

Section spéciale sur le coronavirus

Canada

Régions du Canada présentant des cas de COVID-19 en date du 1^{er} octobre 2020, 19 h (HAE)

Source : Gouvernement du Canada

Province, territoire ou autre	Nombre de cas confirmés	Nombre de cas actifs	Nombre de décès
Canada	160 535	14 866	9 319
Terre-Neuve-et-Labrador	275	3	3
Île-du-Prince-Édouard	59	2	0
Nouvelle-Écosse	1 088	2	65
Nouveau-Brunswick	200	6	2
Québec	75 221	6 227	5 850
Ontario	52 248	4 975	2 851
Manitoba	2 029	621	20
Saskatchewan	1 927	144	24
Alberta	18 235	1 596	269
Colombie-Britannique	9 220	1 290	235
Yukon	15	0	0
Territoires du Nord-Ouest	5	0	0
Nunavut	0	0	0
Voyageurs rapatriés	13	0	0

Un [résumé épidémiologique](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html#a1) peut être consulté à l'adresse suivante :

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

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

Canada

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

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

ID : 1007953760

Déclaration

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 158 758 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 297 décès. Des laboratoires partout au pays ont analysé quotidiennement les tests de dépistage de plus de 71 000 personnes en moyenne au cours de la dernière semaine, dont 1,8 % a obtenu un résultat positif. Le nombre de cas quotidiens continue d'augmenter. En moyenne, 1 572 nouveaux cas ont été signalés quotidiennement au Canada au cours des sept derniers jours. La majorité (environ 80 %) de ces cas ont été enregistrés au Québec et en Ontario. Ces provinces ont également observé une augmentation du nombre de cas qui ont dû être hospitalisés au cours des dernières semaines. Sur le plan national, il y a eu en moyenne 480 personnes hospitalisées pour la COVID-19 dans les hôpitaux du pays chaque jour et 8 décès au cours de la dernière semaine.

Aujourd'hui, c'est la Journée nationale des aînés, ainsi que la Journée internationale des personnes âgées. C'est l'occasion pour nous de célébrer les adultes âgés partout au pays. La COVID-19 a eu un effet particulièrement dévastateur sur les personnes âgées et leurs proches. Au cours de la première vague, plus de 1 000 éclosions distinctes ont eu lieu dans les établissements de soins de longue durée et avec services, ce qui représente environ 20 % des cas confirmés et, tragiquement, plus de 80 % des décès.

Même si, en ce moment, la transmission chez les aînés n'est pas aussi importante qu'elle ne l'a été, cette population demeure à haut risque de subir des conséquences graves en raison de la COVID-19.

Nous devons tous collaborer pour réduire le risque de transmission, notamment aux aînés, en suivant systématiquement les mesures sanitaires dont l'efficacité a été démontrée. Pratiquez l'éloignement physique, lavez-vous les mains fréquemment et portez un masque non médical ou un couvre-visage dans les espaces clos, les lieux achalandés et les situations de contacts étroits quand il est difficile de garder vos distances. Et surtout, restez à la maison et isolez-vous si vous présentez des symptômes de COVID-19, même s'ils sont faibles.

La pandémie peut aussi avoir des effets accrus sur la santé mentale des personnes âgées, qui peuvent ressentir plus intensément de la solitude, de la tristesse, de la détresse ou du désespoir. Pour de nombreux aînés, l'éloignement physique a rendu très difficiles les visites de la famille et des amis.

J'encourage vivement tout le monde à prendre régulièrement des nouvelles des personnes âgées de sa famille et de celle de ses amis, ainsi que des aînés de sa communauté virtuellement, par téléphone ou même en envoyant une lettre ou un colis pour les reconforter. Cela pourrait aider grandement un être cher et vous aider à prendre soin de vous en cette période particulièrement difficile. De plus, il est important que les aînés restent actifs physiquement le plus possible, dans la maison ou dehors, en faisant une marche.

Si vous avez besoin d'aide, sachez que vous n'êtes pas seul. Ne tardez pas à aller chercher du soutien. Vous trouverez sur [Espace mieux-être Canada](#) des ressources en santé mentale, y compris des services de consultation professionnelle.

Canadiens de tous âges, travaillons ensemble pour être tous en sécurité.

Pour plus de renseignements sur les ressources pour les aînés, rendez-vous sur :

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/maladie-coronavirus-covid-19/ressources-aines-aidants-naturels.html>

Lisez le document [Renseignements et ressources sur la COVID-19](#) pour comprendre les risques et connaître les précautions à prendre pour vous garder en sécurité, vous, votre famille et les autres. »

Contacts

Relations avec les médias

Agence de la santé publique du Canada

613-957-2983

hc.media.sc@canada.ca

Recherche d'information connexe par mot-clé : [HE Santé et sécurité](#) | [Agence de la santé publique du Canada](#) | [Canada](#) | [Coronavirus \(COVID-19\)](#) | [média](#) | [déclarations](#)

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/10/declaration-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-le-1er-octobre-2020.html>

Canada

Cas de COVID-19 confirmés dans 81 écoles d'Ottawa

ID : 1007951513

Source : Ottawa Matters

Les quatre conseils scolaires d'Ottawa signalent un total de 81 écoles ayant au moins un cas de COVID-19.

Le Conseil scolaire du district d'Ottawa-Carleton signale 16 écoles ayant un cas de virus. Au total, 14 élèves et 2 membres du personnel sont touchés. Vous trouverez la liste complète ici.

Il y a 22 écoles du Conseil scolaire catholique d'Ottawa qui ont signalé des cas.

Au total, 38 élèves et 6 membres du personnel sont touchés. Vous trouverez la liste complète ici.

Le Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario signale 15 écoles ayant des cas de COVID-19, touchant 15 élèves et 6 membres du personnel. Vous trouverez la liste complète ici.

De plus, le Conseil des écoles catholiques du Centre-Est rapporte 28 écoles ayant au moins un cas de virus, touchant un total de 43 personnes.

Entre-temps, neuf écoles d'Ottawa signalent actuellement des éclosions de COVID-19.

Le statut d'éclosion est déclaré lorsqu'une école a au moins deux cas de virus et une transmission confirmée.

École de l'Assomption : deux élèves

École primaire catholique Montfort : un élève et un membre du personnel

École primaire publique Séraphin-Marion : deux élèves

École secondaire publique Louis-Riel : deux élèves

Collège catholique Franco-Ouest : deux élèves

École publique Gabrielle-Roy : deux élèves

École secondaire Lester B. Pearson : un élève et un membre du personnel

Lycée Claudel (école privée) : deux élèves

École Monseigneur Paul Baxter : deux élèves et deux membres du personnel

<https://www.ottawamatters.com/local-news/cases-of-covid-19-confirmed-in-81-ottawa-schools-2757259>

Canada

L'application canadienne d'avis d'exposition à la COVID-19 est maintenant disponible au Manitoba

ID : 1007951636

Source : PM.gc.ca

Ottawa, Ontario

Au cours des derniers mois, les Canadiens ont suivi les consignes de santé publique et ont fait leur part pour aider à prévenir la propagation de la COVID-19. Alors que nous continuons de faire face aux répercussions sanitaires et économiques de la pandémie, nous devons travailler ensemble pour assurer la santé et la sécurité de chacun et contenir le virus afin de pouvoir bâtir un Canada plus résilient.

Aujourd'hui, le premier ministre Justin Trudeau et le premier ministre du Manitoba Brian Pallister ont annoncé que les résidents de la province peuvent désormais recevoir de leurs autorités sanitaires des codes uniques qu'ils pourront utiliser avec Alerte COVID.

L'application permet d'informer les utilisateurs d'une exposition possible à une personne qui a reçu un résultat positif à un test de la COVID-19.

L'application est gratuite et son usage est volontaire. Elle s'ajoute aux outils conçus pour aider à limiter la propagation de la COVID-19. Les personnes qui auront obtenu un résultat positif à un test de la COVID-19 recevront de leur autorité sanitaire une clé à usage unique qu'elles pourront saisir dans l'application. Par la suite, l'application enverra un avis aux utilisateurs qui auraient pu être en contact étroit avec cette personne pendant au moins 15 minutes. Elle leur indiquera également les étapes à suivre conformément aux conseils formulés par les autorités sanitaires de leur province.

Afin de protéger la confidentialité et la vie privée de tous les Canadiens, l'application prévoit des mesures rigoureuses pour protéger les données qu'elle recueille. Elle ne suit pas l'emplacement de l'utilisateur et ne recueille aucune information permettant de l'identifier. Le commissaire à la protection de la vie privée

du Canada a été consulté dans le cadre de l'élaboration de l'application, et il recommande aux Canadiens de l'utiliser.

Tous les Canadiens peuvent télécharger l'application Alerte COVID, et les résidents du Manitoba, de la Saskatchewan, du Nouveau-Brunswick, de l'Ontario et de Terre-Neuve-et-Labrador peuvent maintenant obtenir les clés uniques de leurs autorités sanitaires. Le gouvernement du Canada continue de travailler avec les autres provinces et territoires pour obtenir la participation de leurs autorités sanitaires au cours des semaines et des mois à venir.

Citations

« L'application Alerte COVID est un outil que les Manitobains peuvent utiliser pour se protéger de la COVID-19 ainsi que leurs proches et leurs communautés. Plus les gens seront nombreux à utiliser l'application, mieux nous pourrions ralentir la propagation du virus et aider à prévenir de futures vagues. Nous continuerons de travailler avec les autres provinces et territoires pour faire participer leurs autorités sanitaires afin que le plus grand nombre possible de Canadiens puissent profiter de l'application. »

« La sécurité des Manitobains est la priorité absolue de notre gouvernement. L'application Alerte COVID est un outil supplémentaire qui aide à informer les Manitobains et les Canadiens et à limiter la propagation de la COVID-19 dans nos communautés. Je salue le leadership exercé par le gouvernement fédéral dans la promotion de cet important outil de santé publique qui profitera à tous les Canadiens. »

L'hon. Brian Pallister, premier ministre du Manitoba

« Déjà téléchargée par plus de 3 millions de Canadiens, cette application est un outil de plus que nous pouvons utiliser pour nous protéger et protéger nos proches. Je vous encourage à la télécharger et à entrer le code unique pour avertir les autres si vous attrapez la COVID-19. »

« J'encourage tous les Manitobains à télécharger l'application Alerte COVID. Cette application viendra appuyer l'excellent travail que font les responsables de la santé publique et les agents de recherche des contacts depuis le début de la pandémie. »

L'hon. Cameron Friesen, ministre de la Santé, des Aînés et de la Vie active du Manitoba

« Félicitations aux Manitobains qui ont maintenant accès à l'ensemble des fonctions de l'application Alerte COVID. Cet outil numérique sécurisé fait partie intégrante des efforts de santé publique que nous déployons pour limiter la propagation de la COVID-19. J'encourage tous les Canadiens à le télécharger dès aujourd'hui. »

« Les Manitobains s'attendent à ce que nous travaillions en collaboration et à ce que nous fassions tout ce qui est en notre pouvoir pour continuer d'assurer leur santé et leur sécurité. C'est exactement ce que nous avons fait. Aujourd'hui, nous mettons l'application Alerte COVID-19 à la disposition des Manitobains. Cette application nous aidera tous à rester en sécurité, et je vous encourage à la télécharger dès maintenant. »

L'hon. Dominic LeBlanc, président du Conseil privé de la Reine et ministre des Affaires intergouvernementales

Faits saillants

Depuis son lancement, l'application a été téléchargée plus de 3 millions de fois.

Les Canadiens peuvent télécharger gratuitement l'application Alerte COVID dans l'App Store ou le Google Play Store. L'application attribue un code aléatoire à l'appareil d'un utilisateur. Cet appareil communique ensuite avec celui des autres utilisateurs de l'application au moyen de Bluetooth lorsqu'ils se trouvent dans un rayon d'environ deux mètres. S'ils reçoivent un résultat positif au test de dépistage du virus, les utilisateurs peuvent choisir d'entrer leur code aléatoire dans un serveur central situé au Canada. Les codes aléatoires sont ensuite conservés dans le serveur durant 15 jours, après quoi ils sont supprimés automatiquement.

Depuis le lancement de l'application, plus de 504 personnes ont volontairement saisi leur code unique dans l'application pour avertir les autres utilisateurs qu'elles ont reçu un résultat positif à un test de la COVID-19.

Les Canadiens qui souhaitent en savoir plus au sujet de l'application Alerte COVID peuvent composer le 1-833-784-4397.

Le gouvernement a mis sur pied le Conseil consultatif de l'application d'avis d'exposition à la COVID-19 pour veiller à ce que l'application respecte les normes les plus élevées en protection des renseignements personnels, en technologie et en santé publique. Les membres du Conseil reflètent la diversité régionale et culturelle du Canada. Ils possèdent une expertise dans divers domaines, notamment la santé, la protection des renseignements personnels, la gouvernance de données, la science et l'innovation. Les conseils qu'ils formulent aident à orienter la mise en œuvre et le déploiement de l'application.

L'application a été soumise à une évaluation rigoureuse de la sécurité par l'entreprise BlackBerry et le Centre canadien pour la cybersécurité. Toutes les données versées dans l'application seront protégées et conservées en toute sécurité. Dans le cadre de son déploiement dans tout le pays, l'application Alerte COVID fait constamment l'objet d'évaluations et de mises à jour en fonction des besoins des provinces, de la recherche auprès des utilisateurs et des essais effectués. Les utilisateurs qui ont déjà téléchargé l'application doivent garder celle-ci et le système d'exploitation de leur appareil à jour. L'application Alerte COVID est le fruit d'une collaboration entre Santé Canada, Innovation, Sciences et Développement économique Canada, le Service numérique canadien et les Services numériques de l'Ontario. Elle s'appuie sur un système de notification d'exposition conçu par des bénévoles de Shopify en collaboration avec l'organisme à but non lucratif Linux Foundation Public Health. Une équipe de développeurs des quatre coins du pays a également contribué à ce projet. Conformément à notre engagement à être un gouvernement ouvert et transparent, le Service numérique canadien rend publics sur Github ses travaux de développement et d'essai de l'application. L'application de COVID-19 du Canada est un autre outil numérique qui aide les Canadiens. Elle permet aux utilisateurs d'effectuer le suivi de leurs symptômes, de recevoir les dernières mises à jour et d'accéder à des sources fiables.

Liens connexes

<https://pm.gc.ca/fr/nouvelles/communiques/2020/10/01/lapplication-canadienne-davis-dexposition-la-covid-19-maintenant>

Canada

YVR, WestJet et UBC s'associent pour un projet pilote de dépistage rapide de la COVID-19 – NEWS 1130

Source : citynews1130.com

ID : 1007953667

RICHMOND (NEWS 1130) – L'aéroport international de Vancouver et WestJet dirigeront ensemble, avec l'Université de la Colombie-Britannique (UBC), une nouvelle étude sur le dépistage rapide de la COVID-19.

Dans le cadre du projet pilote, on demandera aux passagers au départ de WestJet s'ils sont disposés ou intéressés à passer un test de dépistage rapide de la COVID-19 avant de monter à bord de l'avion.

Le projet pilote a été annoncé jeudi, mais la date de lancement n'a pas été déterminée.

L'objectif du projet est de recueillir des données et d'élaborer une étude sur la sécurité sanitaire dans les aéroports. La méthodologie et les technologies à l'essai seront décrites dans les semaines à venir.

« Nous espérons que le fait de travailler avec des experts de premier plan comme ceux de l'UBC nous aidera à recueillir des données, à faire des analyses et à agir pour empêcher la propagation de la COVID-19, conjointement à toutes les autres mesures de sécurité que nous avons mises en place », a déclaré Billy Nolen, vice-président de la sécurité chez WestJet.

« Nous sommes très heureux d'avoir choisi un institut de recherche de calibre mondial, bien de chez nous, pour se joindre à nous dans ce projet d'une importance cruciale », a ajouté Tamara Vrooman, présidente et chef de la direction de la Vancouver Airport Authority.

« En collaboration avec l'UBC et WestJet, nous visons à faire de ce projet pilote le meilleur des deux mondes, réunissant des experts de l'industrie et des chercheurs de renommée mondiale – le tout dans un effort pour soutenir la sécurité aérienne et offrir des avantages à notre région. »

Jeudi, Transports Canada a mis à jour les exigences relatives aux masques dans les aéroports. Les masques acceptables doivent couvrir le nez et la bouche (masques jetables ou en tissu ajustés). Les

couvre-visages munis de soupapes ou d'évents d'expiration, les bandanas, les cache-cou et les écrans faciaux ne sont pas autorisés.

<https://www.citynews1130.com/2020/10/01/yvr-westjet-ubc-covid-19-rapid-testing/>

Canada

Les exigences relatives aux masques à l'aéroport YVR : soupapes, événements et bandanas interdits

Source : vancouver.sun.com

À compter du 1^{er} octobre, les masques munis de soupapes ou d'évents, les cache-cou, les bandanas et les écrans faciaux en plastique ne seront plus acceptés dans les aéroports.

Transports Canada a mis à jour ses normes relatives à l'équipement de protection individuelle requis lors d'un déplacement dans un aéroport.

Un masque acceptable doit couvrir le nez ainsi que la bouche et être attaché autour des oreilles ou à l'arrière de la tête. Il peut être jetable ou en tissu.

Les masques munis de soupapes ou d'évents d'expiration, les bandanas triangulaires à col ouvert, les cache-cou et les écrans faciaux en plastique ne sont plus autorisés. Les voyageurs portant un de ces types de masques ne seront pas autorisés à entrer dans les aéroports ni à monter à bord des aéronefs.

Suite de l'article

NOUVELLE DU JOUR : @Transports_gc a mis à jour ses exigences en matière de masques dans les aéroports.

✓ Les masques acceptables doivent couvrir le nez et la bouche (masques jetables ou en tissu ajustés).

✗ Les couvre-visages munis de soupapes ou d'évents d'expiration, les bandanas, les cache-cou et les écrans faciaux ne sont pas autorisés.

pic.twitter.com/lsVa2PfEK0

— Aéroport international de Vancouver (YVR) (@yvrairport) 1^{er} octobre 2020

Plus tôt ce mois-ci, Transports Canada a annoncé qu'il avait imposé ses premières amendes aux passagers refusant de porter un masque à bord d'un vol, ce qui est maintenant exigé par la loi.

Un passager voyageant de Calgary à Waterloo, en Ontario, a été condamné à une amende de 1 000 \$ en juin, et un autre passager a reçu une amende du même montant pour avoir refusé de porter un masque sur un vol WestJet de Vancouver à Calgary en juillet.

Le port d'un masque dans les aéroports et à bord des vols est une obligation fédérale depuis le 20 avril.

<https://vancouver.sun.com/news/local-news/covid-19-no-more-valves-vents-gaiters-accepted-as-masks-in-airports>

Canada

Coronavirus : le gouvernement de l'Ontario révisé les directives de dépistage dans les écoles et les centres de garde d'enfants

Source : Global News

ID : 1007953648

TORONTO – L'Ontario modifie ses directives relatives au dépistage des symptômes de la COVID-19 dans les écoles et les centres de garde d'enfants de la province.

La province demande maintenant aux parents de garder leurs enfants à la maison pendant 24 heures s'ils ont le nez qui coule ou des maux de tête.

Si un enfant présente ces deux symptômes, on lui demande de consulter un fournisseur de soins de santé ou de passer un test de dépistage de la COVID-19 avant de retourner à l'école ou à la garderie.

Le gouvernement avait précédemment demandé à ce que les enfants présentant l'un ou l'autre de ces symptômes restent à la maison jusqu'à ce qu'ils reçoivent un résultat négatif au test de dépistage de la COVID-19 ou un autre diagnostic médical.

[Abonnez-vous à notre bulletin « Health IQ » pour recevoir les dernières mises à jour sur le coronavirus.]

L'Ontario supprime également les douleurs abdominales et la conjonctivite de sa liste de symptômes.

Plus tôt ce mois-ci, la Colombie-Britannique avait retiré 10 symptômes de sa liste de symptômes en milieu scolaire, y compris l'écoulement nasal.

<https://globalnews.ca/news/7372145/coronavirus-ontario-school-child-care-centre-screening-guidelines/>

Canada

Cinq nouveaux cas de COVID-19 : un signal d'alarme, selon les responsables de la santé des Six Nations

ID : 1007951093

Source : CBC

Les responsables de la santé publique signalent que les cinq nouveaux cas de COVID-19, apparus du jour au lendemain, sur le territoire des Six Nations devraient être un signal d'alarme pour les membres de la communauté.

Ohsweken Public Health a signalé trois cas confirmés et deux cas probables du virus en 24 heures, selon un communiqué de presse diffusé mercredi soir.

Ce sont les premiers nouveaux cas sur le territoire depuis le 10 août, ce qui porte à 21 le nombre total de cas depuis le début de la pandémie.

« Depuis le passage au niveau 2,5, il y a un relâchement du côté de la communauté par rapport aux règles sanitaires », a déclaré Lori Davis Hill, directrice du Six Nations Health Service.

« Espérons que ces 5 nouveaux cas soient un rappel brutal que le virus est toujours à l'intérieur et autour du territoire des Six Nations. »

Davis Hill a encouragé les membres de la communauté à suivre les directives de santé afin de réduire les cas au minimum.

« Je vous conseille de vous comporter comme si vous aviez le virus et que vous ne vouliez pas le propager. De plus, faites comme si tout le monde avait le virus et que vous ne vouliez pas l'attraper », a-t-elle expliqué.

Les responsables de la santé effectuent une recherche des contacts, mais affirment que la hausse soudaine des cas signifie que les Six Nations sont à un point où la propagation pourrait être communautaire – ce qui signifie que la source du virus ne peut pas être facilement retracée.

Le communiqué de presse rappelle aux résidents qu'en faisant partie de la grande communauté des Premières Nations, ils sont « automatiquement exposés à un risque accru de contracter, de propager et de combattre le virus pour diverses raisons telles que le manque d'accès à l'eau potable, les logements surpeuplés et les problèmes de santé sous-jacents. »

Les membres de la communauté forcés de revoir leurs plans pour l'Action de grâce

Avant l'annonce des nouveaux cas qui a eu lieu mercredi, la dernière mise à jour relative à la COVID-19 diffusée par les Six Nations avait été publiée le 25 septembre. On y indiquait que 16 personnes avaient été déclarées positives au virus depuis le début de la pandémie.

Quinze de ces cas s'étaient rétablis, tandis qu'une personne était décédée.

Soixante-dix personnes ont été répertoriées comme étant en confinement.

Mark Hill, le chef élu, a demandé à tous ceux vivant avec des personnes à risque de penser aux conséquences que cela pourrait avoir pour elles lorsqu'ils envisagent de quitter leur domicile ou la communauté.

Les Six Nations ont également demandé aux membres de resserrer leurs cercles sociaux, de rester à la maison s'ils sont malades, de porter un masque et de se tenir à au moins deux mètres de distance des personnes qui ne font pas partie de leur ménage.

« Veuillez revoir vos plans pour l'Action de grâce ou tout autre plan de rassemblement avec vos amis et votre famille dans un proche avenir », était-il ajouté dans le communiqué de presse.

« Nous savons que tout le monde veut que la vie revienne à la normale, mais nous devons être très prudents en ce moment, surtout si vous, ou un membre de votre ménage, êtes vulnérable en raison de votre âge ou de problèmes de santé sous-jacents. »

<https://www.cbc.ca/news/canada/hamilton/six-nations-covid-new-cases-overnight-1.5745702>

Canada

Nouveau test de dépistage rapide de la COVID-19 approuvé par Santé Canada |

Source : Country 94

Publié le : 2 octobre 2020, à 11 h 21 (UTC)

Reçu le : 2 octobre 2020, à 11 h 21 (UTC) (0 minute)

ID unique : 1007958074

Santé Canada a rapidement approuvé l'utilisation des tests de dépistage de la COVID-19 d'Abbott Rapid Diagnostics au Canada.

L'annonce parvient 24 heures seulement après que le gouvernement fédéral a signé un accord lui permettant d'acheter jusqu'à 7,9 millions de ces tests.

La ministre de la Santé, Patty Hajdu, a déclaré que ces tests seront utilisés dans des contextes très précis : « Ils peuvent être utiles, par exemple, dans les établissements de soins de longue durée où un dépistage approfondi est nécessaire. Ils peuvent être utilisés dans les communautés rurales et éloignées. Ce sera vraiment à la discrétion des provinces qui ont accès à la technologie. »

La ministre Hajdu affirme que le gouvernement publiera bientôt une nouvelle stratégie et une nouvelle méthode de dépistage : « Nous aurons très prochainement une nouvelle stratégie nationale de dépistage comportant des renseignements et des directives à jour pour l'ensemble des provinces et territoires.

Ensuite, les provinces et les territoires pourront utiliser la stratégie nationale pour élaborer la stratégie qui leur convient le mieux. »

La ministre Hajdu indique que les Canadiens peuvent s'attendre à ce qu'il y ait encore plus de technologies de dépistage approuvées à mesure que les organismes de réglementation obtiennent les renseignements dont ils ont besoin des fabricants.

« À mesure que les provinces modifient leur stratégie de dépistage afin de se conformer aux directives provinciales de dépistage approuvées par tous les médecins hygiénistes en chef, nous allons graduellement observer une utilisation plus efficace des tests », a déclaré M^{me} Hajdu.

Les nouveaux tests de dépistage de la COVID-19 d'Abbott Rapid Diagnostics sont des tests basés sur un écouvillon de prélèvement nasal qui promet des résultats en environ 15 minutes.

<https://www.country94.ca/2020/10/01/179293/>

Canada

Des millions de tests de dépistage rapide de la COVID-19 n'arriveront pas avant des mois selon Santé Canada

Source : Global News : Health

Les Canadiens devront attendre jusqu'en 2021 avant que les millions de tests de dépistage rapide de la COVID-19 d'Abbott soient disponibles, selon la conseillère médicale en chef de Santé Canada.

Dans une entrevue accordée à Global News jeudi, la D^{re} Supriya Sharma a déclaré que, bien que les détails ne soient pas encore confirmés, les premiers tests Abbott ID NOW devraient arriver au Canada dans les « deux à trois prochaines semaines ». Mais il n'y en aura que quelques centaines de milliers, alors qu'environ 2,5 millions de tests devraient arriver au début de 2021 », a indiqué la D^{re} Sharma. « Ils arrivent généralement par vagues », a-t-elle ajouté, prévenant que cela dépend principalement de la capacité de l'entreprise à fabriquer l'appareil et le matériel d'analyse.

Mardi, le gouvernement a annoncé qu'il avait acheté près de 7,9 millions de tests de réaction en chaîne par polymérase rapide (PCR), et le lendemain, Santé Canada a annoncé l'approbation du test.

Pour en savoir plus : Le Canada a approuvé un autre test de dépistage rapide de la COVID-19; voici comment il pourrait nous aider

Suite de l'article sous la publicité

Le test permet de détecter l'ADN du nouveau coronavirus et promet de transmettre les résultats en 13 minutes ou moins.

Quant à savoir qui obtiendra ces tests à leur arrivée, la D^{re} Sharma a déclaré que Santé Canada est toujours en pourparlers avec les provinces et les territoires et n'a pas encore reçu leurs demandes individuelles.

Les décisions d'allocation sont fondées sur un certain nombre de facteurs.

« Nous travaillons avec eux et nous examinons leurs chiffres par habitant. Nous examinons l'épidémiologie de l'éclosion dans chaque province et chaque territoire, et nous examinons le type de

division urbaine et rurale. » Jason Kindrachuk, virologue à l'Université du Manitoba, n'est pas surpris par ce plan de déploiement et affirme que ces efforts valent mieux que rien pour faire face au nombre important de cas du pays.

« Il faut avant tout fabriquer tout le matériel et travailler sur la disponibilité des entreprises. Vous ne pouvez pas forcer ce plan si ces éléments ne sont pas mis en place », a-t-il affirmé.

« Il faut donc faire en sorte que les plans soient mis en œuvre en sachant qu'à mesure que nous progressons cet automne, nous aurons du matériel supplémentaire; je pense que c'est très important pour nous, car nous ne savons pas vraiment à quoi nous allons encore devoir faire face cette année... Et en 2021. »

Mais alors que les Canadiens attendent le test d'Abbott, on se demande s'il s'agit du bon test à acheter. En mai dernier, la Food and Drug Administration des États-Unis a fait part de ses inquiétudes quant à l'exactitude du test Abbott ID NOW, avançant le nombre inacceptable de faux négatifs qu'il générerait. Cet avertissement a été formulé quelques jours seulement après la publication d'une étude critique du test Abbott ID NOW dans la revue *Journal of Clinical Microbiology*.

L'administration Trump a acheté un autre test fabriqué par Abbott, le test BinaxNOW, et elle a annoncé cette semaine qu'elle était prête à le déployer. BinaxNOW est également un test de dépistage rapide, mais il s'agit d'un test antigénique, qui détecte la protéine de surface du virus plutôt que son ADN. Jeudi, le premier ministre de l'Ontario, Doug Ford, a déclaré aux journalistes qu'il voulait qu'Ottawa approuve le test antigénique.

« J'ai pleinement confiance qu'ils vont y arriver. J'ai vraiment hâte que ce soit fait parce que ça change la donne », a déclaré M. Ford.

La D^{re} Kavita Patel, membre de la Brookings Institution, a affirmé qu'au sud de la frontière, tout le monde parle des tests d'antigène plutôt que des tests PCR.

Même si elle souligne que les tests PCR sont considérés comme le test de référence, leur trop grand nombre de faux négatifs est jugé « inacceptable ».

« En conséquence, la politique des États-Unis a évolué vers des tests antigéniques de dépistage rapide à grande échelle et à faible coût », a déclaré la D^{re} Patel à Global News depuis Washington, D.C.

La D^{re} Sharma a indiqué qu'elle était au courant des problèmes des versions précédentes du test PCR d'Abbott, mais qu'elle ne pouvait pas se prononcer sur les données américaines. Sa confiance en l'approbation de Santé Canada est fondée sur l'appareil et les données probantes transmises par Santé Canada.

La D^{re} Sharma a déclaré que les données montraient que la sensibilité du test, ou sa capacité à détecter la COVID-19 avec un écouvillon nasal régulier, était de 93 % et était encore plus élevée en utilisant l'écouvillon nasopharyngé plus profond.

« Les données qui nous ont été présentées corroborent réellement ce niveau de sensibilité et de spécificité des appareils et c'est pour cela qu'ils ont été autorisés. »

L'étude américaine publiée en mai avait révélé que le test d'Abbott montrait « une faible sensibilité ainsi qu'un nombre élevé de faux négatifs » par rapport à un autre test de dépistage rapide, le test GeneXpert Xpress SARS-CoV-2 de Cepheid. Santé Canada a également approuvé le test de Cepheid, mais n'a acheté qu'environ un million de tests. Certains sont déjà utilisés, notamment dans le nord du Manitoba. Global News a demandé à Santé Canada et à Services publics et Approvisionnement Canada pourquoi ils avaient acheté si peu de ces tests de dépistage, comparativement aux tests d'Abbott.

« Comme pour presque tous les contrats d'EPI et d'autres fournitures médicales, y compris les trousse de tests, les quantités négociées sont fondées sur les besoins du Canada ainsi que sur ce dont le fournisseur est en mesure de garantir quant à la livraison. Compte tenu de la forte demande de tests dans le monde, c'est précisément pour cette raison que nous avons conclu de multiples accords avec différents fournisseurs », a déclaré une porte-parole de la ministre des Approvisionnements, Anita Anand. La D^{re} Sharma a également souligné que la capacité de production était un problème.

« La situation entourant ces appareils médicaux et ces tests est très compliquée. C'est très complexe », a dit la D^{re} Sharma, soulignant que les Canadiens peuvent faire confiance au processus d'approbation de Santé Canada.

– Article rédigé à partir des dossiers de Marc-André Cossette, Global News
<https://globalnews.ca/news/7373108/coronavirus-rapid-tests-health-canada/>

Canada

Le vaccin contre la COVID-19 pour le grand public est peu probable avant l'automne 2021, selon des experts – CTV Montréal

Source : CTV Montreal

ID : 1007955026

MONTREAL – Les experts en mise au point de vaccins pensent qu'il est peu probable que le grand public ait accès à un vaccin contre la COVID-19 avant l'automne 2021, selon un nouveau sondage. Vingt-huit universitaires travaillant en vaccinologie ont été invités par une équipe de l'Université McGill à faire des prévisions concernant trois étapes importantes dans la mise au point d'un vaccin contre la maladie.

Selon eux, le meilleur scénario est juin 2021, et le pire, juillet 2022 – mais leur estimation la plus probable est septembre ou octobre 2021.

L'opinion des experts contraste avec celle du président américain Donald Trump, qui a déclaré lors du débat présidentiel de mardi soir qu'il n'était pas d'accord avec les conseillers médicaux qui ne s'attendent pas à ce qu'un vaccin soit disponible avant 2021.

M, Trump a affirmé que la question était désormais politique et que les États-Unis pourraient avoir un vaccin avant le jour des élections, soit le 3 novembre.

« Les experts sondés y sont allés de prévisions généralement moins optimistes que celles des autorités américaines, qui évoquent l'arrivée d'un vaccin au début de 2021 », a déclaré Jonathan Kimmelman, professeur et directeur de l'Unité d'éthique biomédicale à l'Université McGill, et auteur en chef de l'article.

« La plupart d'entre eux semblent d'avis que, dans le meilleur des cas, le grand public pourrait avoir accès à un vaccin l'été prochain, mais que ce vaccin pourrait aussi n'arriver qu'en 2022. »

<https://montreal.ctvnews.ca/covid-19-vaccine-for-general-public-unlikely-before-fall-2021-mcgill-survey-1.5128820>

États-Unis – Maladie du coronavirus 2019 (COVID-19) – Ressources de communication (sources officielles et médias)

États-Unis

Mise à jour sur la COVID-19 : bilan quotidien, 1^{er} octobre 2020 | FDA

Source : www.fda.gov

ID : 1007955331

La Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a annoncé aujourd'hui la prise des mesures suivantes dans le cadre de ses efforts de lutte contre la pandémie de COVID-19 :

- Aujourd'hui, la FDA a révisé son autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) pour refléter les changements dans la distribution et l'attribution du médicament antiviral Veklury (remdésivir). On trouvera ci-dessous plus de renseignements sur l'EUA.
- La FDA a envoyé une lettre d'avertissement à Kerri Rivera et à sa société KetoKerri, LLC, pour la vente de médicaments contre la COVID-19 non approuvés et mal étiquetés. Les produits KK Black Seed Oil, KK Breakthrough Vitamin D with Chondroïtine & Oleic, Stonebreaker, KK EDTA with Selenium and Minerals, Zeolite, Ultra Liquid Zeolite et DR. FITT FIRE FIGHTERS prétendent de manière frauduleuse pouvoir atténuer, prévenir, traiter ou guérir la COVID-19. Ces produits sont de nouveaux médicaments qui n'ont pas été approuvés et qui sont vendus en violation de l'article 505(a) de la loi fédérale sur les aliments, les médicaments et les cosmétiques (loi FD&C), 21 U.S.C. § 355(a), et qui sont également mal étiquetés en vertu de l'article 502 de la loi FD&C, 21 U.S.C. § 352.
- Le point sur le dépistage :
 - À ce jour, 265 tests sont autorisés par la FDA en vertu d'EUA, dont 210 tests moléculaires, 51 tests de détection d'anticorps et 4 tests antigéniques.

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-daily-roundup-october-1-2020>

États-Unis

L'administration Trump annonce 20 milliards de dollars en financement pour les fournisseurs de soins au cours de la phase 3

Source : www.hhs.gov

ID : 1007955320

Aujourd'hui, sous la direction du président Trump, le ministère américain de la Santé et des Services sociaux (HHS), par l'entremise de la Health Resources and Services Administration (HRSA), a annoncé un nouveau financement de 20 milliards de dollars pour les fournisseurs de première ligne de la pandémie de COVID-19. Dans le cadre de cette allocation de distribution générale liée à la phase 3, les fournisseurs qui ont déjà reçu des paiements du Provider Relief Fund seront invités à demander un financement supplémentaire qui tiendra compte des pertes financières et des changements dans les dépenses d'exploitation causés par la COVID-19. Les fournisseurs qui n'étaient pas admissibles, tels que ceux qui ont commencé à pratiquer en 2020, seront également invités à présenter une demande, et un groupe élargi de fournisseurs de services de santé comportementale confrontés à l'émergence de problèmes de santé mentale et de consommation de substances exacerbés par la pandémie seront également admissibles aux paiements de secours.

Les fournisseurs pourront faire leur demande de fonds à compter du lundi 5 octobre 2020.

« Le HHS veut s'assurer que tous les fournisseurs de soins de santé américains reçoivent le soutien du Provider Relief Fund rapidement et équitablement. Cette nouvelle phase permet de garantir que nous atteignons les principaux fournisseurs de soins de santé comportementale américains et prend en compte les pertes ainsi que les dépenses liées à la COVID-19 », a déclaré le secrétaire du HHS, Alex Azar. « Nous avons travaillé avec toutes les ressources dont nous disposons au HHS pour nous assurer que les fournisseurs héroïques de soins de santé américains savent qu'ils peuvent demander de l'aide. »

Le HHS a déjà octroyé plus de 100 milliards de dollars de fonds de secours aux fournisseurs au moyen de distributions antérieures. Pourtant, le HHS reconnaît que de nombreux fournisseurs éprouvent toujours des difficultés financières en raison de la COVID-19. Pour les fournisseurs admissibles, la nouvelle distribution générale qui accompagne la phase 3 est conçue pour équilibrer un paiement équitable de 2 % des revenus annuels des soins aux patients, plus un paiement supplémentaire tenant compte des pertes de revenus et des dépenses attribuables à la COVID-19.

En outre, le HHS reconnaît que les contraintes telles que le confinement et l'isolement social ont été particulièrement difficiles pour de nombreux Américains. Un rapport récent des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) a attesté que la prévalence des symptômes du trouble anxieux au deuxième trimestre de 2020 était environ trois fois supérieure à celle signalée au deuxième trimestre de 2019 (25,5 % contre 8,1 %) et que la prévalence du trouble dépressif était environ quatre fois supérieure à celle rapportée au deuxième trimestre de 2019 (24,3 % contre 6,5 %). Nos fournisseurs de soins de santé comportementale ont assumé le fardeau de répondre et de faire face à ce défi d'envergure engendré par la pandémie. Lorsque le soutien psychologique traditionnel en personne a été restreint et que de nouvelles approches de télésanté ont été mises en place en réponse à la pandémie, de nombreux fournisseurs de soins de santé comportementale ont investi et adopté des technologies de télésanté pour continuer à fournir des soins aux patients. Alors que certains fournisseurs de soins de santé comportementale, tels que Medicare ou Medicaid, ont déjà reçu des paiements de distribution générale, d'autres n'ont rien reçu à ce jour. En collaboration avec la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), la HRSA a élaboré une liste des fournisseurs de soins de santé comportementale du pays qui sont désormais admissibles au financement. Ceux-ci comprennent des centres de conseil en toxicomanie, des conseillers en santé mentale et des psychiatres.

Admissibilité

Le HHS s'assure qu'un grand nombre de fournisseurs sont admissibles au financement de la distribution générale de phase 3, en incluant notamment :

Les fournisseurs qui ont précédemment reçu, refusé ou accepté un paiement du Provider Relief Fund.

Les fournisseurs qui ont déjà reçu des paiements d'environ 2 % des revenus annuels pour des soins aux patients peuvent soumettre plus de renseignements afin d'être admissibles à un paiement supplémentaire.

Les fournisseurs de soins de santé comportementale, y compris ceux qui ont déjà reçu un financement et les nouveaux fournisseurs.

Les fournisseurs de soins de santé qui ont commencé à pratiquer entre le 1^{er} janvier et le 31 mars 2020. Ceux-ci incluent Medicare, Medicaid, CHIP, les dentistes, les résidences pour retraités et les fournisseurs de soins de santé comportementale.

Méthodologie de paiement – Faites votre demande tôt

Tous les fournisseurs admissibles seront considérés pour le paiement selon les critères ci-dessous.

Toutes les demandes de fournisseurs seront examinées pour confirmer qu'ils ont reçu un paiement du Provider Relief Fund correspondant à environ 2 % des revenus de soins aux patients provenant de distributions générales antérieures.

Les fournisseurs qui n'ont pas encore reçu de paiement du Provider Relief Fund correspondant à 2 % de leurs revenus de soins aux patients recevront un paiement qui, combiné aux paiements antérieurs (s'il y a lieu), sera équivalent à 2 % des revenus des soins aux patients.

Avec le solde restant du budget de 20 milliards de dollars, la HRSA calculera ensuite un paiement supplémentaire équitable qui tiendra compte des éléments suivants :

Un changement relatif aux revenus d'exploitation des soins aux patients d'un fournisseur.

Un changement relatif aux dépenses de fonctionnement des soins aux patients, y compris les dépenses engagées liées à la COVID-19.

Des paiements précédemment reçus au moyen de distributions antérieures du Provider Relief Fund.

Nous savons que les fournisseurs souhaitent recevoir des paiements peu de temps après avoir soumis leurs renseignements. Cependant, cette distribution nécessite la collaboration de tous les demandeurs.

Encore une fois, le HHS encourage tous les fournisseurs admissibles à présenter leur demande sans tarder; n'attendez pas le dernier jour ou la dernière semaine de la période de présentation des demandes. Une demande anticipée aidera à accélérer le processus d'examen et les calculs de paiement du HHS, accélérant ainsi la distribution des paiements.

Tous ceux qui recevront un paiement seront tenus d'attester de la réception du paiement de la distribution générale de la phase 3 et d'accepter les conditions générales connexes.

Date limite pour la présentation de la demande

Les fournisseurs auront du 5 octobre 2020 au 6 novembre 2020 pour demander un financement de la distribution générale de la phase 3. La priorité absolue du HHS est de s'assurer qu'un maximum de fournisseurs ont la possibilité de présenter une demande. Le HHS continuera d'organiser des webinaires pour aider les fournisseurs tout au long du processus de demande, et le centre d'appels est également disponible pour répondre aux questions.

Le HHS reconnaît que les nombreux défis de cette pandémie ne peuvent pas être relevés sans des fournisseurs de soins de première ligne axés sur la maîtrise du virus et la prestation de soins holistiques.

Le financement de cette distribution générale de phase 3 a été rendu possible grâce à la loi bipartite CARES Act et à la loi Paycheck Protection Program and Health Care Enhancement Act, qui ont alloué 175 milliards de dollars en fonds de secours aux hôpitaux et à d'autres fournisseurs de soins de santé.

Pour obtenir des mises à jour et pour en savoir plus sur le Provider Relief Program, visitez le site :

[hhs.gov/providerrelief](https://www.hhs.gov/providerrelief).

<https://www.hhs.gov/about/news/2020/10/1/trump-administration-announces-20-billion-in-new-phase-3-provider-relief-funding.html>

États-Unis

Veklury (remdésivir) est maintenant disponible directement auprès du distributeur à la suite du succès des allocations de l'administration Trump aux États et territoires américains | HHS.gov

Source : hhs.gov

ID : 1007955313

À partir du 1^{er} octobre 2020, les hôpitaux américains pourront acheter le médicament Veklury (remdésivir) directement du distributeur. Veklury est un médicament antiviral actuellement autorisé pour une utilisation d'urgence par les fournisseurs de soins de santé pour le traitement des cas de COVID-19 soupçonnés ou confirmés en laboratoire chez les adultes et les enfants. Au cours des cinq derniers mois, le gouvernement américain a supervisé l'attribution et la distribution de Veklury en raison de l'approvisionnement limité du médicament afin d'assurer une distribution juste et équitable aux patients atteints de la COVID-19.

« Dans les mois qui ont suivi la promesse de l'efficacité de Veklury contre la COVID-19, le président Trump s'est assuré que la grande majorité de l'inventaire du fabricant serait réservé à la

population américaine, dans le cadre de la gestion des ressources rares nécessaires dans la lutte contre la COVID-19 par son administration », a déclaré Alex Azar, secrétaire américain à la Santé et aux Services sociaux (HHS). « Au cours des cinq derniers mois, le HHS a travaillé efficacement, impartialement et équitablement pour distribuer environ 150 000 traitements Veklury et rendre plus de 500 000 traitements disponibles pour soutenir le traitement des patients dans les hôpitaux américains. Désormais, la surveillance gouvernementale de l'attribution de Veklury n'est plus nécessaire, car le médicament n'est plus une ressource rare. Cela souligne les progrès que nous avons réalisés contre la COVID-19 et la solidité de nos partenariats avec le secteur privé. »

Le 1^{er} octobre 2020, la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a révisé l'autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) de Veklury en retirant le rôle du gouvernement américain dans l'attribution du médicament. L'EUA révisée désigne Gilead Sciences, Inc. et ses distributeurs agréés comme les parties responsables de la distribution de Veklury.

L'offre actuelle de Veklury dépasse la demande du marché, comme en témoignent les récents résultats d'allocations de l'Assistant Secretary for Preparedness and Response (ASPR) du HHS.

Les dossiers de l'ASPR indiquent que, sur les 500 000 traitements disponibles aux États-Unis entre juillet et septembre 2020, les services de santé des États et territoires américains ont accepté 84 % de leurs allocations (423 765 traitements); cependant, seulement 32 % (160 981 traitements) de l'allocation totale a réellement été acheté par les hôpitaux dans leur administration. Au cours du projet, l'ASPR a distribué plus de 700 000 traitements, dont la réaffectation de 200 000 traitements qui n'avaient pas été acceptés initialement par les services de santé des États et territoires américains.

Gilead prévoit produire des quantités suffisantes de Veklury pour répondre aux besoins actuels et futurs liés aux infections à SRAS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19.

Le coût de Veklury ne changera pas lors de la transition entre la surveillance du gouvernement américain vers l'attribution aux ventes commerciales directes. Les hôpitaux continueront de payer le médicament au prix courant de Gilead (WAC), soit environ 3 200 \$ par traitement.

En règle générale, les patients ne paient pas directement les médicaments administrés à l'hôpital, comme Veklury; pour Medicare et la plupart des assureurs privés, le coût du médicament est plutôt intégré aux coûts globaux du traitement en fonction du diagnostic du patient.

AmerisourceBergen restera l'unique distributeur de Veklury jusqu'à la fin de l'année pour assurer la cohérence et la continuité du processus de distribution.

Visitez le site Web de l'ASPR pour plus d'informations sur Veklury, la stratégie qui était utilisée pour allouer et distribuer le médicament jusqu'à aujourd'hui, ainsi que le nombre de traitements Veklury alloués aux États et territoires américains entre mai et septembre 2020.

<https://www.hhs.gov/about/news/2020/10/01/veklury-remdesivir-available-directly-distributor-following-trump-administrations-successful-allocations.html>

États-Unis

Le HHS s'associe à la Fondation Rockefeller pour échanger les meilleures pratiques pour un dépistage accru de la COVID-19 | HHS.gov

Source : hhs.gov

ID : 1007955304

Le département américain de la Santé et des Services sociaux (HHS) et la Fondation Rockefeller ont signé un accord pour cerner et échanger des approches efficaces pour l'utilisation de tests antigéniques de dépistage rapide au point de service pour dépister la COVID-19 dans les communautés, en mettant l'accent sur la réouverture en toute sécurité des écoles.

Le partenariat établit un programme pilote auprès des villes et des États sélectionnés au sein du Testing Solutions Group (TSG) de la Fondation Rockefeller, un réseau d'agents publics responsables de la mise en place rapide des tests, de la recherche des contacts et du suivi de la COVID-19 dans leur communauté.

« Ce programme pilote permettra de produire des données du monde réel tout en cernant les meilleures pratiques et les leçons retenues, ainsi que des mesures sur l'intégration efficace des tests de dépistage lors de l'ouverture et de la réouverture des écoles pour les élèves et les enseignants », a déclaré l'Amiral Brett Giroir, M.D., secrétaire adjoint à la Santé du HHS. « Notre collaboration avec la Fondation Rockefeller a pour objectif d'informer les États et territoires américains quant à la manière d'élaborer leur propre plan d'action visant à permettre aux enfants de demeurer en classe en toute

sécurité, ce qui est essentiel pour leur santé physique, émotionnelle, psychologique et développementale. »

Le HHS fournira au moins 120 000 tests de dépistage Abbott BinaxNOW COVID-19 Ag Card POC SARS-CoV-2 aux sites pilotes. Les villes pilotes initiales, sélectionnées en collaboration avec la Fondation Rockefeller, sont les suivantes : Louisville, au Kentucky, Los Angeles, la Nouvelle-Orléans et Tulsa, en Oklahoma. De plus, le Rhode Island a été choisi comme État pilote.

BinaxNOW est une option de test unique visant à soutenir les enseignants et les élèves de la maternelle à la 12^e année, l'enseignement supérieur, les infrastructures essentielles, les premiers intervenants et tous les autres groupes prioritaires que les gouverneurs jugent appropriés. Le test de dépistage rapide de la COVID-19 est facile à utiliser et transmet des résultats en 15 minutes. BinaxNOW est le seul test antigénique de dépistage rapide au point de service autorisé par la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis qui ne nécessite pas d'instrument de laboratoire pour analyser les échantillons; au lieu de cela, les résultats négatifs ou positifs à la COVID-19 sont déterminés par une carte de test.

Le HHS distribuera les tests selon l'approche établie en tirant parti de l'expertise logistique du ministère de la Défense. La Fondation Rockefeller aidera les communautés à définir les problèmes, à fixer des objectifs stratégiques, à examiner les options et à trouver des solutions pour les aider à combattre la pandémie de manière scientifique. Le programme pilote fournira des informations essentielles sur les politiques, les pratiques et les comportements qui sont nécessaires aux entités du secteur public pour adopter avec succès des pratiques qui permettent aux communautés d'être plus résilientes. Le programme pilote de tests de dépistage au point de service fournira également des données sur la manière d'opérationnaliser les stratégies de dépistage dans les laboratoires, les pharmacies de détail et toutes autres entités communautaires.

En outre, le partenariat aidera à renforcer la capacité des communautés partout aux États-Unis à mieux se préparer aux éventuelles pandémies, en particulier dans les communautés à faible revenu et celles qui sont vulnérables.

La collaboration entre le HHS et la Fondation Rockefeller s'appuie sur le plan de distribution national de l'administration Trump pour les tests Abbott BinaxNOW aux États-Unis, qui comprend l'envoi de millions de tests de dépistage rapide BinaxNOW à tous les États et territoires américains au cours des prochains mois. Le gouvernement fédéral a acheté 150 millions de tests de dépistage Abbott BinaxNOW le 27 août 2020 – un jour après que la FDA a délivré une autorisation d'utilisation d'urgence – l'objectif est de s'assurer que les tests de dépistage rapide sont distribués dans les plus brefs délais aux populations prioritaires, y compris les groupes vulnérables et les écoles.

La Fondation Rockefeller

Depuis plus de 100 ans, la mission de la Fondation Rockefeller est de promouvoir le bien-être de l'humanité partout dans le monde. Aujourd'hui, la Fondation Rockefeller fait avancer les travaux visant à repousser les limites dans les domaines de la science, des données et de l'innovation pour résoudre des problèmes mondiaux liés à la santé, à l'alimentation, à l'énergie et à la mobilité économique.

<https://www.hhs.gov/about/news/2020/10/01/hhs-teams-up-with-the-rockefeller-foundation-to-share-best-practices-for-increased-covid-19-testing.html>

Annnonce relative au Règlement sanitaire international (RSI)

Mesures sanitaires supplémentaires au titre du RSI – COVID-19 – 2 octobre 2020

Annnonce affichée à compter du jeudi 1^{er} octobre 2020 – 20 h 14

Mesures sanitaires supplémentaires liées à l'écllosion de COVID-19

2 octobre 2020

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

Le 30 janvier 2020, le Directeur général a déterminé que l'épidémie de nCoV-2019 constitue une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) et a publié des recommandations temporaires[1]. Le 11 mars 2020, le Directeur général a qualifié la situation liée à la COVID-19 de pandémie[2]. À la suite de la 4^e réunion du Comité d'urgence du RSI concernant la COVID-19 le 31 juillet 2020, le directeur général a confirmé que la pandémie de COVID-19 continue de constituer une USPPI et a émis les recommandations temporaires suivantes pour les États Parties :

Partager avec l'OMS les informations sur les meilleures pratiques, y compris les examens tout au long de la crise; appliquer les enseignements tirés de l'expérience des pays qui réussissent à remettre en marche leurs sociétés (y compris grâce à la réouverture des entreprises et des écoles et à la reprise d'autres services) et à minimiser la recrudescence de la COVID-19.

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

Renforcer l'engagement et le leadership politiques à l'égard des stratégies nationales et des interventions locales fondées sur des éléments scientifiques, des données et l'expérience, et les soutenir; associer tous les secteurs à la lutte contre les répercussions de la pandémie.

Continuer d'augmenter les capacités dans les domaines de la surveillance sanitaire, du dépistage et de la recherche des contacts.

Partager rapidement avec l'OMS les informations et les données sur l'épidémiologie et la gravité de la COVID-19, sur les mesures d'intervention et sur les flambées concomitantes de maladies, par le biais de plateformes telles que le Système mondial de surveillance de la grippe et de riposte.

Renforcer la participation des communautés, donner aux particuliers les moyens d'agir et établir des liens de confiance en s'attaquant à la désinformation et aux fausses informations et en fournissant des orientations, des justifications et des ressources clairement définies pour que les mesures sociales et de santé publique soient acceptées et mises en œuvre.

Participer au dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (accélérateur ACT), participer à des essais pertinents et préparer l'introduction efficace et sans danger de vaccins et de moyens thérapeutiques.

Mettre en œuvre des mesures et des conseils appropriés et non disproportionnés concernant les voyages, en se fondant sur des évaluations des risques, les mettre à jour régulièrement et partager des informations avec l'OMS à ce sujet; mettre en œuvre les capacités nécessaires, y compris aux points d'entrée, pour atténuer les risques potentiels de transmission internationale de la COVID-19 et pour faciliter la recherche des contacts à l'échelle internationale.

Maintenir les services de santé essentiels grâce à des financements, des fournitures et des ressources humaines en quantités suffisantes; préparer les systèmes de santé à faire face à la grippe saisonnière, aux flambées concomitantes d'autres maladies et aux catastrophes naturelles.

Conformément aux dispositions de l'article 43, l'OMS communique les renseignements qui lui sont fournis officiellement par les États Parties et, depuis le 12 mars 2020, également les renseignements publiés par les sites Web des gouvernements des pays afin de réduire l'écart entre l'information communiquée par le biais du mécanisme du RSI et celle publiée par les pays par le biais des sources officielles.

Au 2 octobre 2020, aucun nouvel État Partie n'avait signalé de mesures sanitaires supplémentaires qui entravent de manière significative le trafic international depuis la dernière annonce publiée le 25 septembre 2020. Au total, 194 des 196 États Parties ont présenté un rapport à ce jour, le Mexique et le Nicaragua ne signalant aucune mesure.

En outre, 20 pays ont fourni des mises à jour de leurs mesures précédemment appliquées. La répartition par région de l'OMS est la suivante : AFR : 0 (3 mises à jour), AMR : 0 (1 mise à jour), EMR : 0 (0 mise à jour), EUR : 0 (16 mises à jour), SRO : 0 (0 mise à jour), WPR : 0 (0 mise à jour).

Les liens régionaux ci-dessous permettent d'obtenir plus de détails sur les mesures. L'information est divisée par région, cumulée depuis le début des mises à jour de l'EIS sur les mesures de voyage, et par pays, dans l'ordre alphabétique. Le texte surligné en rouge représente les mises à jour de l'EIS précédemment publié.

REMARQUE 1 : Les chiffres entre parenthèses représentent le nombre de rapports (nouveaux ou actualisés) reçus depuis le 26 mars 2020.

REMARQUE 2 : L'astérisque (*) signifie que l'État Partie fait rapport sur les mesures dirigées vers d'autres pays en plus de la Chine. À partir du 17 mars, tous les pays qui signalent des mesures dirigent ces mesures vers plus d'un pays ou vers tous les pays (p. ex. fermeture des frontières).

REMARQUE 3 : Le carré (#) désigne un document justificatif à fournir par le bureau national ou régional.

REMARQUE 4 : Le signe de pourcentage (%) désigne que la mesure pour le Canada a été mise à jour dans le rapport par pays pour l'AMRO le 17 avril, mais n'a pas été prise en compte dans l'EIS correspondant.

REMARQUE 5 : Pays de la Communauté économique eurasiatique : Arménie, Bélarus, Kazakhstan, Kirghizistan et Fédération de Russie.

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

[2] <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

C'est le moment ou jamais de prévenir la prochaine pandémie : les pays s'associent pour mieux se préparer aux situations d'urgence

Source : OMS

1^{er} octobre 2020 – Communiqué de presse

La COVID-19 ne sera pas la dernière situation d'urgence sanitaire que connaîtra le monde et il est urgent de se préparer durablement pour faire face à la prochaine. C'est le sentiment qu'ont partagé tous les participants à la réunion organisée en marge de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la préparation durable pour la sécurité et la résilience en matière de santé afin d'adopter une approche pour l'ensemble de la société et de briser le cycle « de panique et d'oubli ». Cette réunion virtuelle de haut niveau a été co-organisée par la Finlande, la France, l'Indonésie et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Les crises passées ont montré que quand une épidémie est maîtrisée, les gouvernements et les donateurs ont tendance à s'intéresser à d'autres problèmes pressants. Ce cycle de « de panique et d'oubli » empêche une préparation efficace aux situations d'urgence sanitaire à travers le monde. Il faut briser ce cycle une fois pour toutes. Cette semaine, la barre du million de décès dus à la pandémie de COVID-19 a malheureusement été franchie, et on pense que beaucoup d'autres gens sont morts à cause des perturbations sans précédent des systèmes de santé.

« Au fil des ans, nous avons eu connaissance d'un grand nombre d'informations, d'examen et de recommandations qui montrent tous que le monde n'est pas préparé à une pandémie. La COVID-19 a révélé au grand jour la réalité de la situation : quand la pandémie est survenue, le monde n'était toujours pas prêt », a déclaré le D^r Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS, dans son allocution d'ouverture. Il a appelé à investir dans la préparation, selon une approche impliquant l'ensemble des pouvoirs publics et de la société. « Ce ne sera ni la dernière pandémie ni la dernière urgence sanitaire mondiale. Mais si nous consentons des investissements politiques et financiers judicieux dès aujourd'hui, nous pouvons améliorer la sécurité sanitaire, prévenir et atténuer les prochaines pandémies et préserver notre avenir et celui des générations futures », a-t-il ajouté.

Les pays se sont engagés en faveur de la préparation aux situations d'urgence sanitaire. « Nous savons que la préparation est économiquement pertinente et nous avons mis au point des outils et des modèles de coopération multisectorielle. Nous devons tirer les leçons de la pandémie et nous appuyer sur les progrès déjà réalisés pour orienter les mesures prises en vue de renforcer la sécurité sanitaire et de contribuer ainsi à la réalisation des objectifs de développement durable », a déclaré Päivi Sillanaukee, ambassadrice de la République de Finlande pour la santé et le bien-être.

« Il est urgent de tirer parti de la riposte à la COVID-19 afin de mettre en place des capacités durables de santé publique, de les maintenir et de les renforcer pour la préparation aux situations d'urgence [...] La France est fermement convaincue que la préparation mérite une place beaucoup plus importante dans la politique étrangère et nous sommes prêts à favoriser la coopération entre États Membres pour que cette question reste au centre des préoccupations, que ce soit ici à Genève ou à l'Assemblée générale des Nations Unies à New York », a déclaré Stéphanie Seydoux, ambassadrice de la République française pour la santé mondiale.

La préparation aux situations d'urgence sanitaire fait partie du grand projet de la santé pour tous. Lors de son intervention, la ministre indonésienne des Affaires étrangères, Retno L.P. Marsudi, a rappelé aux participants que « les investissements que nous devons consentir au niveau national maintenant ont pour but de garantir des soins abordables pour tous. Demandons-nous combien de fois avons-nous entendu parler de personnes qui se privent de soins médicaux dont elles ont réellement besoin en raison des coûts... La question de l'accessibilité financière des soins pour tous est au cœur de la présidence indonésienne de l'Initiative politique étrangère et santé mondiale. »

Les ministres de la Santé d'Oman, des Pays-Bas, du Sénégal et de Singapour ont exposé la situation dans leurs pays vis-à-vis de la COVID-19. Le coordonnateur du Groupe des ambassadeurs africains à Genève et le directeur général adjoint du ministère des Affaires étrangères de la République fédérale d'Allemagne, ont également pris la parole à ce sujet. Le débat a été animé par S. E. Hasan Kleib, représentant permanent de l'Indonésie à Genève.

M. Francesco Rocca, président de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR), a souligné le rôle de l'autonomisation des communautés. Il a indiqué que son organisation avait compris, en collaborant avec un réseau d'intervenants dans 192 pays, qu'il était urgent d'investir dans la préparation au niveau communautaire, de « promouvoir l'action humanitaire pour agir à l'échelle locale autant que possible et à l'échelle mondiale si nécessaire [...] », en ajoutant : « Nous appelons les gouvernements, les partenaires et les donateurs à investir dans la préparation au niveau communautaire pour sauver des vies et soulager les souffrances lors la prochaine situation urgence, qui sera inévitable. »

Le secrétaire général de l'Union interparlementaire, M. Martin Chungon, a souligné le rôle des parlements et l'importance d'une approche multisectorielle. L'Association internationale des instituts nationaux de santé publique et la Direction générale de la coopération internationale et du développement de la Commission européenne ont souligné le rôle important joué par les organisations partenaires dans la préparation et le financement aux niveaux national et mondial.

M. Sami Kanaan, maire de Genève, a mis l'accent sur une approche impliquant l'ensemble de la société. « Les autorités locales ne doivent pas seulement disposer des moyens nécessaires pour mettre en œuvre des politiques. Elles doivent aussi participer aux débats internationaux dont naissent les solutions aux problèmes les plus pressants de l'humanité », a-t-il déclaré.

À la fin de la réunion, le Dr Michael Ryan, directeur exécutif chargé du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, a remercié les participants de leurs interventions et a demandé qu'elles se traduisent par un engagement pérenne en faveur de la préparation. « Nous ne pouvons absolument pas

nous permettre que le monde oublie car la prochaine pandémie sera forcément pire », a-t-il dit. « La pandémie de COVID-19 n'est peut-être qu'un signe avant-coureur de ce qui peut arriver. Nous prenons trop de risques », a-t-il ajouté ».

Cette réunion a permis un dialogue crucial entre les pays, les donateurs et les partenaires sur la reconstruction pour mieux se préparer aux situations d'urgence futures, pendant et après la pandémie actuelle de COVID-19. Elle a eu lieu après la publication d'un rapport inquiétant du Conseil mondial de suivi de la préparation, qui appelle aussi à agir d'urgence dans ce domaine.

Selon ce rapport, les investissements en faveur de la préparation ne coûteraient que 5 dollars par personne et par an, alors que cette pandémie a déjà coûté plus de 11 000 milliards de dollars.

<https://www.who.int/fr/news/item/01-10-2020-the-best-time-to-prevent-the-next-pandemic-is-now-countries-join-voices-for-better-emergency-preparedness>

Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC)

Examen systématique de l'efficacité, de l'efficience et de l'innocuité des vaccins contre la grippe saisonnière, nouveaux ou améliorés

Source : ECDC

Dans l'ensemble, les données probantes relatives à l'efficacité et à l'efficience des vaccins antigrippaux nouveaux et améliorés semblent limitées à l'heure actuelle, un certain nombre d'études potentiellement pertinentes étant en cours.

Il est probable que l'utilisation de ces vaccins offre une plus grande protection que l'absence totale de vaccination, si l'on applique les considérations habituelles d'appariement des souches en circulation. Les données probantes concernant la comparabilité de ces vaccins avec les vaccins traditionnels contre la grippe saisonnière sont incertaines en raison du manque de documentation disponible.

Les profils d'innocuité de ces vaccins sont largement conformes à ce que l'on attend de leur composition individuelle et, pour la plupart, ils semblent bien tolérés.

Certaines suggestions sont faites pour améliorer la conduite de la recherche et l'établissement de rapports concernant les vaccins antigrippaux nouveaux et améliorés, ce qui devrait améliorer la couverture des données en général et faciliter la prise de décisions futures pour ce qui a trait à l'utilisation de ces vaccins.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/seasonal-influenza-systematic-review-efficacy-vaccines>
<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/seasonal-influenza-vaccines-systematic-review-efficacy.pdf>

Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC)

Nouvel outil pour la détection précoce des menaces en matière de santé publique à partir des données de Twitter : epitweetr

Source : ECDC

Article de presse

1^{er} octobre 2020

L'ECDC a lancé un outil interactif gratuit en libre accès pour faciliter la détection précoce automatisée des menaces en matière de santé publique à partir des données de Twitter.

L'[outil epitweetr](#), basé sur la technologie R, permet aux utilisateurs de suivre automatiquement les tendances des tweets par moment, par lieu et par sujet, dans le but de détecter précocement les menaces en matière de santé publique par des signaux, tels qu'une augmentation inhabituelle du nombre de tweets. Il a été conçu pour aider les experts de la santé publique à détecter rapidement les menaces

de maladies infectieuses, mais peut être étendu à tous les dangers et à d'autres domaines d'étude en modifiant les sujets et les mots clés.

L'outil epitweetr comprend une application Web interactive (basée sur la technologie R Shiny) de cinq pages :

1. Un tableau de bord, où les utilisateurs peuvent visualiser et explorer des tweets, et télécharger les extraits et les données connexes;
2. La page des alertes, où les utilisateurs peuvent consulter les alertes en cours et les informations connexes;
3. La page d'évaluation des géomarqueurs, où les utilisateurs peuvent évaluer l'algorithme de géolocalisation dans différents champs de tweet pour choisir manuellement le seuil de géolocalisation;
4. La page de configuration, où les utilisateurs peuvent modifier les paramètres et vérifier l'état des processus sous-jacents;
5. La page de dépannage, qui comprend des vérifications automatiques et des conseils pour utiliser toutes les fonctionnalités d'epitweetr.

Pour rendre epitweetr disponible au plus grand nombre d'utilisateurs possible, on a choisi la plateforme informatique R. La plateforme R est gratuite, en libre accès, et elle fonctionne sur n'importe quel système d'exploitation moderne.

Epitweetr peut être téléchargé gratuitement à partir du site Web de l'ECDC, du site Web du CRAN (pour les utilisateurs du CRAN) ou de GitHub (pour les utilisateurs de GitHub).

<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/new-tool-early-detection-public-health-threats-twitter-data-epitweetr>

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

International

Alors que le nombre total de cas de COVID-19 dépasse les 34 millions, la Banque mondiale propose un plan de vaccination pour les pays les plus pauvres

Source : CIDRAP

ID : 1007954276

Le nombre total de cas de COVID-19 dans le monde a dépassé les 34 millions aujourd'hui, alors qu'un responsable de la Banque mondiale a annoncé un plan de 12 milliards de dollars pour aider les pays à faible revenu à acheter des vaccins et que les législateurs américains s'accrochent à l'espoir d'un projet de loi de relance encore inachevé pour limiter les dégâts économiques de la pandémie sur les familles et les entreprises.

Hier, les États-Unis ont ajouté 42 812 cas au total mondial, qui a maintenant atteint 34 114 758 cas et 1 016 406 décès, selon le tableau de bord en ligne de Johns Hopkins.

Le plan de la Banque mondiale accélérerait l'achat de vaccins

Lors d'un événement parallèle à l'Assemblée générale des Nations unies hier, le président de la Banque mondiale, David Malpass, a déclaré que le groupe souhaitait accélérer le financement des vaccins contre la COVID-19, comme il l'avait fait en mars dernier pour aider les pays à renforcer leur soutien sanitaire d'urgence.

Il a annoncé qu'il proposait que le conseil d'administration de la Banque mondiale mette à la disposition des pays 12 milliards de dollars pour l'achat et le déploiement de vaccins contre la COVID-19, une fois que les organismes de réglementation les auront approuvés. Il a déclaré que l'aide supplémentaire

viserait les pays à faible et à moyen revenu qui n'ont pas un accès suffisant et les aiderait à modifier le cours de la pandémie pour leur population.

Selon M. Malpass, cette approche reflète les efforts passés de la Banque mondiale en matière de vaccins et signalera aux fabricants de vaccins que les pays en développement disposent de multiples moyens pour acheter des vaccins. Et il a ajouté que la branche du secteur privé de la Banque mondiale, appelée IFC, investit dans des sociétés de vaccins qui sont prêtes à donner la priorité aux pays en développement et dans des efforts pour éviter les goulots d'étranglement de la production en assurant un approvisionnement en flacons, en aiguilles, en seringues et en capacités d'entreposage au froid.

Les responsables de la santé mondiale, y compris ceux de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), ont souligné que la COVID-19 reste une menace où qu'elle se trouve et que le déploiement de vaccins dans tous les pays n'est pas de la charité, mais plutôt le meilleur plan pour assurer la sécurité mondiale.

D'autres augmentations dans certaines régions du monde

L'Inde a signalé hier près de 87 000 cas, continuant à être le pays du monde où le nombre de cas est le plus élevé. Le pays a la deuxième plus grande population au monde et, dans les semaines à venir, il est sur le point de dépasser les États-Unis pour ce qui est du nombre de cas.

Malgré l'augmentation continue, l'Inde a autorisé hier la réouverture des écoles et des cinémas, et l'État du Maharashtra, durement touché, a entièrement rouvert ses bars et ses restaurants, a rapporté Reuters.

En Europe, la Pologne a enregistré un record quotidien de 1 967 nouveaux cas aujourd'hui, et les responsables de la santé ont déclaré qu'ils s'attendaient à ce que les niveaux de maladie continuent à augmenter. En Espagne, les dirigeants régionaux ont à nouveau ordonné à contrecœur le confinement de Madrid, à la suite de l'interdiction par le gouvernement des déplacements non essentiels à destination et en provenance de la capitale du pays. En Angleterre, le ministre de la Santé, Matt Hancock, a étendu les restrictions liées à la COVID-19 à une plus grande partie du pays pour inclure Liverpool dans le nord, dans le cadre des efforts visant à freiner l'augmentation du nombre de cas.

Au Moyen-Orient, une autre région où le nombre de cas dans certains pays est en hausse, la Jordanie a enregistré hier un record quotidien de 1 767 cas et a averti qu'elle pourrait devoir se mettre en quarantaine. Deux autres pays ont également enregistré des records quotidiens, notamment les Émirats arabes unis pour la deuxième journée consécutive et Israël, qui est à nouveau en état d'alerte depuis le 18 septembre.

Ailleurs, les cas dans la région africaine de l'OMS ont diminué de 13 % au cours de la dernière semaine de référence, a déclaré le bureau régional sur Twitter. L'Afrique du Sud est en tête de la région avec le plus grand nombre de cas, mais les maladies du pays ont diminué de 21 % au cours des 7 derniers jours.

Les législateurs américains s'efforcent de mettre au point un remède contre le coronavirus

Aux États-Unis, la pandémie continue de faire des ravages économiques. Le nombre de personnes percevant des allocations de chômage est tombé à 837 000 la semaine dernière, selon l'Associated Press, le dernier rapport du ministère du Travail montrant que les entreprises américaines suppriment un nombre record d'emplois en raison des retombées de la pandémie.

À Washington, D.C., les derniers efforts sont en cours pour régler les termes d'un nouveau programme de lutte contre le coronavirus, le Congrès devant s'ajourner à la fin de la semaine en raison des élections, rapporte le Washington Post. Les démocrates de la Chambre ont réduit leur proposition de 3,4 trillions à 2,2 trillions de dollars, et la présidente de la Chambre, Nancy Pelosi, a déclaré qu'elle pourrait passer au vote de la Chambre sur le paquet aujourd'hui.

Les républicains s'opposent fermement à ce projet de loi, bien que la Maison Blanche ait proposé un financement de 1,6 trillion de dollars, que Pelosi a rejeté comme étant trop petit, ce qui a incité l'administration Trump à accuser M^{me} Pelosi de ne pas prendre les négociations au sérieux. Elle et le secrétaire au Trésor, Steven Mnuchin, devaient se rencontrer à nouveau aujourd'hui pour trouver un terrain d'entente.

Dans le même ordre d'idées, United Airlines et American Airlines ont annoncé qu'elles commenceraient à licencier des dizaines de milliers d'employés aujourd'hui, à la suite de l'annonce que le Congrès et la Maison Blanche ne sont pas parvenus hier à un accord sur le plan de relance de la lutte contre le coronavirus, a déclaré le Washington Post dans un rapport séparé. Les entreprises ont déclaré qu'elles pourraient rappeler les employés si les législateurs parvenaient à un accord dans les prochains jours.

Dans d'autres développements aux États-Unis :

La Food and Drug Administration (FDA) a élargi son enquête sur un événement indésirable survenu lors d'un essai britannique de phase 3 du vaccin d'AstraZeneca contre la COVID-19, a rapporté Reuters. Les fonctionnaires ont déclaré qu'ils examineront les données des versions d'essai précédentes de vaccins similaires développés par le même groupe de recherche.

Sur la côte Est, les restaurants de la ville de New York ont rouvert hier leurs portes à 25 % de leur capacité, bien que plusieurs quartiers de Brooklyn et du Queens signalent des taux de positivité croissants. Boston a reporté sa prochaine phase de réouverture en raison de l'augmentation des cas, qui, selon le maire de la ville, concernent principalement des jeunes et des étudiants.

Le président Donald Trump est l'une des plus grandes sources de désinformation sur la COVID-19, selon une étude de 38 millions d'articles du monde entier réalisée par des chercheurs de l'Université Cornell. Ils ont constaté que les mentions médiatiques de Trump dans le contexte des sujets de désinformation représentaient 37 % de l'ensemble des conversations sur la désinformation, plus que tout autre sujet.

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/10/covid-19-total-tops-34-million-world-bank-offers-vaccine-plan-poorer>

Royaume-Uni

Le vaccin contre le coronavirus pourrait ne pas permettre un retour à la vie normale avant 2023, selon des scientifiques

ID : 1007951235

Source : infosurhoy.com

Un vaccin contre la COVID-19 pourrait ne pas permettre un retour à la vie normale avant 2023, selon des scientifiques.

Les experts qui examinent la possibilité d'un déploiement ont conclu qu'il faudra peut-être un an après l'approbation éventuelle d'un vaccin au printemps prochain pour l'étendre à l'ensemble de la population. Un rapport a été publié par la Royal Society, qui examine les défis liés au développement, à l'évaluation, à la fabrication et à la distribution d'un vaccin.

Le verdict de son groupe d'évaluation des données et d'apprentissage pour les épidémies virales (DELVE) sera un choc pour les familles qui cherchent désespérément un coup de pouce pour se sauver de la pandémie et a de grandes implications pour l'économie.

Le gouvernement a précédemment évoqué qu'un vaccin fonctionnel pourrait être découvert d'ici la fin de l'année.

L'auteur, le professeur Nilay Shah, expert en génie chimique à l'Imperial College de Londres, a déclaré : « Cela ne signifie pas que, dans un mois, tout le monde sera vacciné. Nous parlons de six mois, neuf mois ou peut-être un an de plus. Il faudra beaucoup de temps pour déployer le vaccin, même une fois qu'il sera approuvé. »

Le déploiement nécessiterait un effort logistique sans précédent pour vacciner les différentes tranches d'âge dans les cabinets médicaux et les cliniques mobiles temporaires. La vaccination commencerait probablement par les personnes de plus de 80 ans, suivies du groupe des 75 à 80 ans, puis du groupe des 70 à 75 ans, et ainsi de suite. Le professeur Shah a déclaré qu'il faudra probablement une quinzaine de jours pour vacciner chaque groupe d'âge de cinq ans, ce qui signifie qu'il faudra entre sept et neuf mois pour vacciner toute la population.

Les principaux experts britanniques ont averti que si un vaccin peut initialement aider à contrôler les éclosions, l'immunité totale de la population peut prendre beaucoup de temps après l'approbation du premier vaccin, et l'éloignement social est probable dans un avenir prévisible.

Le professeur Charles Bangham, titulaire de la chaire d'immunologie à l'Imperial College de Londres, a déclaré : « Nous devons imposer certaines restrictions qui dureront jusqu'à l'année prochaine. Ce sera une réponse de plus en plus graduelle. »

<https://infosurhoy.com/science/coronavirus-vaccine-may-not-return-life-to-normal-until-2023-scientists-warn/>

Royaume-Uni

COVID : 170 tests positifs à l'usine de viande de Cornwall

ID : 1007951904

Source : BBC

Des tests ont révélé 170 cas de COVID-19 parmi les travailleurs d'une usine de transformation de viande de porc en Cornwall.

Cinq cents employés du Pilgrim's Pride in Pool, près de Camborne, ont été testés dans le cadre d'un exercice de recherche de contacts mené par le NHS.

La plupart de ceux qui ont été testés positifs ne savaient pas qu'ils avaient la COVID-19 et ne présentaient pas de symptômes.

Ces personnes et celles avec lesquelles elles ont été en contact étroit s'isolent conformément aux directives du gouvernement, a déclaré le Conseil de Cornwall.

Les cas de COVID-19 dans le Sud-Ouest sont encore inférieurs à la moyenne nationale, selon les derniers chiffres.

Cornwall reste l'endroit dans la région où le nombre de cas est le plus élevé.

De la semaine au dimanche, les chiffres sont passés de 115 à 180. Le taux d'infection est de 31,5 pour 100 000 habitants.

« Au total, près de 500 employés de l'usine ont été testés et la grande majorité des cas qui ont été testés positifs ne présentaient pas de symptômes », a déclaré le Conseil de Cornwall.

Rachel Wigglesworth, directrice intérimaire de la santé publique pour le Conseil de Cornwall, a déclaré : « En trouvant des personnes qui ne présentaient pas de symptômes, nous avons potentiellement arrêté une propagation beaucoup plus large dans nos communautés. »

Le chef du Conseil, Julian German, a déclaré que les « tests proactifs » nous aidaient à « agir rapidement pour limiter la propagation de COVID dans nos communautés. »

L'usine Pilgrim's Pride a déclaré dans un communiqué que, « depuis le début », elle avait « travaillé consciencieusement pour faire tout ce qui était possible pour protéger la main-d'œuvre et la communauté locale. »

Sujets connexes

Le premier débat présidentiel américain de mardi, laid et houleux, est largement condamné

Publié

Droits d'auteur : (C) British Broadcasting Corporation, voir

<http://news.bbc.co.uk/2/hi/help/rss/4498287.stm> pour les conditions de réutilisation.

<https://www.bbc.co.uk/news/uk-england-cornwall-54361824>

Jordanie

Avertissements sur l'effondrement du système de santé jordanien

ID : 1007951793

Source : arabic.rt

Le ministre d'État jordanien à l'information, Amjad Al-Amayla, a déclaré que la situation épidémiologique en Jordanie est très grave, mettant en garde contre un éventuel effondrement du système de santé dans le royaume.

Si le nombre d'infections par le coronavirus atteint plus de 3 000 cas actifs, le pays sera en danger et le système de santé s'effondrera, a-t-il déclaré dans une entrevue à la radio.

Il a souligné qu'à ce jour, les hôpitaux sont en mesure de traiter les problèmes liés au coronavirus, en précisant que 90 % des cas n'ont pas besoin de soins de santé et que « le gouvernement ne peut pas continuer à perturber la vie, et nous devons équilibrer l'économie et la santé. »

Il a déclaré que le gouvernement s'occupe de chaque région individuellement, notant qu'il pourrait devoir fermer les zones où les pertes sont élevées.

Selon la mise à jour de la plateforme du ministère de la Santé portant sur le coronavirus, 1 158 personnes sont en cours de traitement dans les hôpitaux, tandis que le nombre total d'infections dans le royaume depuis le début de la pandémie a atteint 11 825.

Source : Ammon

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1007951793>

https://arabic.rt.com/middle_east/1159114-%D9%83%D9%88%D8%B1%D9%88%D9%86%D8%A7-%D8%AA%D8%AD%D8%B0%D9%8A%D8%B1%D8%A7%D8%AA-%D9%85%D9%86-%D8%A7%D9%86%D9%87%D9%8A%D8%A7%D8%B1-%D8%A7%D9%84%D9%86%D8%B8%D8%A7%D9%85-%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D9%8A-%D9%81%D9%8A-%D8%A7%D9%84%D8%A3%D8%B1%D8%AF%D9%86/

Études relatives aux éclosions de la maladie à coronavirus (COVID -19) (médias)

Canada

COVID-19 et établissements de soins de longue durée : la propriété est-elle importante? | CMAJ

Source : cmaj.ca

ID : 1007952822

POINTS CLÉS

Des recherches ont montré que la propriété à but lucratif d'établissements de soins de longue durée a joué un rôle dans les modèles d'éclosions et de décès liés à la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) en Ontario; cela est lié aux caractéristiques des bâtiments et au statut de la chaîne des propriétaires.

La propriété à but lucratif a été liée à des niveaux de personnel moins élevés dans les établissements de soins de longue durée dans le cadre de recherches comparant les établissements à but lucratif et les établissements à but non lucratif.

Des recherches récentes ont montré une association entre des niveaux de dotation en personnel infirmier inférieurs et des résultats plus mauvais liés à la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée.

La politique de soins de longue durée devrait donner la priorité au financement et à l'affectation de niveaux de personnel suffisants, sur la base des données disponibles.

Dans une recherche connexe, Stall et ses collègues ont examiné le lien entre la propriété d'un établissement de soins de longue durée et l'occurrence, l'étendue et la mortalité associées aux éclosions de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) dans les 623 établissements de soins de longue durée de l'Ontario¹. Dans leur analyse, ajustée au niveau de l'établissement, les auteurs n'ont trouvé aucune association entre la propriété et les risques d'occurrence d'une éclosion. Ils ont toutefois constaté que les installations à but lucratif ont connu des éclosions plus importantes et un plus grand nombre de décès que les installations à but non lucratif, avec un effet encore plus marqué lorsque les installations à but lucratif sont comparées aux installations entièrement gérées par les municipalités. Toutefois, lorsque la

conception de chambres à plusieurs lits a été ajoutée au modèle, le statut de propriété à but lucratif a perdu de son importance pour ces résultats, ce qui a conduit les auteurs à conclure que la modernisation des bâtiments devrait être un élément important pour résoudre les problèmes du secteur des soins de longue durée en Ontario.

Dans leur modèle élargi, les auteurs ont également constaté que le statut de chaîne de l'établissement de soins de longue durée conférait un risque important d'éclosion plus étendue et de décès. Parmi les établissements de soins de longue durée à but lucratif de l'Ontario, 85 % font partie d'une chaîne (contre 31 % des établissements à but non lucratif et aucune chaîne parmi les foyers gérés par les municipalités), ce qui soulève la question de savoir si le statut de chaîne à but lucratif d'un établissement est un facteur de risque important et indépendant pour des éclosions et des décès plus importants, même après avoir contrôlé les chambres à plusieurs lits. Si c'est le cas, le simple fait d'assurer la modernisation des bâtiments, bien qu'important, ne suffira probablement pas à combler les lacunes systémiques.

L'étude de Stall et ses collègues ne comprenait pas de données sur les effectifs des différents groupes de propriétaires d'établissements. La documentation fait constamment état d'une différence importante entre les établissements à but lucratif, à but non lucratif et publics en ce qui concerne le personnel des soins de longue durée 2,3. Une étude de 2011 sur les maisons de soins infirmiers aux États-Unis a montré que les plus grandes chaînes à but lucratif avaient le nombre d'heures de soins infirmiers le plus faible⁴ et une étude canadienne antérieure a montré que les établissements appartenant au gouvernement (autorité sanitaire) fournissaient 61 minutes de plus de personnel par jour-résident que les établissements à but lucratif⁵. Un rapport récent de l'Office of the BC Seniors Advocate sur les contrats gouvernementaux passés avec les établissements de soins de longue durée a révélé que le secteur à but lucratif n'a pas réussi à fournir les heures de soins pour lesquelles il avait reçu des fonds en 2016-2018, alors que le secteur à but non lucratif a fourni 80 000 heures de soins de plus que ce qu'il avait été financé pour en fournir⁶. En outre, les recherches commencent à montrer que, lorsqu'il s'agit d'éclosions de COVID-19, la dotation en personnel des établissements de soins de longue durée est importante. Une étude récente des éclosions de COVID-19 en Californie a révélé que les établissements de soins de longue durée dont le nombre total d'infirmières autorisées était inférieur à la norme minimale recommandée (0,75 h par jour-résident) étaient deux fois plus susceptibles d'avoir des résidents atteints d'une infection par le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2) que les établissements disposant d'un personnel suffisant⁷. Une étude menée dans le Connecticut a révélé que dans les établissements de soins de longue durée où l'on recense au moins un cas confirmé de COVID-19, chaque augmentation de 20 minutes (par jour-résident) du personnel infirmier était associée à une diminution de 22 % des cas confirmés, et que dans les établissements où l'on recense au moins un décès dû à la COVID-19, chaque augmentation de 20 minutes du personnel infirmier permettait de prévoir une diminution significative de 26 % des décès⁸.

Reconnaître l'importance des caractéristiques du personnel a été la clé pour limiter les éclosions de COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée en Colombie-Britannique. Le personnel a rapidement été identifié comme un important vecteur de transmission, ce qui a conduit le gouvernement de la Colombie-Britannique à limiter le personnel travaillant sur plusieurs sites en offrant les mêmes normes plus élevées de salaires et de conditions de travail à tous les travailleurs dans les établissements de soins de longue durée⁹.

Ces données montrent clairement que la propriété compte lorsqu'il s'agit de personnel, et que le personnel compte lorsqu'il s'agit de gérer les éclosions de COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée. Les études sur les mouvements du temps et la modélisation ont également permis de calculer facilement le nombre et le type de personnel nécessaire pour répondre aux besoins de soins des résidents⁹. Les ratios d'une aide aux soins pour dix résidents ou plus sont clairement inacceptables pour répondre aux besoins de soins de presque tous les résidents actuellement admis dans les établissements de soins de longue durée financés par l'État. Les normes minimales devraient être des ratios d'un travailleur de soutien personnel (aide-soignant) pour un maximum de cinq à sept résidents pour les équipes de jour et de soir¹⁰. Des recommandations pour des ratios minimums de résidents par rapport aux infirmières autorisées et aux infirmières auxiliaires autorisées, ajustées en fonction du nombre de cas de résidents, sont également disponibles et fondées sur des données probantes¹¹.

En préparation de la prochaine vague de COVID-19, la politique publique devrait viser à financer, mandater et faire respecter des niveaux de personnel suffisants sur la base des données disponibles, non seulement pour répondre aux besoins de soins des résidents, mais aussi pour tenir compte du temps supplémentaire requis pour les tâches liées à la sécurité telles que le lavage méticuleux des mains, l'enfilage et l'enlèvement soigneux de l'équipement de protection individuelle et le respect constant des normes de contrôle des infections. Si l'obligation de financer des niveaux de personnel adéquats affecte les résultats des établissements à but lucratif, il est peut-être temps de confier cette responsabilité à des entités publiques et à but non lucratif.

Comme l'ont fait remarquer O'Neill et ses collègues, « si l'amélioration de la qualité fait augmenter les coûts plus rapidement que les recettes, les bénéfices doivent diminuer à mesure que la qualité s'améliore¹². » La politique publique doit accepter ce compromis et intervenir en faveur de nos personnes âgées les plus vulnérables.

Notes de bas de page

Intérêts concurrents : Aucun déclaré.

Cet article a été sollicité et a fait l'objet d'un examen par les pairs.

Contributeurs : Les deux auteurs ont contribué à la conception de l'ouvrage, ont rédigé le manuscrit, l'ont révisé de manière critique pour en retirer un contenu intellectuel important, ont donné leur approbation finale à la version à publier et ont accepté d'être responsables de tous les aspects de l'ouvrage.

https://www.cmaj.ca/content/192/33/E961?utm_source=TrendMD&utm_medium=cpc&utm_campaign=CMAJ_TrendMD_0

Canada

Une femme perd du liquide céphalorachidien par le nez après un test de dépistage de la COVID-19 par prélèvement nasal

Source : CTVNews.ca – Top Stories – Public RSS

ID : 1007953707

TORONTO – Une femme a commencé à perdre du liquide cérébral par le nez après avoir subi un test de dépistage de la COVID-19 par prélèvement nasal, selon un nouveau rapport de cas.

Le rapport publié jeudi dans la revue *JAMA Otolaryngology – Head et Neck Surgery*, décrit une situation singulièrement inhabituelle, où le prélèvement nasal a perturbé une masse contenant du liquide céphalorachidien et du tissu cérébral dans la cavité nasale de la femme.

Pour la patiente d'une quarantaine d'années, cela a commencé par un test de dépistage de la COVID-19 avant une opération électorale d'une hernie. Le test a été effectué à l'aide d'un écouvillon nasal qui a atteint la cavité nasale, une forme courante de test de dépistage de la COVID-19.

Par la suite, elle a développé un écoulement nasal dans les deux narines, un goût métallique dans la bouche, un mal de tête, une raideur de la nuque, une sensibilité à la lumière et des vomissements.

Pour comprendre ce qui se passait, les médecins ont inséré dans le nez de la patiente un tube flexible appelé un scope. Ils ont découvert une masse à l'intérieur du nez, mais pas ce qui causait la fuite de liquide.

Un scanner a permis d'identifier une structure de 1,8 centimètre en forme de sac faisant saillie dans la cavité nasale entre deux fractures. Il s'agissait d'une encéphalocèle – un terme désignant une affection généralement identifiée chez les nourrissons, où les os du crâne ne fusionnent pas complètement, créant un espace où le tissu et les liquides cérébraux peuvent s'accumuler dans une masse saillante.

Les médecins pensent que le prélèvement nasal a endommagé cette masse à l'intérieur du nez, provoquant la fuite de liquide céphalorachidien.

Le liquide céphalorachidien est un liquide clair que l'on trouve autour du cerveau et de la moelle épinière. Il contribue à protéger le cerveau et la moelle épinière contre les blessures, et fournit des nutriments et élimine les déchets de ces systèmes.

Lorsqu'une fuite de liquide céphalorachidien se produit, c'est parce que quelque chose a créé une déchirure ou un trou dans le tissu conjonctif qui maintient le liquide céphalorachidien autour du cerveau et de la colonne vertébrale. Si trop de liquide s'écoule, le cerveau s'affaisse à l'intérieur de la tête, ce qui

exerce une pression sur certaines parties du crâne et provoque des maux de tête, une condition connue sous le nom d'hypotension intracrânienne spontanée.

Les fuites de liquide céphalorachidien sont rares, mais sont parfois mal diagnostiquées comme des migraines ou autres maux de tête, selon Spinal CSF Leak Canada.

Lorsque les médecins ont comparé leurs résultats à un scanner que la patiente avait déjà subi en 2017, ils ont découvert que l'encéphalocèle existait à l'époque, mais qu'il avait été diagnostiqué à tort comme une maladie des sinus paranasaux, ou une inflammation des sinus.

La femme avait également des antécédents médicaux d'hypertension intracrânienne idiopathique, qui est liée à une pression élevée dans le cerveau due à une accumulation de liquide céphalorachidien.

Et plus de 20 ans plus tôt, elle s'est fait enlever des polypes nasaux, qui sont des masses molles et non cancéreuses qui se développent et pendent dans le conduit nasal. Ils peuvent parfois avoir un impact sur la respiration d'une personne ou favoriser les infections, et doivent donc être retirés.

Le véritable problème – la fracture du crâne elle-même – n'avait pas été diagnostiqué depuis des années. Dès que le véritable problème a été identifié, les médecins ont opéré afin de réduire la masse. Pour fermer le trou dans l'os qui avait permis la formation de la protubérance en forme de sac, ils ont utilisé une greffe de peau de tissu mou, qui sert d'échafaudage aux cellules pour incorporer la greffe dans l'os. « À notre connaissance, il s'agit du premier rapport sur une fuite iatrogène de liquide céphalorachidien après un test de dépistage de la COVID-19 par prélèvement nasal », indique le rapport de cas.

Le rapport ajoute que le traumatisme chirurgical est la cause des fuites de liquide céphalorachidien jusqu'à 58 % du temps, mais souligne que le prélèvement lui-même n'a pas causé le trou dans l'os de la patiente.

« Cette patiente présentait une anomalie non diagnostiquée de la base du crâne au niveau de la fovea ethmoidalis, qui était présente sur des images datant de 2017 », poursuit le rapport. « Nous théorisons donc que le prélèvement lui-même n'a pas entraîné de violation de la base osseuse du crâne, mais que le test invasif a plutôt causé un traumatisme à l'encéphalocèle préexistant de la patiente. »

Le rapport note qu'il est courant de faire subir aux patients un test de dépistage de la COVID-19 avant qu'ils ne subissent des interventions chirurgicales non liées, et aussi que les tests de dépistage de la COVID-19 par prélèvement nasal sont de plus en plus courants aux États-Unis.

« Comme le nombre de procédures quotidiennes de prélèvement d'échantillons par écouvillonnage nasal et nasopharyngé pour le dépistage de la COVID-19 augmente, une charge plus importante est imposée au système de soins de santé pour former correctement les cliniciens et même le grand public à effectuer en toute sécurité les tests par écouvillonnage nasal et nasopharyngé », indique le rapport.

Ils ont suggéré d'utiliser des méthodes de test alternatives aux écouvillons nasaux pour les patients ayant des antécédents de problèmes de sinus ou de défauts à la base du crâne.

<https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/woman-leaks-cerebrospinal-fluid-from-her-nose-after-a-nasal-swab-covid-19-test-1.5127908>

<https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/article-abstract/2771362?resultClick=1>

États-Unis

Un risque plus élevé de décès lié à la COVID-19 constaté chez les patients psychiatriques

Source : CIDRAP

ID : 1007954263

Dans la première étude connue sur les patients psychiatriques atteints de la COVID-19 et la mortalité, une étude de la revue *JAMA Network Open* a montré hier que les patients souffrant de troubles psychiatriques diagnostiqués ont un risque de décès significativement plus élevé.

L'étude de cohorte de 1 685 patients du Yale New Haven Health System, un système de cinq hôpitaux dans le nord-est, a étudié les données de mortalité des patients du 15 février au 27 mai en utilisant une analyse statistique Kaplan-Meier pour comparer les taux de survie. L'étude a identifié 473 patients (28 %) ayant reçu un diagnostic de troubles psychiatriques.

Le taux de mortalité global pour l'ensemble des patients était de 18,9 %, avec 318 décès à l'hôpital. Les patients atteints de la COVID-19 et ayant un diagnostic de troubles psychiatriques avaient un risque significativement plus élevé de décès à l'hôpital, avec un taux de mortalité à 4 semaines de 44,8 %, contre 31,5 % pour les patients sans troubles psychiatriques.

Les patients ayant reçu un diagnostic de troubles psychiatriques étaient généralement plus âgés, de sexe féminin, blancs, non hispaniques, avec d'autres comorbidités médicales. Après ajustement des caractéristiques démographiques, des comorbidités et de l'emplacement de l'hôpital, les patients ayant des troubles psychiatriques présentaient un risque de décès 1,5 fois plus élevé (rapport de risque, 1,5; intervalle de confiance à 95 %, 1,1 à 1,9; $p = 0,003$).

« Le résultat est similaire aux résultats précédents : les personnes ayant des troubles psychiatriques et médicaux simultanés ont eu de moins bons résultats et une mortalité plus élevée », ont écrit les auteurs de l'étude.

Les auteurs ont noté que les troubles psychiatriques sont associés à une réduction de l'espérance de vie en général – jusqu'à 10 ans – mais on ne sait pas exactement pourquoi les troubles psychiatriques prédisposent les patients à la mortalité liée à la COVID-19. Il pourrait y avoir une association entre les troubles psychiatriques et les processus inflammatoires, la fonction immunitaire ou un risque accru lié aux médicaments psychotropes, suggèrent les auteurs.

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/10/news-scan-oct-01-2020>

<https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2771037>

États-Unis

La COVID-19 s'est répandue librement à bord du porte-avions *USS Theodore Roosevelt*, selon un rapport

Source : CIDRAP

ID : 1007954206

L'éclosion de COVID-19 à bord du porte-avions *USS Theodore Roosevelt* qui a finalement infecté plus de 1 200 marins et en a tué un, entraînant le licenciement de son capitaine et la démission du plus haut responsable de la marine, montre à quel point le virus se propage facilement dans les espaces restreints, selon une lettre de recherche publiée aujourd'hui dans la revue *JAMA Network Open*.

Dans cette série de cas, la US Army Public Health COVID-19 Task Force a analysé les données de 736 des 4 800 marins à bord du porte-avions *USS Theodore Roosevelt* ayant reçu un diagnostic de COVID-19 et placés en isolation à la base navale de Guam du 31 mars au 15 avril. Les marins dont les tests de dépistage du coronavirus se sont révélés négatifs et ceux qui ne présentaient pas de symptômes ont été mis en quarantaine dans des chambres d'hôtel individuelles, et ceux qui présentaient des symptômes ont été placés en isolement.

L'éclosion, qui a culminé le 30 mars avec 30 nouveaux cas et a finalement infecté 25 % des membres d'équipage, a touché 736 des 4 085 marins à bord (18 %) à la mi-avril. Sur l'ensemble des marins infectés, 590 (80,2 %) ont été symptomatiques pendant une durée médiane de 7 jours. Les 146 autres marins sont restés sans symptômes pendant toute la période d'étude. Six marins ont été hospitalisés.

L'âge médian des patients était de 25 ans, et 572 (77,7 %) étaient des hommes. Le symptôme le plus courant était la toux, suivie de symptômes semblables à ceux du rhume, d'une perte d'odorat, de maux de tête, d'une perte de goût et de fièvre.

Des appels désespérés, un tollé public

Le porte-avions de 100 000 tonnes et 1 092 pieds avait quitté sa base de San Diego pour le Pacifique occidental le 17 janvier, selon l'US Naval Institute. Pour empêcher le coronavirus de se propager à bord, l'équipage a commencé le 2 février à se laver les mains, à utiliser un désinfectant pour les mains et à appliquer des protocoles de blanchiment des surfaces, connus sous le nom de « bleach-a-palooza ».

L'éclosion de COVID-19 a été découverte fin mars, environ 2 semaines après une halte de 4 jours à Da Nang, au Vietnam, que les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis ont classé comme « à faible risque », malgré la confirmation de cas de coronavirus dans cette ville. Une partie de l'arrêt, qui a débuté le 5 mars, consistait en une réception de 400 personnes dans un hôtel.

Le capitaine Brett Crozier, qui a finalement été déclaré positif au coronavirus, a dit à ses supérieurs le 26 mars qu'il voulait évacuer le navire pour éviter la propagation du virus, car les marins ne pouvaient pas s'éloigner physiquement ou se mettre individuellement en quarantaine sur le navire, mais il a rencontré une résistance.

Le 30 mars, le capitaine Crozier a envoyé un courriel à trois amiraux de la Marine et à sept autres capitaines avec un plan d'évacuation du navire. Après que le *San Francisco Chronicle* a obtenu une copie du courriel et l'a publié le lendemain, le secrétaire de la marine par intérim Thomas Modly a licencié le capitaine Crozier, bien que la plupart des membres de l'équipage aient été ordonnés de descendre à terre.

Le 5 avril, M. Modly s'est envolé pour Guam afin de donner un discours à l'équipage du porte-avions *USS Theodore Roosevelt* sur un système de sonorisation, dans lequel il a critiqué le capitaine Crozier comme étant « trop naïf ou trop stupide pour être un commandant ». Le discours, ainsi que le licenciement de Crozier, a suscité une fureur, et Modly a démissionné le 7 avril. Crozier n'a pas été réintégré, et le porte-avions a finalement quitté Guam au début du mois de juin avant de retourner en Californie.

Leçons à tirer pour les rassemblements

Les auteurs de l'étude ont déclaré que la COVID-19 est difficile à distinguer des autres infections respiratoires sans test spécifique chez les jeunes vivant dans un espace confiné, et que la transmission asymptomatique et présymptomatique limite l'efficacité du dépistage des symptômes en l'absence de test, de port d'un masque et de distanciation physique. Le navire n'avait initialement aucune trousse de test à bord.

« Enfin, l'augmentation rapide du nombre de cas à mesure que les cas en incubation débarquent, suivie par la diminution précipitée des cas, suggère que les interventions non pharmaceutiques basées à terre ont interrompu une accélération probable de l'incidence des cas qui aurait probablement entraîné une charge de morbidité substantielle », ont écrit les chercheurs.

« Les leçons tirées de l'éclosion de COVID-19 à bord du porte-avions *USS [Theodore Roosevelt]* peuvent s'appliquer à d'autres rassemblements où travaillent des travailleurs essentiels et à la compréhension des caractéristiques cliniques de la maladie dans les populations adultes plus jeunes. »

Les navires comme lieux de reproduction des éclosions

Dans un commentaire invité dans la même revue, John Malone, M.D., MPH, épidémiologiste à la San Diego County Health and Human Services Agency, a noté que les marins à bord du porte-avions *USS Theodore Roosevelt* dorment et travaillent dans des espaces très étroits avec une ventilation à flux forcé par ventilateur linéaire, qui peut répandre des particules dans l'air.

Dans de telles conditions, a-t-il dit, la COVID-19 continuera à provoquer des éclosions, car le port de couvre-visages, le lavage des mains et la distanciation physique ne suffisent pas à contenir la propagation.

L'armée américaine, a noté M. Malone, utilise maintenant la séquestration avant les mouvements, qui est comme une quarantaine, bien que les participants n'aient pas été exposés à la COVID-19, avec des restrictions de mouvement de 14 jours pour réduire le risque d'éclosions.

« Malheureusement, l'éclosion de COVID-19 sur l'*USS Theodore Roosevelt* restera dans les mémoires avec la révocation du commandant et la démission du secrétaire de la Marine le 7 avril 2020, au lieu des nombreuses leçons apprises concernant un virus respiratoire très contagieux dans les navires ayant des espaces très confinés et des systèmes de flux d'air linéaires », a-t-il déclaré.

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/10/covid-19-spread-freely-aboard-uss-theodore-roosevelt-report-shows>

Allemagne

Les échantillons de SRAS-CoV-2 peuvent échapper à la détection en raison d'une mutation ponctuelle dans le gène N

Source : eurosurveillance.org

ID : 1007953692

Nous avons découvert qu'un polymorphisme d'un seul nucléotide dans le gène de la nucléoprotéine du coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2) d'un patient interfère avec la détection dans un test commercial largement utilisé. Environ 0,2 % des isolats de la base de données EpiCoV contiennent ce polymorphisme d'un seul nucléotide. Bien que le SRAS-CoV-2 ait tout de même été détecté par l'autre sonde dans l'essai, cela souligne la nécessité de cibler deux régions essentielles indépendantes d'un agent pathogène pour une détection fiable.

https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.39.2001650#html_fulltext

Royaume-Uni

Les chercheurs demandent que la perte de l'odorat soit reconnue mondialement comme un symptôme de la COVID-19

Source : eurekaalert.org

ID : 1007954241

Quatre personnes sur cinq ayant récemment perdu l'odorat ou le goût ont été testées positives pour les anticorps contre la COVID-19 – et parmi celles qui ont été testées positives, 40 % n'avaient pas de toux ni de fièvre, rapporte une nouvelle étude de la professeure Rachel Batterham de l'University College London et de ses collègues **parue dans la revue *PLOS Medecine*.**

La COVID-19 peut provoquer une perte du goût et de l'odorat, mais la prévalence des anticorps contre la COVID-19 chez les personnes signalant ces symptômes est inconnue, et la signification de la perte du goût ou de l'odorat comme prédicteur de la COVID-19 n'est pas bien comprise. Pour estimer la séroprévalence des anticorps anti-SRAS-CoV-2 chez les personnes ayant une perte aiguë de l'odorat ou du goût, les chercheurs ont recruté 590 personnes qui ont déclaré avoir perdu le goût ou l'odorat au cours du mois précédent. Après vérification des symptômes au moyen d'une consultation de télémédecine, 567 participants ayant une perte de l'odorat ou du goût ont subi un test d'anticorps anti-SRAS-CoV-2.

Soixante-dix-huit pour cent des participants avaient des anticorps anti-SRAS-CoV-2, et les participants ayant une perte de l'odorat étaient presque trois fois plus susceptibles d'avoir des anticorps anti-SRAS-CoV-2 que ceux ayant une perte du goût, ce qui laisse croire que la perte de l'odorat est un

symptôme très spécifique de la COVID-19. Sur les 78 % de participants dont le test de dépistage des anticorps était positif, 40 % ne présentaient ni toux ni fièvre. Bien que l'étude ait des limites, comme l'autodéclaration des changements dans l'odorat ou le goût et l'absence de groupe témoin, les chercheurs pensent que les données probantes indiquent que la perte de l'odorat devrait être davantage prise en compte dans les mesures de santé publique liées à la COVID-19 telles que les tests, l'isolement des cas et les stratégies de traitement.

Ces résultats ont également des implications importantes pour les décideurs politiques au niveau mondial, car la plupart des pays ne recommandent pas l'auto-isolement ni les tests basés sur la perte aiguë de l'odorat ou du goût. **Cette étude donne à penser que le fait de trop se fier à la toux et à la fièvre comme principaux symptômes de la COVID-19 peut être erroné et que la perte de l'odorat doit être reconnue de toute urgence au niveau mondial comme un symptôme clé de la COVID-19.**

La professeure Rachel Batterham, qui a dirigé l'étude, a déclaré : « L'auto-identification précoce des symptômes de COVID-19 par les membres du public, ainsi que l'auto-isolement rapide et les tests PCR sont essentiels pour limiter la propagation de la maladie. Actuellement, la plupart des pays du monde ne reconnaissent pas la perte soudaine de l'odorat comme un symptôme de la COVID-19.

Soixante-dix-huit pour cent des participants de notre étude communautaire ayant subi une perte soudaine de l'odorat ou du goût avaient des anticorps anti-SRAS-CoV-2. La grande majorité présentait des symptômes bénins et 40 % n'ont pas déclaré avoir de fièvre ou de toux. Nos résultats laissent croire que les personnes qui remarquent une perte de leur capacité à sentir les odeurs domestiques quotidiennes telles que l'ail, le café et les parfums devraient s'isoler et demander un test PCR. La perte de l'odorat doit être reconnue mondialement par les décideurs politiques comme un symptôme clé de la COVID-19. »

https://www.eurekalert.org/pub_releases/2020-10/p-rcf092920.php

<https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003358>

Brésil

Les chats développent une immunité après une infection par le coronavirus, selon une étude; la découverte peut aider à la mise au point d'un vaccin; des recherches de l'Université de l'État du Colorado aux États-Unis montrent également que les chiens et les félins ne développent pas la maladie.

Source : O Globo Tempo Real

ID : 1007952892

RIO – Une étude publiée cette semaine dans la revue scientifique *Pnas (Proceedings of the National Academy of Sciences)* montre que les chiens et les chats peuvent être infectés par le nouveau coronavirus, bien qu'aucune des deux espèces ne développe la maladie. Cependant, ce qui a attiré l'attention des chercheurs est le fait que les félins développent une réponse immunitaire au virus, ce qui peut aider à la mise au point d'un vaccin chez l'humain.

Environnement : Le patrimoine naturel étant menacé par les incendies, le Brésil est le pays où les espèces végétales sont les plus découvertes

L'étude rapporte que les chiens, en plus de ne pas tomber malades, ne transmettent pas le virus et ne produisent pas d'immunité. Les chats infectés ont libéré le virus infectieux par voie orale et nasale pendant cinq jours après l'infection, pouvant ainsi infecter d'autres félins par contact direct.

Inpe :

Le Pantanal a le pire taux d'incendies depuis 1998

Après avoir contracté le SRAS-CoV-2, ces animaux ont pu développer une réponse immunitaire plus forte et plus protectrice, évitant ainsi une nouvelle réinfection. Cependant, il n'y a toujours pas d'information sur la durée de cette immunité.

« Les chats développent des anticorps neutralisants importants et sont résistants à la réinfection, bien que la durée de l'immunité chez eux ne soit pas connue actuellement. Cela peut constituer un modèle

utile pour les essais ultérieurs de candidats-vaccins à la fois pour l'humain et pour l'animal », indique la recherche.

COVID-19 : Un vaccin moderne induit des anticorps chez les personnes âgées, selon une étude
L'étude a été menée par des scientifiques de l'école de médecine vétérinaire de l'Université de l'État du Colorado aux États-Unis. Les scientifiques ont rappelé que, bien que les implications du coronavirus pour les animaux soient encore largement inconnues, rien n'indique à ce jour que les chats ou les chiens puissent transmettre le SRAS-CoV-2 à l'humain.

Les auteurs de l'étude notent que si près d'un million de personnes sont mortes de la COVID-19 dans le monde, il n'existe que quelques rapports d'animaux ayant contracté le virus.

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1007952892>

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

<https://www.nytimes.com/2020/09/29/science/cats-coronavirus-immunity.html>

Allemagne

Une étude révèle qu'il n'y a pas de lien clair entre l'ouverture des écoles et l'augmentation des cas de COVID

Source : National Post

ID : 1007952093

LONDRES – La réouverture généralisée des écoles après les fermetures et les vacances n'est généralement pas liée à la hausse des taux de COVID-19, selon une étude portant sur 191 pays, mais les fermetures d'écoles laisseront une « dette d'apprentissage pandémique » de 300 milliards de jours d'école manqués en 2020.

L'analyse, réalisée par la fondation éducative indépendante Insights for Education (IfE), basée à Zurich, indique que 84 % de ces 300 milliards de jours seraient perdus par les enfants des pays pauvres, et avertit que 711 millions d'élèves ne sont toujours pas scolarisés.

« On a supposé que l'ouverture des écoles entraînerait des infections et que leur fermeture réduirait la transmission, mais la réalité est beaucoup plus complexe », a déclaré Randa Grob-Zakhary, fondatrice et directrice générale d'IfE.

La grande majorité (92 %) des pays qui en sont à leur première vague d'infections par la COVID-19 ont commencé à rouvrir leurs systèmes scolaires, même si certains connaissent une deuxième vague.

L'IfE a constaté que 52 pays qui ont renvoyé des élèves à l'école en août et septembre – dont la France et l'Espagne – ont vu les taux d'infection augmenter pendant les vacances par rapport à la période de fermeture.

En Grande-Bretagne et en Hongrie, cependant, les niveaux d'infection ont baissé après la fermeture initiale des écoles, sont restés faibles pendant les vacances et ont commencé à augmenter après la réouverture.

<https://nationalpost.com/pmnh/health-pmn/no-clear-link-between-school-opening-and-covid-surge-study-finds-2>

Inde

Une mutation génétique à l'origine de différents taux de mortalité due à la COVID-19 dans les États indiens, selon une étude

ID : 1000047

Source : Tribune India

New Delhi, 1^{er} octobre

La variation d'une mutation génétique chez les Indiens pourrait être la principale raison de la différence des taux de mortalité due à la COVID-19 dans les différents États du pays, selon une étude qui pourrait éclairer les nouvelles politiques de contrôle de la nouvelle pandémie de coronavirus.

Une équipe internationale, dirigée par des chercheurs de l'Université Banaras Hindu (BHU) en Uttar Pradesh, a analysé les mutations du gène responsable de l'expression de l'enzyme de conversion de

l'angiotensine 2 (ACE2), une protéine à la surface des cellules qui agirait comme une porte d'entrée du nouveau coronavirus dans le corps humain.

Des études récentes ont effectivement démontré que l'ACE2 est codé par un gène situé sur le chromosome X.

Dans la revue *Frontiers in Genetics*, les chercheurs se sont penchés sur la fréquence de cette mutation décrite comme haplotype rs1000048 dans différents États de l'Inde.

Leur analyse spatiale a montré qu'en Inde, la fréquence de cet haplotype, ou une combinaison de mutations, variait entre 33 et 100 % dans les différentes régions.

Les chercheurs ont également établi, pour la première fois, une corrélation positive significative pour la mutation avec le taux d'infection et de létalité plus faible parmi les populations indiennes.

Gyaneshwer Chaubey, professeur au département de zoologie de la BHU, a déclaré que les variations identifiées réduisent la sensibilité d'une personne au nouveau coronavirus.

« Si, dans une région, il y a plus de personnes avec cet haplotype, la contagiosité du virus sera probablement moindre », a déclaré à PTI M. Chaubey, qui a dirigé l'étude.

Par exemple, il a noté que les États du Maharashtra et du Gujarat ont la plus faible fréquence de mutation du gène, soit environ 30 à 40 %, tandis que la région du nord-est, avec une mutation du gène de 75 à 100 %, a la fréquence la plus élevée.

« Les habitants de l'Inde occidentale sont plus sensibles à la maladie que ceux de l'Inde centrale ou de l'Inde de l'Est, du Sud ou du Nord-Est », a ajouté M. Chaubey.

L'étude ajoute d'importantes implications potentielles à la compréhension des modes de transmission du SRAS-CoV-2 dans diverses populations mondiales, a déclaré Anshika Srivastava de la BHU, qui faisait également partie de l'équipe de recherche.

Les chercheurs ont noté qu'en ce qui concerne les politiques de contrôle de la pandémie, l'étude suggère qu'une règle unique pourrait ne pas être efficace dans tous les États.

Ils ont également observé qu'en Inde ainsi qu'au Bangladesh, les populations tribales ont une fréquence plus élevée de cet haplotype que les populations de castes.

« Si l'on compare les castes aux tribus, les tribus ont une fréquence plus élevée que les groupes de castes », a déclaré M. Chaubey, ajoutant qu'il est probable que les populations tribales seront moins sensibles à la maladie virale que les populations de castes.

En outre, il a noté que les souches de virus présentes en Inde pourraient également contribuer à l'augmentation des taux de mortalité, ajoutant que l'équipe travaille sur l'infectiosité de diverses souches de virus présentes en Inde dans le cadre d'une étude en cours.

Depuis le début, on a émis des hypothèses, puis on a observé que le coronavirus affecte les gens différemment.

Dans leur recherche précédente, publiée dans la revue *PLOS ONE*, l'équipe a analysé l'ensemble des données du génome du gène ACE2 de diverses populations mondiales, en se concentrant sur l'Asie du Sud.

Les chercheurs ont constaté que les Indiens étaient plus proches des Asiatiques de l'Est et du Sud-Est, alors que, du point de vue de l'ascendance, les Indiens restaient généralement plus proches des Européens que des Asiatiques de l'Est et du Sud-Est.

« Cette information inattendue nous a permis d'en savoir plus sur les mutations et les haplotypes présents chez les Indiens. Nous avons découvert que l'haplotype associé à rs2285666 augmente l'expression ACE2 », a-t-il déclaré.

« En d'autres termes, cette mutation réduit la sensibilité au coronavirus », a indiqué M. Chaubey.

Notant que la mutation chez les Indiens est de 60 % et de 20 % chez les Européens, M. Chaubey a ajouté que cela implique que les Indiens sont moins sensibles à la COVID-19, par rapport aux Européens et aux Américains.

« Étonnamment, nous avons découvert que la distribution géographique de cet haplotype était fortement corrélée au nombre de cas, ainsi qu'au taux de létalité », a précisé M. Chaubey.

« Lorsque la fréquence de ce facteur génétique était élevée, les cas et le taux de létalité étaient moins élevés et vice versa », a-t-il noté.

Bien que les données s'accumulent, l'expression de la variation du gène ACE2 affectant la susceptibilité de l'hôte parmi les différentes populations mondiales n'est pas encore connue.

« Génétiquement, la plupart des Sud-Asiatiques s'apparentent plus aux populations d'Eurasie occidentale qu'à celles d'Eurasie orientale, alors que, pour ce gène, le résultat est contradictoire », a renchéri le professeur George van Driem de l'Université de Berne en Suisse, co-auteur de l'étude précédente.

Les chercheurs ont déclaré qu'il existe quelques études sur le gène ACE2 par d'autres groupes, mais toutes ont examiné les différences de fréquence de diverses mutations, alors que l'équipe a utilisé une analyse plus puissante basée sur les haplotypes. PTI

<https://www.tribuneindia.com/news/nation/gene-mutation-behind-different-covid-19-death-rates-among-indian-states-study-finds-149426>

Étude

Coronavirus : selon une étude, les personnes porteuses de gènes néandertaliens courent un risque plus élevé de contracter la COVID-19

ID : 1007951236

Source : infosurhoy.com

De l'état de santé sous-jacent à l'obésité, il a été démontré qu'un certain nombre de facteurs de risque augmentent le risque de contracter le coronavirus.

Aujourd'hui, des chercheurs du Karolinska Institutet et du Max Planck Institute for Evolutionary Anthropology affirment que les personnes porteuses de gènes néandertaliens sont également plus exposées au risque de développer une forme grave de la COVID-19.

Dans cette étude, l'équipe a analysé un groupe de gènes sur le chromosome 3 et a découvert que les personnes ayant une certaine version de ce groupe de gènes étaient trois fois plus susceptibles de développer une forme grave de la COVID-19.

Une analyse plus poussée a révélé que cette version est très similaire aux séquences d'ADN de Néandertaliens de 50 000 ans de Croatie.

Hugo Zeberg, qui a dirigé l'étude, a déclaré : « Il s'avère que cette variante génétique a été héritée par les humains modernes des Néandertaliens lors de leur croisement il y a environ 60 000 ans.

« Aujourd'hui, les personnes qui ont hérité de cette variante génétique sont trois fois plus susceptibles d'avoir besoin d'une ventilation artificielle si elles sont infectées par la nouvelle forme de coronavirus SRAS-CoV-2. »

L'étude a également révélé des différences considérables quant à la fréquence de cette variante de risque génétique dans les différentes parties du monde.

Selon les chercheurs, elle est particulièrement fréquente chez les habitants de l'Asie du Sud, alors qu'en Europe, environ une personne sur six est porteuse de la variante à risque.

En attendant, la variante à risque est presque inexistante en Afrique et en Asie de l'Est.

Svant Paabo, directeur du Max Planck Institute for Evolutionary Anthropology, a déclaré : « Il est frappant que le patrimoine génétique des Néandertaliens ait des conséquences aussi tragiques au cours de la pandémie actuelle. »

« Il faut maintenant enquêter le plus rapidement possible sur les raisons de cette situation. »

<https://infosurhoy.com/science/coronavirus-people-with-neanderthal-genes-are-at-higher-risk-for-covid-19-study-claims/>

Étude

Une étude montre que la COVID-19 infecte la majorité des mauvais rêves

ID unique : 1007950310

Source : Medical Xpress

Washington, 1^{er} octobre – Dans un article publié dans *Frontiers in Psychology*, des scientifiques ont utilisé l'intelligence artificielle pour aider à analyser le contenu des rêves de près d'un millier de personnes et ont découvert que la nouvelle souche de coronavirus avait infecté plus de la moitié des rêves de détresse rapportés.

Pendant la sixième semaine du confinement due à la COVID-19 en Finlande, les chercheurs ont recueilli des données sur le sommeil et le stress de plus de 4 000 personnes. Environ 800 personnes ont également fourni des informations sur leurs rêves durant cette période, dont beaucoup ont révélé une anxiété partagée face à la pandémie.

« Nous avons été ravis d'observer la répétition d'associations de contenu de rêves chez les individus qui reflétaient l'ambiance apocalyptique provoquée par le confinement dû à la COVID-19, » a déclaré l'auteure principale, la D^{re} Anu-Katriina Pesonen, chef du groupe de recherche Sleep & Mind à l'Université d'Helsinki.

« Les résultats nous ont permis de supposer que le fait de rêver dans des circonstances extrêmes révèle des images visuelles et des traces de mémoire partagées, et de cette façon, les rêves peuvent indiquer une certaine forme de paysage mental partagé entre les individus », a ajouté la D^{re} Pesonen.

« L'idée d'une imagerie partagée qui se reflète dans les rêves est intrigante », a-t-elle ajouté.

La D^{re} Pesonen et son équipe ont transcrit le contenu des rêves du finnois en listes de mots anglais et ont introduit les données dans un algorithme d'intelligence artificielle, qui a analysé les associations de mots apparaissant fréquemment.

L'ordinateur a créé ce que les chercheurs ont appelé des groupes de rêves, à partir des « petites particules de rêve » plutôt que des rêves entiers.

Finalement, 33 groupes de rêves ou thèmes ont émergé. Vingt des groupes de rêves ont été classés comme mauvais rêves, et 55 % d'entre eux avaient un contenu propre à la pandémie.

Des thèmes, tels que l'absence de distanciation sociale, la contagion par le coronavirus, l'équipement de protection individuelle, la dystopie et l'apocalypse, ont été considérés comme propres à la pandémie.

Par exemple, les paires de mots d'un groupe de rêves intitulé « non-respect de la distanciation » comprenaient les mots suivants : erreur-étreinte, étreinte-poignée de main, restriction-poignée de main, poignée de main-distanciation, distanciation-non-respect, distanciation-foule, foule-restriction et foule-fête.

« L'analyse informatique fondée sur la linguistique et assistée par l'intelligence artificielle que nous avons utilisée est vraiment une nouvelle approche de la recherche sur le rêve. Nous espérons voir davantage de recherches sur le rêve assistées par l'intelligence artificielle à l'avenir. Nous espérons que notre étude a permis une évolution dans ce sens », a déclaré la D^{re} Pesonen.

L'étude a également permis de mieux comprendre les habitudes de sommeil et le niveau de stress des personnes pendant le confinement dû à la pandémie. Par exemple, plus de la moitié des personnes interrogées ont déclaré dormir plus qu'avant la période de mise en quarantaine, bien que 10 % aient eu plus de mal à s'endormir et que plus du quart aient fait des cauchemars plus fréquemment.

Il n'est pas surprenant que plus de la moitié des participants à l'étude aient signalé une augmentation du niveau de stress, qui était plus étroitement liée à des habitudes comme le sommeil réparateur et les mauvais rêves. Les plus stressés faisaient également des rêves plus propres à la pandémie.

Ces recherches pourraient fournir des informations précieuses aux experts en médecine qui évaluent déjà les effets du coronavirus sur la santé mentale. En effet, d'après la D^{re} Pesonen, le sommeil est un facteur central dans tous les problèmes de santé mentale.

« Des cauchemars répétés et intenses peuvent faire référence à un stress post-traumatique. Le contenu des rêves n'est pas entièrement aléatoire, mais peut être une clé importante pour comprendre l'essence de l'expérience du stress, des traumatismes et de l'anxiété », a-t-elle déclaré.

Publié par HT Digital Content Services avec la permission d'Asian News International.

<https://medicalxpress.com/news/2020-10-covid-infects-majority-bad.html>

<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.573961/full>

Événements nationaux d'intérêt

Canada

Flambée d'une maladie respiratoire inconnue au Riverview Manor à Peterborough

ID : 1007947361

Source : mykawartha

Une maladie respiratoire inconnue a été découverte au Riverview Manor Long Term Care à Peterborough.

Le lundi 28 septembre, le service de santé publique de Peterborough a publié qu'une nouvelle éclosion avait été déclarée dans l'établissement de soins de longue durée de Peterborough.

Cela se produit le même jour qu'une deuxième éclosion de COVID-19 a été déclarée au centre de soins de longue durée Fairhaven de Peterborough.

Au cours du week-end précédent, une autre maladie respiratoire inconnue, qui a touché sept patients et un membre du personnel, a été déclarée comme étant terminée.

Selon l'unité de service de santé, le premier cas à Riverview a été enregistré le jeudi 24 septembre.

Peterborough This Week a pris contact avec l'unité de service de santé pour obtenir plus d'informations sur cette éclosion et attend une réponse.

C'est la deuxième fois que Riverview Manor connaît une éclosion pendant la pandémie, la première ayant eu lieu en avril au plus fort de la première vague de la COVID-19. Cette éclosion a été déclarée comme étant terminée par l'unité de service de santé pendant l'été.

<https://www.mykawartha.com/news-story/10211345-outbreak-of-unknown-respiratory-illness-at-riverview-manor-in-peterborough/>

Canada

Les rappels de germes se poursuivent en dépit de l'enquête sur l'éclosion de *Salmonella*

Source : Food Recalls – Food Safety News

ID : 1007955346

Les micropousses fraîches germées associées à une éclosion de *Salmonella* ont été distribuées plus largement qu'on ne le pensait à l'origine. Les responsables canadiens signalent que les germes rappelés ont été envoyés en Nouvelle-Écosse, en plus de l'Ontario et de la Colombie-Britannique.

La distribution plus large des germes de la marque Sunsprout est particulièrement préoccupante, car les produits rappelés ont une durée de conservation allant jusqu'au 13 octobre. Il s'agit du quatrième avis de rappel concernant les micropousses, qui comprennent toutes des pousses de luzerne.

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1007955346>

Événements internationaux d'intérêt

Annnonce relative au *Règlement sanitaire international (RSI)*

26^e réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (RSI) pour la poliomyélite convoquée par le Directeur général de l'OMS le 14 octobre 2020

Annnonce affichée à compter du vendredi 2 octobre 2020 – 11 h 14

26^e réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (RSI) pour la poliomyélite convoquée par le Directeur général de l'OMS le 14 octobre 2020

Le Directeur général convoque la 26^e réunion du Comité d'urgence pour la poliomyélite en vertu du *Règlement sanitaire international* le **14 octobre 2020**. La réunion est uniquement destinée aux membres du Comité d'urgence et aux autres experts qui informent le Comité.

Les objectifs de la réunion sont notamment les suivants :

1. Examiner la propagation internationale du poliovirus depuis la 25^e réunion du Comité d'urgence, les mesures prises par les pays touchés pour mettre en œuvre les recommandations temporaires et les mesures prises par les agences partenaires pour soutenir les pays touchés; et
2. Donner son avis au Directeur général sur le risque actuel de propagation internationale de la poliomyélite et sur les recommandations visant à atténuer ce risque.

Une déclaration de l'OMS rendant compte de la réunion et de ses conclusions sera publiée sur le site Web public de l'OMS.

Vous trouverez des informations sur le Comité d'urgence du RSI en cliquant sur le lien suivant :

<https://www.who.int/groups/poliovirus-ihf-emergency-committee>

Annnonce relative au Règlement sanitaire international (RSI)

Poliomyélite (poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale et poliovirus sauvage) – Mise à jour mondiale

Annnonce affichée à compter du vendredi 2 octobre 2020 – 12 h 29

Poliomyélite (poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale et poliovirus sauvage) – Mise à jour mondiale

2 octobre 2020

Entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2020, plusieurs pays ont été touchés par la poliomyélite, y compris celle causée par les poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales de type 1 et 2 (PVDVc1 et PVDVc2) et le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) dans le monde. Cette annonce est une mise à jour hebdomadaire sur l'état de progression du PVDVc et du PVS1 dans ces pays touchés.

Entre le 24 et le 30 septembre 2020, un cas de paralysie flasque aiguë (PFA) et onze échantillons de l'environnement positifs pour le PVS1 ont été signalés en Afghanistan et au Pakistan. En outre, pendant la même période, 18 cas de PFA et 8 échantillons environnementaux positifs au PVDVc2 ont été signalés au Pakistan, au Cameroun, en République démocratique du Congo, en Guinée et au Soudan. Vous trouverez ci-dessous la description des cas signalés par pays :

- Afghanistan : deux échantillons environnementaux positifs au PVS1
- Pakistan : un cas de PFA causé par PVS1, neuf échantillons environnementaux positifs pour le PVS1, trois cas de PFA causés par PVDVc2 et deux échantillons environnementaux positifs pour le PVDVc2
- Cameroun : un cas de PFA causé par PVDVc2 et un échantillon environnemental positif au PVDVc2
- République démocratique du Congo : six cas de PFA causés par PVDVc2
- Guinée : sept cas de PFA causés par PVDVc2
- Soudan : un cas de PFA causé par PVDVc2 et cinq échantillons environnementaux positifs au PVDVc2

Veillez trouver ci-dessous le lien vers la mise à jour hebdomadaire sur la poliomyélite publiée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) qui comprend une mise à jour du nombre de cas de poliomyélite (PVS1, PVDVc1 et PVDVc2) pour cette semaine (entre le 24 et le 30 septembre 2020) et le nombre cumulé de cas par pays depuis le 1^{er} janvier 2019.

<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/>

Intervention de santé publique

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) continue à soutenir les pays dans la mise en œuvre de leur réponse, y compris la conduite d'enquêtes sur le terrain et d'analyses virologiques et épidémiologiques, le renforcement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et l'évaluation de l'étendue de la circulation du virus. Le personnel de l'IMEP dans les pays aide à adapter le programme de vaccination systématique et la réponse aux éclosions, en fonction de la pandémie actuelle de la COVID-19.

En 2019 et au début de 2020, dans le cadre de l'IMEP, on a élaboré la stratégie de lutte contre le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 de 2020-2021, qui s'ajoute à la stratégie d'éradication de la poliomyélite de 2019-2023 et vise à répondre plus efficacement à l'évolution de l'épidémiologie du PVDVc2. La stratégie sera le moteur de la lutte contre les éclosions en 2020 et en 2021. Des adaptations nécessaires sont constamment apportées à la stratégie et au calendrier de mise en œuvre.

Accélérer l'élaboration du [nouveau vaccin antipoliomyélique oral \(VPO\) contre le poliovirus de type 2](#) et permettre son utilisation constituent une avancée importante pour l'IMEP. Le nouveau vaccin devrait présenter un risque nettement moindre que le VPOm2 de propager de nouveaux poliovirus de type 2 dérivés du vaccin.

Évaluation des risques par l'OMS

La propagation continue des éclosions existantes dues aux poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales de type 2 ainsi que l'émergence de nouveaux poliovirus circulants dérivés de souches

vaccinales de type 2 mettent en évidence les lacunes de la couverture vaccinale systématique et la qualité insuffisante de la réponse aux éclosions par le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2. Le risque de propagation de ces souches, ou d'émergence de nouvelles souches, est amplifié par un écart toujours croissant entre l'immunité des muqueuses et le poliovirus de type 2 sur le continent, à la suite du remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent par le vaccin bivalent en 2016. La détection des PVDVc2 souligne l'importance du maintien, partout, d'une couverture vaccinale systématique élevée si l'on veut réduire le plus possible le risque de circulation du poliovirus et les conséquences qui y sont associées. Ces événements soulignent également le risque posé par toute transmission de faible niveau du virus. En cas d'éclosions, une riposte énergique est nécessaire pour arrêter rapidement la circulation du virus et assurer une couverture vaccinale suffisante dans les zones touchées afin d'éviter l'apparition d'éclosions similaires à l'avenir. L'OMS continuera d'évaluer la situation épidémiologique et les mesures de lutte contre les épidémies qui sont mises en œuvre.

La pandémie de COVID-19 continue de nuire à l'effort mondial d'éradication de la poliomyélite. Comme les campagnes de vaccination contre la poliomyélite sont, sur un plan opérationnel, des activités de proximité, elles sont incompatibles avec les orientations mondiales actuelles relatives à l'éloignement physique qui s'inscrivent dans les efforts de lutte contre la COVID-19. Les responsables du programme ont donc pris la décision très difficile de retarder temporairement les campagnes de vaccination. La priorité absolue consiste à garantir la santé et la sécurité des travailleurs de la santé ainsi que des communautés. Toutes les recommandations liées à l'IMEP sont conformes à celles relatives aux vaccinations essentielles et sont disponibles [ici](#).

Les intervenants du programme ont mis en œuvre une double approche afin de réduire le plus possible le risque d'une augmentation du nombre de cas de poliomyélite, en particulier dans les zones touchées par la maladie, et celui d'une éventuelle propagation du virus à d'autres zones.

- i) Dans le cadre du programme, on poursuivra, dans la mesure du possible, les activités de surveillance pour suivre l'évolution de la situation.
- ii) Le programme vise à ce qu'on puisse reprendre complètement les activités, notamment les campagnes de vaccination, aussi rapidement qu'il sera possible de le faire en toute sécurité. Le calendrier dépendra de la situation locale et le programme devra alors être mené en tenant compte des évaluations des risques et des priorités des systèmes de santé nationaux des pays respectifs. Des plans globaux et adaptés au contexte, visant à reprendre les efforts, sont en cours d'élaboration et seront lancés chaque fois que la situation le permettra.

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

Avis de l'OMS

Il est important que tous les pays, notamment ceux qui ont fréquemment des contacts (par des voyages, par exemple) avec des pays ou zones où sévit la poliomyélite, renforcent la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë (PFA), afin de détecter rapidement toute nouvelle importation du virus et d'organiser une riposte rapide. Les pays, territoires et zones devraient également maintenir une couverture vaccinale systématique uniformément élevée au niveau des districts, afin de limiter le plus possible les conséquences de toute nouvelle introduction du virus.

La publication de l'OMS sur les [voyages internationaux et la santé](#) recommande à tous les voyageurs à destination de zones touchées par la poliomyélite d'être à jour dans leur vaccination contre cette maladie. Les résidents de zones infectées (et les visiteurs qui y séjournent plus de 4 semaines) doivent recevoir une dose supplémentaire du VPO ou du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans les 4 semaines à 12 mois suivant leur voyage.

Selon l'avis d'un [comité d'urgence convoqué en vertu du Règlement sanitaire international \(2005\)](#), les efforts visant à limiter la propagation internationale du poliovirus demeurent une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI). Les pays touchés par la transmission du poliovirus sont soumis à des recommandations temporaires. Pour se conformer aux recommandations temporaires

diffusées dans le cadre de l'USPPI, tout pays infecté par le poliovirus doit déclarer l'épidémie comme une urgence nationale de santé publique et envisager la vaccination de tous les voyageurs internationaux.

Pour plus de renseignements :

- Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite : <http://polioeradication.org/>
- Fiche d'information sur la poliomyélite : https://www.who.int/fr/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_1
- Estimations afférentes à la campagne de vaccination systématique nationale de l'OMS/UNICEF : https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html
- État d'urgence en matière de santé publique selon l'IMEP : <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/>
- Voyages internationaux et santé : <https://www.who.int/ith/en/>
- Poliovirus dérivés de souches vaccinales : <http://polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-virus/vaccine-derived-polio-viruses/>
- Utilisation du VPO dans le contexte de la COVID-19 : <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/Use-of-OPV-and-COVID-20200421.pdf>
- Principes directeurs s'appliquant aux activités de vaccination pendant la pandémie de la COVID-19 : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331590>
- Document d'orientation de l'OMS – COVID-19 : lignes directrices opérationnelles pour le maintien des services de santé essentiels pendant une éclosion : <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>

États-Unis

Les CDC enquêtent sur les éclosions de *Salmonella* liées aux dragons barbus et aux hérissons

Source : CDC des États-Unis

ID : 1007954110

Les CDC enquêtent sur deux éclosions distinctes de *Salmonella* dans plusieurs États, l'une liée à un contact avec des dragons barbus de compagnie et l'autre à un contact avec des hérissons de compagnie. Il est important de toujours bien vous laver les mains à l'eau et au savon après avoir manipulé votre animal, en particulier les animaux qui sont connus pour transmettre la bactérie *Salmonella* aux humains, comme les petits mammifères et les reptiles.

Infections à *Salmonella* liées au contact avec des dragons barbus de compagnie

Points à retenir

Les CDC et plusieurs États étudient une éclosion de 13 infections à *Salmonella muenster* dans 8 États. Sept personnes malades, sur les onze personnes pour lesquelles on dispose d'information, ont été hospitalisées. Aucun décès n'a été signalé.

Les résultats de l'enquête établissent un lien entre ces infections et le contact avec des dragons barbus de compagnie. Dix des treize personnes malades interrogées (77 %) ont déclaré avoir été en contact avec un dragon barbu avant de tomber malades.

Des personnes malades ont déclaré avoir acheté des dragons barbus dans différentes animaleries de plusieurs États, mais aucun fournisseur commun n'a été identifié.

Cette enquête est en cours, et les CDC fourniront de plus amples informations dès qu'elles seront disponibles

Infections à *Salmonella* liées au contact avec des hérissons de compagnie

Points à retenir

Les CDC et plusieurs États étudient une éclosion de 32 infections à *Salmonella typhimurium* dans 17 États. Cinq personnes ont été hospitalisées. Aucun décès n'a été signalé.

Les résultats de l'enquête établissent un lien entre les infections et le contact avec des animaux de compagnie. Seize des vingt-trois personnes malades interrogées (70 %) ont déclaré avoir été en contact avec des hérissons de compagnie avant de tomber malades.

Cette souche épidémique est la même que celles liées aux hérissons en 2012 et en 2019.

Une source commune de hérissons n'a pas été identifiée. Les gens ont déclaré avoir acheté des hérissons auprès de diverses sources, notamment dans des animaleries, chez des éleveurs.

Cette enquête est en cours, et les CDC fourniront de plus amples informations dès qu'elles seront disponibles.

Manipuler en toute sécurité les dragons barbus et les hérissons :

Lavez-vous toujours les mains soigneusement à l'eau et au savon juste après avoir touché votre animal de compagnie ou tout ce qui se trouve dans son environnement.

N'embrassez pas votre animal de compagnie ou ne le serrez pas contre vous, car cela peut propager les germes de *Salmonella* à votre visage et à votre bouche

Ne laissez pas votre animal de compagnie dans la cuisine et dans les autres endroits où vous mangez, rangez ou préparez de la nourriture.

Si possible, nettoyez les objets que vous utilisez pour prendre soin de votre animal de compagnie à l'extérieur de la maison. Si vous nettoyez ces objets à l'intérieur, nettoyez-les dans un évier ou une baignoire. Veillez à désinfecter soigneusement la zone tout de suite après.

Ne laissez pas les enfants de moins de 5 ans toucher le dragon barbu ou le hérisson, car les jeunes enfants sont plus susceptibles d'être atteints d'une infection grave à *Salmonella*.

Avant de ramener un nouvel animal de compagnie à la maison, faites une recherche sur ses besoins et voyez s'il convient à votre famille.

À propos de *Salmonella* :

La plupart des personnes infectées par *Salmonella* souffrent de diarrhée, de fièvre et de crampes abdominales de six heures à six jours après avoir été exposées à la bactérie.

La maladie dure généralement de quatre à sept jours, et la plupart des personnes se rétablissent sans traitement.

Chez certaines personnes, la maladie peut être si grave au point d'entraîner l'hospitalisation du patient. L'infection à *Salmonella* peut se propager des intestins à la circulation sanguine, puis à d'autres parties du corps.

Les enfants de moins de 5 ans, les adultes de 65 ans et plus et les personnes dont le système immunitaire est affaibli sont plus susceptibles de souffrir de formes graves de l'infection.

Si vous avez des questions concernant des cas dans un État particulier, veuillez appeler le ministère de la Santé de cet État.

<https://www.cdc.gov/media/releases/2020/s1001-salmonella-bearded-dragons-hedgehogs.html>

République démocratique du Congo

Cas de variole du singe signalés

ID : 1007951319

Source : reliefweb

Du 1^{er} janvier au 13 septembre 2020, un total de 4 594 cas soupçonnés de variole du singe, dont 171 décès (taux de létalité de 3,7 %), ont été signalés dans 127 zones de santé de 17 des 26 provinces de la République démocratique du Congo. Le premier pic épidémique a été observé au début du mois de mars 2020 (semaine épidémiologique 10), avec 136 cas signalés chaque semaine (figure 1). Du 1^{er} janvier au 7 août, l'Institut National de Recherche Biomédicale (INRB) a reçu 80 échantillons provenant de cas soupçonnés de variole du singe, dont 39 ont été confirmés positifs par l'amplification en chaîne par polymérase. Quatre des quatre-vingts prélèvements étaient des lésions cutanées (croûtes ou vésicules), les autres prélèvements étaient du sang. Il n'y a pas d'autres informations pour le moment

concernant le résultat de ces 80 patients dont les échantillons ont été testés. Les tests de confirmation sont toujours en cours.

Au cours de la même période en 2019, 3 794 cas soupçonnés et 73 décès (taux de létalité de 1,9 %) ont été signalés dans 120 zones de santé de 16 provinces, tandis qu'un total de 2 850 cas soupçonnés (taux de létalité de 2,1 %) ont été signalés en 2018.

Les provinces qui signalent le plus grand nombre de cas soupçonnés sont Sankuru avec 973 (21,2 %), Mai-Ndombe avec 964 (21 %), Équateur avec 586 (12,8 %), Tshuapa avec 520 (11,3 %) et Mongala avec 518 (11,3 %) (figure 2). Du 1^{er} janvier au 13 septembre, la province de Kwilu est celle qui a enregistré le taux de mortalité le plus élevé, soit 16,7 % (1 décès sur 6 cas soupçonnés), suivie de Tshopo avec 8,1 % (17 décès sur 211 cas soupçonnés) et de Mai-Ndombe avec 7,8 % (75 décès sur 964 cas soupçonnés). Depuis janvier 2020, des foyers actifs ont été signalés dans la province de Mai-Ndombe (située au sud de la province de l'Équateur, dans le nord-ouest du pays). Le foyer de la zone sanitaire d'Inongo (province de Mai-Ndombe) est l'un des plus préoccupants, puisqu'il touche un quart de son territoire. L'écllosion est en cours depuis juin 2020 et représente 65 % du nombre total de cas soupçonnés, avec un taux de létalité estimé à 10 %. En outre, la zone sanitaire d'Inongo est limitrophe de la zone sanitaire de Bikoro (province de l'Équateur); la province de l'Équateur est le lieu de l'actuelle épidémie d'Ebola, et désormais aussi d'une épidémie de variole du singe.

En République démocratique du Congo, la majorité des cas soupçonnés (58 %) sont âgés de plus de cinq ans; cependant, le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est plus élevé, soit 4,2 % (80 décès sur 1 907 cas soupçonnés) contre 3,4 % pour les cas de plus de cinq ans (91 décès sur 2 687 cas soupçonnés).

Des cas de variole du singe ont été signalés dans des zones sanitaires qui connaissent également de multiples épidémies, notamment la rougeole, la poliomyélite due au cVDPV, le paludisme, le choléra et la COVID-19, en plus d'une épidémie de maladie due au virus Ebola dans la province de l'Équateur qui continue de connaître des conflits armés et des violences. La situation de sécurité en République démocratique du Congo reste instable, ce qui perturbe encore plus les efforts de surveillance et les activités de réponse. Les régions touchées par cette épidémie continuent de connaître des conflits armés et des déplacements de population.

L'exposition potentielle pourrait être liée à la proximité de la forêt avec de nombreux foyers potentiels pour les animaux, y compris pour les activités de chasse.

En raison de la propagation mondiale du virus à l'origine de la COVID-19 et de l'insécurité permanente dans la région, il existe un risque de perturbation de l'accès aux soins de santé due à la charge que la COVID-19 fait peser sur le système de santé. Au 16 septembre 2020, un total de 10 401 cas de COVID-19, dont 267 décès, ont été signalés en République démocratique du Congo.

Réponse de la santé publique L'OMS travaille avec les autorités nationales pour obtenir plus d'informations sur les cas et sur les capacités des laboratoires. L'enquête et la confirmation des cas soupçonnés aideront à mieux comprendre l'étendue du virus en République démocratique du Congo.

Un soutien technique est fourni au ministère de la Santé afin d'élaborer et de mettre en œuvre rapidement un plan d'intervention global visant à renforcer la surveillance aux niveaux national et local, y compris des enquêtes supplémentaires sur les foyers et des activités d'intervention.

L'un des principaux défis de l'urgence actuelle est l'insuffisance des fonds pour faire face aux multiples épidémies en cours dans le pays. Les faiblesses de la surveillance et des laboratoires ainsi qu'un nombre élevé de réfugiés traversant la frontière de la province du Kasaï vers l'Angola pourraient tous contribuer à la propagation de l'épidémie.

Le soutien de partenaires tels que les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) et les organisations non gouvernementales (ONG) sera essentiel pour lutter contre cette épidémie.

Évaluation des risques par l'OMS La variole du singe est une zoonose sylvatique avec des infections humaines accidentelles qui se produisent sporadiquement dans les forêts tropicales humides d'Afrique centrale et occidentale. Elle est causée par le virus de la variole du singe (MPXV) qui appartient à la famille des orthopoxvirus, le même groupe de virus que la variole.

Il existe deux clades distincts du virus de la variole du singe, le clade du bassin du Congo et le clade d'Afrique de l'Ouest. La variole du singe due au virus du clade du bassin du Congo a entraîné une mortalité allant jusqu'à 10 % des cas, alors que le clade d'Afrique de l'Ouest affiche généralement une issue fatale dans moins de 1 % des cas. L'infection par le VIH semble augmenter le risque de décès chez les personnes infectées par le virus de la variole du singe.

Le réservoir animal reste inconnu. Toutefois, des éléments indiquent que les rongeurs indigènes africains pourraient être des sources potentielles. Le contact avec des animaux vivants ou morts lors de la chasse ainsi que la viande de brousse sont des facteurs présumés d'infection humaine. La maladie est spontanément résolutive et les symptômes disparaissent généralement en 14 à 21 jours. Les cas graves sont plus fréquents chez les enfants et chez les personnes immunodéprimées, en particulier les personnes séropositives, et sont liés à l'ampleur de l'exposition au virus, à l'état de santé du patient et à la gravité des complications. Le taux de létalité a varié d'une épidémie à l'autre, mais a été de 1 à 10 % lors d'événements documentés. Il n'existe pas de traitement spécifique autorisé pour la variole du singe et un vaccin récemment approuvé n'est pas encore largement accessible au public.

Depuis l'identification du premier cas humain de variole du singe en 1970 en République démocratique du Congo (alors appelée Zaïre) chez un garçon de 9 mois, et jusqu'en 1986, 95 % des cas dans le monde ont été signalés en République démocratique du Congo. Des cas de variole du singe ont également été signalés dans d'autres pays africains : Bénin, Cameroun, République centrafricaine, Gabon, Côte d'Ivoire, Liberia, Nigéria, République du Congo, Sierra Leone et Soudan du Sud. En 2003, un foyer est apparu aux États-Unis d'Amérique à la suite de l'importation d'animaux infectés. Des cas uniques importés ont été identifiés en Israël et au Royaume-Uni en 2018, et à Singapour en 2019, tous à la suite d'un diagnostic chez des voyageurs en provenance du Nigéria. Au Royaume-Uni, un cas secondaire a été confirmé chez un professionnel de la santé.

Avec l'éradication de la variole et l'arrêt ultérieur de la vaccination systématique contre la variole, la variole du singe humaine est apparue de plus en plus fréquemment au sein de populations non vaccinées. Le risque est évalué comme étant élevé au niveau national, modéré au niveau régional et faible au niveau mondial.

Conseils de l'OMS Plusieurs orthopoxvirus, et en particulier le virus de la variole du singe, sont en circulation au sein de la faune sauvage et se répandent sporadiquement pour affecter les êtres humains. La réduction des contacts avec la faune et de la dépendance à son égard permettra de renforcer les efforts de prévention des zoonoses qui touchent la faune, notamment la variole du singe.

Il est nécessaire de renforcer la collaboration transfrontalière avec les pays voisins (République du Congo, République démocratique du Congo et République centrafricaine), y compris le partage des données et des informations.

Les résidents et les voyageurs se rendant dans des zones ou pays endémiques doivent éviter tout contact avec des animaux malades, morts ou vivants susceptibles d'héberger le virus de la variole du singe (rongeurs, marsupiaux, primates) et doivent s'abstenir de manger ou de manipuler de la viande provenant de la brousse. Il convient de souligner l'importance de l'hygiène des mains en utilisant de l'eau et du savon ou un désinfectant à base d'alcool. Des stations de lavage des mains et des initiatives de lutte contre les infections, telles que l'utilisation de désinfectants, doivent être mises en place dans les hôpitaux. Toute maladie pendant le voyage ou au retour doit être signalée à un professionnel de la santé, avec notamment des informations sur tous les voyages récents et les antécédents de vaccination.

La recherche rapide des contacts, les mesures de surveillance et la sensibilisation des prestataires de soins de santé sont essentielles pour prévenir les cas secondaires et gérer efficacement les épidémies de variole du singe. Le contrôle des infections dans les établissements de santé est crucial. Les professionnels de la santé qui s'occupent de patients atteints d'une variole du singe soupçonnée ou confirmée doivent appliquer les mesures de précaution standard de contrôle des infections par contact et par gouttelettes.

Les échantillons prélevés sur des personnes et des animaux soupçonnés d'être infectés par le virus de la variole du singe doivent être manipulés par un personnel qualifié travaillant dans des laboratoires convenablement équipés. La confirmation de la variole du singe dépend du type et de la qualité de l'échantillon, ainsi que du type de test de laboratoire. Ainsi, les échantillons doivent être emballés et

expédiés conformément aux exigences nationales et internationales. La réaction en chaîne de la polymérase (PCR) est le test de laboratoire privilégié, en raison de sa précision et de sa sensibilité. Pour cela, les meilleurs échantillons de diagnostic de la variole du singe proviennent de lésions cutanées – le dessus ou le liquide des vésicules et des pustules, et les croûtes sèches. Les tests sanguins de PCR sont souvent peu concluants, en raison de la courte durée de la virémie par rapport au moment du prélèvement des échantillons après le début des symptômes. La sérologie n'est pas indiquée pour détecter une infection aiguë. Pour ces raisons, le sang ne doit pas être systématiquement prélevé sur les patients, sauf dans le cadre de la recherche ou d'une enquête plus approfondie sur l'épidémie qui comprend l'identification de cas antérieurs.

Le vaccin antivariolique utilisé dans le cadre du programme d'éradication de la variole protégeait également contre la variole du singe. L'OMS et quelques pays conservent des stocks d'urgence de vaccins antivarioliques (vaccine). Un nouveau vaccin de troisième génération plus sûr (connu sous le nom de vaccin modifié de la vaccine d'Ankara) approuvé en 2019 pour la prévention de la variole du singe n'est pas encore largement disponible pour le secteur public. Des agents antiviraux sont également en cours de développement.

Sur la base des informations disponibles à ce jour, l'OMS ne recommande aucune restriction pour les voyages et le commerce avec la République démocratique du Congo.

<https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/monkeypox-democratic-republic-congo-disease-outbreak-news-1-october>

République démocratique du Congo

Trois autres cas mortels d'Ebola signalés lors de l'épidémie en RDC; 128 cas, dont 53 mortels

Source : CIDRAP

ID : 1007954219

Trois décès rétrospectifs probables dus au virus Ebola, survenus en juillet, ont été ajoutés au total dans la province de l'Équateur en République démocratique du Congo (RDC), a déclaré aujourd'hui le Bureau des Nations unies pour la coordination des affaires humanitaires (UN OCHA).

Ce développement porte le total de l'épidémie à 128 cas et 53 décès. Les trois autres cas probables se trouvent tous dans la zone de santé de Bolomba, dont un dans la zone de santé de Boyenge, qui n'avait auparavant signalé aucun cas confirmé ou probable. L'OCHA a également déclaré que les équipes d'intervention et les fournitures médicales sont arrivées dans la zone sanitaire de Lusengo, la dernière zone touchée par l'épidémie.

Dans la province de l'Équateur, l'épidémie a été détectée pour la première fois en juin dans la même région où une épidémie d'Ebola en 2018 a rendu 54 personnes malades, dont 33 sont décédées.

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/10/news-scan-oct-01-2020>

<https://reliefweb.int/report/democratic-republic-congo/rd-congo-note-d-information-humanitaire-epid-mie-de-la-maladie-89>

Recherches, politiques et directives

Canada

Annnonce : Membres du Groupe de référence sur les bonnes pratiques d'évaluation par les pairs pour la recherche autochtone

ID : 1007951583

Source : cihr-irsc.gc.ca

Le CRSH, le CRSNG et les IRSC souhaitent la bienvenue aux membres de leur nouveau Groupe de référence sur les bonnes pratiques d'évaluation par les pairs pour la recherche autochtone. À la suite d'un appel de déclaration d'intérêt lancé au début de 2020, dix-huit personnes ont été sélectionnées afin de fournir des conseils sur l'élaboration et l'introduction de pratiques et d'approches d'évaluation culturellement adaptées pour la recherche réalisée par ou avec des membres des Premières Nations, des Inuits ou des Métis. Les membres du Groupe apportent collectivement une compréhension culturelle approfondie de la recherche et des savoirs autochtones. Les membres du Groupe apportent collectivement une compréhension culturelle approfondie de la recherche et des savoirs autochtones. En effet, le Groupe de référence rassemble une multitude de perspectives – jeunes, gardiens des savoirs et universitaires à différents stades de carrière – et de réalités – communautés des Premières Nations et communautés inuites et métisses du Nord, en milieu urbain et dans les réserves. La composition du Groupe assure aussi l'équité entre les sexes et la représentation de diverses régions géographiques. Cette diversité et la sagesse collective des membres profiteront aux organismes subventionnaires et aux communautés autochtones du Canada.

La formation du Groupe de référence constitue une étape importante de la mise en œuvre du plan stratégique 2019-2022 des organismes intitulé Établir de nouvelles orientations à l'appui de la recherche et de la formation en recherche autochtone au Canada. Conçu en collaboration avec les Premières Nations, les Inuits et les Métis, ce plan guidera la mise au point de nouveaux modèles de soutien à la recherche autochtone et à la formation en recherche autochtone. Le plan témoigne de la volonté des organismes et du Comité de coordination de la recherche au Canada (CCRC) de donner suite à l'appel lancé par la Commission de vérité et réconciliation du Canada en ce qui concerne l'établissement d'une nouvelle relation avec les peuples autochtones – une relation qui crée une société plus égalitaire, fondée sur le respect mutuel et reconnaissant la valeur des modes de connaissance traditionnels.

Membres

Myrle Ballard, Université du Manitoba
Suzy Basile, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue
Amber Bedard, Université de Calgary
Aimée Craft, Université d'Ottawa
Catherine Dussault, étudiante, Québec
Kimberly Fairman, Institut de recherche en santé circumpolaire
Heather Igloliorte, Université Concordia
Lawrence Ignace, Yukon
Rebekah Jacques, Université Western
Logan MacDonald, Université de Waterloo
Georgina Martin, Université de l'île de Vancouver
Denise McDonald, Université de l'Alberta
Lorrilee McGregor, École de médecine du Nord de l'Ontario – Université Laurentienne et Université Lakehead
Julian Robbins, Fédération des centres d'amitié autochtones de l'Ontario
Margaret Robinson, Université Dalhousie
Raven Sinclair, Université de Regina (Campus Saskatoon)
Suzanne Stewart, Université de Toronto
Matthew Wildcat, Université de l'Alberta
<https://cihr-irsc.gc.ca/f/52136.html>

International

Des scientifiques découvrent des bactéries liées à l'hydrocéphalie post-infectieuse chez les nourrissons

ID : 1007951281

Source : news-medical.net

Des scientifiques du Center for Infection and Immunity (CII) de la Mailman School of Public Health de l'Université de Colombie ont découvert des bactéries liées à l'hydrocéphalie post-infectieuse (PIH), la cause la plus fréquente de l'hydrocéphalie pédiatrique dans le monde. Les résultats de l'étude menée par l'Université d'État de Pennsylvanie avec des scientifiques de la CII et des collègues cliniciens en Ouganda sont publiés dans la revue *Science Translational Medicine*.

L'hydrocéphalie est l'indication la plus courante de la neurochirurgie chez l'enfant. Sur les 400 000 nouveaux cas estimés chaque année, on estime qu'environ la moitié sont post-infectieux, le plus grand nombre de cas étant enregistré dans les pays à faible et à moyen revenu, en particulier en Afrique subsaharienne. La septicémie néonatale précède souvent la PIH, bien que les manifestations de l'hydrocéphalie apparaissent généralement dans les mois qui suivent la période néonatale, lorsque le liquide céphalorachidien s'accumule, de sorte que l'expansion crânienne attire l'attention des médecins. Ces nourrissons meurent généralement dans la petite enfance, sans avoir bénéficié d'une prise en charge chirurgicale avancée.

Le co-premier auteur de l'étude, Brent L. Williams, Ph. D., professeur adjoint d'épidémiologie à l'IIC, a examiné le liquide céphalorachidien prélevé chez 100 cas consécutifs de PIH et chez des cas témoins d'hydrocéphalie non post-infectieuse (HPNI), chez des nourrissons en Ouganda, en testant les échantillons pour détecter la présence de microorganismes bactériens et fongiques. Il a trouvé des espèces de *Paenibacillus* (bactéries) dans le liquide céphalorachidien liées à des cas de PIH, et non à des contrôles. Williams a ensuite quantifié les espèces de *Paenibacillus* dans des échantillons de liquide céphalorachidien de nourrissons, trouvant une charge élevée de ces bactéries chez les patients infectés. Les résultats ont ensuite été confirmés de manière indépendante, et une souche de *Paenibacillus* a été isolée et caractérisée par des tests supplémentaires effectués par Steven Schiff, M.D., auteur principal de l'étude, et des collègues de l'Université d'État de Pennsylvanie. Les chercheurs ont également découvert que la quantité de *Paenibacillus* était associée à des mesures cliniques de l'hydrocéphalie, basées sur des scores d'imagerie cérébrale, ainsi qu'à des signes potentiels d'infection basés sur le nombre de cellules immunitaires chez les patients.

Le coauteur principal, W. Ian Lipkin, M.D., professeur John Snow et directeur du CII, a souligné que « cette découverte a le potentiel de réduire la morbidité et la mortalité de cette maladie du système nerveux central chez des millions d'enfants en Afrique subsaharienne en faisant passer le traitement de la chirurgie aux antibiotiques et aux vaccins. »

« Maintenant que nous avons identifié un agent pathogène qui pourrait être responsable de certains cas d'hydrocéphalie post-infectieuse, nous pouvons développer de nouveaux tests plus sensibles pour détecter rapidement une infection, évaluer sa gravité, identifier la source de ces infections et, espérons-le, fournir des traitements ciblés pour prévenir le développement de l'hydrocéphalie. »

Source :

Mailman School of Public Health de l'Université Columbia

Référence de la revue :

Paulson, J. N., et collab. (2020) *Paenibacillus* infection with frequent viral coinfection contributes to postinfectious hydrocephalus in Ugandan infants. *Science Translational Medicine*.

doi.org/10.1126/scitranslmed.aba0565.

<https://stm.sciencemag.org/content/12/563/eaba0565>

Brent L. Williams, Ph. D., professeur adjoint d'épidémiologie au CII

<https://www.news-medical.net/news/20200930/Scientists-discover-bacteria-linked-to-post-infectious-hydrocephalus-in-infants.aspx>

Pays-Bas

Dengue autochtone chez deux touristes néerlandais en visite dans le département du Var, dans le sud de la France, en juillet 2020; commentaire du séparateur non disponible

Source : eurosurveillance.org

ID : 1007953678

Résumé – Volume 25, numéro 39, 1^{er} octobre 2020

Volume 25, numéro 39, 1^{er} octobre 2020

Nous signalons une infection par le virus de la dengue (DENV) chez deux touristes néerlandais qui ont visité le département du Var, dans le sud de la France, en juillet et août 2020. Comme certains cas de dengue autochtone ont été enregistrés en Europe ces dernières années, il est important de sensibiliser les médecins et les experts en santé publique à la présence intermittente possible du DENV dans le sud de l'Europe afin de réduire au minimum les retards de diagnostic et de traitement. Un diagnostic rapide

peut conduire à une action rapide pour contenir la propagation des maladies à transmission vectorielle et réduire au minimum la transmission.

https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.39.2001670#abstract_content