistance peuvent s'isoler.

Si aucune chambre distincte n'est disponible, le maître et l'animal d'assistance doivent être transférés vers l'aire d'isolement en groupe.

L'animal d'assistance doit conserver une distance de deux mètres par rapport aux autres personnes dans l'aire d'isolement.

Dans la mesure possible, le maître doit limiter le contact entre lui-même et l'animal d'assistance (p. ex. éviter de le caresser, de se blottir contre lui ou tout autre contact qui n'est pas lié au travail ou à la tâche de l'animal d'assistance).

Le maître doit se laver les mains fréquemment, ainsi qu'avant et après avoir touché l'animal d'assistance.

Si possible, demandez à une personne qui n'est pas symptomatique de faire une promenade avec l'animal d'assistance, de lui faire faire de l'exercice et de le nourrir.

Si l'animal d'assistance montre des signes de maladie :

Suivez les recommandations énoncées ci-dessus, et si aucune chambre distincte n'est disponible, le maître et l'animal d'assistance doivent demeurer à l'intérieur de l'aire désignée pour la population générale.

Ne placez aucun type de couvre-visage sur l'animal d'assistance.

Le maître ou autre fournisseur de soins doit porter des gants et un masque lorsqu'ils font une promenade avec les animaux, leur font faire de l'exercice ou les nourrissent. Les gants doivent être jetés après chaque utilisation.

Appelez un vétérinaire et informez-le que l'animal pourrait avoir été exposé à une personne atteinte de COVID-19.

Communiquez avec l'autorité locale en matière de santé des animaux ou de santé publique pour déterminer si l'animal doit faire l'objet d'un dépistage et si d'autres précautions doivent être prises.

Les Lignes directrices pour les animaux d'assistance et les animaux de thérapie décrivent les façons de maintenir vos animaux d'assistance et de thérapie en sécurité alors qu'ils sont en hébergement dans un refuge pendant la COVID-19.

Consultez les renseignements supplémentaires sur ce qu'il faut faire si un animal est malade et sur la façon de protéger les animaux contre la COVID-19.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/eh-practitioners/general-population-disaster-shelters.html>

États-Unis

Caractéristiques associées aux adultes qui se souviennent de se laver les mains dans plusieurs situations avant et pendant la pandémie de COVID-19 – États-Unis, octobre 2019 et juin 2020

Source : CDC

Résumé

Que sait-on déjà à propos de ce sujet?

L'hygiène des mains est une mesure importante afin de prévenir la propagation de la COVID-19 et d'autres pathogènes.

Qu'ajoute ce rapport?

Contrairement aux répondants à l'enquête d'octobre 2019, les personnes interrogées dans le cadre de l'enquête américaine sur Internet auprès des adultes en juin 2020 étaient plus susceptibles de se souvenir de se laver les mains après avoir éprouvé des symptômes respiratoires, avant de manger au restaurant et avant de manger à la maison. Malgré des améliorations, <75 % des répondants à l'enquête ont déclaré se souvenir de se laver les mains dans ces situations en 2020.

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

Les efforts en matière de santé publique devraient promouvoir un lavage des mains plus fréquent pour tous, en prenant soin d'adapter le message à l'intention des hommes, des jeunes adultes et des adultes blancs non hispaniques. Il convient d'accorder une attention particulière à l'encouragement du lavage des mains à des moments importants, par exemple avant de manger et après avoir éprouvé des symptômes respiratoires.

https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6940a2.htm?s_cid=mm6940a2_x

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6940a2-H.pdf>

États-Unis

Les tendances relatives à l'incidence de la COVID-19 après la mise en œuvre des mesures d'atténuation — Arizona, du 22 janvier au 7 août 2020

Résumé

Que sait-on déjà à propos de ce sujet?

Les mesures d'atténuation communautaires peuvent aider à ralentir la propagation de la COVID-19.

Qu'ajoute ce rapport?

Le nombre de cas COVID-19 en Arizona s'est stabilisé, puis a diminué après la mise en œuvre et l'application soutenues de mesures d'atténuation renforcées à l'échelle de l'État et au niveau local, qui ont commencé environ deux semaines après le début de la mise en œuvre et de l'application de l'obligation du port du masque et des pratiques d'assainissement renforcées le 17 juin; de nouvelles baisses ont été observées entre le 13 juillet et le 7 août, après les restrictions et les fermetures de certains services et entreprises à l'échelle de l'État.

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

La mise en œuvre et l'application à grande échelle de mesures d'atténuation durables au niveau de la communauté, y compris le port de masques, éclairées par la surveillance continue des données par les fonctionnaires de l'État et des collectivités locales, et la collaboration avec ceux-ci, peuvent contribuer à prévenir la transmission du SRAS-CoV-2 et à diminuer le nombre de cas de COVID-19.

https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6940e3.htm?s_cid=mm6940e3_x

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6940e3-H.pdf>

États-Unis

Série de cas de syndrome inflammatoire multisystémique chez les adultes associés une infection au SRAS-CoV-2 – Royaume-Uni et États-Unis, de mars à août 2020

Weekly/9 octobre 2020/69(40);1450–1456

Résumé

Que sait-on déjà à propos de ce sujet?

Le syndrome inflammatoire multisystémique chez l'enfant (MIS-C) est une complication rare, mais grave de l'infection au SRAS-CoV-2 chez les enfants et les adolescents. Depuis juin 2020, plusieurs rapports et séries sur des cas ont été publiés faisant état d'un syndrome inflammatoire multisystémique similaire chez les adultes (MIS-A).

Qu'ajoute ce rapport?

Les cas signalés aux CDC, et les rapports et séries publiés recensent des cas de MIS-A, qui nécessitent habituellement des soins intensifs et dont le résultat peut être mortel. Des tests de détection des anticorps ont été nécessaires afin de recenser une infection au SRAS-CoV-2 dans environ le tiers des 27 cas.

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

Une suspicion clinique et un test de dépistage du SRAS-CoV-2 indiqué, y compris un test de détection des anticorps, pourraient être nécessaires pour reconnaître et traiter les adultes atteints de MIS-A. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour comprendre la pathogenèse et les effets à long terme de cette maladie. En fin de compte, la reconnaissance du MIS-A renforce la nécessité de déployer des efforts de prévention pour limiter la propagation du SRAS-CoV-2.

https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6940e1.htm?s_cid=mm6940e1_x

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6940e1-H.pdf>

États-Unis

Mise à jour sur le coronavirus (COVID-19) : Résumé quotidien du 8 octobre 2020

Source : FDA

Pour diffusion immédiate :

Le 8 octobre 2020

La Food and Drug Administration (FDA) américaine a continué d'agir dans le cadre de l'intervention en cours pour répondre à la pandémie de COVID-19 :

- Aujourd'hui, la FDA a mis à jour le tableau de bord de la page Web du [Programme d'accélération du traitement du coronavirus](#). Au 30 septembre 2020, plus de 550 programmes de développement de médicaments étaient en cours de planification, plus de 350 essais ont été examinés par la FDA et cinq traitements de la COVID-19 sont actuellement autorisés pour une utilisation d'urgence.
- Mises à jour sur le dépistage :
 - 274 tests sont autorisés par la FDA dans le cadre des autorisations d'utilisation d'urgence (AUU); cela comprend 216 tests moléculaires, 53 tests de détection des anticorps et cinq tests d'antigènes.

La FDA, un organisme du département de la Santé et des Services sociaux américain, protège la santé publique en assurant la sûreté, l'efficacité et la sécurité des médicaments à usage humain et vétérinaire, des vaccins et autres produits biologiques à usage humain, ainsi que des instruments médicaux. L'organisme est également responsable de la salubrité et de la sécurité de l'approvisionnement alimentaire de notre pays, des produits cosmétiques, des suppléments alimentaires, des produits qui émettent des radiations électroniques ainsi que de la réglementation des produits du tabac.

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-daily-roundup-october-8-2020>

OMS/OPS

Certains pays présentent des pics de transmission de COVID-19, en particulier chez les jeunes : OPS – OPS/OMS

Source : Organisation panaméricaine de la santé

ID unique : [1007999333](#)

L'OPS a déclaré avoir organisé plus de 160 formations, fourni plus de 17 millions de tests PCR de dépistage de la COVID ainsi que des millions de gants, de blouses et de masques pour assurer la sécurité des travailleurs de la santé, soulignant que « lorsque les hôpitaux sont en mesure de faire face et de gérer les patients, il y a moins de décès. Les personnes âgées et celles souffrant de diabète ou d'hypertension sont toujours vulnérables, « j'exhorte donc les personnes de tous âges à continuer de porter des masques, de pratiquer la distanciation sociale pour se protéger et à éviter d'exposer les autres », a déclaré la directrice de l'OPS. La D^{re} Etienne a salué le travail des gouvernements qui « ont agi rapidement pour étendre les réseaux de laboratoires, augmenter le nombre de lits d'hôpitaux, et embaucher et former des travailleurs de la santé ». Elle a également salué les travailleurs de la santé « pour leur dévouement et leur engagement », dans des conditions difficiles.

Bien que le Brésil et les États-Unis demeurent des facteurs importants de nouveaux cas, au cours des 60 derniers jours, 11 pays et territoires dans les Caraïbes sont passés d'une transmission modérée à une transmission intense.

Washington DC, 7 octobre 2020 (OPS) – La transmission de la COVID-19 dans les Amériques est toujours très active, certains pays connaissant des pics récurrents des cas, le virus se propageant de manière nouvelle et différente, a déclaré aujourd'hui la directrice de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS), la D^{re} Carissa F Etienne.

« Bien que le Brésil et les États-Unis demeurent des facteurs importants de nouveaux cas dans notre région, nous sommes préoccupés par les pics dans les nombres de cas – incluant dans des endroits qui avaient géré efficacement les éclosions, comme Cuba et la Jamaïque. En fait, au cours des 60 derniers jours, 11 pays et territoires des Caraïbes sont passés d'une transmission modérée à une transmission intense, une évolution préoccupante alors que les pays procèdent à la réouverture de leur espace aérien », a-t-elle déclarée lors d'un point de presse aujourd'hui.

Plus de 17 millions de cas de COVID-19 ont été signalés dans les Amériques, donnant lieu à plus de 574 000 décès, ce qui représente la moitié de tous les cas dans le monde ainsi que plus de la moitié de l'ensemble des décès, a souligné la D^{re} Etienne.

Les nouvelles façons dont la maladie se propage visent les personnes plus jeunes qui présentent des symptômes bénins, ou qui sont asymptomatiques et qui ne savent pas qu'elles sont infectées. Aux États-Unis, les jeunes, notamment ceux âgés de 20 à 29 ans, représentent 20 % des nouveaux cas. « Même si de nombreux jeunes ne tomberont pas malades ou n'auront pas besoin d'un lit en soins intensifs, ils ne sont pas immunisés contre les graves effets de la COVID-19 », a-t-elle déclaré.

Les personnes âgées et celles souffrant de diabète ou d'hypertension sont toujours vulnérables, « j'exhorte donc les personnes de tous âges à continuer de porter des masques, de pratiquer la distanciation sociale pour se protéger et à éviter d'exposer les autres », a déclaré la directrice de l'OPS. Les taux de COVID-19 grave ont diminué,

La D^{re} Etienne a déclaré que « les taux de maladies graves liées à la COVID ont chuté dans notre région. Aujourd'hui, moins de personnes sont hospitalisées et moins de personnes ont besoin de soins intensifs qu'auparavant, en partie grâce à notre connaissance croissante de ce virus et de la manière de gérer les patients gravement malades. »

L'OPS a organisé plus de 160 formations, fourni plus de 17 millions de tests PCR de dépistage de la COVID ainsi que des millions de gants, de blouses et de masques pour assurer la sécurité des travailleurs de la santé, a-t-elle déclaré, soulignant que « lorsque les hôpitaux sont en mesure de faire face et de gérer les patients, il y a moins de décès. Ces efforts ont contribué à sauver des milliers de vie et continueront d'en protéger d'innombrables autres. »

La D^{re} Etienne a salué le travail des gouvernements qui « ont agi rapidement pour étendre les réseaux de laboratoires, augmenter le nombre de lits d'hôpitaux, et embaucher et former des travailleurs de la

santé ». Elle a également salué les travailleurs de la santé « pour leur dévouement et leur engagement », dans des conditions difficiles.

Groupes vulnérables courant un risque particulier

Cependant, malgré ces efforts, la D^{re} Etienne a souligné que plusieurs groupes demeurent exposés à un risque particulier, notamment les personnes « ayant un accès limité à la prévention et à des soins », y compris les populations noires, hispaniques et amérindiennes aux États-Unis qui « sont près de trois fois plus susceptibles de contracter la COVID que leurs homologues blancs ».

La D^{re} Etienne a également souligné l'importance d'aborder la question de la santé des populations autochtones et des migrants dans la région des Amériques. « Les populations de migrants et de réfugiés peuvent être de plus en plus exposées et courent un risque plus grand », a-t-elle déclaré. « L'OPS a apporté un soutien aux autorités nationales en Équateur, au Costa Rica, au Brésil et au Mexique afin de concevoir des stratégies de façon à permettre aux populations de migrants de continuer d'avoir accès à l'aide relative aux aliments, aux soins de santé et à la santé mentale dont elles ont besoin », a-t-elle indiqué.

« Notre solidarité envers les migrants est non seulement essentielle afin de contrôler la transmission et de prévenir des décès inutiles attribuables à la COVID-19, mais aussi un reflet fondamental de notre croyance voulant que quiconque a droit à la santé et qu'il ne faut laisser personne de côté », a déclaré la directrice de l'OPS.

Personnes-ressources

Leticia Linn

Sebastian Oliel

Ashley Baldwin

mediateam@paho.org

Maladie à coronavirus (COVID-19)

Communiqués de presse

Infections à coronavirus

<https://www.paho.org/en/news/7-10-2020-some-countries-showing-spikes-covid-19-transmission-especially-among-young-people>

OMS

Une mortinaissance a lieu toutes les 16 secondes d'après les toutes premières estimations conjointes des Nations Unies

Source : OMS

Les perturbations des services de santé dues à la COVID-19 pourraient aggraver la situation et causer 200 000 mortinaissances supplémentaires sur une période de 12 mois

8 octobre 2020, communiqué commun, Genève, Suisse

Près de 2 millions d'enfants naissent mort-nés chaque année — soit un nourrisson toutes les 16 secondes — d'après les toutes premières estimations conjointes sur ce sujet publiées par l'UNICEF, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies.

Selon le nouveau rapport intitulé *Une tragédie à bas bruit : le fardeau mondial de la mortinatalité*, la grande majorité des mortinaissances (84 %) se produisent dans les pays à faible revenu et dans les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure. En 2019, 3 mortinaissances sur 4 ont eu lieu en Afrique subsaharienne ou en Asie du Sud. Dans le rapport, une mortinaissance est définie comme la naissance d'un nourrisson sans signe de vie à 28 semaines de grossesse ou plus.

« La perte d'un enfant pendant l'accouchement ou la grossesse représente une terrible tragédie pour une famille, un drame trop souvent vécu en silence, et trop fréquent dans le monde entier », rappelle Henrietta Fore, Directrice générale de l'UNICEF. « Toutes les 16 secondes, une mère quelque part dans le monde vit l'épouvantable épreuve de mettre au monde un enfant mort-né. Au-delà de ces vies perdues, les conséquences psychologiques et financières sont graves et durables pour les femmes, les familles et la société. Pour beaucoup de ces mères, ce drame n'est pas inéluctable. La majorité des mortinaissances peuvent être évitées grâce à une surveillance de qualité, à des soins prénatals adaptés et à du personnel qualifié. »

Le rapport tire la sonnette d'alarme : la pandémie de COVID-19 pourrait faire augmenter le nombre de mortinaissances à l'échelle mondiale. Une réduction de 50 % des services de santé due à la pandémie pourrait entraîner près de 200 000 mortinaissances supplémentaires sur une période de 12 mois dans 117 pays à revenu faible et intermédiaire. Cela correspondrait à une hausse de 11,1 %. D'après la modélisation réalisée dans le cadre du rapport par les chercheurs de l'École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg, 13 pays pourraient enregistrer une augmentation d'au moins 20 % du nombre de mortinaissances sur une période de 12 mois.

La plupart des mortinaissances sont dues à des soins de mauvaise qualité pendant la grossesse et l'accouchement. Le rapport précise que l'absence d'investissements dans les services prénatals et perpartum ainsi que dans le renforcement du personnel infirmier et des sages-femmes constitue l'une des principales difficultés.

Plus de 40 % des mortinaissances se produisent pendant le travail, autant de drames qui pourraient être évités si des agents de santé formés étaient présents lors des accouchements et si des soins obstétricaux d'urgence étaient disponibles rapidement. En Afrique subsaharienne, en Asie centrale et en Asie du Sud, environ la moitié des mortinaissances surviennent pendant le travail, contre 6 % en Europe, en Amérique du Nord, en Australie et en Nouvelle-Zélande.

Avant que la pandémie entraîne de graves perturbations des services de santé, peu de femmes bénéficiaient de soins rapides et de qualité pour prévenir les mortinaissances dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Pour 8 interventions importantes de santé maternelle telles que la césarienne, la prévention du paludisme, la prise en charge de l'hypertension pendant la grossesse ou le dépistage et le traitement de la syphilis, la couverture était comprise entre 2 % et 50 % dans la moitié des 117 pays dont les données ont été analysées dans le rapport. On estime que l'accouchement vaginal assisté — une intervention essentielle pour prévenir les mortinaissances pendant le travail — est possible pour moins de la moitié des femmes enceintes qui en ont besoin.

Ainsi, malgré les progrès réalisés en matière de services de santé pour prévenir ou traiter les causes des décès d'enfants, les avancées quant à la réduction du taux de mortinatalité sont lentes. Entre 2000 et 2019, le taux de mortinatalité n'a diminué que de 2,3 % par an, alors que le rythme annuel de baisse atteignait 2,9 % pour la mortalité néonatale et 4,3 % pour la mortalité des enfants âgés de 1 à 59 mois. Cependant, grâce à des politiques, à des programmes et à des investissements judicieux, il est possible de faire des progrès.

« L'arrivée d'un enfant devrait être un événement joyeux, mais des milliers de parents connaissent la tristesse insurmontable de mettre au monde un enfant mort-né », regrette le

D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS. « La tragédie de la mortinatalité démontre à quel point il est vital de renforcer et de préserver les services de santé essentiels, et d'accroître les investissements à l'appui des infirmières et des sages-femmes », ajoute-t-il.

Le rapport souligne également que la mortinatalité ne touche pas uniquement les pays pauvres. En 2019, 39 pays à revenu élevé ont enregistré davantage de mortinaissances que de décès néonataux, et 15 pays ont comptabilisé plus de mortinaissances que de décès infantiles. Dans ces pays, le niveau d'éducation de la mère constitue l'un des principaux facteurs d'inégalités.

Dans les pays à revenu faible comme dans les pays à revenu élevé, les taux de mortinatalité sont plus importants en zone rurale qu'en zone urbaine. Le statut socioéconomique est également corrélé au taux de mortinatalité. Ainsi, au Népal, chez les femmes appartenant aux castes inférieures, le taux de mortinatalité est de 40 % à 60 % supérieur à celui observé pour les femmes des castes les plus élevées. Dans les pays à revenu élevé, les minorités ethniques, entre autres, n'ont pas suffisamment accès à des soins de qualité. Le rapport indique par exemple qu'au Canada, le taux de mortinatalité est presque 3 fois plus élevé dans la population inuite que dans le reste du pays. Aux États-Unis d'Amérique, le risque de mortinatalité est près de 2 fois plus élevé pour les Afro-Américaines que pour les femmes blanches.

« La COVID-19 a créé une effroyable crise sanitaire secondaire pour les femmes, les enfants et les adolescents à cause des perturbations des services de santé vitaux », explique Muhammad Ali Pate, directeur mondial Santé, nutrition et population à la Banque mondiale et directeur du Mécanisme mondial de financement de l'initiative Toutes les femmes, tous les enfants. « Les femmes enceintes doivent disposer d'un accès durable à des soins de qualité, pendant leur grossesse et leur accouchement. Nous aidons les pays à renforcer leurs systèmes de santé afin de prévenir les mortinaissances et de garantir à toutes les femmes enceintes un accès à des services de santé de qualité. »

Le lien vers le rapport sera activé après 00.01 UTC le 8 octobre : <http://uni.cf/stillbirthreport>

Télécharger des photos, le rapport et des fichiers de données

À propos du Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile

Le Groupe interorganisations pour l'estimation de la mortalité juvénile a été formé en 2004 dans le but de partager les données sur la mortalité de l'enfant, d'améliorer les méthodes d'estimation de la mortalité de l'enfant, de rendre compte des progrès accomplis au niveau des objectifs de survie de l'enfant et d'améliorer la capacité des pays à offrir en temps voulu des estimations correctement évaluées sur la mortalité infantile. Le Groupe, dirigé par l'UNICEF, compte parmi ses membres l'Organisation mondiale de la Santé, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population du Département des affaires économiques et sociales. Pour de plus amples renseignements, visitez le : <http://www.childmortality.org/> Pour de plus amples renseignements ou pour organiser des entrevues avec les auteurs du rapport, des mères et des sages-femmes, veuillez communiquer avec les contacts pour les médias indiqués. <https://www.who.int/fr/news/item/08-10-2020-one-stillbirth-occurs-every-16-seconds-according-to-first-ever-joint-un-estimates>

OMS

En ne dépistant que les principaux symptômes, on court le risque de passer à côté de la plupart des cas

Source : The Times

ID unique : [1007996917](#)

Selon l'Organisation mondiale de la santé, il faut considérer qu'une personne est soupçonnée d'être atteinte du coronavirus si elle a à la fois une forte fièvre et une toux, ou en cas d'une apparition brutale d'au moins trois des symptômes suivants : fièvre, toux, faiblesse et fatigue générale, maux de tête, douleurs musculaires, mal de gorge, congestion nasale, difficultés respiratoires, diminution de l'appétit, nausées, vomissements, diarrhée et « altération des facultés mentales ». « Dans le cas des résidences universitaires, il peut s'avérer particulièrement pertinent de faire passer un test à tous les étudiants avant qu'ils ne rentrent chez eux pour Noël. » Elle a suggéré d'utiliser des tests groupés, dans le cadre desquels les échantillons de plusieurs individus sont combinés aux fins d'analyse, « car des échantillons groupés négatifs peuvent rapidement montrer qu'un grand groupe de personnes n'est pas infectieux ». Irene Petersen, professeure d'épidémiologie au Collège universitaire de Londres (UCL), et une des auteurs du document, a déclaré : « Les programmes de dépistage futurs devraient comporter des tests fréquents à l'égard d'un groupe plus large d'individus, et non seulement à l'égard des cas symptomatiques, notamment dans les milieux à haut risque ou les lieux où de nombreuses personnes travaillent ou vivent à proximité les unes des autres, comme les usines de viande ou les résidences universitaires. »

Selon une étude, le fait de faire passer un test de dépistage uniquement aux personnes qui présentent de la toux, de la fièvre, ou une perte du goût et de l'odorat, conformément aux lignes directrices du R.-U., pourrait omettre un nombre considérable de cas de COVID-19.

Cette constatation survient après qu'un patron du NHS ait déclaré que le dépistage de routine du personnel asymptomatique pourrait devenir une priorité. L'étude menée par l'UCL a révélé que 86 % des personnes déclarées positives au coronavirus pendant le confinement ne présentaient pas ces trois symptômes viraux. En tenant compte d'une gamme plus large de symptômes, dont la fatigue ou l'essoufflement, 76,5 % des personnes ont été jugées asymptomatiques.

Les chercheurs ont utilisé les données de l'étude de surveillance de la COVID-19 du Bureau des statistiques nationales (ONS), qui a effectué des prélèvements à l'égard d'un échantillon représentatif de 36 061 personnes entre le 26 avril et le 27 juin. De celles-ci, 115 personnes ont obtenu un résultat positif. L'étude de l'UCL, publiée aujourd'hui dans la revue *Clinical Epidemiology*, a révélé qu'un programme de dépistage plus étendu était nécessaire pour détecter les cas de transmission « silencieuse ».

Irene Petersen, professeure d'épidémiologie à l'UCL, et une des auteurs du document, a déclaré : « Les programmes de dépistage futurs devraient comporter des tests fréquents à l'égard d'un groupe plus large d'individus, et non seulement à l'égard des cas symptomatiques, notamment dans les milieux à haut risque ou les lieux où de nombreuses personnes travaillent ou vivent à proximité les unes des autres, comme les usines de viande ou les résidences universitaires. Dans le cas des résidences universitaires, il peut s'avérer particulièrement pertinent de faire passer un test à tous les étudiants avant qu'ils ne rentrent chez eux pour Noël. » Elle a suggéré d'utiliser des tests groupés, dans le cadre desquels les échantillons de plusieurs individus sont combinés aux fins d'analyse, « car des échantillons groupés négatifs peuvent rapidement montrer qu'un grand groupe de personnes n'est pas infectieux ».

Selon l'Organisation mondiale de la santé, il faut considérer qu'une personne est soupçonnée d'être atteinte du coronavirus si elle a à la fois une forte fièvre et une toux, ou en cas d'une apparition brutale d'au moins trois des symptômes suivants : fièvre, toux, faiblesse et fatigue générale, maux de tête, douleurs musculaires, mal de gorge, congestion nasale, difficultés respiratoires, diminution de l'appétit, nausées, vomissements, diarrhée et « altération des facultés mentales ». De nombreux pays proposent des tests en s'appuyant sur ces symptômes, et il est également courant que des professionnels cliniques tels que les médecins généralistes participent au choix des personnes qu'il convient de dépister. Au R.-U., les gens doivent prendre eux-mêmes rendez-vous dans le site Web du gouvernement pour passer un test de dépistage.

Le mois dernier, Matt Hancock, le secrétaire à la Santé, a déclaré que les gens ne devraient passer des tests que s'ils présentaient les trois symptômes, car le système a été mis sous pression par un pic de maladies respiratoires lors de la réouverture des écoles. Amanda Pritchard, directrice des opérations du NHS Angleterre, a déclaré lors de la conférence des prestataires du NHS que le service de santé en Angleterre avait été orienté par le médecin-hygiéniste en chef et conseiller scientifique en chef en ce qui a trait au dépistage des membres du personnel.

« À l'heure actuelle, le dépistage des membres du personnel asymptomatiques ne figure pas dans la liste des priorités en matière de dépistage », a-t-elle déclaré, bien que des points chauds locaux procédaient à de tels tests. « Je crois que ce que l'on anticipe [...] c'est que, à un certain stade [le médecin-hygiéniste en chef] pourrait très bien recommander un passage au dépistage des membres du personnel asymptomatiques. »

Les recherches menées par le King's College à Londres s'appuyant sur l'application Covid Symptoms Study (CSS) a montré que les maux de tête et la fatigue étaient les symptômes précoces les plus fréquents. Cependant, seulement 1 % des personnes ayant signalé ces symptômes au moyen de l'application ont été déclarées positives lors du test de dépistage.

Tim Spector, professeur d'épidémiologie génétique et chercheur principal de l'application CSS, a déclaré que l'étude de l'UCL était limitée par le fait qu'on avait uniquement demandé aux personnes s'ils éprouvaient des symptômes le jour même du test. « Nos données concernant les personnes utilisant l'application CSS, les tests de détection des anticorps et la liste de plus de 20 symptômes montrent que seulement 19 % des personnes sont réellement asymptomatiques », a-t-il déclaré.

Un porte-parole du département de la Santé et des services sociaux a déclaré ce qui suit : « Un groupe d'experts scientifiques surveille les symptômes de COVID-19. Il faut trouver un équilibre entre l'identification des personnes les plus susceptibles d'avoir contracté la COVID-19, sans toutefois inclure inutilement les personnes qui n'ont pas le virus. »

Lettres, page 22.

https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?language=fr_CA

<https://www.thetimes.co.uk/article/testing-only-main-symptoms-risks-missing-most-cases-crqlrrnp7>

International — Maladie à coronavirus (COVID-19) Épidémie et résultats (médias)

États-Unis

Un vison mort dans le comté de Taylor déclaré positif à la COVID-19

ID : 1008003163

Source : fox6now.com

COMTÉ DE TAYLOR, Wis. – Les Laboratoires des services vétérinaires nationaux (NVSL) confirment que des visons morts dans un élevage de visons du comté de Taylor ont été déclarés positifs à une infection au SRAS-CoV-2, le virus causant la COVID-19 chez l'humain. Il s'agit de la première infection au SRAS-CoV-2 confirmée chez la population de visons du Wisconsin.

Le département de l'Agriculture, du Commerce et de la Protection des consommateurs (DATCP) a placé en quarantaine tous les animaux sur la ferme, ce qui signifie qu'aucun animal ou produit animal ne peut quitter les lieux.

Selon un communiqué de presse, le Wisconsin est le deuxième État présentant un cas confirmé de

SRAS-CoV-2 dans un élevage de visons; l'Utah a confirmé ses premiers cas le 17 août. À l'heure actuelle, il n'existe aucun élément de preuve selon lequel les animaux, dont le vison, jouent un rôle important dans la propagation du SRAS-CoV-2 aux humains. Cependant, les personnes infectées par le virus peuvent le propager aux visons et à d'autres animaux.

<https://www.fox6now.com/news/dead-mink-in-taylor-county-tests-positive-for-covid-19>

Inde

Une « flambée rurale » propulse l'Inde vers un nombre d'infections à la COVID-19 plus important qu'aux États-Unis

ID : 1008003252

Source : nytimes.com

La contagion frappe des villes et des villages où les ressources sont insuffisantes et où les gens se montrent sceptiques à l'égard des efforts de confinement. Si elles ne sont pas maîtrisées, les infections indiennes pourraient dépasser celles aux États-Unis.

Mise à jour 13 h 54 HNE

MASLI, Inde — Descendant de leur pousse-pousse, portant le masque, les mains encore humides de désinfectant, les membres d'une petite équipe de la santé ont approché une des maisons aux murs de boue à Masli, un village éloigné dans le nord-est de l'Inde entouré par des kilomètres de forêt pluviale montagneuse.

« Êtes-vous Amit Deb? » ont-ils demandé à un homme maigre et torse nu se tenant debout dans son jardin. M. Deb a hoché la tête prudemment. Cinq jours plus tôt, il avait reçu un résultat positif au coronavirus. Les membres de sa famille devaient maintenant subir un test de dépistage.

Ils ont tous refusé.

« Nous n'avons pas les moyens de nous placer en quarantaine », a expliqué M. Deb, un commerçant. Si une autre personne dans sa famille était déclarée positive, on leur ordonnerait à tous de demeurer à l'intérieur, ce qui signifierait encore plus de semaines à ne pas travailler, ce qui rapprocherait la famille de l'épuisement de ses réserves de nourriture.

L'équipe médicale est passée à la maison suivante. Cependant, ils n'ont cessé d'être confrontés à d'autres refus.

Le mépris pour les règles relatives au coronavirus s'observe dans l'ensemble de l'Inde rurale et propulse le nombre de cas du virus de la nation vers le premier rang mondial. Les infections se répercutent aux quatre coins de ce pays de 1,3 milliard de personnes. Les médias indiens appellent ce phénomène la « flambée rurale ».

<https://www.nytimes.com/2020/10/08/world/asia/india-covid-19-rural.html?action=click&module=Top%20Stories&pgtype=Homepage>

Chine

Aucun effet indésirable dans les essais du vaccin chinois

ID : 1008003407

Source : hindustantimes.com

L'équipe arrive à la conclusion que les essais n'ont pas mené à une facilitation de l'infection par des anticorps

L'équipe derrière un vaccin expérimental chinois contre la COVID-19 affirme que les essais initiaux laissent entendre qu'il est peu probable qu'il cause une facilitation de l'infection par des anticorps potentiellement dangereuse.

La facilitation de l'infection par des anticorps est une préoccupation pour les développeurs de vaccins, car les mécanismes qui sous-tendent la protection conférée par les anticorps contre un virus peuvent également amplifier l'infection ou déclencher des réactions immunitaires dangereuses.

Les scientifiques à l'Institut de biologie médicale, sous l'égide de l'Académie des sciences médicales chinoise, ont procédé aux essais de la phase 1 à sur 191 personnes âgées de 18 à 59 ans en mai.

Toutes les personnes étaient originaires de la province du **Sichuan** et n'avaient jamais été infectées par le coronavirus.

Selon les conclusions de l'équipe — publiées mardi sur le site Web de documents préimprimés medRxiv.org et non revues par un comité de lecture — au cours des 28 premiers jours suivant la vaccination, aucun des sujets n'a présenté d'effet indésirable grave. Les effets les plus courants étaient des douleurs légères, une légère fatigue et une rougeur ou douleur au point d'injection, ont-ils affirmé. « Bien que nous ne puissions pas conclure que ce vaccin ne provoquera pas une facilitation de l'infection par des anticorps, ces observations laissent à tout le moins entendre que la probabilité de facilitation de l'infection par des anticorps suite à une inoculation avec ce vaccin est faible », ont déclaré les chercheurs.

« Toutes les données obtenues dans le cadre cet essai confirment la sécurité et l'immunogénicité [la capacité à provoquer une réaction immunitaire] de ce vaccin inactivé et sont encourageantes pour la poursuite des études sur son efficacité ».

Les essais de la phase 2 — portant sur 750 adultes provenant du sud-ouest de la province du Yunnan — ont commencé en juin, et les essais portant sur des groupes de personnes âgées de 60 ans et plus se poursuivaient, selon Ying Zhang, coauteure de l'étude.

« Nous voulons nous assurer que le vaccin est non seulement efficace, mais qu'il ne causera pas d'effets secondaires dissimulés, par exemple la toxicité pour la reproduction, ce qui pourrait uniquement être révélé ultérieurement », a-t-elle affirmé.

Les essais finaux portant sur environ 25 000 à 30 000 personnes devraient avoir lieu en dehors de la Chine, où le coronavirus a été plus actif, bien que le lieu exact n'ait pas encore été décidé, a déclaré M^{me} Zhang.

Le professeur Jin Dong -yan, un virologue moléculaire à l'Université de Hong Kong, a fait état que le risque associé aux nouveaux vaccins était leur potentiel de déclencher une facilitation de l'infection par des anticorps, ce qui rendrait effectivement le virus plus dangereux qu'il ne l'était avant l'inoculation. Si un vaccin produisait une telle réaction, il ne serait pas utilisable et ses développeurs devraient déterminer et éliminer ce qui déclenche la facilitation de l'infection par des anticorps, a déclaré M. Jin. Zhang a déclaré qu'elle et son équipe ont testé une réponse à la facilitation de l'infection par des anticorps en incubant des échantillons de sérum immunitaire dilués provenant de personnes vaccinées ayant contracté le coronavirus pour observer si l'infection était amplifiée lorsque la concentration des anticorps diminuait.

« Les scientifiques ont fait un pas de plus que les autres études [afin d'analyser la facilitation de l'infection par des anticorps in vitro] », a déclaré Jin. « Il y a du bien-fondé dans leurs travaux, mais ils ne fournissent toujours aucune réponse définitive. »

Titre de la version en ligne : Coronavirus : des chercheurs affirment qu'un nouveau vaccin expérimental chinois présente un faible risque de facilitation de l'infection par des anticorps

<https://www.hindustantimes.com/health/china-s-experimental-covid-19-vaccine-appears-safe-no-adverse-reactions-study/story-SFWtJY7el8NSYN0xjnxSZM.html>

Études relatives à la maladie à coronavirus (COVID-19) Éclosion (médias)

Canada

Une étude conclut que les anticorps contre la COVID-19 peuvent subsister jusqu'à trois mois

Source : CTV News

ID : [1008003326](#)

TORONTO -- Selon les conclusions d'une nouvelle étude, les personnes ayant été infectées par la COVID-19 peuvent avoir des anticorps pouvant subsister jusqu'à trois mois. Des chercheurs de l'Institut de recherche Lunenfeld-Tanenbaum et de l'Université de Toronto ont publié jeudi les conclusions de leur étude.

Les participants à l'étude, qui avaient déjà été infectés par la COVID-19, ont fourni des échantillons de salive et de sang pour mesurer les niveaux d'anticorps pendant trois mois après l'apparition des symptômes.

L'étude a montré que les anticorps étaient détectables dans le sang et dans la salive pendant au moins 115 jours, ce qui représente l'intervalle de temps le plus long ayant été mesuré.

Les chercheurs ont déclaré que, même s'il y a « beaucoup de choses qu'ils ne savent pas encore » à propos de la réponse anticorps à l'égard de la COVID-19, les conclusions de cette étude pourraient avoir « des répercussions plus vastes dans le développement d'un vaccin efficace ».

« Cette étude laisse entendre que si un vaccin est bien conçu, il a le potentiel d'induire une réponse anticorps durable pouvant aider à protéger la personne vaccinée contre le virus qui cause la COVID-19 », a déclaré Jennifer Gommerman, professeure d'immunologie à l'Université de Toronto, à propos des conclusions.

Selon les chercheurs, la plupart des personnes qui se rétablissent de la COVID-19 développent des anticorps propres à la maladie. Les anticorps s'avèrent également utiles afin d'aider à indiquer qui a été infecté, que cette personne ait éprouvé ou non des symptômes.

Selon les chercheurs, la durée de la réponse anticorps à la COVID-19 a fait l'objet de débats au cours des derniers mois.

« Cette étude menée par l'équipe de Toronto est en accord avec les conclusions tirées par les principaux immunologistes américains qui décrivent la réponse anticorps comme étant plus durable », ont déclaré les chercheurs.

À ce jour, il n'y a aucun vaccin contre la COVID-19 approuvé au Canada, mais plusieurs vaccins dans le monde en sont aux dernières étapes des essais.

<https://toronto.ctvnews.ca/covid-19-antibodies-can-last-up-to-three-months-study-finds-1.5138516>

Étude

Une étude révèle des symptômes prolongés de la COVID-19 chez les femmes enceintes

ID : 1008003266

Source : CIDRAP

La plupart des femmes ayant contracté la COVID-19 éprouvent une maladie bénigne, mais un grand nombre d'entre elles ont des symptômes prolongés durant des semaines après l'infection, selon une vaste étude à l'échelle nationale publiée hier dans *Obstetrics & Gynecology*.

Les femmes enceintes présentent un risque plus important de contracter une maladie grave avec d'autres virus respiratoires, ce qui fait craindre qu'une infection à la COVID-19 pendant la grossesse puisse représenter un risque accru. Des rapports récents montrent des taux plus importants d'admission en unité de soins intensifs (USI) et de ventilation chez les patientes enceintes atteintes de la COVID-19, mais la présentation clinique et la morbidité des patientes enceintes ne sont pas entièrement comprises.

La nouvelle étude — la plus importante connue à ce jour à laquelle participaient des femmes enceintes non hospitalisées atteintes de COVID-19 — a suivi 594 femmes américaines diversifiées sur les plans géographique et démographique ayant été déclarées positives au SRAS-CoV-2 pendant leur grossesse et ayant signalé des symptômes au moment du dépistage. Les symptômes et la durée des symptômes chez les patientes enceintes ayant contracté la COVID-19 ont été consignés au cours de la période comprise entre le 22 mars et le 10 juillet. Seulement 27 des femmes (5 %) ont été hospitalisées, dont 11 (2 %) ont été admises à l'USI.

Les premiers symptômes primaires étaient la toux (20 %), le mal de gorge (16 %), les douleurs corporelles (12 %), la fièvre (12 %) et la perte du goût ou de l'odorat (6 %), bien que les données sur les symptômes aient été compliquées par un chevauchement avec les symptômes d'une grossesse normale. L'étude a révélé que près de la moitié des participantes (48 %) étaient toujours symptomatiques après trois semaines, 60 % d'entre elles ne signalant aucun symptôme après quatre semaines. Pour 25 % des femmes enceintes, les symptômes ont persisté pendant huit semaines ou plus. Le temps médian pour la disparition des symptômes était de 37 jours (intervalle de confiance de 95 %, de 35 à 39).

« En dépit des risques potentiels posés par la COVID-19 pour les femmes enceintes et leurs nouveau-nés, il existe de grandes lacunes dans nos connaissances sur l'évolution de la maladie et le pronostic général », selon l'auteure principale, Yalda Afshar, M.D., Ph. D, de l'Université de Californie, San Francisco (UCSF), dans un communiqué de presse de l'UCSF. « Nos résultats peuvent aider les femmes enceintes et leurs cliniciens à mieux comprendre ce à quoi s'attendre d'une infection à la COVID-19. »

https://journals.lww.com/greenjournal/Fulltext/9900/Clinical_Presentation_of_Coronavirus_Disease_2019.2.aspx

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/10/covid-19-scan-oct-08-2020>

Étude

Selon une étude, le coronavirus subsiste sur la peau plus longtemps que la grippe

Source : Miami Herald

ID unique : [1008000493](#)

Selon une lettre au rédacteur en chef publiée dans The New England Journal of Medicine au mois d'avril, la recherche antérieure a montré que le coronavirus peut survivre jusqu'à quatre heures sur le cuivre, jusqu'à un jour sur le carton, et de deux à trois jours sur le plastique et l'acier inoxydable. Une nouvelle recherche menée au Japon révèle que le nouveau coronavirus peut survivre jusqu'à neuf heures sur la peau humaine, ce qui laisse entendre que le lavage des mains demeure un outil essentiel afin de lutter contre la pandémie. Cependant, les études sur le temps pendant lequel le coronavirus survit sur la peau humaine a été exclue de la recherche, essentiellement parce qu'il est contraire à l'éthique d'appliquer intentionnellement un virus vivant sur la main d'une personne.

Une nouvelle recherche menée au Japon révèle que le nouveau coronavirus peut survivre jusqu'à neuf heures sur la peau humaine, ce qui laisse entendre que le lavage des mains demeure un outil essentiel afin de lutter contre la pandémie.

L'étude montre également que le coronavirus survit beaucoup plus longtemps sur la peau humaine et d'autres surfaces comparativement au virus grippal A, à l'origine de la grippe saisonnière. Le virus grippal A n'a survécu qu'un peu moins de deux heures sur la peau.

Le point positif? Selon l'étude publiée le 3 octobre dans le journal Clinical Infectious Disease, les deux pathogènes ont été tués dans les 15 secondes à la suite d'un contact avec un désinfectant pour les mains.

« Pris ensemble, la longue durée de survie déterminée de 9 heures du SRAS-CoV-2 sur la peau humaine peut accroître le risque d'invasion virale dans le corps ou sa transmission de la peau à d'autres surfaces, avec une incidence éventuelle dans l'accélération de la pandémie », ont expliqué dans leur étude les chercheurs de l'Université de médecine de la préfecture de Kyoto, au Japon.

« Par conséquent, une hygiène des mains appropriée ayant recours à des désinfectants à base d'éthanol entraîne une inactivation virale rapide et peut réduire le risque élevé d'infections de contact », ont-ils ajouté.

Selon une lettre au rédacteur en chef publiée dans The New England Journal of Medicine au mois d'avril, la recherche antérieure a montré que le coronavirus peut survivre jusqu'à quatre heures sur le cuivre, jusqu'à un jour sur le carton, et de deux à trois jours sur le plastique et l'acier inoxydable.

Cependant, les études sur le temps pendant lequel le coronavirus survit sur la peau humaine a été exclue de la recherche, essentiellement parce qu'il est contraire à l'éthique d'appliquer intentionnellement un virus vivant sur la main d'une personne.

Pour contourner ce problème, l'équipe du Japon a prélevé trois échantillons de peau humaine lors d'autopsies pratiquées un jour seulement après la mort, ce qui, selon les chercheurs, est acceptable, car les fonctions de la peau sont préservées. Ils ont ensuite prélevé des échantillons de mucus auprès de trois personnes pour simuler la façon dont le virus colle aux surfaces et aux personnes par le truchement de gouttelettes respiratoires provenant de la toux et des éternuements.

Les chercheurs ont consigné la durée pendant laquelle les particules de coronavirus sont demeurées infectieuses sur la peau, dans une boîte de pétri de laboratoire contenant du mucus, de l'acier inoxydable, du verre borosilicaté et du polystyrène, un type de plastique.

Alors que le coronavirus a survécu sur la peau humaine pendant un peu plus de neuf heures contre environ deux heures pour la grippe A, les chercheurs ont affirmé que la durée de vie du virus était beaucoup plus longue sur les surfaces. Cela signifie « que la peau humaine est moins adaptée à la survie des virus ».

Une fois jeté dans une boule de mucus, le coronavirus a survécu encore plus longtemps, soit un peu plus de 11 heures, comparativement à environ une heure et demie pour la grippe.

Cependant, les deux virus ont été désactivés dans les 15 secondes suivant l'application d'éthanol à 80 %, un type d'alcool.

Selon les Centres de contrôle et de prévention des maladies, le mode de propagation « primaire et le plus important » du coronavirus est par l'intermédiaire d'un contact étroit avec une personne infectée. L'organisme a également reconnu récemment que le virus peut se propager de façon aérienne lorsque les gouttelettes respiratoires provenant de la toux et des éternuements deviennent plus petites et parcourent de plus grandes distances, et ce, sur de plus longues périodes.

Il est possible que des personnes soient infectées en touchant des surfaces ou des objets sur lesquels se trouve le virus avant de se toucher la bouche, le nez ou les yeux – « mais on ne croit pas que ce soit le principal mode de propagation du virus ».

<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa1517/5917611>
<https://www.miamiherald.com/news/coronavirus/article246306620.html>

Étude

Étude : Les nouvelles mutations virales n'auraient pas d'incidence sur l'efficacité des vaccins expérimentaux contre la COVID-19

Source : news-medical.net

ID unique : [1008000378](#)

Il s'agit d'une bonne nouvelle pour les centaines de vaccins en développement dans le monde, la majorité ciblant la protéine de spicule, car celle-ci se lie aux récepteurs ACE2 dans nos poumons et voies respiratoires, qui sont le point d'entrée pour l'infection des cellules. Le professeur Seshadri Vasan, titulaire d'une chaire honorifique en sciences de la santé à l'Université de York, dirige l'équipe des agents pathogènes dangereux à l'Organisation de la recherche scientifique et industrielle du Commonwealth (CSIRO) et est l'auteur principal de l'article. Les vaccins actuellement développés contre la COVID-19 ne devraient pas être affectés par les mutations récentes du virus, d'après une nouvelle étude à laquelle participe un virologue de l'Université de York.

Les vaccins actuellement développés contre la COVID-19 ne devraient pas être affectés par les mutations récentes du virus, d'après une nouvelle étude à laquelle participe un virologue de l'Université de York.

La plupart des vaccins en développement dans le monde ont été modélisés selon la souche D originale du virus, qui était la plus courante parmi les séquences publiées au début de la pandémie.

Depuis, le virus a évolué au profit de la souche G dominante à l'échelle mondiale, qui représente désormais environ 85 % des génomes du SRAS-CoV-2 publiés.

On a craint que la souche G, à l'intérieur de la protéine principale à la surface du virus, ait une incidence négative sur les vaccins en développement. Cependant les recherches menées par la Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation (CSIRO), n'ont relevé aucune preuve d'un changement qui aurait une incidence négative sur l'efficacité des vaccins expérimentaux.

L'étude a analysé des échantillons de sang de furets ayant reçu un vaccin expérimental contre des souches virales possédant ou non cette mutation (connues sous le nom de « D614G »).

Le professeur Seshadri Vasan, titulaire d'une chaire honorifique en sciences de la santé à l'Université de York, dirige l'équipe des agents pathogènes dangereux à la CSIRO et est l'auteur principal de l'article.

Il s'agit d'une bonne nouvelle pour les centaines de vaccins en développement dans le monde, la majorité ciblant la protéine de spicule, car celle-ci se lie aux récepteurs ACE2 dans nos poumons et voies respiratoires, qui sont le point d'entrée pour l'infection des cellules.

Malgré cette mutation D614G à la protéine de spicule, nous avons confirmé au moyen d'expériences et de la modélisation que les vaccins expérimentaux sont toujours efficaces.

Nous avons également constaté que la souche G est peu susceptible de nécessiter une « correspondance des vaccins » fréquente, où de nouveaux vaccins doivent être mis au point de façon saisonnière afin de lutter contre les souches du virus en circulation, comme c'est le cas pour la grippe. » Seshadri Vasan, auteur principal de l'étude, Université de York

L'administrateur général de la CSIRO, le Dr Larry Marshall, a affirmé que la recherche revêtait une importance essentielle dans la course pour la mise au point d'un vaccin.

Le Dr Marshall a poursuivi comme suit : « Il s'agit pour le monde d'un pas de plus vers un vaccin sûr et efficace afin de protéger les gens et de sauver des vies.

« Des recherches effectuées ainsi, rapidement, ne sont possibles qu'avec la collaboration avec nos partenaires en Australie et à l'échelle internationale. Nous nous attaquons à ces défis de front et nous livrons des solutions grâce à des données scientifiques de calibre mondial. »

L'étude est publiée dans NPJ Vaccines.

<https://www.news-medical.net/news/20201008/Study-New-viral-mutations-would-not-impact-the-efficacy-of-Covid-19-vaccine-candidates.aspx>

Étude

Regeneron demande une approbation d'urgence auprès de la FDA relativement à un traitement à base d'anticorps contre la COVID-19

Source : UPI.com

ID unique : [1008000290](#)

Regeneron, qui a demandé une autorisation d'urgence auprès de la Food and Drug Administration (FDA), a affirmé avoir des doses disponibles pour 50 000 patients et qu'elle en aura suffisamment pour 300 000 de plus au cours des prochains mois. Le traitement REGN-COV2 est une combinaison de deux anticorps qui sont conçus pour « bloquer l'infectiosité » du virus SRAS-CoV-2 à l'origine de la COVID-19. 8 (UPI) -- La société de biotechnologie Regeneron a demandé une autorisation d'utilisation d'urgence auprès des organismes de réglementation fédéraux pour un traitement à base d'anticorps contre la COVID-19.

8 oct. 8 (UPI) -- La société de biotechnologie Regeneron a demandé une autorisation d'utilisation d'urgence auprès des organismes de réglementation fédéraux pour un traitement à base d'anticorps contre la COVID-19.

Le traitement REGN-COV2 est une combinaison de deux anticorps qui sont conçus pour « bloquer l'infectiosité » du virus SRAS-CoV-2 à l'origine de la COVID-19.

« Les deux puissants anticorps neutralisant le virus qui constituent le traitement REGN-COV2 se lient de manière non concurrentielle au domaine de liaison au récepteur critique de la protéine de spicule du virus, ce qui réduit la capacité des virus mutants à échapper au traitement, en plus de protéger contre les variants de la protéine de spicule qui sont apparus dans la population humaine », selon une déclaration de la société.

Regeneron, qui a demandé une autorisation d'urgence auprès de la Food and Drug Administration (FDA), a affirmé avoir des doses disponibles pour 50 000 patients et qu'elle en aura suffisamment pour

300 000 de plus au cours des prochains mois.

« Si l'[autorisation d'utilisation d'urgence] est accordée, le gouvernement s'est engagé à rendre ces doses accessibles au peuple américain gratuitement et à assumer la responsabilité de leur distribution », la société a-t-elle ajouté.

Le président Donald Trump a reçu une dose du cocktail de Regeneron la semaine dernière après avoir été déclaré positif à la COVID-19, et ce, même si ce traitement n'a pas été approuvé par la FDA.

Regeneron a indiqué que, si sa demande est approuvée, elle distribuera le traitement aux États-Unis et que son partenaire Roche se chargera de la distribution à l'étranger.

https://www.upi.com/Top_News/US/2020/10/08/Regeneron-asks-for-emergency-FDA-approval-for-COVID-19-treatment/6491602162671/

Étude

Des chercheurs cernent une méthode prometteuse pour freiner l'infection à la COVID-19

Source : News Medical

ID unique : [1008000273](#)

Alors que le monde attend avec impatience un vaccin sûr et efficace pour prévenir les infections dues au coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2), le virus à l'origine de la pandémie de COVID-19, les chercheurs s'efforcent également de mieux comprendre comment le SRAS-CoV-2 attaque le corps dans leur recherche d'autres moyens de mettre fin à son impact dévastateur.

L'élément clé de l'une des possibilités — bloquer une protéine qui permet au virus de retourner le système immunitaire contre les cellules saines — a été identifiée dans une étude menée récemment par une équipe de chercheurs de Johns Hopkins Medicine.

En s'appuyant sur leurs conclusions, les chercheurs croient que l'inhibition de la protéine, appelée facteur D, réduira également les réactions inflammatoires potentiellement mortelles que le virus provoque chez de nombreux patients.

Ce qui rend la découverte encore plus intéressante, c'est que des médicaments sont peut-être déjà en cours de développement et d'essais pour d'autres maladies, lesquels peuvent effectuer le blocage nécessaire.

L'étude est publiée dans le numéro du journal Blood du 2 septembre 2020.

Les scientifiques savent déjà que les protéines de spicule à la surface du virus SRAS-CoV-2 — qui donnent à l'agent pathogène sa ressemblance à la boule épineuse d'une masse médiévale — constituent le moyen par lequel le virus se lie aux cellules ciblées pour l'infection.

Pour ce faire, les spicules s'emparent d'abord du sulfate d'héparane, une grosse molécule de sucre complexe que l'on trouve à la surface des cellules des poumons, des vaisseaux sanguins et des muscles lisses qui composent la plupart des organes.

Facilité par sa liaison initiale avec le sulfate d'héparane, le SRAS-CoV-2 utilise ensuite un autre composant de la surface cellulaire, la protéine que l'on appelle l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ACE2), comme porte d'entrée dans la cellule attaquée.

L'équipe de Johns Hopkins Medicine a découvert que lorsque le SRAS-CoV-2 se lie au sulfate d'héparane, il empêche le facteur H d'utiliser la molécule de sucre pour se lier aux cellules.

La fonction normale du facteur H consiste à réguler les signaux chimiques qui déclenchent l'inflammation et qui empêchent le système immunitaire de s'attaquer aux cellules saines. En l'absence de cette protection, les cellules des poumons, du cœur, des reins et d'autres organes peuvent être détruites par le mécanisme de défense conçu par la nature pour les protéger.

Des recherches menées antérieurement ont laissé entendre que, en plus de se lier au sulfate d'héparane, le SRAS-CoV-2 active une série de réactions biologiques en cascade — ce que nous appelons la voie alterne du complément, ou VAC — qui peuvent entraîner l'inflammation et la destruction des cellules si elles sont mal orientées par le système immunitaire vers des organes sains. Notre étude avait pour objet de découvrir de quelle façon le virus active cette voie et de trouver un moyen de l'inhiber avant que cela cause des dommages. »

Robert Brodsky, M.D., auteur principal de l'étude et directeur, Division d'hématologie, École de médecine de l'Université Johns Hopkins

La VAC est l'un des trois processus de réaction en chaîne comportant le fractionnement et la combinaison de 20 protéines différentes – appelées compléments – qui s'activent habituellement lorsque des bactéries ou des virus envahissent le corps.

Le produit final de cette cascade de compléments, une structure appelée complexe d'attaque membranaire (CAM), se forme à la surface de l'envahisseur et entraîne sa destruction, soit en créant des trous dans les membranes bactériennes ou en perturbant l'enveloppe externe d'un virus.

Cependant, des CAM peuvent également se former sur les membranes de cellules saines.

Heureusement, les humains possèdent un certain nombre de compléments, dont le facteur H, qui régulent la VAC, la tiennent en échec et, par conséquent, protègent les cellules normales contre les dommages causés par les CAM.

Dans une série d'expériences, le Dr Brodsky et ses collègues ont utilisé un sérum sanguin humain et trois sous-unités de la protéine de spicule du SRAS-CoV-2 pour découvrir exactement de quelle façon le virus active la VAC, détourne le système immunitaire et compromet les cellules normales.

Ils ont découvert que deux des sous-unités, appelées S1 et S2, sont les composants qui lient le virus au sulfate d'héparane — déclenchant la cascade de VAC et empêchant le facteur H de se lier au sucre — et empêchant ainsi la régulation du complément par laquelle le facteur H prévient une réponse immunitaire mal orientée.

Selon les chercheurs, la réaction du système immunitaire aux substances chimiques libérées par la lyse des cellules tuées qui en découle pourrait être responsable des lésions et des défaillances d'organes observées dans les cas graves de COVID-19.

Plus particulièrement, explique le Dr Brodsky, l'équipe de recherche a découvert qu'en bloquant un autre complément, appelé facteur D, qui travaille immédiatement en amont du facteur H, elle était en mesure d'arrêter la chaîne d'événements destructrice déclenchée par le SRAS-CoV-2.

« Lorsque nous avons ajouté une petite molécule qui inhibe la fonction du facteur D, la VAC n'a pas été activée par les protéines de spicule du virus », explique le Dr Brodsky. « Nous croyons que lorsque les protéines de spicule du SRAS-CoV-2 se lient au sulfate d'héparane, cela déclenche une augmentation de la destruction des cellules normales par le complément, car le facteur H, un régulateur clé de la VAC, ne peut pas accomplir son travail. »

Afin de mieux comprendre ce qui se passe, le Dr Brodsky indique qu'il faut comparer la VAC comme une voiture en mouvement.

« Si les freins sont désactivés, on peut enfoncer l'accélérateur sans retenue, ce qui risque fort de conduire à un accident et à la destruction », explique-t-il. « Les protéines de spicule virales désactivent les freins biologiques, le facteur H, ce qui permet à l'accélérateur, le facteur D, d'accélérer le système immunitaire et de provoquer la destruction des cellules, des tissus et des organes. Il suffit d'inhiber le facteur D pour réappliquer les freins et rétablir le système immunitaire. »

On sait déjà, ajoute le Dr Brodsky, que la mort cellulaire et les lésions aux organes causées par une VAC mal orientée associée à la suppression du facteur H se produisent dans plusieurs maladies humaines liées au complément, notamment la dégénérescence maculaire liée à l'âge, une cause principale de perte de vision chez les personnes de 50 ans et plus, et le syndrome hémolytique et urémique atypique (SHUa), une maladie rare qui provoque la formation de caillots bloquant le flux sanguin vers les reins.

Le Dr Brodsky et ses collègues espèrent que leurs travaux encourageront d'autres études sur l'utilisation éventuelle contre la COVID-19 de médicaments inhibant le complément déjà en cours pour d'autres maladies.

« Un certain nombre de ces médicaments seront approuvés par la FDA et en pratique clinique au cours des deux prochaines années », indique le Dr Brodsky. « Peut-être qu'un ou plusieurs de ces médicaments pourraient être combinés à des vaccins pour aider à contrôler la propagation de la COVID-19 et éviter de futures pandémies virales. »

Source : Johns Hopkins Medicine

Référence de journal :

Yu, J., et coll. (2020) Direct activation of the alternative complement pathway by SARS-CoV-2 spike proteins is blocked by factor D inhibition. Blood. doi.org/10.1182/blood.2020008248.

<https://ashpublications.org/blood/article/doi/10.1182/blood.2020008248/463611/Direct-activation-of-the>

[alternative-complement](#)

Publié dans : Medical Science News | Medical Research News | Disease/Infection News

<https://www.news-medical.net/news/20201008/Researchers-identify-a-promising-method-to-stop-COVID-19-infection.aspx>

États-Unis

Un nombre suffisant de doses de vaccins contre la COVID-19 pourraient être produites pour les É.-U. d'ici mars ou avril : HHS

Source : Reuters.

ID unique : [1008000272](#)

Il pourrait y avoir jusqu'à concurrence de 100 millions de doses d'un vaccin contre la COVID-19 d'ici la fin de l'année, suffisamment pour couvrir les populations particulièrement vulnérables, selon une déclaration d'Alex Azar lors d'une conférence virtuelle de Goldman Sachs Healthcare.

(Reuters) – Un nombre suffisant de doses de vaccin contre le coronavirus pourraient être fabriquées d'ici mars ou avril l'année prochaine pour tout américain qui le souhaite, a déclaré jeudi dernier le secrétaire américain de la Santé et des Services sociaux, Alex Azar.

Il pourrait y avoir jusqu'à concurrence de 100 millions de doses d'un vaccin contre la COVID-19 d'ici la fin de l'année, suffisamment pour couvrir les populations particulièrement vulnérables, selon une déclaration d'Alex Azar lors d'une conférence virtuelle de Goldman Sachs Healthcare.

M. Azar a également affirmé que des dizaines à des centaines de milliers de doses du traitement à base d'anticorps de Regeneron pourraient être prêtes à être utilisées cet automne, en attendant l'autorisation de la Food and Drug Administration.

<https://www.reuters.com/article/idUSKBN26T2MV>

Étude

L'efficacité du vaccin contre la COVID-19 pourrait dépendre du taux de mutation du virus.

Source : News Cleveland

ID unique : [1007999935](#)

Au fur et à mesure que la pandémie de COVID-19 progresse, les chercheurs affirment qu'il est important de suivre la façon dont le coronavirus mute, car cela pourrait avoir une incidence sur l'efficacité d'un vaccin. Dans le cas des virus comme la grippe, cela se produit fréquemment, c'est pourquoi il y a chaque année un nouveau vaccin pour traiter toute souche qui, selon les prévisions, circulera. Dès que le virus a été détecté, le Dr Lim a commencé à étudier la façon dont il mute et a envoyé ses conclusions à l'Organisation mondiale de la santé.

Au fur et à mesure que la pandémie de COVID-19 progresse, les chercheurs affirment qu'il est important de suivre la façon dont le coronavirus mute, car cela pourrait avoir une incidence sur l'efficacité d'un vaccin.

Comme toutes les cellules vivantes, les virus évoluent en modifiant leur composition chimique. Dans le cas des virus comme la grippe, cela se produit fréquemment, c'est pourquoi il y a chaque année un nouveau vaccin pour traiter toute souche qui, selon les prévisions, circulera. Dans le cas de la COVID-19, toutefois, ces mutations se produisent beaucoup plus lentement, selon une recherche menée par l'Université d'État de l'Arizona (ASU).

« Une des choses que nous surveillons toujours est l'évolution de ce virus, parce que ce virus circule toujours dans la collectivité », a déclaré le Dr Efram Lim, professeur associé à l'ASU « Nous évoluons tous à l'aveugle dans ce cas-ci. Il s'agit d'un nouveau virus. Ce n'est pas quelque chose que nous avons vu auparavant. »

En mars, l'Université d'État de l'Arizona a été l'hôte du quatrième cas de COVID-19 de notre pays. Dès que le virus a été détecté, le Dr Lim a commencé à étudier la façon dont il mute et a envoyé ses conclusions à l'Organisation mondiale de la Santé. C'est quelque chose qui se poursuit aujourd'hui.

« Dans l'ensemble, le virus mute très lentement, ce qui est une bonne chose, affirme le Dr Lim.

Cependant, il y a des situations où le virus peut avoir des mutations très importantes et dramatiques, par exemple des suppressions dans le génome. »

Bien que cela se produise rarement, le Dr Lim explique que ces mutations peuvent être importantes, car

elles modifient la façon dont le virus se comporte à l'intérieur du corps.

À l'heure actuelle, les scientifiques concentrent une grande partie de leurs efforts sur l'identification des façons d'éliminer la fonction de la protéine de spicule dans la COVID-19, car c'est par le truchement de celle-ci que le virus se lie à nos cellules et les infecte (les protéines de spicule sont les tiges qui jaillissent du centre du virus qui le rendent si reconnaissable).

« C'est une très bonne nouvelle que le virus ne change pas rapidement », selon une virologue de l'ASU, la Dre Brenda Hogue. « Nous devons voir au fil du temps, au fur et à mesure que le virus continue de circuler, alors que nous mettons en œuvre un vaccin, si des problèmes surgiront ou non. »

Le Dr Lim affirme que, dans l'immédiat, il ne semble y avoir aucun problème, car le virus mute lentement, cependant, il ajoute qu'il pourrait s'adapter à un vaccin une fois que celui-ci commence à circuler.

Il affirme toutefois que d'autres analyses doivent être effectuées pour le déterminer.

<https://www.news5cleveland.com/rebound/covid-19-vaccine-efficacy-could-depend-on-virus-mutation-rate>

Étude

R. et D.; vaccin binaire contre le coronavirus et la grippe en cours de développement à Saint-Pétersbourg

Source : Interfax : Russia & CIS Health and Pharmaceutical Weekly

ID unique : [1007999923](#)

Le vaccin mis au point par génie génétique est fondé sur un vecteur de la grippe, a déclaré M. Sergeyev, soulignant qu'il avait discuté de ce projet avec le président Vladimir Poutine. L'Institut de médecine expérimentale (Saint-Pétersbourg) développe actuellement un vaccin binaire contre la COVID-19 et l'influenza.

L'Institut de médecine expérimentale (Saint-Pétersbourg) développe actuellement un vaccin binaire contre la COVID-19 et l'influenza.

« L'Institut de médecine expérimentale de l'Académie des sciences de Russie travaille actuellement à la création d'un vaccin protégeant à la fois contre le SRAS-CoV-2 et l'influenza », selon la déclaration du président de l'Académie des sciences de Russie, Alexander Sergeyev, lors d'une conférence de presse. Le vaccin mis au point par génie génétique est fondé sur un vecteur de la grippe, a déclaré M. Sergeyev, soulignant qu'il avait discuté de ce projet avec le président Vladimir Poutine.

« Le vaccin contre le virus grippal comporte la protéine du SRAS-CoV-2, lequel induit une réponse immunitaire à l'influenza et à la COVID-19 », a expliqué M. Sergeyev.

Ce vaccin est essentiel compte tenu des craintes selon lesquelles la COVID-19 et l'influenza peuvent se chevaucher, a-t-il affirmé.

M. Sergeyev a annoncé que l'Institut de médecine expérimentale travaillait à la mise en œuvre d'un projet original à sa succursale de Moscou. « On y met au point une préparation bactérienne, une bactérie, qui produira la protéine de la COVID-19 », a-t-il expliqué.

© 2020 Interfax-America, Inc.

Événements d'intérêt national

Canada

On ignore si les éclosions respiratoires dans des installations de Peterborough sont liées

Source : Peterborough This Week

ID unique : [1008001055](#)

Extendicare Peterborough a signalé une éclosion d'une maladie respiratoire inconnue, alors qu'une autre éclosion à l'établissement de soins de longue durée Riverview Manor prend fin.

La santé publique de Peterborough affirme toutefois qu'elle a procédé à un dépistage de la COVID-19, de la grippe et d'autres maladies, et que tous les résultats ont été négatifs. Par conséquent, elle ne sait pas de quelles maladies il s'agit, voire s'il s'agit de la même maladie.

Le mardi 6 octobre, la santé publique de Peterborough a mis à jour l'état des éclosions dans les installations communautaires.

Selon l'unité de santé, le premier cas de maladie chez Extendicare a fait son apparition le 1^{er} octobre.

L'éclosion qui s'est récemment terminée au Riverview Manor a été déclarée le 28 septembre, lorsqu'une

maladie inconnue a été découverte dans la résidence.

Une autre éclosion respiratoire inconnue est survenue au Centre de santé régionale de Peterborough le 21 septembre, se terminant le 26 septembre.

Jusqu'à présent, l'unité de santé n'a confirmé aucun lien entre ces éclosions et on ignore s'il s'agit de la même maladie affectant plusieurs installations.

La D^{re} Rosana Salvaterra indique qu'on a procédé à un dépistage de la COVID-19 et d'autres maladies courantes, mais que, comme il existe des centaines de maladies respiratoires, il y a plusieurs possibilités. « Nous savons que ce n'est aucune de ces choses, mais nous ignorons ce dont il s'agit », a-t-elle affirmé. En outre, il y a actuellement une éclosion de COVID-19 à l'établissement de soins de longue durée Faihaven, où une deuxième éclosion a été déclarée peu de temps après la fin de la première, le 28 septembre.

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1008001055>

<https://www.mykawartha.com/news-story/10218077-update-unclear-if-respiratory-outbreaks-in-peterborough-facilities-linked/>

Canada

Mise en garde contre le fentanyl à Akwesasne après le décès d'un homme, un autre homme est réanimé à la suite d'une surdose

Source : Nation Valley News

ID unique : [1007999388](#)

Dans une résidence de Snye, au Québec, après que le service de police de la réserve et qu'une unité d'ambulance mohawk d'Akwesasne a prodigué des soins vitaux dans une tentative de réanimation, selon un communiqué de presse publié aujourd'hui par le Conseil mohawk d'Akwesasne. AKWESASNE — Le service de police mohawk d'Akwesasne sert une mise en garde concernant la présence de « drogues contenant du fentanyl » dans sa collectivité après la découverte de deux hommes dans la trentaine inconscients cette semaine — dont un est décédé. Le décès d'un homme de 38 ans a été prononcé hier (6 octobre)

AKWESASNE — Le service de police mohawk d'Akwesasne sert une mise en garde concernant la présence de « drogues contenant du fentanyl » dans sa collectivité après la découverte de deux hommes dans la trentaine inconscients cette semaine — dont un est décédé.

Le décès d'un homme de 38 ans a été prononcé hier (6 octobre) dans une résidence de Snye, au Québec, après que le service de police de la réserve et qu'une unité d'ambulance mohawk d'Akwesasne a prodigué des soins vitaux dans une tentative de réanimation, selon un communiqué de presse publié aujourd'hui par le Conseil mohawk d'Akwesasne.

Ce décès fait suite à un appel le lundi (5 octobre), une fois de plus dans une résidence à Snye (également appelée Tsi Snaihne). Cependant, dans ce cas-ci, les premiers répondants ont réussi à réanimer un homme de 30 ans, qui a ensuite été traité à l'hôpital et qui a ensuite reçu son congé. Sa situation est qualifiée de « surdose » dans la publication.

Snye est une collectivité située sur la rive sud du fleuve Saint-Laurent, plus ou moins vis-à-vis de Glen Walter dans le canton de Glengarry Sud et à l'extrémité est de Cornwall. Elle comprend une partie de la réserve d'Akwesasne, laquelle chevauche deux provinces ainsi qu'un État américain (New York).

<https://nationvalleynews.com/2020/10/07/fentanyl-warning-akwesasne-one-man-dies-another-revived-following-overdose/>

Canada

Des patients intentent une poursuite contre la province en raison de ses plans de mettre un terme à un traitement opiacé

Source : The Globe and Mail.

ID unique : [1007999517](#)

Selon les plaignants, la décision du gouvernement de mettre un terme à un traitement contre la toxicomanie met des vies en danger

Un groupe de patients participant à une pharmacothérapie pour traiter de graves dépendances aux opioïdes en Alberta poursuit le gouvernement dans un effort pour empêcher la province de mettre un

terme au programme de traitement au cours de l'année prochaine, en faisant valoir que sa fermeture porterait atteinte à leurs droits constitutionnels en mettant des vies en danger.

Le gouvernement du Parti conservateur uni (PCU) de l'Alberta a interdit à ses programmes de traitement par agonistes opioïdes injectables, ou TAOi, d'accepter de nouveaux patients en mars, en plus d'ajouter que ses 65 patients actuels doivent avoir abandonné ce régime d'ici un an. La semaine dernière, onze participants aux programmes de TAOi ont intenté une action afin de contrecarrer les plans du gouvernement, incluant l'interdiction relative à de nouveaux patients. Dans le cadre d'un TAOi, les patients contrôlent leurs symptômes de sevrage en s'injectant de l'hydromorphone, un analgésique opiacé, sous ordonnance.

La poursuite résume la lutte politique sur la façon de mieux gérer la crise de la dépendance aux opioïdes en Alberta. Le PCU se détourne des méthodes de traitement et de réduction des méfaits dans le cadre desquelles le gouvernement approuve et facilite la consommation de drogues, favorisant plutôt des programmes de rétablissement dont l'objectif final est l'abstinence.

Les critiques du gouvernement font valoir que le fait de limiter l'accès ou de mettre un terme à des programmes comme le TAOi et aux activités de consommation de drogues supervisées, où les clients consomment des substances illicites sous la supervision de professionnels de la santé présents afin de contrer les surdoses, est une forme de cruauté et de discrimination de la part de l'État, en plus de porter atteinte au droit à la vie, à la liberté et à la sécurité des personnes ayant de graves dépendances aux opioïdes.

Amanda Frances Marie Ervin fait partie des 11 patients du TAOi qui poursuivent le gouvernement. Elle s'est tournée vers les drogues dures à l'âge de 11 ans des suites d'une enfance ponctuée de violence, puis a fait des séjours à répétition en prison. « J'étais morte à l'intérieur et tellement en colère contre le monde entier. Je ne me souciais pas de vivre plus longtemps », s'est-elle exprimé dans les documents de la cour. « Je souhaitais la mort. »

M^{me} Ervin s'est enrôlée dans un programme de TAOi en novembre 2018, ce qui, selon elle, a changé sa vie. Elle a pris du poids, cessé sa consommation de drogues de rue, trouvé un logement et une vocation, d'après les documents déposés à la cour.

« La fermeture du programme de TAOi me dépouille des espoirs et des possibilités que j'aie en vue d'un avenir meilleur », s'est-elle exprimé. « Une vie où je suis en mesure de mieux gérer ma dépendance aux opioïdes ou de la vaincre entièrement. »

La pharmacothérapie par injection d'opioïdes est réservée aux patients qui ont échoué d'autres options de traitement, incluant le traitement par agonistes opioïdes oraux, où les substances de la rue sont remplacées par des médicaments comme le suboxone et la méthadone. L'Alberta, lorsqu'elle a annoncé ses plans relatifs aux programmes TAOi en mars, a indiqué que les patients feraient la « transition » vers d'autres formes de traitement au cours des 12 prochains mois. Le gouvernement a indiqué qu'il passerait en revue le TAOi, qui a débuté en tant que projet pilote, puis qu'il déciderait s'il continuait son financement ou non.

Le gouvernement provincial a affirmé qu'il donnait suite à sa stratégie de transition. Plus de 40 % des clients « actifs » du programme de TAOi ont effectué la transition vers d'autres options de traitement, d'après une déclaration du bureau de Jason Luan, le ministre associé de la Santé mentale et de la Toxicomanie. Selon la déclaration, le gouvernement prévoit conclure la transition au plus tard à la fin mars 2021.

La déclaration du bureau de M. Luan n'a pas fait mention de la poursuite.

Nanda & Co., un cabinet d'avocats comprenant des bureaux à Edmonton et à Vancouver, est responsable de l'affaire du groupe du TAOi. Le problème relatif à l'accès aux opioïdes prescrits et injectables est similaire à celui qui s'est posé il y a des années en Colombie-Britannique, qui concernait la diacétylmorphine prescrite et injectable, mieux connue sous le nom d'héroïne. La Cour suprême de la Colombie-Britannique s'est rangée du côté des patients et des médecins, concluant que le programme de traitement par injection réduit les risques associés à une grave dépendance à l'héroïne et a autorisé la poursuite de celui-ci.

M^{me} Ervin, à l'instar des autres plaignants, pense que si on la prive de son accès au TAOi, elle retournera à la drogue de rue. Ces substances, souligne-t-elle, ne sont pas sûres. Elle croit qu'elle est susceptible

de perdre son logement. Dans les rues, explique-t-elle, elle est susceptible d'être violée, exploitée, harcelée et agressée.

« Je mourrai vraisemblablement dans la rue », a-t-elle déclaré. « Je n'ai aucun avenir sans le TAOi ».

©2020 The Globe and Mail Inc. Tous droits réservés.

<https://www.theglobeandmail.com/amp/canada/alberta/article-alberta-sued-by-patients-over-shutdown-of-drug-therapy-program/>

Événements internationaux d'intérêt

Avis aux termes du RSI

France | Fièvre Oropouche

Principaux détails

ID de l'événement : 2020-E000398

Date de mise à jour : Le jeudi 8 octobre 2020 – 22 h 33

Région : [AM](#)

Pays : [France](#)

État dans le site d'information sur les événements : [Actuel](#)

Danger : [Infectieux](#)

Maladie : [Fièvre d'Oropouche](#)

État de la vérification : [Évaluation des risques de l'OMS-CNL en cours](#)

Confirmation en laboratoire : Oui

Évaluation du RSI : [Risque pour la santé publique \(RSP\)](#)

Point de contact pour le RSI de l'OMS

Point de contact pour le RSI Région des Amériques

Téléphone + 1-202-368-8929

Télécopieur + 1-202-351-0548

Courriel ihr@paho.org

URL <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/ee-ihrs.htm>

Critère du RSI

Graves répercussions en matière de santé publique

La fièvre Oropouche est causée par le virus Oropouche (OROV), un virus ARN simple monocaténaire faisant partie de la famille *Peribunyaviridae*, circulant en Amérique du Sud, en Amérique centrale et dans les Caraïbes. On soupçonne que la circulation virale comprend le cycle épidémique et le cycle sylvatique. Pendant le cycle sylvatique, les primates, paresseux et peut-être les oiseaux sont des hôtes vertébrés, bien qu'aucun arthropode vecteur n'a été recensé. Pendant le cycle épidémique, les humains font office d'hôtes amplificateurs et l'OROV est transmis principalement par la pique du moucheron *Culicoides paraensis*, mais le moustique *Culex* pourrait également transmettre le virus. Aucune transmission de personne à personne directe du virus n'a été documentée. La fièvre Oropouche provoque des symptômes semblables au dengue, sa période d'incubation est de 4 à 8 jours (pouvant aller de 3 à 12 jours). Les symptômes comprennent l'apparition brutale, de céphalées, de myalgies, d'arthralgies et de vomissements. Habituellement, la maladie dure de 3 à 6 jours. Dans 60 % des cas, une brève récurrence des symptômes peut survenir. La méningite aseptique est une complication inhabituelle. Dans les Amériques, des éclosions d'OROV ont été signalées dans des collectivités rurales et urbaines du Brésil, de l'Équateur, du Panama, du Pérou, de Trinité-et-Tobago et maintenant de la Guyane française. Compte tenu de la circulation mondiale du virus à l'origine de la COVID-19 et de la pandémie actuelle, il existe un risque de perturbation concernant l'accès aux soins de santé en raison du fardeau associé à la COVID-19 sur le système de santé et les travailleurs de la santé, et une diminution de la demande en raison des exigences de distanciation sociale ou de la réticence de la communauté. Le 25 juillet 2020, la Guyane française a signalé 7 251 cas de COVID-19 et 41 décès et, en date du 6 octobre 2020, 10 057 cas de COVID-19 et 68 décès.

Inhabituel ou inattendu

Il s'agit de la première fois que le virus Oropouche est détecté en Guyane française. Par conséquent, la population y est hautement vulnérable.

Propagation internationale de la maladie

La population affectée est petite, localisée et isolée. Le potentiel d'épidémie est faible compte tenu de la région peu densément peuplée où l'éclosion est survenue. Bien qu'il n'y ait aucun risque important de propagation internationale de la maladie, le vecteur compétent est présent dans la région des Amériques et on ne saurait écarter la possibilité de cas supplémentaires dans la région.

Perturbation des voyages internationaux ou du commerce international

En s'appuyant sur les renseignements disponibles sur cet événement, l'OMS ne recommande aucune restriction à l'égard des voyages ou du commerce à l'égard de la Guyane française.

Date de la première publication dans le site d'information sur les événements : Le jeudi 8 octobre 2020 – 22 h 33

État actualisé : new

Dernier bulletin/rapport de situation

[Mise à jour de l'événement, le 8 octobre 2020](#)

Date/heure de publication : 2020-10-08 22:34:00 AM

Le 30 septembre 2020, l'Agence régionale de santé de Guyane (ARS) a déclaré la première détection d'un cas du virus Oropouche (OROV) en Guyane française. L'institut Pasteur à Cayenne (un membre du Laboratoire de référence nationale de la France pour les arbovirus) a avisé le point focal national du RSI de France de sept cas confirmés en laboratoire d'infection au virus Oropouche dans le village de Saül (dans le centre du pays) le 22 septembre 2020. Ces cas ont été recensés à la suite d'une investigation clinique portant sur un nombre inhabituellement élevé de maladies semblables au dengue dans le village. Entre le 11 août et le 25 septembre 2020, on a dénombré 37 cas compatibles sur le plan clinique avec la maladie du virus Oropouche recensés à Saül. La sérologie pour le dengue, le chikungunya et le Zika a été négative, et 7 des 9 cas ont été déclarés positifs à l'OROV par un test d'amplification en chaîne par polymérase par transcription inverse (RT-PCR). Parmi les 37 cas compatibles sur le plan clinique, la majorité des cas sont des hommes (60 %) et l'âge moyen est de 36 ans (plage de 3 à 82 ans). La plage d'âge la plus représentée est de 15 à 54 ans (19 cas) suivi des 0 à 14 ans (10 cas). On a observé un pic dans le nombre de cas depuis la mi-septembre. L'investigation sur l'éclosion est toujours en cours.

La fièvre Oropouche est causée par le virus Oropouche (OROV), un virus à ARN simple-brin appartenant à la famille Peribunyaviridae, lequel circule en Amérique centrale, en Amérique du Sud et dans les Caraïbes. On soupçonne que la circulation virale comprend le cycle épidémique et le cycle sylvatique. Pendant le cycle sylvatique, les primates, paresseux et peut-être les oiseaux sont des hôtes vertébrés, bien qu'aucun arthropode vecteur n'a été recensé. Pendant le cycle épidémique, les humains sont les hôtes amplificateurs et l'OROV se transmet principalement par la pique du moucheron *Culicoides paraensis*, cependant les moustiques *Culex* pourraient également transmettre le virus. Les deux vecteurs sont présents dans la région. Aucune transmission de personne à personne directe du virus n'a été documentée.

Le village de Saül est éloigné et est entouré par la forêt pluviale amazonienne. La seule façon de se rendre au village est par l'intermédiaire de l'aéroport de Saül, un vol d'environ 45 minutes à partir de Cayenne. Il s'agit d'une destination populaire pour la randonnée. La population officielle de Saül est de 150 personnes; cependant, en raison de la réduction drastique des vols à destination et en provenance de Saül pendant la pandémie de COVID-19, la population qui résidait effectivement à Saül pendant la période d'août à septembre était estimée à 50 à 80 personnes. Par conséquent, compte tenu des 37 cas compatibles sur le plan clinique, le taux d'attaque dans ce village pourrait atteindre 70 %. Aucun cas de COVID-19 n'a été signalé à Saül jusqu'à présent.

Réactions des services de santé publique

Les mesures de santé publique prévues ou en cours comprennent les suivantes :

- Une mission d'investigation entomologique prévue pour la semaine épidémiologique se terminant le 3 octobre 2020.
- Une demande d'expertise entomologique de l'Institut Pasteur de la Guyane française.
- Des messages de prévention ciblant la population, les touristes ou les autres visiteurs de passage à Saül.

- Un comité d'experts sera mis sur pied pour discuter de la mise en œuvre d'une stratégie en matière de surveillance entomologique et virologique des arbovirus ainsi que relativement à des études sur la compétence vectorielle pour les régions qui ne sont pas encore touchées.

Évaluation des risques de l'OMS

L'OROV circule en Amérique centrale, en Amérique du Sud et dans les Caraïbes. La fièvre Oropouche provoque des symptômes similaires au dengue, sa période d'incubation est de 4 à 8 jours (plage : de 3 à 12 jours). Les symptômes comprennent l'apparition brutale, de céphalées, de myalgies, d'arthralgies et de vomissements. Habituellement, la maladie dure de 3 à 6 jours. Dans 60 % des cas, une brève récurrence des symptômes peut survenir. La méningite aseptique est une complication inhabituelle. Dans les Amériques, des éclosions d'OROV ont été signalées dans des collectivités rurales et urbaines du Brésil, de l'Équateur, du Panama, du Pérou, de Trinité-et-Tobago et maintenant de la Guyane française. **Il s'agit de la première fois que le virus Oropouche est détecté en Guyane française. Par conséquent, la population y est hautement vulnérable. À ce jour, il n'y a aucune preuve de transmission de personne à personne directe du virus Oropouche. Des cas d'infection au virus Oropouche ont été signalés dans d'autres pays dans la région des Amériques et, par conséquent, le vecteur compétent, le moucheron *Culicoides paraensis* est présent dans la région, tout comme le *Culex quinquefasciatus*, qui pourrait également être un vecteur. Cependant, il faut établir la mesure dans laquelle ce vecteur est présent en Guyane française.** Compte tenu de la répartition géographique du vecteur compétent dans la région des Amériques, des cas pourraient être recensés dans d'autres pays. Le Bureau régional de l'OMS pour les Amériques et l'Organisation panaméricaine de la santé continue de surveiller la situation épidémiologique fondée sur les derniers renseignements disponibles.

Compte tenu de la circulation mondiale du virus à l'origine de la COVID-19 et de la pandémie actuelle, il existe un risque de perturbation concernant l'accès aux soins de santé en raison du fardeau associé à la COVID-19 sur le système de santé et les travailleurs de la santé, et une diminution de la demande en raison des exigences de distanciation sociale ou de la réticence de la communauté.

Un autre aspect à prendre en considération à la lumière de la pandémie actuelle de COVID-19 est la capacité des laboratoires locaux et des laboratoires de référence nationaux de traiter les échantillons en raison de la demande excédentaire concernant le traitement d'échantillons de COVID-19 et de l'absence de trousse de diagnostic commerciales. En date du 6 octobre, la Guyane française signale 10 070 cas de COVID-19 et 69 décès.

Conseils de l'OMS

Vu son tableau clinique, la fièvre Oropouche doit être incluse dans le diagnostic clinique différentiel d'autres arboviroses courantes dans la région des Amériques (p. ex. paludisme, virus Zika, chikungunya, dengue, fièvre jaune – l'OMS recommande la vaccination contre la fièvre jaune au moins 10 jours avant tout voyage à destination de la Guyane française pour tous les voyageurs internationaux âgés de 9 mois. La Guyane française exige un certificat de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyageurs âgés de plus d'un (1) an).

Élaboration de messages de prévention afin de réduire les contacts entre les moucheron et les personnes adressés à la population locale, aux visiteurs et aux touristes de passage dans la région de Saül.

La proximité des sites de reproduction du moucheron vecteur à des habitations humaines représente un facteur de risque considérable d'infection au virus Oropouche. La prévention et le contrôle s'appuient sur la réduction de la reproduction des moucheron par l'intermédiaire d'une réduction à la source (élimination et modification des sites de reproduction) et la réduction des contacts entre les moucheron et les personnes. Pour ce faire, il est possible de réduire le nombre d'habitats aquatiques naturels et artificiels qui abritent la larve du moucheron, réduisant ainsi les populations de moucheron adultes autour des collectivités à risque et en utilisant des obstacles, par exemple des moustiquaires, en tenant les portes et les fenêtres fermées, en portant des vêtements longs ainsi qu'en utilisant des répulsifs.

Références et liens :

Communiqué de presse de l'Agence régionale de santé (ARS) de Guyane française. Épidémie de virus Oropouche à Saül. 30 septembre 2020 Accessible à l'adresse suivante :

<https://www.guyane.ars.sante.fr/epidemie-de-virus-oropouche-saul>

Alerte épidémiologique de l'OPS/OMS. Fièvre Oropouche – situation des éclosions dans les Amériques. Le 22 juin 2020. Accessible à l'adresse suivante :

https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=list&slug=oropouche-fever-2376&Itemid=270&lang=en

Romero-Alvarez D, Escobar LE. Oropouche fever, an emergent disease from the Americas. *Microbes Infect.* 2018;20(3):135-146.

Sakkas H, Bozidis P, Franks A, Papadopoulou C. Oropouche Fever: A Review. *Viruses.* 2018;10(4):175. Publié le 4 avril 2018. Doi : 10.3390/v10040175. Accessible à l'adresse suivante :

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5923469/>

Travassos da Rosa JF, de Souza WM, Pinheiro FP, et coll. Oropouche virus : Clinical, epidemiological, and molecular aspects of a neglected orthobunyavirus. *Am J Trop Med Hyg.* 2017;96(5):1019–30.

États-Unis

Éclosion d'infections à la *Salmonella* Newport liée à des oignons

Source : CDC

- En date du 8 octobre 2020, cette éclosion semble terminée.
- On a recensé un total de 1 127 personnes infectées par l'éclosion de la souche de *Salmonella* Newport dans 48 États. On a recensé 167 hospitalisations et aucun décès n'a été déclaré.
- Les preuves épidémiologiques ainsi que les données de traçage ont indiqué que des oignons rouges provenant de Thomson International Inc. étaient la source probable de cette éclosion. D'autres types d'oignons (par exemple des oignons blancs, jaunes ou jaunes sucrés) étaient également susceptibles d'être contaminés, car les oignons ont été cultivés et récoltés ensemble.
- Le 1^{er} août 2020, Thomson International Inc. a procédé au rappel externe de tous les oignons rouges, jaunes, blancs et jaunes sucrés, car ils pourraient être contaminés par la *Salmonella*.
Détails sur l'enquête

Le 8 octobre 2020

Les CDC, la santé publique et les responsables de la réglementation dans plusieurs États, la FDA et le Canada ont enquêté sur une éclosion de *Salmonella* Newport liée à des oignons touchant plusieurs États.

Les enquêteurs de la santé publique ont utilisé le système [PulseNet](#) pour recenser les maladies associées à cette éclosion. PulseNet est le réseau national de sous-typage des laboratoires de santé publique et d'organismes de réglementation coordonné par les CDC. On établit l'empreinte génétique de la bactérie *Salmonella* isolée chez des personnes malades en recourant à une méthode d'analyse de laboratoire et de données uniformisée appelée [séquençage du génome entier](#) (WGS). Le réseau PulseNet des CDC gère une base de données nationale des séquences qui permettent de cerner d'éventuelles éclosions. Le WGS donne aux enquêteurs des renseignements détaillés sur les bactéries à l'origine de la maladie. Dans la présente enquête, le WGS a montré que les bactéries isolées chez les personnes malades étaient étroitement liées sur le plan génétique. Cela signifie que les personnes visées par cette éclosion étaient susceptibles d'avoir été infectées par la même source.

On a recensé un total de 1 127 personnes infectées par l'éclosion de la souche de *Salmonella* Newport dans 48 États. On trouve la liste des États et le nombre de cas dans chacun d'eux à la [page de la carte des cas déclarés](#).

Les dates d'apparition des symptômes variaient entre le [19 juin 2020 et le 11 septembre 2020](#). L'âge des personnes malades allait de 1 à 102 ans, et l'âge moyen était de 41 ans. Cinquante-huit pour cent des personnes malades étaient des femmes. Des 705 personnes malades pour lesquelles des renseignements étaient disponibles, 167 personnes ont été hospitalisées. Aucun décès n'a été signalé. L'analyse du séquençage du génome entier de 732 isolats bactériens prélevés sur des personnes malades n'a prédit aucune résistance aux antibiotiques dans 730 isolats; un isolat a prédit une résistance à l'ampicilline et un isolat a prédit une résistance à la tétracycline. Des [épreuves de sensibilité aux antibiotiques](#) normales effectuées à l'égard de huit isolats cliniques par le laboratoire du [Système national de surveillance de la résistance aux antimicrobiens \(NARMS\)](#) des CDC n'ont révélé aucune résistance. Cette résistance ne devrait avoir aucune incidence sur le choix de l'antibiotique utilisé pour traiter la plupart des personnes.

Enquête sur l'éclosion

[Les preuves épidémiologiques ainsi que les données de traçage](#) ont indiqué que des oignons rouges provenant de Thomson International Inc. étaient la source probable de cette éclosion. D'autres types d'oignons (par exemple des oignons blancs, jaunes ou jaunes sucrés) étaient également susceptibles d'être contaminés, car les oignons ont été cultivés et récoltés ensemble.

Dans les entrevues, les personnes malades ont répondu à des [questions à propos des aliments qu'ils ont consommés et d'autres expositions](#) dans la semaine précédant la maladie. Quatre-vingt-onze pour cent des personnes ont signalé avoir mangé des oignons ou des aliments susceptibles d'en contenir au cours de la semaine avant l'apparition de la maladie. Des 208 personnes à qui on a demandé les types d'oignons qu'ils ont mangés, 137 (66 %), des oignons rouges, 130 (63 %), des oignons blancs et 110 (53 %), des oignons jaunes. La plupart des personnes malades ont déclaré avoir mangé plus d'un type d'oignon.

La FDA et les États ont examiné les registres là où les personnes malades ont acheté ou mangé des oignons et des aliments en contenant. L'enquête de traçage a déterminé que les oignons rouges provenaient vraisemblablement de Thomson International Inc.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et l'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) ont également enquêté sur une éclosion d'infections à la *Salmonella* au Canada qui a été liée génétiquement à une éclosion aux É.-U. au moyen du WGS. [Leur enquête](#) a désigné les oignons rouges provenant de Thomson International Inc. comme étant la source probable de cette éclosion.

Le 1^{er} août 2020, Thomson International Inc. a [procédé au rappel](#) de tous les oignons rouges, jaunes, blancs et jaunes sucrés, car ils pourraient être contaminés par la *Salmonella*. D'autres sociétés ont également rappelé des oignons ou des aliments comprenant des oignons rappelés.

Consultez la [liste complète des produits rappelés](#). Les consommateurs, les restaurants et les détaillants ne devraient pas manger, servir ou vendre les oignons et produits rappelés.

En date du 8 octobre 2020, cette éclosion semble terminée. La FDA poursuit son enquête pour découvrir la cause profonde de cette éclosion.

<https://www.cdc.gov/salmonella/newport-07-20/index.html>

États-Unis

Une épidémie d'oreillons a beaucoup à enseigner aux collèges sur la réouverture sécuritaire à l'époque du coronavirus

Source : STAT News

ID unique : [1007999529](#)

La réponse des établissements d'enseignement supérieur à l'éclosion d'oreillons au Massachusetts — en particulier ceux de Boston, une ville comptant 110 établissements d'enseignement supérieur et 60 collèges résidentiels — peut servir de modèle pour faire face à la situation actuelle concernant la COVID-19. Pendant et après les épidémies d'oreillons, notre équipe de recherche basée à Harvard a travaillé en étroite collaboration avec le département de la santé publique du Massachusetts et de nombreux collèges concernés afin de générer des données génomiques permettant de caractériser le virus des oreillons, d'étudier sa propagation dans la région et d'élaborer un plan pour assurer la sécurité des campus vulnérables — et des communautés qui les entourent. En tant que maladie à déclaration obligatoire relativement facile à gérer depuis qu'un vaccin a été approuvé en 1967, les oreillons servent d'avertissement sur la façon dont les virus peuvent se propager rapidement — et de manière inattendue — avec des leçons pour comprendre le SRAS-CoV-2, le virus à l'origine de la COVID-19.

Au printemps 2016, les oreillons se sont attaqués au campus de l'Université Harvard. En tant que maladie à déclaration obligatoire relativement facile à gérer depuis qu'un vaccin a été approuvé en 1967, les oreillons servent d'avertissement sur la façon dont les virus peuvent se propager rapidement — et de manière inattendue — avec des leçons pour comprendre le SRAS-CoV-2, le virus à l'origine de la COVID-19.

Des résidents des dortoirs, des membres du personnel des salles à manger, des athlètes et des membres du personnel infirmier des services de santé ont tous été touchés par les oreillons. Un événement de départ a infecté des affiliés de Harvard qui ont ensuite été à l'origine d'une éclosion dans une collectivité voisine. Les oreillons ont continué à se propager en 2017, ébranlant plusieurs campus de collèges partout au Massachusetts.

Les collèges et universités d'un bout à l'autre du pays sont maintenant confrontés à une menace existentielle posée par la COVID-19. Alors que les institutions dotées d'installations résidentielles collectives — des locaux d'habitation exigus, des salles de classe bondées et des salles à manger communales — sans oublier une dose de comportements sociaux risqués, les administrateurs partout au pays ont fermé leurs portes aux étudiants le printemps dernier. Il sont aujourd'hui nombreux à tout mettre en œuvre pour rouvrir leurs portes de manière sécuritaire. La réponse des établissements d'enseignement supérieur à l'éclosion d'oreillons au Massachusetts — en particulier ceux de Boston, une ville comptant 110 établissements d'enseignement supérieur et 60 collèges résidentiels — peut servir de modèle pour faire face à la situation actuelle concernant la COVID-19.

Pendant et après les épidémies d'oreillons, notre équipe de recherche basée à Harvard a travaillé en étroite collaboration avec le département de la santé publique du Massachusetts et de nombreux collèges concernés afin de générer des données génomiques permettant de caractériser le virus des oreillons, d'étudier sa propagation dans la région et d'élaborer un plan pour assurer la sécurité des campus vulnérables — et des communautés qui les entourent. Nous avons retenu six leçons importantes de cette expérience pouvant également s'appliquer à la réouverture des collèges et des universités à l'époque du coronavirus.

La transparence et la coopération sont essentielles. Note portrait à haute résolution de l'éclosion d'oreillons n'aurait pas pu être établi si les universités avaient refusé de partager leurs données et leurs échantillons viraux. Leur coopération a été essentielle pour la collecte et l'intégration des données épidémiologiques et moléculaires nécessaires afin d'enquêter rapidement sur l'éclosion. Les trois institutions ayant les plus grands nombres de cas signalés — l'Université Harvard, l'Université de Boston et l'Université du Massachusetts, à Amherst — ont toutes accepté d'être désignées nommément dans notre étude dans le cadre de l'intervention en santé publique.

Par l'intermédiaire d'une mobilisation prudente dans le cadre du processus éthique et réglementaire, chaque institution a contribué des données sans identifier les étudiants affectés.

Les établissements d'enseignement supérieur, en tant que champions des principes d'ouverture et d'échange de données, ont la possibilité d'établir la norme de transparence et de coopération pour demander de l'aide et de l'orientation, au besoin. Pour assurer la réouverture sécuritaire de toute université pendant la pandémie de COVID-19, tous devront faire preuve d'ouverture et de diligence raisonnable. Il faudra également instaurer une culture qui louange les institutions qui prennent l'initiative de participer à des études, plutôt que de les humilier — incluant les sites qui sont le théâtre d'événements de super-propagation.

Garder les collectivités élargies en sécurité en gardant les communautés collégiales en sécurité. Les étudiants jeunes et dont le système immunitaire est renforcé sont souvent moins susceptibles de souffrir des effets les plus graves d'une maladie. Cependant, les campus universitaires n'existent pas dans des bulles. Lorsque les membres du personnel de Harvard ont contracté les oreillons et sont rentrés chez eux, ils ont involontairement transmis la maladie à leurs collectivités, y compris celle de Boston Est, en grande partie non vaccinée et plus vulnérable.

Les conversations sur la réouverture des écoles ne concernent pas seulement les étudiants : Elles concernent également les collectivités qui les appuient et les entourent. Il est primordial d'inclure les familles et les collectivités de tous les étudiants, membres du personnel et affiliés aux efforts d'intervention pour veiller à la sécurité de tous. Les efforts d'inclusion devraient s'étendre à plusieurs degrés de séparation pour jeter le filet de soutien le plus vaste possible pour les collectivités où sont situés ces collèges.

Le soutien devrait également inclure des discussions régulières avec la collectivité afin de recueillir de la rétroaction et de renforcer la confiance, la prestation d'options de diagnostic et de soins, ainsi que la promotion de programmes de signalement des symptômes et de traçage des contacts pouvant contribuer à l'amélioration des soins communautaires.

Compléter le traçage des contacts traditionnel avec l'épidémiologie du génome. Le département de Santé publique du Massachusetts et les équipes de santé publique de l'université ont mené des enquêtes épidémiologiques rigoureuses, grâce auxquelles ils ont été en mesure de déterminer les liens de transmission entre les cas. Le séquençage du génome a aidé à confirmer l'exactitude ces liens, mais a également permis de découvrir de nombreux liens entre les cas qui auraient été omis autrement.

En voici un exemple parlant : Initialement, l'éclosion dans Boston Est a été considérée comme un événement distinct jusqu'à ce que le séquençage du génome révèle que le virus détecté à cet endroit présentait une très grande similitude à ceux recensés dans un groupe de cas à Harvard. Une enquête

supplémentaire a ensuite permis d'identifier trois individus affiliés à la fois à Harvard et à la collectivité locale qui auraient pu agir comme liens de transmission.

La propagation rapide et souvent asymptomatique de la COVID-19 a clairement remis en question les capacités de l'épidémiologie traditionnelle. Tout comme le séquençage du génome a contribué à accroître la compréhension de l'éclosion d'oreillons, pour saisir la trajectoire de la COVID-19, il faudra avoir recours aux dernières technologies et aux technologies complémentaires. Notre étude récente de l'épidémiologie génomique de la COVID-19 à Boston a révélé des liens entre une conférence sur les biotechnologies en février 2020 et les éclosions survenues ultérieurement dans des refuges locaux pour les sans-abri et la collectivité en général.

Les applications de santé mobiles peuvent renforcer les enquêtes épidémiologiques. Notre prise de conscience des limites de l'épidémiologie traditionnelle lors de l'éclosion d'oreillons nous a amenés à développer et à mettre à l'essai des applications mobiles pour permettre aux individus de signaler les symptômes, de confirmer les diagnostics et de partager les contacts et autres données épidémiologiques en temps réel. Nous avons pensé que ce type d'approche pourrait prendre de l'ampleur dans une collectivité circonscrite et soudée où l'adoption massive peut se concrétiser, en grande partie comme le lancement de Facebook.

Nous avons tiré parti des collègues résidentiels en tant que démographie pertinente pouvant nous donner une compréhension plus approfondie de la valeur et de l'utilisation de telles applications mobiles dans d'autres collectivités densément peuplées. En 2017, lorsque nous avons commencé à sonder les étudiants concernant l'utilisation qu'ils faisaient des applications que nous développions, nous avons appris que la plupart des étudiants n'étaient pas très au fait de la surveillance de la santé et qu'ils avaient des points de vue très divergents en matière de protection des renseignements personnels. Aujourd'hui, il existe une gamme d'applications différentes pour le suivi des symptômes et le traçage de contacts, mais les données sur leur utilisation généralisée restent rares.

Les campus universitaires permettent de comprendre la valeur potentielle des applications de santé mobiles au sein d'une collectivité relativement bien définie et réceptive. Toutefois, d'après nos données préliminaires, nous comprenons que l'utilisation appropriée et sûre des applications de traçage de contacts pour la COVID-19 nécessitera l'éducation et la mobilisation des étudiants, ainsi qu'une analyse plus approfondie pour déterminer les options les meilleures et les plus pertinentes pour eux.

À cette fin, les responsables de la santé publique et les dirigeants des établissements doivent constamment mettre en avant les motivations personnelles de tous les étudiants à utiliser ces applications et leur fournir une rétroaction afin qu'ils puissent contribuer à leur propre sécurité et à celle de leur communauté.

ÉVÉNEMENT À VENIR

L'avenir des essais cliniques

Le Dr Robert Califf, chef de la politique et de la stratégie cliniques pour Verily, se joint à nous pour une conversation le 8 octobre afin de discuter de la façon dont les nouvelles technologies pourraient changer la recherche médicale sans sacrifier la rigueur. Inscrivez-vous dès maintenant pour y participer.

Décentraliser le diagnostic des patients symptomatiques. L'émergence des oreillons chez le personnel infirmier dans les Services de santé universitaires (UHS) de Harvard a montré que les salles d'attente dans les hôpitaux et les cliniques sont des milieux à haut risque d'infection pendant une éclosion. Tant que les étudiants n'ont pas besoin de soins urgents, le diagnostic et le traitement peuvent être effectués par prélèvement d'échantillons et un dépistage en dehors des installations des services de santé universitaires, ainsi qu'en ramenant la traditionnelle visite à domicile. Pour un campus universitaire comprenant des dortoirs accessibles, cela est non seulement faisable, mais aussi pratique, étant donné la disponibilité et la volonté du personnel de santé d'offrir des services de santé aux étudiants. D'autres options comprennent la télésanté, laquelle peut offrir des possibilités sûres et fiables d'évaluation et de soins à distance des patients, limitant ainsi les risques de transmission en personne de la COVID-19 ou d'autres maladies infectieuses.

Ces changements sont de plus en plus possibles dans le contexte de la pandémie de COVID-19, étant donné qu'elle peut désormais être détectée dans des échantillons non invasifs, par exemple les écouvillons nasaux antérieurs et la salive, que les individus peuvent prélever sans l'aide ou la supervision d'un professionnel. Les efforts visant à décentraliser le prélèvement d'échantillons et le dépistage doivent tenir compte des différents défis auxquels sont confrontées les personnes malades et celles qui n'ont pas les moyens d'accéder à des soins.

Les programmes de dépistage doivent inclure d'autres virus en co-circulation. De nombreuses maladies

infectieuses présentent des symptômes qui se chevauchent, comme les oreillons, la grippe et la COVID-19, ce qui rend le diagnostic plus difficile à établir. Pendant la pandémie actuelle, la plupart des personnes qui présentent des symptômes pouvant être liés à la COVID-19 ne l'ont pas vraiment, et un test négatif pour le SRAS-CoV-2 ne révèle pas ce qui rend réellement quelqu'un malade.

Cet automne et cet hiver, une deuxième vague potentielle de COVID-19 pourrait apparaître en même temps que de nouveaux cas de grippe saisonnière et de rhume. Il est important d'utiliser une approche générale de diagnostic différentiel, une approche qui tient compte de la possibilité de causes multiples de la maladie d'une personne au lieu d'une seule. Étant donné que les inquiétudes sont grandes et que des vies sont en jeu, les personnes malades ont besoin d'explications précises sur leurs symptômes et de plans de traitement efficaces. Les programmes universitaires devraient procéder à un dépistage pour toute une gamme de maladies et intégrer le séquençage métagénomique pour diagnostiquer les patients dont le diagnostic n'est pas d'emblée évident.

Grâce aux vaccins existants qui ont atténué la propagation et l'incidence des oreillons, l'éclosion de Harvard a été beaucoup plus facile à gérer et moins dangereuse que la pandémie actuelle. Les décisions et les défis auxquels sont confrontés les collèges et les universités aujourd'hui sont plus complexes. Toutefois, une chose est sûre : Toute institution qui a rouvert ses portes ou qui a l'intention de le faire doit avoir établi un plan solide fondé sur la préparation, la transparence, les signalements responsables et la collaboration. La sécurité des étudiants, des professeurs et du personnel — et des communautés qui les entourent — en dépend.

Pardis Sabeti est professeur de biologie organismique et évolutive, d'immunologie et de maladies infectieuses à l'Université Harvard et chercheuse au Broad Institute du MIT et de Harvard. Yolanda Botti-Lodovico est la responsable des politiques dans le laboratoire Sabeti au Broad Institute of MIT et de Harvard.

<https://www.statnews.com/2020/10/08/a-mumps-epidemic-has-a-lot-to-teach-colleges-about-reopening-safely-in-the-time-of-coronavirus/>

<https://journals.plos.org/plosbiology/article?id=10.1371/journal.pbio.3000611>

Étude

Une étude révèle que la cigarette électronique est liée à la privation de sommeil chez les jeunes adultes

Source : Medical Dialogues

ID unique : [1008000517](#)

Un examen systématique réalisé en 2019 portant sur la consommation de substances et le sommeil des adolescents a constaté que les études traitant de l'association entre la consommation de cigarettes électroniques et la privation de sommeil étaient peu nombreuses et incohérentes, et a conclu que cette association est préoccupante et devait faire l'objet de recherches supplémentaires. Les conclusions d'une étude récente publiée dans *Addictive Behaviors* suggèrent que l'utilisation de la cigarette électronique pourrait être liée à la privation de sommeil chez les jeunes adultes. La nicotine, en tant que stimulant, peut éliminer le sommeil paradoxal (REM), ce qui peut contribuer à une variété de problèmes de sommeil, comme la privation de sommeil.

Les conclusions d'une étude récente publiée dans *Addictive Behaviors* suggèrent que l'utilisation de la cigarette électronique pourrait être liée à la privation de sommeil chez les jeunes adultes.

La privation de sommeil est un important facteur prédictif pour de nombreux résultats délétères sur la santé. Elle perturbe la fonctionnalité de différents systèmes du corps humain, par exemple les systèmes immunitaire, reproducteur et cardiovasculaire.

Un prédicteur éventuel de la privation de sommeil pourrait être l'utilisation de la cigarette électronique. L'utilisation de la cigarette électronique (vapotage) a considérablement augmenté chez les jeunes adultes aux É.-U., même chez ceux qui n'avaient jamais fumé la cigarette. La nicotine et d'autres particules des cigarettes électroniques électroniques ont été liées à des résultats délétères sur la santé, par exemple l'élévation de la fréquence cardiaque, la toux et la respiration sifflante, la dysfonction endothéliale, le stress oxydatif, la toxicomanie et le déficit d'attention.

La substance qui lie potentiellement la cigarette électronique et la santé du sommeil est la nicotine (Brett et coll., 2020). La nicotine, en tant que stimulant, peut éliminer le sommeil paradoxal (REM), ce qui peut contribuer à une variété de problèmes de sommeil, comme la privation de sommeil. La nicotine contenue dans les aérosols des cigarettes électroniques inhalés peut avoir des effets négatifs sur l'architecture du

sommeil et perturber les neurotransmetteurs qui régulent le cycle du sommeil.

De nombreuses études ont établi un lien entre la consommation de cigarettes combustibles et le manque de sommeil. Un examen systématique réalisé en 2019 portant sur la consommation de substances et le sommeil des adolescents a constaté que les études traitant de l'association entre la consommation de cigarettes électroniques et la privation de sommeil étaient peu nombreuses et incohérentes, et a conclu que cette association est préoccupante et devait faire l'objet de recherches supplémentaires.

Il s'agit d'une question importante, compte tenu de l'augmentation rapide dans l'utilisation de la cigarette électronique chez les jeunes adultes au cours des dernières années.

Pour combler cette lacune, une étude a été entreprise pour déterminer si l'utilisation de la cigarette électronique est associée à la privation de sommeil dans un échantillon de jeunes adultes américains (de 18 à 24 ans).

Les chercheurs ont utilisé les données transversales groupées du Système de surveillance du facteur de risque comportemental (BRFSS) de 2017 et 2018, en sélectionnant des répondants âgés de 18 à 24 ans dans 41 États et territoires des États-Unis, dont l'entrevue comprenait les modules sur la cigarette électronique et le sommeil (N = 19 701).

Les modèles de régression de Poisson ont analysé la relation entre l'utilisation de la cigarette électronique et la privation de sommeil.

L'équipe a tenu compte des variables sociodémographiques, de l'activité physique, de la santé mentale, de l'indice de masse corporelle (IMC), de la consommation de produits du tabac sans fumée, de la consommation d'alcool et du tabagisme. Le principal résultat d'intérêt était la privation de sommeil.

À la suite de l'analyse, les faits qui suivent ont été révélés.

Dans l'ensemble de données groupées, la prévalence pondérée d'une utilisation actuelle ou antérieure de la cigarette électronique était de 47 %, et 35 % des participants ont fait état d'une privation de sommeil.

Après un ajustement pour tenir compte des facteurs de confusion, les anciens utilisateurs de cigarettes électroniques étaient 1,17 fois plus susceptibles de déclarer une privation de sommeil, comparativement à ceux qui n'en ont jamais utilisé (IC de 95 % : 1,06, 1,29).

Le taux de prévalence concernant la privation de sommeil autodéclarée est passé à 1,42 (IC de 95 % : 1,23, 1,65) pour les utilisateurs quotidiens comparativement à ceux qui n'en ont jamais utilisé.

L'équipe de recherche a mis en évidence certains faits.

L'utilisation de la cigarette électronique pourrait être liée à la privation de sommeil chez les jeunes adultes.

Les anciens utilisateurs étaient plus susceptibles de faire état d'une privation de sommeil comparativement à ceux qui n'en ont jamais utilisé.

L'association est devenue plus forte lors de la comparaison entre les utilisateurs actuels et ceux qui n'en ont jamais utilisé.

L'association a subsisté même après avoir procédé à un ajustement pour tenir compte des facteurs de confusion, p. ex. la consommation d'alcool.

Source principale : Addictive Behaviors

Source : Addictive Behaviors

La D^{re} Satabdi Saha (BDS, MDS) est une dentiste pédiatrique en exercice ayant un intérêt marqué pour les nouvelles recherches et mises à jour médicales. Elle a obtenu son baccalauréat en médecine dentaire au Collège dentaire du Bengale du Nord, à Darjeeling. Elle a ensuite obtenu un grade de NEET PG pour l'ensemble de l'Inde et a effectué sa maîtrise en chirurgie dentaire dans le premier collège dentaire du pays – le Dr R. Ahmed Dental College and Hospital. Elle est actuellement affiliée à l'hôpital de la Marwari Relief Society en qualité d'experte-conseil et exerce également une pratique privée depuis deux ans. Elle a publié des articles scientifiques dans des journaux nationaux et internationaux. Sa grande passion pour le partage des connaissances avec la fraternité médicale l'a motivé à faire partie de Medical Dialogues.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460320307760?via%3Dihub>

<https://medcialdialogues.in/psychiatry/news/e-cigarette-related-to-sleep-deprivation-in-young-adults-reveals-study-70285>

Des conseillers de l'OMS proposent de nouvelles souches virales du vaccin pour la préparation en cas de pandémie

Source : OMS, CIDRAP

ID : 1008003342

Lors de récentes réunions visant à recommander les souches de grippe à inclure dans la saison de la grippe de 2021 dans l'hémisphère sud, le groupe consultatif de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a également examiné les derniers développements relatifs aux souches zoonotiques et a recommandé deux nouveaux virus expérimentaux pour la préparation en cas de pandémie.

En s'appuyant sur les résultats de la caractérisation génétique et les tests antigéniques, le groupe a proposé de mettre au point un nouveau virus expérimental contre une nouvelle variante du H5N6 détectée récemment dans la volaille au Vietnam, un virus semblable à l'influenza A/chicken/Vietnam/RAHO4-CD-20-421/2020.

On recommande également un nouveau virus expérimental contre la variante H1 (H1v) qui a été détectée en Allemagne, un virus semblable à l'influenza A/Hessen/47/2020.

https://www.who.int/influenza/vaccines/virus/202009_zoonotic_vaccinevirusupdate.pdf

Canada

Une planification est en cours pour s'attaquer à l'augmentation du nombre de décès par surdose à New Westminster

Source : New West Record

ID unique : [1007999522](#)

Un rapport du personnel examiné par le conseil municipal lundi indique que l'Autorité sanitaire du Fraser étudie activement un emplacement pour un site de prévention des surdoses à New Westminster. En outre, il s'est passé quelque chose de similaire à New Westminster – en fait, c'était mieux », a déclaré le Dr Aamir Bharmal, médecin hygiéniste de l'Autorité sanitaire du Fraser et directeur médical, maladies transmissibles et réduction des méfaits. Un permis de rezonage ou d'utilisation temporaire pourrait être requis pour permettre l'utilisation proposée, mais, en raison du nombre de décès par surdose, les membres du personnel proposent d'utiliser un processus d'approbation de développement accéléré. L'Autorité sanitaire du Fraser dispose désormais des ressources nécessaires pour ouvrir un site de prévention des surdoses à New Westminster.

Un rapport du personnel examiné par le conseil municipal lundi indique que l'autorité sanitaire du Fraser étudie activement un emplacement pour un site de prévention des surdoses à New Westminster. En juillet, le conseil a demandé au personnel de travailler avec l'Autorité sanitaire du Fraser sur l'établissement d'un site de prévention des surdoses et la mise en œuvre d'un programme d'approvisionnement sûr.

« Je suis très heureux de voir cela venir à nous, mais je dois dire, en toute honnêteté, que je suis un peu déçu que cela ait pris autant de temps, a déclaré la conseillère Nadine Nakagawa. Ce que je veux dire, c'est que des gens sont morts et d'autres sont en train de mourir. »

Selon le personnel, une fois que l'Autorité sanitaire du Fraser aura choisi un exploitant à but non lucratif pour le site de prévention des surdoses, elle informera la ville d'un emplacement potentiel pour l'installation. Un permis de rezonage ou d'utilisation temporaire pourrait être requis pour permettre l'utilisation proposée, mais, en raison du nombre de décès par surdose, les membres du personnel proposent d'utiliser un processus d'approbation de développement accéléré.

La conseillère Mary Trentadue a déclaré que le conseil s'est engagé à tout mettre en œuvre pour aider à résoudre cette crise.

« Nous éprouvons tous des sentiments très profonds pour les membres de la collectivité et les familles, et il faut que cela cesse. Nous devons régler ce problème, quoi qu'il en coûte, a-t-elle déclaré. Je n'ai pas l'impression de parler à tort et à travers en affirmant que notre ville croit vraiment qu'il faut faire tout ce qu'il faut pour que cela se concrétise ».

Le gouvernement provincial a déclaré un état d'urgence relativement à la crise des surdoses en avril 2016.

« En 2019, nous avons constaté une diminution globale du nombre de décès par surdose. On a observé une diminution d'environ 30 % à l'échelle de la province. En outre, il s'est passé quelque chose de similaire à New Westminster – en fait, c'était mieux », a déclaré le D^r Aamir Bharmal, médecin hygiéniste de l'Autorité sanitaire du Fraser et directeur médical, maladies transmissibles et réduction des méfaits.

« En 2018, 35 personnes sont décédées des suites d'une surdose d'opioïdes et, en 2019, 19 personnes. Jusqu'à présent, nous avons vu que 23 personnes, en date du 31 août, étaient décédées d'une surdose. »

En plus de ces décès, on a observé une hausse marquée dans le nombre d'appels liés à des surdoses.

« Les appels au 911 se sont élevés, en moyenne, à environ de 20 à 30 appels par mois à New Westminster, et ce nombre est en hausse d'environ 50 % cette année. Cela correspond à environ de 30 à 45 appels par mois, » selon le D^r Bharmal. « Pour New Westminster en particulier, ce que nous constatons, c'est qu'environ 70 % des décès attribuables à des surdoses surviennent dans des résidences privées et que 80 % de ceux-ci sont chez les hommes. »

Selon le D^r Bharmal, de nombreuses personnes qui sont décédées des suites d'une surdose, notamment l'année dernière, étaient un peu plus âgées que les moyennes provinciales ou régionales — généralement des personnes âgées de 40 à 60 ans — mais on a observé une transition vers un groupe démographique plus jeune, les décès touchant désormais des personnes âgées d'au plus de 30 à 34 ans.

Chris Buchner, directeur des opérations cliniques de l'Autorité sanitaire du Fraser, a déclaré que le modèle désormais recommandé pour les sites de prévention des overdoses est un « centre de contact sanitaire » pour les personnes qui consomment des drogues.

« Hormis des endroits où il y a une très forte concentration de personnes, où il peut être logique d'inviter les gens uniquement pour observer leur consommation de drogues et pour contrer les surdoses lorsqu'elles surviennent, nous croyons maintenant que la meilleure pratique consiste à de colocaliser un certain nombre de services de santé qui présentent peu d'obstacles, afin de tenter réellement d'accroître nos liens avec une population qui vit peut-être un isolement important, a-t-il ajouté. L'intention derrière cela consiste à maximiser la possibilité d'établir des liens avec des personnes qui consomment des substances et de leur présenter réellement une gamme d'options. »

M. Buchner a déclaré qu'un centre de contact sanitaire permettrait aux gens de consommer les drogues qu'ils ont achetées dans un espace où les surdoses, le cas échéant, pourraient être contrées, ce qui permettrait à ces gens de vivre un jour de plus. Il a également affirmé que cela pourrait comprendre ce qui suit : analyser les drogues pour déterminer si elles sont contaminées, le degré et le type de contaminant; fournir des fournitures de réduction des méfaits, comme le naloxone que les gens pourraient ramener à domicile; accéder à un approvisionnement sûr ou à des renvois à d'autres services. « Je crois que les personnes comprennent que les personnes qui perdent la vie en raison de surdoses en arrivent là, en grande partie, car l'approvisionnement en drogues n'est pas réglementé et que celles-ci sont extrêmement contaminées, explique-t-il. Personne ne sait d'un jour à l'autre ce qui empoisonne l'approvisionnement, et à quel degré. Par conséquent, les personnes qui ont une dépendance à l'égard de ces drogues ont beaucoup de difficulté à mener une vie ayant une quelconque forme de stabilité, et encore moins à vivre pendant une longue période de temps. »

M. Buchner a déclaré que l'Autorité sanitaire du Fraser voulait travailler en collaboration avec la ville pour mettre en place un service acceptable pour la ville et ses citoyens et qui, espérons-le, a un impact sur la réduction des décès et l'augmentation de l'utilisation de services comme l'approvisionnement sûr pour les citoyens qui dépendent de ces ordonnances.

« Nous tentons de voir les choses de manière beaucoup plus globale qu'un simple lieu où les gens peuvent consommer des drogues en toute sécurité », explique le D^r Bharmal. Il s'agit également d'un endroit où ils sont en mesure d'accéder à d'autres services de santé. Cela pourrait comprendre le traitement par agonistes opioïdes ou certaines de ces autres solutions de rechange. »

<https://www.newwestrecord.ca/news/planning-underway-to-tackle-rising-overdose-deaths-in-new-west-1.24216585>

Canada

De nouveaux projets de santé donnent aux communautés autochtones les moyens de lutter contre les maladies chroniques

Source : Nation Talk

ID unique : [1008000449](#)

Sous la direction d'un comité directeur national, l'équipe aspire à réduire les disparités en matière de soins de santé pour les peuples autochtones du Canada qui sont considérablement défavorisés par une forte incidence de maladies chroniques et une santé mentale précaire. 07 octobre 2020 – Les communautés autochtones, dont le taux de maladies chroniques est jusqu'à trois fois plus élevé que le taux national, ont désormais accès à un fonds de projets de santé novateurs mis en place par Bimaadzwin et Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée. Ces projets pilotes communautaires — visant spécifiquement à réduire le diabète de type 2 et la maladie pulmonaire obstructive chronique — ont pour but de donner aux Premières Nations les moyens d'améliorer la santé et le bien-être.

BURLINGTON, Ontario, le 7 octobre 2020 – Les communautés autochtones, dont le taux de maladies chroniques est jusqu'à trois fois plus élevé que le taux national, ont désormais accès à un fonds de projets de santé novateurs mis en place par Bimaadzwin et Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée. Ces projets pilotes communautaires — visant spécifiquement à réduire le diabète de type 2 et la maladie pulmonaire obstructive chronique — ont pour but de donner aux Premières Nations les moyens d'améliorer la santé et le bien-être.

Le projet pilote de la santé autochtone est une collaboration entre Boehringer Ingelheim Canada, Bimaadzwin et les leaders en politiques de la santé autochtone. Des fonds serviront à financer des projets nationaux visant à améliorer la santé et le bien-être qui vont au-delà des médicaments pour gérer le diabète de type 2 et/ou la maladie pulmonaire obstructive chronique chez les peuples autochtones du Canada. Des investissements supplémentaires dans d'autres maladies chroniques viendront s'ajouter une fois que les quatre premiers projets pilotes auront été déployés avec succès.

« Notre vision est l'autonomisation - l'établissement de relations entre les communautés autochtones, le secteur privé et d'autres partenaires intéressés par le biais de la participation à des projets pilotes avec une participation égale à toutes les étapes », explique Isadore Day, PDG de Bimaadzwin. « Nous avons besoin de plus de partenariats comme celui-ci pour nous attaquer à l'entreprise monumentale qui consiste à améliorer les résultats en matière de santé et la qualité de vie de nos communautés autochtones ».

Sous la direction d'un comité directeur national, l'équipe aspire à réduire les disparités en matière de soins de santé pour les peuples autochtones du Canada qui sont considérablement défavorisés par une forte incidence de maladies chroniques et une santé mentale précaire.

Selon Andrea Sambati, présidente et directrice exécutive de Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée, « en tant qu'entreprise familiale, Boehringer Ingelheim est déterminée à faire progresser l'humanité et nous nous efforçons d'améliorer la santé pour les générations actuelles et futures. Le projet pilote de la santé autochtone est pour nous une occasion de collaborer avec des communautés autochtones et d'explorer les possibilités d'aider à améliorer la santé et le bien-être des peuples autochtones partout au Canada. » Les manifestations d'intérêt peuvent être soumises en ligne à www.indigenoushealthprojects.com

BIMAADZWIN

Groupe de politiques et de consultation géré par des autochtones et fondé par l'ancien chef régional de l'Ontario Isadore Day, notre objectif est de permettre aux communautés des Premières nations de reconstituer avec succès leur identité nationale en faisant progresser la gouvernance de la santé et le développement économique.

BOEHRINGER INGELHEIM (CANADA) LTÉE

La fabrication de nouveaux médicaments améliorés pour les humains et les animaux est au cœur même de nos activités. Nous avons pour mission de créer des traitements révolutionnaires qui changent des vies. Depuis sa fondation en 1885, Boehringer Ingelheim est demeurée une entreprise familiale et indépendante. Ce statut nous permet de nous consacrer à notre vision à long terme, soit de regarder vers l'avenir pour identifier les défis en santé à venir et pour cibler les domaines auxquels nous pourrions contribuer de façon plus significative.

Notre entreprise pharmaceutique axée sur la recherche et de renommée mondiale compte près de 51 000 employés, lesquels créent de la valeur tous les jours au moyen de l'innovation dans nos trois domaines d'exploitation : produits pharmaceutiques pour les humains, santé animale et fabrication contractuelle de produits biopharmaceutiques. En 2019, Boehringer Ingelheim a affiché des ventes nettes de 19 milliards d'euros. Nos investissements considérables de près de 3,5 milliards d'euros en R et D favorisent l'innovation et la découverte d'une nouvelle génération de médicaments qui sauveront des vies et amélioreront la qualité de vie.

Nous concrétisons davantage de possibilités scientifiques en exploitant le potentiel de nos partenariats et

de la diversité des experts de la communauté des sciences de la vie. Ensemble, nous accélérons la concrétisation de la prochaine innovation médicale qui pourra transformer la vie des patients maintenant et pour les générations futures.

Le siège social canadien de Boehringer Ingelheim a été établi en 1972 à Montréal, au Québec, et est maintenant situé à Burlington, en Ontario. Boehringer Ingelheim compte environ 600 employés au Canada.

De plus amples renseignements au sujet de Boehringer Ingelheim sont accessibles sur le site www.boehringer-ingelheim.ca ou dans notre rapport annuel : <http://annualreport.boehringer-ingelheim.com>.

Pour de plus amples renseignements : Personnes-ressources pour les médias : Bryan Hendry, directeur, Marketing et Communications, Bimaadzwin, +1-613-863-1764 | bhendry@bimaadzwin.ca; Merry Garbutt, Communications de l'entreprise, Boehringer Ingelheim (Canada) Ltée, +1-905-631-4531 | merry.garbutt@boehringer-ingelheim.com

NT4

<https://nationtalk.ca/story/new-health-projects-empower-indigenous-communities-to-address-chronic-diseases>

À l'échelle internationale

Les confinements stricts relatifs à la COVID-19 pourraient accélérer la reprise économique : FMI

Source : Reuters.

ID unique : [1008000259](#)

La pandémie COVID-19 a montré que les mesures de confinement adoptées par les gouvernements ont permis de réduire les infections, indique le FMI dans un chapitre de ses prochaines Perspectives de l'économie mondiale, mais elles ont également contribué à la récession et groupes vulnérables ont été touchés très durement, notamment les femmes et les jeunes.

WASHINGTON (Reuters) – Le Fonds monétaire international a déclaré jeudi que les mesures de confinement précoces dans le cadre d'une épidémie peuvent réduire considérablement le nombre d'infections, et les décideurs politiques devraient se garder de les lever pour relancer leurs économies lorsque le nombre d'infections demeure élevé. La recherche du FMI n'a identifié aucun pays en particulier, mais est publiée alors que les infections augmentent fortement dans certaines parties des États-Unis qui ont pris des mesures pour lever les confinements de manière précoce sous la pression du président des États-Unis.

WASHINGTON (Reuters) – Le Fonds monétaire international a déclaré jeudi que les mesures de confinement précoces dans le cadre d'une épidémie peuvent réduire considérablement le nombre d'infections, et les décideurs politiques devraient se garder de les lever pour relancer leurs économies lorsque le nombre d'infections demeure élevé.

La pandémie COVID-19 a montré que les mesures de confinement adoptées par les gouvernements ont permis de réduire les infections, indique le FMI dans un chapitre de ses prochaines Perspectives de l'économie mondiale, mais elles ont également contribué à la récession et groupes vulnérables ont été touchés très durement, notamment les femmes et les jeunes.

La distanciation sociale volontaire motivée par la peur de contracter la maladie a également contribué fortement à la récession et était peu susceptible de reculer si les confinements étaient levés alors que le nombre de cas demeurerait élevé, préviennent les chercheurs.

« S'attaquer aux risques en matière de santé semble être une condition préalable afin de permettre une reprise économique solide et durable », ont écrit les économistes du FMI Francesco Grigoli et Damiano Sandri dans un blogue sur la recherche.

« Les confinements imposent des coûts à court terme, mais pourraient donner lieu à une reprise économique plus rapide, car ils permettent de réduire le nombre d'infections et, ainsi, la portée de la distanciation sociale volontaire », expliquent-ils, en ajoutant que des solutions de rechange comme le port du couvre-visage, l'élargissement du dépistage et le traçage de contacts pourraient avoir des coûts économiques encore moindres.

La recherche du FMI n'a identifié aucun pays en particulier, mais est publiée alors que les infections augmentent fortement dans certaines parties des États-Unis qui ont pris des mesures pour lever les confinements de manière précoce sous la pression du président des États-Unis, Donald Trump, qui était déterminé à stimuler l'économie avant l'élection présidentielle du 3 novembre.

L'Inde, au deuxième rang derrière les États-Unis quant aux nombres d'infections au coronavirus, procède également à la levée de la plupart de ses restrictions, même alors que l'épidémie fait rage.

Le FMI affirme que les mesures de confinement devaient être suffisamment strictes pour réduire les infections, laissant entendre que des « mesures de confinement rigoureuses et de courte durée seraient préférables à des mesures légères et prolongées », ont-ils indiqué.

La crise frappait plus durement les groupes les plus vulnérables, font-ils remarquer, les ordonnances de maintien à domicile et les fermetures d'écoles limitant d'une manière plus marquée la mobilité des femmes, qui assument une plus grande part du fardeau des soins aux enfants.

Les confinements ont également réduit la mobilité des jeunes âgés de 18 à 44 ans d'une façon plus importante, étant donné qu'ils ont de jeunes enfants touchés par les fermetures d'écoles et qu'ils occupent souvent des emplois contractuels temporaires qui étaient plus susceptibles de prendre fin pendant une crise.

Pour empêcher une égalité plus vaste de longue durée, les décideurs devraient envisager de renforcer les prestations de chômage et d'offrir des congés payés aux parents.

<https://www.reuters.com/article/idUSKBN26T2KY>

Étude

Une étude montre une baisse de la mortalité chez les patients atteints du SRMO traités par une combinaison de médicaments

ID : 1008003365

Source : CIDRAP

Dans une étude publiée aujourd'hui dans le New England Journal of Medicine, une combinaison de l'interféron beta-1b recombinant et de lopinavir-ritonavir a donné lieu à une baisse de la mortalité chez les patients atteints du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (CoV-SRMO).

Dans le cadre de cet essai à double insu aléatoire, 43 patients atteints du SRMO hospitalisés ont reçu le traitement et 52 patients ont reçu un placebo sur une période de 14 jours (ou jusqu'à leur congé de l'hôpital, si celui-ci survenait plus tôt) pour déterminer la mortalité toutes causes confondues après 90 jours. Les participants provenaient de neuf emplacements en Arabie Saoudite, entre novembre 2016 et avril 2020.

Les chercheurs ont constaté que le taux de mortalité s'élevait à 28 % chez les patients dans le groupe d'intervention et de 44 % chez les patients dans le groupe du placebo, soit une différence de 19 % lorsque la conception adaptative a été prise en compte. Les chercheurs écrivent : « Dans une analyse de sous-groupe prédéterminé, le traitement dans les sept jours après l'apparition des symptômes a donné lieu à une mortalité après 90 jours plus faible que l'usage du placebo (risque relatif, 0,19; IC de 95 %, de 0,05 à 0,75, alors que cela n'a pas été le cas pour un traitement ultérieur. »

Les résultats secondaires comprenant le nombre moyen de jours pendant lesquels les patients n'ont pas eu besoin d'une ventilation mécanique (16 jours pour le groupe du traitement, 5,5 jours pour le groupe du placebo) et le nombre moyen de jours pendant lesquels les patients ont été en vie à l'extérieur de l'unité des soins intensifs (9 jours vs 0 jour). Au jour 90, l'indice de Karnofsky moyen était de 70 points pour les patients ayant reçu le traitement et de 50 pour ceux ayant reçu le placebo. Des effets indésirables graves ont été signalés dans 9 % du groupe d'intervention et dans 19 % du groupe du placebo, la plupart de ces effets étant liés à des taux élevés d'enzymes hépatiques. Les chercheurs, cependant, croient que ces éléments ont été causés par la maladie, non par le traitement.

Les interférons font l'objet d'études depuis des années en raison de leur potentiel d'inhibition de la reproduction virale et de stimulation de certaines réactions immunitaires. Bien que cette étude soit prometteuse, les chercheurs soulignent que les études futures devraient notamment porter sur la quantification des concentrations d'ARN viral.

<https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2015294>

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/10/news-scan-oct-08-2020>

Étude

Les données du génome braquent les projecteurs sur la réémergence et la résistance dans le pian

ID : 1008003313

Source : CIDRAP

Une nouvelle étude menée par une équipe internationale de scientifiques fait la lumière sur la réémergence et le développement de la résistance aux antibiotiques dans une infection tropicale négligée.

Dans l'étude, publiée hier dans *The Lancet Microbe*, les chercheurs ont procédé au séquençage du génome entier (WGS) de l'ADN de patients en Papouasie Nouvelle-Guinée souffrant de pian, une infection de la peau, des os et du cartilage causée par la bactérie *Treponema pallidum*, sous-espèce pertuene (*T p pertuene*). L'infection, qui est transmise par un contact de personne à personne, touche les enfants dans au moins 15 pays, principalement en Afrique, en Asie, en Amérique latine et dans le Pacifique Sud. Si elle n'est pas traitée, elle peut causer des ulcères cutanés chroniques défigurant.

Les infections avaient été détectées précédemment dans une étude longitudinale, menée de 2013 à 2016 sur Lihir, une île de Papouasie Nouvelle-Guinée où le pian est endémique, qui évaluait l'impact d'une stratégie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour l'éradication du pian. Cette stratégie, introduite par l'OMS en 2012, prévoit l'administration massive d'une dose unique de l'antibiotique azithromycine à tous les membres de la collectivité, peu importe le statut de l'infection, suivie d'enquêtes de détection active des cas tous les 3 à 6 mois.

Cette étude a montré que le traitement de masse à l'azithromycine avait largement réussi, réduisant la prévalence des cas de pian actifs sur Lihir de 1,8 % à 0,1 % après 18 mois. Cependant, l'étude a également constaté que l'infection commençait à réapparaître après 24 mois et que la prévalence avait remonté à 0,4 % après 42 mois. La plupart des cas correspondaient à des infections latentes chez des personnes qui étaient absentes au moment du traitement de masse, mais certains cas ont été importés. L'étude a également relevé cinq cas de pian comportant de la résistance à l'azithromycine.

Dans la nouvelle étude, le WGS a révélé que la réémergence de l'infection était probablement attribuable à des sources multiples et que la résistance semble avoir émergé chez un patient avant de se propager aux autres, des conclusions qui, selon les auteurs, pourraient façonner la stratégie d'élimination à l'avenir.

Sources de réémergence multiples

Dans leur analyse de 20 génomes presque entiers de *T p pertuene* obtenus à partir d'échantillons sur écouvillons de patients atteints de pian confirmés par PCR, des chercheurs du Royaume-Uni, de l'Espagne, des États-Unis et de Papouasie Nouvelle-Guinée ont découvert que 16 génomes faisaient partie d'un type de séquence clonale (JG8) divisé en au moins trois sous-lignées phylogénétiques distinctes recensées chez des patients de différents villages sur Lihir. Les trois sous-lignées ont été décelées dans les cycles ultérieurs du suivi de la distribution d'azithromycine postérieure à l'administrative massive, indiquant qu'elles participaient toutes à la réémergence du pian.

L'analyse a également montré que ces sous-lignées avaient des historiques d'évolution distincts, une indication selon laquelle la réémergence de l'infection après la distribution massive d'azithromycine ne découlait pas d'une source unique, mais de sources multiples. Les chercheurs soupçonnent que la réémergence découle des personnes qui avaient une infection latente et qui n'ont pas reçu le traitement à l'azithromycine, ce qui a fait en sorte que l'infection s'est activée.

Les chercheurs ont ensuite procédé à une analyse génomique des cinq cas de pian résistants à l'azithromycine. Tous les échantillons de *T p pertuene* de ces cas appartenaient au type de séquence JG8, trois des génomes des échantillons étaient presque identiques et ils contenaient tous une

mutation unique liée à la résistance à l'azithromycine. Chez le patient index, la mutation n'a pas été détectée avant le traitement.

Le traçage épidémiologique subséquent a relevé des liens de transmission éventuels entre les cinq cas. Ces constatations laissent entendre que la mutation liée à la résistance s'est produite chez le patient index après la distribution d'azythromycine et qu'elle a été transmise aux quatre autres.

Les auteurs de l'étendent expliquent que ces résultats fournissent des renseignements qui pourraient améliorer le programme de distribution massive d'azithromycine, qui a également été mis en œuvre au Bénin, en Côte d'Ivoire, au Ghana, au Togo et au Vanuatu.

« Nos résultats ont de grandes répercussions sur la façon d'exécuter les campagnes d'élimination du pian — nous pouvons recommander une grande couverture de traitement initialement, et il faut assurer une surveillance et un suivi attentifs pour détecter et traiter rapidement toute réémergence, afin de prévenir la propagation de la bactérie », a déclaré l'auteur principal, Mathew Beale, PhD, du Wellcome Trust Sanger Institute, lors d'une conférence de presse.

M. Beale et ses collègues recommandent également une surveillance attentive des collectivités touchées à la suite de la distribution massive d'azithromycine afin de déceler toutes les personnes pour qui le traitement a échoué et de les traiter de nouveau au moyen d'un autre régime.

Au total, 80 472 cas soupçonnés de pian ont été signalés à l'OMS en 2018, dont 888 ont été confirmés <https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/10/genome-data-spotlight-re-emergence-resistance-yaws>