

## Rapport quotidien du Réseau mondial d'information en santé publique, 11 septembre 2020

### Section spéciale sur le coronavirus

#### Canada

#### Régions du Canada avec des cas de COVID-19 en date du 10 septembre 2020, à 19 h HAE

Source : Gouvernement du Canada

Province, territoire ou autre	Nombre de cas confirmés	Nombre de cas actifs	Nombre de décès
Canada	134 924	6 771	9 163
Terre-Neuve-et-Labrador	270	1	3
Île-du-Prince-Édouard	55	11	0
Nouvelle-Écosse	1 086	2	65
Nouveau-Brunswick	193	3	2
Québec	64 244	1 847	5 773
Ontario	43 855	1 567	2 814
Manitoba	1 378	360	16
Saskatchewan	1 676	59	24
Alberta	15 304	1 494	253
Colombie-Britannique	6 830	1 427	213
Yukon	15	0	0
Territoires du Nord-Ouest	5	0	0
Nunavut	0	0	0
Voyageurs rapatriés	13	0	0

Le [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 – Éclosions et incidences de la maladie à coronavirus (COVID-19) [sources officielles et médias]**

#### Canada

#### L'éclosion de COVID-19 dans la collectivité de Windsor-Essex a atteint 37 cas

Source : CTV

ID unique : [1007812081](#)

Rédactrice/reporter Web pour CTV Windsor

L'arborescence de la grappe de cas de COVID-19 à Windsor-Essex. (Avec l'autorisation de l'Unité sanitaire de Windsor comté d'Essex.)

L'Unité sanitaire de Windsor comté d'Essex affirme qu'une grappe communautaire de cas COVID-19 qui a pris naissance lors d'une « fête inoffensive » se chiffre maintenant à 37 cas.

Lorsque l'Unité sanitaire a publié pour la première fois les détails de la grappe de cas la semaine dernière, le nombre de cas s'élevait à 31. Cette grappe compte maintenant 37 personnes infectées par le virus.

L'Unité sanitaire de Windsor comté d'Essex déclare que 12 personnes se sont rétablies et qu'aucun décès n'est associé à cette grappe.

Le médecin-hygiéniste Wajid Ahmed explique que tout a commencé par un événement dans la « famille A » le 16 août.

« Ça a commencé par une fête inoffensive dans une maison, puis la limite relative au cercle social et aux rassemblements sociaux n'a pas été respectée, et ces personnes sont allées à d'autres endroits et à partir de là, certains groupes de personnes ont changé de place », dit-il.

La plus jeune personne infectée de cette grappe est âgée de 14 ans et la plus vieille, de 77 ans.

Le Dr Ahmed se dit inquiet quant au groupe d'âge en cause, puisque la majorité des personnes infectées sont âgées de 14 à 19 ans et que l'école commence cette semaine.

Selon lui, 81 % des cas proviennent de Windsor. Certains des événements auxquels les personnes ont participé et des lieux d'exposition qu'elles ont visités étaient situés dans des parties du comté d'Essex. La date d'apparition des premiers symptômes était le 20 août et le dernier cas a été signalé le 3 septembre.

Selon le Dr Ahmed, ces événements tendent à bouleverser les gens et entraînent une stigmatisation des personnes concernées.

« Ce n'est pas l'objectif de santé publique ou le message de santé publique que nous souhaitons véhiculer », déplore-t-il. « Évidemment, nous nous attendons à un certain niveau de responsabilité de la part de chaque membre de la communauté. Ce n'est la faute de personne : tous sont à blâmer lorsqu'ils font partie d'un tel groupe et qu'ils participent à ce type d'activité en faisant fi des directives de santé publique. »

Le cercle social recommandé se limite à 10 personnes. Si les gens sortent de leur cercle social, on leur demande de maintenir une distance physique de deux mètres avec les autres et de porter le masque.

« Le plus important, c'est de réduire le nombre de contacts étroits », ajoute le Dr Ahmed.

<https://www.iheartradio.ca/am800/news/windsor-essex-community-cluster-of-covid-19-reaches-37-cases-1.13453462>

## Canada

**Ceux qui ne se conforment pas aux directives sur les masques au Québec se verront imposer une amende à compter de samedi : le premier ministre**

Source : CTV News

ID unique : [1007812679](#)

Katelyn Thomas, reporter numérique pour CTV News Montréal

Publié le jeudi 10 septembre 2020 à 8 h 44 HAE/Dernière mise à jour le jeudi 10 septembre 2020

MONTREAL -- Dès samedi, les Québécois qui ne se conforment pas aux directives de santé publique dans le contexte de pandémie de COVID-19, en particulier ceux qui ne portent pas le masque dans les lieux publics et dans les transports en commun, seront assujettis à des amendes.

Le premier ministre François Legault a fait cette annonce lors d'une conférence de presse à Québec jeudi matin, accompagné de Christian Dubé et du directeur de la santé publique de la province, le Dr Horacio Arruda.

« C'est important de le dire qu'encore aujourd'hui il y a une écrasante majorité qui suit les consignes, les consignes de la Santé publique, mais malheureusement il y a une petite minorité de gens irresponsables qui ne suivent pas les consignes. Et ces personnes-là mettent à risque beaucoup de choses », a déclaré le ministre Legault.

Il n'a pas précisé le montant des amendes, ajoutant que cela devrait faire l'objet d'une annonce jeudi par la ministre de la Sécurité publique Geneviève Guilbault. Elles seront suffisamment élevées pour inciter les gens à porter le masque, a-t-il fait savoir.

« Le but des amendes est de dissuader les gens d'enfreindre les lignes directrices », a-t-il indiqué.

Inscription au bulletin sur le coronavirus : Recevez le dossier sur la COVID-19 dans votre boîte de réception

La mesure s'appliquera dans toute la province, mais le gouvernement demande aux policiers de porter une attention particulière aux régions classées jaunes en fonction du nouveau système d'alerte régionale du Québec et d'accroître leur présence dans les espaces publics clos.

« Et bien sûr, nous demandons à la population de composer le 911 lorsqu'ils sont témoins de quelque chose d'inacceptable », a dit François Legault.

« Il y a une tendance qu'on n'aime pas, et actuellement on ne peut pas accepter que quelques individus irresponsables mettent à risque toute notre société au Québec. Donc, je pense que c'est le temps de sévir », a-t-il ajouté.

Malgré une récente tendance à la hausse des cas quotidiens partout au Québec et 14 nouvelles hospitalisations sur une période de deux jours, selon le ministre Legault, la situation est toujours sous contrôle.

Il a poursuivi en disant qu'un confinement à l'échelle de la province n'était pas envisagé à l'heure actuelle, mais que certaines choses, comme les événements de karaoké dans les bars, pourraient faire l'objet de restrictions, après qu'une récente éclosion à Québec a été associée à une soirée de karaoké. Une annonce au sujet du karaoké est attendue dans les prochains jours, mais la province ne prévoit pas fermer les bars complètement, a révélé le ministre Legault.

Celui-ci a défendu son récent voyage à Toronto dans le but de rencontrer le premier ministre Doug Ford, après s'être fait critiquer pour avoir soupé avec lui dans un espace clos.

« Toutes les règles ont été respectées à Toronto. Quand on était à l'intérieur, on portait un masque jusqu'à tant qu'on soit assis à deux mètres de distance », a argué le ministre Legault. « Donc, toutes les règles, les consignes ont été appliquées. »

Mercredi, la directrice de la santé publique de Montréal, Mylène Drouin, a déclaré que plusieurs cas dans la ville sont liés à des rassemblements privés durant lesquels les lignes directrices n'ont pas été observées.

« Des fêtes d'anniversaires, des soupers entre amis, des mariages et des rassemblements à la suite d'activités sportives », a-t-elle énuméré. « C'est vraiment dans ces événements que nous voyons la transmission s'opérer. »

« Nous demandons aux gens d'être vigilants lorsqu'ils pratiquent des activités sociales et de suivre les recommandations de santé publique », a-t-elle ajouté.

Date de diffusion : le 9 septembre 2020

<https://montreal.ctvnews.ca/those-who-don-t-follow-mask-guidelines-in-quebec-will-be-fined-as-of-saturday-premier-1.5099115>

## Canada

### Six nouveaux cas de COVID-19; la Saskatchewan Health Authority énonce le protocole en cas d'éclosion en milieu scolaire

Source : panow.com

ID : 1007814111

La Saskatchewan Health Authority a signalé six nouveaux cas de COVID-19 dans la province jeudi. La région la plus éloignée au nord-est, Saskatoon, le Centre-Ouest, le Centre-Est et la région de Regina ont signalé chacun un cas. L'emplacement du sixième cas est pour le moment inconnu.

Sur les 1 676 cas, 1 593 se sont rétablis. La province recense actuellement 59 cas actifs.

Une personne reçoit actuellement des soins hospitaliers à Saskatoon.

Protocole en cas d'éclosion en milieu scolaire et rester chez soi lorsque l'on est malade

Si une écloison se déclare dans une école, elle sera annoncée sur le site Web du gouvernement provincial. Tous les parents d'enfants fréquentant cette école seront également avisés.

Conformément à la définition de la Saskatchewan Health Authority, une écloison est déclarée lorsqu'au moins deux personnes d'une école reçoivent un résultat positif au test de la COVID-19 dans un délai déterminé. Une écloison ne signifie pas nécessairement une fermeture automatique de l'école, ni qu'elle pose un risque pour les autres.

Cependant, étant donné le retour à l'école cet automne et cet hiver, Saqib Shahab, un éminent médecin de la Saskatchewan, a dit lors d'une conférence de presse jeudi que les enfants allaient devoir rester à la maison plus souvent lorsqu'ils présentent une toux ou un rhume, qui ressemblent beaucoup aux symptômes de la COVID-19. Il a dit que les écoles et les employeurs allaient devoir en tenir compte.

« Les écoles ont déclaré que cette fois-ci, elles tiendraient compte du fait que les enfants puissent devoir rester chez eux plusieurs fois durant l'automne et l'hiver, car il nous arrive à tous d'avoir de la toux ou un rhume, et en particulier les enfants », a indiqué le Dr Shahab. « Si vous toussiez ou avez le rhume, vous devriez rester chez vous jusqu'à ce que vous alliez mieux, ou jusqu'à ce que vous puissiez présenter un résultat de test négatif à la COVID-19. « Ce genre de situation se produira plus fréquemment. »

« Je pense que les parents d'enfants trop jeunes pour rester seuls à la maison doivent avoir un plan B si un enfant ne se sent pas bien un matin et doit rester à la maison », a-t-il ajouté. « Pour cette raison, les employeurs se sont déjà montrés en faveur du fait que les membres du personnel restent chez eux s'ils ne se sentent pas bien pendant la durée de la pandémie jusqu'à ce qu'ils soient en état de retourner au travail. »

Si un étudiant ou un membre du personnel de l'éducation reçoit un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19, la Santé publique commence immédiatement sa recherche des contacts. Les processus de notification se dérouleront de la manière décrite dans les trousseaux d'information pour les parents dans le cadre du Plan pour des écoles sécuritaires.

Parmi les 1 676 cas dans la province :

257 sont des voyageurs;  
839 sont attribuables à des contacts au sein des communautés (y compris les rassemblements de masse);  
498 ne sont liés à aucune exposition connue;  
82 font actuellement l'objet d'une enquête par la santé publique locale.

Faits saillants en Saskatchewan :

Soixante-neuf cas ont été enregistrés chez des travailleurs de la santé; toutefois, la source des infections n'est pas forcément liée aux soins de santé dans tous les cas.

Deux cent quatre-vingts cas touchent des gens de 19 ans et moins, et le reste, des adultes.

Cinq cent quarante-deux cas se situent dans la tranche d'âge de 20 à 39 ans; 511 dans la tranche d'âge de 40 à 59 ans; 285 dans la tranche d'âge de 60 à 79 ans et 58 dans la tranche d'âge de 80 ans et plus.

Une proportion de 51 % des cas touche des femmes, contre 49 % pour les hommes.

À ce jour, 24 décès liés à la COVID-19 ont été signalés.

On dénombre :

428 cas dans la partie sud (218 dans la partie sud-ouest, 197 dans la partie centre-sud, 13 dans la partie sud-est);

356 cas dans la partie la plus au nord (349 dans la partie la plus au nord-ouest, sept dans la partie la plus au nord-est);

278 cas dans la région de Saskatoon;

270 cas dans la partie nord (131 dans la partie nord-ouest, 73 dans la partie centre-nord, 66 dans la partie nord-est);

205 cas dans la partie centrale (167 dans la partie centre-ouest, 38 dans la partie centre-est)

138 cas dans la région de Regina.

L'emplacement d'un des cas est pour le moment inconnu.

À ce jour, 153 649 tests de dépistage de la COVID-19 ont été effectués en Saskatchewan. En date du 8 septembre 2020, lorsque l'Agence de la santé publique du Canada a rendu publics d'autres chiffres provinciaux et nationaux, le taux par habitant de la Saskatchewan se chiffrait à 109 722 personnes testées par million d'habitants. Le taux national était de 157 754 personnes testées par million d'habitants.

Hier, 1 120 tests de dépistage de la COVID-19 ont été effectués en Saskatchewan.

<https://panow.com/2020/09/10/six-new-covid-19-cases-sha-outlines-school-outbreak-protocol/>

## Canada

### **Les restrictions liées à la pandémie compliquent le traitement de la dépendance aux opioïdes dans la région de Timmins, selon les responsables de la santé**

Source : CBC | North News

ID : 1007814042

Une récente montée en flèche des décès par surdose amène le porte-parole de la Stratégie antidrogue de Timmins et de la région à demander une aide communautaire accrue pour affronter la crise des opioïdes.

Jason Serada affirme qu'il y a eu une augmentation du nombre de décès par surdose à Timmins au cours des six derniers mois. D'autres collectivités connaissent des flambées similaires, dont Sudbury, North Bay et Thunder Bay. Selon M. Serada, le système est très déficient à Timmins, ce qui fait que les gens tombent entre les mailles du filet. Un exemple de ces lacunes est l'emplacement des établissements de traitement ou de désintoxication.

« Beaucoup de programmes de traitement et de programmes de désintoxication sont offerts plutôt loin de Timmins », a-t-il fait observer.

« Il est donc déjà difficile d'y faire admettre les gens en temps opportun dans les meilleures circonstances, mais durant la pandémie, avec toutes ces restrictions supplémentaires et ces nouveaux obstacles à surmonter, c'est devenu vraiment difficile. »

M. Serada souligne que bon nombre des services de toxicomanie normalement offerts à Timmins ont fermé leurs portes ou réduit leurs heures d'ouverture en mars, en raison de la pandémie. Cela a fait en sorte que la population vulnérable est devenue encore plus marginalisée.

Il affirme qu'il y a eu 10 décès liés à des drogues illicites empoisonnées dans la région de Timmins.

Après une fin de semaine de la fête du Travail au cours de laquelle est survenu un nombre « anormalement élevé » de surdoses, la D<sup>re</sup> Lianne Catton, médecin-hygiéniste du Bureau de santé de Porcupine (BSP), a déclaré que « la crise des opioïdes demeure une préoccupation importante pour toutes les collectivités du BSP. »

La directrice exécutive du Service de Toxicomanie Cochrane Sud Inc., Angèle Desormeau, a également indiqué qu'un récent sondage Ipsos avait révélé que 42 % des adultes de l'Ontario interrogés consommaient plus de substances ou jouaient davantage depuis le début de la pandémie.

« Nous appuyons l'appel à une action urgente lancé par Dépendances & santé mentale d'Ontario afin de lutter contre le nombre croissant de surdoses et de décès liés aux opioïdes, dont les répercussions dévastatrices se sont fait sentir chez les familles et les communautés partout en Ontario », a-t-elle déclaré.

Entre-temps, les autorités affirment que la naloxone demeure « l'un des meilleurs outils dont nous disposons pour sauver des vies en cas de surdose d'opioïdes. »

« Nous continuons de travailler avec tous les partenaires communautaires afin d'assurer la disponibilité de la naloxone dans toutes les collectivités et de parler davantage, à titre de stratégie antidrogue, de ce que nous pouvons faire pour mieux soutenir les membres des collectivités et combler les lacunes potentielles dans les services », a dit la D<sup>re</sup> Catton.

La Stratégie antidrogue de Timmins et de la région exhorte les gens qui consomment des drogues à ne jamais le faire seuls, à avoir quelqu'un de disponible pour composer le 911 advenant une surdose et à avoir de la naloxone sur eux. On peut facilement se procurer des trousse de naloxone gratuites dans l'ensemble de la région, dans les succursales du Bureau de santé de Porcupine, ainsi que dans de nombreuses organisations et pharmacies.

<https://www.cbc.ca/news/canada/sudbury/timmins-cochrane-opioid-drug-overdose-treatment-pandemic-1.5718666?cmp=rss>

## Canada

### **La ministre Tassi annonce l'octroi d'un financement pour le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail**

Source : Centre d'actualités du Canada – Nouvelles nationales

ID : 1007813946

À mesure que l'économie canadienne s'adapte aux conséquences de la COVID-19, la santé et la sécurité des travailleurs constituent un élément fondamental de la réouverture et de la relance de notre économie. Le gouvernement du Canada prend des mesures pour s'assurer que les employeurs et les employés disposent des ressources dont ils ont besoin pour effectuer un retour au travail sécuritaire et responsable. Aujourd'hui, la ministre du Travail, l'honorable Filomena Tassi, a annoncé un nouveau financement de 2,5 millions de dollars sur deux ans pour le Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST), afin qu'il puisse continuer à fournir de précieux conseils aux entreprises et travailleurs canadiens. Depuis le début de la pandémie, le CCHST a publié des fiches-conseils sur son site Web, a offert gratuitement des cours en ligne et a mis sur pied le forum virtuel « Échange d'information sur la pandémie » où les entreprises peuvent mettre en commun des ressources et des conseils. Ce nouveau financement permettra au CCHST de poursuivre son important travail, y compris la création d'un plus grand nombre de documents d'orientation propres aux divers secteurs et de nouveaux outils d'apprentissage en ligne pour aider les milieux de travail canadiens à fonctionner en toute sécurité pendant la pandémie de COVID-19.

Ce financement s'inscrit dans la réponse coordonnée du CCHST, des autorités de santé publique et des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à la COVID-19 visant à s'assurer que les entreprises disposent de l'ensemble des outils et ressources nécessaires pour protéger la santé et la sécurité des travailleurs tout au long de la pandémie et par la suite.

#### Citations

La pandémie de COVID-19 a engendré des difficultés sur de nombreux fronts pour les entreprises et les travailleurs canadiens. Alors que de plus en plus de milieux de travail rouvrent, la santé et la sécurité des travailleurs sont prioritaires. Ce nouveau financement accordé au CCHST permettra aux milieux de travail de bénéficier de davantage de conseils et de renseignements alors qu'ils prennent des mesures pour fonctionner de façon sécuritaire et responsable durant la pandémie. »

– L'honorable Filomena Tassi, ministre du Travail

« Le besoin de renseignements et d'outils fiables pour protéger la santé des travailleurs n'a jamais été aussi grand. Ce soutien financier offert par le Programme du travail donnera au CCHST une capacité encore plus grande de fournir des conseils et des modules d'apprentissage en matière de santé et de sécurité pour des secteurs et des professions à risque élevé. Cela aidera les employeurs à acquérir rapidement les connaissances dont ils ont besoin pour assurer une réouverture et un retour au travail sécuritaires et ordonnés pour tous. »

<https://www.canada.ca/fr/emploi-developpement-social/nouvelles/2020/09/la-ministre-tassi-annonce-loctroi-dun-financement-pour-le-centre-canadien-dhygiene-et-de-securite-au-travail.html>

## Canada

### **Des éclosions de COVID-19 déclarées dans deux écoles du Sud de l'Alberta**

Source : Rimbey Review

ID : 1007813822

Deux éclosions de COVID-19 se sont déclarées dans des écoles secondaires du Sud de l'Alberta. Une lettre envoyée aux parents des élèves de l'école secondaire Henry Wise Wood par les Alberta Health Services dit qu'au moins deux cas ont été confirmés à l'école située dans le nord-ouest de Calgary.

Elle indique que le médecin-hygiéniste local a déclaré une éclosion de COVID-19 à l'école et que la Santé publique faisait enquête afin de déterminer qui pourrait avoir été exposé au virus.

Une lettre similaire a été envoyée aux parents d'enfants fréquentant l'école secondaire Chinook à Lethbridge.



La lettre envoyée par les médecins-hygiénistes en chef de Lethbridge et de Medicine Hat dit que le personnel de santé publique enquête sur les cas à l'école.

Elle mentionne aussi que les membres du personnel ou les élèves qui ont été en contact direct avec les personnes infectées par la COVID-19 seront contactés.

<https://www.rimbeyreview.com/news/covid-19-outbreaks-declared-at-two-southern-alberta-schools/>

## Canada

### Exposition potentielle à la COVID-19 à bord d'un vol de Winnipeg à Vancouver : les autorités sanitaires

Source : CTV News – Winnipeg

ID : 1007813818

WINNIPEG -- Les autorités sanitaires provinciales avisent les Manitobains de deux cas distincts d'exposition potentielle à la COVID-19, dont un à bord d'un vol d'Air Canada.

Le Dr Brent Roussin, administrateur en chef de la santé publique de la province, a fait cette annonce jeudi après-midi.

Le premier incident est survenu du 1<sup>er</sup> au 3 septembre au Lilac Resort à Sainte-Anne.

Le deuxième est survenu à bord d'un vol d'Air Canada le 5 septembre.

Il est question du vol AC 295, au départ de Winnipeg et à destination de Vancouver.

Les rangées 19 à 25 sont concernées.

Le Dr Roussin a indiqué que les personnes qui prenaient place dans les rangées concernées ont reçu l'ordre de s'isoler pendant 14 jours et de rester à l'affût de symptômes.

Pour ce qui est gens qui se trouvaient à bord du vol et qui n'étaient pas assis dans les rangées concernées, on leur a dit d'assurer une autosurveillance et de s'isoler si des symptômes se manifestent. Cette annonce coïncide avec l'annonce par la province de 15 nouveaux cas de COVID-19 au Manitoba jeudi.

<https://winnipeg.ctvnews.ca/potential-covid-19-exposure-on-flight-from-winnipeg-to-vancouver-health-officials-1.5099751>

## Canada

### La chasse à la COVID-19 pourrait passer par la chasse d'eau alors que les Territoires du Nord-Ouest commencent à analyser les eaux usées

Source : CBC | North News

ID : 1007813768

Une nouvelle façon de détecter la COVID-19 sur le territoire sera bientôt rendue possible grâce aux déchets humains.

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) s'apprête à commencer une surveillance régulière des eaux usées de certaines collectivités sur le territoire afin de détecter la présence, ou l'absence, du coronavirus, selon un communiqué de presse paru jeudi.

Le programme permettra de prélever des échantillons d'eaux usées, ou d'égout, en provenance de Hay River, de Yellowknife, de Fort Smith, d'Inuvik et de Fort Simpson, et de procéder à des tests de dépistage de la COVID-19 sur ceux-ci.

Le territoire s'attend à ce que ces échantillons couvrent environ la moitié de la population des T.N.-O. et la totalité des centres d'isolement de ces collectivités.

L'analyse des eaux usées permet de découvrir des tendances relatives à la COVID-19 dans la collectivité de 4 à 10 jours plus tôt que les données cliniques, selon les autorités du territoire, en détectant sa présence chez des populations asymptomatiques et présymptomatiques.

Bien que la détection de la présence possible de la COVID-19 dans les eaux d'égout ne se traduise pas nécessairement par une transmission active dans la collectivité, elle pourrait servir de système d'alerte précoce pour le territoire, toujours selon le communiqué. Elle pourrait également aider les services sociaux et de santé à donner des conseils ciblés aux collectivités alors que la pandémie se poursuit.

Le prélèvement des premiers échantillons a déjà commencé à Yellowknife et à Hay River. La mise en œuvre dans les trois autres collectivités devrait commencer au cours des semaines à venir. Le programme est dirigé par le bureau de l'administrateur en chef de la santé publique du territoire, en

partenariat avec le ministère des Affaires municipales et communautaires et le ministère de l'Environnement et des Ressources naturelles.

Le programme est également mené en association avec le Laboratoire national de microbiologie de l'Agence de santé publique du Canada, qui fournit des tests en nature.

La première ministre Caroline Cochrane a fait une déclaration selon laquelle le territoire utilisait tous les outils à sa disposition pour se préparer à une autre montée des infections à l'échelle du pays.

« L'établissement d'un système d'alerte rapide au moyen d'échantillons d'eaux usées nous permettra d'avoir une meilleure idée de la présence possible de la COVID-19 sur notre territoire, de conseiller les collectivités et de faire passer des tests aux gens si besoin est », a expliqué la ministre Cochrane.

Un montant de 100 000 \$ de la part du gouvernement fédéral

Marc Miller, la ministre fédérale des Services aux Autochtones, a dit dans une déclaration que le programme était essentiel à la prévention d'une éclosion potentielle de COVID-19, ainsi qu'à la préparation et à la réponse à celle-ci.

Les autorités du territoire déclarent que Services aux Autochtones Canada a investi 100 000 \$ pour leur permettre d'acheter de l'équipement d'analyse et de coordonner l'exécution du programme. L'équipement devrait arriver d'ici deux ou trois semaines.

Elles indiquent qu'en cas de résultat positif, les membres de la collectivité qui arrivent dans les T.N.-O. après un voyage en dehors du territoire depuis le dernier résultat négatif des eaux usées, ainsi que ceux qui ont développé des symptômes de la COVID-19, recevront des directives et des conseils ciblés.

On leur recommandera également d'aller passer un test de dépistage de la COVID-19, en plus de leur fournir tout autre conseil nécessaire, et la stratégie pourrait être adaptée si une transmission communautaire se développe, énonce le communiqué.

La détection de la COVID-19 dans les échantillons d'eaux usées à elle seule ne déclenchera pas des mesures de confinement strictes comme la présence du virus pourrait être liée à des cas importés par des voyageurs qui s'isolent comme il se doit, précise le communiqué. Toutefois, des mesures de santé publique telles que des restrictions quant aux rassemblements d'envergure ou le port du masque obligatoire dans les espaces publics intérieurs pourraient être envisagées.

<https://www.cbc.ca/news/canada/north/covid-19-testing-in-sewage-n-w-t-1.5719123?cmp=rss>

## Canada

### Compte rendu : Le Canada continue d'assurer la coordination internationale en réponse à la COVID-19

Source : Centre d'actualités du Canada – Nouvelles nationales

ID : 1007813759

Aujourd'hui, le ministre des Affaires étrangères, l'honorable François-Philippe Champagne, a organisé le dixième appel du Groupe ministériel de coordination sur la COVID-19, dans le cadre duquel il s'est entretenu avec ses homologues de l'Australie, du Brésil, de l'Allemagne, du Maroc, du Pérou, de l'Afrique du Sud et du Royaume-Uni.

Les ministres ont profité de l'occasion pour faire le point sur la réponse de leur pays à la COVID-19 et sur les efforts multilatéraux en cours concernant les chaînes d'approvisionnement et le développement d'un vaccin. Ils ont réaffirmé l'importance de maintenir une forte coopération mondiale en vue d'assurer la libre circulation transfrontalière des fournitures médicales.

Par ailleurs, les ministres ont poursuivi leurs discussions sur l'importance de la recherche et du développement multilatéral de vaccins, ainsi que sur les mesures à prendre pour veiller à ce que les pays en développement et les systèmes de santé vulnérables puissent disposer d'un accès équitable au vaccin.

Ils ont également mentionné le besoin continu de coordination et de multilatéralisme en réponse aux effets économiques de la COVID-19. Le ministre Champagne a fait remarquer que le Canada poursuit un plan de relance économique inclusif, durable et résilient axé entre autres sur l'adaptation de la Stratégie de diversification des exportations afin de rétablir et d'accroître les exportations des entreprises canadiennes.

En conclusion, les ministres ont réitéré l'importance de continuer à échanger des informations et à coordonner les efforts de lutte contre la pandémie de COVID-19, et ils ont convenu de se réunir de nouveau.



Dans un monde de plus en plus caractérisé par l'interdépendance, la rapidité et la complexité, le Groupe ministériel de coordination sur la COVID-19 s'avère être un forum précieux pour discuter, coordonner et agir ensemble sur les défis mondiaux liés à la COVID-19 et plus encore.

<https://www.canada.ca/fr/affaires-mondiales/nouvelles/2020/09/compte-rendu-le-canada-continue-dassurer-la-coordination-internationale-en-reponse-a-la-covid-19.html>

## Canada

### **Le Canada pourrait recevoir des doses du vaccin contre la COVID-19 au début de 2021 : la ministre**

Source : *National Post*

ID : 1007813671

TORONTO — Le Canada négocie énergiquement les calendriers de livraison des vaccins potentiels contre la COVID-19 avec les fabricants de médicaments, et les expéditions commenceraient au début de 2021 en vertu des contrats existants, a dit la ministre de Services publics et Approvisionnement Canada à Reuters jeudi.

Le gouvernement du Canada a annoncé quatre contrats d'achat de vaccins et est en train d'en négocier d'autres, tout en finançant également des projets locaux moins avancés, et travaille à accroître la capacité de fabrication de vaccins dans un établissement de Montréal.

Le moment exact des livraisons dépendra des résultats des essais cliniques, des approbations réglementaires et de la capacité de fabrication, a fait savoir la ministre Anita Anand. Si les approbations arrivent plus tôt que prévu, le gouvernement négociera un devancement des livraisons, a-t-elle ajouté.

« Ne vous y trompez pas : les fournisseurs réservent une capacité de fabrication afin de fournir des doses au Canada en fonction de ces calendriers de livraison négociés énergiquement », a indiqué la ministre Anand lors d'une entrevue téléphonique.

Le Canada a conclu des accords avec les fabricants de vaccin Moderna Inc., Pfizer Inc., Novavax Inc. et Johnson & Johnson. La ministre Anand n'a pas spécifié quelle société était censée livrer son vaccin en premier, mais les candidats-vaccins Pfizer et Moderna figurent parmi les plus avancés.

Le recrutement pour les essais en phase finale de Pfizer et de Moderna portant sur environ 30 000 sujets est en bonne voie d'être bientôt terminé. Pfizer a déclaré qu'une première analyse de ses données pourrait être disponible dès octobre. <https://nationalpost.com/pmnh/health-pmn/19-vaccine-doses-could-arrive-in-canada-early-in-2021-minister>

## Canada

### **D'autres vols seront ajoutés à la liste d'avertissement d'exposition à la COVID-19 du CCMCB**

Source : CTV News – Vancouver

ID : 1007813668

VANCOUVER -- Le Centre de contrôle des maladies de la Colombie-Britannique (CCMCB) a ajouté deux autres vols à sa liste d'exposition à la COVID-19.

Le premier vol en question était Flair Airlines 8101 de Vancouver à Edmonton le 30 août. Les passagers assis dans les rangées 17 à 23 pourraient courir un risque d'exposition accru en raison de leur proximité avec la personne infectée.

Le deuxième est le vol 295 d'Air Canada de Winnipeg à Vancouver le 5 septembre. Les personnes qui prenaient place dans les rangées 19 à 25 courent un risque d'exposition accru.

Tout passager à bord de ces vols devrait faire une autosurveillance des symptômes de la COVID-19 pendant 14 jours.

Les autorités sanitaires de la Colombie-Britannique ne communiquent plus directement avec les personnes qui étaient assises près de quelqu'un qui présentait un cas confirmé de COVID-19 à bord d'un vol. Les autorités sanitaires fournissent dorénavant des mises à jour sur les vols qui avaient des cas de COVID-19 confirmés et publient les avis en ligne.

Mardi, le CCMCB a ajouté huit vols intérieurs à sa liste d'avertissement.

<https://bc.ctvnews.ca/more-flights-added-to-bccdc-s-covid-19-exposure-warning-list-1.5099886>

## Canada

### **Ces vols de la Saskatchewan ont été exposés à la COVID-19**

Source : CTV News – Saskatoon  
ID : 1007813654

**REGINA – Quatre vols récents à destination et en partance de la Saskatchewan ont été exposés à la COVID-19.**

**Selon le gouvernement de la Saskatchewan, les vols concernés sont les suivants :**

- Flair Airlines : F8513, de Toronto à la Saskatchewan, 3 sept., rangées 1 à 7
- WestJet : WS256, de Calgary à Regina, 1<sup>er</sup> sept., rangées 2 à 8
- Air Canada : AC8569, de Regina à Vancouver, 23 août
- Air Canada : AC8570, de Vancouver à Regina, 21 août

Le gouvernement a déclaré que des personnes ayant pris ces vols ont obtenu un résultat de test positif à la COVID-19. On demande à tout passager à bord de ces vols de faire une autosurveillance des symptômes.

<https://regina.ctvnews.ca/these-sask-flights-were-exposed-to-covid-19-1.5099943>

## **Canada**

**Les chirurgiens pourraient devoir travailler les fins de semaine afin de rattraper les retards dus à la COVID-19**

Source : OttawaMatters.com: ottawamatters  
ID : 1007813623

Le premier ministre Doug Ford a estimé les retards à plus de 180 000 jeudi, affirmant que les représentants du gouvernement travaillaient à des solutions pour remédier au problème.

**Il se pourrait que l'on demande aux chirurgiens de l'Ontario de commencer à travailler la fin de semaine afin de rattraper les retards dans les procédures accumulés depuis le début de la pandémie de COVID-19, a annoncé le premier ministre jeudi comme il s'est engagé à verser des fonds pour aider à combattre le problème.**

Doug Ford a émis ces commentaires dix jours après que les recherches en modélisation ont brossé un sombre tableau des temps d'attente pour une chirurgie dans la province.

**Les données, publiées plus tôt ce mois-ci dans le Journal de l'Association médicale canadienne, indiquaient que plus de 148 000 procédures ont été reportées entre la mi-mars, où des chirurgies électives avaient été annulées en raison du confinement, et le mois de mai, où les restrictions se sont assouplies. Les chercheurs ont estimé qu'il faudrait au moins un an et demi pour rattraper ces retards.**

Le premier ministre Ford a estimé les retards à plus de 180 000 jeudi, affirmant que les représentants du gouvernement travaillaient à des solutions pour remédier au problème.

« Nous travaillons avec notre ministre de la Santé et notre table de discussion sur la santé afin de voir si nous sommes en mesure d'ouvrir bon nombre de ces salles de chirurgie », a dit le premier ministre Ford lors d'une conférence de presse. « Nous disposons du financement nécessaire pour demander aux médecins [...] et aux hôpitaux de débloquent les chirurgies, de commencer à travailler les samedis et les dimanches pour éliminer l'arriéré. »

Les recherches en modélisation, publiées le 1<sup>er</sup> septembre, ne tenaient pas compte des heures supplémentaires des médecins dans leurs projections. Cependant, d'après les données, la liste d'attente pourrait être éliminée en 84 semaines si les praticiens maintiennent un rythme de 717 procédures par semaine.

Les auteurs ont affirmé que les données pourraient jouer un rôle important dans la planification en matière de santé dorénavant.

« L'ampleur de l'arriéré chirurgical découlant de la COVID-19 soulève des répercussions importantes pour la planification de la phase de rétablissement et de possibles vagues subséquentes de la pandémie en Ontario », a souligné le Dr Jonathan Irish, co-auteur de l'étude et chirurgien au Princess Margaret Cancer Centre, au moment de la publication des recherches.

Les chercheurs ont fait valoir que les systèmes de santé « ne pouvaient pas reprendre leurs activités comme d'habitude » s'ils voulaient gérer l'incidence sur les patients et devaient trouver des solutions novatrices pour se préparer à des vagues ultérieures du nouveau coronavirus.

Le premier ministre Ford n'a pas divulgué la somme d'argent allouée par le gouvernement pour couvrir les coûts des heures supplémentaires des chirurgiens ou le temps réservé en salle d'opération, se contentant de dire que « les fonds sont disponibles ».

Le ministère de la Santé n'a pas immédiatement répondu à une demande de commentaires quant aux mesures prises pour prendre en charge la liste d'attente.

<https://www.ottawamatters.com/local-news/surgeons-could-be-asked-to-start-working-weekends-to-clear-covid-19-backlog-2703254>

## Canada

### Moins de cas actifs de COVID-19, découverte d'un premier cas dans une école

Source : CityNews Winnipeg

ID : 1007813622

WINNIPEG – Les autorités sanitaires du Manitoba signalent une chute importante du nombre de cas actifs de COVID-19.

Le D<sup>r</sup> Brent Roussin, administrateur en chef de la santé publique, fait état de 15 nouveaux cas, et étant donné le nombre croissant de personnes en rétablissement, le nombre de cas actifs a chuté à 360, par rapport à plus de 400 plus tôt cette semaine.

Le D<sup>r</sup> Roussin a également fourni de plus amples renseignements sur le premier cas dans une école du Manitoba depuis le retour en classe des élèves.

Un élève de 7<sup>e</sup> année à l'école secondaire Churchill à Winnipeg a reçu un résultat positif au test et est allé à l'école pendant une brève période le jour de son ouverture, mardi.

Le D<sup>r</sup> Roussin affirme que l'élève était asymptomatique et était allé se faire tester avant le retour en classe, puis a cessé de se présenter à l'école lorsque le résultat du test s'est avéré positif.

Selon les dires du D<sup>r</sup> Roussin, l'enfant portait le masque et pratiquait la distanciation physique à l'école, et ses camarades de classe n'ont pas besoin de s'isoler, mais devraient faire une autosurveillance des symptômes.

<https://winnipeg.citynews.ca/2020/09/10/fewer-active-covid-19-cases-in-manitoba-first-case-found-in-school/>

## Canada

### Le gouvernement du Canada confirme son soutien à 32 projets communautaires visant à améliorer la santé mentale

Source : Centre d'actualités du Canada – Agence de la santé publique du Canada

ID : 1007813522

L'honorable Patty Hajdu, a annoncé aujourd'hui un investissement dans la santé mentale de 11,5 millions de dollars afin d'appuyer des organismes d'un bout à l'autre du pays qui font la promotion de la santé mentale et du mieux-être dans nos collectivités, et de s'attaquer aux défis et obstacles systémiques, notamment ceux auxquels sont confrontés les Canadiens noirs.

Ce financement soutient les programmes communautaires de promotion de la santé mentale, afin d'accroître l'équité en matière de santé et de s'attaquer aux déterminants sous-jacents de la santé. Il soutient également l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de santé mentale axés sur la culture pour les Canadiens noirs dans les communautés de tout le pays.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/09/le-gouvernement-du-canada-soutient-des-projets-visant-a-ameliorer-la-sante-mentale-de-communaut-es-vulnerables.html>

## Canada

### Le gouvernement de l'Ontario consacra près de 15 millions de dollars à l'élargissement de l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie

Source : Global News

ID : 1007812812

Le premier ministre Doug Ford a annoncé jeudi que son gouvernement verserait 14,75 millions de dollars afin d'élargir l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie dans l'ensemble de la province.

Lors d'une conférence de presse à Sudbury, le premier ministre Ford a dit que l'argent serait consacré à la reprise en toute sécurité des services de counseling en personne, des services virtuels et de la fourniture des soins dans les lieux de rassemblement, ainsi que des services spécialisés destinés aux communautés autochtones.

« Le stress et l'anxiété vécus par tant de Canadiens durant la pandémie de COVID-19 sont difficiles et complexes », a indiqué Michael Tibollo, le ministre associé délégué à la Santé mentale et à la Lutte contre les dépendances de l'Ontario.

« Nous voulons que les Ontariens qui ont besoin d'une aide supplémentaire aient accès au soutien de qualité supérieure qu'ils méritent. »

Sur les 14,75 millions de dollars investis par le gouvernement, 7 millions seront alloués à l'accroissement des services en santé mentale et en toxicomanie en personne afin de combler les lacunes dues à la COVID-19. Il est entre autres question d'allouer des fonds aux services communautaires, aux services de logement avec services de soutien et d'habitation collective.

Le gouvernement de l'Ontario déclare qu'une somme de 4,75 M\$ sera consacrée aux services adaptés à la culture offerts aux communautés autochtones, tandis qu'une somme de 3 M\$ sera consacrée à l'accroissement de l'offre de services en ligne, dont le soutien par les pairs, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et le soutien aux toxicomanes.

Jeudi, le gouvernement de l'Ontario a également annoncé qu'il investirait plus de 2,9 millions de dollars afin de financer huit projets de recherche visant à appuyer la réponse de l'Ontario à la COVID-19.

Selon le gouvernement, les projets seront axés sur un certain nombre de missions, dont favoriser la santé mentale des gens, évaluer les effets à long terme de la COVID-19 sur la santé et évaluer l'efficacité du port du masque contre la transmission du virus.

<https://globalnews.ca/news/7326811/ontario-government-expand-access-mental-health-addiction-services/>

## Canada

### **Le Québec signale 188 nouveaux cas de COVID-19 et on assiste à une nouvelle montée des hospitalisations**

Source : Global News

ID unique : [1007812807](#)

Le Québec a signalé jeudi 188 nouvelles infections au nouveau coronavirus, ce qui porte le nombre total de cas à 64 244 depuis le début de la pandémie.

À ce jour, 56 624 personnes se sont rétablies dans la province.

Les autorités sanitaires ont enregistré deux autres décès liés à la COVID-19 survenus la veille, bien qu'il n'y en ait eu qu'un au cours des dernières 24 heures.

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

Par conséquent, le nombre de décès dans la province est monté à 5 773. Il demeure le plus élevé du Canada, où le virus a fait plus de 9 000 victimes depuis mars.

Le nombre d'hospitalisations a aussi augmenté pour la deuxième journée consécutive. Cent-dix-neuf patients sont hospitalisés, ce qui marque une hausse de six par rapport à la veille.

De ces patients, deux de moins sont en soins intensifs, pour un total de 12.

La province a dépassé son objectif quotidien en matière de tests mercredi, la dernière journée pour laquelle ces renseignements sont disponibles, 17 739 tests ayant été effectués. À ce jour, 1 817 362 tests ont été passés au Québec.

<https://globalnews.ca/news/7326379/quebec-coronavirus-sept-10/>

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

### États-Unis

#### **L'initiative ACTIV des NIH lance des essais cliniques adaptatifs sur des traitements contre la coagulation du sang pour la COVID-19**

Source : Communiqué du NIH

ID : 1007813697

Les National Institutes of Health ont lancé deux de trois essais cliniques adaptatifs de phase 3 évaluant l'innocuité et l'efficacité de différents types d'anticoagulants pour le traitement d'adultes ayant reçu un diagnostic de COVID-19. S'inscrivant dans le cadre de l'initiative Accelerating COVID-19 Therapeutic

Interventions and Vaccines (ACTIV), ces essais seront effectués sur plus de 100 sites partout dans le monde sur des patients dans divers environnements cliniques : ceux qui n'ont pas été hospitalisés, ceux qui sont actuellement hospitalisés et ceux qui ont obtenu leur congé après une hospitalisation pour un cas modéré à grave.

Collectivement connus sous le nom d'études antithrombotiques ACTIV-4, les essais fourniront des renseignements précieux qui pourraient aider à orienter les soins des patients atteints de la COVID-19, particulièrement ceux qui souffrent de caillots sanguins mettant leur vie en danger. L'essai pour les patients hospitalisés en raison de la COVID-19 et l'essai pour les patients atteints de la COVID-19 qui n'ont pas été hospitalisés sont en cours. Un troisième essai qui débutera plus tard se concentrera sur des patients qui ont obtenu leur congé après une hospitalisation pour un cas modéré à grave de COVID-19. Les trois essais cliniques seront coordonnés et supervisés par le National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI), qui fait partie des NIH, et financés par l'intermédiaire de l'opération Warp Speed (le lien est externe).

Les chercheurs ont observé que de nombreux patients décédés des suites de la COVID-19, la maladie mortelle causée par le SRAS-CoV-2, avaient développé des caillots sanguins dans tout leur corps, y compris dans leurs plus petits vaisseaux sanguins. Cette coagulation inhabituelle, l'un des nombreux effets potentiellement mortels de la maladie, a entraîné plusieurs complications, des lésions organiques aux crises cardiaques en passant par des attaques et des embolies pulmonaires.

Les responsables des études antithrombotiques ACTIV-4 procéderont au recrutement sur des sites gravement touchés par la COVID-19 et chercheront à recruter des patients dans des études mettant à l'essai des traitements potentiels afin de prévenir ou de réduire la formation de caillots sanguins. La conception adaptative du protocole permet de commencer, d'arrêter ou de combiner différents anticoagulants au cours de l'étude à la lumière des nouvelles données des essais cliniques. Cette approche accélère le calendrier de mise à l'essai des différents agents sans compromettre la sécurité. Les antithrombotiques, aussi connus sous le nom d'anticoagulants, empêchent la protéine sanguine et les plaquettes de former des amas ou d'adhérer les unes aux autres, mais les médecins n'ont toujours pas déterminé si, et à quel stade de la maladie, les anticoagulants pourraient être efficaces dans le traitement des patients atteints de la COVID-19.

« Il n'existe actuellement pas de norme de soins pour l'utilisation d'anticoagulants chez les patients hospitalisés en raison de la COVID-19, et le besoin de preuves cliniques pour orienter la pratique est criant », a indiqué le directeur des NIH, Francis S. Collins, M.D., Ph. D. « La réalisation d'essais mettant à profit plusieurs réseaux de sites de recherche rend possibles l'ampleur et la rapidité qui nous permettront d'obtenir des réponses plus vite. »

Les études antithrombotiques ACTIV-4 en milieu hospitalier se pencheront sur l'innocuité et l'efficacité de l'utilisation de doses variées de l'anticoagulant héparine pour prévenir les occurrences de coagulation et améliorer les résultats chez les patients hospitalisés en raison de la COVID-19. Les patients se verront attribuer une dose faible ou élevée d'héparine, et à mesure que l'essai progresse, d'autres antithrombotiques pourraient être testés, selon les résultats obtenus. Tous les participants à l'étude continueront de recevoir les soins cliniques indiqués pour l'affection dont ils souffrent.

Les études antithrombotiques ACTIV-4 à titre ambulatoire chercheront à déterminer si les anticoagulants ou le traitement antithrombotique peuvent réduire les complications cardiovasculaires ou pulmonaires mettant la vie en danger chez les patients atteints de la COVID-19 qui viennent de recevoir leur diagnostic et ne requièrent pas une hospitalisation. Les chercheurs collecteront également des données sur les patients et des échantillons de sang afin de faciliter l'établissement de nouvelles cibles médicamenteuses et de nouveaux biomarqueurs pouvant aider à déterminer le risque d'un patient de développer des complications liées à la COVID-19. Les participants devront prendre un placebo, de l'aspirine ou encore une dose faible ou thérapeutique de l'anticoagulant apixaban.

« Nous devons recourir à des traitements qui appuient les inhibiteurs naturels de la coagulation du sang », a déclaré Keith Hoots, M.D., directeur de la division des maladies du sang et des ressources du NHLBI. « L'héparine semble prometteuse, mais il nous faut vraiment des données d'essais cliniques pour déterminer la quantité d'anticoagulant, ou même de médicament anti-plaquette, à administrer. »

« En mettant à profit l'infrastructure et l'expertise de nos réseaux de recherche existants, nous sommes en mesure d'amasser plus rapidement les preuves scientifiques requises pour aider à prévenir ou à traiter ces complications très graves causées par la COVID-19 », a expliqué le directeur du NHLBI, Gary H. Gibbons, M.D. « L'exploitation et l'intégration des actifs des réseaux existants nous donnent une énorme longueur d'avance et nous permettront d'obtenir des réponses beaucoup plus tôt. »

La planification des essais et les travaux de recherche se déroulent dans le cadre d'un effort collaboratif avec plusieurs universités, dont l'Université de Pittsburgh, l'Université du Michigan à Ann Harbor, l'Université de New York à New York, le Brigham and Women's Hospital à Boston, l'Université de l'Illinois à Chicago, l'Université de Caroline du Sud à Chapel Hill et l'Université du Vermont à Burlington.

Les NIH ont annoncé en avril 2020 le partenariat public-privé ACTIV visant à élaborer une intervention de recherche nationale coordonnée afin d'accélérer les options de traitement et de vaccins contre la COVID-19. Dans le cadre de ce partenariat, Bristol-Myers Squibb/Pfizer ont accepté de faire don des traitements pour les essais sur les patients atteints de la COVID-19 qui n'ont pas été hospitalisés. Géré par la Foundation for the National Institutes of Health, ACTIV réunit plusieurs partenaires du gouvernement, de l'industrie, du milieu universitaire et d'organisations à but non lucratif. Pour en savoir plus sur cet essai et d'autres essais thérapeutiques dans le cadre de l'initiative ACTIV, visitez la page ACTIV Therapeutics.

À propos du National Heart, Lung, and Blood Institute (NHLBI) : Le NHLBI est le chef de file mondial en matière de réalisation et de soutien de recherches sur les maladies cardiaques, pulmonaires et sanguines et les troubles du sommeil qui font avancer la connaissance scientifique, améliorent la santé publique et sauvent des vies. Pour de plus amples renseignements, veuillez visiter le site <https://www.nichd.nih.gov/>.

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

NIH... Turning Discovery Into Health® (NIH... Transformer la découverte en santé)

<https://www.nih.gov/news-events/news-releases/nih-activ-initiative-launches-adaptive-clinical-trials-blood-clotting-treatments-covid-19>

## États-Unis

### **Les États-Unis mettront fin au contrôle supplémentaire pour le coronavirus de certains voyageurs internationaux : les responsables**

Source : Global News

ID unique : [1007808416](#)

Les États-Unis mettront fin au contrôle supplémentaire pour le coronavirus de certains voyageurs internationaux : les responsables

Mis à jour le 9 septembre 2020 à 18 h 16

Le gouvernement des États-Unis est sur le point de mettre fin au contrôle supplémentaire pour la COVID-19 de certains voyageurs internationaux et de laisser tomber les exigences voulant que les voyageurs en provenance des pays ciblés arrivent à 15 aéroports désignés des États-Unis, selon les représentants des États-Unis et des compagnies aériennes et un document gouvernemental vu par Reuters.

Les changements devraient entrer en vigueur dès lundi, d'après l'ébauche du plan de déploiement qu'a vu Reuters, mais la mise en œuvre pourrait tout de même être retardée, ont fait savoir les représentants des États-Unis.

En février, l'administration a imposé une obligation de contrôle aux voyageurs qui avaient visité la Chine, le Royaume-Uni, le Brésil, l'Iran et la région de Schengen en Europe, et a interdit à la plupart des non-citoyens des États-Unis qui avaient visité ces endroits d'entrer aux États-Unis.

Pour en savoir plus : « Major U.S. airlines want temperature checks for passengers during coronavirus pandemic » (Les grandes compagnies aériennes veulent soumettre les passagers à des contrôles de température durant la pandémie de coronavirus)

Le document vu par Reuters dit que les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) « sont en train de revoir leur stratégie et se concentrent sur d'autres mesures de santé publique afin de réduire le risque de transmission de la maladie liée aux voyages. » Il dit que des 675 000 passagers ayant fait l'objet d'un dépistage aux 15 aéroports, « moins de 15 se sont révélés porteurs de la COVID-19 ».

Le récit continue sous la publicité

Un porte-parole des CDC n'a pas immédiatement formulé de commentaires.



La « stratégie d'entrée actuelle appliquée aux arrivées internationales ne couvre qu'une petite partie du public voyageur, nécessite des ressources considérables et ne sera pas viable à mesure que le volume des voyages augmentera », énonce le document.

« Coronavirus outbreak: CDC says virus screenings in U.S. expanding to 20 airports » (Écllosion de coronavirus : Selon les CDC, les tests de dépistage du virus aux États-Unis vont s'étendre à 20 aéroports)

Ces voyageurs, qui étaient au nombre d'environ 6 750 par jour à la fin du mois d'août, sont assujettis à des observations visuelles et à des contrôles de température et doivent remplir la Déclaration du voyageur. Toute personne présentant des signes de maladie ou ayant été possiblement exposée est aiguillée vers des évaluations de santé publique.

Airlines for America, un groupe représentant American Airlines, Delta Air Lines et United Airlines, a déclaré que le groupe prônait « l'optimisation des maigres ressources de dépistage et ne trouvait plus logique de maintenir le dépistage dans ces 15 aéroports étant donné le nombre extrêmement faible de passagers présentant un problème de santé selon les CDC ».

Le récit continue sous la publicité

Pour en savoir plus : « Trump says U.S. looking at screening airline travellers from coronavirus hotspots » (Le président Trump affirme que les États-Unis envisagent de soumettre les passagers en provenance de points chauds du coronavirus à des tests de dépistage)

Le mois dernier, Reuters a signalé que les efforts de l'administration Trump pour obliger les compagnies aériennes à collecter des renseignements sur la recherche des contacts auprès des passagers internationaux à destination des États-Unis avaient perdu leur élan, citant cinq personnes informées sur la question, et qu'un tel mandat était peu probable cette année.

Les grandes compagnies aériennes et les responsables de l'administration ont tenu des discussions pendant des mois dans le cadre d'un effort de longue date déployé par les CDC pour exiger la collecte et la déclaration des renseignements liés à la recherche des contacts auprès des passagers arrivant aux États-Unis en provenance de destinations étrangères.

L'administration a également envisagé d'exiger des contrôles de température pour tous les voyageurs aériens en provenance des États-Unis et le port du couvre-visage dans les aéroports des États-Unis, mais a finalement renoncé aux deux mandats.

© 2020 Reuters

## États-Unis

### Recommandations de voyage liées à la COVID-19 par destination

Source : Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Le 10 septembre 2020, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont actualisé leurs [Recommandations de voyage liées à la COVID-19 par destination](#). Voyageurs dont l'entrée aux États-Unis est interdite : Sauf dans des cas exceptionnels, les ressortissants étrangers qui ont visité l'un ou l'autre des pays suivants au cours des 14 derniers jours ne sont pas autorisés à entrer aux États-Unis : **Chine**; **Iran**; **la plupart des pays européens** (Autriche, Belgique, République tchèque, Danemark, Estonie, Finlande, France, Allemagne, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Pays-Bas, Norvège, Pologne, Portugal, Slovaquie, Slovénie, Espagne, Suède, Suisse, Monaco, Saint-Marin, Cité du Vatican); **Royaume-Uni** (Angleterre, Écosse, Pays de Galles, Irlande du Nord); **République d'Irlande** et **B Brésil**. **Niveau 3** : Le risque de COVID-19 est élevé – Veuillez vous reporter à la liste affichée sur cette page. **Niveau 2** : Le risque de COVID-19 est modéré – les CDC recommandent que les personnes âgées, les gens de tous âges présentant [certaines pathologies sous-jacentes](#) et [les autres personnes courant un risque accru de maladie grave](#) reportent tout voyage non essentiel aux destinations suivantes : [Bermudes](#), [Curaçao](#), [Malaisie](#), [îles Mariannes du Nord](#) et [Saint-Vincent-et-les Grenadines](#). **Niveau 1** : Le risque de COVID-19 est faible – Les CDC recommandent que les personnes âgées, les gens de tous âges présentant certaines pathologies sous-jacentes et les autres personnes courant un risque accru de maladie grave consultent leur fournisseur de soins de santé avant de se rendre aux destinations suivantes : [Fiji](#), [Nouvelle-Zélande](#), [Saint-Barthélemy](#), [Thaïlande](#). **Aucun conseil de santé aux voyageurs** : Le risque de COVID-19 est très faible : Samoa américaines; Anguilla; Bonaire; Brunéi; îles Caïmans; Dominique; îles Malouines; Guernesey; Groenland; Grenade; île de Man; Laos; RAD de Macao; îles Marshall; Maurice; Micronésie; Montserrat; Nouvelle Calédonie; Palaos; Saba; Saint-Kitts-et-Nevis; Sainte-Lucie; Saint-Pierre-et-Miquelon; Saint-Eustache; Taïwan; et Timor-Leste. Par

ailleurs : **Niveau 3** : Aucune donnée disponible – Le risque de COVID-19 est inconnu – Les CDC recommandent que les voyageurs évitent tout voyage non essentiel aux destinations suivantes puisque ces pays n'ont pas déclaré de données relatives à la COVID-19 et donc, le risque est inconnu : [îles Cook](#), [Kiribati](#), [Nauru](#), [Nioué](#), [Corée du Nord](#), [îles Pitcairn](#), [Samoa](#), [îles Salomon](#), [Tokelau](#), [Tonga](#), [Turkménistan](#), [Tuvalu](#) et [Vanuatu](#).  
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/map-and-travel-notice.html>

### États-Unis

**Quand se mettre en quarantaine : Restez à la maison si vous avez été peut-être exposés à la COVID-19**

Source : Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Le 10 septembre 2020, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont mis à jour leurs orientations à savoir [Quand se mettre en quarantaine](#). À l'heure actuelle, les autorités disposent de peu de renseignements sur les réinfections par le virus qui cause la COVID-19. Il s'agit d'un nouveau virus, et les CDC s'efforcent activement d'en apprendre davantage. À ce jour, les données indiquent qu'une personne qui a eu la COVID-19 et s'en est rétablie pourrait présenter de faibles niveaux du virus dans son organisme jusqu'à concurrence de trois mois après son diagnostic. Autrement dit, si une personne qui s'est rétablie de la COVID-19 passe un autre test dans les trois mois suivant l'infection initiale, son résultat de test peut demeurer positif, même si elle ne transmet plus la COVID-19. Il n'y a à ce jour aucun cas confirmé de réinfection à la COVID-19 dans les trois mois suivant l'infection initiale. Toutefois, des recherches supplémentaires sont en cours. Donc, si une personne qui s'est rétablie de la COVID-19 présente de nouveau des symptômes de la COVID-19, elle peut avoir besoin d'une évaluation afin de déterminer si elle a été réinfectée, surtout si elle a eu un contact étroit avec une personne infectée à la COVID-19. La personne devrait s'isoler et communiquer avec un professionnel de la santé pour subir une évaluation afin de déterminer si d'autres causes sont à l'origine de ses symptômes, et possiblement passer un nouveau test. Les CDC recommandent que toutes les personnes, qu'elles soient ou non porteuses de la COVID-19, prennent des mesures pour éviter d'attraper et de propager la COVID-19. Lavez-vous les mains régulièrement, maintenez une distance d'au moins deux mètres avec les autres dans la mesure du possible et portez le masque.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/quarantine.html>

### États-Unis

**Une entreprise des États-Unis prend part aux essais sur un vaccin russe**

Source : vz.ru

ID : 1007814412

**Une société de recherche contractuelle (CRO) des États-Unis conseille des médecins russes dans la troisième phase de recherche sur le vaccin Sputnik V, selon le chef du Russian Direct Investment Fund (RFPI), Kirill Dmitriev.**

« Nous avons inclus la plus grande CRO des États-Unis, qui agit comme l'un des principaux experts-conseils pour les essais cliniques qui se tiennent à Moscou. Par conséquent, nous travaillons de concert avec la CRO de la Russie, mais aussi avec celle des États-Unis, ce qui lui permet de voir que ce qui se fait est conforme aux meilleures normes mondiales », indique Interfax.

Jeudi, le ministère russe de la Santé a déclaré que la vaccination à grande échelle contre le coronavirus en Russie commencerait à mesure que la production et l'accumulation des données d'études postérieures à l'homologation du vaccin seront extrapolées à plus grande échelle.

L'Agence a indiqué qu'au cours des prochaines années, la vaccination contre le coronavirus deviendrait une exigence préalable à l'obtention du passeport et du visa pour voyage international.

Le 11 août, le président Vladimir Putin a annoncé l'homologation du premier vaccin contre le coronavirus en Russie. Il a été nommé Sputnik V, en l'honneur du lancement du premier satellite artificiel de la Terre en 1957.

Selon les données du registre d'État des médicaments du ministère de la Santé, le vaccin russe sera mis en circulation dans la population civile le 1<sup>er</sup> janvier 2021. Tel qu'il a été signalé ultérieurement au sein du RFPI, des demandes ont été reçues pour l'achat d'un milliard de doses du vaccin contre le coronavirus de la part de plus de 20 pays.

<https://vz.ru/news/2020/9/10/1059779.html>

## États-Unis

### **TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ : Durée de l'isolement et des précautions pour les adultes porteurs de la COVID-19**

Source : Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Le 10 septembre 2020, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont mis à jour leurs renseignements sur la [Durée de l'isolement et des précautions pour les adultes porteurs de la COVID-19](#). De plus en plus d'éléments de preuve appuient la détermination du moment auquel mettre fin à l'isolement et aux précautions pour les personnes atteintes de la COVID-19 en fonction d'une stratégie fondée sur les symptômes. Cette mise à jour intègre des données récentes afin d'établir la durée de l'isolement et des précautions recommandées pour prévenir la transmission du SARS-CoV-2 aux autres, tout en limitant la prolongation inutile de l'isolement et l'utilisation superflue des ressources en matière d'épreuves de laboratoire. Les recommandations fournies sont basées sur les meilleurs renseignements disponibles à la mi-juillet 2020 et reflètent la réalité d'une pandémie en constante évolution.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/duration-isolation.html>

## États-Unis

### **Le moment à partir duquel vous pouvez côtoyer d'autres personnes après que vous avez eu la COVID-19 ou y avez été exposés**

Source : Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Le 10 septembre 2020, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont actualisé leurs orientations à savoir [Le moment à partir duquel vous pouvez côtoyer d'autres personnes après que vous avez attrapé la COVID-19 ou y avez été exposés](#). [Si vous avez attrapé la COVID-19 ou croyez que vous l'avez peut-être attrapée](#), il est important que vous restiez chez vous et vous teniez à l'écart des autres. Vous contribuerez ainsi à arrêter la propagation de la COVID-19. Si vous présentez [un signe avant-coureur d'une urgence médicale](#) (notamment une difficulté à respirer), demandez immédiatement des soins médicaux d'urgence.

À l'heure actuelle, nous disposons de peu de renseignements sur les réinfections par le virus qui cause la COVID-19. Il s'agit d'un nouveau virus, et les CDC s'efforcent activement d'en apprendre davantage. Nous fournirons des mises à jour à mesure qu'elles seront disponibles. À ce jour, les données indiquent qu'une personne qui a eu la COVID-19 et s'en est rétablie pourrait présenter de faibles niveaux du virus dans son organisme jusqu'à concurrence de trois mois après son diagnostic. Autrement dit, si une personne qui s'est rétablie de la COVID-19 passe un autre test dans les trois mois suivant l'infection initiale, son résultat de test peut demeurer positif, même si elle ne transmet plus la COVID-19.

Il n'y a à ce jour aucun cas confirmé de réinfection à la COVID-19 dans les trois mois suivant l'infection initiale. Toutefois, des recherches supplémentaires sont en cours. Donc, si une personne qui s'est rétablie de la COVID-19 présente de nouveau des symptômes de la COVID-19, elle peut avoir besoin d'une évaluation afin de déterminer si elle a été réinfectée, surtout si elle a eu un contact étroit avec une personne infectée à la COVID-19. La personne devrait s'isoler et communiquer avec un professionnel de la santé pour subir une évaluation afin de déterminer si d'autres causes sont à l'origine de ses symptômes, et possiblement passer un nouveau test.

Les CDC recommandent que toutes les personnes, qu'elles soient ou non porteuses de la COVID-19, prennent des mesures pour éviter d'attraper et de propager la COVID-19. Lavez-vous les mains régulièrement, maintenez une distance d'au moins deux mètres avec les autres dans la mesure du possible et portez le masque.

Pour de plus amples renseignements :

Déclaration aux médias

Renseignements à l'intention des professionnels de la santé

Icône de lumière signifiant que vous pouvez quitter votre domicile

Le moment à partir duquel vous pouvez côtoyer d'autres personnes (c'est-à-dire mettre fin à l'isolement à domicile) dépend de différents facteurs selon différentes situations.

Vous trouverez ci-dessous les recommandations des CDC pour votre situation.  
Je pense ou je sais que j'ai eu la COVID-19 et j'ai éprouvé des symptômes.

Vous pouvez côtoyer d'autres personnes lorsque les conditions suivantes sont respectées :  
La plupart des gens n'ont pas besoin de se faire tester pour décider quand ils peuvent côtoyer d'autres personnes; cependant, si votre prestataire de soins de santé vous recommande de vous faire tester, il vous indiquera quand vous pourrez recommencer à être en présence d'autres personnes en fonction du résultat de votre test.

Notez que ces recommandations ne s'appliquent pas aux personnes présentant un cas grave de COVID-19 ou dont le système immunitaire est gravement affaibli (les personnes immunodéprimées). Ces personnes doivent suivre les consignes ci-dessous pour la situation suivante : « J'ai été gravement atteint/e de la COVID-19 ou j'ai un système immunitaire gravement affaibli (personne immunodéprimée) en raison d'un problème de santé ou d'un médicament. À partir de quand puis-je côtoyer d'autres personnes? »

J'ai reçu un résultat de test positif à la COVID-19, mais je n'ai pas eu de symptômes.

Si vous ne présentez toujours pas de symptômes, vous pouvez côtoyer d'autres personnes une fois que dix jours se sont écoulés depuis que vous avez reçu un résultat positif au test mesurant la charge virale de COVID-19. La plupart des gens n'ont pas besoin de se faire tester pour décider quand ils peuvent côtoyer d'autres personnes; cependant, si votre prestataire de soins de santé vous recommande de vous faire tester, il vous indiquera quand vous pourrez recommencer à être en présence d'autres personnes en fonction du résultat de votre test.

Si vous développez des symptômes après avoir reçu un résultat de test positif, suivez les consignes ci-dessus applicables à la situation suivante : « Je pense ou je sais que j'ai eu COVID-19, et j'ai éprouvé des symptômes ».

J'ai été gravement atteint/e de la COVID-19 ou j'ai un système immunitaire gravement affaibli (personne immunodéprimée) en raison d'un problème de santé ou d'un médicament. À partir de quand puis-je côtoyer d'autres personnes?

Les personnes gravement atteintes de la COVID-19 peuvent avoir besoin de rester à la maison pendant plus de 10 jours et jusqu'à concurrence de 20 jours après l'apparition des premiers symptômes. Les personnes gravement immunodéprimées peuvent avoir besoin de passer un test pour déterminer le moment à partir duquel elles peuvent côtoyer d'autres personnes. Adressez-vous à votre fournisseur de soins de santé pour en savoir davantage. Si le dépistage est offert dans votre collectivité, il se peut que votre fournisseur de soins de santé vous le recommande. Il vous indiquera si vous pouvez recommencer à côtoyer d'autres personnes en fonction du résultat de votre test.

Votre médecin peut faire appel à un expert en maladies infectieuses ou aux services de santé locaux pour déterminer si vous devez passer un test avant de pouvoir côtoyer d'autres personnes.

Pour toute personne ayant été en contact avec une personne atteinte de la COVID-19

Quiconque a eu un contact étroit avec une personne atteinte de la COVID-19 devrait rester à la maison pendant les 14 jours suivant sa dernière exposition à cette personne.

Cependant, toute personne qui a eu un contact étroit avec une personne atteinte de la COVID-19 et qui : a développé la maladie au cours des trois mois précédents et qui s'est rétablie et demeure sans symptômes de la COVID-19 (par exemple la toux ou l'essoufflement) n'est pas tenue de s'isoler à domicile.

À l'intention des professionnels de la santé

Si vous êtes un professionnel de la santé et que vous pensez ou savez que vous avez eu la COVID-19, vous devez suivre les mêmes recommandations que celles énumérées ci-dessus pour savoir quand vous pouvez recommencer à côtoyer d'autres personnes en dehors du lieu de travail. Le moment où vous pouvez retourner au travail dépend de différents facteurs et situations. Pour savoir quand vous pouvez retourner au travail, voir ce qui suit :

Critères pour le retour au travail du personnel de soins infecté par le SRAS-CoV-2 (lignes directrices provisoires)

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/end-home-isolation.html>

## États-Unis

### Débarquements de membres d'équipage dans le cadre de voyages commerciaux

Source : Centers for Disease Control and Prevention (CDC).

Mis à jour le 10 septembre 2020

Le 10 septembre 2020, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont actualisé leurs orientations quant aux débarquements de membres d'équipage dans le cadre de voyages commerciaux. Les CDC autorisent les membres d'équipage à débarquer de tous les navires de croisière traversant les eaux des États-Unis moyennant certaines précautions. Les croisiéristes disposant de plans d'intervention complets et précis pourront profiter des voyages commerciaux pour débarquer des membres d'équipage de certains navires si ces derniers répondent à certains critères fixés par les CDC, notamment qu'aucun cas confirmé de COVID-19 ou de maladie de type COVID-19 n'ait été enregistré à bord du navire au cours des 28 derniers jours. Ces navires sont également en mesure d'assouplir certaines restrictions en matière d'éloignement social à bord. Les croisiéristes disposant de plans d'intervention complets et précis en vertu de l'interdiction de naviguer, mais qui ne répondent pas aux critères susmentionnés pourront tout de même débarquer les membres de leur équipage dans le cadre de voyages non commerciaux. Les croisiéristes doivent avoir des mesures en place pour veiller à ce que les personnes chargées du transport ne soient pas exposées au virus qui cause la COVID-19 et respectent toutes les exigences des CDC afin de prévenir les interactions des membres d'équipage qui débarquent avec le public.

Les CDC s'engagent à aider les croisiéristes à assurer la sécurité et le bien-être des membres de leur équipage pendant qu'ils se trouvent à bord des navires de croisière et au moment de leur débarquement. Les CDC autorisent les membres d'équipage à débarquer de tous les navires de croisière traversant les eaux des États-Unis moyennant certaines précautions. Les croisiéristes disposant de plans d'intervention complets et précis pourront profiter des voyages commerciaux pour débarquer des membres d'équipage de certains navires si ces derniers répondent à certains critères fixés par les CDC, notamment qu'aucun cas confirmé de COVID-19 ou de maladie de type COVID-19 n'ait été enregistré à bord du navire au cours des 28 derniers jours. Ces navires sont également en mesure d'assouplir certaines restrictions en matière d'éloignement social à bord. Les croisiéristes disposant de plans d'intervention complets et précis en vertu de l'interdiction de naviguer, mais qui ne répondent pas aux critères susmentionnés pourront tout de même débarquer les membres de leur équipage dans le cadre de voyages non commerciaux. Les croisiéristes doivent avoir des mesures en place pour veiller à ce que les personnes chargées du transport ne soient pas exposées au virus qui cause la COVID-19 et respectent toutes les exigences des CDC afin de prévenir les interactions des membres d'équipage qui débarquent avec le public.

Critères pour le transport commercial d'équipage

Renseignez-vous sur les débarquements des membres de l'équipage des navires de croisière pendant la pandémie de COVID-19.

Les navires qui demandent le recours aux voyages commerciaux pour le débarquement de membres d'équipage devront satisfaire aux critères suivants :

un plan d'intervention complet et précis en vertu de l'interdiction de naviguer.

Cela ne signifie pas que les croisiéristes peuvent recommencer à transporter de passagers, mais plutôt qu'ils ont satisfait aux exigences des CDC, soit offrir un environnement sûr aux membres d'équipage pour le travail et le débarquement des membres de l'équipage dans le cadre de voyages non commerciaux.

Les responsables des croisiéristes doivent signer une attestation du caractère complet et de la précision de leur plan d'intervention.

Un professionnel de la santé qualifié doit faire la détermination qu'il n'y a eu aucun cas confirmé de COVID-19 ou de maladie de type COVID-19[2] au cours des 28 derniers jours.

Si le navire a reçu des transferts de navire à navire, l'équipage doit provenir d'un navire qui n'a pas eu de cas confirmé de COVID-19 ou de maladie de type COVID-19 dans les 28 jours précédant le transfert.

S'il y a eu embarquement d'équipage à terre, celui-ci a été mis en quarantaine pendant 14 jours dès son embarquement à bord du navire.

Il faut présenter une attestation signée pour les voyages commerciaux.

Le respect de ces critères ne signifie pas que les activités de transport de passagers peuvent reprendre sur les navires de croisière. Nous ne disposons pas de suffisamment d'information à l'heure actuelle pour nous prononcer à savoir quand il sera sécuritaire de recommencer à naviguer avec des passagers à

bord. Les croisiéristes pourraient devoir établir d'autres mesures de sécurité avant que le transport de passagers puisse reprendre. Les CDC continueront d'évaluer et de mettre à jour leurs recommandations au fur et à mesure de l'évolution de la situation.

Tous les croisiéristes opérant dans les eaux des États-Unis, ou visant à le faire, doivent se conformer à toutes les exigences en vertu de l'interdiction de naviguer et aux lignes directrices provisoires en vigueur durant la période d'interdiction de naviguer, et ce pendant toute la durée de cette interdiction, même lorsqu'ils se trouvent en dehors des eaux des États-Unis.

À mesure que les navires deviennent admissibles au transport de membres d'équipage dans un contexte commercial, cette page actualisera la liste des navires répondant à ces critères.

Un cas confirmé de COVID-19 s'entend d'une confirmation en laboratoire du SARS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19, au moyen d'un test de polymérase en chaîne.  
Une maladie de type COVID-19 s'entend d'une maladie respiratoire aiguë, d'un syndrome grippal ou d'un diagnostic de pneumonie.

Statut des plans d'intervention complet et précis en vertu de l'interdiction de naviguer et du transport commercial d'équipage

À titre de préalable à la demande de recours aux voyages commerciaux, les croisiéristes doivent disposer d'un plan d'intervention complet et précis qui permette d'offrir un environnement sûr aux membres d'équipage pour le travail et le débarquement des membres de l'équipage durant la période d'interdiction de naviguer. Les CDC ont fourni de la rétroaction concernant tous les plans d'intervention soumis et collaborent avec les croisiéristes afin de veiller à ce qu'ils mettent en œuvre les mesures de protection énoncées dans leurs plans.

Le tableau suivant énumère les croisiéristes ayant des navires qui opèrent dans les eaux des États-Unis, ou comptent en avoir, durant la période de prolongation de l'interdiction de naviguer.

La détermination du statut de codage par couleur (rouge, vert ou jaune) ne peut être faite pour les navires qui respectent les critères suivants :

Examen et révision du plan d'intervention en vertu de l'interdiction de naviguer du croisiériste;  
Attestation d'un plan complet et précis signée par le croisiériste;  
Soumission par le croisiériste d'une attestation signée aux CDC pour le transport de l'équipage dans le cadre d'un voyage commercial.  
« Provisoirement jaune : le navire satisfait aux critères de surveillance pour le statut « jaune », mais les critères suivants n'ont pas été remplis :

Examen et révision du plan d'intervention en vertu de l'interdiction de naviguer du croisiériste;  
Attestation d'un plan complet et précis signée par le croisiériste;  
Soumission par le croisiériste d'une attestation signée aux CDC pour le transport de l'équipage dans le cadre d'un voyage commercial.  
« Provisoirement jaune : le navire satisfait aux critères de surveillance pour le statut « rouge », mais les critères suivants n'ont pas été remplis :

Examen et révision du plan d'intervention en vertu de l'interdiction de naviguer du croisiériste;  
Attestation d'un plan complet et précis signée par le croisiériste;  
Voyages commerciaux autorisés : permis pour les navires de statut « vert » pour lesquels a été soumise une attestation signée aux CDC pour le transport de l'équipage dans le cadre de voyages commerciaux.

Remarque : La liste ci-dessus comprend les navires de croisière opérant dans les eaux des États-Unis ou visant à le faire durant la période de prolongation de l'interdiction de naviguer.

Foire aux questions

En quoi consiste un plan complet et précis d'un exploitant de navires de croisière?



Un plan complet et précis couvre adéquatement chaque élément de l'interdiction de naviguer. Un exploitant de navires de croisière doit se conformer à l'interdiction de naviguer, au plan d'intervention en vertu de l'interdiction de naviguer de l'exploitant et aux lignes directrices provisoires des CDC pour l'atténuation de la propagation de la COVID-19 parmi l'équipage des navires de croisière pendant la période d'interdiction de naviguer. Les CDC évaluent la conformité au moyen de contrôles de la mise en œuvre sur un échantillon de navires faisant partie du plan de l'exploitant de navires de croisière. Il ne doit y avoir aucun élément de preuve de non-conformité.

Quelles mesures les CDC prennent-ils pour s'assurer que les navires demeurent conformes aux critères pour le transport commercial d'équipage?

Les CDC examineront de façon hebdomadaire les données de surveillance fournies par les navires, et seuls les navires qui continuent de ne signaler aucun cas de COVID-19 ou de maladies de type COVID-19 maintiendront ce statut.

Quels autres changements les croisiéristes peuvent-ils apporter s'ils satisfont à ces critères?

Les CDC s'engagent à aider les croisiéristes à assurer la sécurité et le bien-être des membres de leur équipage à bord. À mesure que les croisiéristes seront en mesure de démontrer l'absence de cas confirmés de COVID-19 ou de maladies de type COVID-19 à bord de leurs navires de croisière, les membres de l'équipage pourront reprendre certaines de leurs interactions quotidiennes entre eux.

Voici quelques exemples de restrictions assouplies pour les navires de croisière s'ils répondent à ces critères : la reprise des réunions, des événements et des rassemblements sociaux en personne; la réouverture des bars, des gymnases ou d'autres milieux de regroupement destinés aux membres de l'équipage et la levée de l'obligation de porter un couvre-visage.

Quelle est la différence entre les deux attestations qu'exigent les CDC en vertu de l'interdiction de naviguer?

En vertu de l'interdiction de naviguer, les croisiéristes sont tenus d'élaborer et de mettre en œuvre des plans complets pour prévenir, détecter et contenir la COVID-19 parmi les membres de l'équipage à bord. Pendant que ces plans d'intervention sont en cours de révision, le CDC a autorisé les croisiéristes à débarquer les membres de l'équipage s'ils présentent une attestation signée indiquant qu'ils ont satisfait aux exigences liées au débarquement sécuritaire des membres de l'équipage. Cette attestation comprenait une exigence selon laquelle les membres de l'équipage ne doivent utiliser que des moyens de transport non commerciaux pour débarquer et atteindre leur destination finale et ne doivent pas interagir avec le public pendant le voyage.

Les croisiéristes qui disposent d'un plan d'intervention complet et précis en vertu de l'interdiction de naviguer peuvent débarquer les membres de l'équipage sans attestation signée s'ils effectuent des voyages non commerciaux et respectent les exigences du CDC. Les responsables des croisiéristes doivent signer une attestation du caractère complet et de la précision de leur plan d'intervention. Les croisiéristes qui souhaitent utiliser des navires de croisière pour transporter des membres d'équipage dans le cadre de voyages commerciaux doivent répondre à des exigences supplémentaires, notamment démontrer qu'il n'y a pas de cas confirmés de COVID-19 ou de maladies de type COVID-19 à bord et présenter une attestation signée pour les voyages commerciaux.

Que cela signifie-t-il si un croisiériste ne figure pas dans le tableau ci-dessus?

Si un croisiériste ne figure pas au tableau, c'est parce qu'il n'exploite pas ses navires dans les eaux des États-Unis, et ne prévoit pas le faire, durant la période d'interdiction de naviguer.

Que cela signifie-t-il si un navire de croisière ne figure pas dans le tableau ci-dessus?

Si un navire de croisière n'est pas inscrit au tableau, c'est parce qu'il n'exploite pas ses navires dans les eaux des États-Unis, et ne prévoit pas le faire, durant la période d'interdiction de naviguer.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/crew-disembarkations-commercial-travel.html>

**États-Unis**

## **Que faire si votre animal de compagnie présente un résultat positif au test de dépistage du virus qui cause la COVID-19?**

Source : Center for Disease Control and Prevention (CDC).

Mis à jour le 10 septembre 2020

Ce que vous devez savoir

Si votre animal de compagnie présente un résultat positif au test de dépistage du virus qui cause la COVID-19, isolez-le, y compris d'autres animaux de compagnie.

Ne nettoyez pas ou ne baignez pas votre animal avec des désinfectants chimiques, de l'alcool, du peroxyde d'hydrogène ou d'autres produits, comme du désinfectant pour les mains, des lingettes de nettoyage de plans de travail ou d'autres nettoyants industriels ou de surface.

Seul un faible nombre d'animaux de compagnie ont été confirmés comme étant infectés par le virus qui cause la COVID-19. Certains animaux ne montraient aucun signe de maladie, et ceux qui étaient tombés malades présentaient tous une maladie bénigne qui pouvait être soignée à domicile. Aucun animal n'est mort des suites de l'infection.

Si vous pensez que votre animal est atteint de la COVID-19, appelez d'abord un vétérinaire pour qu'il vous indique ce que vous devez faire.

Les animaux de compagnie dont l'infection par le virus causant la COVID-19 est confirmée doivent être isolés à la maison jusqu'à ce qu'un vétérinaire ou un responsable de la santé publique ait déterminé qu'ils peuvent être en présence d'autres animaux de compagnie et de personnes.

Nous sommes encore en train d'apprendre comment le virus qui cause la COVID-19 peut toucher les animaux. Un faible nombre d'animaux de compagnie (chats et chiens) ont été confirmés comme étant infectés par le virus qui cause la COVID-19, la plupart du temps après un contact étroit avec une personne atteinte du COVID-19. Certains animaux ne montraient aucun signe de maladie, et ceux qui étaient tombés malades présentaient tous une maladie bénigne qui pouvait être soignée à domicile. Aucun des animaux n'est mort. Des tests de dépistage de la COVID-19 chez les animaux sont disponibles pour la plupart des animaux de compagnie, mais l'administration des tests n'est recommandée que pour les animaux présentant des symptômes de la COVID-19 et qui ont été exposés à une personne atteinte de COVID-19.

D'après les renseignements limités dont nous disposons actuellement, le risque que les animaux de compagnie transmettent la COVID-19 à l'humain est considéré comme étant faible. Il n'y a aucune raison d'abandonner ou de délaisser des animaux de compagnie dont la positivité au test de dépistage du virus causant la COVID-19 a été confirmée.

Si vous êtes atteint par la COVID-19, n'emmenez pas vous-même votre animal à la clinique vétérinaire. Appelez d'abord votre vétérinaire et dites-lui que vous êtes atteint par la COVID-19. Certains vétérinaires peuvent proposer des consultations de télé-médecine ou d'autres plans pour examiner les animaux malades. Votre vétérinaire peut évaluer votre animal de compagnie et décider des étapes appropriées à suivre pour le soigner.

Si votre animal subit un test de dépistage de la COVID-19 et que son infection est confirmée.

Selon le degré de maladie de votre animal, votre vétérinaire peut vous recommander de l'isoler à la maison au lieu de le faire hospitaliser. Certains animaux ne montraient aucun signe de maladie, et ceux qui étaient tombés malades présentaient tous une maladie bénigne qui pouvait être soignée à domicile.

Si votre vétérinaire recommande l'isolement à domicile et que vous pouvez vous occuper de votre animal à la maison, suivez ce conseil pour vous protéger et protéger les autres.

Que faire si votre animal tombe malade?

Gardez votre animal de compagnie à la maison, sauf s'il doit recevoir des soins médicaux.

Parlez régulièrement à votre vétérinaire. Appelez avant d'emmener votre animal de compagnie à la clinique vétérinaire. Veillez à alerter votre vétérinaire si votre animal a du mal à respirer ou si vous pensez qu'il y a urgence.

Bien que la plupart des animaux de compagnie ne présentent que des symptômes légers ou aucun symptôme, nous en apprenons encore sur la façon dont ils sont touchés par le virus. Même si votre animal semble se sentir mieux, évitez les activités suivantes jusqu'à ce que votre vétérinaire détermine

que votre animal peut les faire en toute sécurité ou qu'il répond aux indications permettant de mettre fin à son isolement :

Visites dans des hôpitaux vétérinaires sans appeler le vétérinaire au préalable.

Visites d'établissements de soins de santé humaine ou d'écoles.

Visites de parcs (y compris les parcs pour chiens), de marchés ou d'autres lieux de rassemblement comme des festivals.

Visites chez le toiletteur, y compris les salons de toilettage mobiles.

Visites de crèches ou de pensions pour animaux de compagnie.

Autres sorties, comme des sorties pour jouer, des randonnées ou la visite d'autres maisons dans lesquelles se trouvent ou non des animaux de compagnie.

Utilisation de promeneurs de chiens ou de gardiens d'animaux qui vivent en dehors de votre domicile.

Séparez votre animal de compagnie des personnes et des autres animaux de votre domicile.

Faites en sorte que l'animal reste dans une « chambre de malade » désignée (comme une buanderie ou une salle de bain supplémentaire) si possible, ou qu'il soit séparé des personnes et des autres animaux.

C'est de la même manière qu'une personne atteinte de la COVID-19 se séparerait des autres membres de son foyer.

Évitez autant que possible tout contact avec l'animal, notamment en le caressant, en le serrant contre vous, en l'embrassant ou en le léchant, et en partageant sa nourriture ou sa litière.

Si possible, prévoyez une litière ou une salle de bain réservée à l'animal malade.

**CHIENS :** Si vous disposez d'une cour privée où votre chien peut faire ses besoins, ne le promenez pas.

Si vous devez promener votre chien, limitez les sorties aux pauses toilette, demeurez à proximité de votre domicile et tenez votre animal à une distance d'au moins six pieds d'autres animaux de compagnie ou de personnes. Ne laissez pas d'autres personnes toucher votre chien ou interagir avec lui.

**CHATS :** Les chats doivent être gardés à l'intérieur. Ne permettez pas aux chats qui ont reçu un résultat positif au test de dépistage du virus causant la COVID-19 de se promener à l'extérieur.

**NETTOYAGE :** Il n'existe aucune preuve donnant à penser que les déchets provenant d'animaux de compagnie infectés nécessitent une désinfection supplémentaire. Portez des gants lorsque vous nettoyez les déchets de votre animal, et placez les matières fécales ou les déchets de litière dans un sac scellé avant de les jeter. Lavez-vous toujours les mains à l'eau et au savon immédiatement après avoir nettoyé les déchets de votre animal.

Fournissez de la literie, des bols ou des récipients, des friandises et des jouets qui soient séparés de ceux utilisés par les personnes ou autres animaux du foyer.

Désinfectez les bols, les jouets et les autres articles de soin pour animaux avec un produit désinfectant externe homologué par l'EPA et rincez-les ensuite à fond à l'eau claire.

Les articles souples comme les serviettes, les couvertures et autres articles de literie peuvent être lavés et réutilisés en toute sécurité. Le linge sale qui a été en contact avec un animal malade peut être lavé avec d'autres articles.

Surveillez les symptômes de votre animal.

Il est important de suivre les symptômes de votre animal pendant son isolement à domicile. Si vous pensez que votre animal présente de nouveaux symptômes ou que son état s'aggrave, appelez votre vétérinaire.

Les animaux atteints de la COVID-19 peuvent présenter les symptômes suivants :

- Fièvre.
- Toux.
- Difficulté à respirer ou essoufflement.
- Léthargie (paresse inhabituelle ou manque d'entrain).
- Éternuements.
- Écoulement nasal.
- Écoulement oculaire.
- Vomissements.
- Diarrhée.

Suivez toutes les instructions de votre vétérinaire. Votre vétérinaire peut vous demander de tenir un journal écrit des symptômes de votre animal.

Si votre animal de compagnie présente de nouveaux symptômes ou si son état semble s'aggraver, notamment s'il présente des difficultés respiratoires, vous devez immédiatement appeler votre vétérinaire. Celui-ci peut vous conseiller par téléphone ou vous dire d'amener votre animal à sa clinique ou d'aller dans une autre clinique qui pourrait mieux s'occuper de votre animal.

Protégez-vous lorsque vous vous occupez d'un animal malade.

Suivez les mêmes recommandations de précautions que pour les personnes qui s'occupent d'une personne infectée à domicile.

Si vous êtes plus exposé au risque de maladie grave due à la COVID-19, un autre membre du foyer doit s'occuper de l'animal, si possible.

Les personnes doivent porter un masque et des gants lorsqu'elles se trouvent dans la même pièce ou au même endroit que l'animal malade.

Les animaux ne doivent pas porter de masque. N'essayez pas de mettre un masque à votre animal.

Utilisez des gants pour manipuler la vaisselle, les jouets ou la literie de l'animal et pour ramasser ses excréments (caca). Jetez vos gants et placez les déchets ou les litières souillées dans un sac scellé avant de les jeter dans une poubelle doublée d'un sac poubelle. Lavez-vous toujours les mains à l'eau et au savon immédiatement après avoir nettoyé les déchets de votre animal.

Lavez-vous les mains régulièrement tout au long de la journée.

Lavage des mains : Lavez-vous souvent les mains à l'eau et au savon pendant au moins 20 secondes.

Veillez à ce que tout le monde à la maison en fasse de même, surtout après avoir touché l'animal malade ou manipulé sa vaisselle, ses jouets ou sa literie.

Désinfection des mains : Si le savon et l'eau ne sont pas facilement disponibles, utilisez un désinfectant pour les mains qui contient au moins 60 % d'alcool. Recouvrez toutes les surfaces de vos mains et frottez-les ensemble jusqu'à ce qu'elles soient sèches.

Ne touchez pas vos yeux, votre nez et votre bouche avec des mains non lavées.

Nettoyez puis désinfectez :

Suivez les recommandations de nettoyage et de désinfection figurant sur la page du CDC portant sur le nettoyage et la désinfection de votre maison.

Ne nettoyez pas ou ne baignez pas votre animal avec des désinfectants chimiques, de l'alcool, du peroxyde d'hydrogène ou d'autres produits, comme du désinfectant pour les mains, des lingettes de nettoyage de plans de travail ou d'autres nettoyants industriels ou de surface. Rien ne prouve que les virus, y compris celui qui cause la COVID-19, peuvent se propager aux personnes ou aux autres animaux à partir de la peau, de la fourrure ou des poils des animaux de compagnie. L'utilisation de désinfectants chimiques sur votre animal de compagnie pourrait le rendre très malade ou le tuer. Consultez votre vétérinaire si vous avez des questions sur les produits appropriés pour le bain ou le nettoyage de votre animal.

Quand votre animal de compagnie peut être mis en présence d'autres personnes ou d'autres animaux en toute sécurité : Mettez fin à l'isolement à domicile.

Suivez les conseils de votre vétérinaire pour savoir quand il est sûr pour votre animal de côtoyer d'autres personnes et d'autres animaux. Certains animaux de compagnie peuvent avoir besoin de subir des tests de suivi pour savoir s'ils présentent toujours un résultat positif au test de dépistage du virus qui cause la COVID-19. La surveillance, l'isolement et les restrictions de déplacement peuvent prendre fin pour les animaux dont le résultat au test est positif, si :

L'animal n'a pas présenté de signes cliniques compatibles avec une infection par le SARS-CoV-2 depuis au moins 72 heures sans prise en charge médicale.

ET que l'une des conditions suivantes s'applique :

Il s'est écoulé au moins 14 jours depuis le dernier test affichant un résultat positif effectué par un laboratoire qui utilise un test de diagnostic RT-PCR validé pour le SRAS-CoV-2.

OU

Tous les types d'échantillons prélevés lors du suivi présentent un résultat négatif à un test par RT PCR validé pour le SRAS-CoV-2.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/daily-life-coping/positive-pet.html>

## États-Unis

### Mise à jour sur le coronavirus (COVID-19) : Résumé quotidien, 10 septembre 2020

La Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis continue de prendre des mesures dans le cadre de la réponse continue à la pandémie de COVID-19.

- Dans le cadre de l'effort consenti par la FDA pour protéger les consommateurs, l'agence a publié, conjointement avec la Federal Trade Commission, une lettre d'avertissement à l'intention de Pharmacy Plus, Inc. dba Vital Care Compounder qui a vendu des produits non approuvés avec des allégations frauduleuses d'efficacité contre la COVID-19. La société vend des produits « COVID PACK » et « COVID 'POSITIVE' PACK » avec des allégations trompeuses selon lesquelles les produits peuvent atténuer, prévenir, traiter, diagnostiquer ou guérir la COVID-19 chez les gens. Il n'existe actuellement aucun produit approuvé par la FDA pour prévenir ou traiter la COVID-19. La FDA a demandé à Pharmacy Plus, Inc. dba Vital Care Compounder de cesser immédiatement la vente de ces produits non approuvés et non autorisés. Les consommateurs qui ont des préoccupations relatives à la COVID-19 doivent consulter leur fournisseur de soins de santé.
- Le point sur le dépistage :
  - À ce jour, 247 tests sont autorisés par la FDA en vertu d'autorisations d'utilisation d'urgence, dont 197 tests moléculaires, 46 tests de détection d'anticorps et quatre tests antigéniques.

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-daily-roundup-september-10-2020>

## OMS

### Mise à jour opérationnelle hebdomadaire – Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) – le 9 septembre 2020 (source officielle)

Source : OMS

Le rapport hebdomadaire présente le contenu suivant : Plus de 400 000 enfants ont été vaccinés contre la poliomyélite et la rougeole à [Banadir, en Somalie, pendant la pandémie de COVID-19](#). Dans 17 districts de Banadir, en Somalie, plus de 3 000 travailleurs de la santé ont mené une campagne de cinq jours visant à vacciner 400 000 enfants de moins de cinq ans contre la rougeole et la poliomyélite, et à offrir de la vitamine A et des comprimés de vermifuge sur des sites fixes et de proximité. En outre, les travailleurs de la santé ont échangé des renseignements avec les familles sur la manière dont on peut prévenir une propagation plus importante de la COVID-19. Sur le terrain : [La Papouasie-Nouvelle-Guinée s'attaque à la menace posée par la COVID-19 avec une approche pangouvernementale](#). Les mesures d'intervention précoce ont consisté à renforcer la surveillance, à effectuer des dépistages sanitaires dans les principaux ports et à activer une ligne d'assistance téléphonique consacrée à la COVID-19. Les activités du Centre des opérations d'urgence (COU) dans les provinces du pays, lesquelles ont été établies antérieurement dans le cadre de la réponse du pays aux épidémies de poliomyélite et de rougeole, ont repris pour qu'on puisse gérer la réponse locale à la COVID-19. L'OMS et l'Institut Robert Koch participent à un examen intra-action en Ouzbékistan; plateforme des partenaires contre la COVID-19; appui aux opérations et logistique; médicaments et produits de santé; indicateurs sommaires de l'état de préparation et de l'intervention mondiaux contre la COVID-19; Études d'unité : protocoles d'enquêtes préliminaires de l'OMS; liens clés/ressources utiles.

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>

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

### Évaluation rapide des risques : maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) dans l'UE/EEE et au Royaume-Uni – onzième mise à jour : résurgence des cas

Depuis le 31 décembre 2019 et jusqu'au 2 août 2020, 17 841 669 cas de COVID-19 ont été recensés dans le monde, incluant 685 281 décès. Les pays de l'Union européenne/Espace économique européen

(UE/EEE) et le Royaume-Uni (R.-U.) ont signalé 1 733 550 cas (10 % de tous les cas), incluant 182 639 décès (27 % de tous les décès).

Dans cette mise à jour, nous analysons le risque d'une nouvelle escalade de la COVID-19 dans les pays qui ont signalé une augmentation récente du nombre de cas de COVID-19 et le risque d'une nouvelle escalade de la COVID-19 dans tous les pays de l'UE/EEE et au Royaume-Uni.

## Sommaire

La pandémie de COVID-19 continue de représenter une menace très importante pour la santé publique dans les pays de l'UE/EEE et au Royaume-Uni, ainsi que dans le monde entier. Avec l'augmentation du nombre de cas, qui a atteint un pic au début du mois d'avril 2020 dans l'UE/EEE, bon nombre de pays ont mis en œuvre une série de mesures de réponse qui ont permis de réduire l'incidence. Au fur et à mesure que les pays ont repris le contrôle de la transmission et allégé le fardeau pesant sur le système de soins de santé, bon nombre de mesures ont été assouplies ou supprimées pour permettre un mode de vie plus viable avec le virus en circulation. Par la suite, une augmentation récente du nombre de cas de COVID-19 a été signalée dans bon nombre de pays de l'UE/EEE. Alors que bon nombre de pays effectuent désormais des tests pour les cas bénins et asymptomatiques, ce qui a entraîné une augmentation du nombre de cas déclarés, on observe une véritable résurgence des cas dans plusieurs pays en raison de l'assouplissement des mesures de distanciation physique.

D'autres augmentations de l'incidence de la COVID-19, ainsi que des hospitalisations et des décès qui y sont associés, peuvent être atténuées si des mesures de contrôle suffisantes sont réinstallées ou renforcées en temps opportun. Les pays qui constatent maintenant une augmentation du nombre de cas après avoir levé leurs mesures de contrôle à la suite d'une amélioration temporaire de la situation épidémiologique, devraient envisager de rétablir les mesures sélectionnées selon une approche progressive, graduelle et durable. Il est important d'évaluer les risques au niveau local, en tenant compte de la situation épidémiologique, des services locaux et des enseignements tirés de l'effet des mesures précédentes.

Les États membres qui mettent en œuvre des tests complets sont mieux à même de détecter rapidement une augmentation du nombre de cas et d'identifier les groupes à haut risque de maladie. Parallèlement à une stratégie de dépistage locale adaptée, la rapidité de la recherche des cas contacts est importante si l'on veut réduire la transmission, et des efforts doivent être consentis pour raccourcir le temps nécessaire à chaque étape du processus de dépistage, de notification et de recherche des cas contacts.

Comme il existe désormais des systèmes de surveillance dédiés de la COVID-19, que des mesures de santé publique étendues sont en place et que des tests et des recherches de cas contacts sont en cours dans la population, les pays devraient être mieux préparés pour prévenir et contrôler toute résurgence des cas.

En général, les stratégies de réponse doivent être orientées par une surveillance et une évaluation continues de la situation épidémiologique. Ces stratégies devraient être fondées sur des mesures de santé publique durables visant à protéger les groupes vulnérables et à réduire la transmission dans la communauté. Elles devraient comprendre des tests à vaste échelle et la recherche des cas contacts, suivis de l'isolement et du traitement des cas identifiés et de la mise en quarantaine des cas contacts. Outre les stratégies de préparation et de réponse mises en œuvre par les autorités nationales, un comportement humain adapté est la clé de la lutte contre cette pandémie. Tandis que la pandémie de COVID-19 se poursuit, il est naturel que les gens se fatiguent et respectent moins bien les mesures de santé publique. Les efforts de communication des risques doivent être adaptés à l'évolution de la situation locale, et des messages continus sont nécessaires pour rappeler à la population que le virus SRAS-CoV-2 restera en circulation dans la communauté et qu'elle doit prendre des mesures quotidiennes pour réduire l'exposition potentielle, comme la pratique de l'étiquette respiratoire et de la toux, la distanciation physique et l'hygiène des mains, le port de masques faciaux, la réduction du nombre de contacts et le fait de rester chez soi lorsqu'on est malade.

Qu'y a-t-il de nouveau dans cette mise à jour?



Mise à jour de la situation épidémiologique et des mesures de réponse mises en œuvre dans les pays de l'UE/EEE et au Royaume-Uni.

Mise à jour des stratégies de dépistage, de la recherche des cas contacts et des mesures générales et ciblées visant à réduire le plus possible le risque de résurgence de la COVID-19.

Divers profils de risque, fondés sur les changements que les pays observent dans les cas signalés, les hospitalisations, les méthodes de test et les taux de positivité des tests en réponse à l'assouplissement ou à la suppression des mesures.

Quels sont les risques évalués dans cette mise à jour?

Dans cette mise à jour, nous analysons le risque d'une nouvelle escalade de la COVID-19 dans les pays qui ont signalé une augmentation récente du nombre de cas de COVID-19 et le risque d'une nouvelle escalade de la COVID-19 dans tous les pays de l'UE/EEE et au Royaume-Uni.

Dans les pays où il y a de fortes indications d'une augmentation de la transmission, au niveau local ou national, comme le montre une augmentation récente du nombre de cas et des hospitalisations, le risque d'une nouvelle escalade de la COVID-19 est élevé. Dans ces pays, le risque est très élevé s'ils n'appliquent pas ou ne renforcent pas plusieurs mesures, y compris la distanciation physique et la recherche des cas contacts, s'ils disposent d'une capacité de test suffisante.

Dans les pays où il existe des preuves indiquant une augmentation de la transmission, comme le montrent une augmentation récente du nombre de cas et aucune augmentation des hospitalisations, mais où il y a eu une augmentation des taux de positivité des tests (s'ils ont une capacité de test suffisante et que l'intensité des tests est restée stable), le risque d'une nouvelle escalade est élevé. Dans ces pays, le risque est très élevé s'ils n'appliquent pas ou ne renforcent pas plusieurs mesures, notamment la distanciation physique et la recherche des cas contacts.

Le risque d'une nouvelle escalade de la COVID-19 est modéré à élevé dans les pays qui signalent une augmentation récente du nombre de cas, mais pas d'augmentation des hospitalisations ou des taux de positivité des tests (s'ils disposent d'une capacité de test suffisante et si l'intensité des tests est restée stable). Les pays qui ont mis en place plusieurs mesures devraient procéder à des évaluations locales afin qu'on puisse mieux comprendre les facteurs locaux de l'augmentation du nombre de cas et déterminer les mesures à ajouter ou à renforcer.

Dans l'ensemble, le risque d'une nouvelle escalade de la COVID-19 dans tous les pays de l'UE/EEE et au Royaume-Uni (s'ils disposent de capacités suffisantes de recherche des cas contacts et de tests), est modéré pour les pays qui continuent à mettre en œuvre et à appliquer plusieurs mesures, y compris la distanciation physique, et très élevé pour les pays qui ne mettent pas en œuvre ou n'appliquent pas ces mesures.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-eueea-and-uk-eleventh>

## OMS

**Réponse mondiale au coronavirus : Le Conseil de facilitation du dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 tient sa réunion inaugurale.**

Source : OMS

La première réunion du Conseil de facilitation du dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 a eu lieu le 10 septembre 2020. Le Secrétaire général des Nations unies lance un appel pour un bond en avant dans le financement du dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19, une solution mondiale pour que le monde bouge, fonctionne et prospère à nouveau. Des dirigeants mondiaux – dont plus de 30 chefs d'État et ministres – publient une [déclaration d'engagement](#) pour galvaniser l'appui au dispositif et souligner la nécessité de disposer des ressources financières qui sont requises si l'on veut que personne ne soit laissé pour compte. Dans le cadre du dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19, on calcule que 35 milliards de dollars sont encore nécessaires si l'on veut donner à tous les pays les outils nécessaires pour mettre fin à la pandémie aussi rapidement que possible. La réunion s'est tenue à un moment crucial pour le dispositif, car elle a donné lieu à un examen et à une mise à jour d'une stratégie et d'un dossier d'investissement

pour sa phase de mise à l'échelle. Le document sera parachevé d'ici le 17 septembre 2020 et publié peu après. Le Secrétaire général des Nations unies a confirmé qu'un événement de haut niveau aura lieu le 30 septembre 2020 lors de la prochaine Assemblée générale.

Le Secrétaire général des Nations unies António Guterres lance un appel pour un bond en avant dans le financement du dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19, une solution mondiale pour que le monde bouge, fonctionne et prospère à nouveau.

S.E. Cyril Ramaphosa, président de l'Afrique du Sud et S.E. Erna Solberg, première ministre de Norvège, coprésident le Conseil de facilitation du dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19

Des dirigeants mondiaux – dont plus de 30 chefs d'État et ministres – publient une déclaration d'engagement pour galvaniser l'appui au dispositif et souligner la nécessité de disposer des ressources financières qui sont requises si l'on veut que personne ne soit laissé pour compte.

Dans le cadre du dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19, on calcule que 35 milliards de dollars sont encore nécessaires si l'on veut donner à tous les pays les outils nécessaires pour mettre fin à la pandémie aussi rapidement que possible.

Aujourd'hui, le D<sup>r</sup> Tedros Adhanom Ghebreyesus, directeur général de l'OMS, et la D<sup>re</sup> Ursula von der Leyen, présidente de la Commission européenne, ont coorganisé la réunion inaugurale du Conseil de facilitation du dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19. La réunion était coprésidée par le S. E. Cyril Ramaphosa, président de l'Afrique du Sud et S.E. Erna Solberg, première ministre de Norvège, et a inclus un discours liminaire du Secrétaire général des Nations unies, António Guterres.

Le dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 est le fruit d'une collaboration mondiale qui a fait ses preuves et qui permet d'accélérer l'élaboration, la production et l'accès équitable aux tests, traitements et vaccins contre la COVID-19.

Lancé le 24 avril 2020 par l'OMS, conjointement avec la Commission européenne, la France et la Fondation Bill et Melinda Gates et soutenu par le Secrétaire général des Nations unies et de nombreux chefs de gouvernement, il produit déjà des résultats substantiels; plus de 170 pays sont engagés dans le nouveau centre de vaccination contre la COVID-19 et dix candidats vaccins sont en cours d'évaluation, dont neuf à la phase des essais cliniques, ce qui se traduit par un portefeuille des vaccins contre la COVID-19 le plus vaste et le plus diversifié au monde.

Investir dans l'approche multilatérale d'application de ce dispositif augmente les chances de succès pour tous les pays en donnant accès à un plus grand nombre d'outils plus rapidement, ainsi qu'en partageant les coûts et en atténuant les risques de la R&D. Un total de 35 milliards de dollars américains est encore nécessaire pour que le dispositif puisse atteindre ses objectifs de production de deux milliards de doses de vaccins, 245 millions de traitements et 500 millions de tests.

Le D<sup>r</sup> Tedros Adhanom Ghebreyesus, directeur général de l'OMS, a déclaré : « Près de 5 000 vies sont perdues chaque jour à cause de la COVID-19, et l'économie mondiale devrait se contracter de billions de dollars cette année. Les arguments en faveur de l'investissement pour mettre fin à la pandémie n'ont jamais été aussi forts. Le dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 est le meilleur moyen d'assurer un accès équitable aux vaccins, aux diagnostics et aux thérapies, mais il est actuellement confronté à un déficit de financement de 35 milliards de dollars américains. Le financement intégral du dispositif permettrait de réduire la durée de la pandémie et de rentabiliser rapidement cet investissement au fur et à mesure de la reprise de l'économie mondiale ».

Ursula von der Leyen, présidente de la Commission européenne, de dire : « Le lancement aujourd'hui du Conseil de facilitation nous rapproche de notre objectif mondial : l'accès aux vaccins, tests et traitements contre le coronavirus pour tous ceux qui en ont besoin, où qu'ils se trouvent. L'Union européenne fera usage de tout son pouvoir de rassemblement pour aider à maintenir l'unité du monde contre le coronavirus. Avec la présidence de la Norvège et de l'Afrique du Sud représentant le Nord et le Sud et l'expertise de l'OMS et de nos partenaires internationaux, aucun pays ou région ne sera laissé pour compte dans ce combat ».

Le Secrétaire général des Nations Unies, António Guterres, a déclaré : « Nous avons maintenant besoin de 35 milliards de dollars américains supplémentaires pour passer de la mise en place à la mise à

l'échelle et aux répercussions. Il y a une réelle urgence dans ces chiffres. Sans une injection de 15 milliards de dollars américains au cours des trois prochains mois, à partir de maintenant, nous allons sortir de la période propice ».

S.E. Cyril Ramaphosa, président de l'Afrique du Sud, de dire : « Il est essentiel que l'humanité ait le sentiment que, si et quand un vaccin sera mis au point, tous les pays, y compris mon propre continent, l'Afrique, devraient en bénéficier et ne pas être laissés pour compte. L'humanité a besoin qu'un vaccin soit considéré comme étant un bien public dont tous devraient bénéficier. Nous ne pouvons pas atteindre une couverture sanitaire universelle si un vaccin contre la COVID-19 n'est disponible que pour les pays qui disposent de ressources suffisantes ».

Le président du Rwanda, Paul Kagame, a déclaré : « C'est certainement l'une des initiatives les plus importantes en cours dans le monde aujourd'hui et peut-être à jamais ». Il a ajouté : « La différence entre la réussite et l'échec réside dans la mise en place d'une infrastructure de santé publique solide, capable de faire face à tout problème de santé de manière durable. Des systèmes de santé solides, combinés à des partenariats transformationnels comme ce dispositif d'accélération sont essentiels ».

S.E. Erna Solberg, première ministre de Norvège, de dire « Le dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 a déjà permis d'obtenir des résultats impressionnants. Le monde a montré qu'il était capable de se rassembler en temps de crise. La Norvège travaillera sans relâche pour s'assurer que des intérêts communs seront établis et suivis, et que tous les pays et acteurs seront écoutés, afin que nous puissions optimiser ensemble notre résultat ».

La réunion s'est tenue à un moment crucial pour le dispositif, car elle a donné lieu à un examen et à une mise à jour d'une stratégie et d'un dossier d'investissement pour sa phase de mise à l'échelle. Le document sera parachevé d'ici le 17 septembre 2020 et publié peu après. Le Secrétaire général des Nations unies a confirmé qu'un événement de haut niveau aura lieu le 30 septembre 2020 lors de la prochaine Assemblée générale.

Le rôle du Conseil est de faciliter le travail afférent au dispositif en exerçant un leadership politique et en faisant un plaidoyer en faveur de solutions collectives dans l'intérêt mondial et pour la mobilisation de ressources supplémentaires.

Le Conseil de facilitation est composé de représentants de la Commission européenne, de l'Organisation mondiale de la Santé, de Bahreïn, du Brésil, du Canada, de la Chine, de la France, de l'Allemagne, de l'Inde, de l'Indonésie, de l'Italie, du Japon, de la République de Corée, du Mexique, du Népal, de la Norvège, de la Russie, du Rwanda, de l'Arabie saoudite, de Singapour et de l'Afrique du Sud, de l'Espagne, de Saint-Kitts-et-Nevis, du Tuvalu, du Royaume-Uni, de l'Ouzbékistan et du Vietnam. En outre, le Conseil comprend le Wellcome Trust, le Forum économique mondial et la Fondation Bill et Melinda Gates ainsi que des envoyés spéciaux de l'OMS pour le dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19, de représentants de la société civile et de représentants de l'industrie.

#### Notes à l'intention des éditeurs

Le dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 est le fruit d'une collaboration mondiale qui a fait ses preuves et qui permet d'accélérer l'élaboration, la production et l'accès équitable aux tests, traitements et vaccins contre la COVID-19. Il a été mis en place en réponse à un appel des dirigeants du G20 en mars et lancé par l'OMS, la Commission européenne, la France et la Fondation Bill et Melinda Gates en avril 2020.

Le Conseil qui pilote ce dispositif n'est pas un organe décisionnel ni une nouvelle organisation, mais il s'efforce d'accélérer les efforts de collaboration entre les organisations existantes visant à mettre fin à la pandémie. Il s'agit d'un cadre de collaboration qui a été conçu pour réunir les principaux acteurs autour de la table dans le but de mettre fin à la pandémie le plus rapidement possible grâce à la mise au point accélérée, à la répartition équitable et à la fourniture à grande échelle de tests, de traitements et de vaccins, protégeant ainsi les systèmes de santé et rétablissant les sociétés et les économies à court terme. Il s'appuie sur l'expérience des principales organisations mondiales de santé qui s'attaquent aux défis sanitaires les plus complexes dans le monde et qui, en travaillant ensemble, sont capables d'engendrer de nouveaux résultats plus ambitieux contre la COVID-19. Ses membres partagent

l'engagement consistant à veiller à ce que tout le monde ait accès à tous les outils qui sont nécessaires si l'on veut vaincre la COVID-19 et à travailler avec des niveaux de partenariat sans précédent pour y parvenir.

Le dispositif comprend quatre domaines de travail : les diagnostics, la thérapeutique, les vaccins et le connecteur du système de santé. Le volet « Accès et répartition » est transversal à tous ces domaines. <https://www.who.int/news-room/detail/10-09-2020-coronavirus-global-response-access-to-covid-19-tools-accelerator-facilitation-council-holds-inaugural-meeting>

## OMS

### **Poliomyélite (poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales et poliovirus sauvage) – Mise à jour mondiale**

Source : OMS

#### **11 septembre 2020**

Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 9 septembre 2020, plusieurs pays ont été touchés par la poliomyélite, y compris celle causée par les poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales de type 1 et 2 (PVDVc1 et PVDVc2) et le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) dans le monde. Cette annonce est une mise à jour hebdomadaire sur l'état de progression du PVDVc et du PVS1 dans ces pays touchés.

Entre le 3 et le 9 septembre 2020, sept cas de paralysie flasque aiguë (PFA) causée par le PVS1 et dix-sept échantillons environnementaux positifs au PVS1 ont été signalés au Pakistan et en Afghanistan. En outre, au cours de la même période, 26 cas de PFA causée par le PVDVc2 ont été signalés au Tchad, en République démocratique du Congo et au Soudan. Vous trouverez ci-dessous la description des cas signalés par pays :

Afghanistan : quatre cas de PFA causée par le PVS1.

Pakistan : trois cas de PFA causée par le PVS1 et 17 échantillons environnementaux positifs au PVS1.

Tchad : trois cas de PFA causée par le PVDVc2.

République démocratique du Congo : 15 cas de PFA causée par le PVDVc2.

Soudan : huit cas de PFA causée par le PVDVc2.

Veillez trouver ci-dessous le lien vers la mise à jour hebdomadaire sur la poliomyélite dans le monde publiée dans le cadre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), qui comprend une mise à jour du nombre de cas de poliomyélite (PVS1, PVDVc1 et PVDVc2) pour cette semaine (entre le 3 et le 9 septembre 2020) et le nombre cumulé de cas par pays depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

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

#### **Intervention de santé publique**

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) continue à soutenir les pays dans la mise en œuvre de leur réponse, y compris la conduite d'enquêtes sur le terrain et d'analyses virologiques et épidémiologiques, le renforcement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et l'évaluation de l'ampleur 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, dans le cadre de l'IMEP, on a élaboré la stratégie de lutte contre le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 de 2020-2021, qui s'ajoute à la stratégie d'éradication de la poliomyélite de 2019-2023 et vise à répondre plus efficacement à l'évolution de l'épidémiologie du PVDVc2. La stratégie sera le moteur de la lutte contre les éclosions en 2020 et en 2021. Des adaptations nécessaires sont constamment apportées à la stratégie et au calendrier de mise en œuvre.

Accélérer l'élaboration du nouveau vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) contre le poliovirus de type 2 et permettre son utilisation constitue une avancée importante pour l'IMEP. Le nouveau vaccin devrait présenter un risque nettement moins élevé d'établissement d'un nouveau type de poliovirus dérivé d'une souche vaccinale de type 2, par comparaison avec le VPOm2.

## **Évaluation des risques par l'OMS**

La propagation continue des éclosions existantes dues aux poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales de type 2, ainsi que l'émergence de nouveaux poliovirus circulants dérivés de souches vaccinales de type 2 mettent en évidence les lacunes de la couverture vaccinale systématique 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 si l'on veut réduire le plus possible le risque de circulation du poliovirus et les conséquences qui y sont associées. Ces événements soulignent également le risque posé par toute transmission de faible niveau du virus. En cas d'éclosion, une riposte énergique est nécessaire si l'on veut 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 éclosions qui sont mises en œuvre.

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

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

i) Dans le cadre du programme, on poursuivra, dans la mesure du possible, les activités de surveillance pour suivre l'évolution de la situation.

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

Dans bon nombre de 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 dans lesquels il y a fréquemment des contacts (par des voyages, par exemple) avec des pays ou zones où sévit la poliomyélite, renforcent la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë (PFA), afin de détecter rapidement toute nouvelle importation du virus et d'organiser une riposte rapide. Les pays, territoires et zones devraient également maintenir une couverture vaccinale systématique uniformément élevée au niveau des districts afin de limiter le plus possible les conséquences de toute nouvelle introduction du virus.

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

Selon l'avis d'un comité d'urgence convoqué en vertu du Règlement sanitaire international (2005), les efforts visant à limiter la propagation internationale du poliovirus demeurent une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI). Les pays touchés par la transmission du poliovirus sont

soumis à des recommandations temporaires. Pour se conformer aux recommandations temporaires diffusées dans le cadre de l'USPPI, tout pays infecté par le poliovirus doit déclarer l'épidémie comme une urgence nationale de santé publique et envisager la vaccination de tous les voyageurs internationaux.

#### **Pour de plus amples renseignements :**

Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite : <http://polioeradication.org/>

Fiche d'information sur la poliomyélite : [https://www.who.int/fr/health-topics/poliomyelitis#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_1)

Estimations afférentes à la campagne de vaccination systématique nationale de l'OMS/UNICEF :

[https://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html](https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html)

État de l'urgence en matière de santé publique selon l'IMEP : <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/>

Voyages internationaux et santé : <https://www.who.int/ith/en/>

Poliovirus dérivés de souches vaccinales : <http://polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-virus/vaccine-derived-polio-viruses/>

Utilisation du VPO dans le contexte de la COVID-19 : <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/Use-of-OPV-and-COVID-20200421.pdf>

Principes directeurs s'appliquant aux activités de vaccination pendant la pandémie de COVID-19 : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331590>

Document d'orientation de l'OMS – COVID-19 : lignes directrices opérationnelles pour le maintien des services de santé essentiels pendant une éclosion : <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>

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

#### **Royaume-Uni**

**Le vaccin pourrait être disponible avant la fin de l'année, déclare AstraZeneca.**

Source : CE NoticiasFinancieras

ID : 1007813542

**Le PDG d'AstraZeneca, Pascal Soriot, a déclaré jeudi que le vaccin permettant de lutter contre la COVID-19 élaboré par le pharmacien en collaboration avec l'Université Oxford pourrait encore être disponible d'ici la fin de l'année malgré l'interruption des essais.**

Lors d'une rencontre virtuelle avec les médias aujourd'hui, après que les essais de la dernière phase ont été interrompus à la suite d'une réaction indésirable « inattendue et inexplicée » chez l'un des volontaires, M. Soriot a noté que cet antidote potentiel, considéré comme étant l'un des plus avancés au monde, était en phase finale d'essais cliniques, et qu'on attendait de recevoir l'autorisation des organismes de réglementation pour procéder à la vaccination de la population.

Malgré ce revers, M. Soriot est aujourd'hui prudent à propos de la possibilité de disposer d'un vaccin avant la fin de 2020, et ne précise pas quand les essais reprendront.

« Je pense que nous pouvons encore avoir un vaccin avant la fin de cette année ou au début de l'année prochaine », a-t-il déclaré.

M. Soriot a en outre souligné que les interruptions d'essais cliniques de ce type dues à des « événements indésirables » ne sont pas inhabituelles.

« Elles sont en réalité très courantes, et beaucoup d'experts le corroboreront », de dire le directeur, tout en notant que « la différence avec les autres essais de vaccins est le fait que le reste du monde ne s'y intéresse pas. Ils s'arrêtent, étudient, puis reprennent les activités ».

**Il a fait remarquer que la capacité de fabrication pour la distribution mondiale des vaccins devrait être prête au début de 2021, et que la société souhaite qu'elle soit disponible dans toutes les régions du monde en même temps.**

#### **Échelle internationale**

**Vaccin contre la COVID-19 : 8 000 gros porteurs sont nécessaires pour distribuer les doses dans le monde entier, selon l'Association du Transport Aérien International (IATA)**

Source : BBC News

ID unique : [1007811682](#)



**Résumé :** Il n'existe pas encore de vaccin permettant de lutter contre la COVID-19, mais l'IATA travaille déjà avec les compagnies aériennes, les aéroports, les organismes de santé mondiaux et les entreprises pharmaceutiques sur un plan de transport aérien mondial. Tous les avions ne sont pas adaptés à l'acheminement de vaccins, car ils ont besoin d'une plage de température habituellement comprise entre 2 et 8 °C pour le transport de médicaments. Tandis que les compagnies aériennes se sont concentrées sur le transport de fret pendant la période d'importante réduction des vols de passagers, l'expédition des vaccins est beaucoup plus complexe.

L'expédition d'un vaccin contre le coronavirus dans le monde entier représentera, selon l'industrie du transport aérien, le « plus grand défi de transport jamais relevé ».

L'équivalent de 8 000 Boeing 747 sera nécessaire, de déclarer l'Association du Transport Aérien International (IATA).

Il n'existe pas encore de vaccin permettant de lutter contre la COVID-19, mais l'IATA travaille déjà avec les compagnies aériennes, les aéroports, les organismes de santé mondiaux et les entreprises pharmaceutiques sur un plan de transport aérien mondial.

Le programme de distribution suppose qu'une seule dose par personne est nécessaire.

« La distribution en toute sécurité des vaccins permettant de lutter contre la COVID-19 sera la mission du siècle pour l'industrie mondiale du fret aérien. Cependant, pour la mener à bien, une planification préalable minutieuse est essentielle. Et c'est maintenant qu'il faut le faire », de dire le directeur général de l'IATA, Alexandre de Juniac.

Où en sommes-nous dans la mise au point d'un vaccin?

Le patron de Ryanair qualifie de « défectueuse » la quarantaine associée aux voyages au Royaume-Uni. Le virus se traduit par la « pire » année jamais enregistrée pour les compagnies aériennes.

Tandis que les compagnies aériennes se sont concentrées sur le transport de fret pendant la période d'importante réduction des vols de passagers, l'expédition des vaccins est beaucoup plus complexe. Tous les avions ne sont pas adaptés à l'acheminement de vaccins, car ils ont besoin d'une plage de température habituellement comprise entre 2 et 8 °C pour le transport de médicaments. Certains vaccins peuvent nécessiter des températures de congélation qui excluraient un plus grand nombre d'avions.

« Nous connaissons bien les procédures. Ce que nous devons faire, c'est les mettre à l'échelle de l'ampleur qui sera nécessaire », d'ajouter Glyn Hughes, le responsable du fret de l'organisme industriel. Les vols vers certaines parties du monde, y compris certaines régions de l'Asie du Sud-Est, seront critiques, car ces pays manquent de capacités de production de vaccins, a-t-il ajouté.

Précision militaire

La distribution d'un vaccin en Afrique serait « impossible » à l'heure actuelle, selon l'IATA, étant donné le manque de capacité de fret, la taille de la région et la complexité des passages frontaliers.

Le transport nécessitera une « précision presque militaire » et exigera des installations de refroidissement dans un réseau d'endroits où le vaccin sera entreposé.

Environ 140 vaccins sont en phase d'élaboration précoce, et environ deux douzaines sont actuellement mis à l'essai sur des personnes dans le cadre d'essais cliniques.

L'un d'entre eux est en cours d'élaboration par l'Université Oxford et se trouve déjà à un stade avancé d'expérimentation.

L'IATA a exhorté les gouvernements à commencer dès maintenant à planifier soigneusement leurs activités afin de s'assurer qu'ils seront bien préparés une fois que les vaccins seront approuvés et disponibles pour la distribution.

En plus de veiller à ce qu'ils soient manipulés et transportés à des températures contrôlées, la sécurité est une autre question.

« Les vaccins constitueront des produits de grande valeur. Des dispositions doivent être prises pour protéger les expéditions de l'altération et des vols », d'ajouter le responsable de l'IATA.

<https://www.bbc.com/news/business-54067499>

## Australie

**Un nouveau logiciel australien permet de suivre les mutations du coronavirus causant la COVID-19 qui menacent l'efficacité des vaccins.**

Source : ECNS

ID unique : [1007811953](#)

Des chercheurs australiens ont mis au point un nouvel outil pour aider à résoudre le problème des mutations du virus causant la COVID-19, qui pourraient rendre inefficaces les vaccins potentiels. Mercredi, l'équipe de l'Université de Melbourne a annoncé l'existence d'un nouveau logiciel, baptisé COVID-3D, lequel exploite les données génomiques et protéiques du virus pour aider à élaborer des vaccins et des médicaments plus efficaces.

« Bien que SRAS-CoV-2 soit un agent pathogène relativement nouveau, sa capacité à accumuler facilement des mutations dans ses gènes était évidente dès le début de cette pandémie », de dire le chef de projet et professeur associé David Ascher.

M. Ascher a expliqué que ces mutations peuvent compromettre la capacité des vaccins et des médicaments à se lier au virus ou à créer une réponse immunitaire spécifique contre celui-ci.

« C'est pourquoi les scientifiques doivent, non seulement essayer de contrôler le virus, mais aussi le devancer en prédisant son évolution au fil du temps », a-t-il déclaré.

Pour élaborer COVID-3D, M. Ascher et son équipe ont analysé les données de séquençage du génome de plus de 120 000 échantillons de SARS-CoV-2 provenant de personnes infectées dans le monde entier.

À l'aide de simulations informatiques, ils ont mis à l'essai et analysé les effets des mutations sur leur structure protéique, ce qui a permis à l'équipe de calculer tous les effets biologiques de chaque mutation possible au sein du génome.

En outre, pour aider à prendre en considération d'éventuelles variations futures, l'équipe a étudié les mutations des coronavirus apparentés SARS-CoV et Bat RaTG13.

Ils ont découvert que le SRAS-CoV-2, qui cause la COVID-19, mute jusqu'à présent plus lentement que d'autres virus comme celui de la grippe, avec environ deux nouveaux changements de son génome chaque mois.

M. Ascher a déclaré espérer que COVID-3D se révélera être une ressource puissante pour prédire les problèmes liés aux mutations et pour orienter la mise au point de thérapies plus efficaces pour combattre le virus.

<http://www.ecns.cn/news/2020-09-10/detail-ifzykiy4583750.shtml>

## Chine

### **Le vaccin en vaporisateur nasal élaboré par la Chine pour lutter contre la COVID-19 est approuvé pour des essais cliniques.**

Source : ECNS

ID unique : [1007811954](https://www.ecns.cn/news/2020-09-10/detail-ifzykiy4583754.shtml)

Des chercheurs de l'Université de Hong Kong (HKU) ont déclaré mercredi que les essais cliniques d'un vaccin en vaporisateur nasal pour lutter contre la COVID-19, élaboré conjointement par le département de microbiologie de l'université et des institutions continentales, ont été approuvés. Le laboratoire national des maladies infectieuses émergentes a travaillé sur le vaccin avec l'Université de Xiamen et la pharmacie biologique de Beijing Wantai. Spécial : Lutte contre le nouveau coronavirus

Des chercheurs de l'Université de Hong Kong (HKU) ont déclaré mercredi que les essais cliniques d'un vaccin en vaporisateur nasal pour lutter contre la COVID-19, élaboré conjointement par le département de microbiologie de l'université et des institutions continentales, ont été approuvés.

Le laboratoire national des maladies infectieuses émergentes a travaillé sur le vaccin avec l'Université de Xiamen et la pharmacie biologique de Beijing Wantai.

Il s'agit du premier vaccin en vaporisateur nasal de lutte contre la COVID-19 qui ait été approuvé par l'administration nationale chinoise des produits médicaux pour la pratique d'essais cliniques chez l'humain.

La HKU a déclaré dans un communiqué que sa stratégie de vaccination a été sélectionnée comme étant l'une des cinq technologies de vaccination par le ministère de la science et de la technologie pour une évaluation plus approfondie.

<http://www.ecns.cn/news/sci-tech/2020-09-10/detail-ifzykiy4583734.shtml>

## Russie

### **L'immunité collective contre la COVID-19 pourrait être atteinte d'ici l'automne 2021 : le directeur intérimaire de l'Institut de recherche sur la grippe**

Source : Interfax : Russie et CEI – Nouvelles générales  
ID : 1007814568

**SAINT-PÉTERSBOURG – Le 10 septembre (Interfax) – La vaccination et l'évolution naturelle de la COVID-19 pourraient mener à la formation d'une immunité collective d'ici l'automne 2021, a déclaré le directeur par intérim de l'Institut de recherche Smorodintsev sur la grippe Dmitri Lioznov.**

« Une maladie forme une immunité, nous sommes encore en train d'en évaluer la durée. Mais ceux qui ont été malades au printemps et en été ne retombent pas malades. Nous espérons que cette immunité sera plus ou moins durable. Nous pouvons former une immunité collective d'ici l'automne 2021 grâce à la vaccination et à l'évolution naturelle de la maladie », de déclarer M. Lioznov aux journalistes jeudi.

**Une immunité collective nécessite la présence d'anticorps chez 67 à 70 % de la population. La présence d'anticorps concerne actuellement environ 20 % des Russes, a-t-il dit.**

Plusieurs vaccins contre le coronavirus seront disponibles d'ici quelques mois, a-t-il déclaré.

« Plus de 100 vaccins sont en cours d'élaboration dans le monde. Nous attendons une percée dans les prochains mois, lorsque suffisamment de données seront accumulées. Les vaccins seront disponibles, ce n'est qu'une question de temps [nécessaire] pour l'homologation et la production de la quantité de vaccins nécessaire si l'on veut les rendre disponibles. Plusieurs médicaments de prévention seront disponibles au cours du prochain semestre », a déclaré M. Lioznov.

## Russie

**En vedette : Les essais cliniques du candidat-vaccin permettant de lutter contre la COVID-19 de l'Institut de recherche sur la grippe débuteront au début de 2021**

Source : Interfax : Résumé hebdomadaire de la santé et des produits pharmaceutiques de la Russie et de la CEI

ID : 1007814367

**L'Institut de recherche sur la grippe Smorodintsev (Saint-Pétersbourg) prévoit commencer les essais cliniques de son candidat-vaccin contre la COVID-19 au début de 2021.**

« Les essais précliniques ont dépassé la phase 1 des tests sur les animaux, et nous sommes en train de commencer la phase 2 des tests sur les animaux. Si nous avançons comme prévu, nous commencerons les essais cliniques sur des volontaires après le Nouvel An et nous obtiendrons les résultats finaux avant la fin de 2021 », de déclarer le directeur de l'institut de recherche, Dmitri Lioznov, lors d'une conférence de presse.

Le vaccin protégera potentiellement contre la grippe et les coronavirus, a-t-il déclaré.

« Le vaccin que nous créons repose sur le vecteur du virus de la grippe. Si nos travaux se déroulent comme prévu, le vaccin protégera à la fois contre la grippe et contre la COVID-19. L'accent sera principalement mis sur la COVID-19, mais il sera aussi efficace contre la grippe, ce qui, selon nous, sera son point fort », de dire M. Lioznov.

## Chine

**Des scientifiques chinois confirment l'efficacité du médicament russe contre la COVID-19.**

Source : vz.ru

ID : 1007814279

**Les données préliminaires d'études menées par des scientifiques chinois ont prouvé que le médicament russe « Triazawirine » est efficace dans la lutte contre la COVID-19, a déclaré Valery Charushin, vice-président de l'Académie des sciences de Russie.**

La « Triazawirine » a un effet positif dans la lutte contre la COVID-19 – elle réduit la durée de la maladie et atténue bon nombre de symptômes. Nous avons reçu cette information de la part du président de l'Université de médecine de Harbin, Jan Baofen. Jusqu'à présent, la réponse est officieuse, car la recherche n'est pas terminée. Le résultat est intermédiaire, nécessite des travaux plus poussés, mais, en général, l'effet est positif », de dire M. Charushin dans une déclaration sur le site Web de l'Université fédérale de l'Oural (URFU).

**Il a expliqué que la Chine a approuvé un protocole de recherche clinique (publié dans la revue internationale Engineering), selon lequel dix hôpitaux de la province de Heilongjiang ont mené des essais randomisés en double aveugle : sur le groupe témoin et sur les patients qui reçoivent le médicament,**

mais ne savent pas ce qu'ils reçoivent. Les études sont menées sur des patients présentant une gravité légère à modérée de la maladie.

Selon l'université, 245 patients participent à l'étude. Des études semblables sont en cours dans un certain nombre d'hôpitaux d'Ekaterinbourg.

Les études cliniques portant sur l'efficacité du médicament antiviral russe « Triazavirine » dans le traitement de l'infection au nouveau coronavirus ont commencé à l'hôpital municipal numéro 14 d'Ekaterinbourg, a déclaré Olga Kovtun, rectrice de l'Université médicale d'État de l'Oural (UGMU).  
<https://vz.ru/news/2020/9/10/1059804.html>

## Union européenne

### La Commission européenne conclut ses pourparlers avec le sixième et dernier fabricant de vaccins contre la COVID-19.

Source : [www.schengenvisainfo.com](http://www.schengenvisainfo.com)

ID : 1007813427

La Commission européenne a complété son portefeuille de vaccins contre la COVID-19 en concluant les pourparlers avec le sixième fabricant auprès duquel elle envisage d'acheter un vaccin potentiel.

Le 9 septembre, la Commission européenne a conclu des discussions avec BioNTech-Pfizer, une société allemande qui travaille avec la société Pfizer des États-Unis à l'élaboration d'un nouveau vaccin fondé sur l'ARN messager (ARNm) qui s'accompagnera d'un cadre contractuel par l'intermédiaire duquel l'Union européenne pourra recevoir le vaccin une fois qu'il aura été jugé sûr et efficace.

La Commission a l'intention d'acheter jusqu'à 300 millions de doses de vaccins à BioNTech-Pfizer avec :

- l'achat initial de 200 millions de doses pour tous les États membres de l'Union européenne;
- la possibilité d'acheter jusqu'à 100 millions de doses supplémentaires.

Selon la présidente de la Commission européenne, Ursula von der Leyen, grâce aux discussions conclues avec six fabricants de vaccins, les chances de la Commission de mettre en place et de déployer un vaccin sûr et efficace n'ont jamais été aussi grandes.

« Je suis heureuse d'annoncer que nous avons conclu les pourparlers avec BioNTech-Pfizer pour un premier achat de 200 millions de doses de futurs vaccins contre le coronavirus. C'est la sixième société pharmaceutique avec laquelle nous avons conclu des pourparlers ou signé un accord pour des vaccins potentiels, en un temps record », a-t-elle déclaré, soulignant une fois de plus que le coronavirus doit être vaincu partout.

La commissaire à la santé et à la sécurité alimentaire s'est montrée optimiste quant au fait que le portefeuille solide et diversifié de candidats vaccins augmentera les chances que la Commission dispose bientôt d'un vaccin qui l'aidera à vaincre la pandémie.

« C'était l'objectif de notre stratégie européenne de vaccination, et nous l'atteignons. Nous sommes optimistes quant au fait que, parmi ces candidats, il y aura un vaccin sûr et efficace contre la COVID-19 qui nous aidera à vaincre cette pandémie », a-t-elle déclaré.

Auparavant, la Commission avait tenu des pourparlers avec les entreprises suivantes, présentées par ordre chronologique :

Sanofi-GSK – pour l'achat de 300 millions de doses de vaccin, le 31 juillet.

Johnson et Johnson – pour l'achat initial de pas moins de 200 millions de doses, et un achat possible de jusqu'à 200 millions de doses de vaccins supplémentaires, conclu le 13 août.

Signature d'un accord d'achat anticipé avec AstraZeneca – pour l'achat de 300 millions de doses du vaccin d'AstraZeneca, avec une option d'achat de 100 millions de doses supplémentaires, le 14 août.

CureVac – pour l'achat initial de 225 millions de doses, le 18 août.

Moderna – pour l'achat initial de 80 millions de doses au nom de tous les États membres de l'Union européenne, plus une option pour acheter jusqu'à 80 millions de doses supplémentaires, le 24 août.

Depuis le 4 mai 2020, dans le cadre de la réponse mondiale au coronavirus, la Commission a dégagé près de 16 milliards d'euros afin de veiller à ce que nous disposions de vaccins de haute qualité, sûrs, efficaces et abordables dans un délai de 12 à 18 mois pour tous les citoyens européens.

<https://www.schengenvisainfo.com/news/eu-commission-completes-talks-with-sixth-last-covid-19-vaccine-manufacturer/>

## Turquie

### La Turquie envisage d'autoriser la phase III des essais du vaccin russe contre la COVID-19

Source : reuters.com

ID : 1007813425

ISTANBUL (Reuters) – La Turquie étudie une demande de la Russie à l'égard de la réalisation, sur son sol, d'essais de phase III du vaccin russe contre la COVID-19, a déclaré jeudi le ministre de la Santé Fahrettin Koca, ajoutant qu'une décision sera prise la semaine prochaine.

La Russie a annoncé la mise au point du vaccin « Sputnik-V », le premier vaccin contre un coronavirus homologué au monde, comme preuve de ses prouesses scientifiques. Mais la décision de Moscou d'approuver son vaccin avant la fin des essais cliniques a suscité des inquiétudes chez certains experts. S'adressant aux journalistes après s'être entretenu avec des responsables locaux de la santé dans le sud-est de la Turquie, M. Koca a déclaré que les travaux de la phase III avaient déjà commencé sur un vaccin provenant de Chine et sur le vaccin de Pfizer et a ajouté que la demande russe était en cours d'évaluation.

« Nous avons reçu une demande concernant les essais de phase III pour ce vaccin. Nous avons constaté que ce dossier de candidature était suffisant et que les efforts précliniques, ainsi que les travaux des phases I et II, étaient terminés », de déclarer M. Koca.

« Notre équipe scientifique chargée des vaccins aura fait son évaluation sur la question dans les prochains jours. Nous pourrions probablement autoriser les travaux de phase III pour le vaccin en Russie la semaine prochaine », a-t-il déclaré, ajoutant que des efforts d'élaboration de 13 vaccins différents déployés par les Turcs étaient en cours en Turquie, mais n'avaient jusqu'à présent pas dépassé les niveaux préalables à la phase I.

Les organismes de réglementation russes ont autorisé le vaccin pour un usage intérieur début août, après des essais initiaux à petite échelle sur l'humain. Le vaccin est actuellement mis à l'essai sur 40 000 personnes en Russie dans le cadre d'un essai qui a débuté le 26 août.

Le vaccin russe « SputnikV » est administré en deux doses, chacune étant fondée sur un vecteur différent qui cause normalement le rhume : les adénovirus humains Ad5 et Ad26. Certains experts ont déclaré que l'utilisation de ce mécanisme d'administration pourrait rendre un vaccin contre la COVID-19 moins efficace.

La Russie a déclaré qu'elle s'attendait à produire entre 1,5 et 2 millions de doses par mois d'ici la fin de l'année, augmentant progressivement sa production jusqu'à 6 millions de doses par mois.

<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-turkey-vaccine/turkey-considers-allowing-phase-iii-testing-of-russias-covid-19-vaccine-idUSKBN261392?il=0>

## Russie

### Les autorités de Moscou vont lever la quarantaine pour les patients dont les résultats aux tests de dépistage de la COVID-19 sont négatifs.

Source : Service Wire mondial

ID : 1007813280

La quarantaine obligatoire pour les résidents de Moscou atteints d'une infection virale respiratoire aiguë et dont les résultats aux tests de détection de la présence du nouveau coronavirus sont négatifs va être levée, a déclaré jeudi la vice-maire de Moscou Anastasia Rakova.

« Si un patient présente un résultat négatif au test de dépistage du coronavirus, il ne sera pas traité comme un patient atteint de la COVID-19 comme auparavant. Il sera considéré, soit comme un patient atteint d'une infection virale respiratoire aiguë, soit comme un patient grippé, et sera traité selon les algorithmes acceptés pour le traitement de ces maladies », a-t-elle déclaré au cours d'une entrevue diffusée sur la chaîne Russia-24.

Elle a fait remarquer que toute personne présentant des symptômes de rhume devrait subir un test de dépistage d'une infection au nouveau coronavirus. Selon la maire adjointe, les autorités de Moscou comptent sur une trajectoire stable pendant la période épidémiologique de l'automne et de l'hiver.

« Nous entrons maintenant dans une période complètement différente, celle de l'automne et de l'hiver, où la croissance objective de divers virus et infections est en cours. Et nous nous rendons compte qu'avec les patients atteints de la COVID-19, nous aurons un nombre assez important de patients atteints d'une infection virale respiratoire aiguë et de la grippe, ce qui est habituel pour la saison. Nous devons donc,



bien entendu, reconstruire l'ensemble du travail de notre système de santé publique dans la ville en mettant principalement l'accent sur les diagnostics différentiels et le choix du traitement en fonction du diagnostic final établi. Nous devons le faire afin de prévenir et d'exclure autant que possible la confluence des infections et des personnes infectées par la grippe ou une autre infection. C'est pourquoi nous avons repassé en revue tous les algorithmes de travail des cliniques externes, des cliniques internes et des ambulances, et nous les lancerons à partir de la semaine prochaine », a-t-elle ajouté.

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

### Canada

#### **COVID-19 : Des chercheurs de la Saskatchewan s'attaquent à la propagation des virus dans les systèmes de ventilation.**

Source : CTV News – Saskatoon

ID : 1007813273

SASKATOON – **Carey Simonson, chercheur en ingénierie de l'Université de la Saskatchewan, dirige une équipe chargée de mettre au point de l'équipement de test permettant de mesurer la manière dont les virus transmissibles par voie aérienne sont transférés dans les systèmes de ventilation des bâtiments.**

« Le SRAS-CoV-2 peut rester en suspension dans l'air pendant des heures et peut être transporté sur des dizaines de mètres à l'intérieur, et même plus loin dans les conduits d'air », a déclaré M. Simonson dans un communiqué de presse.

Le SRAS-CoV-2 est le virus responsable de la COVID-19.

« Nous voulons voir si les virus transmissibles par voie aérienne présents dans l'air d'évacuation des bâtiments sont renvoyés dans l'air frais d'approvisionnement utilisé pour ventiler et réduire les contaminants dans les bâtiments ».

Les recherches de M. Simonson seront axées sur la mise au point d'échangeurs d'air qui permettront d'économiser l'énergie sans contaminer l'air frais, en utilisant une membrane barrière pour empêcher la pénétration des virus et autres agents pathogènes microscopiques.

Il espère obtenir des résultats préliminaires dans six mois et, en cas de succès, des membranes efficaces pourraient être incorporées aux échangeurs d'air dans un délai d'un an, selon le communiqué.

M. Simonson est également co-chercheur dans le cadre d'un projet dirigé par Jafar Soltan, chercheur en ingénierie de l'Université de la Saskatchewan, qui vise à inactiver les agents pathogènes aérogènes à l'aide d'un dispositif d'assainissement de l'air à l'ozone.

M. Soltan mettra à l'essai l'efficacité et la faisabilité du dispositif pour une utilisation dans les systèmes de climatisation existants. Il espère obtenir des résultats dans un délai d'un an.

« La recherche permettra d'améliorer la qualité de l'air intérieur, réduisant le risque de propagation des agents pathogènes aérogènes dans les établissements de soins de santé, les résidences pour personnes âgées et les systèmes de transport en commun où il peut être difficile de maintenir la distanciation physique adéquate », a déclaré M. Soltan dans le communiqué.

Les deux projets sont financés par le Conseil de la recherche en sciences naturelles et en génie.

<https://saskatoon.ctvnews.ca/covid-19-sask-researchers-tackle-spread-of-viruses-in-ventilation-systems-1.5099583>

### Canada

#### **Réouverture des casinos et reprise des procès criminels en Ontario malgré une « pause » de quatre semaines dans l'assouplissement des mesures de santé publique annoncée cette semaine**

Source : CP24 (@CP24)

ID : 1007815389

Divers services publics, notamment les tribunaux criminels et les casinos, reprendront leurs activités au cours des quatre prochaines semaines, malgré la « pause » annoncée par la province dans l'annonce de nouvelles mesures d'assouplissement des restrictions imposées en raison de la COVID-19.

Les responsables provinciaux affirment qu'ils ne prévoient modifier d'aucune façon cette réouverture, malgré une augmentation constante des infections par la COVID-19 dans toute la province.



« Nous nous en tenons à ce qui est prévu pour l'instant et nous leur demandons de maintenir le cap, ainsi qu'aux centres de congrès », a déclaré le médecin-hygiéniste en chef de l'Ontario, le Dr David Williams, concernant la réouverture imminente des casinos.

Dès le 28 septembre, onze casinos d'OLG exploités par la Great Canadian Gaming Corporation prévoient rouvrir leurs portes et offriront un accès aux machines à sous, mais pas aux jeux de table.

Les onze casinos comprennent le Casino Woodbine à Etobicoke et le Casino Ajax, ainsi que des casinos à Belleville, Brantford, Peterborough, Port Perry et Elora.

**L'occupation dans les casinos sera limitée à 50 clients à la fois, conformément aux directives provinciales.**

**Par ailleurs, au moins 20 sites de la Cour de justice de l'Ontario prévoient de reprendre les audiences préliminaires et les procès criminels le 14 septembre.**

M. Williams a déclaré qu'il faut établir un équilibre entre les besoins croissants sur le plan des procès criminels et les préoccupations concernant l'infection dans les salles d'audience.

« Nous enregistrons des retards importants et il y a aussi beaucoup de problèmes à régler. La pression est forte, mais cela ne veut pas dire que nous ne pouvons pas le faire en toute sécurité », a-t-il déclaré, ajoutant qu'un grand nombre de mesures visant à favoriser la distanciation physique et les barrières physiques entre les participants aux audiences du tribunal ont été adoptées.

À Toronto, les comptoirs de service des tribunaux seront également ouverts au public à partir du 14 septembre, sur rendez-vous seulement.

<https://www.cp24.com/news/casinos-trials-set-to-resume-in-ontario-despite-pause-in-relaxing-public-health-measures-1.5099895> (en anglais)

## Canada

**Quelque 92 % des Canadiens sont d'accord pour dire que les enfants doivent être une priorité dans le cadre d'un plan de relance national face à la COVID-19 : Santé des enfants Canada**

Source : newswire.ca

ID : 1007814985

OTTAWA (Ontario), le 9 septembre 2020 /CNW/ - **Un nouveau sondage d'Abacus Data commandé par Santé des enfants Canada (SEC) révèle que la grande majorité des Canadiens se disent grandement préoccupés par l'avenir des enfants et des jeunes de notre pays. Parmi les personnes interrogées, 92 % sont convaincues que les enfants doivent être une priorité du gouvernement et de son plan d'intervention économique national pour répondre à la COVID-19, ainsi que dans le futur, puisque 70 % des personnes interrogées pensent que la pandémie aura des effets à long terme sur les enfants.**

Les résultats du sondage suggèrent une crainte évidente et générale puisque les Canadiens pensent que les conséquences les plus négatives concernent l'éducation formelle des enfants (70 %), la santé mentale et le bien-être des enfants (66 %) et leur développement social et émotionnel (66 %). En outre, 62 % des personnes interrogées pensent que la pandémie a accentué les inégalités entre les familles selon les revenus et le niveau de vie des ménages.

Ces résultats inquiétants sont révélés quelques jours seulement après que le rapport d'UNICEF Canada ait classé le Canada 30<sup>e</sup> sur 38 pays selon les mesures prises en matière de santé mentale et physique des enfants, de leur éducation et de la santé de leurs relations. Le rapport signale également que nous avons l'un des taux les plus élevés au monde de suicide chez les adolescents.

Toutefois, il est encore temps d'apporter des changements positifs, et aujourd'hui, Santé des enfants Canada demande officiellement au gouvernement fédéral de nommer un commissaire à l'enfance et à la jeunesse. Ce commissaire garantira que les enfants canadiens soient enfin entendus, ce dont nous avons désespérément besoin pour qu'ils fassent partie intégrante de toutes les conversations alors que nous continuons à nous battre pour la santé et la sécurité du pays qu'ils seront un jour amenés à diriger.

« Nous ne pouvons plus débattre ou discuter des conséquences de la COVID-19 sur nos enfants. Nous avons immédiatement besoin que les dirigeants fédéraux aient de nouvelles idées et prennent des mesures ambitieuses. Ce sont les jeunes qui subiront les conséquences les plus sévères de la pandémie

dont les retombées se feront sentir pendant des années à venir, si ce n'est des décennies. Si nous investissons dans nos enfants aujourd'hui, nous en récolterons les bénéfices et c'est ce type d'investissements dont notre pays a besoin. Nous devons agir dès maintenant », affirme Emily Gruenwoldt, présidente-directrice générale de Santé des enfants Canada.

Santé des enfants Canada a en plus demandé au gouvernement d'investir dans :

- la facilitation de l'accès en temps voulu aux services de santé pour les enfants
- la création d'une entreprise de recherche en santé pour les enfants

Santé des enfants Canada organise un point de presse virtuel le 9 septembre. Les médias pourront interroger les familles ayant des enfants touchés par la COVID-19, les directeurs d'hôpitaux pour enfants canadiens, des porte-parole locaux ainsi que la présidente et directrice générale de Santé des enfants Canada, Emily Gruenwoldt.

Pour obtenir de plus amples renseignements, nous vous invitons à lire les commentaires de notre consultation prébudgétaire et la recherche sur l'opinion publique : Les effets de la COVID-19 sur la vie des enfants au Canada.

<https://www.newswire.ca/news-releases/92-of-canadians-agree-children-must-be-a-priority-for-a-national-covid-19-recovery-plan-children-s-healthcare-canada-868377427.html> (en anglais)

## Canada

### **L'Alberta lance une carte en ligne pour suivre les cas de COVID-19 dans les écoles**

Source : CBC News

ID : 1007814982

L'Alberta lance une carte en ligne pour aider les parents à suivre les cas de COVID-19 dans les écoles de la province.

Le nouvel outil, dévoilé mercredi par la médecin-hygiéniste en chef, répertoriera toutes les écoles qui signalent au moins deux cas de la maladie sur une période de 14 jours où le virus aurait pu être acquis ou transmis au sein même de l'école.

Lors de sa conférence de presse, la D<sup>re</sup> Hinshaw a fait état de 16 cas confirmés de COVID-19 dans 16 différentes écoles. Elle a précisé que dans tous les cas, la maladie a été contractée en dehors du cadre scolaire.

« Jusqu'à présent, aucune des 16 écoles qui ont été signalées à Services de santé Alberta n'a atteint ce seuil », a-t-elle indiqué. « Si cela est nécessaire, à l'avenir, la carte répertoriera également les écoles qui sont passées au scénario 2 ou au scénario 3 pour protéger la santé des élèves. »

« Je sais que certains ont demandé pourquoi nous nous concentrons sur ce chiffre alors que d'autres sites font état de chiffres plus élevés », a-t-elle déclaré. « La réponse est que nous nous efforçons d'aider les parents à mieux comprendre le risque d'exposition auquel sont confrontés leurs enfants. »

« Je pense qu'il est important que j'explique pourquoi je privilégie cette approche. En tant que parent, apprendre qu'un enseignant ou un autre élève qui n'a jamais été à l'école alors qu'il était contagieux et qui a contracté la COVID-19 lors d'une fête ou pendant ses vacances ne m'aide pas à comprendre si mon enfant est exposé à un risque. »

« Dans un contexte scolaire, il n'y a de risque pour les élèves et le personnel que si une personne contagieuse est présente sur les lieux et qu'ils peuvent avoir été en contact avec cette personne. »

### Suivi des cas

La meilleure façon d'évaluer la sécurité est d'assurer un suivi des cas où une personne contagieuse a été présente à l'école et des cas où la transmission s'est produite à l'école, a déclaré la D<sup>re</sup> Hinshaw.

« Les autres chiffres ne sont pas pertinents pour évaluer le risque de transmission scolaire, et causent simplement de la confusion et de l'anxiété. »

La D<sup>re</sup> Hinshaw a expliqué que la province étudie les moyens de signaler toutes les écoles où on a recensé un seul cas d'une personne ayant passé du temps dans l'établissement alors qu'elle était contagieuse.

« Nous nous efforçons de comprendre les points de vue des intervenants du milieu scolaire sur ce sujet, car il est important que nous trouvions un équilibre entre la transparence et la confidentialité, comme nous le faisons toujours », a-t-elle déclaré. « Je tiendrai les Albertains au courant de l'évolution de ce travail dans les prochains jours. De notre côté, nous nous engageons à continuer d'améliorer la carte en ligne. »

Depuis plus de six mois, les Albertains voient le nombre de cas de COVID-19 augmenter et diminuer.

Cette maladie, qui a paralysé une grande partie de l'économie pendant des semaines, a maintenant infecté près de 15 000 personnes en Alberta, soit environ 3,3 personnes pour chaque tranche de 1 000.

Elle a causé 248 décès, principalement chez des personnes âgées.

Mercredi, la province a signalé 1 585 cas actifs, par rapport à 1 692 mardi, et 98 nouveaux cas.

La répartition des cas actifs par région effectuée mercredi va comme suit :

- Zone de Calgary : 655
- Zone d'Edmonton : 613
- Zone nord : 214
- Zone centrale : 48
- Zone sud : 45
- Inconnu : 10

Quarante-cinq personnes étaient hospitalisées pour la COVID 19, dont sept dans des unités de soins intensifs.

La province a procédé à 10 500 tests au cours des dernières 24 heures.

<https://www.cbc.ca/news/canada/edmonton/alberta-covid-19-coronavirus-deena-hinshaw-1.5717337> (en anglais)

## **Canada**

### **Les données préliminaires d'une étude montrent que les enfants canadiens présentent des symptômes de COVID-19 plus légers**

Source : CTVNews.ca – Top Stories – Public RSS

ID : 1007813667

**TORONTO -- Les premières recherches de la Société canadienne de pédiatrie indiquent que les enfants canadiens présentent des symptômes beaucoup plus légers de la COVID-19.**

**Les données du Programme canadien de surveillance pédiatrique (PCSP) montrent que 111 cas de COVID-19 chez les enfants ont été signalés au programme en date du 26 août. Chez ces enfants, le taux d'hospitalisation a été de 1,3 % seulement, alors qu'il était de 13,5 % chez les patients de tous âges.**

**En outre, les chercheurs notent qu'environ la moitié des enfants hospitalisés infectés par la COVID-19 ont été hospitalisés pour une autre raison. Par exemple, une infection par la COVID-19 a été découverte lors d'un dépistage systématique pour un rendez-vous préalablement fixé.**

**Aucun décès chez des enfants n'a été signalé au CPSP.**

« Alors que nous en apprenons davantage sur cette nouvelle maladie, nous espérons que ces résultats préliminaires donneront une certaine confiance aux familles alors que les enfants reprennent l'école en présentiel », a déclaré la D<sup>re</sup> Fatima Kakkar, investigatrice principale de l'étude et spécialiste des

maladies infectieuses pédiatriques au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine de Montréal, dans un communiqué de presse.

Plusieurs autres études indiquent que les enfants pourraient avoir plus de facilité à lutter contre la COVID-19 que les adultes. Une étude réalisée aux États-Unis, dont les résultats ont été révélés en début de semaine, indique que les enfants ont un risque presque égal d'être hospitalisés à cause de la grippe comparativement à la COVID-19.

Dans sa recherche, le PCSP note que les données ont été recueillies à une époque où les enfants ne fréquentaient pas l'école et n'étaient donc pas en contact étroit avec autant de personnes qu'à l'habitude, ce qui signifie que la surveillance des enfants demeure une priorité.

« Nous continuerons à assurer un suivi des cas et des tendances tout au long de l'automne, et nous communiquerons ces résultats aux cliniciens et aux décideurs de la santé publique », a déclaré le Dr Shaun Morris, spécialiste des maladies infectieuses pédiatriques et chercheur principal de l'étude à l'Hôpital pour enfants malades de Toronto.

En mai, les cas de COVID-19 chez les enfants ont été élargis pour inclure les enfants qui avaient contracté le syndrome inflammatoire multisystémique de l'enfant (SIME), une affection étroitement associée à la COVID-19. Le SIME provoque une inflammation de plusieurs parties du corps, notamment le cœur, les poumons et les yeux.

Cette recherche n'a pas inclus d'enfants ayant reçu un diagnostic de SIME, bien que le CPSP analyse actuellement des données supplémentaires et espère fournir des résultats bientôt.

<https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/early-data-shows-canadian-children-experience-milder-covid-19-symptoms-study-1.5099907> (en anglais)

## Canada

### **Parler à voix basse réduit la dispersion des particules de coronavirus, selon les chercheurs**

Source : *National Post*

ID unique : [1007810951](#)

TOKYO – Établir des zones silencieuses dans les espaces intérieurs à haut risque, tels que les hôpitaux et les restaurants, pourrait contribuer à réduire les risques de contagion par les coronavirus, ont déclaré des chercheurs, après qu'une étude ait montré que parler à voix plus basse peut réduire la propagation de la maladie.

Dans le cadre des efforts visant à limiter la transmission, une réduction de 6 décibels du niveau moyen de la parole peut avoir le même effet que doubler la ventilation dans une pièce, ont déclaré les scientifiques mercredi, dans une version préliminaire d'un document décrivant leur étude.

Les résultats suggèrent que les autorités de santé publique devraient envisager la mise en place de « zones silencieuses » dans les environnements intérieurs à haut risque, comme les salles d'attente des hôpitaux ou les salles à manger », ont écrit les six chercheurs de l'Université de la Californie à Davis.

En juillet, l'Organisation mondiale de la Santé a modifié ses directives, reconnaissant la possibilité d'une transmission par les aérosols, par exemple pendant les répétitions de chorales ou dans les restaurants ou les cours de conditionnement physique.

Les gouttelettes microscopiques éjectées pendant la conversation s'évaporent pour laisser derrière elles des particules d'aérosol assez grosses pour transporter un virus viable, a décrit l'article. Une augmentation d'environ 35 décibels de l'intensité sonore, soit la différence entre un chuchotement et un cri, multiplie par 50 le taux d'émission de particules.

<https://nationalpost.com/pm/entertainment-pmn/speak-softly-and-scatter-fewer-coronavirus-particles-say-researchers> (en anglais)

## États-Unis

### **Expositions communautaires et de contacts étroits associés à la COVID-19 chez des adultes symptomatiques âgés de 18 ans ou plus dans 11 établissements de soins ambulatoires aux États-Unis, juillet 2020**

Source : Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)

ID : 1007813447

Expositions communautaires et de contacts étroits associés à la COVID-19 chez des adultes symptomatiques âgés de 18 ans ou plus dans 11 établissements de soins ambulatoires aux États-Unis, juillet 2020

Hebdomadaire / 11 septembre 2020 / 69(36);1258-1264

Que connaît-on déjà à ce sujet?

Les expositions communautaires et de contacts étroits contribuent à la propagation de la COVID-19.

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

Les résultats d'une étude cas-témoin menée chez des patients symptomatiques en consultation externe dans 11 établissements de santé des États-Unis ont montré qu'un contact étroit avec des cas connus de COVID-19 ou la fréquentation de lieux où il est possible de manger et boire sur place était associé à la positivité au test de dépistage de la COVID-19. Les adultes ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage du SRAS-CoV-2 avaient environ deux fois plus de chances d'avoir déclaré avoir mangé au restaurant que ceux ayant obtenu un résultat négatif.

Quelles sont les répercussions pour les pratiques de santé publique?

Manger et boire sur place dans des endroits qui offrent de telles possibilités pourraient être des facteurs de risque importants associés à l'infection par le SRAS-CoV-2. Des efforts visant à réduire l'exposition possible lorsque le port du masque et la distanciation sociale sont difficiles à maintenir, comme lorsque l'on mange et que l'on boit, doivent être envisagés pour protéger les clients, les employés et les communautés.

Indicateurs de l'article

Les expositions communautaires et de contacts étroits continuent à alimenter la pandémie de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). Les CDC et d'autres autorités de santé publique recommandent des stratégies d'atténuation communautaires pour réduire la transmission du SRAS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19 (1,2). La caractérisation des expositions communautaires peut être difficile à évaluer lorsque la transmission est généralisée, en particulier la transmission par des personnes asymptomatiques au sein de communautés intrinsèquement interconnectées. Les expositions potentielles, telles que les contacts étroits avec un cas confirmé de COVID-19, ont été principalement évaluées parmi les cas de COVID-19, sans groupe de comparaison non infecté par la COVID-19 (3,4). Pour évaluer les expositions communautaires et de contacts étroits associées à la COVID-19, les expositions déclarées par les patients (154) ont été comparées aux expositions déclarées par les participants témoins (160). Les patients étaient des adultes symptomatiques (personnes âgées de 18 ans ou plus) présentant une infection par le SRAS-CoV-2 confirmée au moyen d'un test utilisant la méthode RT-PCR (transcription inverse avec réaction en chaîne de la polymérase). Les participants témoins étaient des adultes symptomatiques en consultation externe provenant des mêmes établissements de soins de santé et ayant reçu des résultats négatifs au test de dépistage du SRAS-CoV-2. Un contact étroit avec un cas connu de COVID-19 a été plus souvent signalé chez les patients (42 %) que chez les participants témoins (14 %). Les patients étaient plus susceptibles que les participants témoins d'avoir déclaré avoir mangé dans un restaurant (tout endroit désigné par le restaurant, y compris les places assises à l'intérieur, les terrasses et les places assises à l'extérieur) au cours des deux semaines précédant le début de la maladie (rapport de cotes ajusté [RCa] = 2,4; intervalle de confiance [IC] à 95 % = 1,5 à 3,8). En limitant l'analyse aux participants sans contact étroit connu avec un cas confirmé de COVID-19, les patients étaient plus susceptibles de déclarer avoir mangé au restaurant (RCa = 2,8, IC à 95 % = 1,9 à 4,3) ou avoir fréquenté un bar ou un café (RCa = 3,9, IC à 95 % = 1,5 à 10,1) que les participants témoins. Les expositions et les activités où le port du masque et la distanciation sociale sont difficiles à maintenir, notamment la fréquentation de lieux où l'on peut manger ou boire sur place, peuvent être des facteurs de risque importants d'infection par la COVID-19. Avec la réouverture des communautés, il convient d'envisager des mesures visant à réduire les expositions possibles dans les endroits qui offrent des possibilités de manger et de boire sur place afin de protéger les clients, les employés et les communautés.

Cette étude a été menée chez des adultes âgés de 18 ans ou plus qui ont subi un premier test de dépistage de l'infection par le SRAS-CoV-2 dans un centre de dépistage ambulatoire ou de soins de santé dans l'un des 11 sites du réseau Critically Ill (IVY)\* au cours de la période du 1<sup>er</sup> au 29 juillet 2020 (5). Un cas de COVID-19 a été confirmé par un test de polymérase en chaîne en temps réel (RT-PCR) pour le SRAS-CoV-2 à partir d'échantillons respiratoires. Les tests variaient selon les installations. Chaque site a généré des listes d'adultes testés au cours de la période d'étude par résultat de laboratoire; les adultes dont l'infection par la COVID-19 a été confirmée en laboratoire ont été

sélectionnés par échantillonnage aléatoire en tant que patients. Pour chaque patient, deux adultes ayant obtenu des résultats négatifs au test RT-PCR pour le SRAS-CoV-2 ont été sélectionnés au hasard comme participants témoins et ont été appariés selon l'âge, le sexe et le lieu de l'étude. Après la répartition aléatoire et l'appariement, 615 patients potentiels et 1 212 participants témoins ont été identifiés et contactés 14 à 23 jours après la date à laquelle ils ont reçu le test de dépistage du SRAS-CoV-2. Des questions de présélection ont été posées pour identifier les adultes admissibles. Les adultes admissibles à l'étude étaient symptomatiques au moment de leur premier test de dépistage du SRAS-CoV-2.

Le personnel du CDC a administré des entretiens structurés par téléphone en anglais ou dans cinq autres langues†. Les données ont été saisies dans le logiciel REDCap (6). Parmi les 802 adultes contactés qui ont accepté de participer (295 patients et 507 participants témoins), 332 ont déclaré des symptômes au moment du test de dépistage initial du SARS-CoV-2 et ont été inscrits à l'étude. Dix-huit interviews ont été exclues en raison de la non-réponse aux questions sur l'exposition communautaire. L'échantillon analytique final (314) comprenait 154 patients (résultats positifs au test de dépistage du SARS-CoV-2) et 160 participants témoins (résultats négatifs au test de dépistage du SARS-CoV-2). Parmi les non-participants, 470 n'étaient pas admissibles (c'est-à-dire qu'ils n'étaient pas symptomatiques ou avaient subi plusieurs tests), et 163 ont refusé de participer. Cette activité a été examinée par les CDC et les sites participants et a été menée conformément aux lois fédérales applicables et à la politique du CDC.§

Les données recueillies comprenaient des caractéristiques démographiques, des renseignements sur les affections chroniques sous-jacentes,¶ les symptômes, la convalescence (auto-évaluation de la santé physique et mentale), les contacts étroits (à moins de 1,80 m pendant au moins 15 minutes) avec un cas connu de COVID-19, l'exposition sur le lieu de travail, le port du masque et les activités communautaires moins de 14 jours avant l'apparition des symptômes. Les participants ont été interrogés sur le port du masque et les éventuelles activités où peut se produire une exposition communautaire (par exemple, les rassemblements avec moins ou plus de 10 personnes dans une résidence, les courses, les repas au restaurant, la fréquentation de bureaux, de salons, de gymnases, de bars/café ou d'églises/rassemblements religieux, ou l'utilisation des transports publics) sur une échelle de type Likert à cinq points allant de « Jamais » à « Plus d'une fois par jour » ou « Toujours ». Pour l'analyse, les réponses concernant les activités communautaires ont été dichotomisées comme suit : « jamais » par rapport à une ou plusieurs fois au cours des 14 jours précédant l'apparition de la maladie. Pour chaque activité signalée, les participants ont été invités à quantifier le degré d'observance des recommandations telles que le port d'un masque facial ou la distanciation sociale avec les autres personnes présentes à cet endroit, les réponses allant de « Aucune » à « Presque toutes ». Des analyses descriptives et statistiques ont été effectuées pour comparer les patients avec les participants témoins, en évaluant les différences dans les caractéristiques démographiques, l'exposition communautaire et les contacts étroits. Bien qu'un effort ait été fait au départ pour appairer les patients aux cas-témoins dans un rapport de 1:2, certains participants potentiels n'étaient pas admissibles ou n'ont pas terminé une entrevue; une analyse non appariée a donc été effectuée. Des modèles de régression logistique non conditionnelle comprenant des équations d'estimation généralisées à structure de corrélation échangeable afin de corriger les estimations de l'erreur standard pour le regroupement au niveau du site ont été utilisés pour évaluer les différences sur le plan de l'exposition communautaire entre les patients et les participants témoins, en ajustant selon l'âge, le sexe, la race/ethnicité et la présence d'une ou plusieurs maladies chroniques sous-jacentes. Dans chaque modèle, le résultat du test de dépistage du SARS-CoV-2 (c'est-à-dire positif ou négatif) était la variable des résultats, et chaque activité d'exposition communautaire était la variable de prédiction. Le premier modèle comprenait l'échantillon analytique complet (314). Un deuxième modèle a été limité aux participants qui n'ont pas signalé de contact étroit avec un cas de COVID-19 (89 patients et 136 participants témoins). Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SAS (version 9.4; SAS Institute).

Par rapport aux patients, les participants du groupe témoin étaient plus susceptibles d'être blancs non hispaniques ( $p < 0,01$ ), de détenir un diplôme universitaire ou supérieur ( $p < 0,01$ ) et de déclarer au moins une maladie chronique sous-jacente ( $p = 0,01$ ) [Tableau]. Au cours des 14 jours précédant l'apparition de la maladie, 71 % des patients et 74 % des témoins ont déclaré avoir toujours porté des masques en tissu ou d'autres types de masques lorsqu'ils étaient en public. Des contacts étroits avec un ou plusieurs cas connus de COVID-19 ont été signalés par 42 % des patients par rapport à 14 % des



participants témoins ( $p < 0,01$ ), et la plupart des contacts étroits (51 %) étaient avec des membres de la famille.

Environ la moitié des participants ont déclaré avoir fait des courses et rendu visite à d'autres personnes à l'intérieur d'une résidence (groupes de 10 personnes ou moins) au moins un jour au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes. Aucune différence significative n'a été observée dans l'analyse à deux variables entre les patients et les participants témoins en ce qui concerne les courses, les rassemblements de 10 personnes ou moins dans une résidence, la fréquentation de bureaux et de salons de coiffure, les rassemblements de plus de 10 personnes dans une résidence, la fréquentation des gyms, l'utilisation des transports publics, les bars et cafés, ou la fréquentation d'églises et les rassemblements religieux. Cependant, les patients étaient plus susceptibles que les participants témoins d'avoir déclaré avoir mangé au restaurant (RCa = 2,4, IC à 95 % = 1,5 à 3,8) au cours des deux semaines précédant le début de la maladie (Figure). En outre, lorsque l'analyse a été limitée aux 225 participants qui n'ont pas déclaré avoir eu récemment un contact étroit avec un cas connu de COVID-19, les patients étaient plus susceptibles que les participants du groupe témoin d'avoir déclaré avoir mangé au restaurant (RCa = 2,8, IC à 95 % = 1,9 à 4,3) ou avoir fréquenté un bar/café (RCa = 3,9, IC à 95 % = 1,5 à 10,1). Parmi les 107 participants qui ont déclaré avoir mangé au restaurant et les 21 participants qui ont déclaré être allés dans un bar/café, les patients étaient moins susceptibles de déclarer avoir observé que presque tous les clients du restaurant respectaient des recommandations telles que le port du masque ou la distanciation sociale ( $p = 0,03$  et  $p = 0,01$ , respectivement). Zhanar Haimovich, Northrop Grumman; Sherri Pals, Division of Global HIV & TB, Center for Global Health, CDC.

Chercheurs du IVY Network

Kimberly W. Hart, Vanderbilt University Medical Center; Robert McClellan, Vanderbilt University Medical Center; Hsi-nien Tan, Vanderbilt University Medical Center; Adrienne Baughman, Vanderbilt University Medical Center.

[https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6936a5.htm?s\\_cid=mm6936a5\\_x](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6936a5.htm?s_cid=mm6936a5_x) (en anglais)

## Étude

### Une étude révèle que le taux d'infection par la COVID-19 chez les chats pourrait être plus élevé que prévu

Source : CTV

ID unique : [1007808375](#)

TORONTO -- Une nouvelle étude suggère que le taux d'infection par le nouveau coronavirus chez les chats pourrait être beaucoup plus élevé que ce que l'on croyait jusqu'à maintenant, ce qui pourrait signifier qu'ils disposent de moyens uniques pour lutter contre le virus.

Les résultats, qui ont été publiés la semaine dernière dans la revue *Emerging Microbes & Infections*, décrivent comment des chercheurs de l'Université agricole de Huazhong ont prélevé des échantillons de sérum auprès de 102 chats à Wuhan, en Chine, suite à l'épidémie de COVID-19.

Des anticorps dirigés contre la COVID-19 ont été décelés chez 15 chats sur 102.

Onze de ces chats avaient également des anticorps neutralisants, qui se lient si étroitement au virus qu'ils empêchent l'infection.

Sur les onze chats, quatre provenaient de cliniques vétérinaires, quatre avaient été abandonnés et trois appartenaient à des propriétaires chez qui on avait diagnostiqué la COVID-19.

« Les trois chats présentant les niveaux d'anticorps les plus élevés appartenaient tous à des patients chez qui on avait diagnostiqué la COVID-19 », selon un communiqué de presse sur l'étude.

Comme les anticorps ont été décelés chez les chats après l'épidémie humaine de Wuhan, selon les chercheurs, il semble fort probable que les chats en question ont été infectés par des humains.

Cependant, aucun des chats ayant des anticorps n'a reçu de résultat positif pour la COVID-19, n'a eu de symptômes ou n'est mort en raison du virus.

Des rapports précédents ont montré que les chats peuvent obtenir un résultat positif au test de la COVID-19. Cette nouvelle recherche suggère que si ces chats n'ont pas reçu de résultat positif, il est possible que d'autres chats aient contracté le virus et développé des anticorps, mais n'aient pas reçu de résultat positif.

Deux des chats présentant les niveaux d'anticorps les plus élevés appartenaient au même propriétaire, qui avait contracté la COVID-19. Les chercheurs ont pu suivre ces deux chats sur une période plus

longue que les autres pour mesurer la durée d'activité des anticorps chez les chats. L'activité des anticorps a atteint son maximum environ 10 jours après la détection, au début du mois de mars, mais a ensuite diminué rapidement.

En juin, les chats n'avaient pratiquement plus d'anticorps neutralisants.

Les chercheurs ont noté que bien que les chats aient développé des anticorps, la nature transitoire de la réponse des anticorps dans leur organisme était plus proche de la réaction à un virus saisonnier, par opposition à une immunité plus durable, ce qui indique que les chats pourraient maintenant être exposés à un risque de réinfection.

Jusqu'à présent, il n'existe aucune preuve de transmission du virus du chat à l'homme, et on ne sait pas grand-chose sur la transmission de l'homme au chat, mais les chercheurs ont noté qu'il fallait quand même faire preuve de prudence avec les animaux de compagnie.

Selon l'étude, certaines mesures préventives devraient être mises en œuvre pour maintenir une distance appropriée entre les patients atteints de la COVID-19 et les animaux de compagnie tels que les chats et les chiens, et des mesures d'hygiène et de quarantaine devraient également être établies pour ces animaux présentant un risque élevé.

Étude : <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/22221751.2020.1817796> (en anglais)

<https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/cats-may-be-contracting-covid-19-at-a-higher-rate-than-thought-before-study-1.5098382> (en anglais)

### Tour d'horizon des actualités pour le 10 septembre 2020

Source : CIDRAP

ID : 1007814078

Enquête : 41 % des Américains ont évité de recevoir des soins médicaux en raison la COVID-19

Les résultats d'une enquête nationale montrent aujourd'hui que 40,9 % des Américains ont évité de recevoir des soins médicaux en raison de la pandémie du nouveau coronavirus, dont 12,0 % ont évité les soins d'urgence et 31,5 %, les soins courants. Les résultats sont publiés dans le rapport Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR).

Au total, 5 412 adultes ont répondu à l'enquête en ligne, qui a été réalisée au cours de la dernière semaine de juin. Les jeunes adultes de 18 à 24 ans étaient les plus nombreux à indiquer qu'ils ont évité de se faire soigner en raison de la COVID-19 (30,9 % pour les soins d'urgence ou de secours; 57,2 % pour tous les soins confondus), suivis par les soignants adultes non rémunérés (29,8 % pour les soins d'urgence; 64,3 % pour les soins courants), et les adultes hispaniques (24,6 %; 55,5 %). Des adultes handicapés ont également indiqué avoir retardé des soins médicaux.

« Ces résultats concordent avec des rapports récents selon lesquels les hospitalisations, les visites générales aux urgences et le nombre de visites aux urgences pour une crise cardiaque, un accident vasculaire cérébral ou une crise hyperglycémique ont diminué depuis le début de la pandémie », ont écrit les auteurs, ajoutant que « les décès supplémentaires directement ou indirectement liés à la COVID-19 ont augmenté en 2020 par rapport aux années précédentes ».

Les auteurs ont expliqué que le retard pour obtenir des soins ou l'évitement de ceux-ci peut être attribuable en partie aux ordonnances de rester à la maison, à la crainte de contracter le virus et de le transmettre ensuite aux bénéficiaires de soins et aux préoccupations générales concernant le virus.

11 sept. Étude du MMWR

Une étude souligne le coût élevé de la réponse à la COVID-19 pour les pays à faible revenu

Une étude de modélisation menée par des chercheurs de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) estime que les coûts des soins de santé associés au traitement de la COVID-19 dans les pays à revenus faible et intermédiaire s'élèvent à plus de 52 milliards de dollars par mois, un montant qui pourrait tripler en 3 mois si on ne parvient pas à réduire la transmission du coronavirus.

Dans l'étude, publiée hier dans The Lancet Global Health, les chercheurs ont projeté le nombre de cas de COVID-19 pour 73 pays à revenus faible et intermédiaire après le 26 juin sur la base d'un modèle

épidémiologique créé par l'Imperial College de Londres, puis ont calculé les coûts des soins de santé supplémentaires associés à la mise en œuvre d'un plan stratégique de préparation et de réponse pour des périodes de 4 et 12 semaines, selon trois scénarios : un scénario de statu quo dans lequel les niveaux de transmission actuels sont maintenus, une augmentation de 50 % de la transmission et une diminution de 50 % de la transmission.

Les coûts estimés sont basés sur les neuf piliers du plan stratégique de préparation et de réponse définis par l'OMS en février, qui comprennent les coûts du personnel de santé, des équipements (tels que les tests de diagnostic et les équipements de protection individuelle) et des infrastructures (telles que les hôpitaux de campagne et les laboratoires de diagnostic). Les coûts associés à l'isolement et à la quarantaine n'ont pas été inclus dans l'analyse.

Le coût total dans le cadre du scénario de statu quo s'élevait à 52,4 milliards de dollars sur 4 semaines, ce qui représente un coût par habitant de 8,60 \$. Dans le cas d'une diminution ou d'une augmentation de 50 % de la transmission, les coûts ont été estimés à 33,08 milliards de dollars et 61,92 milliards de dollars, respectivement. Dans le cas de la période de 12 semaines, les coûts tripleraient dans le scénario de statu quo et d'augmentation de la transmission, tandis que les coûts associés au scénario de réduction de 50 % sur 12 semaines seraient égaux au coût du scénario de statu quo sur 4 semaines. Dans le scénario de statu quo, les principaux facteurs de coûts étaient la gestion des cas (54 % des coûts), le maintien des services de santé essentiels (21 %), l'intervention rapide et l'enquête sur les cas (14 %) et la prévention et le contrôle des infections (9 %).

Les auteurs affirment que les résultats soulignent l'importance d'une réponse rapide et complète pour limiter la propagation du virus.

« Les coûts d'une réponse à la COVID-19 dans le secteur de la santé vont augmenter, en particulier si la transmission augmente », a déclaré dans un communiqué de presse Agnès Soucat, Ph. D., directrice du département de la gouvernance et du financement des systèmes de santé à l'OMS et co-auteure de l'étude. « Il sera donc vital d'instituer des mesures rapides et complètes pour limiter la propagation du virus si nous voulons préserver les ressources et appuyer l'intervention. »

Étude sur la santé mondiale publiée dans Lancet, 9 septembre  
Communiqué de presse de Lancet, 9 septembre

Taux élevé de conséquences graves observé chez des jeunes adultes atteints de la COVID  
Une étude publiée hier dans JAMA Internal Medicine montre que les jeunes adultes ne sont pas immunisés contre les conséquences graves de la COVID-19, en particulier les hommes jeunes présentent une obésité morbide et une hypertension artérielle.

Dans cette étude, des chercheurs du Brigham and Women's Hospital de Boston ont identifié et recueilli des données sur 3 222 jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans chez qui un diagnostic de COVID-19 a été posé et qui ont reçu leur congé de l'hôpital entre le 1<sup>er</sup> avril et le 30 juin. Au cours de leur hospitalisation, 684 de ces jeunes adultes (21 %) ont eu besoin de soins intensifs, 331 (10 %) ont eu besoin d'une ventilation mécanique et 88 (2,7 %) sont décédés.

Une obésité morbide a été observée chez 140 patients (41 %) qui sont décédés ou ont eu besoin d'une ventilation mécanique. Plus de la moitié des patients nécessitant une hospitalisation étaient de race noire ou hispanique.

En utilisant une analyse de régression logistique à plusieurs variables, les chercheurs ont déterminé que l'obésité morbide (rapport de cotes ajusté [RCa], 2,30; intervalle de confiance [IC] à 95 %, 1,77 à 2,98;  $p < 0,001$ ), l'hypertension (RCa, 2,36; IC à 95 %, 1,79 à 3,12;  $p < 0,001$ ) et le sexe masculin (RCa, 1,53; IC à 95 %, 1,20 à 1,95;  $p = 0,001$ ) étaient associés à un plus grand risque de décès ou de ventilation mécanique. Le diabète a été associé à un risque accru de ces conséquences dans l'analyse à variable unique, mais n'a pas atteint le seuil de signification statistique après ajustement (RCa, 1,31; IC à 95 %, 0,99 à 1,73;  $p = 0,06$ ). Les risques de décès ou de ventilation mécanique ne variaient pas de manière significative selon la race ou l'origine ethnique.

Les patients présentant de multiples facteurs de risque (obésité morbide, hypertension et diabète) étaient exposés à des risques similaires à ceux observés chez 8 862 adultes d'âge moyen (35 à 64 ans) qui ne présentaient pas ces affections.

« Compte tenu de la forte augmentation des taux d'infection par la COVID-19 chez les jeunes adultes, ces résultats soulignent l'importance des mesures de prévention des infections dans cette tranche d'âge », ont écrit les auteurs.

Lettre de recherche du JAMA Intern Med, 9 septembre

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/news-scan-sep-10-2020> (en anglais)

## Royaume-Uni

### La perforation pulmonaire, une autre complication possible de la COVID

Source : CIDRAP – Toutes les actualités

ID : 1007813951

Selon une série de cas d'observation multicentrique publiée hier dans le European Respiratory Journal, jusqu'à 1 patient sur 100 hospitalisé pour la COVID-19 peut présenter un pneumothorax, ou une perforation pulmonaire.

Le pneumothorax survient généralement chez les jeunes hommes de très grande taille ou chez les patients plus âgés atteints d'une grave maladie pulmonaire sous-jacente. Toutefois, des chercheurs de l'Université Cambridge ont identifié des patients atteints de la COVID-19 qui n'avaient aucune de ces caractéristiques et ont présenté une perforation pulmonaire ou un pneumomédiastin (fuite d'air ou de gaz d'un poumon dans la zone située entre les poumons) de mars à juin dans 16 hôpitaux britanniques.

« Nous avons commencé à voir des patients [atteints de la COVID-19] qui présentaient une perforation pulmonaire, même parmi ceux qui n'étaient pas sous ventilation », a déclaré Stefan Marciniak, MB BChir, Ph. D., de l'Université Cambridge, dans un communiqué de presse. « Pour voir s'il existait un véritable lien, j'ai lancé un appel à mes collègues du domaine des maladies respiratoires de tout le Royaume-Uni sur la plateforme Twitter. La réaction a été spectaculaire – à l'évidence, d'autres spécialistes du domaine observaient le même phénomène ».

Soixante des 71 patients atteints de la COVID-19 inclus dans l'étude présentaient une perforation pulmonaire, dont deux ayant eu des épisodes différents de pneumothorax, ce qui donne un total de 62 perforations. Six des 60 patients atteints de pneumothorax avaient également un pneumomédiastin, tandis que 11 patients ne présentaient qu'un pneumomédiastin.

Âge, acidose et survie

Neuf patients présentant un essoufflement à leur arrivée à l'hôpital ont reçu un diagnostic de perforation pulmonaire confirmé par radiographie pulmonaire, et cinq d'entre eux ont été hospitalisés de nouveau après un traitement pour la COVID-19 (4 patients) ou ont été infectés par le coronavirus à l'hôpital (1). Tous les patients de ce groupe avaient plus de 40 ans, et seuls deux d'entre eux présentaient une maladie pulmonaire sous-jacente.

Sept des neuf patients ont eu besoin d'un drain thoracique. Deux (22 %) sont décédés 7 et 10 jours après la survenue du pneumothorax; un de ces patients n'a pas eu besoin de drain thoracique et l'autre a fait enlever le drain après la guérison du pneumothorax. Les sept autres patients ont reçu leur congé de l'hôpital après un séjour médian de 7 jours.

Quatorze patients ont présenté un pneumothorax pendant leur hospitalisation alors qu'ils respiraient sans aide dans une unité générale ou de maladies respiratoires; six d'entre eux ont été diagnostiqués par hasard. Trois patients recevaient une ventilation non invasive au moment du diagnostic. Onze patients ont eu besoin de drains thoraciques, tandis qu'un autre a dû subir une intervention chirurgicale. Trois patients (21 %) sont décédés, les autres ont reçu leur congé de l'hôpital après un séjour médian de 35 jours, et l'un d'entre eux a été hospitalisé de nouveau plus tard en raison d'un pneumothorax à l'autre poumon.

Trente-huit patients ont présenté au total de 39 perforations pulmonaires alors qu'ils recevaient une ventilation invasive; 26 n'ont eu besoin que d'une ventilation invasive, tandis que 12 ont eu besoin d'un apport en oxygène dans le sang hors de l'organisme.

Chez les 26 patients n'ayant eu besoin que d'une ventilation invasive, la perforation pulmonaire a été diagnostiquée par hasard ou parce qu'ils avaient besoin de plus d'oxygène, ce qui a révélé une

hypercapnie (excès de dioxyde de carbone causé par une respiration trop superficielle ou trop lente) et une acidose (accumulation d'acide causée par un dysfonctionnement pulmonaire ou rénal). Sept patients ont reçu un drain thoracique et huit ont survécu pendant au moins 28 jours.

Aucune différence significative n'a été constatée dans la survie à 28 jours après une perforation pulmonaire ou un pneumomédiastin (63,1 % par rapport à 53 %;  $P = 0,85$ ) ou entre les hommes et les femmes (62,5 % par rapport à 68,4 %,  $P = 0,62$ ). Cependant, les hommes ont trois fois plus de risques de présenter un pneumothorax que les femmes, ce qui, selon les auteurs, pourrait être dû au fait que les hommes atteints de la COVID-19 semblent prédisposés à forme plus grave de la maladie. Aucun patient n'a eu besoin de traitement pour le pneumomédiastin.

Chez les patients de 70 ans et plus, le taux de survie n'était que de 41,7 %, par rapport à 70,9 % chez les patients plus jeunes ( $P = 0,02$ ), et les patients présentant une acidose n'avaient que 35,1 % de chance de survie à 28 jours, par rapport à 82,4 % de leurs pairs, quel que soit leur âge.

Une maladie grave, mais traitable

Les auteurs ont noté que de petites études rétrospectives antérieures suggéraient que des perforations pulmonaires pouvaient se produire chez 1 % des patients hospitalisés pour la COVID-19 et des patients mourant des suites de leur infection, et chez 2 % de ceux ayant besoin de soins intensifs, tandis qu'une autre étude estimait à 15 % les taux de barotraumatisme (pneumothorax et pneumomédiastin).

Un cas signalé hier en Chine souligne l'importance d'être sur ses gardes en cas de pneumothorax spontané, ou d'affaissement soudain des poumons, en particulier chez les patients atteints de la COVID-19 qui ont des lésions pulmonaires graves et prolongées.

Des études ont également suggéré que d'autres coronavirus pourraient contribuer au pneumothorax. Dans une étude menée en 2004, le SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère) a également été associé à un pneumothorax spontané, qui est survenu chez 1,7 % des patients hospitalisés. De même, dans une étude de 2015, une perforation pulmonaire était considérée comme un facteur prédictif de mauvais pronostic chez les patients atteints du SRMO (syndrome respiratoire du Moyen-Orient).

Les auteurs de la nouvelle étude ont déclaré que la COVID-19 peut provoquer des kystes pulmonaires susceptibles d'entraîner des perforations. Ils ont conseillé aux médecins d'envisager la possibilité de perforations pulmonaires chez les patients atteints de la COVID-19, même chez ceux qui ne correspondent pas au profil habituel, car chez de nombreux patients de l'étude, cette affection a été diagnostiquée par hasard.

Bien qu'une série de cas d'observation ne puisse démontrer que la COVID-19 provoque un pneumothorax, les auteurs ont indiqué que selon le nombre de patients touchés dans leur étude, il est peu probable que toutes les perforations pulmonaires soient le fruit du hasard. Selon eux, s'il n'existait pas de lien entre les deux affections, ils n'auraient probablement observé que 18 cas de perforation pulmonaire chez les patients atteints de la COVID-19 entre le 22 janvier et le 3 juillet.

Bien que des études précédentes aient suggéré que le pneumothorax est un facteur prédictif de mauvais résultats, les auteurs ont noté que les patients de l'étude avaient un taux de survie global de 63,1 % et que 52 % d'entre eux avaient reçu leur congé de l'hôpital.

« Ces cas suggèrent que le pneumothorax est une complication de la COVID-19 », ont-ils écrit. « Le pneumothorax ne semble pas être un marqueur indépendant de mauvais pronostic et nous encourageons la poursuite du traitement actif lorsque cela est cliniquement possible ».

Le co-auteur Anthony Martinelli, MB BChir, médecin spécialiste des maladies respiratoires au Broomfield Hospital, a déclaré ceci dans le communiqué de presse : « Bien qu'une perforation pulmonaire soit une affection très grave, les patients atteints de la COVID-19 âgés de moins de 70 ans répondent habituellement très bien au traitement. Les patients plus âgés ou ceux dont le sang est anormalement acide ont un plus grand risque de mourir et peuvent donc avoir besoin de soins plus spécialisés ».

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/another-possible-covid-complication-punctured-lung> [en anglais]

## Événements nationaux d'intérêt

### Canada

**Déclaration de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada : Journée mondiale de la prévention du suicide**



Source : Gouvernement du Canada

#### Déclaration

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

« Il y a eu 134 294 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 155 décès. Des personnes infectées, 88 % sont rétablies. Des laboratoires de partout au pays ont analysé quotidiennement les tests de dépistage de la COVID-19 de 47 806 personnes au cours de la dernière semaine, 1,1 % ont obtenu un résultat positif. En moyenne, 618 nouveaux cas ont été signalés quotidiennement au cours des sept derniers jours.

Tous les jours, lorsque nous passons en revue les nombres susmentionnés, cela me rappelle les efforts de collaboration des Canadiens pour réduire la propagation de la COVID-19. Nous avons été séparés physiquement les uns des autres afin d'aplatir la courbe. Toutefois, nous avons trouvé de nouvelles façons d'être ensemble, et en contact, tout en étant à distance.

Aujourd'hui est la Journée mondiale de la prévention du suicide. Le besoin d'être ensemble, alors que nous sommes séparés, n'a jamais été aussi important. La COVID-19 a considérablement changé notre vie quotidienne, et les Canadiens font état de besoins accrus en matière de santé mentale.

Plus que jamais, nous devons nous soutenir mutuellement en prenant contact avec nos amis, notre famille, nos voisins et les personnes de notre collectivité. Un texto, un courriel, une lettre ou un appel téléphonique peut constituer une ligne de vie pour une personne en difficulté.

En période de pandémie, il est fréquent de se sentir inquiet, angoissé ou anxieux par moments. Si vous, ou une personne que vous connaissez, êtes désespéré, vous sentez piégé ou seul cela peut être le signe d'un problème de santé mentale. Vous devez savoir que vous n'êtes pas seul et qu'il existe des ressources pour vous aider.

Si vous ou une personne que vous connaissez êtes en danger immédiat, veuillez composer le 911. Vous pouvez également obtenir de l'aide auprès d'un centre de crise local, du Service de prévention du suicide du Canada (1-833-456-4566), de Jeunesse, J'écoute, de la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être, et de 1 866 APPELLE (résidents du Québec). Ils offrent tous un soutien 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Grâce au portail Espace mieux-être Canada les personnes qui éprouvent des difficultés sur le plan social, mental ou émotionnel peuvent obtenir de l'aide, des ressources et des conseils en matière de santé mentale et de consommation de substances auprès d'un professionnel de la santé mentale.

Dans le cadre de la Journée mondiale de la prévention du suicide, nous sommes appelés à travailler ensemble pour prévenir le suicide. Les personnes qui s'inquiètent pour elles-mêmes ou pour quelqu'un qu'elles connaissent peuvent consulter les ressources recommandées par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC).

De plus, l'ASPC collabore avec des partenaires et des intervenants autochtones et des secteurs public, privé, sans but lucratif pour mettre en place des programmes et des initiatives qui favorisent une bonne santé mentale, contribuent à la prévention du suicide et offrent un soutien et un traitement aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale.

Ensemble, tout en étant séparés, nous pouvons tous contribuer à prévenir le suicide.

Vous trouverez des renseignements et des directives supplémentaires pour réduire votre risque d'infection et de propagation du virus ici. »

Personnes-ressources

Relations avec les médias

Agence de la santé publique du Canada

613-957-2983

hc.media.sc@canada.ca

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/09/declaration-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-journee-mondiale-de-la-prevention-du-suicide.html>

#### Canada

**La province va commencer à offrir le vaccin contre la grippe aux Albertains vulnérables d'ici le 13 octobre**

Source : Global News

ID : 1007814225



Dans environ un mois, la province commencera à offrir le vaccin contre la grippe à certains groupes d'Albertains.

Selon Global News, en juin, la province a commandé environ 360 000 doses supplémentaires de vaccin contre la grippe, ce qui porte à 1,96 million le nombre de doses total cette année, par rapport à 1,6 million de 2019 à 2020.

La saison de la grippe s'étend généralement de novembre à avril et cette année, la COVID-19 pose un défi particulier.

Le gouvernement provincial a également déclaré en juin qu'il proposera pour la première fois un vaccin antigrippal à forte dose à toutes les personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée et qu'il élargira le programme pour cibler les populations à risque.

Selon le porte-parole du ministère de la Santé de l'Alberta, Tom McMillan, d'ici le 13 octobre, les professionnels de la santé commenceront à offrir le vaccin aux groupes vulnérables, tels que les personnes dans les établissements de soins de longue et les résidences-services ainsi que les Albertains sans abri ou marginalisés.

La campagne de vaccination pour tous les Albertains commencera le 19 octobre, alors que le vaccin sera proposé dans les cliniques de santé publique, les cabinets médicaux et les pharmacies de proximité.

Il a déclaré que de plus amples renseignements sur les effectifs et les lieux seront communiqués dans les semaines à venir.

Les experts en maladies infectieuses ont déjà exprimé leur inquiétude quant aux conséquences d'un nombre élevé de cas de grippe alors que la province est également confrontée à la COVID-19.

« Pendant la saison des maladies respiratoires virales, nous voyons un nombre croissant de patients hospitalisés, ce qui sollicite un peu plus nos ressources en matière de soins de santé », a déclaré la D<sup>re</sup> Stephanie Smith, médecin spécialiste des maladies infectieuses et directrice de la prévention et du contrôle des infections à l'hôpital de l'Université de l'Alberta.

« Si nous ajoutons à cela un plus grand nombre d'hospitalisations en raison de la COVID-19, cela pourrait certainement épuiser nos ressources et nous obliger à réduire progressivement le nombre d'interventions chirurgicales facultatives, etc. si nous en venions à un nombre d'hospitalisations très élevé. »

M. McMillan a déclaré qu'en maintenant le nombre de cas et d'éclosions de grippe à un faible niveau, les Albertains à risque peuvent être protégés et les travailleurs de la santé peuvent se concentrer sur lutte contre la COVID-19.

L'intérêt pour le vaccin contre la grippe devrait être plus élevé que par les années passées.

Une enquête réalisée pour l'Association des pharmaciens du Canada montre que 57 % des Canadiens prévoient se faire vacciner contre la grippe cette année; 45 % des personnes interrogées ont déclaré s'être fait vacciner l'année dernière.

La même enquête montre que 34 % des personnes interrogées ont déclaré qu'il était plus probable qu'elles se fassent vacciner contre la grippe en raison de la COVID-19.

Christine Hughes, professeure à la faculté de pharmacie et des sciences pharmaceutiques de l'Université de l'Alberta, a déclaré qu'il était possible d'être infecté par la grippe et la COVID-19 en même temps, mais que les conséquences dans cette situation n'étaient pas encore claires.

<https://globalnews.ca/news/7327068/alberta-flu-vaccine-flu-season/> (en anglais)

## Événements internationaux d'intérêt

### **Annonce au titre du *Règlement sanitaire international (RSI)***

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

Annonce affichée à compter du vendredi 11 septembre 2020, 13 h 10

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

**11 septembre 2020**

Entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 9 septembre 2020, plusieurs pays ont été touchés par la poliomyélite, y compris celle causée par les poliovirus circulants de type 1 et 2 dérivés de souches vaccinales (PVDVc1 et PVDVc2) et le poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) dans le monde. Cette annonce est une mise à jour hebdomadaire sur l'état de progression du PVDVc et du PVS1 dans ces pays touchés.

Entre le 3 et le 9 septembre 2020, sept cas de paralysie flasque aiguë (PFA) causée par le PVS1 et dix-sept échantillons environnementaux positifs au PVS1 ont été signalés au Pakistan et en Afghanistan. En outre, au cours de la même période, 26 cas de PFA causée par le PVDVc2 ont été signalés au Tchad, en République démocratique du Congo et au Soudan. Vous trouverez ci-dessous la description des cas signalés par pays :

- Afghanistan : quatre cas de PFA causée par le PVS1.
- Pakistan : trois cas de PFA causée par le PVS1 et 17 échantillons environnementaux positifs au PVS1.
- Tchad : trois cas de PFA causée par le PVDVc2.
- République démocratique du Congo : 15 cas de PFA causée par le PVDVc2.
- Soudan : huit cas de PFA causée par le PVDVc2.

Veuillez trouver ci-dessous le lien vers la mise à jour hebdomadaire sur la poliomyélite dans le monde publiée dans le cadre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP), qui comprend une mise à jour du nombre de cas de poliomyélite (PVS1, PVDVc1 et PVDVc2) pour cette semaine (entre le 3 et le 9 septembre 2020) et le nombre cumulé de cas par pays depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019.

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

### **Intervention de santé publique**

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

La propagation continue des éclosions actuelles attribuables au poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale ainsi que l'émergence de nouveaux poliovirus circulants de type 2 dérivés d'une souche vaccinale mettent en évidence les lacunes de la couverture vaccinale systématique ainsi que la mauvaise qualité de la réponse aux éclosions avec le vaccin antipoliomyélique 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 antipoliomyélique 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 et les conséquences de toute circulation du poliovirus. 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. Les responsables du programme ont donc pris la décision très difficile de retarder temporairement les campagnes de vaccination. La priorité absolue consiste à garantir la santé et la sécurité des travailleurs de la santé ainsi que des communautés. Toutes les recommandations de l'IMEP sont conformes à celles relatives aux vaccinations essentielles et sont disponibles ici.

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

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

ii) Le programme vise à ce qu'on puisse reprendre complètement les activités, notamment les campagnes de vaccination, aussi rapidement qu'il sera possible de le faire en toute sécurité. Le calendrier dépendra de la situation locale et le programme devra alors être mené en tenant compte des évaluations des risques et des priorités des systèmes de santé nationaux des pays respectifs. Des plans globaux, 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 4 semaines) doivent recevoir une dose supplémentaire du VPO ou du vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans les 4 semaines à 12 mois suivant leur voyage.

Selon l'avis d'un comité d'urgence convoqué en vertu du *Règlement sanitaire international* (2005), les efforts visant à limiter la propagation internationale du poliovirus demeurent une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI). Les pays touchés par la transmission du poliovirus sont soumis à des recommandations temporaires. Pour se conformer aux recommandations temporaires diffusées dans le cadre de l'USPPI, tout pays infecté par le poliovirus doit déclarer l'épidémie comme une urgence nationale de santé publique et envisager la vaccination de tous les voyageurs internationaux.

#### **Pour plus de renseignements :**

- Initiative mondiale pour l'éradication de la polio : <http://polioeradication.org/>
- Fiche d'information sur la poliomyélite : [https://www.who.int/fr/health-topics/poliomyelitis#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_1)
- Estimations OMS/UNICEF de l'immunisation nationale systématique : [https://apps.who.int/immunization\\_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html](https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html)
- État de la situation d'urgence de santé publique de l'IMEP : <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/>
- Voyages internationaux et santé : <https://www.who.int/ith/en/>
- Poliovirus dérivés de vaccins : <http://polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-virus/vaccine-derived-polio-viruses/>

- Utilisation du VPO dans le cadre de la COVID-19 : <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/Use-of-OPV-and-COVID-20200421.pdf>
- Principes directeurs relatifs aux activités de vaccination durant la pandémie de COVID-19 : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331590?locale-attribute=fr&>
- Document d'orientation de l'OMS – COVID-19 : lignes directrices opérationnelles pour le maintien des services de santé essentiels pendant une éclosion : <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operationalguidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak>

## Avis du RSI

### Chine | Détection d'une grippe causée par un virus grippal aviaire ou d'un autre animal

#### Détails de base

Identificateur de l'événement :

2017-E000441

Date de mise à jour : 24 août 2018 – 14 h 35

Région : [PO](#)

Pays :

[Chine](#)

État du service d'information sur les épidémies :

[Actuel](#)

Risque :

[Zoonose](#)

Syndrome :

[Syndrome respiratoire aigu sévère](#)

Maladie :

[Détection d'une grippe causée par un virus grippal aviaire ou d'un autre animal](#)

État de vérification :

[Aucune vérification demandée](#)

Confirmé en laboratoire :

Oui

Évaluation du RSI :

[Risque pour la santé publique](#)

Point de contact du Règlement sanitaire international (RSI) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

**Point de contact du RSI** Région du Pacifique occidental

**Téléphone** + 63 928 503 1007

**Télécopieur** + 632 526 6730

**Courriel** [wproihr@who.int](mailto:wproihr@who.int)

**URL** <http://www.wpro.who.int/sites/ihr/>

#### Critères du RSI

#### Répercussions graves sur la santé publique

À ce jour, seuls des cas sporadiques d'infection humaine par le virus de la grippe aviaire A(H9N2) ont été signalés. Les cas d'infection humaine par le virus A(H9N2) ont pour la plupart provoqué une maladie clinique bénigne et il n'existe aucune preuve de transmission interhumaine soutenue.

#### Inhabituelle ou inattendue

**Oui.** Les infections humaines par la grippe aviaire A(H9N2) sont considérées comme inhabituelles. Cependant, d'autres cas humains sporadiques pourraient se produire, puisque le H9N2 est l'un des sous-types de virus de la grippe aviaire les plus répandus dans le monde. L'apparition de cas humains doit faire l'objet d'une étroite surveillance afin de déceler les changements du virus ou sa transmission à l'homme, car cette maladie peut avoir des répercussions graves sur la santé publique.

#### Propagation internationale de la maladie

Il n'existe pas de preuve de propagation internationale de la maladie par les voyageurs. Jusqu'à présent, les virus de la grippe aviaire H9N2 ne semblent pas se transmettre facilement entre humains et la probabilité de propagation au niveau communautaire est donc faible.

#### Interférence avec les voyages ou les échanges internationaux

L'OMS ne recommande aucune restriction des voyages et/ou du commerce sur la base des renseignements actuellement disponibles.

Date de première publication au service d'information sur les épidémies (EIS) : vendredi 24 août 2018 – 14 h 35

Statut actualisé : actualisé

Dernier bulletin ou rapport de situation

## [Mise à jour des événements : 10 septembre 2020](#)

**Date / heure de publication** : 10 septembre 2020 16 h 38

### **Mise à jour sur la situation**

Le 28 août 2020, la Commission nationale de la santé de la République populaire de Chine a avisé l'OMS d'un cas confirmé d'infection humaine par le virus de la grippe aviaire A(H9N2) détecté dans le cadre du programme Surveillance de l'influenza.

### **Détails du cas :**

Il s'agit d'une fillette de 4 ans de Meizhou, dans la province de Guangdong, en Chine, qui a été exposée à des volailles domestiques. Elle a développé de légers symptômes le 3 août 2020 et a été admise à l'hôpital le 4 août. Le 28 août, aucun autre cas n'avait été détecté chez les membres de sa famille. La personne en question s'est rétablie et a obtenu son congé de l'hôpital.

Il s'agit du sixième cas de grippe aviaire A(H9N2) signalé en Chine en 2020. Au total, 34 cas d'infection humaine par la grippe aviaire A(H9N2) ont été signalés par la Chine à l'OMS depuis décembre 2015.

### **Intervention de santé publique**

Le gouvernement chinois a pris les mesures de surveillance, de prévention et de contrôle suivantes :

- La gestion des cas
- Le renforcement de la surveillance et de la désinfection du milieu environnant, y compris du lieu de résidence des patients et des zones d'exposition présumée
- Des activités de communication sur les risques pour améliorer la sensibilisation du public et l'adoption de mesures d'autoprotection.

### **Évaluation du risque par l'OMS**

La plupart des cas humains sont exposés au virus de la grippe aviaire A(H9N2) par contact avec des volailles infectées ou des environnements contaminés. L'infection humaine entraîne habituellement une maladie clinique bénigne. Puisqu'on continue à détecter le virus dans les populations de volailles, on peut s'attendre à voir apparaître d'autres cas d'infection humaine. Aucune concentration de cas humain n'a été signalée.

Les preuves épidémiologiques et virologiques actuellement disponibles suggèrent que les virus A(H9N2) n'ont pas acquis la capacité de se transmettre durablement entre humains; la probabilité de propagation interhumaine est donc faible. Si les personnes infectées provenant des zones touchées voyagent à l'étranger, leur infection peut être détectée dans un autre pays pendant le voyage ou après leur arrivée. Si cela devait se produire, une nouvelle propagation au niveau communautaire est considérée comme peu probable, car ce virus n'a pas acquis la capacité de se transmettre facilement entre humains. Ce cas ne modifie pas les recommandations actuelles de l'OMS sur les mesures de santé publique et la surveillance de la grippe. Il est essentiel de procéder à une enquête approfondie sur chaque infection humaine.

La pandémie de COVID-19 met à rude épreuve les systèmes de santé du monde entier. La surveillance des événements de santé publique, les activités de recherche des contacts et les capacités des laboratoires pourraient être affectées. L'augmentation rapide de la demande de services de santé et de travailleurs de la santé menace de surcharger certains systèmes de santé et de les rendre incapables de fonctionner efficacement. Des systèmes de santé bien organisés et préparés peuvent continuer à fournir un accès équitable aux services essentiels tout au long d'une situation d'urgence, limitant ainsi l'augmentation de la mortalité indirecte. En date du 31 août 2020, on recensait 1 740 cas de COVID-19, dont huit décès dans la province de Guangdong. Actuellement, seuls des cas importés ont été signalés entre le 27 août et le 1<sup>er</sup> septembre 2020. Le 1<sup>er</sup> septembre, on signalait 13 cas de COVID-19 hospitalisés dans la province.

### **Recommandations de l'OMS**

Le public doit éviter tout contact avec des environnements à haut risque tels que les marchés et les exploitations agricoles d'animaux vivants et les volailles vivantes, ou les surfaces susceptibles d'être contaminées par des excréments de volailles. Il est recommandé de se laver les mains fréquemment ou d'utiliser un désinfectant pour les mains à base d'alcool. L'OMS ne recommande aucune mesure précise différente pour les voyageurs.

L'OMS déconseille l'application de toute restriction pour les voyages ou le commerce sur la base des renseignements actuellement disponibles sur cet événement. Toutes les infections humaines causées par un nouveau sous-type de virus de la grippe doivent être signalées conformément au Règlement sanitaire international (RSI, 2005). Les États Parties au RSI (2005) sont tenus d'aviser immédiatement l'OMS de tout cas confirmé en laboratoire d'une infection humaine récente causée par un virus de la grippe A susceptible de provoquer une pandémie. Aucune preuve de maladie n'est requise pour ce rapport.

#### **Pour plus de renseignements**

- OMS – Grippe aviaire et autres grippes zoonotiques : [https://www.who.int/influenza/human\\_animal\\_interface/fr/](https://www.who.int/influenza/human_animal_interface/fr/)
- OMS – Grippe aviaire – Questions de sécurité alimentaire : [https://www.who.int/foodsafety/areas\\_work/zoonose/avian/en/ \(en anglais\)](https://www.who.int/foodsafety/areas_work/zoonose/avian/en/ (en anglais))
- Résumé mensuel de l'évaluation des risques de l'OMS : Interface entre l'homme et l'animal
- [https://www.who.int/influenza/human\\_animal\\_interface/HAI\\_Risk\\_Assessment/en/ \(en anglais\)](https://www.who.int/influenza/human_animal_interface/HAI_Risk_Assessment/en/ (en anglais))

Mises à jour hebdomadaires sur la grippe aviaire pour le PO, en date du 31 août 2020 (en anglais) : [https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/14460 \(en anglais\)](https://iris.wpro.who.int/handle/10665.1/14460 (en anglais))

#### **République démocratique du Congo**

**Un cas supplémentaire du virus Ebola enregistré en RDC, ce qui porte à 113 le nombre de cas recensés pendant l'épidémie**

Source : CIDRAP

ID : 1007814078

Des tests ont confirmé la présence d'Ebola chez une autre personne en République démocratique du Congo (RDC), portant à 113 le nombre total de cas pendant l'épidémie, a déclaré le Bureau régional de l'Afrique de l'OMS dans une mise à jour sur Twitter aujourd'hui.

Aucun nouveau décès n'a été signalé, ce qui maintient le nombre de décès à 48.

L'épidémie, détectée pour la première fois début juin, touche la même région où une épidémie s'était déclarée en 2018, rendant 54 personnes malades, dont 33 mortellement. Les enquêtes menées jusqu'à présent suggèrent qu'elle est probablement liée à une nouvelle introduction de zoonoses, plutôt qu'à l'épidémie précédente ou à une grande épidémie qui s'est développée autour de la province du Nord-Kivu, dans l'est de la RDC, et qui a été déclarée terminée en juin.

Les autorités sanitaires s'inquiètent de la dernière épidémie, car les cas sont répartis sur une vaste région géographique, certains cas confirmés sont restés dans la communauté, l'emplacement représente une menace pour les déplacements à Kinshasa et dans les pays voisins, et les ressources sanitaires sont limitées en raison de la pandémie de COVID-19.

[https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/news-scan-sep-10-2020 \(en anglais\)](https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/news-scan-sep-10-2020 (en anglais))

#### **Allemagne**

**L'Allemagne confirme un premier cas de peste porcine africaine**

Source : Pig World

ID unique : [1007811969](https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/news-scan-sep-10-2020 (en anglais))

PAR ALISTAIR DRIVER, LE 10 SEPTEMBRE 2020 – PESTE PORCINE AFRICAINE, ACTUALITÉS

La peste porcine africaine (PPA) a été confirmée chez un sanglier sauvage en Allemagne, tout près de la frontière polonaise.

Jeu

di matin, le Friedrich-Loeffler-Institute (FLI) a confirmé le tout premier cas de ce virus en Allemagne. Le cas suspect a été détecté dans une carcasse de sanglier trouvée dans l'État du Brandebourg, dans l'est du pays, et les os trouvés sur la carcasse ont été prélevés. La carcasse était décomposée, ce qui suggère que « l'entrée a eu lieu il y a quelques semaines », selon le FLI.

Le laboratoire d'État de Berlin-Brandebourg a détecté les séquences spécifiques du génome du virus de la peste porcine africaine dans les échantillons prélevés sur place et le FLI a confirmé la découverte sur jeudi.



L'animal a été trouvé à seulement 6 km de la frontière polonaise et à seulement 30 km du dernier cas confirmé de peste porcine africaine en Pologne. Cela rend probable l'entrée d'un sanglier migrateur, bien que l'introduction par l'homme par le biais d'aliments contaminés ne puisse être exclue, a déclaré le FLI.

Le FLI a déclaré que les autorités vétérinaires responsables sur place doivent maintenant prendre les mesures nécessaires et a souligné qu'il était « maintenant extrêmement important que les agriculteurs observent attentivement les mesures visant à assurer la biosécurité des exploitations agricoles ».

« Il s'agit toujours de la meilleure protection contre l'introduction de l'agent pathogène dans les populations d'animaux d'élevage. Le règlement sur l'hygiène de l'élevage des porcs sert de base juridique à cet effet », a déclaré le FLI.

Le FLI a expliqué qu'il faudra continuer à examiner les sangliers morts de manière intensive dans tout le pays pour détecter la présence de la PPA et que tout décès devra être signalé immédiatement aux autorités responsables.

« Il reste important d'éliminer les produits porcins éventuellement contaminés tels que les saucisses et la viande de manière à ce que les porcs sauvages et domestiques n'y aient pas accès. Les véhicules, les vêtements, les chaussures et les équipements qui auraient pu être contaminés pendant la chasse, par exemple, doivent être nettoyés et désinfectés », a ajouté le FLI.

« Le cas suspect a malheureusement été confirmé », a déclaré la ministre allemande de l'Agriculture Julia Kloeckner, lors d'une conférence de presse tenue à Berlin jeudi matin, indique Bloomberg. Elle a déclaré que la zone infectée serait bouclée. Les autorités se sont préparées à l'éventualité d'une apparition de la PPA en Allemagne et mettront en place des mesures pour empêcher la maladie de se propager davantage, a-t-elle ajouté.

Dans une foire aux questions publiée sur son site Web avant cet incident, le ministère fédéral de l'Alimentation et de l'Agriculture y allait de la déclaration suivante : « Si la peste porcine africaine était détectée chez le sanglier, une zone dite à risque serait établie. Il serait alors interdit de faire entrer et sortir des porcs domestiques de cette zone.

« Si nécessaire, le sanglier serait chassé plus intensivement. Tout sanglier tué ou trouvé mort serait examiné. D'autres mesures d'hygiène pour le contrôle des maladies seraient appliquées (telles que la collecte centralisée des viscères et, au besoin, l'éviscération centralisée des sangliers tués ».

Alerte élevée

L'Allemagne est en état d'alerte élevé pour la PPA et est considérée comme à haut risque d'infection, depuis qu'une vague de cas est apparue chez les sangliers dans l'ouest de la Pologne, dans certains cas à moins de 10 km de la frontière allemande. Les mesures mises en place pour empêcher la maladie d'entrer en Allemagne comprennent la construction de clôtures à la frontière et l'abattage des sangliers.

L'Allemagne est le plus grand producteur de porc de l'Union européenne et l'un des plus grands exportateurs de viande de porc au monde. Elle en expédie environ 500 000 tonnes par an, dont d'énormes volumes vers la Chine. Il est à craindre qu'un cas confirmé ne porte préjudice à ce commerce et ait des répercussions plus importantes sur le marché allemand et européen de la viande de porc. Un cas confirmé serait un nouveau coup porté à un secteur qui a souffert des fermetures d'usines de transformation pendant la pandémie de COVID-19, notamment la fermeture d'une grande usine de Tonnies, qui a eu des répercussions majeures sur le marché.

Dans un rapport publié en février, l'AHDB a déclaré que les prix européens pourraient chuter de 20 à 40 % si la peste porcine africaine frappe l'Allemagne, bien que les conséquences d'une épidémie sur le marché européen ne soient pas aussi graves qu'elles l'auraient été il y a 18 mois, en raison de la demande continue de viande de porc en provenance de Chine.

Selon le rapport, si la viande de porc allemande ne peut plus être expédiée, car d'autres exportateurs expédient désormais une grande partie de leur viande hors de l'Union européenne, l'offre sur le marché européen pourrait atteindre des niveaux similaires à ceux de 2018.

<http://www.pig-world.co.uk/news/suspected-case-of-african-swine-fever-in-germany.html>

## Recherches, politiques et lignes directrices

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

**Shigellose – Rapport épidémiologique annuel pour 2017**

Rapport de surveillance

10 septembre 2020

Série de publications : Rapport épidémiologique annuel sur les maladies transmissibles en Europe  
Période couverte : 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2017

La shigellose est une maladie relativement peu fréquente dans l'Union européenne/Espace économique européen (UE/EEE), mais elle reste préoccupante dans certains pays et pour certains groupes de population. Pour l'année 2017, 30 pays de l'UE/EEE ont signalé 6 337 cas de shigellose confirmés. Le taux de notification global était de 1,7 cas pour 100 000 personnes, soit un peu plus qu'en 2016. Le taux de signalement le plus élevé a été observé chez les enfants de moins de cinq ans, suivis par les hommes adultes âgés de 25 à 44 ans. On croit que la transmission sexuelle de la shigellose chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH) aurait contribué au déséquilibre entre les sexes dans ce dernier groupe.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/shigellosis-annual-epidemiological-report-2017> (en anglais)