

Canada

Régions du Canada avec des cas de COVID-19 en date du 12 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	182 839	18 954	9 627
Terre-Neuve-et-Labrador	283	9	4
Île-du-Prince-Édouard	63	5	0
Nouvelle-Écosse	1 092	4	65
Nouveau-Brunswick	278	76	2
Québec	86 976	8 154	5 965
Ontario	59 139	5 697	3 005
Manitoba	2 655	1 131	34
Saskatchewan	2 140	215	25
Alberta	19 995	2 225	282
Colombie-Britannique	10 185	1 438	245
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) détaillé peut être consulté à l'adresse suivante :

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

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

Canada

Le premier ministre annonce un soutien supplémentaire aux banques alimentaires et aux organisations alimentaires locales

9 octobre 2020

Ottawa (Ontario)

Source : pm.gc.ca

Tout le monde mérite de pouvoir mettre des aliments sains sur sa table, mais beaucoup de Canadiens et de familles canadiennes ont connu des mois difficiles et incertains dernièrement. Au même moment, les banques alimentaires et les organisations alimentaires locales qui fournissent des services aux Canadiens sont confrontées à des difficultés, notamment lorsqu'il s'agit de recruter des bénévoles et d'augmenter les mesures de santé et de sécurité publiques. **Alors que nous continuons de faire face aux impacts de la COVID-19, les Canadiens en situation d'insécurité alimentaire sont plus nombreux qu'auparavant, ce qui rend les banques et les organisations alimentaires essentielles pour aider les familles et maintenir la santé et la sécurité des Canadiens.**

Aujourd'hui, le premier ministre Justin Trudeau a annoncé un investissement supplémentaire de 100 millions de dollars dans le Fonds d'urgence pour la sécurité alimentaire. Cet investissement contribuera à améliorer l'accès aux aliments et permettra d'augmenter l'approvisionnement alimentaire pour les Canadiens vulnérables à travers le pays et qui sont touchés par les conséquences de la pandémie mondiale de COVID-19.

Le gouvernement du Canada versera ce financement à des organisations nationales et régionales, qui aideront ensuite les banques alimentaires et organisations alimentaires locales partout au Canada. Ainsi, il sera plus facile d'atteindre les gens aux prises avec l'insécurité alimentaire.

Au moment où nous entrons dans une phase cruciale de la pandémie, les banques alimentaires, les organisations alimentaires locales et les groupes autochtones pourront utiliser ces fonds pour veiller à ce que les communautés vulnérables continuent d'avoir accès à des aliments sûrs et sains. Le financement servira à acheter et à distribuer de la nourriture et d'autres produits essentiels en vue de répondre aux besoins urgents des Canadiens. Il servira également à embaucher des travailleurs là où les bénévoles ne sont pas disponibles, ainsi qu'à faire l'achat d'équipement de protection individuelle pour assurer la sécurité des travailleurs, des bénévoles et de ceux qui visitent les banques alimentaires et les organisations alimentaires locales.

Le gouvernement du Canada continuera de soutenir tous les Canadiens, particulièrement nos gens les plus vulnérables, alors que nous travaillons à bâtir un Canada plus résilient. Ensemble, nous pouvons créer un Canada plus sain et plus sûr, plus propre et plus compétitif, et plus juste et plus inclusif pour tout le monde.

<https://pm.gc.ca/fr/nouvelles/communiqués/2020/10/09/premier-ministre-annonce-soutien-supplementaire-aux-banques>

Canada

L'écllosion au Nouveau-Brunswick pourrait forcer des changements dans la bulle atlantique, selon la D^{re} Morrison

Source : CBC News

ID : 1008007242

La D^{re} Heather Morrison demande aux habitants de l'Île-du-Prince-Édouard de revoir leurs projets de voyage pour le week-end de l'Action de grâces.

Une écllosion de COVID-19 dans un établissement de soins de longue durée de Moncton, au Nouveau-Brunswick, suscite des inquiétudes au sujet de la transmission du virus à l'intérieur de la bulle atlantique.

Mercredi, les autorités du Nouveau-Brunswick ont confirmé 17 nouveaux cas. Cette annonce a été faite alors que tout est mis en œuvre pour contenir l'écllosion qui frappe le Manoir Notre-Dame, un foyer de soins spéciaux de Moncton où 13 résidents, 2 membres de leur famille et 4 membres du personnel ont reçu un résultat positif. Les autorités ont également donné un avis d'exposition potentielle de la population au Centre d'optique de l'entrepôt Costco et au restaurant St-Hubert de Moncton.

« Étant donné les nombreux liens entre l'Île-du-Prince-Édouard et le Nouveau-Brunswick, et notamment la région de Moncton, la situation là-bas suscite des inquiétudes chez nous », a indiqué l'administratrice en chef de la santé publique de l'Île-du-Prince-Édouard, la D^{re} Heather Morrison, lors d'une entrevue donnée jeudi après-midi à l'émission *CBC News: Compass*.

« Nous sommes inquiets, mais nous suivons de près la situation. »

Actuellement, l'Île-du-Prince-Édouard rapporte 3 cas actifs de COVID-19 et 58 personnes rétablies. Des changements dans la bulle?

À l'approche du week-end de l'Action de grâces, la D^{re} Morrison réfléchit aux mesures de santé publique et exhorte les insulaires à la prudence.

« Je crois que le moment est venu pour le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et tout particulièrement l'Île-du-Prince-Édouard de nous demander s'il faut opérer des changements dans la bulle atlantique.

Pour commencer, nous allons rappeler à tous ceux qui arrivent chez nous, qu'il s'agisse de visiteurs ou de Prince-Édouardiens qui rentrent à la maison pour le week-end, de faire un test de dépistage s'ils ont des symptômes ».

Le détail de ce rappel a été donné dans un communiqué de presse publié jeudi dernier : « Toute personne entrant sur l'Île-du-Prince-Édouard par le pont de la Confédération ou le traversier de Wood Islands recevra de l'information supplémentaire lui rappelant de rester à l'affût des symptômes de la COVID-19, de suivre les recommandations de santé publique et d'éviter les grands rassemblements. » Pensez-y bien avant de voyager

Dans l'entrevue accordée à *CBC News: Compass*, la D^{re} Morrison a invité les gens à se demander s'ils devaient vraiment voyager d'ici à ce que les autorités aient une meilleure idée de l'évolution de l'écllosion de Moncton.

Lors d'une séance d'information tenue après l'entrevue de la D^{re} Morrison avec la CBC, les autorités du Nouveau-Brunswick ont signalé trois nouveaux cas n'ayant aucun lien avec l'établissement de soins de longue durée. Cela porte le nombre total de cas actifs à 24 au Nouveau-Brunswick.

Les autorités ont annoncé en outre que le port du masque serait obligatoire dans la plupart des espaces publics à partir de minuit.

La D^{re} Morrison encourage fortement les habitants de l'Île-du-Prince-Édouard à télécharger l'application Alerte COVID à compter de jeudi. Elle considère que ce nouvel outil viendra renforcer l'arsenal de traçage dont disposent les autorités pour réduire la propagation du nouveau coronavirus.

« Il va sans dire que l'efficacité de l'application sera proportionnelle au nombre de personnes qui la téléchargeront », a-t-elle pris soin de préciser.

<https://www.cbc.ca/news/canada/prince-edward-island/pei-nb-ns-atlantic-bubble-possible-changes-1.5755471>

Canada

Le gouvernement du Canada et ses partenaires provinciaux soutiennent la recherche traitant des effets de la COVID-19 sur la santé mentale au pays

Source : Gouvernement du Canada

De : Instituts de recherche en santé du Canada

Communiqué de presse

Alors que la lutte contre la COVID-19 se poursuit, le gouvernement fédéral s'associe à des partenaires provinciaux pour s'attaquer aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie au pays, problèmes que l'arrivée de la maladie a exacerbés.

L'honorable Patty Hajdu, ministre fédérale de la Santé, a annoncé aujourd'hui un investissement de plus de 10,2 millions de dollars dans la recherche sur la santé mentale et la toxicomanie au temps de la COVID-19. Cet investissement aidera 55 équipes de recherche canadiennes à se pencher sur la crise que la pandémie entraîne sur ces plans. Les chercheurs étudieront les besoins en matière de santé

mentale et de toxicomanie des personnes, des communautés et des populations engendrés par la pandémie, et les effets de celle-ci sur les systèmes de soins. Ils produiront également les données nécessaires pour veiller à ce que les Canadiens et Canadiennes qui ont besoin de services de santé mentale et de toxicomanie y aient accès. Le fruit de leur travail guidera immédiatement les politiques et les pratiques de lutte contre la crise.

Les fonds sont octroyés par les Instituts de recherche en santé du Canada, la Fondation Michael-Smith pour la recherche en santé, la Fondation de la recherche en santé du Nouveau- Brunswick, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario et la Fondation de la recherche en santé de la Saskatchewan.

Citations

« La pandémie de COVID-19 a changé la vie des Canadiens et Canadiennes, notamment comment ils agissent et comment ils se sentent. Elle a ébranlé nos communautés, en particulier les plus vulnérables. Pour venir en aide à ceux et celles qui en ont besoin, nous investissons dans des projets qui nous permettront d'agir rapidement pour veiller à ce que chacun reçoive le soutien psychologique nécessaire pour traverser cette période difficile. Je félicite les équipes retenues pour leurs recherches importantes : leurs travaux auront des incidences réelles et positives sur la vie des Canadiens et des Canadiennes. »
L'honorable Patty Hajdu, ministre de la Santé

« Des gens d'ici de tous les horizons ont du mal à composer avec les effets de la pandémie. Le milieu de la recherche canadien s'est rapidement mobilisé pour s'attaquer à ce dossier. Les résultats de ces projets seront appliqués pratiquement en temps réel, directement dans les systèmes de soins et à la prestation de services en santé mentale et en toxicomanie au Canada. Cette démarche essentielle est possible grâce à une formidable collaboration entre des organismes de niveau fédéral et provincial. »
Dr Michael Strong, président des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)

« La population canadienne s'adapte du mieux qu'elle peut à l'évolution de la situation et à ce qui constitue désormais la "nouvelle normalité", mais les besoins en matière de santé mentale et de toxicomanie ne sont pas près de diminuer. Ces travaux de recherche procureront aux fournisseurs de services ainsi qu'aux décideurs des éléments probants urgents à une époque où de nombreuses personnes sont aux prises avec un niveau de stress et d'anxiété accru. Ils aborderont également l'effet de la pandémie sur les méfaits persistants et grandissants de la consommation de substances, y compris la crise des opioïdes, qui constitue déjà et depuis peu un enjeu de santé publique majeur au pays. »
Dr Samuel Weiss, directeur scientifique de l'Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies des IRSC

Faits en bref

Les IRSC et des partenaires investissent plus de 10,2 millions de dollars sur un an dans 55 projets de recherche axés sur les problèmes de santé mentale et de toxicomanie au pays, problèmes qui se sont exacerbés durant la pandémie de COVID-19.

Les projets annoncés aujourd'hui ciblent les populations prioritaires telles que les personnes qui consomment des substances; les familles, les enfants et les adolescents; les groupes vulnérables ou à risque; les travailleurs de première ligne et de la santé; le personnel de sécurité publique; les personnes âgées; et les communautés et les peuples autochtones.

Cet investissement est rendu possible grâce à l'Initiative de recherche sur la santé mentale et la COVID-19, une collaboration entre les IRSC, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, la Commission de la santé mentale du Canada et le Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances. L'initiative permet la production rapide de connaissances et de données pour guider les interventions en santé mentale contre la pandémie de COVID-19.

L'Initiative est encadrée par un groupe consultatif d'experts canadiens en recherche, mobilisation des connaissances et prestation de services en santé mentale et en toxicomanie au pays.

La pandémie de COVID-19 est source de stress d'intensité diverse pour bon nombre de personnes qui n'ont pas facilement accès à leurs réseaux de soutien habituels. C'est pourquoi le gouvernement du Canada a créé Espace mieux-être Canada, portail regroupant plusieurs outils en ligne destinés à aider les Canadiens et Canadiennes, quel que soit le niveau de soutien recherché, entre autres de l'information et des outils d'autoévaluation et de clavardage avec des pairs aidants et des conseillers professionnels.

<https://www.canada.ca/en/institutes-health-research/news/2020/10/covid-19-mental-health-and-substance-use-research.html>

<https://www.canada.ca/fr/instituts-recherche-sante/nouvelles/2020/10/le-gouvernement-du-canada-et-ses-partenaires-provinciaux-soutiennent-la-recherche-traitant-des-effets-de-la-covid-19-sur-la-sante-mentale-au-pays.html>

Canada

Le gouvernement du Canada fait une mise au point sur la COVID-19 chez les Autochtones et dans leurs communautés

Source : Gouvernement du Canada

ID : [1008008561](#)

De : Services aux Autochtones Canada

Communiqués de presse

Le 9 octobre 2020 – Ottawa (Ontario), territoire traditionnel algonquin – Services aux Autochtones Canada

Au cours des dernières semaines, les communautés autochtones ont été confrontées à une augmentation alarmante du nombre de nouveaux cas actifs de COVID-19.

Bien que le taux d'infection à la COVID-19 chez les Premières Nations vivant dans les réserves demeure le tiers du taux constaté parmi les autres Canadiens, au cours du dernier mois seulement, Services aux Autochtones Canada (SAC) a été informé de plus de 200 nouveaux cas dans les communautés des Premières Nations. La semaine dernière, 68 nouveaux cas ont été signalés, ce qui représente la plus forte augmentation depuis avril. Cette hausse récente du nombre de cas est liée à des rassemblements privés, ainsi qu'à l'exposition à des cas positifs provenant de l'extérieur des communautés. Les communautés inuites, métisses et des Premières Nations ont réussi à prévenir, à réagir et à arrêter la propagation de la COVID-19 pendant la première vague de la pandémie. Nous savons que ces temps sont difficiles, mais nous devons redoubler d'efforts et continuer à suivre les mesures qui ont permis de sauver de nombreuses vies.

En date du 8 octobre 2020, Services aux Autochtones Canada dispose des données suivantes concernant les cas confirmés de COVID-19 dans les communautés des Premières Nations dans les réserves :

778 cas confirmés de COVID-19

129 cas actifs

61 hospitalisations

636 personnes rétablies

13 décès

Il y a au total 22 cas positifs confirmés au Nunavik (Québec). Toutes les personnes infectées, sauf 3, sont rétablies.

Depuis le début de la pandémie, tout le monde a uni ses forces, a fait des sacrifices et a fait sa part pour aider à limiter la propagation du virus. Après plusieurs mois en confinement à la maison, certains peuvent ressentir une fatigue liée à la pandémie. Cela peut entraîner une baisse de la vigilance envers d'importantes pratiques, comme limiter les voyages non essentiels ou maintenir l'éloignement physique avec ceux qui ne font pas partie de notre bulle sociale. Bien que ces changements soient difficiles, nous devons continuer à faire attention et à suivre les conseils de nos experts de la santé publique. Nous ne pouvons pas arrêter jusqu'à ce que nous soyons tous en sécurité. Nous devons rester vigilants. La menace de ce virus n'est pas encore derrière nous.

Nous vous recommandons de prendre connaissance des directives de santé publique établies par votre province ou territoire de résidence ou par les dirigeants de votre communauté. Nous encourageons également toute personne à partager les conseils d'experts en santé publique, comme ceux de l'Agence de santé publique du Canada, afin que ses amis et sa famille soient également bien informés.

Services aux Autochtones Canada continuera de travailler en collaboration avec les dirigeants autochtones pour aplatir la courbe de la COVID-19 dans les communautés inuites, métisses et des Premières Nations, alors que les dirigeants ne ménagent aucun effort pour veiller à ce que les membres de ces communautés aient accès à l'information et aux services sanitaires les plus récents.

Comme il a été annoncé le 6 octobre, le gouvernement du Canada a conclu une nouvelle entente avec Abbott Rapid Diagnostics pour l'achat d'au plus 20,5 millions de tests rapides antigéniques Panbio pour le dépistage de la COVID-19. Santé Canada a autorisé l'utilisation de ce test au Canada. Quant à la trousse de dépistage ID NOW d'Abbott, de la taille d'un grille-pain, elle peut fournir des résultats en aussi peu que 13 minutes. Les tests peuvent avoir lieu dans divers endroits, comme des cliniques médicales et des postes de soins infirmiers. Services aux Autochtones Canada s'efforce d'appuyer l'accès aux tests aux points de service dans les communautés des Premières Nations. Depuis le printemps, le gouvernement du Canada a déployé 65 instruments GeneXpert dans les communautés autochtones, en donnant la priorité aux communautés rurales, isolées et éloignées. Ces tests approuvés par Santé Canada fournissent des résultats rapides en une heure et, à ce jour, ils ont fourni plus de 15 000 résultats. Nous collaborons avec des partenaires pour veiller à ce que les postes de soins infirmiers et les centres de santé des communautés des Premières Nations continuent de disposer de l'équipement et de la formation nécessaires à l'administration de ces tests.

Il est important de souligner que l'apparition des symptômes de la COVID-19 peut survenir jusqu'à 14 jours après qu'une personne a été exposée au virus. Pendant ce temps, le virus peut facilement se propager. Ce qui signifie que les décisions prises aujourd'hui touchent des familles, des amis et des communautés pendant plusieurs semaines.

En raison de ces augmentations, les mesures préventives que l'on prend pour aider à freiner la propagation sont d'une importance capitale.

Lorsque vous décidez de voir des gens à l'extérieur de votre ménage, choisissez un petit cercle que votre famille verra régulièrement et qui choisira également de vous voir régulièrement. Lorsque nous limitons systématiquement nos contacts au même petit cercle, nous assurons la sécurité de nos foyers, de nos écoles et de nos lieux de travail.

N'oubliez pas de demeurer vigilants pendant les festivités automnales. Les célébrations de cette année seront différentes. Envisagez d'organiser une rencontre virtuelle avec des personnes à l'extérieur de votre ménage ou assurez-vous de faire preuve de prudence lorsque vous vous rencontrez en personne en maintenant une distance sécuritaire, en portant un masque et en apportant vos propres aliments.

De plus, il est essentiel de rester à la maison lorsqu'on se sent malade. Si vous croyez avoir des symptômes, vous trouverez auprès de votre province ou de votre territoire de résidence des outils d'autoévaluation de la COVID-19 qui peuvent vous aider à déterminer si vous avez besoin d'une évaluation ou d'un test plus poussé.

La tendance des nouveaux cas de COVID-19 que nous observons dans les communautés autochtones est semblable à celle que nous observons dans la population générale; nous pressons chacun de contribuer à changer cette tendance en prenant des décisions judicieuses et en suivant les mesures de santé publique recommandées.

<https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/nouvelles/2020/10/le-point-du-gouvernement-du-canada-sur-la-covid-19-chez-les-autochtones-et-dans-leurs-communautes0.html>

Canada

Le principal transporteur aérien du Canada offre gracieusement une assurance pour la COVID-19 aux voyageurs internationaux

Source : Forbes

Dans un effort désespéré pour inciter les voyageurs canadiens à renouer avec les destinations étrangères, Air Canada, le plus important transporteur aérien du pays, offre une assurance COVID-19 gratuite en dépit des appels répétés du gouvernement canadien à éviter les voyages non essentiels.

Air Canada a annoncé qu'elle offrira gracieusement aux clients admissibles qui réservent des vols internationaux aller-retour une assurance médicale d'urgence et de quarantaine liée à la COVID-19. L'assurance s'appliquera aux nouvelles réservations effectuées au Canada du 17 septembre au 31 octobre 2020. Le transporteur espère que cette protection gratuite rassurera les clients qui réservent des vols et des forfaits de vacances à l'étranger.

« Chez Air Canada, nous savons que les gens ont des raisons personnelles, familiales et professionnelles de voyager. Pour les rassurer, nous avons demandé à Manuvie d'offrir à tous les résidents du Canada une assurance médicale d'urgence et de quarantaine gratuite liée à la COVID-19 lorsqu'ils réservent un vol aller-retour vers une destination étrangère. Dans un communiqué de presse, M^{me} Lucie Guillemette, vice-présidente générale et cheffe des affaires commerciales chez Air Canada, fait la déclaration suivante : « Grâce aux meilleurs protocoles de biosécurité à bord et dans les aéroports de l'industrie, y compris le programme Air Canada SoinPropre+, ainsi qu'à nos politiques souples de modification des réservations, les clients ont l'assurance que lorsqu'ils réservent un vol ou des vacances auprès d'Air Canada, nous accordons la priorité absolue à leur sécurité et à leur bien-être. »

Ce régime (le certificat d'assurance Soins médicaux d'urgence liés à la COVID-19 de Manuvie) est offert uniquement pour les nouvelles réservations faites au Canada du 17 septembre et au 31 octobre 2020 pour des vols internationaux aller-retour effectués avant le 12 avril 2021.

Les clients qui reçoivent un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 à l'étranger bénéficieront des protections suivantes :

jusqu'à 200 000 dollars canadiens par assuré pour les frais médicaux liés à la COVID-19;
jusqu'à 150 dollars canadiens par personne par jour pour les frais de quarantaine (repas et hébergement), ou 300 dollars canadiens par famille par jour jusqu'à concurrence de 14 jours;
jusqu'à 500 dollars canadiens pour les dépenses liées au retour au pays si l'avertissement du gouvernement canadien passe du niveau 3 au niveau 4 pendant le séjour à l'étranger.

Air Canada précise que le régime est accessible à tous les résidents canadiens, sous réserve des conditions d'admissibilité. Le régime est administré par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie), le plus grand fournisseur d'assurance voyage du Canada. Selon le communiqué de presse, le régime offre « la couverture géographique [...] la plus vaste incluse par un transporteur aérien du pays pour les résidents canadiens : elle englobe toutes les destinations internationales desservies par Air Canada ». Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le site Web.

<https://www.forbes.com/sites/sandramacgregor/2020/10/08/canadas-major-airline-offering-free-covid-19-health-insurance-to-international-travellers/#b3c99f65e5d6> [en anglais]

Canada

La D^e Hinshaw recommande de limiter les rassemblements et le nombre de groupes dans la zone sociosanitaire d'Edmonton, aux prises avec une flambée des cas de COVID-19

Source : edmontonjournal.com

ID : 1008009756

La zone d'Edmonton se trouve à un tournant décisif dans sa lutte contre la propagation de la COVID-19, a averti jeudi la médecin-hygiéniste en chef de l'Alberta parallèlement à l'annonce de trois nouvelles mesures volontaires de santé publique pour la région.

Un maximum de 15 personnes est désormais recommandé pour les réunions familiales et privées dans la ville d'Edmonton et les municipalités environnantes à 15 personnes, alors que ce maximum est de 50 personnes ailleurs dans la province. On recommande le port du masque dans tous les espaces de travail à l'intérieur, ainsi qu'une limite de trois cohortes.

L'Alberta a enregistré 364 nouveaux cas de COVID-19 jeudi, un sommet depuis le début de la pandémie. Parmi ces cas, 266 ont été recensés dans la zone d'Edmonton qui, grâce aux mesures volontaires supplémentaires, est désormais répertoriée sous le statut « amélioré » sur le site Web du gouvernement. La D^{re} Deena Hinshaw a déclaré que les mesures ne sont pas obligatoires parce que le nombre de lits disponibles et la capacité des hôpitaux restent pour le moment adéquats.

« Nous savons que les nouvelles mesures n'auront pas d'incidence sur le nombre de cas avant une ou deux semaines, et que les chiffres resteront élevés à court terme, a-t-elle déclaré.

Pour le moment, nous nous en tenons à des mesures volontaires pour donner aux résidents d'Edmonton la possibilité de renverser cette tendance avant que les effets se fassent sentir sur les soins de courte durée. »

Des restrictions obligatoires seront appliquées si les hospitalisations augmentent de plus de 5 % en 2 semaines, ou si 50 % ou plus des lits de soins intensifs sont occupés. Actuellement, 77 Albertains sont hospitalisés en raison de la COVID-19, dont 13 aux soins intensifs

On dénombre à l'heure actuelle 1 251 cas actifs dans la zone d'Edmonton, dont 1 112 dans la ville d'Edmonton, soit 108,8 cas actifs pour 100 000 personnes. La D^{re} Hinshaw a répété ce qu'elle avait dit lundi concernant les 11 % de personnes symptomatiques qui sont allées au travail ou ont participé à des activités sociales à Edmonton.

Dans la région, un contact étroit avec une personne infectée et une éclosion de la maladie ont été à l'origine de la contamination dans 36 et 26 % des cas respectivement.

« Lorsque le mode de transmission est connu, les contacts au sein des ménages ou des communautés semblent avoir été un facteur clé de la propagation du virus dans toute la ville, explique la D^{re} Hinshaw. Les rencontres sociales et familiales continuent de favoriser cette propagation. Nous avons également constaté plusieurs cas de contamination entre les employés qui ont entraîné des éclosons dans les milieux de travail. »

Les mesures ne s'appliquent pas aux écoles

La limite recommandée de 15 personnes ne s'applique pas aux écoles, aux endroits de rassemblement plus formels comme les théâtres et les lieux de culte, ou tout autre lieu où un groupe est réuni par un organisateur qui peut garantir le respect des directives sur la COVID-19.

La D^{re} Hinshaw a concédé qu'il pourrait être difficile à court terme d'imposer une limite de 15 personnes pour les mariages et les funérailles, mais elle a encouragé les organisateurs d'événements sociaux privés à viser un maximum de 15 personnes dans la mesure du possible.

Dans les espaces de travail à l'intérieur, les masques sont recommandés, sauf lorsqu'une personne est seule dans un bureau à cloisons ou si les travailleurs peuvent garder une distance sûre entre eux.

Les résidents sont invités à se limiter à 1 cohorte principale de 15 personnes en dehors des personnes qu'ils fréquentent régulièrement dans leur ménage, à 1 cohorte scolaire ou professionnelle, et à un seul autre groupe social. Une cohorte est définie comme un petit groupe de personnes qui ne résident pas ensemble et qui peuvent interagir régulièrement sans être séparées de deux mètres.

Auparavant, aucune recommandation ne s'appliquait au nombre de cohortes fréquentées par une même personne.

Les jeunes enfants qui fréquentent un service de garde peuvent faire partie de quatre cohortes, indique la D^{re} Hinshaw, car ces établissements n'ont pas jusqu'ici présenté un risque élevé de propagation.

Les restrictions concernant le maximum de personnes n'ont pas changé pour les cohortes de sport ou de spectacle et celles des services de garde, fixé respectivement à 50 et à 30 personnes.

Edmonton envisage de nouvelles mesures

La ville d'Edmonton prône des mesures volontaires et incite les résidents à redoubler d'efforts pour limiter la propagation de la COVID-19, a déclaré jeudi le directeur général par intérim, Adam Laughlin.

« L'augmentation du nombre de cas plusieurs jours d'affilée laisse croire que les citoyens ont un peu relâché leur vigilance et qu'ils appliquent moins rigoureusement les recommandations de santé publique. Il faut redresser la barre pour ne pas mettre en péril notre communauté et notre système de santé. »

M. Laughlin a affirmé que l'application du règlement de la ville sur le port obligatoire du masque sera renforcée dans les centres commerciaux et les espaces publics des zones les plus touchées par la maladie. Par ailleurs, la ville est en train de revoir son système de réservations d'événements et elle envisage de réduire davantage la taille des groupes à l'intérieur et à l'extérieur.

La prochaine étape pourrait consister à limiter la capacité d'accueil des centres de loisirs municipaux qui ont été rouverts, ou tout bonnement à les fermer.

« Il n'est pas exclu que des restrictions soient imposées aux installations municipales ou qu'on les ferme si les habitants d'Edmonton ne prennent pas les recommandations au sérieux », a-t-il déclaré.

La ville continue de collaborer avec les autorités sanitaires provinciales et pourrait proposer des mesures supplémentaires au comité consultatif d'urgence du conseil municipal jeudi prochain.

Éclosions, nombre de cas et décès

Par ailleurs, on a rapporté jeudi 2 décès liés à une éclosion au Foothills Medical Centre de Calgary, ce qui porte le total à 283 dans la province.

À Edmonton, une éclosion a été déclarée au Misericordia Community Hospital. Au Shepherd's Care Centre Millwoods, 46 résidents et 22 membres du personnel ont reçu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19. Le centre de soins de longue durée déplore le décès de cinq résidents durant l'éclosion.

Parmi les écoles catholiques d'Edmonton, les écoles Our Lady of Mount Carmel et St. Bernadette ont chacune signalé un seul cas positif, et St. Francis Xavier vient d'en signaler un troisième.

La confirmation de 1 cas dans la division des écoles publiques d'Edmonton a entraîné l'isolement de 9 élèves et de 7 membres du personnel de l'école Scott Robertson; de 62 élèves et de 4 membres du personnel de l'école Virginia Park, et de 6 élèves et de 2 membres du personnel de l'école Rosslyn.

L'école John Barnett et l'école Victoria ont chacune signalé 1 cas unique, tandis qu'un troisième cas a été recensé à l'école Evansdale et un quatrième à l'école M.E. LaZerte.

L'école Harry Ainlay a été ajoutée à la liste de surveillance de la province après la confirmation de deux autres cas, qui porte le total à cinq.

Les masques sont désormais obligatoires dans tous les bâtiments et véhicules accessibles au public dans la ville de Leduc après que le nombre de cas de COVID-19 a atteint 13. En août, le conseil municipal de Leduc a adopté un règlement visant à imposer le port du couvre-visage lorsque le seuil de 10 cas est atteint. Le règlement restera en vigueur jusqu'à ce que le conseil adopte une motion visant à l'abroger.

NDLR : L'article a été mis à jour pour tenir compte du nombre réel de cas actifs dans la zone d'Edmonton.

<https://edmontonjournal.com/news/local-news/hinshaw-expected-to-announce-new-covid-19-measures-for-edmonton-zone-at-330-p-m/wcm/6aeec5fd-9f2e-4272-8cbb-a0c925e118a6/amp/> [en anglais]

Canada

Selon une nouvelle modélisation, le nombre de cas de COVID-19 pourrait atteindre 198 000 au Canada, un seuil critique

Source : CTV News

ID : [1008009767](#)

OTTAWA – D'ici la semaine prochaine, selon la dernière modélisation de la trajectoire à court terme de la pandémie de COVID-19 effectuée par le fédéral, les nouveaux diagnostics de COVID-19 pourraient se compter par milliers, pour un total de 197 830 cas et un nombre de décès pouvant atteindre 9 800 à l'échelle nationale.

Suivant ces nouvelles projections, le Canada pourrait dénombrer de 188 150 à 197 830 cas, et de 9 690 à 9 800 décès au 17 octobre.

« Nous atteignons un seuil critique dans la pandémie. À l'aube d'une deuxième vague, nous avons enregistré hier un nombre record de cas qui dépasse largement les chiffres du printemps dernier, a déclaré le premier ministre Justin Trudeau. Nous avons déjà réussi à aplanir la courbe, et nous pouvons le faire à nouveau. »

Le tableau d'ensemble actualisé laisse présager une deuxième vague de COVID-19 d'une ampleur telle qu'il faut dès maintenant renforcer les interventions, selon le rapport publié par Santé Canada.

Cette modélisation a été réalisée alors que le pays a déjà dépassé les estimations de nouveaux cas et de décès de septembre.

Au moment où les résultats de la modélisation ont été publiés, le bilan des cas confirmés s'établissait à 177 600. Actuellement, on recense 18 755 cas actifs et 9 583 décès.

« C'est difficile pour tout le monde. Nos vies ont été bouleversées lors de la première vague de cette pandémie mondiale, a déclaré Patty Hajdu, la ministre de la Santé. Il a fallu faire tellement de changements et d'adaptations. Les familles ont été mises à rude épreuve, des gens ont perdu leur emploi, nous avons dû renoncer aux fêtes, changer nos plans et renoncer à voir nos proches. Sans compter, bien entendu, le nombre effarant de malades et de victimes de la COVID-19. »

Les nouvelles données montrent que si les Canadiens ne diminuent pas leurs contacts avec d'autres personnes, l'épidémie va resurgir. Déjà, on constate une remontée rapide des taux d'infection au Québec, en Ontario et en Alberta, alors que la pandémie reste largement sous contrôle dans la bulle atlantique.

Comme on a pu l'observer le mois dernier, le taux d'hospitalisation augmente et, après avoir reculé, le taux de décès dus au virus recommence à grimper. Les données indiquent également que la deuxième vague frappe plus durement les jeunes que les autres groupes démographiques.

Encore plus inquiétant, les données les plus récentes montrent une hausse des nouveaux cas chez les personnes de 80 ans et plus, les plus susceptibles d'avoir des complications graves.

À l'échelle du Canada, on a signalé des cas de COVID-19 dans 250 écoles, de même qu'une augmentation des éclosions dans les établissements de soins de longue durée, qui restent toutefois moins nombreuses qu'au printemps.

« Des fermetures stratégiques pourraient être nécessaires pour réduire les contacts entre les individus, et le plus vite sera le mieux selon les résultats de la modélisation dynamique », a déclaré la D^{re} Theresa Tam, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada.

Les hautes autorités canadiennes de la santé publique ont réagi à ces nouvelles données. L'Ontario a imposé de nouvelles restrictions et exhorte les habitants de toute la province à sortir de chez eux uniquement pour leurs besoins essentiels dans certaines régions durement touchées, où les services en salle à manger seront interdits et les gymnases fermés. La province vient de battre son record de la plus forte augmentation quotidienne de cas depuis le début de la pandémie.

La D^{re} Tam précise qu'il est recommandé à tous les Canadiens d'adapter leurs comportements au cours des prochaines semaines. Tous sont invités à participer de nouveau à l'effort collectif pour aplanir la courbe et pour se donner une chance de vivre une période des Fêtes à peu près normale après des semaines de flambée des cas et la réintroduction de restrictions régionales minimales.

« Les mesures que nous prenons aujourd'hui auront des répercussions sur les chiffres que nous verrons dans deux semaines, et elles nous mettront, espérons-le, sur la bonne voie pour les réunions de famille à Noël. Alors, travaillons ensemble », a déclaré M. Trudeau.

La vice-première ministre et ministre des Finances Chrystia Freeland a également détaillé le nouveau plan pour les entreprises, en expliquant la forme que prendraient les aides financières de la deuxième vague si les entreprises devaient fermer en raison d'une ordonnance de santé publique liée à la pandémie.

<https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/at-a-tipping-point-by-next-week-canada-could-hit-198-000-covid-19-cases-new-modelling-1.5139466> [en anglais]

Canada

Le nombre de décès en Ontario inclut des personnes qui ne sont pas mortes de la COVID-19, mais nous ne savons pas exactement combien

Source : Toronto Sun

ID : 1008009797

Le nombre de décès quotidiens dus à la pandémie en Ontario inclut des personnes qui ont été déclarées positives à la COVID-19, mais qui ne sont pas nécessairement mortes de cette maladie.

Le gouvernement ne connaît pas et ne compte même pas le nombre exact de personnes qui font partie de cette catégorie.

Le Sun a pu confirmer ce renseignement après s'être entretenu avec trois des bureaux de santé publique les plus touchés en Ontario – ceux de Toronto, d'Ottawa et de la région de Peel.

« Les données sur la mortalité envoyées au Ministère et signalées dans le tableau de bord et les rapports (de Santé publique Ottawa) indiquent le nombre de résidents à Ottawa qui sont décédés après avoir été déclarés positifs à la COVID-19 », explique dans un courriel un porte-parole de Santé publique Ottawa.

« Elles n'indiquent pas si la COVID-19 est la cause du décès, et nous ne sommes pas en mesure de tirer cette conclusion. »

Selon les services de santé locaux, ce processus de déclaration est exigé par la province.

« Santé publique Toronto continue de suivre la définition fixée par la province pour catégoriser les décès liés à la COVID-19 », indique la D^{re} Vinita Dubey, médecin-hygiéniste adjointe de Toronto. « Cela signifie que les personnes qui sont mortes en étant positives à la COVID-19, mais pas nécessairement à cause de cette maladie, sont toutes comptabilisées dans le nombre de décès liés à la COVID-19 à Toronto. »

Le Bureau de santé publique de Toronto ne signalerait pas le nombre de personnes décédées en étant positives à la COVID-19 sans que cette maladie en soit nécessairement la cause, et il n'a pas confirmé s'il calculait ou non ce nombre.

Il se peut que les services de santé ne tentent même pas de collecter de telles données.

« Les bureaux de santé publique n'ont pas pour habitude de se procurer les certificats de décès ou les rapports de suivi des médecins ou des coroners qui vérifient si la COVID-19 est la cause initiale du décès ou une cause y ayant contribué », indique un porte-parole du Bureau de santé publique de Peel. « Le Ministère a toutefois demandé aux services de santé de signaler, par le biais de nos systèmes de déclaration provinciaux, tous les décès de personnes positives à la COVID-19, que cela soit ou non la cause du décès ».

Le défi réside en partie dans la difficulté générale de vérifier la cause du décès des personnes âgées, qui peuvent souffrir d'affections multiples.

« La cause du décès d'une personne atteinte de COVID-19 n'est pas forcément évidente, car cette personne peut être morte soit à cause de complications liées aux symptômes de la COVID-19 soit en étant porteuse de la COVID-19, mais à cause d'un autre problème de santé (c'est particulièrement vrai [dans les établissements de soins de longue durée] lorsque de multiples facteurs entrent en jeu simultanément) », explique Santé publique Ottawa.

Cela signifie que sur les presque 3 000 Ontariennes et Ontariens dont le décès est comptabilisé dans les données sur la COVID-19, nous ignorons qui a vraiment succombé à cette maladie.

Les experts attirent toutefois l'attention sur les raisons pour lesquelles les chiffres sont comptabilisés de cette manière.

« En cas de pandémie, il vaut mieux surestimer les décès dus à la COVID que les sous-estimer », indique le Dr Prabhat Jha, épidémiologiste et professeur de santé mondiale à l'Université de Toronto.

« Les données du Royaume-Uni et d'autres pays montrent que la COVID a tué principalement des personnes dans des maisons de soins infirmiers pendant les mois de pointe, de mars à juin, mais on a constaté des taux excédentaires de décès non seulement dans les endroits où la COVID était mentionnée sur les certificats de décès, mais aussi dans d'autres où elle ne l'était pas (même si les pics étaient plus faibles que pour la COVID) ».

Le Dr Vivek Goel, ancien président et directeur général de Santé publique Ontario, partage cet avis.

« En général, il peut être difficile, même en ayant accès au rapport du coroner, de vérifier si une personne est morte de la COVID-19 ou en étant simplement positive à cette maladie », explique M. Goel dans un courriel adressé au Sun. « Par exemple, étant donné que la COVID-19 est plus grave chez les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire préexistante qui en sont atteintes, il est difficile de repérer la maladie ayant le plus contribué au décès ».

« La directive qui a apparemment été adoptée, à savoir compter en incluant tous les cas possibles, me semble adéquate. », ajoute-t-il.

<https://torontosun.com/news/provincial/ontario-death-count-includes-people-who-didnt-die-of-covid-19-but-exactly-how-many-is-unknown/wcm/e1b65568-3d54-415f-b9b5-196b3024628b/amp/> [en anglais]

Canada

L'Ontario connaît un pic de nouvelles admissions dans les unités de soins intensifs dédiées à la COVID-19 que l'on n'avait plus observé depuis juin, selon les données

ID : 1008011212

Source : CBC

Le nombre d'hospitalisations augmente alors que les hôpitaux de l'Ontario se préparent à une « explosion » du nombre de patients atteints de COVID-19.

Le 9 octobre 2020 à 4 h, heure de l'Est

Cette semaine, une nouvelle augmentation quotidienne du nombre de patients qui souffrent de la COVID-19 et sont admis en soins intensifs a représenté un pic qui n'avait pas été observé en Ontario depuis juin, selon de nouvelles données obtenues par CBC News.

Cette hausse fait suite à des semaines de publication de chiffres provinciaux indiquant qu'un nombre croissant d'Ontariennes et d'Ontariens sont hospitalisés en raison de cette maladie virale – ce qui fait craindre aux cliniciens de plusieurs hôpitaux, déjà débordés, un nouveau déferlement de patients.

« Mon hôpital est en pleine effervescence aujourd'hui. Nous avons plus de patients qui ont besoin d'un lit que de lits disponibles », a déclaré jeudi lors d'un entretien le Dr Michael Warner, directeur médical des soins intensifs à l'hôpital Michael Garron de Toronto.

« Sans compter que nous sommes un jour sans grippe à l'hôpital, et que notre établissement accueille un nombre relativement faible de patients souffrant de la COVID ».

Ce jeudi, la province a enregistré un nombre record de près de 800 nouveaux cas. Le lendemain, ce record a été pulvérisé lorsque [le ministre de la Santé de la province a signalé 939 nouveaux cas](#) [en anglais] – un chiffre qui a contraint le gouvernement du premier ministre provincial Doug Ford à tenir une réunion d'urgence du cabinet, pour discuter d'un renforcement des restrictions.

Non seulement le nombre de patients ayant besoin d'un traitement augmentera au fil des semaines, mais les hôpitaux subiront en plus la pression supplémentaire des opérations chirurgicales qui avaient été reportées lors de la première vague de la pandémie.

Le Dr Warner est donc confronté à une question difficile : « si les hôpitaux ne sont pas en mesure d'accueillir les patients un jour normal, que se passera-t-il en cas de légère augmentation du nombre de patients atteints de COVID »?

Le dernier décompte quotidien concernant les unités de soins intensifs de l'Ontario indiquait huit nouveaux patients dans toute la province à la fin de la journée de mercredi. C'est un chiffre élevé que les hôpitaux de l'Ontario n'avaient pas revu depuis le 4 juin, bien qu'il demeure inférieur au nombre d'admissions quotidiennes en soins intensifs, généralement à deux chiffres, que l'on avait constaté pendant la première vague de cas entre la fin du mois de mars et le début du mois de mai.

Ces chiffres proviennent d'un rapport daté de jeudi matin, préparé par l'organisme Soins aux malades en phase critique Ontario (SMPCO), qui est distribué quotidiennement aux intervenants des soins intensifs et qui présente les chiffres les plus récents fournis directement par les unités de soins intensifs de toute la province.

Les données de SMPCO que CBC News s'est procurées indiquent également que les taux d'occupation des lits en soins intensifs dans plusieurs régions de l'Ontario, y compris l'Ouest, le Centre et l'Est, sont supérieurs à 80 %.

Dans la région de Toronto, les unités de soins intensifs sont actuellement remplies à environ 87 %, selon ces données.

La médecine de couloir « empire ».

Les hôpitaux ont augmenté leur capacité au cours des premiers mois de la pandémie, obtenant plus d'équipement et de fournitures et annulant des milliers d'opérations chirurgicales non urgentes, ce qui a aidé le système à traiter les cas de COVID-19 qui ont suivi.

Ces dernières semaines toutefois, en raison des nouveaux sommets atteints par le nombre de cas, la situation est différente, car la plupart des lits d'hôpital sont déjà pleins.

L'hôpital municipal de Brampton – connu pour avoir l'un des services d'urgence les plus occupés de la province – s'est retrouvé en « saturation extrême » à plusieurs reprises au cours de ces dernières semaines, ce qui signifie qu'il a fallu admettre un nombre de patients supérieur au nombre de lits accessibles, selon le Dr Brooks Fallis, chef de division et directeur médical des soins intensifs du William Osler Health System, un réseau d'hôpitaux de la région de Peel.

Beaucoup de ces patients présentent des symptômes respiratoires, indique M. Fallis.

Toutefois, étant donné les difficultés d'accès au dépistage de la COVID-19, il explique que la plupart n'ont pas encore obtenu leurs résultats lorsqu'ils se présentent à l'hôpital. Cela contraint le personnel à se démener pour les isoler sans connaître la cause de leurs symptômes.

« Maintenant, des gens sont refoulés au service des urgences, et la médecine de couloir empire », déclare M. Fallis. « Et cela devient très, très compliqué dans une situation de pandémie. »

Ce jeudi, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario a reconnu que le système hospitalier de la province « commence à souffrir » du nombre croissant de cas de COVID-19.

(Nathan Denette/La Presse Canadienne)

Le Dr Andrew Morris, spécialiste des maladies infectieuses et directeur médical du programme de gestion des antimicrobiens du régime hospitalier Sinai Health System et de l'organisme University Health Network à Toronto, alerte également sur le fait que l'absentéisme du personnel pourrait lui aussi poser des problèmes dans les mois à venir.

Il se peut que davantage de travailleurs de la santé restent à la maison en attendant les résultats du dépistage, a-t-il expliqué, ou pour s'occuper d'enfants en âge d'aller à l'école, mais présentant les symptômes d'une éventuelle COVID-19.

« Tous mes collègues des établissements de soins actifs de Toronto, dans la région du Grand Toronto, ressentent cette pression », poursuit M. Morris.

« Nous avons déjà des problèmes de lits que nous affrontons normalement plus tard dans la saison des virus des voies respiratoires. Je pense que c'est un vraiment gros problème ».

Une « explosion » du nombre de cas prend du temps

Les données de SMPCO indiquent que sur les 1 670 personnes actuellement prises en charge dans les unités de soins intensifs, 52 ont été déclarées positives à la COVID-19 – un nombre légèrement plus élevé que le dernier chiffre de 47 annoncé publiquement par l'Ontario.

Au total, 361 autres patients sont surveillés pour la COVID-19, mais ils n'ont pas été déclarés positifs, selon le rapport de SMPCO de jeudi. Cela signifie que certains d'entre eux pourraient être ajoutés ultérieurement au décompte des patients souffrant de la COVID-19.

« La situation semble sur le point de s'emballer et de s'aggraver considérablement dans les semaines ou les mois à venir. Il faut du temps pour que l'explosion se manifeste », indique M. Fallis.

« Et il faut du temps pour que ces nouveaux cas se transforment en hospitalisations, pour que ces hospitalisations se transforment en admissions en soins intensifs et pour que ces admissions en soins intensifs se concluent par des décès ».

Ce jeudi, le médecin hygiéniste en chef de l'Ontario, le D^r David Williams, a reconnu que le régime hospitalier de la province « commence à souffrir » de l'augmentation des cas de COVID-19.

« Lors de la première vague, nous n'avions pas l'arriéré des dossiers de chirurgie », indique-t-il. « C'est le cas, aujourd'hui ».

Le meilleur médecin de la province n'a toutefois pas révélé les mesures éventuelles qu'il recommande au gouvernement pour réduire la pression pesant sur les hôpitaux. Il a seulement indiqué que les représentants de la province en discutent actuellement et que les détails seront dévoilés « au moment opportun ».

« Mon hôpital est en pleine effervescence, aujourd'hui. Il y a plus de patients qui ont besoin d'un lit que de lits disponibles », a déclaré ce jeudi lors d'un entretien le D^r Michael Warner, directeur médical des soins intensifs à l'hôpital Michael Garron de Toronto. (Kas Roussy/CBC News)

Dans une déclaration, le ministère de la Santé de l'Ontario a indiqué que des investissements sont en cours pour augmenter la capacité des hôpitaux, grâce au transfert d'un maximum de 850 patients qui reçoivent un autre niveau de soins vers des établissements communautaires. Il a déclaré par ailleurs avoir pris récemment d'autres mesures pour aider à lutter contre la propagation de la COVID-19, notamment l'abaissement des limites de capacité à l'intérieur des restaurants, des bars, des salles de sport et des salles de réception.

M. Williams annonce clairement vouloir éviter un nouveau confinement, et M. Warner – en tant que spécialiste des soins intensifs – reconnaît la nécessité suprême de préserver les moyens de subsistance des propriétaires d'entreprises, tout en introduisant des mesures de santé publique.

« Mais beaucoup de ces propriétaires de petites ou moyennes entreprises sont les personnes que nous avons intubées dans l'unité des soins intensifs », indique-t-il, en parlant de la première vague de cas.

« Ce n'étaient pas des gens qui travaillaient dans des immeubles de bureaux ou qui vivaient dans des maisons individuelles. C'étaient des coiffeurs, des employés de restaurant et des chauffeurs de taxi – ces mêmes personnes dont (la province) essaie de préserver les moyens de subsistance proviennent justement des communautés qui sont les plus durement touchées par la COVID-19 ».

Les appels des médecins à une intervention rapide se multiplient, y compris de la part des responsables de la santé publique de Toronto qui demandent la fermeture pendant un mois des points chauds tels que les lieux de restauration en intérieur et les salles de sport, déclare M. Warner en ajoutant qu'il est crucial d'appliquer rapidement les changements, pour le bien du régime hospitalier.

Selon lui, « il est peut-être déjà trop tard ».

<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-experiencing-spike-in-new-covid-19-icu-admissions-not-seen-since-june-data-shows-1.5755925> [en anglais]

Canada

L'Ontario demande à chacun de rester chez soi et ramène les points chauds de COVID-19 à une étape 2 modifiée

ID : 1008010959

Source : CTV

L'Ontario ferme les lieux de restauration en intérieur, les salles de sport et les cinémas dans trois points chauds de COVID-19.

Sean Davidson, rédacteur multiplateforme, CTV News Toronto

Publication le vendredi 9 octobre 2020 à 10 h 13, heure de l'Est. Dernière mise à jour

le vendredi 9 octobre 2020 à 15 h 10, heure de l'Est.

PARTAGER

TORONTO – L'Ontario exhorte désormais les habitants de toute la province à rester chez eux, sauf pour leurs besoins essentiels, et la province a annoncé que les trois points chauds de COVID-19 reviendront à une étape 2 modifiée, ce qui signe la fermeture des lieux de restauration en intérieur, des gymnases et des cinémas.

« Limitez vos déplacements hors de votre domicile, sauf pour des raisons essentielles, comme un emploi ne permettant pas de travailler à la maison, l'école, les courses, les rendez-vous médicaux et les activités physiques saines en plein air », a déclaré vendredi le gouvernement. « En outre, les déplacements dans d'autres régions de la province, en particulier d'une zone très contaminée vers une zone moins contaminée, doivent avoir un but essentiel ».

Le premier ministre provincial Doug Ford fait actuellement une annonce. Regardez-la en direct dans le lecteur ci-dessus.

À compter de 0 h 01 le 10 octobre, plusieurs mesures nouvelles prendront effet à Toronto, dans la région de Peel et à Ottawa, notamment la fermeture des lieux de restauration en intérieur et des salles de sport pour les 28 prochains jours.

Les restrictions concernant les lieux de restauration en intérieur s'appliquent aux restaurants, aux bars et aux autres établissements servant des boissons ou de la nourriture, y compris les boîtes de nuit et les aires de restauration dans les centres commerciaux.

Les gymnases et les centres de remise en forme en intérieur, y compris les studios de yoga et de danse, seront également fermés dans ces régions. Les cinémas, les casinos, les salles de bingo et autres établissements de jeux sont également tenus de fermer.

À partir du 13 octobre, les mariages en Ontario devront respecter les nouvelles mesures de santé publique, qui limitent les regroupements à 10 personnes en intérieur et à 25 personnes en extérieur.

Dans un précédent communiqué de presse, le gouvernement avait déclaré que les mariages seraient interdits dans les trois points chauds de COVID-19 à partir de la semaine suivante, mais il a ensuite déclaré que ce renseignement avait été diffusé par erreur.

Les écoles et les garderies demeureront ouvertes dans toute la province, sans aucun changement.

Voici les autres entreprises contraintes de fermer :

les centres et lieux de spectacle;

les zones réservées aux spectateurs dans les lieux de courses;

les expositions interactives ou présentant un risque élevé de contact entre les personnes dans les musées, les galeries, les zoos, les centres des sciences et les lieux d'intérêt;

accès interdit aux services de soins personnels s'il est nécessaire de retirer les couvre-visages;

abaissement des limites de capacité pour les services de visites et de guides, à 10 personnes en intérieur et à 25 personnes en extérieur;

restriction des visites de biens immobiliers à 10 personnes en intérieur, lorsque l'éloignement physique peut être respecté;

restriction des cours en personne à 10 personnes en intérieur et à 25 personnes en extérieur, à l'exception des écoles, des garderies, des universités, des collèges d'arts appliqués et de technologie, des collèges privés d'enseignement professionnel, du Collège de police de l'Ontario, etc.;

restriction des espaces de réunion et d'événements à 10 personnes en intérieur et à 25 personnes en extérieur;

limitation des sports d'équipe aux séances d'entraînement (aucun match ni aucune mêlée).

Un responsable a déclaré vendredi que dans tous les scénarios envisagés – le meilleur comme le pire pour l'Ontario – le nombre de lits en soins intensifs occupés par des patients souffrant de la COVID-19 sera supérieur à 150 le mois prochain.

« C'est le seuil au-delà duquel, selon nous, nous commençons à constater des répercussions sur la capacité des hôpitaux de fournir d'autres opérations chirurgicales. Dans le pire de nos scénarios, ce seuil est franchi pour les opérations dans les 30 prochains jours », a déclaré jeudi Adalsteinn Brown, doyen de l'école de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto. « Dans le pire de nos scénarios, la situation franchit d'autres seuils qui réduisent réellement l'accès aux soins hospitaliers ».

Le nombre de nouveaux cas de COVID-19 en Ontario a atteint un nouveau sommet pour la deuxième journée consécutive. Des représentants de la santé ont confirmé 939 nouvelles infections vendredi matin, ce qui bat le précédent record de la veille, qui s'élevait à 797 cas.

Dans le dernier rapport épidémiologique de l'Ontario, 336 nouveaux cas ont été confirmés à Toronto, 150 dans la région de Peel et 126 à Ottawa.

« Tous les indicateurs vont dans la mauvaise direction », a déclaré jeudi le premier ministre provincial Doug Ford. « Si nous ne faisons rien, nous risquons de nous retrouver dans l'un des pires scénarios, comme ceux que nous avons pu observer pour la première fois en Italie et à New York ».

« Mes amis, nous devons faire tout notre possible pour éviter la généralisation des confinements. Nous ne pouvons pas revenir à l'étape 1 ».

Il a déclaré « ne pas pouvoir souligner suffisamment » à quel point il lui était difficile de fermer ces entreprises, affirmant que c'était la décision la plus douloureuse qu'il ait prise au cours de son mandat.

« Mon cœur saigne pour ces gens, et j'ai conscience de ce que cette décision signifie pour chacun d'entre vous », a-t-il dit. « Je peux vous dire que je n'ai pas dormi la nuit dernière. Croyez-moi, cela me pèse lourdement d'avoir eu à prendre cette décision. J'ai conscience de l'effet que cette mesure aura sur les entreprises qui sont déjà en difficulté ».

Date de diffusion : le 8 octobre 2020.

<https://toronto.ctvnews.ca/ontario-shutting-down-indoor-dining-gyms-and-movie-theatres-in-three-covid-19-hotspots-1.5139458> [en anglais]

Canada

Trudeau : tous les citoyens recevront gratuitement le vaccin contre la COVID-19

Source : lintelligencer.com

ID : 1008010242

Les Canadiennes et les Canadiens pourront obtenir gratuitement le vaccin contre la COVID-19 lorsqu'il aura été mis au point, a déclaré mercredi (7 octobre) le premier ministre Justin Trudeau à la Chambre des communes.

Le premier ministre répondait à une question du chef du Nouveau parti démocratique, Jagmeet Singh, qui demandait un engagement à distribuer gratuitement le vaccin après sa mise au point. Le Canada a signé des accords en matière de vaccins avec plusieurs entreprises, dont les plus récents avec Sanofi et GlaxoSmithKline, en septembre.

« Nous chérissons profondément notre système de soins de santé universel, et cela signifie que des choses comme des vaccins susceptibles de sauver des vies sont gratuits pour les Canadiennes et les Canadiens », a déclaré M. Trudeau.

Les vaccins sont toujours en cours d'essais cliniques et d'élaboration dans le monde entier. Ici même, au Canada, des chercheurs ont récemment commencé à vérifier si un ancien vaccin contre la tuberculose pouvait conférer une immunité contre le nouveau coronavirus. Nous n'attendons pas de vaccin avant au moins la fin de l'année 2020, voire des mois plus tard.

La promesse de M. Trudeau arrive quelques jours seulement après que le Nouveau parti démocratique et les libéraux de Colombie-Britannique ont promis dans leur programme électoral provincial de distribuer gratuitement le vaccin contre la COVID-19 à toutes les Britanno-Colombiennes et tous les Britanno-Colombiens. Les vaccinations de routine sont gratuites partout au Canada et, bien que le vaccin annuel contre la grippe soit payant pour certaines personnes, ceux comme celui contre la grippe porcine H1N1 étaient gratuits.

<https://www.lintelligencer.com/trudeau-all-canadians-will-get-covid-19-vaccine-for-free-7081-2020/> [en anglais]

Canada

Le système de dépistage de la COVID en Ontario est ralenti par la pénurie d'un produit chimique clé que produit une entreprise suisse

Source : *National Post*

ID : 1008010781

OTTAWA – La pénurie mondiale d'un produit chimique produit par une société pharmaceutique suisse et essentiel pour les dépistages de la COVID-19, assortie à un manque de personnel, paralyse le système de laboratoires de l'Ontario, qui doit traiter un nombre record de dépistages.

Ce jeudi, l'Ontario a signalé 797 cas de COVID-19 dans toute la province après avoir effectué 48 500 dépistages, un nouveau record de dépistages en une seule journée. Pourtant, près de 60 000 dépistages attendent encore leur tour, contre près de 90 000 la semaine dernière.

Le système de dépistage de la province dépend fortement des instruments du géant pharmaceutique suisse Roche. Leurs machines utilisent un réactif chimique breveté que seule cette entreprise fabrique, au point que cette dernière peine à satisfaire la demande.

Un réactif est un produit chimique, utilisé dans les essais en laboratoire, que l'on analyse après l'avoir ajouté aux échantillons prélevés sur les patients.

Le premier ministre provincial Doug Ford a déclaré à plusieurs reprises cette semaine que cette pénurie constitue un problème majeur pour la province et il a appelé régulièrement le président et directeur général canadien de l'entreprise Roche pour essayer de garantir l'approvisionnement de la province.

Suite de l'article

« Il y a une pénurie mondiale de réactifs », a indiqué M. Ford cette semaine lors d'une conférence de presse.

Il a annoncé mercredi avoir débloqué des fonds supplémentaires pour améliorer le dépistage, et l'Ontario est passé à un système de rendez-vous, afin d'éliminer les longues files d'attente et d'aider les laboratoires à rattraper leur retard.

Le gouvernement fédéral a géré une grande partie de l'approvisionnement sanitaire du pays pendant la crise et il a signé plusieurs contrats concernant des réactifs.

Une entreprise du Nouveau-Brunswick a conclu un accord avec le gouvernement en avril pour fournir jusqu'à 500 000 dépistages par semaine, et une source fédérale bien informée fait savoir que le gouvernement dispose de grandes quantités de réactifs à distribuer, mais que l'entreprise Roche utilise pour ses machines un mélange qu'elle est la seule à fabriquer.

M. Ford a déclaré que la vice-première ministre Chrystia Freeland s'était entretenue avec le directeur général mondial de l'entreprise Roche, en Allemagne, pour qu'il l'aide à plaider la cause de l'Ontario.

Matthew Anderson, président et directeur général de l'organisme Santé Ontario, a déclaré s'être procuré des instruments de l'entreprise Roche, car son organisme est un chef de file du secteur, mais que l'Ontario n'est pas le seul demandeur.

« Tout le monde sait qu'il s'agit de machines de calibre mondial, c'est pourquoi nous sommes maintenant confrontés à une pénurie mondiale pour l'ensemble du kit, et pas seulement pour les réactifs ».

M. Anderson indique que la province cherche à se libérer de sa dépendance envers un seul type d'équipement de dépistage, mais que la transition n'est pas simple.

« Nous cherchons à diversifier l'équipement accessible dans notre réseau. Il compte actuellement un peu plus de 120 machines et analyseurs différents ».

Selon lui, la mise en service de nouveaux équipements est complexe, car il faut les intégrer à un circuit existant de machines et de laboratoires, ce qui est difficile lorsque les laboratoires sont confrontés à une demande aussi importante.

Suite de l'article

« Tous les membres de notre équipe dans les laboratoires travaillent 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour augmenter la capacité. Si nous souhaitons conserver cette cadence, il devient difficile de commencer à remplacer des pièces d'équipement. »

L'entreprise Roche a déclaré que la demande pour ses grandes machines de dépistage entièrement automatisées et pour les réactifs chimiques dont elles dépendent a considérablement augmenté pendant la pandémie et que l'entreprise fait tout son possible pour en fabriquer davantage.

« En raison de la qualité, de la fiabilité, du rendement et de la cadence élevée de cette solution de dépistage, la demande est supérieure à la production, tant au niveau mondial que local », indique un porte-parole. « Nous avons grandement investi dans la construction de capacités de fabrication supplémentaires, pour augmenter la production de dépistages et d'instruments permettant leur exécution ».

L'entreprise a déclaré collaborer avec les gouvernements provinciaux et fédéral pour acheminer les fournitures là où elles sont nécessaires.

« Nous fournissons consciencieusement aux laboratoires nos solutions pour le dépistage de la COVID-19 et nous prenons toutes les mesures nécessaires pour aider à réduire le niveau d'incidence de la pandémie ».

L'entreprise Roche signale que son matériel d'essai est complexe et que si les laboratoires utilisent des réactifs génériques au lieu de ceux qu'elle fournit, des problèmes pourront survenir et les machines ne seront plus couvertes par les garanties.

Michelle Hoad, directrice générale de l'Association des professionnels des laboratoires médicaux de l'Ontario, indique que la question du réactif est une préoccupation majeure et qu'elle peut avoir des effets d'entraînement, car les laboratoires à court d'approvisionnement doivent fermer et leur travail est transféré ailleurs.

Suite de l'article

Elle explique que le système fonctionne actuellement à plein régime et que cela met en péril des instruments scientifiques délicats.

« Ils ne sont vraiment pas équipés pour fonctionner 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Nous les faisons pourtant fonctionner ainsi, actuellement. Nous exploitons donc ces machines pendant quelques semaines, puis nous devons les éteindre pour les entretenir ».

Selon M^{me} Hoad, les technologues qui analysent les résultats ne sont pas non plus équipés pour travailler 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, mais ils le font. Elle affirme que beaucoup sont stressés par la charge de travail et que des décennies de décisions de fermer les écoles de formation et de réduire les niveaux de dotation avaient déjà créé des pénuries dans l'industrie, avant que la pandémie ne frappe.

« Nous allons arriver à un point où nous serons confrontés à un exode massif, qui devrait vraisemblablement se produire dans les 12 prochains mois », indique-t-elle. « Beaucoup de gens menacent à présent de partir, car le niveau de stress est trop élevé. »

Selon M^{me} Hoad, les laboratoires, souvent enterrés dans les sous-sols des hôpitaux, n'ont pas été des cibles prioritaires pour les financements jusqu'à présent.

« Malheureusement, les laboratoires sont considérés comme des éléments secondaires des soins de santé depuis nombreuses années, tout comme les soins de longue durée, et voyez ce qui s'est passé avec ces derniers ».

Ces dernières semaines, Santé Canada a approuvé deux dépistages rapides qui permettent d'alléger la pression, car aucun laboratoire n'est nécessaire pour obtenir les résultats. Christine Elliott, ministre de la Santé du gouvernement provincial de M. Ford, a demandé au gouvernement fédéral de transmettre rapidement ces dépistages aux provinces.

M^{me} Hoad indique quant à elle que si ces dépistages peuvent aider, le gouvernement doit toutefois garder à l'esprit qu'ils sont moins sensibles et peuvent passer à côté de certains cas positifs.

Elle explique que même si tout le monde souhaite des dépistages plus rapides et réalisables à domicile, les organismes de réglementation demeurent toutefois prudents.

« Ils n'approuveront ces dépistages que s'ils sont validés et s'ils satisfont à tous les règlements. En ce moment, tout le monde fait ce qu'il faut ».

<https://nationalpost.com/news/politics/ontarios-covid-testing-system-slowed-by-shortage-of-key-chemical-from-swiss-company> [en anglais]

Canada

Un nouveau cas probable de coronavirus signalé au Yukon, lié à un voyage.

Source : Global News Health

ID : 1008022465

Un nouveau cas probable du nouveau coronavirus a été détecté dans le territoire du Yukon, disent les autorités sanitaires.

Dans un communiqué de presse publié samedi soir, le médecin hygiéniste en chef du territoire, le D^r Brendan Hanley, a déclaré que le nouveau cas probable avait été repéré grâce à un dépistage rapide Genexpert.

Les représentants attendent à présent la confirmation d'un laboratoire situé en Colombie-Britannique. Selon le communiqué, la personne potentiellement infectée est originaire de Whitehorse et elle a reçu des soins au service des urgences de l'hôpital général de Whitehorse.

« L'état de cette personne est actuellement stable, et elle s'isole en toute sécurité », peut-on lire dans le communiqué.

Selon M. Hanley, ce cas serait lié à des déplacements à l'extérieur du territoire.

Il indique que le Centre de lutte contre les maladies transmissibles du Yukon a ouvert une enquête et recherche des contacts.

« À ce jour, n'ont avons repéré aucune exposition du public », indique le communiqué. « Le Centre communiquera avec quiconque ayant pu être en contact avec cette personne et l'orientera sur les mesures à prendre ».

Ce nouveau cas potentiel survient alors que le Canada s'efforce d'endiguer une deuxième vague de la nouvelle pandémie de coronavirus.

Ce samedi, 2 062 nouveaux cas ont été signalés dans tout le pays.

Les délais d'attente interminables pour se faire dépister indiquent le contraire d'un « régime de dépistage efficace », selon M^{me} Ambrose.

À ce jour, le Yukon a connu 15 cas confirmés de personnes déclarées positives au virus, tous considérés comme résolus.

Le territoire n'a pas signalé de nouveau cas de COVID-19 depuis le 7 août.

Au total, 3 588 tests dépistages ont été faits au Yukon.

<https://globalnews.ca/news/7391782/yukon-coronavirus-case/> [en anglais]

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

États-Unis

Le secrétaire des Health and Human Services, M. Azar, affirme que les États-Unis pourraient disposer de suffisamment de doses de vaccin contre le coronavirus pour chaque citoyen d'ici à mars

Source : CNBC

ID : [1008005984](#)

Les responsables du programme de vaccination contre le coronavirus Opération Warp Speed de l'administration Trump prévoient de disposer d'un maximum de 100 millions de doses de vaccin d'ici à la fin de l'année, a déclaré Alex Azar, secrétaire des Health and Human Services.

Selon M. Azar, les États-Unis fabriquent actuellement des doses pour les six vaccins potentiels soutenus par le gouvernement américain, dans plus de 23 usines de fabrication.

Il a déclaré jeudi que les États-Unis pourraient disposer de suffisamment de doses de vaccin contre la COVID-19 pour chaque citoyen dès le mois de mars, une estimation plus optimiste que celle annoncée publiquement par le président Donald Trump.

Les responsables du programme de vaccination contre le coronavirus Operation Warp Speed de l'administration Trump prévoient d'obtenir jusqu'à 100 millions de doses d'ici à la fin de l'année, a déclaré M. Azar lors d'un discours liminaire sur le coronavirus à l'occasion de l'événement en ligne de l'entreprise Goldman Sachs Healthcare. Selon lui, cela serait « suffisant pour couvrir les populations particulièrement vulnérables ».

« Nous prévoyons d'avoir assez de doses pour chaque Américaine et Américain qui en voudrait une d'ici à mars ou avril 2021 », a-t-il ajouté.

En raison de la pandémie, les autorités sanitaires des États-Unis ont accéléré l'élaboration de vaccins candidats en investissant à plusieurs étapes de la recherche, quitte à ce que certains investissements soient vains si le vaccin concerné s'avère inefficace ou dangereux.

Selon M. Azar, les États-Unis fabriquent actuellement des doses pour les six vaccins potentiels soutenus par le gouvernement américain, dans plus de 23 usines de fabrication. Il s'agit notamment des vaccins

des entreprises Moderna, Pfizer, AstraZeneca et Johnson & Johnson, qui ont tous atteint une phase avancée de mise à l'essai. Les États-Unis s'approvisionnent également en aiguilles, en seringues, en bouteilles et autres fournitures nécessaires aux vaccinations, a-t-il dit.

Il s'est félicité du partenariat entre le gouvernement des États-Unis et l'entreprise de fournitures médicales McKesson, laquelle a été sélectionnée à titre de principale distributrice des vaccins contre la COVID-19.

« Nous sommes extrêmement satisfaits de nos réussites jusqu'à présent », a-t-il déclaré.

M. Trump a insisté à plusieurs reprises sur le fait qu'un vaccin pourrait être autorisé en urgence dès le mois d'octobre, avec suffisamment de doses pour chaque Américaine et Américain d'ici à avril.

Azar a déclaré jeudi que les autorités sanitaires américaines estiment que l'autorisation d'un vaccin pour une utilisation d'urgence est appropriée « uniquement dans des circonstances précises », lorsque « des quantités suffisantes de vaccin sont déjà fabriquées ».

Le mois dernier, les Centers for Disease Control and Prevention ont présenté un plan global visant à mettre gratuitement à la disposition de tous les Américains des vaccins contre la COVID-19. Dans ce plan, les CDC ont déclaré que, selon leurs prévisions, un vaccin contre le coronavirus recevrait dans un premier temps une autorisation pour une utilisation d'urgence avant d'obtenir une approbation officielle complète.

Une grande partie des conseils, mais pas tous, formulés dans le plan chevaucheront de nombreuses activités de routine pour la vaccination et la planification en cas de grippe pandémique, a déclaré à l'époque Dr Robert Redfield, directeur des CDC.

Les CDC ont déclaré que lorsque de plus grandes quantités de vaccin seront disponibles, il faudra répondre à deux objectifs simultanés : fournir un accès généralisé à la vaccination et assurer un taux élevé de vaccination chez les populations cibles, en particulier celles qui sont à haut risque de décès ou de complications dues à la COVID-19.

Les commentaires d'Azar arrivent alors que les experts en maladies infectieuses et les scientifiques craignent qu'un vaccin contre la COVID-19 ne soit distribué avant d'avoir été testé de manière adéquate.

En début de semaine, la Food and Drug Administration a présenté des normes de sécurité à jour pour les fabricants de vaccins contre la COVID-19. Les normes, publiées dans un document sur le site Web de la FDA, empêcheraient presque certainement l'introduction d'un vaccin avant l'élection présidentielle du 3 novembre.

Ces normes ont été communiquées aux entreprises pharmaceutiques, qui ont tenté de dissiper les craintes que le développement du vaccin ne progresse trop rapidement pour garantir sa sécurité. Ils ont publié une déclaration conjointe en septembre, s'engageant à « soutenir la science » plutôt que la politique, en affirmant que les essais cliniques ne sacrifieront pas la sécurité ou l'efficacité d'un vaccin. <https://www.cnbc.com/2020/10/08/coronavirus-vaccine-hhs-secretary-azar-says-us-could-have-enough-doses-for-every-american-by-march.html> [en anglais]

États-Unis

Voyageurs revenant de croisières maritimes et fluviales

Source : Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Mis à jour le 8 octobre 2020

Facebook Twitter LinkedIn (syndicat)

Les CDC recommandent à tous de reporter leurs voyages sur des bateaux de croisière, y compris les croisières fluviales, dans le monde entier. C'est parce que le risque de COVID-19 sur les bateaux de croisière est élevé. Les personnes présentant un risque accru de maladie grave devraient tout

particulièrement reporter leurs voyages sur des bateaux de croisière, y compris les croisières fluviales. Les CDC ont émis des Conseils de santé aux voyageurs de niveau 3 visant les personnes voyageant sur un bateau de croisière.

Le 14 mars 2020, les CDC ont diffusé une interdiction de naviguer et suspension de l'embarquement (No Sail Order and Suspension of Further Embarkation) pour les bateaux de croisière navigant dans les eaux américaines; l'interdiction de naviguer a été prolongée le 16 juillet 2020 et le 30 septembre 2020.

Il est conseillé aux passagers qui reviennent d'un voyage en bateau de croisière ou d'une croisière fluviale de prendre des précautions supplémentaires pour protéger les autres pendant les 14 jours suivant leur arrivée.

Les CDC aident les voyageurs des bateaux de croisière
Découvrez ce que font les CDC pour aider les voyageurs des bateaux de croisière pendant la pandémie de COVID-19.

Ce qu'il faut faire si vous tombez malade après avoir voyagé
Si vous souffrez de fièvre, de toux ou d'autres symptômes de COVID-19 :

Restez chez vous et prenez d'autres précautions. Évitez tout contact avec les autres jusqu'à ce que vous n'avez plus à vous isoler à votre domicile.

Ne voyagez pas lorsque vous êtes malade.

Vous avez peut-être la COVID-19. Si c'est le cas, sachez que la plupart des gens peuvent se rétablir chez eux sans soins médicaux.

Demeurez en contact avec votre médecin. Appelez avant de vous rendre chez un médecin ou aux urgences et informez-les que vous pourriez avoir la COVID-19.

Si vous présentez un signe précurseur (notamment une difficulté à respirer), demandez immédiatement des soins médicaux d'urgence.

Si vous vivez en vase clos avec d'autres personnes, prenez des précautions supplémentaires pour les protéger.

Si vous avez un rendez-vous médical qui ne peut être reporté, appelez le cabinet de votre médecin et dites-lui que vous avez ou pourriez avoir la COVID-19. Cela aidera le bureau à se protéger et à protéger les autres patients.

Si votre retour se fait dans un port international ou si vous débarquez d'une croisière fluviale internationale

Vos projets de voyage de retour peuvent en être perturbés. Les autorités sanitaires étrangères peuvent mettre en place des procédures de quarantaine officielles si elles décèlent un cas de COVID-19 à bord de votre bateau de croisière.

Si vous voyagez sur un bateau de croisière ou une croisière fluviale et que vous débarquez dans un port étranger, il se peut que vous ne puissiez pas recevoir les soins médicaux appropriés ou être évacué pour causes médicales si vous tombez malade.

Certains pays peuvent refuser de mettre votre navire à quai ou d'autoriser les passagers à débarquer.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/returning-cruise-voyages.html> [en anglais]

États-Unis

Facteurs influençant le risque d'exposition à la COVID-19 chez les jeunes adultes âgés de 18 à 23 ans – Comté de Winnebago, Wisconsin, mars-juillet 2020

Source : CDC

Publication anticipée / 9 octobre 2020 / 69

Rebecca F. Wilson, Ph. D.¹; Andrea J. Sharma, Ph. D.¹; Sarahjean Schluetchermann, M.S.P.²; Dustin W. Currie, Ph. D.^{1,3}; Joan Mangan, Ph. D.¹; Brian Kaplan, M.Sc., CM¹; Kimberly Goffard, M.B.A.²; Julia Salomon, M.Sc.²; Sue Casteel, M.Sc.¹; Ashley Mukasa²; Niki Euhardy, M.S.P.²; Andrew Ruiz, M.S.S.P.¹; Gregory Bautista, M.S.P.¹; Erika Bailey⁴; Ryan Westergaard, M.D., Ph. D.⁴; Douglas Gieryn² ([voir l'affiliation des auteurs](#))

Résumé

Que connaît-on déjà à ce sujet?

Les jeunes adultes représentent une proportion grandissante des cas de COVID-19 aux États-Unis.

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

Dans le comté de Winnebago, au Wisconsin, la faible gravité perçue de l'issue de la maladie, la responsabilité perçue envers les autres, la pression des pairs et l'exposition à la désinformation, aux messages contradictoires ou aux opinions opposées concernant les masques ont été déterminées comme des facteurs de comportements susceptibles d'influencer le risque d'exposition à la COVID-19 chez les jeunes adultes.

Quelles sont les répercussions pour les pratiques de santé publique?

La détermination des facteurs qui influent sur le risque d'exposition à la COVID-19 et l'élaboration de messages ciblant ces facteurs pourraient contribuer à persuader les jeunes adultes de respecter les directives de santé publique qui préviennent la propagation de la COVID-19. La diffusion de messages clairs et uniformes concernant la nécessité et l'efficacité des masques pourrait contribuer à accroître l'adoption généralisée des conseils fondés sur des données probantes.

https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6941e2.htm?s_cid=mm6941e2_x [en anglais]

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6941e2-H.pdf> [en anglais]

États-Unis

Dynamique de transmission par groupe d'âge dans les comtés désignés comme foyer de COVID-19 – États-Unis, avril-septembre 2020

Publication anticipée / 9 octobre 2020 / 69

Source : CDC, Morbidity and Mortality Weekly Report

Alexandra M. Oster, M.D.¹; Elise Caruso, M.S.P.¹; Jourdan DeVies, M.Sc.¹; Kathleen P.

Les CDC travaillent avec d'autres organismes fédéraux pour déterminer les comtés où l'incidence (foyers) de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) est en augmentation et offrent un soutien aux services de santé de l'État, de la zone tribale, de l'administration locale et du territoire pour limiter la propagation du SRAS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19 (1). Il est important de comprendre si l'augmentation de l'incidence dans les comtés désignés comme foyer se produit principalement dans des groupes d'âge précis afin de déterminer les possibilités de prévenir ou de réduire la transmission. Le pourcentage de résultats positifs au test utilisant la méthode RT-PCR (transcription inverse avec réaction en chaîne de la polymérase) pour le SRAS-CoV-2 (pourcentage de positivité) est un indicateur important de la transmission communautaire*. Les CDC ont analysé les tendances temporelles du pourcentage de positivité par groupe d'âge dans les comtés désignés comme foyer de COVID-19 avant et après leur désignation en tant que foyer. **Parmi les 767 comtés désignés comme foyer déterminés en juin et juillet 2020, les premières augmentations du pourcentage de positivité chez les personnes âgées de 24 ans ou moins ont été suivies de plusieurs semaines d'augmentation du pourcentage de positivité chez les personnes âgées de 25 ans et plus. La lutte contre la transmission chez les jeunes adultes est une priorité urgente de santé publique.**

Les comtés désignés comme foyer ont été déterminés en appliquant les critères standardisés décrits précédemment pour détecter les comtés ayant eu plus de 100 cas au cours des sept derniers jours et qui ont connu une augmentation des cas au cours des trois à sept jours précédents (1). Les comtés désignés comme foyer entre le 1^{er} juin et le 31 juillet 2020, qui n'avaient pas répondu aux critères relatifs à un foyer au cours des 21 jours précédents, ont été inclus. Les résultats du test utilisant la méthode RT-PCR pour le SARS-CoV-2 ont été obtenus à partir de données soumises par les services et laboratoires de santé publique[†]. Le pourcentage de positivité a été calculé en divisant le nombre de résultats positifs du test par la somme des résultats positifs et négatifs pour chaque groupe d'âge (0-17, 18-24, 25-44, 45-64, et ≥65 ans) pour la période de 45 jours avant et de 45 jours après la détection des foyers (couvrant la période avril-septembre 2020) en fonction de la date de prélèvement des échantillons ou de la commande de test. Les données ont été présentées en utilisant une moyenne mobile de sept jours. Les résultats ont été regroupés dans tous les comtés désignés comme foyer et stratifiés par groupe d'âge. Les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel R (version 3.6.0; The R Foundation).

Les 767 comtés désignés comme foyer détectés entre le 1^{er} juin et le 31 juillet représentaient 24 % de tous les comtés américains et 63 % de la population américaine. Le pourcentage de positivité chez les personnes âgées de 0 à 17 ans et de 18 à 24 ans a commencé à augmenter 31 jours avant la désignation comme foyer. Les augmentations du pourcentage de positivité parmi les groupes d'âge plus

âgés ont commencé après les augmentations dans les groupes d'âge plus jeunes : parmi les adultes âgés de 25 à 44 ans, de 45 à 64 ans et de 65 ans et plus, les augmentations ont commencé 28 jours, 23 jours et 20 jours, respectivement, avant la désignation comme foyer ([figure 1](#)). Au moment de la détection de foyer, le pourcentage de positivité le plus élevé se situait chez les personnes âgées de 18 à 24 ans (14 %), suivies par celles âgées de 0 à 17 ans (11 %), de 25 à 44 ans (10 %), de 45 à 64 ans (8 %) et de 65 ans et plus (6 %). Le pourcentage de positivité chez les personnes âgées de 18 à 24 ans était proche de son pic de 15 % à la date de détection de foyer; cependant, dans les autres groupes d'âge, le pourcentage de positivité a continué à augmenter pendant 21 à 33 jours après la détection de foyer, atteignant un pic de 10 à 14 %, et le déclin pour les autres groupes d'âge a été plus lent que celui des personnes âgées de 18 à 24 ans.

Des différences importantes ont été décelées lors de l'analyse du pourcentage de positivité par région de recensement aux États-Unis^s ([figure 2](#)). Les tendances par âge pour les comtés du Sud (488 comtés) et de l'Ouest (98 comtés) s'alignent sur les tendances nationales, bien que le pourcentage de positivité soit plus élevé dans le Sud que dans l'Ouest pour tous les groupes d'âge. Dans les comtés du Midwest désignés comme foyer (134 comtés), le pourcentage de positivité chez les personnes âgées de 18 à 24 ans a atteint un pic avant la détection de foyer, et le pourcentage de positivité a augmenté de façon minime dans les autres groupes d'âge. Dans les comtés du nord-est (47 comtés), on a constaté une légère augmentation du pourcentage de positivité chez les personnes âgées de 18 à 24 ans, mais une augmentation minime ou nulle dans les autres groupes d'âge.

Dans les comtés désignés comme foyer, notamment ceux du Sud et de l'Ouest, le pourcentage de positivité a augmenté très tôt chez les jeunes, suivi de plusieurs semaines d'augmentation du pourcentage de positivité chez les personnes plus âgées. Une augmentation du pourcentage de résultats positifs du test dans les groupes plus âgés est susceptible d'entraîner davantage d'hospitalisations, de maladies graves et de décès¹. Ces résultats corroborent les tendances régionales dans le sud des États-Unis, où l'augmentation du pourcentage de positivité chez les adultes âgés de 20 à 39 ans a précédé l'augmentation chez les personnes âgées de 60 ans et plus (2), fournissent la preuve que parmi les jeunes adultes, ceux âgés de 18 à 24 ans présentent les augmentations les plus précoces du pourcentage de positivité, et soulignent l'importance de réduire la transmission des populations plus jeunes aux personnes les plus exposées à une maladie grave ou à un décès. Il est urgent de s'attaquer à la transmission parmi les populations de jeunes adultes, en particulier compte tenu des récentes augmentations de l'incidence de la COVID-19 chez les jeunes adultes (3). Ces données démontrent également l'urgence de la préparation des soins de santé dans les comtés désignés comme foyer^{}, qui sont susceptibles de connaître une augmentation des cas de COVID-19 et des hospitalisations parmi les populations plus âgées dans les semaines suivant la satisfaction des critères relatifs au foyer.**
https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6941e1.htm?s_cid=mm6941e1_x [en anglais]
<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/pdfs/mm6941e1-H.pdf> [en anglais]

États-Unis

Recherche des contacts par des agents de santé communautaire dans des milieux non américains à faibles ressources

Source : CDC

Objet du document. Ce document fournit des renseignements sur la manière dont les agents de santé communautaire peuvent soutenir les efforts de recherche des contacts liés à la COVID-19 dans des milieux non américains à faibles ressources et à ressources limitées. Les considérations fournies peuvent être adaptées pour suivre les directives nationales ou locales et tenir compte du contexte local.

Public cible. Ce document est destiné aux bureaux nationaux des CDC, aux ministères de la Santé, aux autorités de santé publique infranationales et aux autres partenaires de mise en œuvre dans des milieux non américains à faibles ressources et à ressources limitées. Les intervenants locaux peuvent participer au processus de planification et de prise de décision en donnant leur avis sur les rôles proposés pour les représentants de la santé communautaires.

Qu'est-ce que la recherche des contacts?

La recherche des contacts consiste à interroger les personnes qui ont la COVID-19 ou qui l'ont probablement. Au cours de ces enquêtes sur les cas, les personnes dont la COVID-19 est confirmée ou probable sont invitées à nommer d'autres personnes ou groupes avec lesquels elles ont été en contact étroit (contacts) pendant la période d'infectiosité. La *période d'infectiosité* pour un cas est définie comme

étant deux jours avant le début de la maladie s'ils avaient des symptômes, ou deux jours avant le prélèvement des échantillons s'ils n'avaient pas de symptômes, jusqu'au moment où ils ont été isolés. Les personnes présentant un cas probable ou confirmé d'infection à la COVID-19 sont invitées à s'[isoler](#) à leur domicile ou dans un [centre d'isolement communautaire](#) pendant au moins dix jours après l'apparition des symptômes et [jusqu'à](#) 24 heures après leur dernière fièvre et l'amélioration de leurs symptômes. Il s'agit de période infectieuse. Aux fins du présent document, la fièvre est définie comme une fièvre subjective (sensation de fièvre) ou une température mesurée de 38 °C (100,4°F) ou plus.

Les contacts sont définis comme des personnes s'approchant à moins de deux mètres d'une personne atteinte de la COVID-19 pendant plus de 15 minutes pendant la période infectieuse. Certains types de contact peuvent exposer une personne à un risque plus élevé et doivent être pris en considération. Par exemple, la surveillance de [contacts étroits](#) peut être prioritaire. Cependant, tous les contacts sont priés de se [mettre en quarantaine](#) pendant 14 jours et de surveiller l'apparition de tout signe ou symptôme de COVID-19, ou selon les exigences des autorités locales. Ensemble, l'isolement des personnes atteintes de COVID-19 et la mise en quarantaine de leurs contacts peuvent contribuer à empêcher la propagation de la COVID-19 au sein de la collectivité.

Dans de nombreux milieux où les ressources sont faibles et limitées, les agents de santé communautaire fournissent une gamme de services de santé publique de première ligne au sein de la collectivité, notamment la santé génésique, la santé maternelle et néonatale, la vaccination et d'autres services de santé de l'enfant, ainsi que la prévention et la gestion des maladies infectieuses (par exemple, le paludisme, le VIH/sida, la tuberculose) et les maladies non transmissibles (par exemple, l'hypertension, le diabète). Les agents de santé communautaire sont généralement recrutés au sein de leur propre collectivité et apportent ainsi une compréhension approfondie de la culture et du contexte des personnes qu'ils servent. À ce titre, ils peuvent jouer un rôle important de liaison entre la collectivité et les établissements de santé.

Définir le rôle des représentants de la santé dans la recherche des contacts en lien avec la COVID-19 Il est important que les planificateurs des politiques et des programmes définissent clairement le rôle des agents de santé communautaire et leur fournissent une formation adéquate dans le cadre de la réponse à la COVID-19, afin de maximiser leur efficacité. Dans le cadre du processus de planification, des agents de santé communautaire actuels peuvent être désignés, ainsi que les travailleurs de la santé au chômage et retraités qui pourraient soutenir les efforts de recherche des contacts dans les collectivités où l'on rapporte des cas de COVID-19. Si les ressources le permettent, des agents de santé communautaire supplémentaires peuvent être recrutés et formés pour soutenir les efforts d'atténuation de la COVID-19. Il est important de s'assurer que des mécanismes sont en place pour rémunérer les personnes chargées de la recherche des contacts, dans le cadre du processus de planification. Des ressources pourraient également être nécessaires pour rémunérer les agents de santé communautaire actuels pour le travail supplémentaire qu'ils effectuent afin de soutenir les activités de recherche des contacts en lien avec la COVID-19.

Les planificateurs du programme pourraient envisager de réaffecter les agents de santé communautaire plus âgés et les travailleurs présentant des affectations à haut risque (par exemple, hypertension, diabète, problèmes respiratoires) à des tâches qui pourraient réduire leur exposition à la COVID-19. Par exemple, ces travailleurs peuvent être envisagés pour des rôles qui minimisent l'exposition directe avec des cas tels que la conduite d'entretiens téléphoniques ou d'autres activités de surveillance.

Les planificateurs du programme peuvent envisager quatre niveaux de mobilisation, ou scénarios, pour la participation des agents de santé communautaire dans la réponse à la COVID-19, en fonction des ressources disponibles, des compétences des agents de santé communautaire et de leur volonté de participer à diverses activités, et de l'ampleur de l'épidémie :

1. **Scénario 1 : les agents de santé communautaire participent pleinement aux activités de recherche des contacts en lien avec la COVID-19.** Les agents de santé communautaire sont engagés et tout particulièrement formés pour mener des recherches des contacts dans la collectivité.
2. **Scénario 2 : les agents de santé communautaire participent de façon modérée aux activités de recherche des contacts en lien avec la COVID-19.** Les agents de santé communautaire ne procèdent pas à l'obtention ou à la recherche des contacts, mais ils épaulent une équipe distincte de personnes chargées de la recherche des contacts (voir la section **Comment les agents de santé communautaire peuvent soutenir les efforts de recherche**

des contacts liés à la COVID-19, ci-dessous). Cela permet à ces représentants de continuer à fournir des services de santé essentiels et d'éviter le doublement des efforts.

3. **Scénario 3 : les agents de santé communautaire peuvent contribuer à certaines activités de recherche des contacts en lien avec la COVID-19.** Les agents de santé communautaire assurent une certaine éducation et sensibilisation de la collectivité sur la recherche des contacts, mais ils se concentrent principalement sur la prestation de leurs services de santé habituels.
4. **Scénario 4 : les agents de santé communautaire ne participent pas aux activités de recherche des contacts en lien avec la COVID-19.** Il peut s'agir d'un représentant de la santé communautaire qui participe à des activités non liées à la COVID-19, telles que la gestion des maladies chroniques ou la promotion de la santé. Ces activités ont pu être adaptées ou réduites en réponse à la pandémie de COVID-19.

Comment les agents de santé communautaire peuvent soutenir les efforts de recherche des contacts liés à la COVID-19

Vous trouverez ci-dessous des exemples de la manière dont les agents de santé communautaire peuvent soutenir la recherche des contacts :

- **Sensibiliser la collectivité à la recherche des contacts et la mobiliser** Les agents de santé communautaire formés jouent un rôle important dans la communication de l'information sur la COVID-19 à la collectivité. Ils peuvent mobiliser la collectivité pour soutenir la recherche des contacts en éduquant et en sensibilisant les membres de la collectivité sur la façon dont ils peuvent prévenir la transmission de la COVID-19. Ils peuvent également informer les membres de la collectivité sur ce à quoi les personnes atteintes de la COVID-19 et leurs contacts peuvent s'attendre au cours de l'enquête sur les cas et des processus de recherche des contacts. Les agents de santé communautaire peuvent également discuter de la nécessité pour les personnes atteintes de la COVID-19 et leurs contacts étroits de s'isoler et de se mettre en quarantaine volontaire, respectivement, et inviter la collectivité à déterminer les moyens de soutenir les membres de la collectivité qui sont en isolement ou en quarantaine. Enfin, ils peuvent s'attaquer aux mythes ou aux idées fausses qui pourraient entraver les efforts de recherche des contacts.
- **Recherche des membres du ménage.** Les équipes de recherche des contacts peuvent demander l'aide des agents de santé communautaire pour trouver les membres du ménage et d'autres contacts. Ces renseignements peuvent ensuite être fournis à l'équipe de recherche des contacts aux fins de suivi. Les agents de santé communautaire peuvent également informer les contacts familiaux de l'importance de la quarantaine volontaire pendant 14 jours après leur dernière exposition à un membre potentiellement infectieux du ménage.
- **Fournir des données pour la surveillance.** En collaboration avec les programmes de recherche des contacts, et dans le respect des normes de confidentialité appropriées, les agents de santé communautaire peuvent recueillir des données sur les personnes nouvellement identifiées comme étant infectées par la COVID-19 et leurs contacts afin d'éclairer les efforts de réponse et de renforcer les systèmes de surveillance communautaires. Ces données peuvent comprendre des renseignements géographiques, démographiques et sanitaires sur les personnes atteintes de la COVID-19 et leurs contacts familiaux—y compris les comorbidités et les symptômes ressentis—et les résultats des efforts de recherche des contacts (par exemple, le nombre de contacts familiaux qui développent des symptômes, le nombre de personnes atteintes de la COVID-19 qui se rétablissent ou sont hospitalisées). Ces données peuvent être saisies dans les systèmes d'information sanitaire et utilisées pour déterminer les concentrations de cas et les foyers de COVID-19, guider les décisions relatives au déploiement communautaire des équipes d'intervention rapide et des services de recherche des contacts, et guider les modèles épidémiologiques pour façonner la réponse à l'échelle nationale et infranationale.

Ressources pour aider les agents de santé communautaire à soutenir la recherche des contacts

- Les planificateurs du programme doivent déterminer une approche de rémunération pour les agents de santé communautaire qui mènent des activités de recherche des contacts. Il peut s'agir de déterminer quelles ressources supplémentaires, le cas échéant, seront nécessaires pour que les agents de santé communautaire puissent effectuer un travail supplémentaire à l'appui de la recherche des contacts. Les ressources supplémentaires peuvent également inclure une indemnité pour le temps d'utilisation du téléphone cellulaire ou d'autres coûts liés à ce travail supplémentaire.

- Des programmes de formation officiels pour la recherche des contacts et la confidentialité sont nécessaires pour les agents de santé communautaire qui doivent remplir ces fonctions. Les agents de santé communautaire doivent également recevoir une formation sur la manière de se protéger et de protéger les autres contre la COVID-19 lors des interactions avec les patients atteints de la COVID-19 et leurs contacts, notamment sur la manière de pratiquer [l'éloignement physique](#) (par exemple, en restant à deux mètres des patients et de leurs contacts et en restant en dehors du domicile des patients et de leurs contacts), sur l'importance du port des [masques](#) et de leur bon usage, et sur l'importance de [l'hygiène des mains](#) et l'étiquette respiratoire. Un équipement de protection individuelle peut être utilisé pour protéger les agents de santé communautaire lorsque l'éloignement physique ne peut être maintenu. D'autres sujets de formation pour les agents de santé communautaire comprennent la surveillance des signes et symptômes de COVID-19; cela pourrait inclure des instructions sur l'utilisation de téléthermomètres s'ils sont censés prendre des températures dans le cadre du processus de surveillance des symptômes pour les contacts familiaux. Enfin, les agents de santé communautaire devraient être formés à l'utilisation des systèmes de surveillance communautaires qu'ils vont soutenir.
- **Supervision de soutien.** Le soutien des superviseurs peut contribuer à garantir la qualité du travail des agents de santé communautaire et à prévenir l'épuisement professionnel. La supervision de soutien comprend la réception de rapports quotidiens sur les personnes atteintes de la COVID-19 et leurs contacts familiaux de la part des représentants de la santé communautaires, la vérification que les formulaires de collecte de données sont remplis complètement et correctement, et la fourniture d'une formation et d'un encadrement sur le terrain pour les tâches essentielles, telles que la communication efficace et les compétences en matière de rédaction de rapports. Cette supervision de soutien peut être effectuée par des appels de contrôle hebdomadaires ou par des applications de messagerie instantanée et d'autres plateformes virtuelles par un nombre quelconque de membres du personnel local de santé ou de santé publique (par exemple, agents de surveillance locaux, personnel des bureaux de santé). Les superviseurs peuvent également offrir aux agents de santé communautaire un forum leur permettant de mettre en commun les pratiques exemplaires afin de favoriser l'apprentissage et le développement des compétences.
- Les agents de santé communautaire doivent recevoir des fournitures pour réduire le risque de contracter la COVID-19. Ces fournitures peuvent comprendre des masques, des gants et un désinfectant pour les mains à base d'alcool à 60-90 %. Les fournitures supplémentaires peuvent comprendre des moyens d'identification officiels et un téléphone cellulaire, selon les besoins. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/global-covid-19/contact-tracing-by-health-workers.html> [en anglais]

États-Unis

Mise à jour sur le coronavirus (COVID-19) : résumé quotidien du 9 octobre 2020

La Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis continue de prendre des mesures pour lutter contre la pandémie de COVID-19 :

- Dans le cadre des efforts de la FDA pour protéger les consommateurs, la FDA et la Federal Trade Commission ont adressé des lettres d'avertissement à deux entreprises pour vente frauduleuse de produits liés à la COVID-19. Il n'existe actuellement aucun produit approuvé par la FDA pour prévenir ou traiter la COVID-19. Les consommateurs qui ont des préoccupations relatives à la COVID-19 doivent consulter leur fournisseur de soins de santé.
 - La première entreprise, **Griffo Botanicals**, propose des produits à base de teintures de plantes en vente aux États-Unis avec des allégations trompeuses selon lesquelles ces produits peuvent atténuer, prévenir, traiter, diagnostiquer ou guérir la COVID-19 chez les personnes.
 - La deuxième entreprise, **Prairie Dawn Herbs**, propose des produits à base de plantes en vente aux États-Unis avec des allégations trompeuses selon lesquelles ces produits peuvent atténuer, prévenir, traiter, diagnostiquer ou guérir la COVID-19 chez les personnes.

- Le point sur le dépistage :
 - À ce jour, 278 tests sont autorisés par la FDA en vertu d'autorisations d'utilisation d'urgence, dont 217 tests moléculaires, 55 tests de détection d'anticorps et 6 tests antigéniques.

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-daily-roundup-october-9-2020> [en anglais]

Avis du RSI

Mesures sanitaires supplémentaires liées à l'écllosion de COVID-19 : 9 octobre 2020

Annonce affichée à partir de :

Vendredi 9 octobre 2020 – 16 h 33

9 octobre 2020

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

Le 30 janvier 2020, le directeur général a déclaré que la flambée de nouveau coronavirus (2019-nCoV) constituait une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) et livré 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 du 4^e Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (RSI) pour 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 :

1. Communiquer à l'OMS les renseignements sur les pratiques exemplaires, 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 diminuer au maximum la recrudescence de la COVID-19.
2. Soutenir les organisations multilatérales régionales et mondiales et encourager la solidarité mondiale dans la réponse pour lutter contre la COVID-19.
3. 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.
4. Continuer d'augmenter les capacités dans les domaines de la surveillance sanitaire, du dépistage et de la recherche des contacts.
5. Communiquer rapidement à l'OMS les renseignements 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 l'intermédiaire de plateformes telles que le Système mondial de surveillance de la grippe et de riposte.
6. Renforcer la participation des collectivités, donner aux particuliers les moyens d'agir et établir des liens de confiance en s'attaquant à la mésinformation et à la désinformation 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.
7. Participer au Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID- 19 (l'Accélérateur ACT), participer à des essais pertinents et préparer l'introduction efficace et sans danger de vaccins et de moyens thérapeutiques.
8. 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 communiquer des renseignements à 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.
9. Maintenir les services de santé essentiels grâce à des financements, des fournitures et des ressources humaines en quantité suffisante; 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 diffuse les renseignements fournis officiellement à l'OMS 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 l'intermédiaire du mécanisme du RSI et celle publiée par les pays par l'entremise des sources officielles.

Au 9 octobre 2020, aucun nouvel État partie n'a fait état de mesures sanitaires supplémentaires qui entravent de manière significative le trafic international depuis la dernière annonce publiée le

2 octobre 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, 28 pays ont fourni des mises à jour de leurs mesures précédemment mises en œuvre. La répartition par régions de l'OMS est la suivante : AFR : 0 (0 mise à jour), AMR : 0 (0 mise à jour), EMR : 0 (3 mises à jour), EUR : 0 (25 mises à jour), SRO : 0 (0 mise à jour), WPR : 0 (0 mise à jour). Voir le tableau 1.

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 du service d'information sur les épidémies (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.

OMS

Allocution liminaire du directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 – 9 octobre 2020

Publié le 9 octobre 2020

- *Je tiens à féliciter le Programme alimentaire mondial (PAM) qui a reçu le prix Nobel de la paix aujourd'hui.*
- *Cette semaine, la Chine, la République de Corée et Nauru ont rejoint le mécanisme COVAX, portant à 171 le nombre total de pays et d'économies participant à l'initiative mondiale d'accès aux vaccins.*
- *Des millions d'enfants dans le monde ne bénéficient pas des vaccins vitaux. Le rétablissement rapide des centres de vaccination ainsi que la reprise des campagnes et des activités de sensibilisation constituent le seul moyen de prévenir les flambées et les décès prévisibles qui sont imputables à des maladies comme la rougeole ou la poliomyélite. Le SAGE a formulé de nouvelles recommandations invitant l'ensemble des pays à accorder d'urgence la priorité à la mise en œuvre de campagnes de vaccination de rattrapage.*
- *Près de deux millions d'enfants meurent à la naissance chaque année, soit 1 enfant toutes les 16 secondes, selon les premières estimations des mortinaissances qui ont été publiées hier par l'UNICEF, la Banque mondiale, l'OMS et le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies.*
- *Demain, l'OMS organisera le Grand rendez-vous de la santé mentale, un événement mondial de sensibilisation en ligne qui réunira des dirigeants, des défenseurs, des sportifs et des artistes internationaux et nationaux, dont le groupe K-pop SuperM de la République de Corée et Korede Bello du Nigéria.*

Bonjour, bon après-midi et bonsoir.

Tout d'abord, je tiens à féliciter le Programme alimentaire mondial (PAM) qui a reçu le prix Nobel de la paix aujourd'hui.

Chaque jour, le PAM accomplit un travail extraordinaire dans de nombreux pays.

Nous sommes ravis pour nos amis et collègues du PAM, ainsi que toute la famille des Nations Unies.

Félicitations au PAM et à l'Organisation des Nations Unies.

===

Les vaccins représentent l'une des inventions les plus puissantes de l'histoire de l'humanité.

La variole a été éradiquée et la poliomyélite est sur le point de l'être, grâce aux vaccins.

Grâce aux vaccins, il est possible de prévenir des maladies autrefois redoutées telles que la diphtérie, le tétanos, la rougeole, la méningite et le cancer du col de l'utérus.

Nous disposons désormais de vaccins efficaces contre la maladie à virus Ebola et le premier vaccin antipaludique au monde est actuellement mis à l'essai dans trois pays africains.

En outre, comme vous le savez, **le monde attend avec impatience les résultats des essais des vaccins contre la COVID-19, qui sont nécessaires pour obtenir une autorisation de l'OMS.**

Une fois que nous disposerons d'un vaccin efficace, il faudra également l'utiliser efficacement, et la meilleure façon de le faire est d'assurer équitablement sa disponibilité pour tous les pays par l'intermédiaire du mécanisme COVAX.

Le mécanisme COVAX est un partenariat sans précédent entre l'OMS, l'Alliance Gavi, les fabricants et la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), et il comporte le plus grand portefeuille de vaccins potentiels contre la COVID-19, dont plusieurs sont à des stades avancés d'essais sur l'homme.

Cette semaine, la Chine, la République de Corée et Nauru ont rejoint le mécanisme COVAX, portant à 171 le nombre total de pays et d'économies participant à l'initiative mondiale d'accès aux vaccins. Dans un premier temps, l'approvisionnement en vaccins sera limité. Toutefois, en partageant équitablement l'approvisionnement, les pays et les économies participant au mécanisme COVAX peuvent distribuer simultanément des vaccins aux populations prioritaires, notamment les agents de santé, les personnes âgées et ceux souffrant d'affections sous-jacentes. L'objectif du mécanisme COVAX est de garantir la fabrication et la distribution équitable de 2 milliards de doses d'ici la fin 2021.

Nous tenons également à saluer l'annonce faite par un développeur de vaccins, Moderna, indiquant qu'il ne fera pas valoir ses droits de brevet sur son vaccin anti-COVID-19 pendant la pandémie.

Nous nous réjouissons d'obtenir davantage d'informations sur les implications de cette annonce notamment en matière de transfert de technologie.

Nous apprécions cet acte de solidarité, qui est en conformité avec les principes du Groupe d'accès aux technologies de lutte contre la COVID-19 (C-TAP). Le partage des bénéfices de l'innovation constitue le meilleur moyen de mettre fin à la pandémie et d'accélérer la reprise économique mondiale.

===

Le Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination (SAGE) oriente les conseils fournis par l'OMS au monde entier sur les vaccins.

Le SAGE s'est réuni en début de semaine afin d'examiner les faits récents concernant les vaccins et la vaccination contre la poliomyélite, la rougeole, les rotavirus, les pneumocoques et la COVID-19.

Il a recommandé que toute décision concernant l'attribution et le classement par priorité des vaccins anti-COVID-19 soit fondée sur des valeurs éthiques, notamment le respect égal, l'équité mondiale, l'équité nationale et la réciprocité, tel que présenté dans le Cadre de valeurs du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination de l'OMS qui a été publié le mois dernier.

Le SAGE a ensuite publié une feuille de route pour l'établissement des priorités, conçue pour aider les pays à décider à qui la priorité devrait être accordée pour recevoir l'approvisionnement initialement limité de vaccins contre la COVID-19.

Le SAGE a également examiné des données venant de partout dans le monde sur les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les activités de vaccination.

Toutes les régions ont fait état de perturbations des activités de vaccination pour de nombreuses raisons, notamment des contraintes au niveau de l'offre et de la demande, la réaffectation des travailleurs de la santé, les restrictions de voyage et la faible disponibilité d'équipement de protection individuelle.

Nous sommes heureux de constater que certains pays ont repris les services de vaccination, retrouvant ou même dépassant les niveaux de vaccination d'avant la pandémie.

Toutefois de nombreux autres pays se remettent progressivement, et il reste des lacunes à combler. Des millions d'enfants dans le monde ne bénéficient pas des vaccins vitaux. Le rétablissement rapide des centres de vaccination ainsi que la reprise des campagnes et des activités de sensibilisation constituent le seul moyen de prévenir les flambées et les décès prévisibles qui sont imputables à des maladies comme la rougeole ou la poliomyélite.

Le SAGE a formulé de nouvelles recommandations pour que tous les pays accordent d'urgence la priorité à la mise en œuvre de campagnes de vaccination de rattrapage.

Même si nous travaillons ensemble pour mettre fin à la pandémie, nous devons nous rappeler qu'il existe de nombreuses autres maladies et affections qui frappent les gens chaque jour, et qui ont été exacerbées par la COVID-19.

Cela comprend les mortinaissances.

Près de deux millions d'enfants meurent à la naissance chaque année, soit 1 enfant toutes les 16 secondes, selon les premières estimations des mortinaissances qui ont été publiées hier par l'UNICEF, la Banque mondiale, l'OMS et le Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies.

Le rapport révèle que 84 % des mortinaissances se produisent dans des pays à faible revenu, et sont souvent dues à la mauvaise qualité des soins pendant la grossesse et à la naissance.

La plupart des mortinaissances sont évitables, cependant la pandémie pourrait aggraver cette situation déjà tragique. La perturbation des services de soins maternels pourrait entraîner un nombre accru de mortinaissances et davantage de souffrances.

===

La pandémie de COVID-19 a également eu de graves répercussions sur la santé mentale de millions de personnes, et a mis en évidence l'urgence d'accroître les investissements dans ce domaine négligé de la santé.

Demain, c'est la Journée mondiale de la santé mentale.

Près d'un milliard de personnes sont atteintes d'un trouble mental, et une personne se suicide toutes les 40 secondes.

Pourtant, relativement peu de personnes dans le monde bénéficient de services de santé mentale de bonne qualité.

Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, plus de 75 % des personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques ou dus à l'usage de substances psychoactives ne sont pas soignées du tout.

Il est temps que ça change.

Il est temps d'augmenter massivement les investissements dans les services de santé mentale, afin que l'accès à des services de santé mentale de qualité devienne une réalité pour tous.

Demain, l'OMS organisera le Grand rendez-vous de la santé mentale, un événement mondial de sensibilisation en ligne qui réunira des dirigeants, des défenseurs, des sportifs et des artistes internationaux et nationaux, dont le groupe K-pop SuperM de la République de Corée et Korede Bello du Nigéria.

Au cours de cet événement unique, vous verrez et entendrez, à travers les récits de personnes vivant avec un problème de santé mentale, les défis auxquels elles sont confrontées en raison de la pandémie en cours, et comment elles y font face.

J'espère que vous serez inspirés par les nombreux exemples de programmes réussis, sur la santé mentale des adolescents, la prévention du suicide, la démence et bien d'autres, qui sont mis en œuvre par l'OMS, en collaboration avec nos partenaires.

Vous pouvez suivre le Grand rendez-vous sur le site Web de l'OMS et sur nos réseaux sociaux, notamment Twitter, Facebook, TikTok, LinkedIn, YouTube et Twitch.

Le Grand rendez-vous fait partie d'une plus vaste campagne visant à attirer l'attention sur la santé mentale, menée avec de nombreux partenaires.

Je salue l'annonce, plus tôt cette semaine, de la Vente aux enchères d'œuvres d'art thérapeutiques organisée par la maison de vente aux enchères Christie's, la Fondation de l'OMS et UN75.

Il s'agit d'une vente aux enchères d'une durée d'un an qui permettra de recueillir des fonds pour la Fondation de l'OMS qui seront utilisés pour soutenir la santé mentale.

Ensemble, agissons pour la santé mentale.

Il n'y a pas de santé sans santé mentale.

Je vous remercie.

<https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---9-october-2020>

OPS

L'OPS et l'OIM signent un accord visant à améliorer la santé de 70 millions de migrants dans les Amériques

Le 9 octobre 2020

L'accord mettra l'accent sur l'augmentation et l'intensification des interventions pour contrer les obstacles aux soins de santé et les répercussions disproportionnées de la COVID-19 sur les populations migrantes.

Washington D.C., 9 octobre 2020 (OPS) — Plus de 70 millions de migrants vivant aux frontières internationales dans la région des Amériques vont bénéficier d'un accord conjoint signé aujourd'hui par Carissa F. Etienne, directrice de l'Organisation panaméricaine de la santé (OPS) et António Vitorino, directeur général de l'Organisation internationale pour les migrations (OIM).

Dans le cadre de cet accord, l'OPS et l'OIM se concentreront sur l'intensification des interventions coordonnées pour aider les pays des Amériques à traiter les questions de santé et de migration, sans laisser personne derrière. Il assurera également un plus grand plaidoyer en faveur de l'inclusion des besoins spécifiques des migrants dans la politique de santé et de développement dans toute la région, aussi bien dans le contexte de la pandémie de COVID-19 qu'au-delà.

« Les migrants constituent l'une des populations les plus vulnérables de notre région, et font face à d'énormes obstacles lorsqu'il s'agit d'accéder aux soins de santé dont ils ont besoin », a déclaré la directrice de l'OPS, Carissa F Etienne. « La pandémie de COVID-19 nous rappelle de façon brutale que

personne n'est en sécurité tant que tout le monde ne l'est pas, c'est pourquoi cet accord entre l'OPS et l'OIM n'aura jamais été aussi opportun et aussi important », a-t-elle ajouté.

Migration dans les Amériques

Le nombre de migrants internationaux dans les Amériques a atteint 70 millions en 2019. Depuis 2015, ce mouvement migratoire comprend plus de 5 millions de Vénézuéliens qui vivent désormais dans d'autres pays du monde, notamment en Colombie, au Chili et au Pérou. Et **depuis 2018, une nouvelle tendance est apparue, consistant en de grands groupes migrant d'Amérique centrale vers le Mexique et les États-Unis.**

Les moteurs de la migration dans les Amériques sont entre autres les inégalités sociales et économiques, l'instabilité politique, les conflits et les catastrophes environnementales. Si de nombreux pays de la région sont des sources d'émigration vers des pays à haut revenu d'Amérique et d'Europe, l'Amérique latine et les Caraïbes connaissent également une augmentation du nombre de migrants en provenance d'Afrique et d'Asie. Cette situation met à rude épreuve les systèmes de santé de nombreux pays qui manquent de ressources.

« Cette initiative a été créée précisément pour relever ces défis et aidera les parties prenantes à coordonner et à harmoniser les actions visant à améliorer la santé des migrants », a déclaré le directeur général de l'OIM, António Vitorino.

Santé et migration

La pandémie de COVID-19 a eu des répercussions sur la prestation des services de santé dans l'ensemble des Amériques, qui ont connu plus de 17 millions de cas et plus de 574 000 décès dus au virus.

Même si les migrants font face aux mêmes menaces pour la santé que les autres, celles-ci sont aggravées par des conditions de vie précaires et un manque d'accès aux services de base tels que l'eau, l'hygiène et la nutrition. Les migrants sont également plus susceptibles de connaître de piètres conditions de travail surpeuplées dans l'économie informelle, ainsi qu'à des obstacles juridiques, linguistiques et culturels qui rendent particulièrement difficile le respect des mesures de santé publique pendant la pandémie.

La séparation des réseaux de soutien, les difficultés financières et l'accès limité aux médicaments et aux fournitures menacent également la santé mentale des migrants et aggravent les conditions préexistantes.

Au-delà de la COVID-19, de nombreux migrants dans les Amériques sont atteints d'un éventail de maladies transmissibles et non transmissibles qui nécessitent un diagnostic et un traitement urgents. Il faut traiter les cas de maladies telles que le paludisme, la tuberculose, le VIH/sida, le diabète et l'hypertension parmi les populations migrantes.

Le nouvel accord vise à améliorer l'accès aux soins de santé de cette population vulnérable et à soutenir les pays dans le domaine de la santé aux frontières, notamment en matière de mesures et interventions d'urgence. Il vise également à renforcer les activités dans tous les secteurs, notamment l'éducation, le bien-être collectif et la protection, afin de mieux planifier les interventions en santé avec une vision à court, moyen et long terme.

L'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) travaille avec les pays des Amériques pour améliorer la santé et la qualité de vie de leur population. Fondée en 1902, elle est le plus ancien organisme international de santé publique au monde. Elle fait office de bureau régional des Amériques au sein de l'OMS et sert d'organisme spécialisé dans le domaine de la santé au sein du système interaméricain. Créée en 1951, l'[Organisation internationale pour les migrations \(OIM\)](#) est le principal organisme affilié à l'ONU dans le domaine de la migration et travaille en étroite collaboration avec des partenaires gouvernementaux, intergouvernementaux et non gouvernementaux. L'OIM s'efforce de garantir une gestion ordonnée et humaine de la migration, de promouvoir la coopération internationale sur les questions de migration, d'aider à la recherche de solutions pratiques aux problèmes de migration et de fournir une aide humanitaire aux migrants dans le besoin, y compris les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays.

<https://www.paho.org/en/news/9-10-2020-paho-and-iom-sign-agreement-improve-health-70-million-migrants-america> [en anglais]

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

France

Les infections à coronavirus en France établissent un nouveau record atteignant plus de 20 000 par jour

ID : 1008011717

Source : Reuters

9 OCTOBRE, 2020, 14 h 08

PARIS (Reuters) – **Le nombre de nouvelles infections à coronavirus en France a fait un bond de plus de 20 000 en un jour pour la première fois depuis le début de l'épidémie, ont indiqué vendredi les données du ministère de la Santé.**

Le ministère a fait état de 20 330 nouvelles infections, ce qui porte le total cumulé à 691 977 depuis le début de l'année. Au cours des deux derniers jours, on a signalé plus de 18 000 nouveaux cas quotidiens de COVID-19 confirmés.

Le nombre de décès dus au virus a augmenté de 109, pour s'établir à 32 630, le plus grand nombre en une semaine, mais en dessous des quelque 150 décès enregistrés au début du mois. Les données relatives au nombre de décès peuvent être faussées, car le ministère déclare souvent dans un même lot plusieurs jours de données sur les résidences pour personnes âgées.

Le nombre de personnes hospitalisées a fait un bon de 240 à l'échelle du pays pour s'établir à 7 864, et le nombre de personnes dans les unités de soins intensifs — la meilleure mesure de la capacité d'un système de santé à faire face à l'épidémie — a augmenté de 21 pour s'établir à 1 448.

Au plus fort de la crise, début avril, plus de 7 000 personnes étaient en soins intensifs souffrant de COVID.

Jeudi, le ministre français de la Santé a déclaré que Lyon — la troisième ville en importance du pays — et trois autres villes devront fermer leurs bars dans les prochains jours, comme l'ont fait Paris et Marseille, afin de ralentir la propagation du virus.

<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-france-casualties/french-coronavirus-infections-set-new-record-above-20000-per-day-idUSKBN26U2A8> [en anglais]

Espagne

L'Espagne impose l'état d'urgence à Madrid pour freiner la propagation du virus

ID : 1008010834

Source : www.aljazeera.com

Actualités | Santé

L'Espagne impose l'état d'urgence à Madrid pour freiner la propagation du virus

Cette décision intervient après l'annulation par un tribunal de Madrid du confinement partiel de la capitale par le gouvernement central.

Le taux d'infection dans la région de Madrid s'élève actuellement à 564 cas pour 100 000 personnes, contre 257 seulement dans le reste de l'Espagne, ce qui est le plus élevé de l'Union européenne [Dossier : Pierre-Philippe Marcou/AFP]

Le 9 octobre 2020

WhatsApp

Le gouvernement central espagnol a déclaré l'état d'urgence à Madrid et la région environnante afin d'imposer un confinement partiel de la capitale dans un contexte de recrudescence des infections à coronavirus.

« Le gouvernement a décidé de déclarer l'état d'urgence [...] pour les 15 prochains jours », a déclaré Salvador Illa, ministre de la Santé, vendredi à l'issue d'une réunion de deux heures du cabinet.

La mesure, qui entre en vigueur immédiatement, a été adoptée à la hâte avant la longue fin de semaine de la fête nationale espagnole lundi, ce qui a suscité des inquiétudes quant au fait que les gens pourraient profiter du flou juridique pour quitter la ville.

Les ministres se sont réunis au lendemain d'une décision de justice qui a eu l'effet d'une bombe et qui a effectivement annulé les restrictions à la mobilité de 4,5 millions de personnes dans la capitale et ses environs afin de ralentir la propagation rapide du virus.

La décision a été saluée par les autorités régionales de droite de Madrid qui s'étaient opposées au confinement partiel en raison de ses répercussions économiques.

Mais lors d'un appel téléphonique tardif, le Premier ministre socialiste espagnol Pedro Sanchez a lancé un ultimatum à la dirigeante régionale Isabel Diaz Ayuso : soit la région adoptait elle-même les mesures, soit le gouvernement déclarait l'état d'urgence pour les faire passer.

« Il est absolument essentiel de protéger la santé des Madrilènes », a insisté le ministre Illa, en précisant que 66 personnes étaient mortes la semaine dernière et que quelque 500 d'entre elles « luttent pour leur vie aux soins intensifs ».

« La patience a ses limites », a-t-il dit, en pointant du doigt les dirigeants de Madrid pour leur inaction.

« Des mesures doivent être prises pour protéger la santé de la population de Madrid et pour éviter que cela ne s'étende à d'autres régions ».

Le tribunal de Madrid avait annulé les mesures parce qu'elles avaient été imposées par le gouvernement central et non par les autorités régionales qui gèrent les soins de santé publics.

En imposant l'état d'urgence, le gouvernement a maintenant le droit légal de faire appliquer les mesures qu'il a voulu imposer auparavant.

Initialement imposées le 2 octobre, les restrictions interdisaient aux résidents de la capitale et de neuf villes voisines de quitter les limites de la ville, sauf pour le travail, pour l'école ou pour des raisons médicales.

Elles imposent également un couvre-feu à 23 heures dans les bars et restaurants et réduisent de moitié le nombre de places assises à l'intérieur.

Avant la réunion du cabinet, la vice-première ministre Carmen Calvo a déclaré que les demandes du gouvernement étaient tombées dans l'oreille d'un sourd.

« Nous n'avons qu'un seul objectif : protéger Madrid. Si la région ne peut pas le faire, nous le ferons », a déclaré M^{me} Calvo.

Enrique Ruiz Escudero, le responsable de la santé de la région de Madrid, a déclaré qu'il était « très difficile de comprendre » la déclaration de l'état d'urgence par les autorités centrales, car, selon lui, les restrictions régionales imposées il y a quelques semaines portent leurs fruits.

Pourtant, un groupe d'organismes scientifiques et médicaux représentant 170 000 professionnels a publié en ligne une lettre plaidant pour la fin des luttes politiques internes.

« Vous devez accepter, une fois pour toutes, que pour faire face à la pandémie, les décisions clés doivent être fondées sur les meilleures preuves scientifiques disponibles et être complètement déconnectées de la confrontation politique en cours », a-t-il déclaré.

Le taux d'infection dans la région de Madrid s'élève actuellement à 564 cas pour 100 000 personnes, contre 257 seulement dans le reste de l'Espagne, ce qui est le plus élevé de l'Union européenne.

<https://www.aljazeera.com/news/2020/10/9/spain-imposes-state-of-emergency-on-madrid-to-curb-virus-spread> [en anglais]

Chili

Des scientifiques étudient la possibilité d'une mutation du coronavirus au Chili

Source : Al Jazeera – Dernières nouvelles, nouvelles du monde et vidéos d'Al Jazeera

ID : 1008021047

Au Chili, des scientifiques étudient une possible mutation du coronavirus dans le sud de la Patagonie, une région éloignée située près de la pointe de l'Amérique du Sud qui a connu ces dernières semaines une deuxième vague d'infections exceptionnellement contagieuse.

Des questions ont été soulevées alors que la région reculée de Magallanes, qui ne représente qu'un pour cent de la population du pays, a signalé près de 20 % du total des cas au Chili jusqu'à présent, ce qui suggère une mutation potentielle du nouveau virus.

Bien que l'on ait déjà observé de telles mutations ailleurs, les chercheurs n'ont pas encore compris quel est leur effet sur les humains.

« Plus tôt cette semaine, le nombre de personnes ayant obtenu un résultat positif à Magallanes était le même qu'ici dans la capitale, sauf que Magallanes a la plus faible densité de population du pays, 170 000 contre huit millions à Santiago », a déclaré Lucia Newman d'Al Jazeera, en direct de la capitale chilienne, Santiago.

« Les experts disent qu'il pourrait y avoir de nombreuses raisons, y compris la météo, mais ils ne peuvent pas exclure que le nouveau brin du virus soit principalement à blâmer ».

Des études menées en dehors du Chili ont également indiqué que le coronavirus peut évoluer en s'adaptant à ses hôtes humains.

Une étude préliminaire visant à analyser la structure du virus après deux vagues d'infection à Houston, aux États-Unis, a révélé qu'une souche plus contagieuse dominait les échantillons récents.

Les scientifiques affirment que les mutations peuvent rendre le virus plus contagieux, mais ne le rendent pas nécessairement plus mortel, ni n'inhibent nécessairement l'efficacité d'un éventuel vaccin.

« Certaines de ces variables, comme le froid et le vent, sont associées à un taux de propagation plus élevé dans le monde », a déclaré Marcelo Navarrete, de l'Université de Magallanes, à l'agence de presse Reuters.

L'Organisation panaméricaine de la santé aide les scientifiques chiliens à en savoir plus, notamment afin de confirmer si cette nouvelle version de la COVID-19 est plus contagieuse que les précédentes.

« Si cette hypothèse est validée, ce serait manifestement inquiétant, car si le degré de contagion que nous constatons à Magallanes se répandait à l'échelle nationale, cela signifierait 25 000 nouveaux cas par jour, et c'est-là un scénario dangereux en effet », a déclaré le sous-ministre de la Santé, Arturo Zuniga.

<https://www.aljazeera.com/news/2020/10/11/scientists-investigate-possible-coronavirus-mutation-in-chile>
[en anglais]

Ce qui se passe dans le monde

ID : 1008011249

Source : CBC

En Europe, le gouvernement socialiste espagnol a invoqué l'état d'urgence vendredi pour imposer un confinement partiel de Madrid, l'un des pires points chauds de COVID-19 en Europe, après qu'un tribunal ait annulé les mesures, a déclaré la télévision d'État.

Des soldats espagnols travaillent comme traceurs de COVID-19 derrière des panneaux de verre à la base militaire El Goloso à Madrid mercredi. (Sergio Perez/Reuters)

Cette décision aggrave l'impasse entre le gouvernement du premier ministre Pedro Sanchez et le responsable de la santé de la région de Madrid, dirigée par les conservateurs, qui estime que les restrictions sont illégales, excessives et désastreuses pour l'économie locale.

Les infections à coronavirus en Slovaquie ont atteint un niveau record pour une troisième journée consécutive, atteignant pour la première fois près de 1 200 en une journée. Depuis le début de la pandémie, 16 910 cas ont été signalés en Slovaquie, avec 57 décès.

En réaction à ce nombre record, le gouvernement a annoncé vendredi qu'il allait déployer 267 membres des services pour aider les autorités sanitaires à rechercher les contacts, à effectuer des tests et à distribuer de l'équipement de protection.

En Asie, les autorités sanitaires sri-lankaises ont travaillé vendredi pour contenir un groupe croissant de nouvelles infections à coronavirus, ordonnant la fermeture des bars, restaurants, casinos, boîtes de nuit et spas.

La nation insulaire de l'océan Indien a signalé en fin de semaine sa première infection transmise localement en plus de deux mois, ce qui a permis de trouver un groupe centré autour d'une fabrique de vêtements dans la province occidentale densément peuplée.

La Chine a annoncé vendredi qu'elle s'était engagée dans le programme de vaccination COVAX soutenu par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), donnant ainsi un élan majeur à une initiative rejetée par le président américain Donald Trump.

Pas moins de 171 nations se sont engagées dans le programme visant à soutenir l'accès équitable aux vaccins contre la COVID-19 aussi bien pour les pays pauvres que pour les pays riches. Parmi les participants, on compte environ 76 nations riches et autofinancées, mais pas les États-Unis ni la Russie.

La Chine, où le virus a été signalé pour la première fois à la fin de l'année dernière, est également en pourparlers avec l'OMS pour faire évaluer ses vaccins fabriqués au pays en vue d'une utilisation internationale.

<https://www.cbc.ca/news/canada/world-canada-covid-19-oct-9-1.57565> [en anglais]

Hong Kong

Hong Kong signale de nouveaux cas de COVID-19 impossibles à retracer pendant 10 jours consécutifs

Source : ecns

ID : [1008007756](#)

Hong Kong a signalé de nouveaux cas de COVID-19 avec une source d'infection inconnue pendant 10 jours de suite depuis le 30 septembre, ce qui est alarmant, ont déclaré vendredi les autorités sanitaires locales.

Le Center for Health Protection (CHP) a rapporté vendredi huit cas supplémentaires de COVID-19 confirmés, dont un cas importé et sept infections locales. Le décompte a atteint 5 169 à Hong Kong.

Selon le CHP, l'un des nouveaux cas locaux a une source d'infection inconnue, impliquant un homme de 25 ans.

Un total de 64 cas ont été signalés entre le 2 et le 8 octobre, dont 55 % étaient des cas locaux, une augmentation notable par rapport aux 20 % de la semaine précédente, a déclaré Chui Tak-yi, sous-secrétaire à l'alimentation et à la santé du gouvernement de la Région administrative spéciale de Hong Kong (RASHK), lors d'une conférence de presse.

M. Chui a déclaré que la proportion de nouvelles infections d'origine inconnue a grimpé à 19 % la semaine dernière, ce qui indique qu'il existe encore des chaînes de transmission silencieuses dans la communauté, ce qui est alarmant et incite le public à rester vigilant.

Selon l'autorité hospitalière de Hong Kong, 123 patients sont toujours traités dans les hôpitaux, dont neuf dans un état critique.

<http://www.ecns.cn/news/2020-10-09/detail-ihavkeu1733111.shtml> [en anglais]

Hong Kong

Un vaccin nasal bivalent contre l'influenza et la COVID-19 va être testé à Hong Kong

Source : Bangkok Post

ID : 1008005227

HONG KONG : Un éminent médecin spécialiste des maladies infectieuses a déclaré qu'un vaccin bivalent contre l'influenza et le nouveau coronavirus, administré par pulvérisation nasale, fera l'objet d'études menées avec des participants humains à Hong Kong le mois prochain.

Une centaine d'adultes participeront à l'essai clinique de premières phases, a déclaré Yuen Kwok-Yung, directeur de la chaire des maladies infectieuses au département de microbiologie de l'Université de Hong Kong.

Le vaccin candidat est semblable à un vaccin intranasal contre la grippe déjà sur le marché, conçu pour commencer à agir là où les virus respiratoires pénètrent généralement dans l'organisme : le nez.

« Notre idée est que nous voulons une protection contre l'influenza et la COVID-19 à la fois », a déclaré M. Yuen au cours d'une entrevue.

La recherche sur le vaccin nasal expérimental a reçu un financement de la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations de Norvège et du gouvernement de Hong Kong, et participera à des dizaines d'essais cliniques dans le monde entier visant à identifier des vaccins sûrs et efficaces pour prévenir la COVID-19.

Le mois dernier, la Chine a entrepris des études cliniques initiales d'un vaccin nasal contre la COVID-19, développé conjointement par des chercheurs de l'Université de Xiamen et de l'Université de Hong Kong, ainsi que par le fabricant de vaccins Beijing Wantai Biological Pharmacy Enterprise Co.

Le vaccin bivalent contre l'influenza et la COVID-19, est basé sur un virus de la grippe affaibli adapté à la température et dont la réplication est défectueuse qui ne se développe que dans les voies respiratoires supérieures. Ses développeurs ont utilisé les techniques du génie génétique pour supprimer la protéine NS1 du virus et insérer le domaine de liaison au récepteur de la protéine de spicule du virus SRAS-CoV-2, a déclaré M. Yuen.

« Et puis nous avons très bien démontré que cela fonctionne chez les animaux », a-t-il ajouté. En plus de protéger potentiellement contre deux virus à la fois, l'approche vise à stimuler une réponse immunitaire au niveau de la muqueuse du nez, a précisé M. Yuen.

Des recherches menées par des scientifiques de l'Imperial College de Londres et publiées dans Science Friday indiquent qu'une forte réponse immunitaire des muqueuses est importante pour aider les gens à éviter les infections respiratoires. « Je pense qu'un vaccin mucosal est une excellente idée », a fait valoir M. Yuen.

Un fabricant chinois va fabriquer le vaccin expérimental pour l'étude de la phase 1 qui débutera le mois prochain, a-t-il dit. L'essai visera à démontrer son innocuité ainsi que la dose optimale. Les résultats sont attendus quelques mois plus tard.

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1008005227> [en anglais]

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

Canada

Près de la moitié des parents sont prêts à accepter des essais « moins rigoureux » pour le vaccin contre la COVID : UBC

Source : Surrey Now-Leader

ID : [1008004667](#)

Plus de 180 vaccins candidats contre la COVID-19 sont actuellement en développement

Près de la moitié des parents interrogés dans le cadre d'une récente étude de l'Université de la Colombie-Britannique ont déclaré qu'ils seraient prêts à accepter un processus d'essais abrégé d'un vaccin contre la COVID-19.

L'étude, publiée dans Clinical Therapeutics, a interrogé plus de 2 500 familles du Canada, d'Israël, du Japon, d'Espagne, de Suisse et des États-Unis qui ont visité 17 services d'urgence différents entre la fin mars et la fin juin.

Les chercheurs ont demandé aux parents s'ils accepteraient un régime d'essais « moins rigoureux » du vaccin contre la COVID-19 en échange d'une approbation plus rapide, et ont constaté que 42 % des parents l'accepteraient. Les pères étaient plus susceptibles que les mères d'accepter un vaccin plus rapide, tout comme les parents dont les enfants étaient à jour dans leurs vaccinations.

« Bien que la sécurité des vaccins administrés aux enfants soit primordiale, notre étude indique que les parents sont désireux de vacciner leurs enfants contre la COVID-19 et qu'un grand nombre d'entre eux sont favorables à ce qu'on accélère la recherche, le développement et approbation réglementaire de vaccins », a précisé l'auteur principal de l'étude, le Dr Ran Goldman, professeur au département de pédiatrie de la faculté de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique.

Plus de 180 vaccins candidats contre la COVID-19 sont en cours de développement, dont certains ont été autorisés à accélérer le processus. Le Canada a signé des accords en matière de vaccins avec plusieurs entreprises, dont les plus récents avec Sanofi et GlaxoSmithKline, en septembre. Ici, au pays, les chercheurs cherchent à savoir si un vaccin contre la tuberculose peut conférer une immunité contre le nouveau coronavirus.

<https://www.surreynowleader.com/news/nearly-half-of-parents-are-willing-to-accept-less-rigorous-testing-of-covid-vaccine-ubc/> [en anglais]

Canada

Les Canadiens déclarent un état de santé mental pire qu'avant la pandémie : sondage Nanos

Source : CTV News – Winnipeg

ID : 1008022853

TORONTO — Selon un nouveau sondage mené par Nanos Research, de nombreux Canadiens affirment que leur état de santé mental est pire qu'avant la pandémie de COVID-19 et ont fait état d'une augmentation de leur consommation d'alcool.

Le sondage mené auprès de 1 003 Canadiens, commandé par CTV News, a révélé que deux Canadiens sur cinq déclarent que leur état de santé mental est pire actuellement qu'avant la pandémie. Le sondage a également révélé que 20 % des Canadiens ont indiqué boire plus d'alcool qu'avant la pandémie.

Selon les résultats du sondage, quatre Canadiens sur dix ont déclaré que leur état de santé mental est maintenant moins bon (16 %) ou un peu moins bon (24 %) qu'il ne l'était en avril, au début de la pandémie. À l'époque, 10 % des personnes interrogées ont déclaré que leur état de santé mental était moins bon et 28 % qu'il était un peu moins bon.

Un peu moins de la moitié des répondants ont indiqué que leur état de santé mental est à peu près le même qu'avant la COVID-19, tandis qu'un Canadien sur dix a déclaré qu'il est meilleur (4 %) ou un peu meilleur (7 %). Un pour cent des personnes interrogées ont répondu ne pas être certaines.

C'est en Ontario et dans les Prairies qu'on a enregistré la plus forte baisse de l'état de santé mental, soit 44,8 % et 43,5 % respectivement.

Le sondage a révélé que l'état de santé mental des répondants s'était le plus amélioré dans le Canada atlantique (14,6 %) et en Colombie-Britannique (13,8 %) pendant la pandémie.

Selon les résultats, 44 % des femmes rapportent une diminution de leur état de santé mental, tandis que les hommes ont été plus nombreux à faire état d'un état de bien-être mental accru en général.

En ce qui concerne la consommation d'alcool, 20 % des personnes interrogées ont déclaré que leur consommation d'alcool avait augmenté comparativement à la quantité consommée avant la pandémie.

Le sondage a révélé que 13 % des Canadiens ont déclaré que leur consommation d'alcool avait diminué depuis le début de la pandémie, tandis que 67 % ont déclaré qu'elle était restée la même.

L'augmentation de la consommation d'alcool est relativement égale chez les femmes et les hommes; cependant, les personnes âgées de 55 ans et plus sont moins susceptibles de déclarer que leur consommation d'alcool a augmenté, selon les résultats du sondage.

Les résidents des provinces de l'Atlantique ont signalé la plus forte augmentation de la consommation d'alcool, soit 26 %, tandis que les Ontariens ont exprimé la deuxième plus forte, soit près de 23 %.

Les participants des Prairies ont indiqué que leur consommation d'alcool avait le plus diminué, près de 15 % d'entre eux ayant déclaré qu'ils buvaient moins qu'avant la COVID-19.

RESTER D'AVANTAGE À LA MAISON

Le sondage a également demandé aux Canadiens s'ils restaient davantage à la maison en raison du nouveau coronavirus.

Selon les résultats, huit Canadiens sur dix (81 %) ont déclaré qu'ils restaient davantage à la maison, 17 % n'ont déclaré aucun changement et 2 % ont déclaré qu'ils restaient moins à la maison qu'avant la pandémie.

En comparaison, 94 % des personnes interrogées en avril ont déclaré qu'elles restaient davantage à la maison en raison de la COVID-19 et 5 % ont déclaré rester à la maison autant qu'auparavant.

MÉTHODOLOGIE

Nanos a mené un sondage aléatoire hybride téléphonique par composition aléatoire (lignes terrestres et cellulaires) et en ligne auprès de 1 003 Canadiens, âgés de 18 ans ou plus, entre le 30 septembre et le 4 octobre, dans le cadre d'un sondage omnibus. Les participants ont été recrutés au hasard par téléphone par des agents en direct et ont répondu à un sondage en ligne. L'échantillon comprenait à la fois des lignes terrestres et des lignes cellulaires partout au Canada. Les résultats ont été vérifiés statistiquement et pondérés en fonction de l'âge et du sexe à partir des dernières données du Recensement et l'échantillon est stratifié géographiquement pour être représentatif du Canada.

Les personnes ont été appelées au hasard par composition aléatoire avec un maximum de cinq rappels.

La marge d'erreur de ce sondage est de 3,1 points de pourcentage, 19 fois sur 20.

Cette étude a été commandée par CTV News et la recherche a été menée par Nanos Research.

<https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/canadians-report-worse-mental-health-than-before-pandemic-nanos-survey-1.5141592> [en anglais]

Inde

Une étude visant à déterminer si le vaccin contre la rougeole peut freiner la propagation de la COVID-19

Source : The Times of India – Édition Pune
ID : 1008012144

Un pédiatre de Pune s'est associé à des experts du département de médecine communautaire du B J Medical College et de l'hôpital Sassoon pour déterminer si le vaccin contre la rougeole peut offrir une protection contre la COVID-19 ou contribuer à en réduire la gravité.

Les chercheurs prévoient d'inscrire environ 548 participants choisis au hasard pour l'étude — un nombre égal d'individus âgés de 1 à 18 ans ayant obtenu un résultat positif de RT-PCR et négatif de COVID — pour déterminer si leur vaccination contre la rougeole ou l'absence de vaccination contre celle-ci a contribué à prévenir la COVID-19 ou à empêcher les symptômes de s'aggraver.

Le Système d'enregistrement des essais cliniques-Inde (CTRI), mis en place par l'Institut national des statistiques médicales (NIMS) de l'ICMR, a permis aux spécialistes de Pune de mener à bien cette recherche qui est considérée comme la première du genre en Inde. Une étude de cohorte est réalisée actuellement en Égypte et des propositions sont en cours de discussion aux États-Unis.

La COVID-19 n'a pas beaucoup touché les enfants. Leur exposition récente et plus fréquente à des vaccins vivants atténués comme celui contre la rougeole semble en être une explication. « Selon les données épidémiologiques, la gravité de la COVID-19 et le nombre de décès sont réduits dans les régions où les gens reçoivent systématiquement le vaccin contre la rougeole. Notre effort vise à explorer scientifiquement cette co-relation dans la population soumise à des tests RT-PCR », a déclaré le pédiatre Nilesh Gujar, le chercheur principal de l'étude, au TOI. « En Inde, le vaccin contre la rougeole est administré à neuf mois et à 15 mois. Ceux qui n'avaient pas été vaccinés ont été couverts par la campagne nationale de vaccination contre la rougeole et la rubéole de 2018. C'est pourquoi nous nous sommes concentrés sur la fourchette d'âge de 1 à 18 ans, car ils ont des preuves documentées de la vaccination. Le taux d'incidence et le niveau de gravité à cet âge peuvent fournir des lignes directrices pour la vaccination contre la rougeole chez les adultes », a ajouté le D^r Gujar.

Le doyen de l'hôpital Sassoon, Muralidhar Tambe, co-chercheur de l'étude, a précisé : « Notre étude a déjà recruté 212 participants. Nous avons l'intention d'en trouver 336 autres. La taille de l'échantillon de 548 participants est statistiquement significative pour permettre de conclure si le vaccin contre la rougeole aide réellement à combattre la COVID et à réduire sa gravité ».

Australie

Le virus de la COVID-19 peut rester près d'un mois sur les téléphones intelligents et les distributeurs automatiques de billets, selon la CSIRO

Source : The Age - Latest News
ID : 1008022777

Le virus qui cause la COVID-19 peut rester beaucoup plus longtemps qu'on ne le pensait, jusqu'à 28 jours, sur des surfaces comme les écrans des téléphones cellulaires et des distributeurs automatiques de billets, mais beaucoup moins longtemps sur des surfaces plus souples, selon une nouvelle recherche de la CSIRO.

Des recherches antérieures effectuées par les autorités sanitaires américaines ont montré que le virus pouvait être détecté dans des aérosols pendant trois heures et sur des surfaces en plastique et en acier inoxydable jusqu'à trois jours.

Des chercheurs australiens ont testé le virus sur des billets de banque en polymère, des billets de banque en papier démonétisés et des surfaces courantes, notamment l'acier inoxydable brossé, le verre, le vinyle et le tissu de coton.

Sur le verre, l'acier inoxydable et les billets de banque en papier, le virus a perduré jusqu'à 28 jours à 20 degrés.

À mesure que la température passait à 30 et 40 degrés, le virus restait moins d'une semaine sur ces surfaces. L'étude a montré que le virus demeurait sur la plupart des surfaces pendant environ six à sept jours avant de commencer à perdre de son activité.

Sur des matériaux plus poreux comme le coton, qui peut absorber le virus, aucun virus infectieux n'a été retrouvé après deux semaines.

Des expériences similaires pour la grippe A ont montré que le virus survivait sur des surfaces pendant 17 jours.

Le Dr Larry Marshall, directeur général de la CSIRO, a déclaré que « le fait d'établir le temps pendant lequel le virus reste réellement viable sur les surfaces nous permet de prévoir plus précisément sa propagation pour l'atténuer, et de mieux protéger notre population ».

L'étude souligne que le virus est principalement transmis par des aérosols et des gouttelettes provenant de personnes infectées qui éternuent ou toussent près d'une autre personne. Le rôle des surfaces contaminées dans la propagation du virus reste à déterminer, selon l'étude, mais « a été suggéré comme un mode de transmission potentiel, ce qui se reflète également dans l'importance accordée au lavage des mains par [l'Organisation mondiale de la Santé] et les plans de lutte nationaux ».

« La persistance sur le verre est une constatation importante, étant donné que les appareils à écran tactile tels que les téléphones portables, les distributeurs bancaires, les caisses de libre-service des supermarchés et les bornes d'enregistrement des aéroports sont des surfaces fréquemment touchées qui peuvent ne pas être nettoyées régulièrement et présentent donc un risque de transmission du SRAS-CoV-2 », indique l'étude.

« Il a été démontré que les téléphones cellulaires peuvent porter les agents pathogènes responsables de la transmission nosocomiale et, contrairement aux mains, ils ne sont pas nettoyés régulièrement ». Selon la CSIRO, ces résultats pourraient aider à expliquer la propagation persistante du coronavirus dans des environnements frais comme les abattoirs.

Le professeur Trevor Drew, directeur du Centre for Disease Preparedness de l'Australie, a déclaré que la viabilité du virus sur les surfaces extérieures à son hôte dépendait d'un certain nombre de facteurs.

« La durée pendant laquelle ils peuvent survivre et rester infectieux dépend du type de virus, de la quantité, de la surface, des conditions environnementales et de la façon dont il est déposé – par exemple, le toucher par opposition aux gouttelettes émises par la toux », a affirmé le professeur Drew.

« Les protéines et les graisses contenues dans les liquides corporels peuvent également prolonger considérablement la durée de survie des virus ».

La recherche, menée au Centre for Disease Preparedness de Geelong, dans l'État de Victoria, consistait à assécher le virus dans un mucus artificiel sur différentes surfaces, à des concentrations similaires à celles signalées dans les échantillons de patients infectés, puis à ré-isoler le virus pendant un mois.

Elle a également été réalisée dans l'obscurité afin d'éliminer l'effet des rayons UV, car des recherches ont démontré que la lumière directe du soleil peut rapidement inactiver le virus.

https://www.theage.com.au/national/covid-19-virus-can-last-almost-a-month-on-smartphones-and-atms-csiro-finds-20201012-p5644y.html?ref=rss&utm_medium=rss&utm_source=rss_feed [en anglais]

International

Le virus de la COVID-19 peut persister sur la peau humaine beaucoup plus longtemps que les virus de la grippe

Source : TheHealthSite

ID : 1008022625

L'étude, publiée dans la revue Clinical Infectious Diseases, montre que le virus de la COVID-19 peut rester viable sur la peau humaine bien plus longtemps que les virus de la grippe. Les chercheurs, dont ceux de l'Université de médecine de la préfecture de Kyoto au Japon, ont constaté que le virus grippal A peut rester actif sur la peau humaine pendant près de deux heures.

À lire également - Le premier vaccin indien contre la COVID-19 COVAXIN : mises à jour sur les essais cliniques que vous devez connaître

Un désinfectant pour les mains peut inactiver à la fois le virus de la COVID-19 et le virus de la grippe

Cependant, les chercheurs ont découvert que le virus du SRAS-CoV-2 et le virus grippal A étaient rapidement inactivés sur la peau avec un désinfectant pour les mains. Les virus ont été inactivés plus rapidement sur les surfaces de la peau que sur d'autres surfaces telles que l'acier inoxydable, le verre et le plastique.

À lire également - Les patients asiatiques sont plus exposés au risque de décès dû à la COVID-19 : Voici pourquoi

En mars, une étude publiée par les National Institutes of Health (NIH) affirmait que le virus de la COVID-19 peut durer environ trois heures dans l'air, jusqu'à quatre heures sur le cuivre, 24 heures sur le carton et 72 heures sur l'acier inoxydable.

Selon la nouvelle étude, le SARS-CoV-2 pourrait survivre beaucoup plus longtemps (9 heures) que le virus grippal A (1,82 heure). Une bonne hygiène des mains est donc importante pour réduire le risque de transmission par contact du SRAS-CoV-2, ont déclaré les chercheurs.

Le désinfectant pour les mains comparé à l'eau et au savon

Vous trouverez peut-être plus pratique et plus facile d'utiliser un désinfectant pour les mains que de vous laver fréquemment les mains à l'eau et au savon. Mais un désinfectant ne doit pas remplacer le lavage des mains à l'eau et au savon. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis recommandent d'utiliser un désinfectant pour les mains à base d'alcool et contenant au moins 60 % d'éthanol, uniquement lorsque l'on ne dispose pas d'eau et de savon.

Selon les experts de la santé, le savon et l'eau peuvent tuer le virus de la COVID-19 plus efficacement qu'un désinfectant pour les mains. En outre, le lavage peut également éliminer toute trace de graisse ou de saleté sur vos mains.

Un désinfectant pour les mains à base d'alcool peut également détruire les virus, mais il peut ne pas fonctionner dans certaines situations. Par exemple, lorsque vous utilisez le désinfectant sur des mains mouillées ou en sueur, l'alcool qu'il contient peut être dilué par l'eau ou la sueur, ce qui peut réduire son efficacité. De plus, un désinfectant ne peut pas éliminer la graisse collante sur vos mains à laquelle les virus peuvent s'accrocher. L'utilisation de désinfectants pour les mains présente également de nombreux effets secondaires.

Les experts de la santé du All India Institute of Medical Sciences ont averti que l'utilisation généralisée de désinfectants pour les mains, de savons antimicrobiens et d'antibiotiques pendant la COVID-19 peut entraîner une plus grande résistance aux antimicrobiens.

La résistance aux antimicrobiens est la capacité d'un microbe pathogène à développer une résistance aux effets d'un médicament antimicrobien. On estime que d'ici 2050, environ 10 millions de personnes pourraient être en danger chaque année si la pharmacorésistance n'est pas gérée.

<https://www.thehealthsite.com/news/covid-19-virus-can-linger-on-human-skin-much-longer-than-flu-viruses-772520/> [en anglais]

Royaume-Uni

COVID-19 : Une étude montre que les patients asiatiques courent un risque plus élevé de mourir à l'hôpital

Source : One News Page

ID : 1008022549

Les patients d'origine asiatique ont un risque accru de mourir à l'hôpital à cause de la COVID-19, tandis que ceux d'origine noire ont un risque accru de devoir être hospitalisés pour cette maladie, avertit une étude londonienne.

Les résultats, publiés dans la revue *Eclinical Medicine*, suggèrent que différentes stratégies de traitement peuvent être nécessaires pour différents groupes ethniques.

« Pour les patients noirs, la question peut être de savoir comment empêcher une infection légère d'évoluer vers une infection grave, alors que pour les patients asiatiques, il s'agit de savoir comment traiter des complications qui mettent leur vie en danger », a déclaré l'un des auteurs de l'étude, Ajay Shah, professeur de cardiologie au King's College de Londres et cardiologue consultant au King's College. L'étude a examiné la relation entre l'origine ethnique et le SRAS-CoV-2, le virus responsable de la COVID-19.

Les résultats confirment que les patients issus de minorités ethniques portent un fardeau plus lourd de la maladie que les patients blancs. Ils montrent également que les patients noirs et les patients asiatiques sont touchés à des stades différents de la maladie.

« Il est désormais évident que les personnes de race noire et les groupes ethniques minoritaires sont plus gravement touchés par la COVID-19 », a déclaré le professeur Chris Whitty, médecin en chef pour l'Angleterre et directeur du National Institute for Health Research (NIHR), le plus grand bailleur de fonds de la Grande-Bretagne pour la recherche sur la santé et les soins.

L'étude a analysé les données de 1 827 patients adultes admis au King's College Hospital, dans le sud-est de Londres, avec un diagnostic primaire de COVID-19 entre le 1^{er} mars et le 2 juin 2020.

Les chercheurs ont analysé la mortalité dans ce groupe, et ont également comparé un sous-ensemble de 872 patients admis provenant du sud-est de Londres avec 3 488 témoins appariés résidant dans la même région afin de déterminer comment l'origine ethnique est associée à la nécessité d'une hospitalisation pour une maladie grave.

Sur les 872 patients admis, 48,1 % étaient noirs, 33,7 % blancs, 12,6 % métis et 5,6 % asiatiques.

L'analyse a montré que les patients noirs et métis ont un risque trois fois plus élevé de devoir être hospitalisés une fois infectés par la COVID-19 que les résidents blancs des quartiers du centre-ville de la même région.

Ce risque ne s'explique qu'en partie par les comorbidités et le dénuement, car en tenant compte de ces facteurs, les patients noirs ont encore un risque d'admission 2,2 à 2,7 fois plus élevé.

Cependant, la survie de ces patients à l'hôpital n'était pas sensiblement différente de celle des patients blancs.

En revanche, les patients asiatiques n'avaient pas un risque plus élevé de devoir être hospitalisés avec la COVID-19 que les patients blancs, mais leur taux de mortalité à l'hôpital et la nécessité de l'admission en unité de soins intensifs étaient plus élevés que dans les autres groupes.

Les chercheurs ont observé que les patients issus des minorités ethniques étaient de 10 à 15 ans plus jeunes que les patients blancs et présentaient une plus forte prévalence de comorbidités, en particulier de diabète.

L'étude permet de penser que si les comorbidités et les facteurs socioéconomiques contribuent à l'impact de la COVID-19 sur les communautés minoritaires, d'autres facteurs, tels que des facteurs biologiques, qui touchent différents sous-groupes de différentes manières, peuvent jouer un rôle important.

Les résultats de cette étude seront probablement applicables à toute la ville de Londres et aux villes britanniques similaires, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour les transposer aux populations multiethniques d'autres pays.

Le nombre de cas confirmés de COVID-19 en Grande-Bretagne a dépassé 590 800 personnes, et le nombre total de décès s'élevait à 42 760 samedi.

<https://www.onenewspage.com/n/World/1zlu6134hg/COVID-19-Asian-patients-at-higher-risk-of.htm> [en anglais]

Étude

Des scientifiques détectent des anticorps longévifs dans les échantillons de sang et de salive des patients atteints de la COVID-19

Source : **Press Trust of India**

ID unique : [1008006288](#)

Boston, le 9 octobre (PTI) – Des scientifiques, dont un d'origine indienne, ont documenté la persistance d'anticorps qui ciblent le nouveau coronavirus dans le sang et la salive de patients atteints de la COVID-19 au moins trois mois après l'apparition des symptômes, une découverte qui pourrait conduire à d'autres méthodes de dépistage de l'infection virale. Selon les chercheurs, dont ceux de la Harvard Medical

School aux États-Unis, ces anticorps ont pu être détectés à des niveaux similaires dans le sang et la salive, ce qui suggère que la salive pourrait être un biofluide de rechange pour les tests de dépistage des anticorps. Ils ont estimé les sensibilités des types d'anticorps IgG, IgA et IgM à 95 %, 90 % et 81 %, respectivement, pour détecter les personnes infectées entre 15 et 28 semaines après l'apparition des symptômes.

Boston, le 9 octobre (PTI) – Des scientifiques, dont un d'origine indienne, ont documenté la persistance d'anticorps qui ciblent le nouveau coronavirus dans le sang et la salive de patients atteints de la COVID-19 au moins trois mois après l'apparition des symptômes, une découverte qui pourrait conduire à d'autres méthodes de dépistage de l'infection virale.

L'étude, publiée dans la revue Science, indique que les anticorps de la classe IgG sont les anticorps les plus longévifs détectables chez les patients pendant cette période, et pourraient servir de cibles prometteuses pour détecter et évaluer les réponses immunitaires contre le virus du SRAS-CoV-2.

Selon les chercheurs, dont ceux de la Harvard Medical School aux États-Unis, ces anticorps ont pu être détectés à des niveaux similaires dans le sang et la salive, ce qui suggère que la salive pourrait être un biofluide de rechange pour les tests de dépistage des anticorps.

Dans le cadre de cette recherche, Anita Iyer et son équipe ont mesuré les réponses anticorps dans le sang de 343 patients atteints de la COVID-19 jusqu'à 122 jours après l'apparition des symptômes, et les ont comparées à celles de 1 548 personnes témoins échantillonnées avant la pandémie.

Les scientifiques se sont concentrés uniquement sur les anticorps spécifiques au domaine de liaison au récepteur de la protéine de spicule du SRAS-CoV-2 que ce dernier utilise pour pénétrer dans les cellules hôtes.

Ils ont estimé les sensibilités des types d'anticorps IgG, IgA et IgM à 95 %, 90 % et 81 %, respectivement, pour détecter les personnes infectées entre 15 et 28 semaines après l'apparition des symptômes.

Parmi ces anticorps, l'étude a noté que les IgM et IgA spécifiques à la protéine de spicule avaient une courte durée de vie, tombant sous les niveaux de détection environ 49 et 71 jours, respectivement, après l'apparition des symptômes.

Toutefois, elle a souligné que les réponses IgG ciblées par la protéine de spicule se dégradaient lentement sur une période de 90 jours, n'ayant disparu que chez trois personnes seulement dans ce laps de temps.

Selon les chercheurs, les niveaux d'IgG spécifiques à la protéine de spicule sont fortement corrélés aux niveaux des anticorps neutralisants chez les patients.

Les chercheurs n'ont pas non plus observé de réactivité croisée des anticorps ciblant le SRAS-CoV-2 avec d'autres coronavirus responsables du « rhume ordinaire ».

Une autre étude publiée dans la revue Science a également révélé que si les anticorps IgA et IgM ciblant le domaine de liaison au récepteur de la protéine de spicule se dégradaient rapidement, le type IgG est resté relativement stable jusqu'à 105 jours après l'apparition des symptômes chez 402 patients atteints de la COVID-19.

Dans cette étude, des chercheurs, dont Baweleta Isho, de l'Université de Toronto au Canada, ont détecté des anticorps spécifiques à la protéine de spicule dans la salive et dans le sang de ces patients.

Ils ont relevé les réponses anticorps des patients trois à 115 jours après l'apparition des symptômes et ont comparé leurs profils avec ceux de 339 témoins d'avant la pandémie.

Les scientifiques ont découvert que les taux d'IgG des patients atteints de la COVID-19 atteignaient un pic entre 16 et 30 jours après l'apparition des symptômes.

Selon les chercheurs, les niveaux de tous les anticorps IgG, IgM et IgA spécifiques à la protéine de spicule dans le sang présentent une corrélation positive avec les niveaux observés dans les échantillons de salive correspondants.

« Étant donné que le virus peut également être mesuré dans la salive par PCR, l'utilisation de la salive comme biofluide pour mesurer le virus et les anticorps peut avoir une certaine valeur diagnostique », ont-ils écrit dans l'étude. PTI VIS

VIS

<https://www.hindustantimes.com/science/scientists-detect-long-lived-antibodies-in-blood-saliva-samples-from-covid-19-patients/story-2D1prVrJAXF54H2noozPKK.html> [en anglais]

Chine

La Chine a réussi à contrôler la COVID-19

Source : CrofsBlogs / The Lancet

ID unique : [1008008856](#)

Via The Lancet Infectious Diseases : China's successful control of COVID-19.

Le 22 septembre 2020, le président américain Donald Trump a prononcé un discours combatif devant l'Assemblée générale des Nations Unies, qualifiant le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2) de « virus chinois ». Il a exigé que la Chine soit tenue responsable d'avoir « lâché ce fléau dans le monde ». Le premier ministre chinois, Xi Jinping, qui s'est adressé à l'Assemblée générale après Trump, a exhorté les nations touchées par la COVID-19 à « suivre les conseils de la science ... et à mettre en place une réponse internationale commune pour vaincre cette pandémie ». Il a ajouté que « toute tentative de politisation de la question ou de stigmatisation doit être rejetée ». Neuf jours plus tard, M. Trump a été testé positif au SRAS-CoV-2.

Selon un sondage réalisé en juillet par le Pew Research Center, deux tiers des Américains pensent que la Chine a mal géré la pandémie de COVID-19. L'OMS n'est manifestement pas de cet avis. Lors d'une conférence de presse en septembre, Mike Ryan, directeur exécutif du Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'OMS, a adressé « ses plus sincères félicitations... aux travailleurs de la santé de première ligne en Chine et à la population qui ont travaillé ensemble sans relâche pour amener la maladie à ce niveau très bas ».

En date du 4 octobre 2020, la Chine avait confirmé 90 604 cas de COVID-19 et 4 739 décès, tandis que les États-Unis avaient enregistré 7 382 194 cas et 209 382 décès. Le Royaume-Uni a une population 20 fois plus petite que la Chine, mais il a connu cinq fois plus de cas de COVID-19 et presque dix fois plus de décès. Tout cela nous amène à poser la question suivante : comment la Chine a-t-elle réussi à maîtriser sa pandémie?

Bien qu'elle ait été la première touchée par la COVID-19, la Chine était bien placée pour s'y attaquer. Elle dispose d'un système centralisé de lutte contre les épidémies. La plupart des adultes chinois se souviennent du SRAS-CoV et du taux de mortalité élevé qui lui était associé.

« La société était très sensibilisée à ce qui peut se passer en cas d'éclosion de coronavirus », a déclaré Xi Chen (École de santé publique de Yale, New Haven, Connecticut, États-Unis). « D'autres pays n'ont pas de souvenirs aussi frais d'une pandémie ». Les parents âgés ont tendance à vivre avec leurs enfants, ou seuls, mais à proximité. Seuls 3 % de la population âgée chinoise vivent dans des maisons de soins, alors que dans plusieurs pays occidentaux, ces établissements ont été des sources majeures d'infection. « La rapidité de la réaction de la Chine a été le facteur crucial », explique Gregory Poland, directeur du groupe de recherche sur les vaccins à la clinique Mayo (Rochester, Minnesota, États-Unis). « Ils ont agi très rapidement pour arrêter la transmission. D'autres pays, même s'ils ont eu beaucoup plus de temps pour se préparer à l'arrivée du virus, ont retardé leur réaction et cela leur a fait perdre le contrôle ». Les premiers cas signalés de la maladie, connue sous le nom de COVID-19, sont apparus à Wuhan, dans la province de Hubei, à la fin du mois de décembre 2019. La Chine a publié la séquence génomique du virus le 10 janvier 2020 et a commencé à prendre une série de contre-mesures rigoureuses plus tard le même mois.

Wuhan a été placée sous une stricte quarantaine qui a duré 76 jours. Les transports publics ont été suspendus. Peu après, des mesures similaires ont été mises en œuvre dans toutes les villes de la province de Hubei. Dans tout le pays, 14 000 points de contrôle sanitaire ont été mis en place dans les centres de transport public. La réouverture des écoles après les vacances d'hiver a été retardée et les mouvements de population ont été fortement réduits. Des dizaines de villes ont mis en place des restrictions concernant les activités extérieures des familles, autorisant généralement un seul membre de chaque ménage à quitter la maison tous les deux jours pour aller chercher les provisions nécessaires. En quelques semaines, la Chine a réussi à tester 9 millions de personnes pour le SRAS-CoV-2 à Wuhan. Elle a mis en place un système national efficace de recherche des contacts. En revanche, la capacité de recherche des contacts du Royaume-Uni a été dépassée peu après que la pandémie a frappé le pays. En tant que premier fabricant mondial d'équipements de protection individuelle, il était relativement simple pour la Chine d'augmenter la production de blouses cliniques et de masques chirurgicaux. De plus, les Chinois ont vite adopté le port du masque. « Le taux de conformité était très élevé », a déclaré M. Chen. « Comparez-le avec la situation aux États-Unis, où même en juin et juillet, lorsque le virus était en pleine expansion, les gens refusaient encore de porter des masques. Même à la fin du mois de

septembre, le président Trump cherchait encore à ridiculiser Joe Biden pour porter un masque, ce qui dénotait selon lui une faiblesse ».

Des drones équipés de haut-parleurs à écho réprimandaient les citoyens chinois qui ne respectaient pas les règles. L'agence publique de presse Xinhua diffusait les images prises par les drones. « Oui ma tante, ce drone te parle », affirmait un dispositif à une femme surprise en Mongolie intérieure. « Tu ne devrais pas te promener sans porter de masque. Tu ferais mieux de rentrer chez toi et de ne pas oublier de te laver les mains ». Au Royaume-Uni, 150 000 personnes ont été autorisées à assister à une course de chevaux à la mi-mars, dix jours avant que le pays soit mis en confinement obligatoire. En août, 460 000 Américains se sont rassemblés à Sturgis, dans le Dakota du Sud, pour un rallye à moto. Le 5 février 2020, Wuhan a ouvert trois hôpitaux « Fangcang », ou hôpitaux-refuges. Treize autres devaient apparaître dans les semaines suivantes. Les hôpitaux ont été établis dans des lieux publics tels que des stades et des centres d'exposition et ont été utilisés pour isoler les patients présentant des symptômes légers à modérés de la COVID-19. Les patients qui commençaient à présenter des symptômes de maladie grave étaient rapidement transférés dans des hôpitaux conventionnels. Le réseau des hôpitaux Fangcang, qui compte 13 000 lits, permet aux patients atteints de la COVID-19 de ne pas avoir à s'isoler chez eux, ce qui réduit le risque d'infection des membres de leur famille. Le 10 mars 2020, les hôpitaux Fangcang n'étaient plus nécessaires. À peu près à la même époque, les contre-mesures chinoises ont cessé de se concentrer sur le contrôle de la transmission locale pour se reporter sur la prévention de la propagation du virus par des cas importés. Les personnes qui arrivaient dans le pays étaient testées et mises en quarantaine.

Une étude de modélisation co-signée par Chen a calculé que les mesures de santé publique entreprises par la Chine entre le 29 janvier et le 29 février pourraient avoir permis d'éviter 1 à 4 millions d'infections et 56 000 décès. Cela ne signifie pas toutefois que la réponse de la Chine à la pandémie soit généralisable. « Chaque pays ayant son propre système de santé et sa propre courbe épidémique, il peut être difficile de reproduire dans un pays les mesures mises en œuvre dans un autre », souligne Han Fu, de l'Imperial College de Londres. « D'autres facteurs, tels que la coordination entre les secteurs gouvernementaux et le respect des réglementations par les civils, peuvent également influencer l'efficacité de la réponse ». Beaucoup dépend également de la conception que chaque nation a des libertés civiles.

« En Chine, vous avez la combinaison d'une population qui prend les infections respiratoires au sérieux et qui est prête à adopter des interventions non pharmaceutiques, avec un gouvernement qui peut imposer des contraintes plus importantes sur les libertés individuelles que ce qui serait considéré comme acceptable dans la plupart des pays occidentaux », ajoute Poland. « L'engagement pour le bien commun est ancré dans la culture; il n'y a pas l'hyper-individualisme qui caractérise certaines parties des États-Unis et qui a été à l'origine de la plupart des résistances aux contre-mesures contre le coronavirus. » Poland a souligné que les Chinois acceptent l'idée que la lutte contre les maladies relève de la science. « La Chine n'a pas le genre de bruyant mouvement anti-vaccins et anti-science qui tente de faire dérailler la lutte contre la COVID-19 aux États-Unis », a-t-il déclaré.

En août, Wuhan a organisé une énorme fête dans une piscine. Certains médias étrangers ont émis des objections. Le journal public Global Times ne voyait pas de raison de présenter des excuses. Il a suggéré que l'événement était « un rappel aux pays aux prises avec le virus que des mesures préventives strictes sont payantes ». Le journal a cité un habitant de la région qui, en avril dernier, craignait d'être ruiné par la pandémie. « Il n'y avait même pas beaucoup de gens du pays, sans parler des touristes. Mais maintenant, la ville s'est complètement remise et mon entreprise est en plein essor », a-t-il déclaré.

<https://crofsblogs.typepad.com/h5n1/2020/10/chinas-successful-control-of-covid-19-the-lancet-infectious-diseases.html> [en anglais]

[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(20\)30800-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30800-8/fulltext) [en anglais]

États-Unis

Concentration de cas de SARS-CoV-2 dans une crèche en Pologne

Source : CDC – Maladies infectieuses émergentes

ID : 1008009890

Résumé

Nous signalons une concentration de cas de propagation étonnamment élevée du coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SARS-CoV-2) associée à une seule crèche en Pologne. Nos conclusions contrastent avec le rôle présumé négligeable des enfants dans la propagation de la

pandémie de SRAS-CoV-2. Les enfants de 1 à 2 ans pourraient être des vecteurs efficaces de propagation du SRAS-CoV-2.

Malgré des recherches solides, les connaissances sur la propagation de la maladie à coronavirus (COVID-19) et les mesures de lutte efficaces sont encore limitées. Jusqu'à récemment, la recherche indiquait que les enfants ne transmettaient que rarement l'infection aux adultes et n'étaient pas les principaux responsables de la transmission du coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2) (1).

Nous décrivons les caractéristiques de la concentration de cas de SRAS-CoV-2 qui sont apparus dans une seule crèche en Pologne dans les deux semaines suivant sa réouverture. Nous avons anonymisé toutes les données et n'avons recueilli aucune donnée sensible. Le comité de bioéthique de l'Université de médecine de Varsovie a approuvé le protocole d'étude.

La crèche en question a été rouverte après un confinement obligatoire national le 18 mai 2020. Le 31 mai, un employé de la crèche a signalé un contact familial avec une personne symptomatique infectée par le SRAS-CoV-2, et la crèche a été fermée. Pendant les 14 jours durant lesquels la crèche a été ouverte, 25 enfants en moyenne s'y rendaient chaque jour. Les enfants y passaient 8 heures, répartis en 3 groupes, chacun pris en charge par 2 puériculteurs (annexe). Ni les enfants, ni les puériculteurs n'ont changé de classe. Les puériculteurs portaient un masque lorsqu'ils étaient en contact avec les enfants. Les parents n'entraient pas dans le bâtiment lorsqu'ils déposaient et récupéraient leurs enfants. Les contacts entre les parents et les employés de la crèche duraient moins de 15 minutes, et tous portaient un masque. Les membres des familles des différents enfants ne se côtoyaient pas.

Le cas index d'infection par le SRAS-CoV-2 (chez un employé de crèche ayant un contact familial) a été confirmé le 4 juin. Les tests PCR ultérieurs du personnel de la crèche, des enfants fréquentant l'établissement et des membres des familles (deux premiers patients plus 104 autres personnes) (annexe) ont révélé des résultats positifs chez quatre autres employés de la crèche (dont un était également le parent d'un enfant fréquentant l'établissement), trois enfants des employés de la crèche, huit enfants fréquentant l'établissement, trois frères et sœurs de ces enfants, huit parents et un grand-parent. La concentration de cas comprenait un total de 29 personnes, dont huit enfants fréquentant la crèche et 12 membres des familles des enfants qui n'étaient pas entrés pas dans l'établissement (tableau). Les deux parents d'un enfant dont le résultat était négatif ont reçu des résultats positifs. Le parent d'un enfant a été testé négatif dans cette concentration de cas, mais avait été testé positif dans les deux semaines précédentes, dans une autre concentration de cas.

Le taux de positivité global de notre concentration de cas était de 27 %. La prévalence de la COVID-19 en Pologne est faible. Le pays avait effectué 124 194 tests en juin, pour 1 374 cas positifs, soit un taux de positivité de 1 % (2). Ainsi, la circulation locale du SRAS-CoV-2 dans la société n'est pas suffisante pour expliquer le taux de positivité dans notre concentration de cas. Le cas de l'enfant négatif à la COVID-19 dont les parents sont positifs pourrait avoir été un résultat faux négatif ou un résultat négatif après avoir été infecté. Le résultat aurait également pu être un vrai négatif, et les parents ont été infectés par une autre source. Cependant, d'autres expositions potentielles ne pourraient pas expliquer les infections chez tous les parents inclus dans notre concentration de cas.

Toutes les personnes ayant reçu un résultat positif pour une infection par le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 dans une concentration de cas associée à une crèche en Pologne, en 2020. Les dates à gauche indiquent les premiers résultats positifs chez des patients consécutifs. Les cercles représentent les patients infectés; les chiffres dans les cercles indiquent l'âge en années. Les cercles rouges représentent les patients infectés présentant des symptômes. Les cercles reliés par des lignes indiquent les patients qui font partie du même ménage. La flèche indique le cas index probable. L'astérisque indique l'enfant dont le parent a été testé négatif dans cette concentration de cas, mais positif dans les deux semaines précédentes.

Figure. Toutes les personnes ayant reçu un résultat positif pour une infection par le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 dans une concentration de cas associée à une crèche en Pologne, en 2020. Les dates à gauche indiquent les premiers résultats positifs chez des patients...

Nous décrivons des chaînes de transmission probables sur la figure. Il convient de noter que les contacts physiques entre les employés de la crèche et les membres des familles des enfants infectés étaient strictement limités, et que les seuls contacts étroits pour ces groupes d'adultes étaient les enfants. Étant donné que la plupart des personnes positives à la COVID-19 étaient asymptomatiques et ont été testées le même jour, il n'est pas possible de déterminer avec certitude si les enfants ont transmis le virus à leurs parents ou aux employés. Néanmoins, les enfants semblent être des vecteurs efficaces de l'infection entre adultes.

Plusieurs rapports concernant des concentrations de cas de COVID-19 dans des établissements de garde d'enfants n'impliquent que peu ou pas de transmission du SRAS-CoV-2 parmi les enfants et des enfants aux adultes (1,3-5; A. Fontanet, données inédites, <https://doi.org/10.1101/2020.06.25.20140178>External Link; R.M. Viner, données inédites, <https://doi.org/10.1101/2020.05.20.20108126>External Link). Toutefois, ces estimations sont susceptibles d'être faussées étant donné que la plupart des données publiées ont été obtenues au moment du confinement obligatoire, lorsque les contacts sociaux des enfants étaient limités aux membres de la famille. Une autre limite de ces publications est qu'elles concernent principalement les enfants d'âge scolaire.

Le taux d'attaque élevé de l'infection chez les enfants de notre concentration de cas pourrait s'expliquer par un contact étroit prolongé entre de très jeunes enfants, qui sont moins capables de s'adapter aux mesures de lutte. De même, un contact intime précis entre les tout-petits et les membres de leur famille aurait pu conduire à une propagation efficace dans les familles. Cette observation pourrait être particulièrement importante à la lumière des nouvelles découvertes selon lesquelles les niveaux nasopharyngés de SARS-CoV-2 sont les plus élevés chez les plus jeunes enfants (6). De plus, la transmission par voie aérienne dans l'environnement confiné des pièces de la crèche aurait pu jouer un rôle important (7).

Notre étude présente quelques limites potentielles. Il nous a notamment été impossible de déterminer si l'infection détectée chez l'employé de la garderie constituait le véritable cas index, car un des parents de l'enfant avait obtenu un test positif dans les deux semaines précédentes et que l'enfant pourrait donc également être le cas primaire. De plus, nous n'avons pu vérifier les renseignements fournis par la garderie au sujet des méthodes de prévention mises en place dans l'établissement.

Notre report examine le rôle des jeunes enfants dans l'évolution de la pandémie de COVID-19. Il est à noter que la plupart des enfants de notre étude étaient asymptomatiques et donc que ce groupe n'aurait vraisemblablement pas été détecté sans les tests subséquents réalisés chez les personnes ayant eu un contact direct avec le cas index. Nous croyons que d'autres études doivent être menées pour préciser le rôle des jeunes enfants dans la transmission du SRAS-CoV-2.

La D^{re} Okarska-Napierała travaille comme médecin traitante et professeure au département de pédiatrie de l'unité d'évaluation clinique de l'Université de médecine de Varsovie. Ses recherches portent sur la maladie de Kawasaki.

https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/27/1/20-3849_article?ACSTrackingID=USCDC_333-DM40258&ACSTrackingLabel=Latest%20Expedited%20Articles%20-%20Emerging%20Infectious%20Diseases%20Journal%20-%20October%209%2C%202020&deliveryName=USCDC_333-DM40258 [en anglais]

Événements nationaux d'intérêt

Canada

MISE À JOUR : Avis de surdoses émis pour la vallée de Cowichan; un approvisionnement en drogues toxiques serait en cause

Source : www.chemainusvalleycourier.ca

ID : [1008007245](#)

Les utilisateurs de drogues sont invités à prendre des mesures pour se protéger

L'autorité sanitaire de l'île de Vancouver (Island Health) a émis un avis de surdoses, à la suite d'une augmentation des surdoses dans la vallée de Cowichan.

On soupçonne un approvisionnement en drogues toxiques, a précisé l'autorité sanitaire.

Les utilisateurs de drogues sont invités à prendre des mesures pour se protéger, en se rendant au centre de prévention des surdoses de Duncan, qui est situé au 221, Trunk Road et qui est ouvert tous les jours de 13 h à 19 h. Les utilisateurs peuvent y faire vérifier leurs substances et ne pas être seuls lorsqu'ils consomment leur drogue.

Les gens devraient également avoir de la naloxone sur eux et prévoir un plan d'intervention en cas de surdose, tester une petite portion de drogue avant de prendre leur dose habituelle, et discuter avec leur médecin ou fournisseur de soins de santé des moyens à prendre pour réduire leur besoin de se procurer de la drogue ou les symptômes de sevrage.

Si les gens ne veulent pas se rendre au centre de prévention des surdoses pour y consommer leur drogue, on leur conseille vivement de le faire en présence d'un ami afin que quelqu'un soit toujours présent en cas d'urgence.

En cas de surdose, appelez immédiatement le 9-1-1, pratiquez une respiration de sauvetage et administrez de la naloxone si elle est disponible.

Island Health exhorte également les gens à utiliser l'application LifeguardApp sur leur téléphone.

« Nous sommes tous concernés et nous vous invitons à prêter attention aux autres membres de notre communauté », a déclaré la D^{re} Shannon Waters, médecin-hygiéniste chez Island Health.

<https://www.chemainusvalleycourier.ca/news/overdose-advisory-issued-for-cowichan-valley/> [en anglais]

Canada

Une entreprise d'Ottawa procède à un rappel d'œufs parce que ceux-ci pourraient être contaminés par la bactérie *Salmonella*

ID : 1008010717

Source : foodsafetynews.com

Une entreprise d'Ottawa procède à un rappel d'œufs parce que ceux-ci pourraient être contaminés par la bactérie *Salmonella*

par News Desk

Le 9 octobre 2020

L'entreprise Hilly Acres Farm procède au rappel d'œufs en raison d'une possible contamination par *Salmonella*. Les œufs de cette entreprise d'Ottawa ont été vendus à Terre-Neuve-et-Labrador et en Nouvelle-Écosse.

L'Agence canadienne d'inspection des aliments (ACIA) conseille aux consommateurs, ainsi qu'aux distributeurs, détaillants et établissements de services alimentaires tels que les hôtels, les restaurants, les cafétérias, les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers, de s'abstenir de servir, de vendre ou d'utiliser les œufs visés par le rappel.

Produits visés par le rappel :

Tous les codes dont les dates sont comprises entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Farmer John Eyking

Tous les codes dont les dates sont comprises entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Farmer John Eyking

Tous les codes dont les dates sont comprises entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Eyking Delite

Tous les codes dont les dates sont comprises entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Eyking Delite

Tous les codes dont les dates sont comprises entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Eyking Delite

Tous les codes dont les dates sont comprises entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Eyking Delite

Tous les codes dont les dates sont comprises entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Compliments

12 œufs

0 55742 35750 9

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Compliments

12 œufs

0 55742 35751 6

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Compliments

12 œufs

0 55742 35749 3

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Compliments

12 œufs

0 55742 35753 6

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Aucune

Œufs vendus en plateaux de 30

Aucune

Tous les codes dont les dates sont comprises entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Boîtes marquées « N38 »

12 œufs

0 60383 66414 5

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Sans marque

12 œufs

0 60383 66413 8

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Sans marque

12 œufs

0 60383 66415 2

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Sans marque

12 œufs

0 60383 66417 6

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Maritime Pride

12 œufs

7 70004 14470 2

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Maritime Pride

18 œufs

7 70004 14418 4

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Maritime Pride

30 œufs

7 70004 14414 6

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Les œufs Nova

12 œufs

0 59001 01114 0

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Les œufs Nova Ultra

12 œufs

0 59001 90104 5

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Les œufs Nova Eggsquisite

6 œufs

0 67799 08006 4

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Les œufs Nova

Œufs tout grain, calibre gros

12 œufs

0 67799 08112 2

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Les œufs Nova

18 œufs

0 59001 90118 2

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Les œufs Nova

Œufs blancs, calibre extra gros

18 œufs

0 59001 91119 8

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Les œufs Nova

12 œufs

0 59001 01123 2

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Les œufs Nova Ultra

Œufs bruns, calibre extra gros

12 œufs

0 67799 08104 7

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Great Value

12 œufs

6 81131 91195 5

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Great Value

12 œufs

6 81131 91196 2

Codes de lot contenant le chiffre « 38 » ou la mention « Hilly Acres », ainsi que tous les codes dont la date est comprise entre le 2 septembre et le 31 octobre 2020

Ces produits pourraient avoir été vendus sans code de lot. Il est conseillé aux consommateurs qui ne sont pas sûrs de vérifier auprès de leur détaillant.

Great Value

[https://www.foodsafetynews.com/2020/10/ottawa-company-recalls-eggs-over-salmonella-concerns/?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed:%20foodsafetynews/mRcs%20\(Food%20Safety%20News\)](https://www.foodsafetynews.com/2020/10/ottawa-company-recalls-eggs-over-salmonella-concerns/?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed:%20foodsafetynews/mRcs%20(Food%20Safety%20News)) [en anglais]

Annnonce au titre du Règlement sanitaire international (RSI)

Poliomyélite (poliovirus circulant dérivé d'un vaccin et poliovirus sauvage) – mise à jour mondiale

Le 9 octobre 2020

Entre le 1^{er} janvier et le 7 octobre 2020, plusieurs pays ont été touchés par la poliomyélite, y compris celle causée par les poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales de types 1 et 2 (PVDVc1 et PVDVc2) et par le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1). Cette annonce est une mise à jour hebdomadaire sur le statut du PVDVc et du PVS1 dans ces pays touchés.

Entre le 1^{er} et le 7 octobre 2020, quatre cas de paralysie flasque aiguë (PFA) et 14 échantillons prélevés dans l'environnement positifs pour le PVS1 ont été signalés en Afghanistan et au Pakistan. Durant la même période, 17 cas de PFA causée par le PVDVc2 et 17 échantillons environnementaux positifs pour le PVDVc2 ont été signalés en Afghanistan, au Pakistan, au Burkina Faso, au Tchad, en République démocratique du Congo (RDC), en Égypte et en Somalie. Vous trouverez ci-dessous la description des cas signalés par pays :

- Afghanistan : quatre cas de PFA associée au PVS1, huit cas de PFA associée au PVDVc2 et deux échantillons de l'environnement positifs pour le PVDVc2
- Pakistan : 14 échantillons prélevés dans l'environnement positifs pour le PVS1 et 10 échantillons environnementaux positifs pour le PVDVc2
- Burkina Faso : six cas de PFA associée au PVDVc2
- Tchad : trois cas de PFA associée au PVDVc2
- RDC : un échantillon environnemental positif pour le PVDVc2
- Égypte : un échantillon environnemental positif pour le PVDVc2
- Somalie : trois échantillons environnementaux positifs pour le 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); cette mise à jour présente le nombre de cas de poliomyélite (PVS1, PVDVc1 et PVDVc2) pour la présente semaine (entre le 1^{er} et 7 octobre 2020) ainsi que le nombre cumulé de cas par pays depuis le 1^{er} janvier 2020.

<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 COVID-19.

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

L'accélération du développement du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) contre le poliovirus de type 2, et les mesures visant à en faciliter l'utilisation, constituent des avancées importantes pour l'IMEP. Le nouveau vaccin devrait présenter un risque nettement moindre que le VPOM2 de semer 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 de type 2 dérivés du vaccin, ainsi que l'émergence de nouveaux poliovirus circulants de type 2 dérivés de souches vaccinales, mettent en évidence les lacunes de la couverture vaccinale systématique ainsi que 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 de maintenir partout une couverture vaccinale systématique élevée pour minimiser 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 à 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 polio. Comme les campagnes de vaccination contre la polio 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. Le programme a 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 de l'IMEP sont conformes à celles relatives aux vaccinations essentielles et sont disponibles ici.

Le programme a mis en œuvre une double approche pour réduire au minimum le risque d'une augmentation des cas de polio, en particulier dans les zones touchées par la maladie, et celui d'une éventuelle propagation du virus à d'autres zones.

i) Le programme poursuivra, dans la mesure du possible, ses activités de surveillance pour suivre l'évolution de la situation.

ii) Le programme vise à reprendre les activités complètes, y compris avec des 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 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 « Voyages internationaux et santé » recommande à tous les voyageurs à destination de zones où sévit 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 quatre 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 émises 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.

États-Unis

Nouvelle éclosion de *Salmonella* associée à un comptoir de jus du Minnesota

Source : *Food Safety News*

ID : 1008011845

Les autorités sanitaires du Minnesota font enquête sur une éclosion de *Salmonella* qui a été signalée chez des clients d'un comptoir spécialisé dans la vente de jus. Elles croient que d'autres personnes ont vraisemblablement été touchées par cette éclosion.

La source de contamination précise provenant du NéktØr Juice Bar de Woodbury, au Minnesota, n'a pas encore été identifiée, mais, selon le service de santé du Minnesota, tous les patients confirmés présentaient des infections dues à un variant précis de *Salmonella* paratyphi B, ce qui signifie qu'ils ont fort probablement tous été infectés par la même source.

« Comme un grand nombre (de patients) atteints de salmonellose ne consultent pas de professionnels de la santé et ne sont pas testés, il est probable que le nombre de personnes infectées dans le cadre de cette éclosion soit plus élevé que le nombre déclaré », ont déclaré les autorités sanitaires. « [...] les personnes qui présentent des symptômes de la salmonellose, mais qui n'ont pas encore consulté de professionnels de la santé doivent mentionner cette éclosion à leur fournisseur de soins de santé si elles décident de consulter ».

Les enquêteurs continuent d'interroger des patients afin de tenter de déterminer la source précise (aliment ou boisson) contaminée par *Salmonella*. Les patients touchés par cette éclosion sont tombés malades entre le 27 août et le 21 septembre. Deux personnes ont été hospitalisées. Toutes se sont rétablies, selon les représentants de l'État.

« L'enquête menée jusqu'à maintenant indique que les patients ont consommé une variété de produits – jus, boissons fouettées (*smoothies*) ou bols – inscrits au menu du NéktØr Juice Bar de Woodbury, entre la mi-août et le 20 septembre. Il est possible que des infections chez des personnes qui sont tombées malades après avoir fréquenté cet établissement plus récemment n'aient pas encore été détectées, a déclaré le représentant des autorités sanitaires de l'État.

Le NéktØr Juice Bar de Woodbury a été nettoyé et désinfecté et les stocks d'ingrédients ont été reconstitués, a ajouté le représentant.

Environ 700 à 1 000 infections à *Salmonella* sont déclarées chaque année au Minnesota.

À propos des infections à *Salmonella*

En général, les aliments contaminés par la bactérie *Salmonella* ne présentent ni l'aspect, ni le goût ni l'odeur d'un aliment avarié. L'infection à *Salmonella* peut rendre toute personne malade. Cependant, les nourrissons, les enfants, les aînés et les personnes dont le système immunitaire est affaibli présentent un risque plus élevé d'affection grave en raison de la fragilité de leur système immunitaire, précisent les CDC.

Quiconque a consommé un aliment ou une boisson provenant de l'entreprise visée et a présenté des symptômes d'une infection à *Salmonella* devrait consulter un médecin. Les personnes malades doivent informer leur médecin qu'elles ont peut-être été exposées à la bactérie *Salmonella*, car le diagnostic de la salmonellose requiert des tests spéciaux. Les symptômes d'une infection à *Salmonella* peuvent ressembler à ceux d'autres maladies, ce qui mène souvent à un diagnostic erroné.

Ces symptômes peuvent comprendre la diarrhée, des crampes abdominales et de la fièvre dans les 12 à 72 heures suivant la consommation de l'aliment contaminé. Les adultes en bonne santé sont habituellement malades pendant quatre à sept jours. Dans certains cas, toutefois, la diarrhée peut être si grave que le patient doit être hospitalisé.

Les personnes âgées, les enfants, les femmes enceintes et les personnes dont le système immunitaire est affaibli, comme les patients atteints d'un cancer, sont plus susceptibles de présenter une affection grave qui, parfois, peut mettre la vie du patient en danger.

D'autres personnes sont infectées, mais ne présentent aucun malaise ni aucun symptôme. Ces personnes peuvent toutefois transmettre l'infection à d'autres.

https://www.foodsafetynews.com/2020/10/new-salmonella-outbreak-associated-with-juice-bar-in-minnesota/?utm_source=feedburner&utm_medium=feed&utm_campaign=Feed: foodsafetynews/mRcs
[en anglais]

Union européenne

Le virus du Nil occidental en Europe en 2020 – cas recensés chez les humains par comparaison aux saisons précédentes, mis à jour le 8 octobre 2020

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

ID unique : [1008006984](#)

Depuis le début de la saison de transmission 2020 et en date du 8 octobre 2020, les États membres de l'Union européenne avaient déclaré 285 cas d'infection par le virus du Nil occidental (VNO) chez des humains et 31 décès, par l'intermédiaire du système européen de surveillance TESSy : Grèce (135, dont

20 décès), Espagne (75, dont sept décès), Italie (54, dont trois décès), Allemagne (12), Roumanie (6, dont un décès) et Hongrie (3). La province de Badajoz, en Espagne, et cinq régions d'Allemagne (régions de Barnim, d'Ostprignitz-Ruppin, de Saalekreis, de Halle [Saale] et de Meissen) ont signalé pour la première fois des cas d'infection par le VNO acquise localement chez des humains. Tous les autres cas ont été signalés dans des zones qui avaient été touchées lors de saisons de transmission antérieures. Depuis le début de la saison de transmission 2020 et en date du 8 octobre 2020, les États membres de l'Union européenne avaient déclaré 285 cas d'infection par le virus du Nil occidental (VNO) chez des humains et 31 décès, par l'intermédiaire du système européen de surveillance TESSy : Grèce (135, dont 20 décès), Espagne (75, dont sept décès), Italie (54, dont trois décès), Allemagne (12), Roumanie (6, dont un décès) et Hongrie (3). La province de Badajoz, en Espagne, et cinq régions d'Allemagne (régions de Barnim, d'Ostprignitz-Ruppin, de Saalekreis, de Halle [Saale] et de Meissen) ont signalé pour la première fois des cas d'infection par le VNO acquise localement chez des humains. Tous les autres cas ont été signalés dans des zones qui avaient été touchées lors de saisons de transmission antérieures. Aucun cas n'a été signalé dans les pays voisins de l'Union européenne.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/west-nile-virus-europe-2020-human-cases-compared-previous-seasons-updated-8> [en anglais]

Soudan du Sud

Une éclosion mystérieuse au Soudan du Sud fait trois morts

Source : All Africa

ID : 1008009741

Le 9 OCTOBRE 2020

par David Mayen

Trois personnes sont mortes d'une mystérieuse fièvre hémorragique dans le comté de Raja, dans l'ouest de l'État de Bhar-el-Ghazal au Soudan du Sud, faisant craindre une éclosion de maladie à virus *Ebola*.

Jeudi soir, le ministre de la Santé du Soudan du Sud a déclaré que son ministère enquêtait sur la mort de trois personnes ayant présenté de présumés symptômes d'hémorragie et de fièvre et a ajouté que quelque 127 cas semblables avaient été signalés depuis la dernière semaine.

« Le 3 octobre, une femme de la ville de Sir Malaga est décédée à son domicile peu après son retour du marché; elle présentait des symptômes de saignement du nez et de la bouche. Le lendemain, deux membres de sa famille ont présenté des symptômes semblables et sont eux aussi décédés », a-t-on précisé dans une dépêche du ministère.

Le gouvernement a indiqué que ces décès ont déclenché une alerte qui a incité la base militaire de Sir Malaga à se présenter à Raja.

« D'autres renseignements reçus de la même région, le 5 octobre à 13 h, indiquaient que trois voisins des victimes présentaient des symptômes similaires. L'un d'entre eux est dans un état critique et les deux autres présentent une affection légère », précisait la déclaration.

En réponse, le ministère de la Santé a dépêché une équipe de six travailleurs de la santé composée d'épidémiologistes de l'Organisation mondiale de la Santé, d'agents de surveillance, de cliniciens, d'employés de laboratoire et de responsables des mesures d'hygiène, pour enquêter sur les cas.

L'équipe a prélevé des échantillons de sang de deux patients gravement malades. Les échantillons sont actuellement en cours d'analyse au laboratoire de santé publique.

« L'équipe d'intervention rapide a établi un total de huit contacts; elle a également procédé à l'évaluation et à la communication des risques et entrepris une mobilisation dans la région. Les cas suspects n'ont pas été en contact avec les patients qui présentent des manifestations cliniques semblables », a déclaré le ministère.

Le gouvernement a fait appel à l'OMS et à d'autres partenaires pour répondre aux services de santé de base, en insistant sur le fait que la région manque de services de santé de base et qu'elle ne dispose d'aucun réseau routier, d'aucun établissement de santé et d'aucun service de télécommunications. Sir Malaga est une ville située près de la République centrafricaine.

Selon un rapport publié par l'Alliance mondiale pour les personnels de santé, le Soudan du Sud fait face à une grave pénurie de professionnels de la santé qualifiés dans toutes les catégories, y compris les médecins et les sages-femmes.

Le pays dépend de travailleurs de la santé insuffisamment formés ou peu qualifiés.

En mai dernier, des médecins travaillant au sein de l'équipe d'intervention rapide ont menacé d'interrompre leur travail si leurs primes n'étaient pas payées.

Les travailleurs de la santé ont insisté sur les dangers que représente l'augmentation rapide du nombre d'infections à coronavirus dans le pays et a exigé que le groupe de travail leur offre des primes au travail. Ils ont aussi exigé des logements afin d'être tenus à l'écart de leur famille et d'éviter ainsi de propager la pandémie aux membres de leur famille.

<https://allafrica.com/stories/202010090774.html>

Recherches, politiques et lignes directrices

Organisation internationale pour les migrations (OIM)

Des actions immédiates s'imposent pour répondre aux besoins et aux vulnérabilités de 2,75 millions de migrants bloqués

Publié

Source : OIM

Le 9 octobre 2020

Genève – Une coopération internationale efficace est requise de toute urgence pour faire face à la situation de millions de migrants bloqués partout dans le monde en raison des restrictions de mobilité imposées pour contenir la propagation de la COVID-19, a déclaré aujourd'hui l'Organisation internationale pour les migrations.

Une étude de trois mois réalisée par le groupe de travail de l'OIM sur les retours et intitulée **COVID-19 Impact on Migrants** met en lumière pour la première fois l'ampleur et la complexité des défis auxquels font face les gouvernements et les personnes en situation de déplacement, alors qu'au moins 2,75 millions* de migrants sont coincés (13 juillet) à travers le monde.

« La portée des dizaines de milliers de restrictions à la mobilité qui ont été mises en place, y compris les fermetures de frontières et les confinements à l'échelle nationale liés à la COVID-19, exige des États qu'ils tendent la main à leurs voisins et aux pays d'origine des migrants pour répondre à leurs besoins et à leurs vulnérabilités », a déclaré le directeur général de l'OIM, António Vitorino.

« Il doit être clair que les migrants doivent pouvoir retourner chez eux en toute sécurité et dans la dignité, malgré les contraintes imposées par la COVID-19. Là où les gouvernements ont pris des mesures, des dizaines de milliers de migrants ont pu rentrer chez eux tout en tenant compte des défis sanitaires importants que pose la pandémie. Des couloirs migratoires pour la main-d'œuvre ont été rouverts, contribuant ainsi à relancer les économies des pays d'origine et de destination et à atténuer l'impact économique de la pandémie. Ce sont toutes des mesures positives, mais nous devons maintenant agir pour reproduire ces bonnes pratiques à plus grande échelle. »

Aux fins du rapport, les migrants bloqués sont définis comme des individus en dehors de leur pays de résidence habituelle, qui souhaitent retourner chez eux, mais qui sont incapables de le faire en raison des restrictions de mobilité liées à la COVID-19. Cet aperçu, basé sur des données recueillies dans 382 lieux dans plus de 101 pays, « est considéré comme une large sous-estimation du nombre de migrants bloqués ou autrement touchés par la COVID-19 », indique le rapport.

L'OIM suit depuis le début de mars les restrictions à la mobilité qui sont imposées à l'échelle mondiale et les répercussions qui en découlent. Les données les plus récentes révèlent que quelque 220 pays, territoires et zones ont imposé plus de 91 000 restrictions à la circulation. À la suite de ces mesures de confinement mondiales, l'OIM a reçu des centaines de demandes visant à aider près de 115 000 migrants bloqués à rentrer chez eux volontairement et en toute sécurité.

Une fois bloqués, certains migrants courent un plus grand risque de mauvais traitements, d'exploitation et de négligence. La perte de leurs moyens de subsistance peut accroître leur vulnérabilité et les exposer à une exploitation par des organisations criminelles, des trafiquants d'êtres humains et d'autres personnes qui cherchent à profiter de leur situation.

L'OIM a à maintes reprises demandé que les migrants soient inclus dans les plans nationaux d'intervention et de rétablissement face à la COVID-19. Trop souvent, toutefois, ils sont exclus des services de santé et autres services de soutien social ou, à cause de leur situation d'irrégularité, ils refusent d'y avoir recours, une situation qui est exacerbée par l'hostilité croissante à l'égard des migrants dans certains pays.

« Les migrants font souvent face à la stigmatisation, à la discrimination et à des attaques xénophobes, et il est profondément troublant de constater dans quelle mesure les médias sociaux plus particulièrement servent d'incubateur et d'amplificateur du discours de haine », a déclaré le directeur général Vitorino.

« La violence dont nous sommes témoins à l'encontre des migrants et d'autres personnes vulnérables est inexcusable. Il est essentiel de criminaliser les formes extrêmes de discours de haine, y compris l'incitation à la discrimination et à la violence, et de tenir pour responsables les auteurs de ces crimes. »

En outre, des mesures telles que le recours à la quarantaine pour gérer la propagation de la COVID-19 ont malheureusement aussi eu pour conséquence que les migrants soient entassés dans des conditions insalubres où les mesures d'hygiène et de distanciation physique de base ne peuvent être respectées, créant ainsi un terrain propice à la propagation de maladies potentiellement mortelles et une situation où les migrants risquent de faire encore plus l'objet de discrimination.

La situation dans laquelle les gens se trouvent varie énormément. Dans une récente déclaration commune, des organismes des Nations Unies ont souligné la situation critique de quelque 400 000 marins qui sont actuellement bloqués en mer, et dont un grand nombre sont à bord de leur navire depuis 17 mois – six mois de plus que la durée maximale de 11 mois. Cela crée une crise humanitaire qui menace le bien-être des marins et la sécurité maritime.

Néanmoins, il ne fait aucun doute que le dialogue et la coopération peuvent donner des résultats concrets.

Ainsi, dans une note d'information sur les migrants bloqués, l'OIM fait remarquer que certains gouvernements s'attaquent aux questions de vulnérabilité d'une manière proactive, en permettant aux migrants, quel que soit leur statut migratoire ou leur assurance, d'avoir accès aux installations médicales, en particulier celles dédiées à la COVID-19, et en fournissant de la nourriture et un logement à d'autres. Le Canada, le Portugal, l'Italie et l'Allemagne, ainsi que de nombreux autres États, ont adapté les dispositions relatives aux visas pour les travailleurs saisonniers en fonction des contraintes de mobilité imposées par la pandémie. Le gouvernement du Qatar a également annoncé que les travailleurs migrants en quarantaine ou sous traitement recevront leur plein salaire, tandis que la République slovaque a prolongé les autorisations de résidence pour les non-citoyens, à titre de mesure de crise exceptionnelle.

Bien que les restrictions de la mobilité continuent d'entraver les déplacements des travailleurs migrants à l'échelle mondiale, certaines exceptions sont faites. Au cours des dernières semaines, les premiers de quelque 3 400 mineurs mozambicains ont été autorisés à retourner en Afrique du Sud pour reprendre leur travail, après avoir subi un examen médical et avoir été informés par l'OIM des risques posés par la COVID-19. Des discussions se poursuivent en vue d'offrir les mêmes conditions à des milliers de travailleurs agricoles.

Au cours des derniers mois, la coopération internationale a également permis à l'OIM de fournir une aide au retour volontaire à plus de 15 000 migrants vulnérables et bloqués, tout en répondant aux préoccupations de santé publique liées à la COVID-19.

Remarque *Ce chiffre de 2,75 millions représente les cas connus de migrants bloqués à l'étranger, établis à partir de sources publiques ou officielles et des demandes directes à l'OIM pour des personnes ayant besoin de différents types d'assistance, notamment de nourriture, d'eau, d'un abri ou d'une aide au retour. Il comprend les migrants qui ont été recensés lors de missions de l'OIM, qui ont été orientés vers l'OIM par les gouvernements, y compris par les bureaux diplomatiques et consulaires, les partenaires de la société civile et d'autres organismes des Nations Unies, ou qui ont contacté l'OIM individuellement.

Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec l'OIM à Genève :

Paul Dillon, Tél. : +41 79 636 98 74, Courriel : pdillon@iom.int

Safa Msehli, Tél. : +41 79 403 55 26, Courriel : smsehli@iom.int

<https://reliefweb.int/report/world/immediate-action-required-address-needs-vulnerabilities-275m-stranded-migrants> [en anglais]