

## Rapport quotidien du RMISP du 29-09-2020

### Section spéciale sur le coronavirus

#### Canada

#### Régions du Canada où il y avait des cas de COVID – du 19 au 28 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	155 301	13 416	9 278
Terre-Neuve-et-Labrador	273	2	3
Île-du-Prince-Édouard	58	1	0
Nouvelle-Écosse	1 087	1	65
Nouveau-Brunswick	200	7	2
Québec	72 651	5 196	5 826
Ontario	50 531	4 564	2 840
Manitoba	1 919	618	20
Saskatchewan	1 892	149	24
Alberta	17 749	1 549	265
Colombie-Britannique	8 908	1 329	233
Yukon	15	0	0
Territoires du Nord-Ouest	5	0	0
Nunavut	0	0	0
Voyageurs rapatriés	13	0	0

Il est possible de consulter un [résumé épidémiologique](#) détaillé.

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

#### Canada – Éclosions de COVID-19 et résultats (document officiel et annonce pour les médias)

#### Canada

#### Déclaration de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada, le 28 septembre 2020

Numéro d'identification : 1007932899

De : Agence de la santé publique du Canada

### Déclaration

Le 28 septembre 2020, la D<sup>re</sup> Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, a fait la déclaration suivante au sujet de la COVID-19.

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

« On a signalé 153 125 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 268 décès. Des personnes infectées, 86 % sont rétablies. Les laboratoires dans l'ensemble du Canada continuent d'effectuer de nombreuses analyses. En moyenne, la semaine dernière, près de 70 000 personnes ont été testées par jour, dont 1,4 % ont obtenu un résultat positif. En date du vendredi 25 septembre, le nombre moyen de cas signalés par jour au Canada au cours des sept jours précédents s'élevait à 1 175. Comme ce ne sont pas tous les territoires et toutes les provinces qui déclarent les nouveaux cas au cours de la fin de semaine, la nouvelle moyenne des cas signalés par jour sera communiquée demain, une fois ces données compilées.

Comme je l'ai déjà mentionné, cette augmentation constante du nombre de cas déclarés tous les jours au Canada est un indicateur d'accélération de la croissance de l'épidémie dans certaines régions au pays. Même si les Canadiens et les autorités de santé publique réagissent rapidement à la pandémie de COVID-19, nous devons garder à l'esprit que nous le faisons en pleine « infodémie ». Autrement dit, une surabondance d'information sur la COVID-19, y compris des rumeurs et de la désinformation, parfois répandue de façon délibérée.

Pendant une crise de santé publique, il est essentiel d'avoir accès à des renseignements fiables, exacts et en temps opportun afin de protéger notre santé. Ce besoin est reconnu aujourd'hui par l'Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) en cette Journée internationale de l'accès universel à l'information.

Les responsables de la santé publique de tout le pays ont travaillé sans relâche pour communiquer aux Canadiens les renseignements dont ils ont besoin pour se protéger et protéger leur famille contre la COVID-19.

Au début de la pandémie, le monde en savait très peu sur le virus qui cause la COVID-19. Depuis, la science et la recherche sur le virus ont évolué en temps réel. À mesure que nos connaissances sur la COVID-19 évoluaient, les directives et les pratiques de santé publique aussi. Je reconnais que les Canadiens ont fait un effort considérable pour se renseigner sur la COVID-19, notamment en apprenant les termes d'épidémiologie et les pratiques de contrôle des infections, tout en s'occupant de leur propre famille et de leur santé mentale pendant la pandémie.

Qui plus est, à l'ère numérique, nous sommes tous exposés à plus d'information que jamais et nous avons souvent du mal à distinguer la bonne de la mauvaise. **Les plateformes de médias sociaux nous permettent de rester en contact avec nos proches tout en demeurant à distance et elles nous permettent également de nous transmettre des renseignements entre nous. Notre confiance dans la personne qui communique l'information peut nous amener à supposer que cette information est vraie et exacte et nous sommes moins susceptibles de vérifier si sa source est crédible et digne de confiance.**

**Je vous invite tous à vérifier la source des renseignements que vous partagez avec les autres. Et lorsque nous tombons sur une nouvelle information, nous devons y réfléchir de manière critique, vérifier la source**

et ne pas la transmettre, s'il y a le moindre doute sur sa crédibilité.

Le site Web du gouvernement du Canada, [Canada.ca/le-coronavirus](https://Canada.ca/le-coronavirus), est un bon point de départ pour obtenir de l'information fiable sur la COVID-19. Vous trouverez également des renseignements fiables sur le site Web de votre organisme de santé publique provincial et local ainsi qu'auprès d'organismes internationaux comme l'Organisation mondiale de la Santé et la Croix-Rouge. Pour obtenir des renseignements qui vous aideront, vous et votre famille, à accroître vos compétences en matière d'outils et de médias numériques, visitez [Habilomedias.ca](https://Habilomedias.ca), où vous trouverez de nombreuses ressources, y compris des renseignements destinés aux familles et aux éducateurs.

L'information fautive ou trompeuse peut se propager aussi rapidement qu'un virus. Tout comme nous devons veiller à maintenir des mesures de santé publique éprouvées et efficaces pour ralentir la propagation de la COVID-19, nous devons également être vigilants dans nos efforts pour mettre fin à « l'infodémie ». Donnons-nous les moyens de continuer à apprendre et de mettre fin à la mésinformation. Pour en savoir plus sur les moyens de réduire votre risque de contracter et de propager le virus, vous pouvez également consulter ce guide de ressources de sensibilisation sur la COVID-19. »

Personnes-ressources

Agence de la santé publique du Canada

613-957-2983

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/09/declaration-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-le-28-septembre-2020.html>

## Canada

### Huit écoles d'Ottawa signalent des éclosions de COVID-19

Source : ottawamatters

Numéro d'identification unique : [1007930545](#)

Il y a actuellement huit écoles à Ottawa qui signalent une éclosion de COVID-19, ce qui signifie qu'il y a plus d'un cas d'infection au virus dans l'école et que la transmission y est confirmée.

Entre-temps, les quatre conseils scolaires d'Ottawa signalent que 58 écoles ont au moins un cas d'infection au virus.

Le Conseil scolaire du district d'Ottawa-Carleton signale un cas d'infection au virus dans 12 écoles. Au total, 11 étudiants et un membre du personnel sont touchés.

Le Conseil scolaire catholique d'Ottawa compte 19 écoles qui signalent des cas. Au total, 24 étudiants et deux membres du personnel sont touchés.

Le Conseil des écoles publiques de l'Est de l'Ontario signale que 10 écoles ont des cas de COVID-19. Au total, 12 élèves et trois membres du personnel sont touchés.

Et le Conseil des écoles catholiques du Centre-Est signale que 17 écoles ont au moins un cas d'infection au virus et 25 personnes touchées.

<https://www.ottawamatters.com/local-news/eight-ottawa-schools-reporting-covid-19-outbreaks-2747509>

## Canada

### La deuxième vague de COVID-19 en Ontario devrait culminer en octobre

Source : CBC News

Numéro d'identification : 1007930894

Selon de nouvelles projections, la deuxième vague de COVID-19 en l'Ontario atteindra son point culminant entre le milieu et la fin d'octobre et enverra probablement suffisamment de patients aux soins intensifs pour que les hôpitaux doivent réduire le nombre de chirurgies non urgentes.

Les prévisions proviennent du « COVID-19 Modelling Collaborative », un effort conjoint de scientifiques et de médecins de l'Université de Toronto, du Réseau universitaire de santé et de l'hôpital Sunnybrook.

Compte tenu de la rapidité avec laquelle le taux d'infection en Ontario a augmenté au cours des dernières semaines, le modèle prévoit que la province est en voie de dépasser 1 000 nouveaux cas par

jour d'ici la mi-octobre, à moins que des mesures de santé publique plus strictes ne ralentissent la propagation.

Le nombre moyen de nouveaux cas signalés quotidiennement en Ontario est actuellement quatre fois plus élevé qu'à la fin d'août. Le gouvernement du premier ministre Doug Ford a depuis diminué les limites de la taille des rassemblements privés, réduit les heures d'ouverture des bars et ordonné la fermeture des bars de danseuses.

Dimanche, le ministère de la Santé de l'Ontario a signalé qu'il y avait eu 112 patients hospitalisés avec un cas confirmé de COVID-19, soit près du triple du nombre enregistré il y a deux semaines. L'équipe de recherche affirme que les répercussions de la deuxième vague sur les hôpitaux de l'Ontario dépendront des caractéristiques démographiques des personnes infectées au cours des prochaines semaines.

« Nous sommes à un moment critique où le nombre de cas augmente et nous ne savons pas encore exactement où cela nous mènera », a déclaré Beate Sander, scientifique du Réseau universitaire de santé et titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur les aspects économiques des maladies infectieuses.

« À l'heure actuelle, nous voyons surtout des gens plus jeunes et en santé (qui contractent la COVID-19 en Ontario), a déclaré la Dre Sander dans une entrevue à CBC News. « Mais ce que nous avons vu dans d'autres administrations, c'est que cela se répercute vraiment sur d'autres groupes de population. »

L'équipe de chercheurs a élaboré quatre scénarios sur la façon dont la deuxième vague de l'Ontario pourrait se dérouler à partir de ce moment.

Le meilleur scénario serait semblable à la première vague de l'Ontario en mars et en avril, où le nombre de cas a augmenté rapidement, mais a ensuite été freiné par un confinement.

Deux scénarios modérés ressembleraient à la façon dont une deuxième vague a touché des territoires comparables à l'Ontario, soit l'État australien de Victoria (qui abrite Melbourne, une ville de cinq millions d'habitants) et l'État américain du Michigan.

Aucun de ces trois scénarios ne montre une situation dans laquelle des patients atteints de la COVID-19 remplissent les services hospitaliers ou les unités de soins intensifs de l'Ontario au-delà de leur capacité. Cela ne se produit que dans le pire des scénarios, c'est-à-dire une deuxième vague aussi grave que la première qui a frappé l'Italie au début de la pandémie.

Toutefois, dans tous les scénarios sauf dans le meilleur, les chercheurs prévoient une demande de soins intensifs supérieure à la capacité requise pour les patients ayant des interventions chirurgicales prévues.

« Les chirurgies à risque très élevé pour le cancer, par exemple, ne pourront pas aller de l'avant si les unités de soins intensifs sont débordées de gens qui se présentent à l'urgence et meurent de pneumonie et d'insuffisance respiratoire associées à la COVID-19 », a déclaré la Dre Kali Barrett, médecin en soins intensifs au Réseau universitaire de santé et membre de l'équipe de recherche en modélisation.

Les chercheurs soulignent que leurs scénarios de modélisation sont simplement des prévisions. Ils utilisent des données sur la proportion de personnes qui se sont retrouvées à l'hôpital et dans les unités de soins intensifs après avoir reçu un résultat positif pour le coronavirus, et projettent ces données sur la tendance actuelle des nouveaux cas en Ontario.

La démographie changeante des personnes infectées par la COVID-19 au fur et à mesure que la deuxième vague prend de l'ampleur fait qu'il est difficile pour les chercheurs de prévoir exactement combien de personnes auront besoin d'un traitement en milieu hospitalier.

« La deuxième vague en Espagne et en France a commencé par toucher les populations plus jeunes, mais elle s'étend aux personnes âgées et aux personnes qui sont plus à risque de se retrouver dans l'unité de soins intensifs ou dans les hôpitaux », a déclaré la Dre Barrett dans une entrevue accordée à CBC News.

« Ce n'est qu'une question de temps avant que ce virus, s'il affecte les jeunes, ne se propage à la population âgée », a-t-elle expliqué. « Nous commençons déjà à voir cela se produire en Ontario. »

Les derniers chiffres du ministère de la Santé de la province montrent qu'il y a des cas actifs confirmés de COVID-19 pour 227 personnes âgées de 70 ans et plus. Ce nombre a augmenté de 34 % en l'espace d'une semaine.

Les changements apportés aux critères d'admissibilité aux tests de dépistage peuvent aussi embrouiller les prévisions. Lorsque le dépistage est généralisé et qu'il permet de détecter un plus grand nombre de cas bénins, le pourcentage de personnes qui se retrouvent à l'hôpital sera plus faible que lorsque le dépistage est limité aux groupes prioritaires les plus susceptibles d'avoir le virus, comme ce fut le cas en Ontario au printemps.

L'Ontario a modifié sa politique de « n'importe qui peut passer un test » vendredi, de sorte que beaucoup moins de personnes qui n'ont pas de symptômes sont maintenant admissibles au test de dépistage. La demande en soins intensifs pourrait allonger l'arriéré des interventions chirurgicales.

L'Ontario compte environ 2 000 lits de soins intensifs, et la province prévoit en ajouter 139 en octobre. Les lits des soins intensifs de la province sont habituellement occupés aux deux tiers par des patients dont la raison de l'hospitalisation n'a rien à voir avec la COVID-19, qu'il s'agisse d'une crise cardiaque, d'un accident de voiture ou d'une autre maladie grave.

Étant donné que les unités de soins intensifs ne peuvent fonctionner à 100 % d'occupation à temps plein, les chercheurs ont calculé que l'Ontario dispose d'environ 475 lits disponibles pour les patients en chirurgie non urgente et les patients atteints de la COVID. Lorsque les chirurgies prévues se déroulent à plein rythme, ces patients occupent tous ces lits, sauf 100 d'entre eux.

Leur conclusion est la suivante : si plus de 100 personnes atteintes de la COVID-19 ont besoin de soins intensifs, elles entreront en concurrence pour obtenir des places avec les personnes ayant des chirurgies prévues.

« Nous aurions alors à décider qui traiter », a indiqué la D<sup>re</sup> Sander. « Allons-nous admettre des patients atteints de la COVID ou allons-nous pratiquer une chirurgie (non urgente)? »

Les projections suggèrent que si la deuxième vague de l'Ontario suit ce qui s'est passé dans l'État de Victoria, en Australie — un pic marqué de nouvelles infections qui tombent rapidement après un confinement strict — de 350 à 400 personnes auront besoin d'un lit aux soins intensifs au moment où la demande sera la plus forte à la fin d'octobre.

Si la deuxième vague dans cette province se déroule comme celle du Michigan — une augmentation du nombre de nouvelles infections qui se stabilise, mais qui ne ralentit pas longtemps — on prévoit qu'il y aura plus de 200 patients atteints de la COVID-19 dans les unités de soins intensifs à partir de la fin d'octobre.

Les chiffres publiés dimanche par le ministère de la Santé montrent que 28 patients qui sont aux soins intensifs sont des cas confirmés de COVID-19.

Au cours de la première vague en Ontario, le nombre de patients atteints de la COVID-19 aux soins intensifs a atteint un sommet de 264, tandis que le nombre de personnes hospitalisées à un moment donné a atteint un sommet de 1 043. Des chirurgies non urgentes ont été reportées dans toute la province.

Si la majorité des infections de la deuxième vague en Ontario surviennent chez des personnes plus jeunes en meilleure santé — comme cela s'est produit tout au long de septembre — les taux d'hospitalisation devraient être inférieurs à ceux du printemps.

Les modélisateurs affirment que le taux d'occupation des unités de soins intensifs sera plus préoccupant que le nombre total d'hospitalisations parce que le système hospitalier de l'Ontario peut beaucoup plus facilement libérer des lits dans les sections générales qu'il ne peut faire de place en soins intensifs.

La question n'est pas vraiment d'avoir un nombre suffisant de lits et de ventilateurs, mais plutôt de disposer d'un nombre suffisant de médecins et d'infirmières capables d'offrir les soins spécialisés dont ont besoin les patients en soins intensifs.

« On ne peut pas former des gens pour faire ce genre de choses en une nuit », a indiqué la D<sup>re</sup> Sander.

« On peut acheter beaucoup de lits et beaucoup de ventilateurs, mais on ne peut pas avoir ces employés hautement qualifiés sur le terrain en très peu de temps. »

La D<sup>re</sup> Barrett convient que les ressources humaines sont le principal facteur limitatif et s'inquiète de la façon dont la deuxième vague pourrait toucher le personnel hospitalier et leurs familles.

« La majorité des gens qui travaillent dans les hôpitaux sont dans la trentaine, la quarantaine et la cinquantaine, et beaucoup d'entre eux ont des enfants qui vont à l'école », a-t-elle expliqué. « S'il y a une éclosion massive chez les jeunes et les écoliers, c'est tout un secteur de notre main-d'œuvre en santé qui ne pourra pas rentrer au travail. »

<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/ontario-covid-19-second-wave-cases-modelling-projections-1.5739411>

## Canada

### Deux restaurants de Toronto liés à 10 cas de COVID-19

Source : seaforthuronexpositor

Numéro d'identification unique : 1007930902

Selon le Bureau de santé publique de Toronto, sept personnes qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 ont récemment fréquenté le même restaurant de la rue Yonge.

L'organisme a également dit que sur les sept personnes infectées, entre le 10 et le 17 septembre, au restaurant Yonge Street Warehouse, au nord de la rue Dundas, cinq sont des membres du personnel et deux sont des clients.

Environ 1 700 personnes ont pu fréquenter le restaurant pendant cette période et le Bureau de santé publique de Toronto informe le public de leur exposition possible à la COVID-19.

Le Bureau a expliqué que, grâce à la recherche de contacts, les responsables de la santé avaient déjà fait un suivi auprès de tous les contacts étroits connus et qu'on avait dit à ces personnes de s'isoler pendant 14 jours et d'aller passer un test.

Dans un communiqué publié samedi, l'organisme a déclaré ceci : « Si vous étiez au restaurant Yonge Street Warehouse, entre le 10 et le 17 septembre, mais que le Bureau de santé publique de Toronto n'a pas communiqué avec vous, vous n'êtes pas considéré comme un contact étroit. Vous êtes considéré comme étant à faible risque ».

L'organisme a demandé à tous ceux qui étaient à cet endroit pendant cette période de surveiller leurs symptômes.

Dimanche, le Bureau a déclaré que trois travailleurs du bar Regulars Bar, situé au 668, rue King Ouest, avaient aussi obtenu un résultat positif au cours des derniers jours.

La période d'exposition possible est du 13 au 22 septembre, et l'organisme estime qu'environ 600 personnes ont été au bar pendant cette période.

« Le Bureau de santé publique de Toronto a fait un suivi auprès de tous les contacts étroits connus. Ces derniers ont été invités à s'isoler pendant 14 jours et à se soumettre à un test de dépistage », ont indiqué les responsables de la santé dans une déclaration.

Par mesure de précaution, toute personne qui s'est rendue à ce bar pendant cette période est priée de se surveiller pour déceler les symptômes de la COVID-19 pendant 14 jours après sa visite.

<https://www.seaforthuronexpositor.com/news/local-news/two-downtown-restaurants-linked-with-10-covid-19-cases/wcm/a11e9813-900d-4438-a4b8-fe9b4ae90a26>

## **Le Québec signale 750 nouveaux cas de COVID-19, un décès de plus**

Numéro d'identification : 1007932832

Source : CTV

Abonnement au bulletin d'information sur le coronavirus. Faites envoyer le bulletin sur la COVID-19 dans votre boîte de réception.

L'annonce de lundi a révélé une augmentation de 245 cas sur l'île de Montréal (pour un total de 33 184) et de 125 autres à Québec (pour un total de 3 834). Laval a déclaré une augmentation de 73 cas (pour un total de 7 018) et la Montérégie a déclaré 81 cas (pour un total de 10 544). Les Cantons de l'Est ont déclaré 28 nouveaux cas (pour un total de 1 739); les Laurentides, 37 (pour un total de 4 703) et l'Outaouais, 27 (pour un total de 1 292). La région de Chaudière-Appalaches a enregistré une augmentation de 41 cas (pour un total de 1 241).

Le nombre d'hospitalisations dans la province a diminué de quatre de dimanche à lundi. Le nombre de personnes traitées pour la COVID-19 dans les hôpitaux du Québec est maintenant de 212. De ce nombre, 37 sont aux soins intensifs, ce qui représente une diminution de quatre par rapport au nombre signalé dimanche.

Le ministre de la Santé Christian Dubé a qualifié la situation de « très préoccupante » dans certaines régions du Québec lundi matin, avant une conférence de presse à 17 h 30 au cours de laquelle il devrait annoncer, en compagnie du premier ministre François Legault et du directeur de la santé publique, le Dr Horacio Arruda, que Montréal et Québec entrent dans la zone « rouge » sur la carte d'alerte régionale de la province. Le trio détaillera ce que le niveau d'alerte rouge signifie pour les Québécois de ces régions.

2/2

La situation dans certaines régions est très préoccupante. On doit faire les sacrifices et rester chez-soi.  
#oncasselavage

— Christian Dubé (@cdube\_sante) 28 septembre 2020

Il y a maintenant 61 629 personnes rétablies de la COVID-19 au Québec, ce qui représente une augmentation de 500 personnes par rapport au nombre déclaré dimanche, soit environ 84,8 % du nombre total de cas dans la province.

Québec a déclaré avoir effectué des analyses de 17 310 tests de dépistage de la COVID-19 le 26 septembre (le Québec rapporte les chiffres de ses tests quotidiens deux jours avant ses mises à jour quotidiennes).

Le gouvernement du Québec a resserré les critères d'admissibilité au test de dépistage de la COVID-19 en annonçant qu'il accordera la priorité aux personnes qui présentent des symptômes ou qui ont été en contact étroit avec un cas positif. Le ministère de la Santé de la province a déclaré dans un communiqué de presse qu'au fur et à mesure que le nombre de cas augmente, il est important de mettre l'accent sur le dépistage des personnes les plus susceptibles d'avoir la COVID-19 afin d'accélérer la recherche des contacts et de prévenir les éclosions.

Ceux qui ne tombent pas dans l'une ou l'autre catégorie peuvent se voir refuser des tests, a dit le gouvernement.

<https://montreal.ctvnews.ca/quebec-reports-750-new-cases-of-covid-19-one-more-death-1.5123051>

### **Le Québec annonce de nouvelles restrictions liées à la COVID-19 à compter de jeudi, alors que trois régions sont en alerte rouge**

Numéro d'identification : 1007933473

Source : CBC

Il y a huit minutes

Le premier ministre François Legault a dit que c'est le cœur gros qu'il annonçait des mesures strictes.

Le premier ministre du Québec, François Legault, a dit que trois régions sont en train de passer au niveau d'alerte le plus élevé pour la COVID-19, et que des mesures de santé plus strictes sont maintenant nécessaires pour réduire le taux de transmission.

Ces régions comprennent Montréal, Québec et Chaudière-Appalaches, au sud de la capitale provinciale.

« J'ai un peu le cœur gros aujourd'hui », a déclaré le premier ministre lundi lors d'une conférence de presse en fin d'après-midi. « Nous avons examiné les résultats au cours de la fin de semaine et le nombre de cas a augmenté considérablement. »

« Nous devons prendre des décisions difficiles. »

Cette augmentation du nombre de cas pourrait entraîner une hausse du nombre d'hospitalisations et de décès, a-t-il expliqué, et le gouvernement doit agir rapidement dans l'intérêt de tous les Québécois.

Les nouvelles restrictions doivent durer 28 jours (jusqu'au 28 octobre) dans la zone rouge.

Les nouvelles mesures suivantes entreront en vigueur à compter de minuit du mercredi au jeudi dans les trois régions :

Interdiction des rencontres à domicile, à quelques exceptions près, comme l'autorisation d'une seule personne proche aidante par visite.

Tous les bars, casinos et restaurants sont fermés (repas à emporter seulement).

Les bibliothèques, les musées, les cinémas et les théâtres seront également fermés.

Il sera interdit de se trouver à moins de deux mètres l'un de l'autre. Les masques seront obligatoires

pendant les manifestations.

Les lieux de culte et les lieux d'événements comme les funérailles et les mariages seront limités à 25 personnes.

Les salons de coiffure, les hôtels et autres entreprises de ce genre demeureront ouverts.

Les écoles demeureront ouvertes.

« Les écoles doivent rester ouvertes », a indiqué M. Legault. « Les entreprises sont ouvertes pour que les parents puissent continuer à travailler et à gagner de l'argent. »

Pour les gens qui ne respectaient pas les règles, le premier ministre avait un message spécial. Il a dit que la plupart des gens respectent les règles, mais pas tous.

« Cela n'a aucun sens », a-t-il déclaré. « Nous ne mettons pas des mesures en place pour le plaisir. Nous mettons en place des mesures pour protéger les autres. »

François Legault a indiqué que le gouvernement travaille à des programmes d'indemnisation pour les entreprises qui sont en train de fermer leurs portes en raison de la pandémie.

« Le gouvernement impose des restrictions à compter de jeudi pour donner aux propriétaires d'entreprises qui seront fermées le temps de se préparer », a-t-il expliqué.

Le gouvernement pourrait restreindre les déplacements entre les régions comme il l'a fait au printemps en vertu des lignes directrices en matière de santé publique, mais pour l'instant, ceux-ci ne seront pas interdits.

Les déplacements entre les différentes régions de la province sont fortement déconseillés, a indiqué le premier ministre.

### **Selon une spécialiste, Legault prend la bonne décision**

Le gouvernement exhorte les gens à cesser de socialiser depuis un mois afin de ralentir la propagation du virus. Maintenant qu'il est interdit de se rassembler à la maison, M. Legault a indiqué que le ministère de la Sécurité publique étudie actuellement la façon dont le règlement sera appliqué.

La D<sup>re</sup> Cécile Tremblay, spécialiste des maladies infectieuses à l'hôpital de l'Université de Montréal, croit que le gouvernement prend la bonne décision.

« Les gens peuvent contracter une maladie grave même s'ils sont jeunes », dit-elle. « Les gens peuvent mourir même s'ils sont jeunes. »

Elle indique que nous ne savons toujours pas dans quelle mesure la COVID-19 cause des dommages à long terme au cœur, aux poumons et à d'autres organes et qu'il est important que tout le monde, y compris les jeunes, fasse sa part pour prévenir la propagation de la maladie.

Selon la D<sup>re</sup> Tremblay, fermer pendant 28 jours est un bon début, mais il est difficile de dire à quel point cela sera efficace. Elle souligne que des mesures sanitaires strictes ont empêché la transmission dans d'autres pays, mais que tout dépend de la mesure dans laquelle la population respecte les règles.

On espère limiter les répercussions sur le réseau de la santé, surtout avec la saison du rhume et de la grippe, a déclaré Dre Tremblay.

Il s'agit d'une histoire en évolution. Une version antérieure apparaît ci-dessous.

Le Québec a signalé 750 nouveaux cas lundi, dont 245 sur l'île de Montréal. La région de Québec, qui a eu peu de cas lors de la première vague au printemps, en a eu 125 nouveaux.

La ville de Québec et ses environs immédiats sont devenus un deuxième épicode de la vague automnale du coronavirus.

Ensemble, les régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches ont connu une hausse de plus de 1 000 cas du 20 au 27 septembre.

Les taux d'infection ont également continué de grimper en Estrie, en Mauricie, en Gaspésie et dans Lanaudière.

De nombreuses régions ont établi de nouveaux records pour le nombre de cas de COVID-19 en une journée. Dans le cas de Québec et de Chaudière-Appalaches, ces records ont eu tendance à être dépassés peu de temps après.

Comme le disait succinctement le maire de Québec, M. Régis Labeaume, la semaine dernière : « Le virus est parmi nous. »

<https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/covid-19-montreal-quebec-city-highest-alert-level-1.5741399>

**L'Ontario enregistre un record de 700 nouveaux cas de COVID-19 en une seule journée alors que le nombre d'appels à revenir à l'Étape 2 augmente**

Numéro d'identification : 1007933475

Source : CBC

il y a 42 minutes

Selon la ministre de la Santé : environ 60 % des nouveaux cas sont des personnes âgées de moins de 40 ans.

Lundi, le premier ministre de l'Ontario, Doug Ford, a qualifié de « très préoccupant » le nouveau nombre record de cas de COVID-19 de la province, mais n'a annoncé aucune nouvelle mesure de santé publique, malgré un groupe de médecins et d'experts médicaux qui demandent le retour à l'Étape 2.

La province a signalé 700 autres cas de coronavirus lundi, le plus grand nombre de cas en une seule journée depuis le début de l'éclosion à la fin de janvier.

S'adressant à des journalistes, M. Ford a dit que l'Ontario se lance effectivement dans sa deuxième vague, qui sera « plus compliquée, plus complexe — elle sera pire » que la première.

Néanmoins, interrogée sur les appels de l'Association des hôpitaux de l'Ontario (AHO) en faveur du rétablissement des restrictions destinées à limiter la propagation du nouveau coronavirus, la ministre de la Santé Christine Elliott a déclaré : « Nous ne voulons pas revenir en arrière à moins d'y être absolument obligés ».

Quant à savoir jusqu'à quel point le nombre de cas doit augmenter pour arriver à ce point, le Dr David Williams, médecin hygiéniste en chef, est demeuré vague. **Le Dr Williams a laissé entendre que la province envisageait des mesures « ciblées », mais n'a pas précisé quelles mesures pourraient être envisagées, ni où et à quel moment elles pourraient être mises en œuvre.**

Lors d'une conférence de presse mercredi après-midi, le Dr Williams a réitéré l'importance de porter un masque et de se laver les mains, exhortant les Ontariens à limiter leurs contacts avec les gens et à ne

participer qu'aux rassemblements essentiels, même si la plupart des entreprises et des établissements de la province sont ouverts.

Le Dr Williams a également mis en garde contre tout contact avec quiconque ne prend pas au sérieux le risque de la COVID-19 ou les lignes directrices connexes en matière de santé publique.

« J'évitais d'entrer en contact avec ces gens », a-t-il dit. « Il peut s'agir de personnes que vous connaissez. »

Lundi également, le Dr Williams a exhorté le public à ne pas faire de tests de dépistage « juste pour savoir », en précisant que la province s'efforce d'augmenter la capacité de dépistage. En attendant, il a insisté sur le fait que les tests devraient être effectués sur la base du « besoin de savoir », ce qui signifie que toute personne cherchant à passer un test qui ne correspond pas aux critères actuels ne devrait pas être testée pour le moment.

La province a également annoncé le recrutement de 3 700 autres travailleurs de la santé et aidants naturels, y compris du personnel infirmier et des préposés aux services de soutien à la personne (PSSP), à un coût de 52 millions de dollars.

« Votre province a besoin de vous dès maintenant », a déclaré M. Ford, appelant les Ontariens à envisager de devenir des travailleurs de la santé.

Le nombre de nouveaux cas recensés lundi dépasse le précédent sommet de 640, atteint le 24 avril, alors que l'on croyait que la transmission du virus à la collectivité était à son maximum dans la province.

La majorité des nouveaux cas confirmés sont concentrés dans quatre bureaux de santé publique :

Toronto : 344

Région de Peel : 104

Ottawa : 89

Région de York : 56

Les autres régions qui ont connu une augmentation dans les deux chiffres comprennent :

Région de Niagara : 20

Région de Halton : 15

Hamilton : 13

Simcoe Muskoka : 12

Dans une série de gazouillis, le ministre Elliott a indiqué qu'environ 60 % des nouveaux cas aujourd'hui touchaient des personnes âgées de moins de 40 ans.

<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/covid-19-coronavirus-ontario-numbers-september-28-1.5741454>

### **Santé publique Ottawa publie des données sur la pandémie par quartier**

Numéro d'identification : 1007933172

Source : CTV

**OTTAWA** -- Santé publique **Ottawa** (SPO) a publié une carte des infections au virus de la COVID-19 selon les quartiers de la ville.

La carte a été produite en partenariat avec l'Étude de quartiers d'**Ottawa**.

SPO affirme que la carte a été créée et publiée « dans l'intérêt de la transparence », mais continue d'insister sur le fait que la COVID-19 est répandue dans toute la ville.

« Les zones où les taux sont plus faibles ou plus élevés ne sont pas plus ou moins "sûres" en ce qui a trait à la transmission de la COVID-19. La carte [...] est fondée sur le quartier de résidence des Ottavians atteints d'une infection confirmée au virus de la COVID-19 et ne reflète pas nécessairement l'endroit où les gens ont "attrapé" le virus », indique un avertissement sur le site web de l'étude. « L'exposition à la COVID-19 peut se produire partout où les gens se rassemblent, comme dans les lieux de travail ou les

services ouverts au public. »

Les données utilisées pour créer la carte représentent tous les cas déclarés de mars à août 2020 et ont été extraites par Santé publique Ottawa à partir de la Base de données d'Ottawa sur la COVID-19 de SPO. Au 31 août 2020, il y avait dans la ville 2 975 cas de COVID-19 confirmés en laboratoire.

La carte peut être consultée ici.

Elle montre non seulement le nombre total de cas de COVID-19 confirmés en laboratoire par quartier, mais aussi le taux de cas par 100 000 habitants par quartier.

Selon les données, le quartier de Ledbury—Heron Gate—Ridgemont était en tête de liste pour le plus grand nombre de cas de COVID-19 et le taux de cas par habitant le plus élevé. Au total, 123 personnes du quartier avaient obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 entre mars et août, ce qui représente un taux de 912,26 cas pour 100 000 résidents.

Les cinq principaux quartiers pour le total cumulatif des cas de COVID-19 (au 31 août) sont les suivants :

Ledbury—Heron Gate—Ridgemont : 123 cas

Overbrook—McArthur : 73 cas

Old Barrhaven Est : 54 cas

Bayshore—Belltown : 48 cas

Portobello South : 42 cas

Les cinq principaux quartiers pour le nombre de cas par 100 000 habitants (au 31 août) sont les suivants :

Ledbury—Heron Gate—Ridgemont : 912,26

Bayshore : 518,91

Emerald Woods—Sawmill Creek : 444,62

Overbrook—McArthur : 381,17

Marlborough : 363,98

Trente et un des 111 quartiers sur la carte comptent moins de cinq cas.

Il est important de noter que ces quartiers sont éparpillés dans la ville et ont des densités de population différentes.

Par exemple, le quartier Marlborough se trouve dans le sud rural d'Ottawa. SPO fait remarquer que « les taux (par 100 000 habitants) dans les quartiers ruraux seront plus sensibles aux changements du nombre de résidents atteints d'une infection confirmée au virus de la COVID-19, car leur population est plus petite. »

De plus, les nombres ou les taux de cas pourraient être très différents dans les quartiers voisins.

Le quartier Centre-Ville, par exemple, comptait 40 cas au 31 août, selon la carte, tandis que seulement neuf cas ont été signalés à quelques minutes de route, dans le quartier Vieil Ottawa-Est. Toutefois, en passant à Billings Bridge, le nombre monte à 24.

SPO fait remarquer qu'avec des cas de COVID-19 observés dans toute la ville, il faut continuer de suivre les pratiques exemplaires pour maintenir les taux d'infection bas.

« La meilleure façon de limiter votre exposition à la COVID-19 est de pratiquer l'éloignement physique avec les personnes à l'extérieur de votre ménage, de porter un masque au besoin et lorsqu'il est impossible de maintenir une distance physique, et de vous laver les mains régulièrement. »

<https://ottawa.ctvnews.ca/ottawa-public-health-releases-pandemic-data-by-neighbourhood-1.5123596>

## Nunavut

**Le gouvernement du Nunavut déploie une équipe après sept cas présumés de COVID-19 à une mine**

Numéro d'identification : 1007933496

Source : nationalpost.com

IQALUIT, Nunavut — Le Nunavut signale sept cas présumés de COVID-19 dans une mine de la région ouest du territoire.

Dans un communiqué, le Dr Michael Patterson, administrateur en chef de la santé publique du territoire,

affirme que les sept cas se trouvent à la mine d'or Hope Bay, à 125 kilomètres au sud-ouest de Cambridge Bay.

Le bureau de Patterson attend les résultats des tests d'un laboratoire du Sud.

Le 19 septembre, le Nunavut a confirmé deux cas du virus à Hope Bay, mais le gouvernement affirme qu'il n'y a pas de lien établi entre ceux-ci et les sept cas présumés annoncés aujourd'hui.

Le communiqué indique que les cas présumés et tous les contacts connus sont en isolement.

L'équipe d'intervention rapide du gouvernement du Nunavut a été déployée.

Ce rapport de la Presse canadienne a été publié pour la première fois le 28 septembre 2020.

<https://nationalpost.com/pmnn/news-pmn/canada-news-pmn/nunavut-government-deploys-team-after-7-presumptive-cases-of-covid-19-at-mine>

## Manitoba

### Une deuxième Première Nation du nord du Manitoba signale un cas de COVID-19

Source : CBC

Numéro d'identification : 1007933544

La Nation crie de Tataskweyak fait l'objet d'un confinement après qu'un membre a obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 la semaine dernière.

Un avis envoyé le jeudi 24 septembre aux membres de la collectivité indique que la personne a été en contact étroit avec un autre cas positif provenant de l'extérieur de la collectivité.

Par conséquent, la Première Nation du Manitoba, située à environ 700 kilomètres au nord de Winnipeg, a interdit à ses membres de se rendre à Winnipeg, sauf pour des raisons médicales, et les non-résidents ne sont pas autorisés à se rendre dans la collectivité pendant deux semaines. L'avis ne dit pas si des exceptions seront faites pour les travailleurs essentiels.

La collectivité passe également à l'apprentissage à distance pour les élèves jusqu'à nouvel ordre et a imposé un couvre-feu de 20 h.

Au moins cinq Premières Nations du Manitoba ont maintenant déclaré des cas positifs de COVID-19 dans leurs collectivités.

La semaine dernière, une famille de sept membres de la Première Nation de York Factory, dans le nord du Manitoba, a obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 à la suite d'un voyage à Winnipeg. La famille a subi des tests rapides jeudi dernier, et les résultats ont été confirmés dimanche au laboratoire provincial Cadham.

<https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/tataskweyak-cree-nation-covid-19-1.5742297?cmp=rss>

## États-Unis - Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) – Ressources de communication (document officiel et annonce pour les médias)

### CDC

#### COVID-19 – Recommandations de voyage par destination

Source : CDC

Mise à jour le 28 septembre 2020

#### Niveau d'évaluation du risque pour la COVID-19

- [Niveau 3 : Risque élevé](#)
- [Niveau 2 : Risque modéré](#)
- [Niveau 1 : Risque faible](#)
- [Aucun conseil de santé aux voyageurs : Risque très faible](#)
- Niveau 3 : Aucune donnée disponible – Risque inconnu Voir la liste des pays sur le site <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/map-and-travel-notice.html>.

À quelques exceptions près, plusieurs proclamations présidentielles interdisent l'entrée aux États-Unis aux ressortissants étrangers qui se sont rendus dans l'un des pays suivants au cours des 14 derniers

jours. Pour obtenir la liste complète des exceptions, veuillez consulter les proclamations pertinentes à partir des liens ci-dessous.

- [Chine](#)
- [Iran](#)
- [La plupart des pays européens](#) (Allemagne, Autriche, Belgique, Cité du Vatican, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, République tchèque, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Monaco, Saint-Marin)
- [Royaume-Uni](#) (Angleterre, Écosse, Pays de Galles, Irlande du Nord)
- [République d'Irlande](#)
- [Brésil](#)

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/map-and-travel-notice.html>

### États-Unis

**Série de séances de discussion virtuelle - Immediately in Effect Guidance on Coronavirus (COVID-19) Diagnostic Tests (Lignes directrices en vigueur immédiatement concernant les tests de diagnostic de la COVID-19)**

Source : FDA

**30 SEPTEMBRE 2020**

#### Résumé

La Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis tiendra une séance de discussion virtuelle à l'intention des laboratoires cliniques et des fabricants commerciaux qui élaborent ou ont élaboré des tests de diagnostic pour le SRAS-CoV-2. Cette séance vise à fournir des réponses aux questions techniques sur l'élaboration et la validation des tests pour le SRAS-CoV-2. *Cliquez sur enregistrer et fermez.*

#### Contexte

La FDA joue un rôle essentiel dans la protection des États-Unis contre les menaces telles que les maladies infectieuses émergentes, y compris la pandémie de coronavirus 2019 (COVID-19). La FDA s'engage à fournir des conseils en temps opportun pour appuyer les efforts d'intervention en réponse à cette pandémie.

[Les lignes directrices en vigueur immédiatement publiées sous le titre « Policy for Coronavirus Disease-2019 Tests During the Public Health Emergency \(Revised\) »](#) (Politique de 2019 relative aux tests de dépistage des maladies à coronavirus pendant l'urgence de santé publique - révision) comprennent des politiques propres à cette urgence de santé publique. Ces directives ont été émises le 29 février 2020 et mises à jour par la suite le 16 mars 2020, le 4 mai 2020 et le 11 mai 2020.

<https://www.fda.gov/medical-devices/workshops-conferences-medical-devices/virtual-town-hall-series-immediately-effect-guidance-coronavirus-covid-19-diagnostic-tests-09302020>

**Série de webinaires - Respirateurs et autre équipement de protection individuelle (EPI) à l'usage du personnel médical pendant la pandémie de COVID-19**

**29 SEPTEMBRE 2020**

#### Résumé

Le mardi 29 septembre, de 12 h à 13 h HE, la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis, ainsi que le National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH) et la Occupational Safety and Health Administration (OSHA), des Centers for Disease Control and Prevention (CDC), tiendra un webinaire sur les respirateurs et autre EPI destinés au personnel médical pendant la pandémie de COVID-19.

Au cours de ce webinaire, des représentants de la FDA, des CDC et de l'OSHA seront disponibles pour répondre à vos questions.

Nous invitons tous les intervenants intéressés à y participer. Il n'est pas nécessaire de s'inscrire.

<https://www.fda.gov/medical-devices/workshops-conferences-medical-devices/webinar-series-respirators-and-other-personal-protective-equipment-ppe-health-care-personnel-use>

## **OMS**

**Partenariat mondial pour fournir aux pays à revenu faible ou intermédiaire 120 millions de tests rapides abordables et de qualité pour dépister la COVID-19**

Source : CDC

Communiqué du 28 septembre 2020

- **L'ensemble d'outils relatifs à l'accès comprend des orientations politiques de l'OMS sur l'utilisation des tests antigéniques de diagnostic rapide et prévoit des volumes garantis par les fabricants pour les pays à revenu faible ou intermédiaire, un financement catalytique pour aider les gouvernements à déployer les tests et un premier fonds de 50 millions de dollars des États-Unis pour les achats.**
- **Plusieurs tests antigéniques de diagnostic rapide pouvant être effectués sur le lieu des soins sont actuellement évalués par l'OMS en vue de leur homologation dans le cadre de la procédure d'urgence (EUL).**
- **Les accords conclus entre la Fondation Bill et Melinda Gates et les fabricants de tests Abbott et SD Biosensor permettent de mettre à la disposition des pays à revenu faible ou intermédiaire des tests novateurs à un prix unitaire maximum de 5 dollars des États-Unis.**
- **Le Fonds mondial a débloqué un montant initial de 50 millions de dollars des États-Unis pour permettre aux pays d'acheter les nouveaux tests, dont les premières commandes devraient être passées cette semaine.**
- **La mise sur le marché rapide de ces tests dans plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire est soutenue par les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (CDC Afrique), Unitaïd, la Fondation pour l'innovation en matière de nouveaux diagnostics (FIND), la Clinton Health Access Initiative (CHAI) et leurs partenaires.**
- **Il s'agit de la toute nouvelle démarche entreprise dans le cadre du Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT) afin de mettre au point, d'acheter et de distribuer de nouveaux outils essentiels pour lutter contre la pandémie; il est urgent de disposer de nouveaux tests pour répondre aux énormes besoins non satisfaits à l'échelle mondiale.**

Un ensemble d'accords visant à mettre à la disposition des pays à revenu faible ou intermédiaire des tests antigéniques abordables et de qualité pour le diagnostic de la COVID-19 ont été annoncés aujourd'hui dans le cadre du Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT). Plusieurs organisations sont parties à cet accord historique : les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (CDC Afrique), la Fondation Bill et Melinda Gates, la Clinton Health Access Initiative (CHAI), la Fondation pour l'innovation en matière de nouveaux diagnostics (FIND), le Fonds mondial, Unitaïd et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Dans le cadre de cet effort global, la Fondation Bill et Melinda Gates a conclu deux accords distincts concernant les volumes garantis avec Abbott et SD Biosensor, fabricants de tests de diagnostic rapide. Ces deux accords permettront de mettre à la disposition des pays à revenu faible ou intermédiaire 120 millions de tests antigéniques de diagnostic rapide en six mois – à un prix unitaire maximum de

5 dollars des États-Unis. Ces tests donnent un résultat en 15 à 30 minutes, contre plusieurs heures ou plusieurs jours pour d'autres tests, ce qui permettrait de les diffuser largement, en particulier dans les pays qui ne disposent pas de moyens de laboratoire importants ou d'agents de santé formés pour effectuer des tests moléculaires (par réaction en chaîne par polymérase ou PCR).

Les tests mis au point par Abbott et SD Biosensor sont facilement transportables, fiables et faciles à administrer, et peuvent donc être effectués dans des établissements de santé décentralisés et de proximité. Les tests fabriqués par ces deux entreprises sont plus rapides et moins coûteux que les tests en laboratoire, ce qui permet aux pays d'augmenter le rythme des tests, de rechercher les personnes atteintes de la COVID-19 et de les traiter dans les établissements de soins, en particulier dans les zones où les ressources du système de santé sont insuffisantes. Plusieurs autres tests antigéniques de diagnostic rapide sont en cours de mise au point et d'évaluation, à divers stades.

Pour diffuser plus largement ces tests, le Fonds mondial a annoncé aujourd'hui qu'il avait débloqué un montant initial de 50 millions de dollars des États-Unis, dans le cadre de son Dispositif de riposte à la COVID-19, pour que les pays à revenu faible ou intermédiaire puissent acheter au moins 10 millions de nouveaux tests rapides au prix garanti. Les premières commandes devraient être passées cette semaine par l'entremise du dispositif d'achats groupés du Fonds mondial.

FIND et l'OMS collaborent pour accélérer l'utilisation appropriée des tests en soutenant les travaux de recherche appliquée qui permettront d'optimiser l'usage des tests antigéniques de diagnostic rapide dans plusieurs pays à revenu faible ou intermédiaire, conformément aux orientations de l'OMS. Cela suppose de fournir des volumes critiques de tests antigéniques de diagnostic rapide pour déterminer comment les intégrer au mieux dans les systèmes de santé.

Unitaid et les CDC d'Afrique s'associeront pour lancer le déploiement de ces tests dans une vingtaine de pays d'Afrique à partir d'octobre 2020. Cette intervention, dont le coût s'élève à plusieurs millions de dollars et qui est en cours d'approbation finale par les conseils d'administration respectifs des deux organisations, est destinée à attirer plusieurs partenaires qui participent à la riposte à la COVID-19 dans ces pays, comme CHAI, l'African Society for Laboratory Medicine (ASLM) et les organisations locales. Cette démarche s'appuie sur les efforts déployés par le Partenariat de l'Union africaine pour accélérer les tests de la COVID-19 (PACT), lancé en août 2020 pour mobiliser des experts, des agents communautaires ainsi que des fournitures et d'autres ressources afin d'atténuer autant que possible l'incidence de la pandémie sur le continent africain en testant, en recherchant et en traitant rapidement les cas de COVID-19.

Les tests sont un élément essentiel de la riposte à la COVID-19. Ils permettent aux pays de rechercher et d'endiguer le virus dès maintenant, et de se préparer au déploiement des vaccins quand ils seront disponibles. Les stratégies de test efficaces reposent sur plusieurs types de tests qui peuvent être utilisés dans différents contextes et situations. Les tests moléculaires ont commencé à être déployés dans le mois qui a suivi le séquençage du virus, mais ils nécessitent une infrastructure de laboratoires et du personnel formé pour être effectués. Les tests rapides visant à détecter la présence du virus et pouvant être effectués sur le lieu des soins, plus rapides et moins coûteux, sont un nouvel outil indispensable dans l'arsenal des tests nécessaires pour endiguer et combattre la COVID-19.

Les orientations de l'OMS publiées le 11 septembre 2020 soulignent l'intérêt de ces tests dans les zones où la transmission communautaire est généralisée et où les tests de diagnostic fondés sur l'amplification des acides nucléiques ne sont pas disponibles, ou dans celles où les résultats des tests sont particulièrement longs à obtenir. Les tests peuvent non seulement permettre de mettre en place des stratégies de test, de recherche et d'isolement des cas, mais aussi faciliter le repérage ou la confirmation de nouvelles flambées ainsi que les enquêtes sur les flambées grâce au dépistage, à la surveillance de l'évolution de la maladie et éventuellement, au dépistage auprès des contacts asymptomatiques.

L'axe de travail « produits de diagnostic » de l'Accélérateur ACT est codirigé par FIND et le Fonds mondial, en étroite collaboration avec l'OMS et plus de 30 experts partenaires mondiaux en santé pour accélérer l'innovation et surmonter les obstacles techniques, financiers et politiques à l'accès équitable à des tests efficaces et rapides. Cette collaboration mondiale sans précédent a permis de mettre au point et de déployer le premier test antigénique de diagnostic rapide approuvé par l'OMS dans le cadre de la procédure d'urgence, dans les huit mois qui ont suivi la première identification du virus. À titre de comparaison, il a fallu près de cinq ans pour mettre au point le premier test de diagnostic rapide de l'infection à VIH. Plusieurs autres tests antigéniques de diagnostic rapide de la COVID-19 font actuellement l'objet d'un examen dans le cadre de la procédure d'urgence de l'OMS. Globalement, l'axe

de travail « produits de diagnostic » de l'Accélérateur ACT vise à faciliter la fourniture de 500 millions de tests aux pays à revenu faible ou intermédiaire dans un délai de 12 mois.

Ces accords sont essentiels pour atteindre l'objectif clé de l'Accélérateur ACT, à savoir permettre à tous les pays, quel que soit leur revenu, d'avoir accès équitablement à de nouveaux tests et de nouveaux outils pour lutter contre la COVID-19. La rapidité exceptionnelle avec laquelle a été mis au point l'ensemble de mesures pour favoriser l'accès aux tests antigéniques de diagnostic rapide montre toute l'efficacité de l'Accélérateur ACT, et ces réalisations et les réalisations futures concernant les tests viendront compléter des réussites similaires qui devraient voir le jour dans les axes de travail « vaccins » et « traitements ».

Le **Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus**, directeur général de l'OMS, a déclaré : « Les tests rapides de qualité nous montrent où se cache le virus, ce qui est essentiel pour rechercher et isoler rapidement les contacts et briser les chaînes de transmission. Ces tests sont un outil indispensable pour les gouvernements qui cherchent à rouvrir leur économie et, en fin de compte, à sauver des vies et des moyens de subsistance. »

**Mark Suzman**, président-directeur général de la Fondation Gates, a dit : « Les tests sont un outil essentiel dans la lutte contre la COVID-19. Nous sommes ravis de participer à un partenariat qui contribuera à ce que les outils de diagnostic de qualité les plus récents ne bénéficient pas seulement au plus offrant, mais soient aussi disponibles à un prix abordable dans les pays à revenu faible. En outre, toutes les mesures annoncées aujourd'hui montrent que l'Accélérateur ACT parvient de mieux en mieux à favoriser la coopération mondiale pour faire face à cette crise mondiale de manière juste et efficace. »

Le **Dr Iain Barton**, président-directeur général de CHAI, a déclaré : « Ces accords permettront à des millions de personnes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire d'avoir accès à des tests rapides de qualité, dans les villages et dans les villes. Cela pourrait accroître considérablement les capacités des gouvernements à riposter à la pandémie, en permettant un diagnostic et une intervention rapides pour endiguer les flambées localisées avant qu'elles ne se propagent. »

**Andrea F. Wainer**, vice-présidente exécutive chargée des outils de diagnostic rapide et moléculaire d'Abbott, a déclaré « Abbott est heureux, grâce à ce partenariat novateur, de proposer son test antigénique de diagnostic rapide de la COVID-19, Panbio, et sa solution numérique, Sympheos, aux personnes et aux autorités sanitaires dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Nous nous engageons depuis longtemps à ce que nos technologies révolutionnaires soient abordables et accessibles et, depuis des décennies, nous soutenons bon nombre de ces pays grâce à nos tests rapides de dépistage du paludisme, de l'infection à VIH, de l'hépatite et d'autres maladies infectieuses mortelles. »

**Hyo-Keun Lee**, président-directeur général de SD Biosensor, a déclaré « SD Biosensor est heureux de fournir ses tests antigéniques de diagnostic rapide de la COVID-19, STANDARD Q, aux personnes qui ont vraiment besoin que la maladie soit diagnostiquée de manière rapide et fiable. Grâce à ce partenariat, nous nous efforcerons encore de fournir des tests antigéniques de diagnostic rapide de la meilleure qualité possible pour lutter contre la COVID-19. »

Le **Dr John Nkengasong**, directeur des CDC d'Afrique, a déclaré « Les tests antigéniques sont un outil important, à côté des tests par PCR, et sont essentiels pour accroître la capacité de test dans toute l'Afrique. L'intérêt des tests antigéniques est qu'ils sont rapides et donnent vite des résultats. Ils permettront aux soignants d'isoler rapidement les cas et de les traiter tout en recherchant leurs contacts pour interrompre les chaînes de transmission. »

Le **Dr Philippe Duneton**, directeur exécutif par intérim d'Unitaid, a déclaré « L'accès à ces tests rapides sur le lieu des soins changera la donne dans la lutte contre la COVID-19. Nous nous efforçons d'aider les pays à déployer et à utiliser rapidement ces nouveaux tests de la meilleure façon possible. Les accords conclus aujourd'hui montrent les résultats que la collaboration entre les partenaires de l'Accélérateur ACT permet d'obtenir dans la lutte contre la pandémie de COVID-19. »

La **Dre Carolyn Gomes, conseillère spéciale du Conseil d'administration de ProActividad (Jamaïque) et membre suppléante du Conseil d'administration (ONG des pays en développement) du Fonds mondial**, a dit : « Il est essentiel de garantir un accès équitable aux tests de diagnostic rapide pour lutter contre la COVID-19 dans tous les pays et pour ouvrir les économies partout dans le monde. La garantie d'un prix abordable est un grand progrès. Les tests utilisables sur le lieu des soins par les soignants en première ligne faciliteront considérablement l'accès des communautés. Pour assurer un accès équitable à ceux qui en ont le plus besoin, l'Accélérateur ACT devra apporter un soutien beaucoup

plus important, en particulier dans le cadre de son axe de travail « produits de diagnostic ». Il faut beaucoup plus d'argent pour répondre aux besoins des plus vulnérables. »

**Peter Sands**, directeur exécutif du Fonds mondial, a déclaré « On voit ce que l'Accélérateur ACT permet de faire. C'est la preuve qu'en collaborant largement à l'échelle mondiale, nous pouvons mettre au point et utiliser un nouvel outil essentiel pour contribuer à endiguer et à combattre la pandémie. Il ne s'agit pas seulement de disposer d'un nouveau test, mais d'avoir les ressources et le plan de déploiement nécessaires pour le mettre à disposition rapidement là où il faut. C'est la force de la collaboration mondiale. »

La **Dre Catharina Boehme**, directrice générale de FIND, a déclaré « Avec ces tests antigéniques de diagnostic rapide, les partenaires de l'Accélérateur ACT ont obtenu des outils indispensables pour que les pays à revenu faible ou intermédiaire intensifient considérablement le dépistage de la COVID-19. Grâce au soutien financier de plusieurs pays, nous avons fait de grands progrès, mais pour que tous ceux qui ont besoin de tests en bénéficient et pour faire baisser les prix, nous avons besoin d'urgence d'un financement public, philanthropique et multilatéral important. »

### À propos de l'Accélérateur ACT

Le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT) est une nouvelle collaboration mondiale novatrice visant à accélérer la mise au point et la production de produits de diagnostic, de traitements et de vaccins contre la COVID-19 et à en assurer un accès équitable. Il a été créé pour faire suite à un appel des dirigeants du G20 en mars 2020 et lancé, en avril, par l'OMS, la Commission européenne, la France et la Fondation Bill et Melinda Gates. L'Accélérateur ACT n'est ni un organe décisionnaire ni une nouvelle organisation, mais il vise à accélérer les efforts de collaboration entre les organisations existantes pour mettre fin à la pandémie. Il s'agit d'un cadre de collaboration qui a été conçu pour réunir les principaux acteurs dans le but de mettre fin à la pandémie le plus rapidement possible grâce à la mise au point plus rapide, à l'allocation équitable et à la mise à disposition en plus grand nombre de tests, de traitements et de vaccins pour protéger les systèmes de santé et permettre le rétablissement des sociétés et le relèvement de l'économie à court terme. Il s'appuie sur l'expérience de grandes organisations mondiales du domaine de la santé qui s'attaquent aux problèmes sanitaires les plus complexes au monde et qui, en collaborant, sont en mesure d'obtenir de nouveaux résultats plus ambitieux contre la COVID-19. Ses membres s'engagent tous à veiller à ce que chacun ait accès à tous les outils nécessaires pour vaincre la COVID-19 et à travailler en partenariat comme jamais auparavant pour y parvenir. L'Accélérateur ACT est composé de quatre axes de travail : les produits de diagnostic, les traitements, les vaccins et le lien avec les systèmes de santé. À cet égard, l'accès et l'allocation constituent un domaine d'activité transversal.

L'axe de travail « produits de diagnostic » de l'Accélérateur ACT vise à garantir que tous ceux qui ont besoin d'un test puissent en obtenir un. Les axes de travail couvrent la recherche et développement, la préparation des marchés, les achats et la préparation des pays. Des formations en laboratoire ont été organisées début février, en partenariat avec les CDC d'Afrique, et une série de cours en ligne ont été mis en place en quelques semaines. Près de 20 millions de tests ont été achetés auprès du consortium « produits de diagnostic », ce qui permet de garantir l'accès des pays à revenu faible ou intermédiaire aux produits de diagnostic et de préparer la mise en œuvre des tests et des traitements dans ces pays. Des évaluations indépendantes des tests sérologiques sont également en cours, car des tests sérologiques de qualité sont essentiels pour connaître l'immunité de la population en vue du déploiement futur d'un vaccin.

Pour en savoir davantage sur l'homologation dans le cadre de la procédure d'urgence de l'OMS, veuillez consulter les sites suivants :

[https://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/eual/emergency/en/](https://www.who.int/diagnostics_laboratory/eual/emergency/en/)

[https://www.who.int/diagnostics\\_laboratory/200922\\_eul\\_sars\\_cov2\\_product\\_list.pdf?ua=1](https://www.who.int/diagnostics_laboratory/200922_eul_sars_cov2_product_list.pdf?ua=1)

<https://www.who.int/fr/news/item/28-09-2020-global-partnership-to-make-available-120-million-affordable-quality-covid-19-rapid-tests-for-low--and-middle-income-countries>

## OMS

### Mot d'ouverture du directeur général de l'OMS lors du point de presse sur la COVID-19 – 28 septembre 2020

Source : OMS

28 septembre 2020

- *La semaine dernière, l'OMS a publié la première autorisation d'utilisation d'urgence au titre du protocole Emergency Use Listing (liste d'utilisation d'urgence) pour un test de diagnostic rapide de qualité fondé sur l'antigène et nous nous attendons à ce que d'autres tests rapides suivent.*
- *Grâce à un accord entre l'OMS et ses partenaires présents ici aujourd'hui et d'autres, une proportion substantielle de ces tests rapides – 120 millions – sera mise à la disposition des pays à revenu faible ou intermédiaire.*
- *Ces tests fournissent des résultats fiables en 15 à 30 minutes, plutôt que les heures ou les jours d'attente que proposent certains tests, à un prix inférieur et avec un matériel moins sophistiqué.*
- *Cela permettra d'étendre le dépistage, en particulier dans les zones difficilement accessibles.*

-----  
Bonjour, bon après-midi ou bonsoir.

Depuis le début de la pandémie, l'OMS a souligné l'importance vitale du dépistage dans le cadre d'une stratégie globale de lutte contre la transmission de la COVID-19.

Dans les deux semaines qui ont suivi la notification à l'OMS des premiers cas d'infection au nouveau coronavirus, la Chine a partagé les séquences génétiques avec l'OMS et le reste du monde.

En collaboration avec notre laboratoire partenaire en Allemagne, Charité University, nous avons par la suite publié les premières instructions sur la façon de mettre au point un test PCR validé pour la détection du virus responsable de la COVID-19.

À la troisième semaine de janvier, l'OMS avait assuré par contrat la fabrication de réactifs PCR pour la détection du virus responsable de la COVID-19.

Et à la fin du mois de janvier, nous avons commencé à expédier des tests PCR à plus de 150 laboratoires à travers le monde, ce qui a permis aux pays d'identifier, de rechercher et de suivre rapidement le virus.

Parallèlement, nous avons commencé à collaborer avec des partenaires pour mettre au point des tests plus simples et plus rapides qui seront utilisés dans le monde pour diagnostiquer la COVID-19.

**La semaine dernière, nous avons franchi une étape importante; en effet, l'OMS a publié la première autorisation d'utilisation d'urgence au titre du protocole Emergency Use Listing pour un test de diagnostic rapide de qualité fondé sur l'antigène et nous nous attendons à ce que d'autres tests rapides suivent. Aujourd'hui, j'ai de bonnes nouvelles.**

**Je suis heureux d'annoncer que grâce à un accord entre l'OMS et ses partenaires présents ici aujourd'hui et d'autres, une proportion substantielle de ces tests rapides – 120 millions – sera mise à la disposition des pays à revenu faible ou intermédiaire.**

**Ces tests fournissent des résultats fiables en 15 à 30 minutes, plutôt que les heures ou les jours d'attente que proposent certains tests, à un prix inférieur et avec un matériel moins sophistiqué.**

**Cela permettra d'étendre le dépistage, en particulier dans les zones difficilement accessibles ne disposant pas d'installations de laboratoire ou d'un nombre suffisant d'agents de santé formés pour effectuer des tests PCR.**

Il s'agit d'un ajout vital à leur capacité de dépistage, particulièrement important dans les zones à forte transmission.

**Des accords de garantie de volume ont été conclus entre deux fabricants et la Fondation Bill et Melinda Gates, ce qui permettra de mettre à disposition un total de 120 millions de nouveaux tests de diagnostic rapide hautement portables et faciles à utiliser sur une période de six mois.**

Actuellement, leur prix maximum a été fixé à 5 dollars des États-Unis par unité, soit un prix déjà beaucoup moins élevé que les tests PCR, et nous anticipons une baisse de ce prix.

Plus la COVID-19 peut être diagnostiquée rapidement, plus des mesures peuvent être prises rapidement pour traiter et isoler les personnes atteintes de la maladie et rechercher leurs contacts.

Nous avons conclu un accord, nous disposons du financement initial et avons désormais besoin de la totalité des fonds nécessaires pour acheter ces tests.

Au cours du week-end, mon ami, Boris Johnson, le premier ministre du Royaume-Uni, a annoncé un nouveau financement pour l'OMS et le mécanisme COVAX, qui représente le volet consacré aux vaccins de l'Accélérateur ACT.

Ensemble, le monde doit mobiliser 35 milliards de dollars supplémentaires des États-Unis en faveur de l'Accélérateur ACT.

Toutefois, ce montant est considérable pour les pays dans le contexte des billions de dollars qu'ils consacrent actuellement aux mesures de relance pour maintenir leurs économies à flot.

Si nous agissons ensemble, nous gagnerons ensemble!

<https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---28-september-2020>

## OPS

### L'OPS dirige les efforts régionaux de riposte à la COVID-19 tout en s'efforçant de protéger les gains de santé à long terme

Source : OPS

**Washington, D.C., 28 septembre 2020 (OPS/OMS)** – Bien avant le début de la pandémie de COVID-19, un domaine clé de la coopération technique offerte par l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) consistait à renforcer les capacités de ses pays membres à se préparer et à intervenir en cas d'écllosion de maladies et d'épidémies. Depuis l'arrivée de la pandémie dans les Amériques, l'OPS a poursuivi ce travail tout en assurant le leadership régional et la coordination de la riposte à la COVID-19 et en aidant les pays membres à protéger les gains dans d'autres domaines vitaux comme la vaccination, la prévention des maladies non transmissibles et l'élargissement de l'accès à des soins de santé de qualité.

Ces points saillants de la coopération technique prodiguée par l'OPS entre le milieu de 2019 et le milieu de 2020 font partie des réalisations décrites dans le Rapport annuel 2020 de la directrice intitulé « Saving Lives and Improving Health and Well-Being ». La directrice de l'OPS, Carissa F. Etienne, a présenté le rapport aujourd'hui aux autorités sanitaires des Amériques réunies virtuellement cette semaine pour le 58<sup>e</sup> Conseil directeur de l'OPS.

Selon le rapport, la COVID-19 « a eu des répercussions sur la santé, l'économie et le mode de vie de presque tous les pays » des Amériques. La pandémie a fait ressortir de graves inégalités entre les pays et au sein de ceux-ci et mis en lumière les vulnérabilités particulières de certains groupes de la population. Elle a également « mis en évidence les profondes lacunes structurelles des mécanismes de protection sociale et de protection de la santé de la Région et la nécessité de mettre en place des réformes et des actions de fond qui aideront les pays à atteindre l'ambitieux objectif de la santé universelle d'ici 2030 ».

Dans ce contexte, le rapport contient un résumé des stratégies, des interventions et des réalisations de l'OPS dans ses principaux domaines de coopération technique au cours de la période visée par le rapport. Ces domaines comprennent les systèmes et les services de santé; les maladies transmissibles et les déterminants environnementaux de la santé; les urgences sanitaires; la famille, la promotion de la santé et le parcours de vie; les maladies non transmissibles et la santé mentale; et les données probantes et les renseignements pour l'action en santé. Le rapport souligne les efforts particuliers déployés pour assurer une meilleure santé à chacun pendant et après la pandémie, en particulier les personnes en situation de vulnérabilité, dans la foulée de l'engagement général de l'Organisation à « ne laisser personne pour compte ». Le rapport décrit également les efforts déployés par l'OPS pour améliorer son efficacité interne et assurer le maintien de la transparence et de la reddition de compte au sein de ses opérations.

« Les répercussions sanitaires, sociales et économiques de la pandémie auront de profonds impacts sur les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs nationaux, infrarégionaux, régionaux et mondiaux en matière de santé; sur le financement de la santé et la mobilisation des ressources; et sur nos efforts et nos aspirations en vue d'améliorer la santé avec équité », a déclaré la Dre Etienne en présentant le rapport.

Elle a ajouté : « Nous sommes pleinement conscients que des interventions massives et soutenues seront nécessaires, dans un avenir immédiat et prévisible, pour contrôler et contenir la COVID-19, pour s'attaquer à la hausse du seuil de pauvreté, pour réduire les inégalités sociales et les iniquités en matière de santé et, ce qui est très important, pour placer la santé au centre du développement équitable et durable. »

<https://www.paho.org/en/news/28-9-2020-paho-has-led-regional-response-covid-19-while-striving-protect-long-term-health>

## OPS

### La réunion des ministres de la Santé débute par un appel à l'unité et à la solidarité pour faire face à la pandémie de COVID-19 dans les Amériques

Source : OPS

---

**28 septembre 2020**

*Les autorités sanitaires discutent des effets de la COVID-19 et des stratégies de lutte contre la pandémie à la réunion virtuelle du Conseil directeur de l'OPS*

**Washington, D.C., 28 septembre 2020 (OPS/OMS)** – Les pays doivent coopérer pour lutter contre la pandémie de COVID-19 et doivent adapter, repenser et réorienter le travail en santé publique, a déclaré aujourd'hui la directrice de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), Carissa F. Etienne, à la séance d'ouverture du 58<sup>e</sup> Conseil directeur, qui réunit les ministres de la Santé des Amériques.

« **Le monde post-COVID sera façonné par les décisions prises dans la lutte contre le virus.** L'incertitude profonde qui entoure le virus, sa trajectoire et la riposte des autres pays ne font qu'accentuer l'importance d'exercer un leadership. À tout le moins, les dirigeants de notre région et du monde entier doivent coopérer pour lutter contre le virus et parvenir ensemble à l'éliminer », a déclaré la Dre Etienne.

**La pandémie exige « que nous adaptions, repensons et réorientons notre coopération technique, car le statu quo n'est aucunement envisageable » pour l'Organisation et ses États membres,** a-t-elle ajouté. « Les États doivent faire comprendre à leurs citoyens que leur sécurité intérieure passe par la coopération avec l'étranger. La perte monumentale de vies humaines engendrée par cette pandémie devrait être un rappel suffisamment puissant du besoin impératif d'opérer des changements tant collectifs qu'individuels au sein de la société », a déclaré la Dre Etienne.

La cérémonie d'ouverture du Conseil directeur tenue aujourd'hui réunissait également la première ministre de la Barbade, Mia Mottley; le président de la Colombie, Ivan Duque; le secrétaire général de l'Organisation des États américains, Luis Almagro; et le président de la Banque interaméricaine de développement, Luis Alberto Moreno. Le ministre de la Santé du Costa Rica, Daniel Salas, accompagné du directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé, Tedros Adhanom Ghebreyesus, a souhaité la bienvenue aux participants.

### Conseils de l'OPS adaptés à la région

La première ministre de la Barbade, Mia Mottley, a remercié l'OPS pour son rôle unique dans la lutte contre la pandémie de COVID-19 dans la région des Amériques. « L'OPS rend de précieux services à nos États depuis plus d'un siècle et demeurera la grande dame de la santé publique pendant au moins 100 autres années », a-t-elle dit.

La région doit se rassembler « malgré les différences entre la langue, la taille, la culture et les difficultés socio-économiques de ses États, afin de vaincre ce catalyseur microscopique de mutation de l'ordre mondial, un ordre dont notre Terre nourricière a tant besoin. Le virus a mis à genoux de grands pays partout dans le monde, a-t-elle déclaré. C'est pourquoi il est essentiel que l'OPS « adapte ses conseils à nous tous – autant les grands pays que les moins grands et même les petits pays, comme ma propre Barbade ».

Madame Mottley a également souligné l'urgent besoin de redémarrer les économies, en particulier dans les Caraïbes, afin de favoriser la reprise sécuritaire du tourisme de croisière dont dépendent les économies de nombreux pays. « Mais ce rétablissement doit se faire de manière à assurer la sécurité de nos travailleurs », appelant ainsi à accorder aux travailleurs du tourisme un accès prioritaire aux vaccins et aux traitements lorsqu'ils seront disponibles.

### **Une riposte progressive et fondée sur la science**

Le président de la Colombie, Iván Duque, a décrit les efforts de son pays pour relever ce qu'il a appelé « le plus grand défi de notre histoire récente ». La Colombie, a-t-il dit, a réagi à la crise « rapidement, par étapes et à partir d'informations fiables, et avec l'aide d'experts et de scientifiques ». Le pays a articulé son travail autour de trois axes, à savoir la protection de la santé de chacun, y compris les personnes les plus vulnérables, la protection du tissu social afin de prévenir la perte de décennies de réalisations dans la lutte contre la pauvreté, et le développement d'outils pour raviver notre capacité de production, a-t-il dit.

Monsieur Duque a décrit comment le pays est passé d'un seul laboratoire au début de la crise à 100 laboratoires publics et privés pour traiter les tests. Le nombre de lits de soins intensifs a doublé en cinq mois et des dizaines de milliers de professionnels de la santé ont été formés. Le pays a également créé le Fonds d'atténuation d'urgence et constitué une réserve de millions de pièces d'équipement de protection individuelle, en plus de mettre en œuvre des mesures sociales qui touchent maintenant près de 10 millions de familles.

Le président Duque a souligné que la Colombie a également mis au point un plan de réactivation visant à atténuer les effets de la COVID-19 sur les activités de production et à jeter les bases d'une reprise économique rapide, durable et socialement consciente, assortie d'un axe transversal de renforcement de la santé publique. « Nous savons que la pandémie ne prendra pas fin de sitôt, tout comme nous savons que nous ne nous en sortirons que si nous agissons ensemble », a-t-il souligné.

### **Solidarité et unité au sein de la région**

« Aujourd'hui, en tant que dirigeants des Amériques, nous sommes confrontés à un défi de santé sans précédent de notre vivant. La COVID-19 a causé la mort et la destruction économique dans tous nos pays. Mais nous continuerons de lutter ensemble contre la pandémie, fidèles à notre esprit de famille et à l'esprit des Amériques, a déclaré le secrétaire à la Santé des États-Unis, Alex Azar II. « Personne dans les Amériques ne sera à l'abri de ce virus tant que toute la population des Amériques ne sera pas en sécurité. »

Monsieur Azar a dit que les États-Unis « tendront la main à tous ceux qui sont dans le besoin. Nous allons demeurer, comme nous l'avons été tout au long de l'après-guerre, le plus important donateur de la planète en matière d'aide humanitaire et le plus important apôtre de la santé mondiale. Et dans ce contexte, c'est toujours à notre propre hémisphère que nous accordons la priorité. » M. Azar a ajouté que son pays avait déjà envoyé des dizaines de millions de dollars en aide au développement et en aide technique pour participer à la lutte contre la pandémie dans au moins 24 pays des Amériques.

Il a déclaré que son pays se réjouissait à l'idée de « travailler avec les États membres et les dirigeants de l'OPS pour que d'autres améliorations soient apportées dans un proche avenir ». Et il a ajouté : « Renouvelons notre engagement envers cet esprit qui a marqué la naissance de la coopération en matière de santé dans les Amériques, l'esprit d'ouverture et d'honnêteté dont nous avons besoin pour nous protéger tous contre la maladie. »

Le ministre de la Santé du Costa Rica et président sortant du Conseil directeur, Daniel Salas, a déclaré « Au milieu de cette pandémie, aucune décision n'a été facile. » Il a déploré que des pays se livrent

concurrence dans la course pour acquérir de l'équipement de protection individuelle, des fournitures de laboratoire, des technologies de diagnostic et d'autres ressources.

Pour prendre le dessus, « nous devons faire preuve de solidarité et d'unité, a-t-il dit, exhortant les pays à ne pas se laisser emporter par le désir d'acquérir tous les vaccins » contre la COVID-19 lorsqu'ils seront disponibles, « si cela empêche d'autres pays d'avoir accès à cet outil qui réduira le fardeau sur les systèmes de santé et rouvrira progressivement les économies ». Le ministre a souligné que « la bataille contre la COVID-19 peut être gagnée si nous faisons preuve de résilience, d'empathie et d'unité ».

### **Le rôle des organisations multilatérales**

Le secrétaire général de l'Organisation des États américains (OEA), Luis Almagro, a déclaré que le travail de l'OPS a été déterminant en 2020 face à la pandémie de COVID-19. « Les pertes de vie, les pertes d'emplois et l'incertitude quant à l'avenir immédiat nous placent dans une situation où la réactivité des institutions publiques et de nos gouvernements, ainsi que l'efficacité et la capacité de réagir des systèmes de gouvernance actuels, sont mises à l'épreuve », a souligné M. Almagro.

Le secrétaire général a indiqué que, pour l'OEA, « la priorité est d'agir avec urgence, en particulier pour soutenir les plus pauvres et les plus vulnérables », et à cet égard, « la coopération et la coordination entre les organismes internationaux et interaméricains peuvent aider à fournir le soutien dont les pays ont besoin ». Il a souligné le travail accompli par l'OEA et l'OPS pour favoriser une coordination et une intervention multisectorielles à l'appui des pays de la région.

« Les défis qui attendent la région et l'aide multilatérale sont immenses, a-t-il dit. L'OPS jouera un rôle essentiel pour les relever », a conclu M. Almagro.

Le président de la Banque interaméricaine de développement (BID), Luis Alberto Moreno, a souligné que « la pandémie a démontré la fragilité des systèmes de santé ». Il a fait une mise en garde contre les risques importants de revers, d'accroissement de la pauvreté et des inégalités et de détérioration de la santé des populations.

Monsieur Moreno a indiqué que, pour surmonter la crise de la pandémie, la région a besoin de leadership, de collaboration entre les États et d'innovation. Il a souligné que COVAX, le mécanisme visant à faciliter l'accès au vaccin contre la COVID-19, était « un excellent exemple de la façon dont les pays et les organismes multilatéraux peuvent travailler à la mise au point de solutions novatrices ». Il a expliqué que la BID collabore avec certains pays pour financer leur participation à ce mécanisme et qu'elle a également approuvé des prêts de plus de 20 milliards de dollars afin d'aider des pays à faire face aux retombées de la pandémie, notamment sur le secteur de la santé. M. Moreno a appelé, entre autres mesures, à renforcer les systèmes de santé et à augmenter les dépenses en santé publique afin de s'assurer que les pays sont prêts à affronter les prochaines urgences.

### **« Sauver des vies maintenant avec les outils dont nous disposons. »**

Le directeur général de l'OMS, le Dr Tedros, a déclaré que « la seule issue à la pandémie passe par l'unité nationale et la solidarité mondiale », soulignant que « le nationalisme ne fera que prolonger la pandémie. »

**Mais il a également prévenu que nous ne pouvons nous permettre d'attendre l'arrivée d'un vaccin. « Nous devons sauver des vies maintenant avec les outils dont nous disposons. » Pour y parvenir, il a proposé que les pays adoptent quatre priorités, à savoir éviter d'amplifier les événements en adoptant une approche fondée sur les risques au niveau local, protéger les personnes vulnérables pour sauver des vies et réduire le fardeau sur les systèmes de santé, adopter une approche globale pour éduquer les communautés et leur donner les moyens de se protéger et de protéger les autres, et bien faire les choses**

de base – trouver les cas, les tester, mettre en isolement et en quarantaine les cas positifs et retracer les personnes avec qui ils ont été en contact.

« Nous avons un énorme défi à relever pour maîtriser la pandémie, mais le défi encore plus grand sera de décider des mesures à prendre au lendemain de la pandémie », a déclaré le Dr Tedros, soulignant « qu'investir dans la santé n'est pas seulement la chose à faire, c'est aussi avoir l'intelligence de le faire. »

Le Dr Tedros a ajouté que, même si nous aurons en main de nombreux rapports, examens et recommandations sur la réplique à la pandémie, « Nous devons tous nous regarder dans le miroir. Quelles que soient les leçons à tirer cette fois-ci, nous devons les apprendre. Quels que soient les changements à apporter, nous devons les apporter. Quelles que soient les erreurs que nous avons commises, nous devons avoir l'humilité de les assumer. Nous devons porter un jugement honnête sur la situation. »

« L'histoire nous jugera – non seulement sur ce que nous avons fait pendant la pandémie, mais aussi sur ce que nous avons fait après. Il n'y a pas d'excuses pour ne pas respecter les engagements que nous avons pris », a-t-il déclaré.

Les mesures de réplique des pays à la pandémie de COVID-19 seront discutées en profondeur le mardi 29 septembre.

Composé des ministres de la Santé et de délégués de haut niveau de ses États membres et de ceux de l'OMS, le Conseil directeur de l'OPS discute et analyse les politiques régionales en matière de santé et établit les priorités de coopération technique et de collaboration internationale.

<https://www.paho.org/en/news/28-9-2020-health-ministers-meeting-kicks-call-unity-solidarity-face-covid-19-pandemic-americas>

## International - Éclosion et effets de la maladie à coronavirus (COVID-19) (annonce pour les médias)

### Pays-Bas

**Les Pays-Bas se joignent à leurs voisins pour resserrer les restrictions sur le coronavirus alors que le nombre de cas augmente**

Numéro d'identification : 1007933480

Source : [rss24.news](https://rss24.news)

Les Pays-Bas ont introduit des mesures plus strictes pour lutter contre la hausse des cas de coronavirus, interdisant les spectateurs lors des matches de sport professionnel et ordonnant aux bars et aux restaurants de fermer à 22 heures pendant les trois prochaines semaines.

Le ministre de la Santé, Hugo de Jonge, a déclaré « Nous faisons de notre mieux, mais le virus se porte mieux », signalant que des mesures plus graves pourraient suivre si les chiffres ne cessent d'augmenter. Le premier ministre Mark Rutte a également conseillé aux gens de porter un masque facial lorsqu'ils magasinent à Amsterdam, à Rotterdam et à La Haye, les trois villes affichant les taux d'infection les plus élevés.

Il a également déclaré que les gens devraient travailler à domicile, que pas plus de trois visiteurs devraient être autorisés dans les maisons et que pas plus de quatre personnes devraient sortir ensemble. Les nouvelles mesures entrent en vigueur mardi soir et font suite à un resserrement similaire des restrictions chez les voisins des Pays-Bas, alors que les pays européens se battent contre une deuxième vague croissante de cas de COVID-19.

Le tableau de bord du coronavirus du pays a enregistré 2921 nouvelles infections au cours des

24 dernières heures, en légère baisse par rapport aux 2996 cas enregistrés dimanche par l'institut de santé publique du pays.

Ernst Kuipers, du réseau national de soins aigus, a déclaré qu'il y avait maintenant 660 patients atteints de la COVID-19 dans les hôpitaux néerlandais, dont 142 dans des unités de soins intensifs, et que le nombre augmentait rapidement.

Bars et restaurants fermés dans certaines régions de France

Dans la ville française de Marseille et la ville voisine d'Aix-en-Provence, des bars et des restaurants ont été fermés pour enrayer la propagation du virus. Les mesures devraient durer au moins deux semaines.

Le gouvernement central français a également ordonné de nouvelles restrictions plus souples pour dix autres villes, dont Paris, où les infections et les hospitalisations sont à la hausse.

Le pays a signalé 31 511 décès liés au virus, un bilan parmi les plus élevés d'Europe.

Le ministre espagnol de la Santé appelle à des mesures plus strictes

Salvador Illa, ministre de la Santé de l'Espagne, a appelé à l'adoption de mesures plus strictes dans la capitale, Madrid, qui connaît une énorme vague de nouvelles infections.

Le gouvernement national veut voir les restrictions existantes contre la propagation du virus étendues à toute la ville, mais les administrations régionales veulent voir comment les mesures actuelles affectent les chiffres.

Certaines parties de Madrid ont déjà fait l'objet de mesures strictes pour stopper la propagation, mais 160 000 résidents supplémentaires de la ville sont maintenant soumis à de nouvelles restrictions sociales.

Lundi, le nombre d'infections au coronavirus dans le pays a atteint 748 266 depuis le début de la pandémie, soit 31 785 de plus que vendredi, selon les données officielles de lundi.

On a dénombré 179 nouveaux décès liés à la COVID-19, ce qui porte le nombre total de décès à 31 411; toutefois, les experts pensent que beaucoup d'autres décès n'ont pas été enregistrés en raison du nombre limité de tests.

Avec 290 cas pour 100 000 personnes en deux semaines, l'Espagne est de loin le pays qui affiche le taux d'infection le plus élevé d'Europe au cours de cette deuxième vague.

Lire l'article complet sur le site euronews.com.

<https://rss24.news/netherlands-joins-neighbours-in-tightening-coronavirus-restrictions-amid-surge-in-cases/>

## Royaume-Uni

### **Le gouvernement britannique durcit les restrictions relatives à la COVID dans le nord-est de l'Angleterre**

Numéro d'identification : 1007933442

Source : japantoday.com/

#### LONDRES

**Le gouvernement britannique a resserré lundi les restrictions sur la socialisation dans certaines parties du nord-est de l'Angleterre, en réponse aux taux élevés et croissants d'infection à la COVID-19 dans la région.**

**À partir de mercredi, il sera interdit aux résidents de sept régions, y compris les centres urbains tels Newcastle, Gateshead, Sunderland et Durham, de socialiser à l'intérieur avec des personnes de l'extérieur de leur foyer ou d'une bulle sociale strictement définie.**

**Les restrictions s'appliqueront dans les foyers, les pubs et les restaurants, et les contrevenants s'exposeront à des amendes imposées par la loi, a déclaré le ministère de la Santé.**

Selon le ministère, les taux d'incidence du coronavirus étaient supérieurs à 100 pour 100 000 personnes dans six des sept régions la semaine dernière.

« Malheureusement, le nombre de cas continue d'augmenter considérablement », a déclaré le secrétaire à la Santé, Matt Hancock, en annonçant au Parlement les nouvelles restrictions.

« Nous savons qu'un grand nombre de ces infections se produisent dans des lieux fermés situés à l'extérieur des résidences des personnes. C'est pourquoi, à la demande des conseils locaux, avec lesquels nous travaillons en étroite collaboration, nous allons adopter des mesures législatives interdisant tout rassemblement intérieur de plusieurs ménages, peu importe le lieu. »

Les écoles et les lieux de travail ne seront pas touchés par les restrictions.

De grandes régions du Royaume-Uni et des millions de citoyens sont soumis à des restrictions locales visant à ralentir une deuxième vague d'infections à la COVID-19. Le pays compte le nombre le plus élevé de décès causés par le virus en Europe, soit 42 000.

Le nord-est et le nord-ouest de l'Angleterre ont été durement touchés. Le Grand Manchester, principal centre urbain du nord-ouest, est également soumis à des mesures locales, tout comme les grandes villes de Glasgow en Écosse et de Cardiff au Pays de Galles.

<https://japantoday.com/category/world/update-1-uk-government-toughens-covid-restrictions-in-northeast-england>

## Australie

### Des Australiens symptomatiques continuent de sortir

Numéro d'identification : 1007933503

Source : forbesadvocate.com.au

MELBOURNE, 29 septembre AAP -

Selon un sondage de l'Université Monash, seulement le quart des Australiens affichant des symptômes semblables à ceux du rhume ou de la grippe se sont fait tester pour le coronavirus.

Plus du tiers d'entre eux ont passé du temps en public alors qu'ils étaient malades.

Les derniers résultats du sondage « COVID-19 Responses to Understand Behaviour », publiés mardi, ont révélé que 27 % des personnes présentant des symptômes ont été testées pour le virus.

Le résultat est en hausse par rapport au taux de 15 % relevé lors d'un sondage précédent.

Un cinquième des personnes qui présentaient des symptômes de la COVID-19 ont dit ne pas avoir subi de tests parce qu'elles ne croyaient pas avoir été contaminées.

Plus du tiers d'entre elles ont passé du temps en public pendant qu'elles étaient symptomatiques, et une personne sur cinq est allée travailler.

Toutefois, 81 % des personnes interrogées ont dit qu'elles suivaient toujours les règles et règlements relatifs à la COVID-19.

La proportion de personnes disant respecter les règles sur le lavage des mains, le port de masques faciaux et le maintien d'une distance physique avec les personnes à l'extérieur de la maison est demeurée inchangée ou a augmenté par rapport au sondage précédent.

« C'est formidable de voir que les Australiens ne deviennent pas complaisants et qu'ils sont nombreux à adopter des comportements de protection personnelle, a déclaré le chercheur principal Peter Slattery.

Devant les éclosions survenues le mois dernier en Nouvelle-Zélande et en Nouvelle-Galles du Sud et le nombre toujours élevé de cas à Melbourne, la plupart des gens en Australie prennent les mesures qui s'imposent. »

Le Dr Slattery a affirmé qu'il était inquiétant de voir des personnes présentant des symptômes refuser de se faire tester ou passer du temps dans la collectivité.

« Il est inacceptable que des personnes symptomatiques agissent comme si elles n'avaient pas le virus quand elles ne peuvent tout simplement pas en être certaines, a poursuivi le Dr Slattery.

C'est ainsi que le virus se propage, et la situation restera préoccupante à moins qu'un plus grand nombre de personnes se fassent tester et s'isolent jusqu'à ce qu'elles obtiennent un résultat négatif. »

Le sondage a été mené en partenariat avec le gouvernement de l'État de Victoria, et les résultats ont été recueillis entre la fin d'août et le début de septembre.

<https://www.forbesadvocate.com.au/story/6946134/symptomatic-australians-still-going-out/?cs=9676>

## Grèce

### Le coronavirus détecté à bord du premier navire de croisière à revenir en Grèce après le confinement

Source : medicalxpress

Numéro d'identification unique : [1007930528](#)

Une douzaine de membres d'équipage du premier navire de croisière à accoster en Grèce après le confinement ont été déclarés positifs au coronavirus, ont déclaré lundi les garde-côtes grecs.

Avec 922 passagers à son bord, le navire Mein Schiff 6, battant pavillon maltais et opérant pour le géant

allemand du tourisme TUI, est actuellement amarré près de l'île cycladique de Milos, a indiqué à l'AFP une porte-parole des garde-côtes.

Les résultats positifs sont apparus après qu'environ 150 des 666 membres d'équipage aient subi un test de dépistage, a-t-elle ajouté.

« Il s'agit d'employés adjoints, a poursuivi la porte-parole. Ils ont été isolés à bord et nous attendons des instructions de l'Agence de santé publique pour savoir où le navire doit se rendre ».

Le navire de croisière avait quitté dimanche soir le port crétois d'Héraklion en direction du Pirée, près d'Athènes.

Les passagers étaient en bonne santé avant le voyage, a déclaré la porte-parole.

Le navire du croisiériste TUI, le premier à revenir dans les eaux grecques depuis le confinement imposé en mars, avait accosté mi-septembre au port crétois d'Héraklion, ont déclaré les exploitants locaux.

<https://medicalxpress.com/news/2020-09-crew-post-pandemic-greek-cruise-virus.html>

## Études liées à l'écllosion de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) (annonce pour les médias)

### États-Unis

#### Tendances relatives à la COVID-19 chez les enfants d'âge scolaire – États-Unis, du 1<sup>er</sup> mars au 19 septembre 2020

*Diffusion anticipée/28 septembre 2020/69*

Source : CDC

#### Résumé

##### Que sait-on déjà à ce sujet?

Les enfants âgés de moins de 10 ans peuvent transmettre le SRAS-CoV-2 en milieu scolaire, mais on en sait moins sur l'incidence de la COVID-19, sur les particularités et les résultats en matière de santé chez les enfants d'âge scolaire (de 5 à 17 ans) qui sont atteints de la COVID-19.

##### Quelles sont les nouvelles données dans ce rapport?

Depuis mars dernier, on a déclaré 277 285 cas de COVID-19 chez des enfants. L'incidence de la COVID-19 chez les adolescents âgés de 12 à 17 ans était environ deux fois plus élevée que chez les enfants âgés de 5 à 11 ans. Les affections sous-jacentes étaient plus fréquentes chez les enfants d'âge scolaire ayant eu une issue grave liée à la COVID-19. L'incidence hebdomadaire, le volume de tests de SRAS-CoV-2 et le pourcentage de tests positifs chez les enfants d'âge scolaire ont varié au fil du temps et selon la région des États-Unis.

##### Quelles sont les répercussions sur les pratiques dans le domaine de la santé publique?

Il est important que les écoles et les collectivités suivent l'évolution de plusieurs indicateurs de la COVID-19 chez les enfants d'âge scolaire et qu'elles multiplient les stratégies de prévention pour réduire les risques que les étudiants, les professeurs, le personnel scolaire et les familles contractent la maladie à coronavirus 2019. Ces résultats peuvent fournir une base de référence pour suivre les tendances et évaluer les stratégies d'atténuation.

[https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6939e2.htm?s\\_cid=mm6939e2\\_x](https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6939e2.htm?s_cid=mm6939e2_x) (en anglais seulement)

### États-Unis

#### Des chercheurs identifient une voie de signalisation « pharmacologique » qui stimule la réparation des tissus pulmonaires

Source : medicalxpress

Numéro d'identification unique : 1007931228

Des chercheurs du Children's Hospital of Philadelphia (CHOP) et de la Perelman School of Medicine de l'Université de Pennsylvanie ont identifié une voie cellulaire qui peut être ciblée au moyen d'un médicament présent à l'état naturel pour stimuler la régénération des tissus pulmonaires qui est nécessaire pour se rétablir de multiples lésions pulmonaires. Les résultats, publiés aujourd'hui dans la revue Nature Cell Biology, pourraient mener à de meilleures thérapies pour les patients atteints d'une maladie pulmonaire, y compris le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA) attribuable à la COVID-19.

« À l'aide d'une technologie de pointe, y compris des analyses génomiques et de cellules uniques, nous avons identifié une voie cellulaire précise utilisée dans la régénération des tissus pulmonaires et nous avons trouvé un médicament qui améliore ce processus », a déclaré l'auteur principal G. Scott Worthen, M.D., un médecin-scientifique de la Division de néonatalogie du CHOP et membre de la Penn-CHOP Lung Biology Institute. « Ces résultats permettent d'identifier des cibles de précision et permettent ainsi le développement rationnel d'interventions thérapeutiques pour les maladies pulmonaires causées par la COVID-19 et d'autres maladies. »

Des problèmes comme la pneumonie, la grippe et le SDRA – l'une des complications connues de la COVID-19 – peuvent endommager la paroi des sacs alvéolaires dans les poumons, ce qu'on appelle l'épithélium alvéolaire, et empêcher l'oxygène de passer des poumons au sang, ce qui peut entraîner la mort. Les patients atteints de la COVID-19 qui développent le SDRA deviennent gravement malades et, à ce jour, aucun médicament n'a été mis au point spécifiquement pour traiter le SDRA chez les patients atteints de la COVID-19. Il est essentiel de comprendre quelles cibles et voies génétiques sont impliquées dans la régénération des tissus épithéliaux pour mettre au point des thérapies efficaces contre le SDRA et d'autres maladies semblables.

Des recherches antérieures ont montré que les pneumocytes alvéolaires de type II (AT2) sont des cellules importantes qui prennent part à la réparation des poumons, par autorenouvellement et par transdifférenciation en pneumocytes alvéolaires de type I (AT1), et facilitent l'échange gazeux entre les sacs alvéolaires des poumons et les capillaires voisins. Pourtant, avant cette étude, on ne savait pas quels changements dans l'accessibilité des gènes se produisaient dans les cellules AT2 à la suite d'une lésion liée à la maladie afin de favoriser la réparation ni comment les cellules AT2 se régénérant influençaient les interactions avec les cellules mésenchymateuses voisines, qui sont également importantes dans la réparation des tissus.

Grâce à des analyses génomiques, l'équipe de recherche a évalué les changements dans les cellules AT2 après une lésion pulmonaire, en ouvrant les chromosomes à l'intérieur des cellules et en mettant des gènes spécifiques à la disposition du mécanisme cellulaire. Les chercheurs ont ensuite utilisé l'analyse à cellule unique des cellules AT2 et des cellules mésenchymateuses pour mieux comprendre comment les deux types de cellules interagissent lors d'une lésion et quelles sont les voies de signalisation cellulaire utilisées. Les deux approches convergeaient sur une seule voie, dans laquelle un facteur de transcription connu sous le nom de STAT3 augmentait l'expression du facteur neurotrophique dérivé du cerveau (BDNF), qui à son tour augmentait la régénération des tissus pulmonaires.

En analysant davantage cette voie, les chercheurs ont identifié un composé présent à l'état naturel connu sous le nom de 7,8-Dihydroflavone (7,8-DHF), qui ciblait un récepteur dans la voie. Celui-ci permet de stimuler et d'accélérer la réparation des tissus pulmonaires dans plusieurs modèles de lésions pulmonaires chez des souris.

« Nous croyons que ces résultats pourraient mener au développement d'un nouveau traitement qui pourrait aider les patients à se rétablir de la COVID-19 et de maladies similaires », a déclaré le principal auteur de l'étude, Andrew J. Paris, M.D., professeur de médecine et spécialiste des maladies pulmonaires à la Perelman School of Medicine de l'Université de Pennsylvanie. « D'après les résultats de cette étude, nous pensons que le 7,8-DHF est un excellent candidat pour participer à des essais cliniques sur des patients atteints de maladies pulmonaires. »

**Pour en savoir davantage :** STAT3–BDNF–TrkB signalling promotes alveolar epithelial regeneration after lung injury, Nature Cell Biology (2020). DOI : 10.1038/s41556-020-0569-x, [www.nature.com/articles/s41556-020-0569-x](http://www.nature.com/articles/s41556-020-0569-x) (en anglais seulement)

Renseignements sur la revue : Nature Cell Biology

Fourni par le Children's Hospital of Philadelphia

<https://medicalxpress.com/news/2020-09-druggable-pathway-lung-tissue.html> (en anglais seulement)

## États-Unis

### Les personnes âgées pourraient être exclues de nombreux essais sur la COVID-19

Source : UPI

Numéro d'identification unique : 1007931205

Le 28 septembre (UPI) – Selon une analyse publiée lundi dans la revue JAMA Internal Medicine, plus de la moitié de tous les essais cliniques évaluant les vaccins et les traitements possibles de la COVID-19 présentent un risque élevé d'exclure les personnes âgées.

De plus, selon les données, environ un essai sur quatre des 847 essais examinés par les chercheurs comprenait des limites d'âge qui excluaient les personnes âgées de 65 à 80 ans.

#### Publicité

Selon les recherches, les personnes âgées sont généralement considérées comme présentant un risque plus élevé de contracter la COVID-19 et de subir des complications graves liées à la maladie.

« Selon notre étude, les personnes âgées, en particulier les septuagénaires et les octogénaires, peuvent être systématiquement exclues des essais cliniques nécessaires pour mettre au point et tester [des vaccins et des traitements contre la COVID-19] », a déclaré la Dre Sharon Inouye, co-auteure de l'étude, à UPI.

« Ma plus grande préoccupation est que sans essais cliniques, les personnes âgées seront privées de traitements et de vaccins. Par conséquent, il ne sera pas possible d'assurer une distribution équitable à cette population et ce sera une omission scandaleuse. », a déclaré la Dre Inouye, directrice du Aging Brain Center du Marcus Institute for Aging Research à Boston.

En août, les personnes âgées de 60 ans et plus représentaient un peu moins de 20 % des nouveaux cas de COVID-19 au pays, en baisse par rapport à un peu moins de 30 % en mai, selon les estimations des Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis.

Cette baisse a été attribuée à l'amélioration des mesures de prévention mises en œuvre pour réduire le risque pour les personnes âgées après que la maladie ait envahi les établissements de soins au printemps.

Pourtant, les personnes âgées de 65 ans et plus représentent environ 40 % des personnes hospitalisées et 80 % de celles qui meurent de la COVID-19, explique la Dre Inouye.

Aux fins de l'analyse, elle et ses collègues ont évalué 847 essais actifs en date du mois d'août, en ciblant les essais dont l'exclusion attribuable à l'âge était énumérée dans leurs critères respectifs d'admissibilité et d'exclusion de participants.

Dans l'ensemble, 195 essais, soit 23 %, comprenaient un seuil ou une limite d'âge, expliquent les chercheurs.

Selon ces derniers, seulement 30 % des essais évalués ne comportaient aucun critère d'exclusion fondé sur l'âge, ce qui signifie qu'aucun groupe d'âge n'avait été empêché de participer.

Cinquante-trois pour cent (53 %) des essais comportaient soit des exclusions en fonction de l'âge, soit des exclusions « touchant prioritairement les personnes âgées », ce qui les mettait « à risque élevé d'exclure les personnes âgées », expliquent les chercheurs.

Sur les 232 essais en phase 3 – l'étape finale du processus d'évaluation du médicament ou du vaccin – 38 essais, soit 16 %, incluaient des limites d'âge et 77 essais, ou 33 %, comportaient des exclusions touchant prioritairement les personnes âgées, ont-ils ajouté.

Sur les 18 essais de vaccins, 11 essais, soit 61 %, comprenaient des limites d'âge et 7 essais « avaient d'importantes exclusions non précisées », ce qui les mettait tous à « risque élevé d'exclure les personnes âgées », selon les chercheurs.

« [Les personnes âgées] sont le groupe cible où les traitements et les vaccins sont essentiels, et pourtant, elles sont exclues des essais cliniques », ajoute la Dre Inouye. « Cela signifie que les stratégies visant à optimiser et à assurer l'efficacité au sein de cette population ainsi que les essais de sécurité seront limitées chez les personnes âgées. »

[https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2771091?questAccessKey=a4bf6abb-399e-4bbf-b56f-](https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2771091?questAccessKey=a4bf6abb-399e-4bbf-b56f-1acfd88fed1&utm_source=For_The_Media&utm_medium=referral&utm_campaign=ftm_links&utm_content=tf&utm_term=092820)

[1acfd88fed1&utm\\_source=For\\_The\\_Media&utm\\_medium=referral&utm\\_campaign=ftm\\_links&utm\\_content=tf&utm\\_term=092820](https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2771091?questAccessKey=a4bf6abb-399e-4bbf-b56f-1acfd88fed1&utm_source=For_The_Media&utm_medium=referral&utm_campaign=ftm_links&utm_content=tf&utm_term=092820) (en anglais seulement)

[https://www.upi.com/Health\\_News/2020/09/28/Study-Older-adults-may-be-excluded-from-many-COVID-19-trials/2031601301318/](https://www.upi.com/Health_News/2020/09/28/Study-Older-adults-may-be-excluded-from-many-COVID-19-trials/2031601301318/) (en anglais seulement)

## CDC

### **Modélisation de la maladie à coronavirus 2019 pour définir des mesures de réduction de la transmission et préparer le système de santé en Australie**

Source : CDC

Numéro d'identification : 1007931295

#### **Résumé**

La capacité des systèmes de santé à gérer les cas de la maladie à coronavirus (COVID-19) est une préoccupation majeure. En guise de préparation, nous avons utilisé des modélisations de voies cliniques pour estimer les besoins en soins de santé pour les patients atteints de la COVID-19 dans le contexte des mesures de santé publique élargies en Australie. Un modèle de transmission classé selon l'âge et selon le risque de contracter la COVID-19 a permis d'établir qu'une épidémie non atténuée ferait dépasser considérablement la capacité du système de santé de l'Australie sur une période prolongée. L'isolement des cas et la mise en quarantaine des contacts ne suffisent pas à eux seuls à limiter les besoins en matière de soins de santé à des niveaux réalisables d'augmentation de la capacité du secteur de la santé. Des restrictions sociales superposées doivent être mises en place tout au long de l'épidémie afin de s'assurer que les systèmes ne deviennent pas débordés et que les fonctions essentielles du secteur de la santé, y compris les soins aux patients atteints de la COVID-19, peuvent être maintenues. Il faut porter attention à la voie complète des soins cliniques, ainsi qu'au renforcement continu de la capacité.

À la fin de septembre 2020, plus de 30,6 millions de cas confirmés de la maladie à coronavirus (COVID-19) avaient été signalés dans le monde, touchant toutes les régions du monde et entraînant plus de 950 000 décès (1). Bien que la plupart des cas soient bénins sur le plan clinique ou asymptomatiques, les premiers comptes rendus de la Chine contiennent des estimations, à savoir que l'état de santé de 20 % de tous les patients atteints de la COVID-19 s'est aggravé et a nécessité une hospitalisation, dont 5 % à 16 % des cas ont dû être pris en charge dans une unité de soins intensifs (USI) (2). La maladie pulmonaire entraînant une insuffisance respiratoire est la principale cause de décès dans les cas graves (3).

La capacité des systèmes de santé à affronter une augmentation du nombre de cas est une préoccupation majeure dans le monde entier. Tous les niveaux du système seront mis à l'épreuve, des soins primaires aux services préhospitaliers et d'urgence, en passant par les unités de soins internes et, finalement, les unités de soins intensifs. Les pressions exercées sur la prestation des soins cliniques entraîneront une augmentation du nombre de cas de la maladie et de décès (4). Tragiquement, de telles conséquences ont déjà été observées, même dans les pays à revenu élevé qui offrent un accès à des soins médicaux de qualité à l'ensemble de la population. Nous pouvons nous attendre à des effets plus importants dans les pays à revenu faible et intermédiaire où l'accès aux soins de haut niveau est extrêmement limité. La disponibilité de lits et de ventilateurs dans les unités de soins intensifs s'est révélée cruciale pour la gestion adéquate des cas graves, la demande écrasante ayant déclenché des discussions éthiques complexes sur le rationnement des ressources rares (5).

Pour se préparer à relever ce défi, l'Australie s'est appuyée sur des approches élaborées au fil de nombreuses années pour se préparer aux pandémies de grippe (6) et a rapidement produit un plan national de lutte contre la pandémie de COVID-19 (7). Le plan a réorienté les stratégies d'intervention pertinentes en cas de pandémie de grippe vers ce nouvel agent pathogène, en s'appuyant sur une compréhension émergente de sa transmissibilité et de sa gravité prévue, qui sont les déterminants de l'incidence clinique (8). L'imposition rapide de mesures frontalières rigoureuses, de niveaux élevés de dépistage, la recherche active de cas et la mise en quarantaine des contacts ont toutes permis de gagner du temps pour soutenir la santé publique et la capacité clinique. Cependant, un afflux de cas parmi les voyageurs revenant de pays où l'éclosion s'aggravait rapidement a été associé à la transmission communautaire dans plusieurs États de l'Australie. En date du 14 avril 2020, un total de 6 366 cas et 61 décès avaient été signalés dans le pays (9).

Nous présentons l'utilisation d'un modèle de cheminement des soins cliniques qui représente la capacité nationale du système de santé de l'Australie. Ce cadre a d'abord été élaboré en vue de se préparer à une pandémie de grippe (10) et a été modifié pour estimer les besoins en soins de santé pour les patients

atteints de la COVID-19 et contribuer à l'expansion requise des services. La capacité de différents secteurs à répondre à la demande prévue a été évaluée en modélisant des scénarios plausibles d'épidémie de COVID-19, superposés à la capacité disponible et aux modèles de flux de patients et de prestation des soins. Il est prévu qu'une éclosion non atténuée submergerait complètement le système de soins de santé en Australie. Compte tenu des limites réalistes de l'augmentation des capacités, ces modèles ont fait valoir la nécessité de mesures continues ciblées sur les cas, combinées à des restrictions sociales plus importantes, pour réduire la transmission et aplanir la courbe de l'épidémie locale afin de préserver la continuité du secteur de la santé.

## **Méthodologie**

### **Modélisation de la transmission de la maladie**

Nous avons mis au point un modèle de transmission classé selon l'âge et selon le risque de contracter la COVID-19 en nous fondant sur un paradigme de passage d'un état de transmissibilité de la maladie à un autre (susceptible, exposé, infecté et guéri) (annexe). Les paramètres de transmission étaient fondés sur la synthèse de renseignements provenant de plusieurs sources, avec un nombre de reproduction de base présumé (R0) de 2,53 et un temps de doublement de 6,4 jours (tableau 1). On a supposé que le potentiel de transmission présymptomatique était inférieur à 48 heures avant l'apparition des symptômes. En dépit d'une quantité croissante de données probantes concernant les besoins des patients hospitalisés en soins intensifs, une incertitude considérable subsiste au sujet de la pyramide complète de la maladie bénigne et modérément symptomatique. Par conséquent, nous avons simulé une gamme de scénarios en utilisant un échantillonnage de l'hypercube latin à partir de distributions dans lesquelles la proportion de toutes les infections suffisamment graves pour nécessiter une hospitalisation variait de 4,3 à 8,6 %. Ces totaux représentent l'ensemble des hypothèses de paramètres fortement asymétriques selon l'âge (tableau 2). Pour chaque scénario, les répartitions correspondantes des cas légers observés par les soins primaires ont été échantillonnées, allant de 30 à 45 % dans l'éventail inférieur du spectre des cas graves à de 50 à 75 % dans les cas les plus extrêmes et augmentant de façon linéaire entre les deux éventails. Les personnes qui n'ont pas demandé de soins dans le système de santé étaient présumées ne pas avoir été détectées sans qu'il n'y ait de différence entre celles qui avaient des symptômes légers ou aucun symptôme.

### **Interventions axées sur des cas**

Nous avons simulé une intervention de santé publique axée sur des cas. Les cas étaient isolés au moment du diagnostic. Nous avons supposé que l'isolement s'était produit 48 heures après l'apparition des symptômes, ce qui a limité la période infectieuse efficace et réduit de 80 % l'infectiosité à partir du moment de l'identification, ce qui a permis une mise en œuvre imparfaite. La mise en quarantaine ciblée des contacts proches a été mise en œuvre dans le cadre de la modélisation par l'attribution dynamique d'une étiquette de « contact » transitoire. Chaque fois qu'un nouveau cas infectieux apparaît dans le modèle, un nombre fixe de contacts temporaires est étiqueté. Seuls les contacts peuvent progresser dans les états exposés et infectieux, mais la plupart ne sont pas infectés et reviennent à leur état initial de non-contact en moins de 72 heures. Nous avons supposé que 80 % des contacts identifiés respectaient les mesures de quarantaine et que l'infectiosité globale des contacts réellement exposés et infectés était réduite de moitié par la quarantaine, compte tenu de la recherche retardée et imparfaite des contacts et du risque de transmission aux membres du foyer.

#### **Modélisation des voies cliniques**

Aperçu de la modélisation des voies cliniques utilisées pour évaluer la capacité du système de santé national à gérer les patients atteints de la COVID-19 en Australie. Le schéma illustre les cheminements cliniques pour les cas légers et graves de la maladie et suppose que les cas mineurs sont pris en charge par les soins primaires. Les patients non observés sont ceux qui ne demandent pas de services de santé ou qui n'y ont pas accès. COVID-19, maladie à coronavirus 2019; SU, service d'urgence; GP, médecin généraliste; USI, unité de soins intensifs.

À la base de notre modélisation des cheminements cliniques, nous supposons que la moitié de la capacité de consultation et d'admission disponible dans tous les secteurs et services de soins de santé est disponible pour les patients atteints de la COVID-19. Les cas légers sont observés aux soins primaires jusqu'à ce que la capacité soit dépassée. Les cas graves ont accès au système hospitalier par l'intermédiaire d'un service d'urgence et sont triés vers un service d'hospitalisation ou un lit de soins

intensifs, s'il y a de la disponibilité, selon les besoins. On suppose que les besoins en soins intensifs augmentent rapidement avec l'âge, de sorte que plus de 60 % de toutes les infections nécessitant une admission aux soins intensifs surviennent chez les personnes âgées de plus de 70 ans (tableau 2). Lorsque les lits des services d'hospitalisation atteignent leur capacité, la capacité des urgences à évaluer adéquatement les patients est réduite à cause du blocage des lits, ce qui signifie que les patients qui ont besoin de soins ne sont pas tous évalués sur le plan médical, même si certains d'entre eux peuvent toujours avoir accès aux soins primaires. Nous supposons que l'accès aux soins cliniques n'a pas d'incidence sur les infections secondaires. Le modèle permet que les patients aient des visites répétées au sein des services de soins primaires et des services d'hospitalisation et entre ceux-ci, ainsi que la progression d'un service d'hospitalisation vers les soins intensifs, avec la durée du séjour (figure 1; tableau 2). La structure et les hypothèses du modèle sont fondées sur des données accessibles au public sur le système de santé de l'Australie et sur la sollicitation d'experts (annexe).

### **Accroissement de la capacité des soins intensifs**

L'hypothèse de base de notre modélisation était que la moitié des lits actuellement disponibles aux soins intensifs seraient accessibles aux patients atteints de la COVID-19. Nous avons envisagé 3 scénarios d'accroissement de la capacité, en supposant des modèles habituels de soins pour le triage et l'évaluation des patients au sein du système hospitalier : accroissement total de la capacité des USI à 150 % de la capacité de base, doublant le nombre de lits disponibles pour traiter les patients atteints de la COVID-19 (2x la capacité des USI); accroissement total de la capacité des USI à 200 % de la capacité de base, triplant le nombre de lits disponibles pour traiter les patients atteints de la COVID-19 (3x la capacité des USI); ou augmentation totale de la capacité des USI à 300 % de la capacité de base, multipliant par 5 le nombre de lits disponibles pour traiter les patients atteints de la COVID-19 (5x la capacité des USI).

Nous avons également envisagé une autre trajectoire clinique théorique, les cliniques COVID-19, qui avaient des contraintes sur le nombre de lits, mais qui doubleraient la capacité à évaluer les cas graves dans les hôpitaux. Le but de l'inclusion de cette trajectoire était de révéler les besoins cliniques non satisfaits qui surgissent lorsque le blocage des lits limite la capacité de triage du service d'urgence, ce qui peut empêcher les admissions nécessaires aux USI.

### **Interventions d'éloignement social**

Les mesures d'éloignement social à grande échelle permettent de surmonter les occasions soutenues de transmission découlant de la constatation imparfaite de tous les cas et de tous les contacts, ainsi que des personnes présymptomatiques et asymptomatiques. Dans les contextes où des interventions sociales non pharmaceutiques ont été mises en œuvre, des mesures connexes ciblées sur les cas ont également été mises en place, ce qui rend l'efficacité de chacune difficile à quantifier (19). Les données de Hong Kong présentent une réduction de l'incidence de la grippe découlant d'une combinaison de mesures d'éloignement introduites en réponse à la COVID-19 fournissent de bonnes preuves d'une réduction généralisée de la transmission (20). Toutefois, les contributions quantitatives relatives des différentes interventions, comme l'annulation des rassemblements de masse, le télétravail, la fermeture d'écoles et la cessation des services non essentiels, ne peuvent pas être différenciées de manière fiable à l'heure actuelle (18).

Nous nous sommes donc concentrés sur l'objectif global de l'éloignement, qui est de réduire le nombre de reproductions. Nous avons modélisé l'effet de la limitation de la propagation de 25 % et de 33 %, superposé aux interventions existantes axées sur les cas, ce qui correspond aux effets observés de mesures combinées moins restrictives que le confinement total (18). Ces réductions de la transmission équivalaient à un taux de reproduction des intrants de 1,90 à 25 % et de 1,69 à 33 %; le taux de reproduction efficace dans chaque scénario a été réduit davantage par des mesures de quarantaine et d'isolement qui limitent la propagation de l'infection établie.

#### **Résultats**

Aperçu de l'estimation de l'incidence quotidienne de la demande d'admission à l'USI pour 1 million de personnes pendant l'épidémie de coronavirus (COVID-19) dans tous les groupes d'âge en Australie.

A) Demande pendant une épidémie de COVID-19 non atténuée. B) L'épidémie de COVID-19 est atténuée par des mesures de santé publique axées sur les cas. Les lignes représentent des simulations

uniques fondées sur la médiane (rouge), le 5<sup>e</sup> percentile (bleu) ou le 95<sup>e</sup> percentile (vert) de la taille finale de l'épidémie. Il convient de noter que l'intervention de santé publique retarde l'épidémie plus grave. Figure 2. Estimation de l'incidence quotidienne de la demande d'admission à l'USI pour 1 million de personnes pendant une épidémie de coronavirus (COVID-19) dans toutes les tranches d'âge en Australie. A) Demande pendant une épidémie de COVID-19 non atténuée. B) Épidémie de COVID-19.

Selon notre modèle, une épidémie non atténuée de COVID-19 dépasserait considérablement la capacité du système de santé de l'Australie sur une période prolongée (figure 2). L'isolement des cas et la mise en quarantaine des contacts mis en application au même niveau de couverture réelle tout au long de l'épidémie peuvent réduire considérablement la transmission. En aplatissant la courbe, ces mesures entraînent une épidémie prolongée avec une incidence de pointe plus faible et moins de cas d'infection en général (figure 2). Les scénarios d'épidémie dont la gravité présumée est plus élevée, comme un cas du 95<sup>e</sup> percentile, sont davantage retardés par ces mesures de santé publique que les scénarios dont la gravité présumée est moins grave, comme un cas du 50<sup>e</sup> percentile, parce qu'une proportion plus élevée de tous les cas sont examinés par les services de santé et peuvent être identifiés pour l'isolement et le dépistage des contacts. Dans une épidémie atténuée, l'utilisation globale du système de santé augmente parce qu'un plus grand nombre de patients ont accès aux soins nécessaires pendant la durée prolongée de l'épidémie (figure 3, panneau A de l'annexe).

Aperçu de la durée estimée de l'excédent de demandes de services du secteur de soins de santé pendant l'épidémie de COVID-19 en Australie. Les graphiques comparent le dépassement des admissions de patients atteints de la COVID-19 pour A) les lits dans les USI; B) les lits en service d'hospitalisation; C) les services d'urgence et D) les services d'omnipraticiens au niveau de référence, deux, trois et cinq fois la capacité dans les USI. Le scénario des cliniques de COVID-19 reflète une autre voie du triage et de la capacité de référence. Le rouge indique des scénarios non atténués sans intervention de santé publique; le bleu indique...

Figure 3. Durée estimée de l'excédent de demandes de services du secteur de soins de santé pendant l'épidémie de COVID-19 en Australie. Les graphiques comparent le dépassement des admissions de patients atteints de la COVID-19 pour A) les lits dans les USI; B) les lits en service d'hospitalisation; C) les services d'urgence...

Aperçu de l'excédent maximum estimé de la demande de services du secteur de soins de santé par pourcentage pendant l'épidémie de COVID-19 en Australie. Les graphiques comparent le dépassement des admissions de patients atteints de la COVID-19 pour A) les lits dans les USI; B) les lits en service d'hospitalisation; C) les services d'urgence et D) les services d'omnipraticiens au niveau de référence, deux, trois et cinq fois la capacité dans les USI. Le scénario des cliniques de COVID-19 reflète une autre voie du triage et de la capacité de référence. Le rouge indique des scénarios non atténués sans intervention de santé publique;

Figure 4. Excédent maximum estimé de la demande de services du secteur de soins de santé par pourcentage pendant l'épidémie de COVID-19 en Australie. Les graphiques comparent le dépassement des admissions de patients atteints de la COVID-19 pour A) les lits dans les USI; B) les lits en service d'hospitalisation; C)...

L'augmentation du nombre de lits disponibles dans les unités de soins intensifs pour les patients atteints de la COVID-19 réduit possiblement de plus de la moitié le temps pendant lequel la capacité des soins intensifs devrait être dépassée (figure 3). La durée du dépassement pour chaque scénario de capacité est augmentée par la quarantaine et l'isolement parce que l'épidémie globale est plus longue (figure 3). Pendant la période de dépassement, un degré de besoin non satisfait demeure, même pour le scénario d'atténuation (figure 4). Une multiplication par cinq du nombre de lits de soins intensifs disponibles pour les patients atteints de la COVID-19 réduit considérablement la période et le maximum de l'excédent de demande (figures 3 et 4).

Toutefois, ces chiffres ne reflètent pas avec exactitude le véritable besoin en matière de services, car les blocs dans les voies d'évaluation résultant de la surcharge de l'urgence et du service d'hospitalisation sont une contrainte en amont sur le taux incident d'admissions aux soins intensifs. Le scénario de triage alternatif, la clinique de COVID-19, révèle un niveau élevé de besoins cliniques non satisfaits pour les lits

en service d'hospitalisation et en soins intensifs compte tenu de la capacité de base des lits (figures 3 et 4). Les mesures axées sur les cas ont surmonté cette limite, dans une certaine mesure, et amélioré efficacement l'accès global aux soins (figures 3 et 4). Dans l'ensemble, si les lits de soins intensifs disponibles pour les patients atteints de la COVID-19 sont doublés, de 10 à 30 % de ceux qui ont besoin de soins intensifs les reçoivent. La proportion augmente de plus de 20 à 40 % si la capacité est multipliée par 5 (figure 3 de l'annexe). Ces chiffres sont quantifiés en tant que demande excédentaire totale par million au cours de l'épidémie (figure 4 en annexe).

Aperçu de l'estimation de l'incidence quotidienne de la demande d'admission à l'USI par million de personnes pendant l'épidémie de coronavirus (COVID-19) en Australie. Comparaison des mesures d'atténuation obtenues par A) la quarantaine et l'isolement seulement; B) une autre mesure d'atténuation de 25 % en raison de l'éloignement social et C) une mesure d'atténuation de 33 %. Les lignes représentent des simulations uniques fondées sur les paramètres d'hypothèses de la médiane (rouge), du 5<sup>e</sup> percentile (bleu) ou du 95<sup>e</sup> percentile (vert). USI, unité de soins intensifs.

Figure 5. Estimation de l'incidence quotidienne de la demande d'admission à l'USI par million de personnes pendant l'épidémie de coronavirus (COVID-19) en Australie. Comparaison des mesures d'atténuation obtenues par A) la quarantaine et l'isolement seulement; B) une autre mesure d'atténuation de 25 %...

Nos simulations de scénarios montrent que l'isolement des cas et la mise en quarantaine des contacts ne suffiront pas à eux seuls à maintenir les exigences cliniques des cas de COVID-19 dans les limites d'une augmentation plausible de la capacité du système de santé, même si des niveaux très élevés et probablement irréalistes de dépistage des cas peuvent être maintenus. Nous avons donc exploré les effets de mesures d'éloignement social supplémentaires qui ont réduit les taux de reproduction des intrants de 25 et 33 % sur les besoins en soins intensifs par rapport aux mêmes contraintes de capacité de soins cliniques (figure 5). Les simulations supposent l'utilisation continue de mesures d'efficacité fixes, ce qui est également peu susceptible d'être systématiquement réalisable sur une longue période.

Aperçu de la durée estimée d'excédent de demandes de services du secteur des soins de santé en comparaison avec les scénarios utilisant des mesures de quarantaine et d'isolement pendant l'épidémie de COVID-19 en Australie. Les graphiques comparent le dépassement des admissions de patients atteints de la COVID-19 pour A) les lits dans les USI; B) les lits en service d'hospitalisation; C) les services d'urgence et D) les services d'omnipraticiens au niveau de référence, deux, trois et cinq fois la capacité dans les USI. Les lignes bleues indiquent des scénarios de quarantaine et d'isolement seulement; les lignes vertes indiquent des mesures d'éloignement social qui réduisent la transmission.

Figure 6. Aperçu de la durée estimée d'excédent de demandes de services du secteur des soins de santé en comparaison avec les scénarios utilisant des mesures de quarantaine et d'isolement pendant l'épidémie de COVID-19 en Australie. Les graphiques comparent le dépassement des admissions de patients atteints de la COVID-19 pour A) les lits dans les USI;...

Aperçu de l'estimation maximum d'excédent de demandes de services du secteur des soins de santé, exprimé en pourcentage de capacité disponible, en comparaison avec les scénarios utilisant des mesures de quarantaine et d'isolement pendant l'épidémie de COVID-19 en Australie. Les graphiques comparent le dépassement des admissions de patients atteints de la COVID-19 pour A) les lits dans les USI; B) les lits en service d'hospitalisation; C) les services d'urgence et D) les services d'omnipraticiens au niveau de référence, double, triple et cinq fois la capacité dans les USI. Les lignes bleues indiquent des scénarios de quarantaine et d'isolement seulement; les lignes vertes indiquent des mesures d'éloignement physique superposé...

Figure 7. Estimation maximum d'excédent de demandes de services du secteur des soins de santé, exprimé en pourcentage de capacité disponible, en comparaison avec les scénarios utilisant des mesures de quarantaine et d'isolement pendant l'épidémie de COVID-19 en Australie. Les graphiques comparent le dépassement des admissions de patients atteints de la COVID-19...

La superposition des mesures d'éloignement, appliquées dès le premier stade de l'épidémie et maintenues tout au long de celle-ci, réduit la croissance de l'épidémie à un niveau qui se situe dans l'éventail d'une augmentation plausible de la capacité des USI. La durée du dépassement de l'USI

demeure longue dans le cas de 25 % (figure 6), mais ce débordement se produit à un degré bien moindre que si l'on suivait des stratégies ciblées sur les cas seulement (figure 7). Comme prévu, une réduction de 33 % de la transmission entraîne de plus grands avantages. Il convient de noter que la pression sur les consultations au service des urgences et les lits en service d'hospitalisation est aussi considérablement atténuée dans ces scénarios, ce qui maintient la capacité tout au long de la voie complète de soins. Par conséquent, la proportion de cas critiques qui peuvent avoir accès à des soins augmente considérablement. Une réduction de 33 % de la transmission rend le traitement de tous les cas réalisable dans la plupart des simulations si l'on peut atteindre une capacité de lits de soins intensifs de 3 à 5 fois supérieure (figure 3, panneau B de l'annexe). Cette amélioration se traduit par une réduction importante des besoins non satisfaits (figure 4, panneau B de l'annexe).

## Discussion

Cette étude de modélisation montre qu'une épidémie de COVID-19 non atténuée ferait rapidement déborder la capacité du secteur de la santé en Australie. Les mesures axées sur les cas, y compris l'isolement des personnes infectées et la mise en quarantaine de leurs contacts proches, doivent demeurer une pierre angulaire de l'intervention de santé publique. Ces interventions réduisent efficacement la transmission, mais il est peu probable qu'elles soient maintenues tout au long de l'évolution de l'épidémie au niveau de la couverture élevée modélisée ici. À mesure que la capacité d'intervention en santé publique est dépassée, il sera essentiel de limiter davantage la propagation de la maladie pour garantir que les niveaux d'augmentation réalisables des soins de santé disponibles peuvent maintenir le fonctionnement continu du système, y compris les soins aux patients atteints de la COVID-19. Des mesures plus générales d'éloignement social et physique réduisent le nombre de contacts possibles dans chaque cas, ce qui minimise la charge de travail en santé publique et permet d'appuyer des efforts durables de lutte contre la maladie.

Nos constatations concordent avec un modèle récemment publié (21) qui établit un lien entre le fardeau clinique des cas de COVID-19 et la capacité mondiale du secteur de la santé, caractérisée à un niveau élevé. Dans les épidémies non atténuées, la demande dépasse rapidement l'offre, même dans les milieux à revenu élevé, d'un facteur de 7 (21). Étant donné que la capacité en lits d'hôpitaux est fortement corrélée avec le revenu, ce facteur est grandement augmenté dans les pays à revenu faible et intermédiaire où l'état de santé sous-jacent est probablement plus pauvre (21). À l'échelle mondiale, on observe une variabilité marquée dans la définition des soins intensifs, même dans les pays à revenu élevé où le descripteur couvre de nombreux niveaux d'assistance respiratoire et autres mesures de soutien. Nous sommes d'accord avec notre conclusion selon laquelle des mesures d'éloignement social pour supprimer la maladie sont nécessaires pour sauver des vies. De plus, nous reconnaissons que les conséquences sociales et économiques marquées de ces mesures limiteront leur application continue, en particulier dans les contextes où les systèmes de santé sont le moins en mesure de faire face au fardeau de la maladie (21).

Nous avons accordé beaucoup d'attention à l'augmentation du nombre de lits disponibles dans les USI, mais notre modèle clinique révèle que les admissions en soins intensifs sont d'autant plus limitées par la capacité d'évaluer adéquatement les patients en période de stress dans le système. Conformément aux recommandations du modèle, l'Australie, de concert avec d'autres pays, a mis en œuvre des cliniques de COVID-19 comme première voie d'évaluation pour réduire les répercussions sur les soins primaires et les services d'urgence (22). De telles installations offrent des avantages supplémentaires en assurant un dépistage approprié, en harmonisant les définitions de cas locales et en réduisant la consommation globale d'équipement de protection individuelle en regroupant des patients probablement infectieux. À la lumière des données probantes sur les engorgements au fur et à mesure que l'épidémie progresse, d'autres mesures visant à améliorer le flux des patients devraient également être envisagées, comme l'augmentation du débordement des urgences, l'encouragement et le soutien des soins à domicile, ou le congé précoce dans les établissements d'isolement subventionnés.

Les résultats quantitatifs de notre modèle sont limités par les incertitudes continues au sujet de la véritable pyramide de la maladie pour la COVID-19 et le manque d'information nuancée sur les déterminants de maladies graves, que nous avons représentés par l'âge comme meilleur indicateur. Le modèle des voies cliniques suppose que la moitié de la capacité de lits disponibles est également

disponible pour les patients atteints de la maladie, mais ne prévoit pas l'augmentation saisonnière des admissions de patients atteints de la grippe qui pourrait être superposée avec le pic épidémique, même si au cours de notre plus récente saison grave, en 2017, seulement 6 % des lits d'hôpitaux étaient occupés par des cas de grippe (23). Les lits disponibles seront probablement augmentés par d'autres facteurs, comme des réductions secondaires de toutes les infections respiratoires et les traumatismes de la route entraînés par les restrictions sociales, et des décisions délibérées d'annuler des interventions chirurgicales non essentielles. Il convient de noter que nous n'avons pas tenu compte de l'absentéisme des travailleurs de la santé causé par la maladie, les responsabilités des soignants ou à l'épuisement professionnel, qui sont tous des défis prévus au cours d'une épidémie très prolongée accompagnée d'une perturbation sociale marquée. Nous ne pouvons pas non plus tenir compte des pénuries de fournitures médicales essentielles parce que leur ampleur réelle et leurs répercussions futures probables sur la prestation des services sont actuellement inconnues.

Notre modèle indique qu'une combinaison de mesures sociales et ciblées sur les cas devra être appliquée sur une période prolongée pour réduire le taux de croissance de l'épidémie. En réalité, la rigueur des contrôles imposés, leur acceptation publique et leur conformité varieront probablement au fil du temps. En Australie, le respect de l'isolement et de la mise en quarantaine était en grande partie fondé sur la confiance dans l'intervention rapide en février-mars, mais la surveillance et l'application actives de ces mesures de santé publique se font maintenant dans de nombreuses administrations. Hong Kong et Singapour ont mis en place des technologies de surveillance électronique dès le départ pour suivre l'emplacement des personnes et faire respecter la conformité (24). Les indicateurs approximatifs de conformité, comme les données sur le transport et la téléphonie mobile, ont éclairé la compréhension de l'effet des restrictions sociales et de déplacement sur la mobilité et le comportement dans d'autres contextes (19), et seront examinés plus en détail dans le contexte de l'Australie.

L'efficacité de multiples mesures d'éloignement, y compris le confinement, a été démontrée en Europe, mais les contributions des mesures individuelles ne peuvent pas encore être différenciées de manière fiable (18). L'effet des mesures locales de réduction de la transmission sera estimé à partir de données en temps réel sur la croissance de l'épidémie en Australie, sur la base de multiples flux de données épidémiologiques et cliniques. Les estimations du taux local de reproduction réel permettront de prévoir les trajectoires de l'épidémie (25) et de les intégrer à notre processus d'analyse. Le nombre de cas prévus sera utilisé pour évaluer la capacité du système de santé représentée par le modèle des voies cliniques, compte tenu des niveaux actuels d'intervention sociale. De telles données probantes appuieront le renforcement et, s'il y a lieu, l'assouplissement prudent des mesures d'éloignement. D'autres travaux examineront les effets de la variation de l'intensité des mesures au fil du temps, afin d'éclairer les conditions nécessaires qui permettraient des stratégies de sortie des conditions de confinement strictes actuelles pour assurer le maintien du fonctionnement social et économique sur une longue période.

Toutes ces stratégies, qui se conjuguent pour aplanir la courbe, permettront de gagner du temps pour renforcer davantage le système de santé et trouver les approvisionnements nécessaires. La protection de la santé et du bien-être des travailleurs de la santé sera essentielle pour assurer la prestation continue des services. La capacité des USI devra être multipliée sur plusieurs fronts en prévision de l'augmentation imminente des cas.

De nombreux défis doivent être surmontés tout au long de la voie menant à la prestation de vaccins sûrs et efficaces contre la COVID-19, et le délai de disponibilité est très incertain (26). La recherche de thérapies efficaces se poursuit. Par conséquent, la réduction de la COVID-19 et des décès repose sur des mesures de santé publique largement appliquées pour interrompre la transmission globale, protéger les groupes vulnérables et maintenir et renforcer la capacité des systèmes de santé et des travailleurs à gérer les cas.

[https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/12/20-2530\\_article?ACSTrackingID=USCDC\\_333-DM39150&ACSTrackingLabel=Latest%20Expedited%20Articles%20-%20Emerging%20Infectious%20Diseases%20Journal%20-%20September%2028%2C%202020&deliveryName=USCDC\\_333-DM39150](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/12/20-2530_article?ACSTrackingID=USCDC_333-DM39150&ACSTrackingLabel=Latest%20Expedited%20Articles%20-%20Emerging%20Infectious%20Diseases%20Journal%20-%20September%2028%2C%202020&deliveryName=USCDC_333-DM39150) (en anglais seulement)

CDC

## Efficacité des masques en tissu pour la protection contre le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2

Source : CDC

Numéro d'identification : 1007931313

### Résumé

Des masques en tissu ont été utilisés dans les milieux de soins de santé et communautaires pour protéger la personne qui les porte contre les infections respiratoires. L'utilisation de masques en tissu pendant la pandémie du coronavirus (COVID-19) fait l'objet d'un débat. L'efficacité de la filtration des masques en tissu est généralement inférieure à celle des masques médicaux et des respirateurs; toutefois, les masques en tissu peuvent offrir une certaine protection s'ils sont bien conçus et utilisés correctement. Les masques multicouches en tissu, conçus pour s'ajuster au contour du visage et faits d'un tissu résistant à l'eau composé d'un grand nombre de fils et un tissage plus fin, peuvent offrir une protection raisonnable. Tant qu'il n'est pas prouvé qu'un masque en tissu est aussi efficace qu'un masque médical ou N95, le port d'un masque en tissu ne devrait pas être imposé aux travailleurs de la santé. Dans les milieux communautaires, toutefois, les masques en tissu peuvent être utilisés pour prévenir la propagation d'infections par des personnes malades ou asymptomatiques infectées dans la collectivité, et le public doit être informé sur la façon de l'utiliser correctement.

En raison de la pandémie de coronavirus (COVID-19), l'approvisionnement en masques médicaux et en respirateurs est limité à l'échelle mondiale. Les masques médicaux/chirurgicaux et les respirateurs sont couramment utilisés comme protection contre les infections respiratoires et autres infections. La principale différence entre ces deux produits est l'utilisation prévue. Les masques médicaux sont utilisés dans les milieux de soins de santé et communautaires pour protéger contre les infections par gouttelettes et contre les éclaboussures et les pulvérisations de sang et de liquides organiques. Ils sont également utilisés pour prévenir la propagation de l'infection chez les personnes malades ou asymptomatiques (ce que l'on appelle aussi le contrôle à la source). Les respirateurs sont ajustés autour du visage, conçus pour la protection respiratoire, et utilisés principalement dans les établissements de santé.

Un débat animé entoure le fait que les travailleurs de la santé doivent réutiliser des produits jetables ou prolonger leur utilisation, stériliser leur appareil respiratoire ou porter masque en tissu ou un autre type de masque maison (1, 2). Historiquement, les masques en tissu étaient utilisés pour protéger les travailleurs de la santé et le grand public contre diverses infections respiratoires (3). Cependant, la plupart des études sur les masques en tissu ont été menées in vivo et pendant la première moitié du XXe siècle, avant que les masques médicaux ne soient mis au point. À notre connaissance, seulement un essai contrôlé randomisé a été mené pour déterminer l'efficacité des masques en tissu (4). Dans cet article, nous analysons les données probantes sur l'utilisation de masques en tissu pour prévenir les infections respiratoires et proposons des stratégies de nettoyage et de décontamination pour protéger les travailleurs de la santé de première ligne et le grand public.

### Utilisation des masques en tissu dans l'histoire

Au début du XXe siècle, divers types de masques en tissu (faits de coton, de gaze et d'autres tissus) étaient utilisés dans les hôpitaux américains. Les taux d'infections respiratoires chez les travailleurs de la santé qui utilisaient des masques faits de 2 à 3 couches de gaze étaient faibles (5). Des masques en tissu ont également été utilisés pour protéger les travailleurs de la santé contre la diphtérie et la scarlatine. Pendant la pandémie de grippe espagnole de 1918, les masques faits de diverses couches de coton étaient largement utilisés par les travailleurs de la santé et le grand public. Les masques de gaze ont été utilisés lors de la deuxième épidémie de peste de Mandchourie en 1920-1921 et d'une épidémie de peste à Los Angeles en 1924; les taux d'infection chez les travailleurs de la santé qui portaient des masques étaient faibles (6). Au cours des années 1930 et 1940, les travailleurs de la santé utilisaient aussi des masques de gaze et de tissu pour se protéger contre la tuberculose (7). Au milieu du XXe siècle, après la mise au point de masques médicaux jetables, l'utilisation de masques en tissu a diminué, mais l'utilisation de masques en tissu est encore répandue dans de nombreux pays d'Asie. Pendant l'écllosion du syndrome respiratoire aigu sévère en Chine, les masques à coton étaient largement utilisés par les travailleurs de la santé et le grand public, et des études d'observation ont démontré leur efficacité (8).

### **Études sur l'efficacité des masques en tissu**

En 2015, nous avons mené un essai contrôlé randomisé pour comparer l'efficacité des masques en tissu avec celle des masques médicaux et des témoins (pratique courante) auprès des travailleurs de la santé au Vietnam (4). Les taux d'infection étaient systématiquement plus élevés chez les personnes du groupe qui portait des masques en tissu que chez celles du groupe qui portait des masques médicaux et du groupe témoin. Ce résultat suggère que le risque d'infection était plus élevé chez les personnes qui portaient des masques en tissu. Le masque testé était un masque en coton à deux couches fabriqué localement. Les participants ont reçu cinq masques en tissu pour une période d'étude de quatre semaines et on leur a demandé de les laver tous les jours avec de l'eau et du savon (4). Le mauvais rendement peut être attribuable au fait que les masques n'ont pas été lavés assez fréquemment ou qu'ils sont devenus humides et contaminés. Des masques médicaux et des masques en tissu ont été utilisés par certains participants du groupe témoin, mais le piètre rendement des masques en tissu s'est maintenu dans l'analyse ultérieure lorsque nous avons comparé les données de tous les participants qui ont utilisé des masques médicaux (du groupe témoin et du groupe qui portait des masques médicaux) avec les données de tous les participants qui n'ont utilisé qu'un masque en tissu (du groupe témoin et du groupe qui portait des masques en tissu)(4).

Nous avons également examiné la capacité de filtration des masques en tissu en examinant 19 études (3). Nous avons constaté que l'efficacité de filtration des masques en tissu est généralement inférieure à celle des masques médicaux et des respirateurs. L'efficacité de la filtration des masques en tissu varie grandement; certains tissus filtrent mieux que d'autres (9-11). L'efficacité de la filtration des masques en tissu dépend de nombreux facteurs, comme le nombre de fils, le nombre de couches, le type de tissu et la résistance à l'eau (3). Une étude a fait l'examen des masques médicaux et de plusieurs articles ménagers pour la capacité de bloquer les aérosols bactériens et viraux. Les participants ont fabriqué des masques à partir de matériaux différents, et tous les masques testés ont montré une certaine capacité à bloquer les aérosols microbiens problématiques, même s'ils le faisaient moins bien que les masques médicaux (11). Une autre étude a révélé que les masques en tissu faits maison peuvent aussi réduire l'exposition aux aérosols, mais moins que les masques médicaux et les respirateurs (12). Les masques en coton et en chiffon offrent une meilleure protection que les masques en gaze. Bien que les masques en tissu ne soient souvent pas conçus pour s'ajuster au contour du visage, certains tissus peuvent s'ajuster parfaitement contre le visage. Une étude a révélé que l'utilisation de bas de nylon autour du masque améliorerait la filtration (A.V. Mueller et coll., données non publiées, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.17.20069567v2.full.pdf> lien externe). L'efficacité de filtration des masques humides est apparemment inférieure à celle des masques secs (3).

### **Politiques et lignes directrices relatives à l'utilisation de masques en tissu**

Malgré l'utilisation courante de masques en tissu dans de nombreux pays d'Asie, les lignes directrices existantes sur la lutte contre les infections ne mentionnent pas leur utilisation (13). Toutefois, certaines lignes directrices antérieures sur la lutte contre les infections mentionnaient l'utilisation de masques en tissu lorsque les masques médicaux et les respirateurs n'étaient pas disponibles. Par exemple, dans une ligne directrice sur la lutte contre les infections élaborée en 1998, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ont recommandé l'utilisation de masques en coton pour se protéger contre les fièvres hémorragiques virales dans les milieux à faibles ressources médicales en Afrique si des respirateurs ou des masques médicaux n'étaient pas disponibles (14). De même, l'OMS a également discuté de la possibilité d'utiliser des masques en tissu pour protéger les porteurs contre l'infection pendant la pandémie de grippe A(H1N1) de 2009 (15). En 2006, la US Institute of Medicine, National Academy of Sciences, a préparé un rapport sur la réutilisation des masques faciaux pendant une pandémie de grippe (16). Les membres hésitaient à déconseiller l'utilisation de masques en tissu en raison de la forte demande de masques pendant les pandémies (16). En raison de la pénurie de masques durant la récente pandémie de COVID-19, les CDC ont élaboré des stratégies pour optimiser l'approvisionnement de masques et ont recommandé l'utilisation de masques en tissu faits maison lorsqu'aucun masque médical n'est disponible (1). Toutefois, aucune directive n'est fournie pour le nettoyage et la décontamination des masques en tissu, bien que le lavage normal à l'eau chaude et au savon devrait être adéquat.

## **Facteurs à prendre en considération lors de l'utilisation de masques en tissu pour protéger les porteurs et prévenir la propagation de l'infection pendant la pandémie de COVID-19**

On croit que les principales voies de transmission du coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2) sont l'inhalation de gouttelettes respiratoires et le contact étroit; par conséquent, l'OMS recommande de porter un masque médical pendant les soins de routine et d'utiliser des respirateurs pendant les procédures produisant des aérosols et d'autres situations à risque élevé (17). Toutefois, le SRAS-COV-2 est un nouvel agent pathogène, et de plus en plus de données probantes indiquent la possibilité d'une transmission aérienne (18-21). Les recommandations relatives au port de masques pour protéger la personne qui les porte contre les infections par gouttelettes sont fondées sur l'hypothèse selon laquelle les gouttelettes ne parcourent que de courtes distances, généralement de 1 à 2 m. Toutefois, sur 10 études portant sur la distance des gouttelettes horizontales, 8 études ont montré que les gouttelettes parcourent plus de 2 m, et dans certains cas près de 8 m (22). Une étude récente a également montré que le SRAS-CoV-2 peut être transmis jusqu'à 4 m (18). Par conséquent, idéalement, tous les travailleurs de la santé de première ligne devraient utiliser un respirateur. Toutefois, la demande d'équipement de protection individuelle a augmenté pendant la pandémie de COVID-19, et des pénuries de respirateurs lors de pandémies antérieures ont également été signalées (23-26). Si des respirateurs ne sont pas disponibles, les travailleurs de la santé pourraient utiliser un masque médical, mais ils pourraient être exposés à un risque accru s'ils le font (2). Les CDC et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies ont d'abord recommandé que tous les travailleurs de la santé utilisent des respirateurs; cependant, en raison de pénuries, ils ont par la suite recommandé l'utilisation de respirateurs uniquement dans les situations à risque élevé (27,28). Certains pays recommandent également de stériliser et de décontaminer les respirateurs en vue de leur réutilisation; toutefois, peu de données probantes appuient ces pratiques (29), et elles pourraient ne pas être réalisables dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Pendant une pandémie, les masques en tissu peuvent être la seule option disponible; toutefois, ils doivent être utilisés en dernier recours lorsque les masques médicaux et les respirateurs ne sont pas disponibles (3). L'utilisation d'un masque en tissu ne devrait pas être obligatoire pour les travailleurs de la santé, mais certains peuvent choisir de les utiliser s'il n'y a pas de solution de rechange (30). La protection dépend de l'utilisation appropriée du masque ainsi que de la sélection du tissu et de la conception des masques pour la résistance à l'eau, la filtration et l'ajustement. Les données actuelles suggèrent que les masques multicouches avec un tissu résistant à l'eau, un grand nombre de fils et un tissage plus fin peuvent offrir une meilleure protection (3,10). Plusieurs études ont examiné la filtration, mais moins ont examiné l'ajustement ou la résistance à l'eau. Les masques chirurgicaux sont normalement conçus pour résister aux liquides, et les masques en tissu devraient l'être aussi. Les masques devraient pouvoir empêcher un flux de liquide à une pression pouvant atteindre 160 mm Hg de s'infiltrer dans le masque et potentiellement dans la bouche. De plus, le degré d'ajustement a une incidence sur l'efficacité parce que l'air circule dans la direction de la résistance la plus faible; s'il y a des écarts sur les côtés du masque, l'air passera par ces écarts plutôt que par le masque.

Les masques en tissu peuvent être fabriqués en grande quantité en peu de temps. Ils peuvent être réutilisés après avoir été décontaminés par diverses techniques, idéalement en les lavant à l'eau chaude avec du savon. D'autres méthodes ou produits comprennent l'utilisation d'eau de Javel, d'alcool isopropylique ou de peroxyde d'hydrogène; l'autoclavage ou le chauffage au micro-ondes; et l'application de rayons ultraviolets ou de chaleur sèche (16). Contrairement aux masques médicaux jetables et aux respirateurs, il est peu probable que le tissu des masques en tissu se dégrade à cause des procédures de décontamination normales. Toutefois, les hôpitaux devront assumer un fardeau supplémentaire pour nettoyer et décontaminer les masques utilisés. Si les travailleurs de la santé décontaminent eux-mêmes leur masque, ils risquent de ne pas les laver assez souvent et de s'autocontaminer (31).

Le grand public peut utiliser des masques en tissu pour se protéger contre la propagation de l'infection dans la communauté. Dans l'environnement communautaire, les masques peuvent être utilisés de deux façons. Premièrement, ils peuvent être utilisés par des personnes malades pour prévenir la propagation de l'infection (contrôle à la source), et la plupart des organismes de santé (y compris l'OMS et les CDC) recommandent une telle utilisation. En fait, une récente modification à la politique des CDC concernant l'utilisation communautaire des masques en tissu (1) est également fondée sur un risque élevé de

transmission par des personnes asymptomatiques ou présymptomatiques (32). Selon certaines études, de 25 % à 50 % des personnes atteintes de la COVID-19 ont des cas bénins ou sont asymptomatiques et peuvent transmettre une infection à d'autres. Ainsi, dans les régions à transmission élevée, l'utilisation d'un masque comme méthode de contrôle à la source peut prévenir la propagation de l'infection chez les personnes qui ont des infections asymptomatiques, présymptomatiques ou bénignes. Si les masques médicaux sont une priorité pour les travailleurs de la santé, le grand public peut utiliser des masques en tissu comme solution de rechange. Deuxièmement, les masques peuvent être utilisés par des personnes en bonne santé pour les protéger contre les infections respiratoires; certains essais contrôlés randomisés ont démontré que les masques sont efficaces dans les milieux communautaires fermés, avec et sans la pratique de l'hygiène des mains (33). De plus, dans une pandémie généralisée, il est très difficile de distinguer les personnes asymptomatiques des personnes en bonne santé dans la communauté, alors dans les régions à forte transmission, l'utilisation universelle d'un masque facial peut être bénéfique. Le grand public devrait être sensibilisé à l'utilisation de masques, car les masques en tissu peuvent donner aux utilisateurs un faux sentiment de protection en raison de leur protection limitée contre l'infection (16). Le port et le retrait adéquats des masques en tissu améliorent la protection (tableau). Enlever un masque est un processus à risque élevé (34) parce que des pathogènes peuvent être présents sur la surface extérieure du masque et peuvent entraîner une autocontamination pendant le retrait (31).

### **Orientations futures pour la recherche**

Il faut approfondir la recherche sur les masques en tissu pour déterminer s'ils peuvent être utilisés comme solution de rechange aux masques/respirateurs chirurgicaux en cas de pénurie ou de situations de forte demande. À notre connaissance, seulement un essai contrôlé randomisé (4) a été mené pour examiner l'efficacité des masques en tissu dans les milieux de soins de santé, et les résultats ne favorisent pas l'utilisation de masques en tissu. D'autres essais contrôlés randomisés devraient être menés en milieu communautaire afin de vérifier l'efficacité des masques en tissu contre les infections respiratoires. Selon la US Institute of Medicine, la National Academy of Sciences, davantage de recherches sont nécessaires sur la conception technique des masques en tissu pour améliorer leur filtration et leur ajustement (16). De plus, diverses méthodes de décontamination des masques en tissu devraient être mises à l'essai.

### **Conclusions**

La filtration, l'efficacité, l'ajustement et le rendement des masques en tissu sont inférieurs à ceux des masques médicaux et des respirateurs. L'utilisation d'un masque en tissu ne devrait pas être imposée aux travailleurs de la santé, qui devraient en priorité recevoir une protection respiratoire adéquate. Les masques en tissu sont une option plus appropriée pour une utilisation communautaire lorsque les masques médicaux ne sont pas disponibles. La protection assurée par les masques en tissu peut être améliorée en choisissant le tissu approprié, en augmentant le nombre de couches de tissu et en utilisant ceux qui sont conçus pour assurer la filtration et un bon ajustement. Les masques en tissu doivent être lavés tous les jours et après une exposition élevée au savon, à l'eau ou par d'autres méthodes appropriées.

[https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/10/20-0948\\_article?ACSTrackingID=USCDC\\_352-DM38299&ACSTrackingLabel=Viruses%20Articles%20in%20the%20October%202020%20Emerging%20Infectious%20Diseases%20Journal&deliveryName=USCDC\\_352-DM38299](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/10/20-0948_article?ACSTrackingID=USCDC_352-DM38299&ACSTrackingLabel=Viruses%20Articles%20in%20the%20October%202020%20Emerging%20Infectious%20Diseases%20Journal&deliveryName=USCDC_352-DM38299) (en anglais seulement)

### **CDC**

#### **Examen de l'intervention en matière de santé mentale relativement à la COVID-19, Chine**

Source : CDC

Numéro d'identification : 1007931312

### **Résumé**

L'intervention publique en matière de santé mentale face à la maladie du coronavirus est essentielle. Après avoir examiné les efforts systémiques et locaux déployés en Chine, nous avons constaté une coordination et des ressources humaines efficaces. Nous recommandons une meilleure évaluation des symptômes, la surveillance des organisations et la protection des besoins fondamentaux. Cette

recommandation peut aider d'autres pays à surmonter les défis en matière de santé mentale pendant cette pandémie.

L'écllosion de la maladie à coronavirus (COVID-19) et les quarantaines ont causé une détresse majeure en Chine (1,2). Par conséquent, une intervention publique efficace en santé mentale relativement à la COVID-19 est nécessaire (3). Nous examinons les efforts systémiques et locaux en santé mentale, qui sont déployés en Chine, en fonction des lignes directrices sur les urgences psychiatriques du Comité permanent interinstitutions (4). Ces lignes directrices sont issues d'une coordination entre de multiples secteurs; les ressources humaines; l'évaluation, la surveillance et l'évaluation; et les normes en matière de protection et de droits de la personne. Notre discussion aidera à orienter l'intervention en santé mentale en lien avec la pandémie de la COVID-19.

Les efforts déployés en santé mentale en Chine ont été coordonnés et facilités par de multiples systèmes, y compris le gouvernement, les sociétés universitaires, les universités, les hôpitaux et les organismes sans but lucratif (5). Les services comprennent une ligne d'assistance téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, un soutien de messagerie SMS au moyen d'applications, du matériel de psychoéducation et des webinaires (5). Le gouvernement a accordé la priorité au soutien psychosocial pour la COVID-19, comme l'indique le mandat de la Commission nationale de la santé qui exige que toutes les associations en santé mentale fournissent un soutien psychosocial, établissent des groupes de discussion professionnels et aident les services de santé provinciaux et municipaux (6).

Les organismes universitaires de psychologie (Société chinoise de psychologie [SCP]) (tableau) et de psychiatrie (Société chinoise de psychiatrie) fournissent des lignes directrices fondées sur des données probantes en matière de soutien psychosocial et de formation (5,7). Le ministère de l'Éducation (MdE) a mandaté tous les conseillers collégiaux du pays à devenir bénévoles pour la ligne d'assistance principale de l'Université de Huazhong à l'épicentre [de la pandémie] à Wuhan (8). À l'échelle systémique, on constate une bonne coordination et une bonne affectation des ressources. Les organismes gouvernementaux coordonnent les ressources humaines, et les associations universitaires fournissent des connaissances professionnelles et des lignes directrices pour les efforts de première ligne.

La coordination et l'affectation des ressources ont été compilées à partir des efforts locaux déployés à l'épicentre de Wuhan (annexe). Le 23 janvier 2020, immédiatement après la quarantaine, l'hôpital Zhongnan et la Hubei Psychological Consultant Association ont commencé à offrir des services d'assistance téléphonique. Au 30 avril, on avait répondu à plus de 2 000 personnes. Au-delà de la ligne d'assistance téléphonique, l'Université de Wuhan et l'Université de Huazhong offrent un soutien de messagerie SMS en ligne au moyen d'applications. Ce sont plus de 3 000 professionnels qui travaillent à ce service en Chine. Ce soutien démontre comment les hôpitaux, les associations professionnelles et les universités ont collectivement fourni des ressources immédiates. En outre, des ressources d'autres régions ont été mobilisées pour soutenir l'épicentre. La ligne d'assistance téléphonique de l'Université de Huazhong est devenue la ligne d'assistance principale pour les résidents de Hubei. Le personnel se composait de conseillers collégiaux dans toute la Chine sous le mandat du MdE (8). Des psychologues et des infirmières d'autres provinces ont été envoyés au Troisième hôpital de Wuhan le 28 janvier. Les efforts psychosociaux peuvent provenir de différentes organisations, mais ils illustrent la mise en commun des ressources et la coordination d'autres régions pour assurer l'accès au soutien psychosocial dans l'épicentre.

Le MdE et la SCP ont recruté des professionnels et des bénévoles dans toute la Chine, ce qui suggère une allocation adéquate des ressources (5,7,8). La SCP a formé 1 448 psychologues agréés dans le cadre d'ateliers de formation des formateurs (8); ces psychologues ont à leur tour supervisé et fourni des consultations en direct aux bénévoles de première ligne (7). La Chine a également mis en œuvre le programme « Artificial Intelligence Tree Holes Rescue » pour réduire le risque de suicides. Ces programmes démontrent un partage efficace des tâches : en regroupant les professionnels ensemble; par la supervision du personnel moins formé et l'utilisation de la technologie dans le but de surmonter les pénuries de ressources.

Le Comité permanent interinstitutions demande une évaluation du bien-être mental et une évaluation de l'efficacité du soutien psychosocial (4). Les lignes directrices de la Commission nationale de la santé documentent la nécessité d'un examen et d'une évaluation du programme. En revanche, la mise en application n'était pas claire au-delà de ces lignes directrices (6). Bien qu'il y ait eu des enquêtes nationales sur le bien-être psychologique (9,10), aucune description de l'utilisation des enquêtes dans les services psychologiques n'a été faite. L'évaluation clinique, comme les antécédents de maladie mentale ou les facteurs de stress (p. ex., deuil, stress financier), devrait être intégrée régulièrement aux services.

La SCP a publié une liste d'organisations de services d'assistance téléphonique approuvées en fonction des résultats d'un sondage évaluant des organismes (8). Toutefois, ce sondage n'a été mené que trois semaines après l'éclosion. Au début d'une urgence psychiatrique, une équipe de professionnels devrait évaluer et surveiller si chaque organisation respecte les lignes directrices nationales. Les expériences négatives avec un organisme non réglementé peuvent dissuader d'autres personnes de demander de l'aide.

Bien que la COVID-19 ne cause pas de préjudice intentionnel, elle soulève tout de même des problèmes de droits de la personne sur le plan de l'accès aux besoins fondamentaux (4). Lors de l'isolement soudain de Wuhan, l'accès à la nourriture et aux soins médicaux a été menacé en raison de l'accaparement de nourriture, des prix abusifs et du gel des transports. Pour y répondre, le gouvernement a coordonné un approvisionnement avec des tonnes de légumes et de viande. Ces menaces ont été documentées au moyen de sondages nationaux portant sur le bien-être des personnes. Ainsi, les professionnels pourront s'appuyer sur ces documents pour défendre les victimes. Par exemple, les professionnels peuvent éduquer les décideurs sur le besoin de transparence. Par exemple, en informant le public sur les pénuries alimentaires tout en le rassurant du fait que l'approvisionnement arrivera dans quelques jours. La Chine a fourni un soutien psychosocial gratuit à l'échelle du pays, financé par le gouvernement et les institutions (5-7). L'accessibilité est remarquable comparativement à celle d'autres pays qui dépendent des prestations d'assurance-maladie.

Notre examen suggère que la Chine a surmonté les pénuries de ressources grâce à la coordination et à l'affectation des ressources dans son intervention en matière de santé mentale. Le gouvernement, les universités et les sociétés universitaires assurent la coordination, et les organisations indépendantes fournissent un soutien local. Nous recommandons l'intégration de l'évaluation dans le soutien direct, la surveillance des organisations et la défense des personnes touchées. Ces recommandations peuvent aider d'autres pays à surmonter la pénurie de ressources en santé mentale face à cette pandémie.

La D<sup>re</sup> Miu est professeure adjointe et psychologue clinicienne agréée au département de psychiatrie de l'Université du Texas, Southwestern Medical Center, Dallas, au Texas. Ses intérêts de recherche comprennent des facteurs sociaux et cognitifs, comme la mentalité de croissance et le biais d'attribution hostile.

[https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/10/20-1113\\_article?ACSTrackingID=USCDC\\_353-DM38298&ACSTrackingLabel=Zoonoses%20Articles%20in%20the%20October%202020%20Emerging%20Infectious%20Diseases%20Journal&deliveryName=USCDC\\_353-DM38298](https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/10/20-1113_article?ACSTrackingID=USCDC_353-DM38298&ACSTrackingLabel=Zoonoses%20Articles%20in%20the%20October%202020%20Emerging%20Infectious%20Diseases%20Journal&deliveryName=USCDC_353-DM38298)

## États-Unis

### Moins de 10 % de la population américaine présente des anticorps à la COVID-19, selon les données

Numéro d'identification : 1007932849

Source : CIDRAP

Selon une étude publiée à la fin de la semaine dernière dans *The Lancet*, moins de 10 % d'un échantillon national représentatif de patients en dialyse aux États-Unis avaient des anticorps contre la COVID-19, ce qui montre que l'immunité collective restera hors de portée pendant un certain temps.

Des chercheurs de l'Université Stanford et des laboratoires cliniques Ascend ont testé le sérum de 28 503 patients recevant un traitement dans 1 300 centres de dialyse, dans 1 013 comtés (32 % de tous les comtés des États-Unis), dans 46 États, en juillet, afin d'estimer combien d'entre eux avaient été exposés à la COVID-19.

#### Variation régionale importante

Ils ont découvert que de 8,2 à 9,4 % de l'échantillon avait des anticorps à la COVID-19, ce qui indique une exposition au virus. Après avoir comparé les estimations avec le nombre de cas de l'Université Johns Hopkins, les chercheurs ont calculé qu'environ 9,3 % de la population américaine avait été infectée, avec des variations régionales allant de moins de 5 % dans l'Ouest à plus de 25 % dans le Nord-Est. Moins de 10 % des personnes qui présentaient des anticorps avaient été testées pour la COVID-19 alors qu'elles étaient malades.

Les résidents des comtés qui avaient appliqué des mesures de confinement entraînant une réduction d'au moins 5 % des visites sur les lieux de travail, en mars, étaient 60 % moins susceptibles que les autres d'obtenir un résultat positif aux tests de dépistage d'anticorps au coronavirus en juillet.

Les patients des premiers « points chauds » de coronavirus aux États-Unis étaient davantage susceptibles d'avoir des signes d'une infection antérieure (33,6 % à New York, 17,6 % en Louisiane et 17,5 % en Illinois). En revanche, les résidents des États voisins moins touchés étaient moins susceptibles d'avoir des anticorps (6,4 % en Pennsylvanie et 1,9 % respectivement en Arkansas et au Missouri).

Les résultats de l'étude sont similaires à ceux d'autres études récentes dans des pays durement touchés tels que la Chine et l'Espagne, qui ont démontré de faibles pourcentages de personnes avec des anticorps contre le coronavirus, expliquent les auteurs.

La coauteure Julie Parsonnet, docteure en médecine, a déclaré dans un communiqué de presse de *The Lancet* que malgré les taux élevés de coronavirus aux États-Unis, « le nombre de personnes qui présentent des anticorps est encore faible et nous sommes loin d'avoir atteint l'immunité collective. Jusqu'à ce qu'un vaccin efficace soit approuvé, nous devons nous assurer que nos populations les plus vulnérables bénéficient de mesures de prévention. »

#### **Grandes disparités raciales et socioéconomiques**

Comparativement aux habitants des quartiers majoritairement blancs, les habitants des communautés majoritairement noires et hispaniques étaient de deux à quatre fois plus susceptibles d'avoir eu la COVID-19 (4,8 % comparativement à 11,3 % et 16,3 %). Les patients qui vivaient dans des zones à faible revenu étaient deux fois plus à risque d'être infectés que leurs pairs, tandis que ceux qui vivaient dans des communautés densément peuplées étaient dix fois plus à risque.

Les chercheurs ont noté que les patients en dialyse sont une population pertinente pour l'étude de la transmission de la COVID-19. En effet, ils subissent des analyses sanguines mensuelles et représentent d'autres facteurs de risque relativement au coronavirus, notamment en raison de l'âge avancé, de la race (autre que blanche) et des revenus plus faibles. L'échantillon était représentatif des patients en dialyse aux États-Unis selon l'âge, le sexe, la race, l'origine ethnique et la région.

Sur les 2 292 patients avec des anticorps contre la COVID-19, 1 322 (57,7 %) étaient des hommes et 1 765 (77 %) avaient de 45 à 79 ans; l'échantillon comptait de fortes proportions de patients noirs vivant dans des quartiers majoritairement non blancs.

« Non seulement cette population de patients est représentative sur les plans ethnique et socio-économique, mais elle est l'un des rares groupes de personnes qui peuvent être testés à répétition », a déclaré l'auteur principal Shuchi Anand, docteur en médecine, dans le communiqué. « Comme les

maladies rénales sont admissibles à l'assurance-maladie (Medicare), elles ne sont pas confrontées à de nombreux obstacles d'accès aux soins qui limitent les tests dans la population générale. »

### **L'évaluation n'est pas parfaite, mais utile**

Les auteurs ont déclaré que le dépistage mensuel des anticorps chez les patients en dialyse, même s'il n'est pas parfait, est un bon moyen de surveiller les tendances de la maladie, l'affectation des ressources et l'efficacité des interventions en santé publique. Les auteurs ont recommandé que les mesures de santé publique relativement à la COVID-19 soient axées sur les populations noires et hispaniques vivant dans des régions à faible revenu et à forte densité de population.

Dans un commentaire paru dans le même journal, Barnaby Flower, docteur en médecine, et Christina Atchison, docteure en médecine, Ph. D., de l'Imperial College of London, ont déclaré que les tests d'anticorps sériques donnent une image plus claire de ceux qui ont été infectés par la COVID-19 par rapport aux tests (seuls) de patients symptomatiques par écouvillon.

Néanmoins, ils ont souligné que l'extrapolation des données sur les anticorps provenant de patients en dialyse est imparfaite, car, en visitant un établissement de santé trois fois par semaine, l'exposition de ces patients à la COVID-19 est probablement plus élevée que dans la population générale.

« Toutefois, les préoccupations au sujet de l'applicabilité de l'échantillon sont bidirectionnelles. En effet, les patients atteints d'une maladie rénale terminale et de comorbidités associées pourraient être moins susceptibles de produire des anticorps détectables », écrivent Flower et Atchison. « Ils sont également plus susceptibles de mourir de la COVID-19, ce qui augmente le risque que des survivants séronégatifs non exposés soient surreprésentés dans l'échantillon. »

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/less-10-us-population-has-covid-19-antibodies-data-show>

### **Australie**

#### **Essai clinique de provocation d'infection chez l'humain à la COVID-19 : Un vaporisateur nasal réduit la réplication virale jusqu'à 96 pour cent dans une étude sur les animaux**

Source : timesnownews

Numéro d'identification unique : 1007931138

Melbourne : Un nouveau vaporisateur nasal mis au point par une entreprise de biotechnologie australienne, Ena Respiratory, s'est avéré remarquablement efficace pour réduire les niveaux du SRAS-Cov-2, le nouveau coronavirus qui cause la COVID-19, dans le cadre d'une étude sur les animaux. Les résultats des tests publiés lundi ont montré que le traitement nasal, conçu pour stimuler le système immunitaire humain naturel afin de lutter contre le rhume et la grippe, a réduit la réplication du virus de la COVID-19 de 96 pour cent dans une étude sur les furets. Jusqu'à maintenant, il n'y a pas de vaccin ni d'agent antiviral précis pour prévenir ou traiter la COVID-19.

Les résultats de l'étude menée par l'agence britannique Santé publique, Angleterre (Public Health England) suggèrent que le nouveau traitement pourrait aider à protéger les humains contre l'infection par le coronavirus et à prévenir la transmission. La recherche a été publiée aujourd'hui sur le site de publication préalable en recherche biomédicale, medRxiv.

Comment fonctionne le nouveau traitement nasal?

Selon un communiqué de l'entreprise, le composé INNA-051 agit en stimulant le système immunitaire inné, première ligne de défense contre l'invasion de pathogènes dans l'organisme. L'étude a montré que la capacité du virus SARS-CoV-2 à infecter les animaux et à se reproduire était considérablement réduite en stimulant le système immunitaire avec INNA-051 antérieurement à une infection.

« Nous avons été stupéfaits de l'efficacité de notre traitement », a déclaré le Dr Christophe Demaison, directeur général chez Ena Respiratory. « En augmentant la réponse immunitaire naturelle des furets grâce à notre traitement, nous avons assisté à une éradication rapide du virus. »

L'étude fournit des preuves que INNA-051 peut être utilisé comme une méthode autonome de thérapie préventive antivirale, complémentaire aux programmes de vaccination, selon le communiqué.

« Si les humains réagissent de la même façon, les avantages du traitement sont doubles. Les personnes exposées au virus l'élimineraient probablement rapidement, et le traitement ferait en sorte que la maladie ne progresse pas au-delà des symptômes bénins. Cela est particulièrement pertinent pour les membres vulnérables de la collectivité. De plus, la rapidité de ce traitement signifie qu'il est peu probable que les personnes infectées transmettent le virus, ce qui signifie un arrêt rapide de la transmission communautaire », a ajouté M. Demaison.

INNA-051, qui est une petite molécule synthétique, serait auto-administré au moyen d'un vaporisateur nasal facile à utiliser. Il serait administré une ou deux fois par semaine, sachant que le traitement a un effet presque immédiat. La thérapie était en cours d'élaboration avant l'éclosion du coronavirus afin de promouvoir plus largement la résistance aux épidémies virales respiratoires. L'entreprise a affirmé que INNA-051, contrairement aux vaccins qui ciblent une souche particulière du virus, est conçu pour être efficace pour tous les types d'infections respiratoires.

« Le plus excitant est la capacité d'INNA-051 de réduire considérablement les taux de virus dans le nez et la gorge. Il y a de l'espoir que ce traitement puisse réduire la transmission de la COVID-19 par les personnes infectées, en particulier celles qui sont présymptomatiques ou asymptomatiques et qui ignorent donc qu'elles sont infectieuses » a déclaré le professeur Roberto Solari, spécialiste des maladies respiratoires, conseiller chez Ena Respiratory et professeur invité à l'Imperial College de Londres.

Le Dr Chris Smith, directeur du conseil d'administration chez Ena Respiratory et gestionnaire principal des investissements à Brandon Capital, a déclaré que l'INNA-051 offre un réel espoir aux personnes qui sont en première ligne dans la lutte contre la COVID-19. Il a ajouté que le traitement offre un potentiel important pour protéger les personnes les plus vulnérables, les personnes âgées, y compris celles atteintes d'affections respiratoires préexistantes, pour lesquelles les vaccins pourraient être moins efficaces.

« Notre traitement nasal offre un excellent potentiel pour lutter contre la COVID-19 et les futures pandémies », a poursuivi le Dr Smith.

Si les essais cliniques sur les humains sont concluants, cette thérapie prophylactique par modulation immunitaire pourrait être rapidement fabriquée à grande échelle et rendue disponible pour servir sous peu, compte tenu du besoin sans précédent de médicaments pour lutter contre la pandémie de coronavirus, qui a déjà fait au moins 998 463 morts dans le monde.

L'étude a été réalisée par des scientifiques de la Santé publique, Angleterre, par Ena Respiratory, et par des organisations de recherche australiennes de premier plan, par le Hunter Medical Research Institute, Newcastle et par l'université de Melbourne.

<https://www.timesnownews.com/health/article/covid-19-challenge-trial-nasal-spray-shown-to-reduce-viral-replication-by-up-to-96-per-cent-in-animal-study/659127>

<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.09.25.309914v1.full.pdf>

## **Australie**

### **Une entreprise australienne affirme que son vaporisateur nasal a réduit la croissance du coronavirus dans une étude animale**

Source : Reuters

Numéro d'identification : 1007931310

SYDNEY (Reuters) - La société de biotechnologie australienne Ena Respiratory a déclaré lundi qu'un vaporisateur nasal qu'elle met au point pour améliorer le système immunitaire humain, afin de lutter contre le rhume et la grippe, a considérablement réduit la croissance du coronavirus dans une étude récente sur les animaux.

Une étude sur les furets a montré que le produit nommé INNA-051, qui pourrait être utilisé en complément des vaccins, réduisait les niveaux du virus qui cause la COVID-19 jusqu'à 96 %, explique l'entreprise. L'étude a été menée par l'agence britannique Santé publique, Angleterre (Public Health England).

L'entreprise Ena Respiratory a déclaré qu'elle serait prête à tester INNA-051 sur les humains d'ici moins de quatre mois, sous réserve de la réussite des études de toxicité et de l'approbation réglementaire.

L'entreprise a recueilli 11,7 millions de dollars australiens (8,24 millions de dollars) pour le développement du vaporisateur. Parmi les investisseurs sont la société de capital-risque Brandon Capital Ltd, le gouvernement fédéral australien, les fonds de pension et le géant de la biotechnologie CSL Ltd CSL.AX.

Plusieurs entreprises à l'échelle mondiale cherchent à mettre au point un vaccin contre le coronavirus. L'Australie a conclu des ententes avec certaines sociétés pharmaceutiques qui investissent des milliards de dollars pour obtenir des vaccins potentiels contre la COVID-19, un virus qui a tué plus de 992 000 personnes dans le monde.

Jusqu'à présent, l'Australie a signalé 875 décès et un peu plus de 27 000 cas de coronavirus, ce qui est bien inférieur au nombre déclaré dans d'autres pays développés.

<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-australia-nasalspr/australian-firm-says-its-nasal-spray-reduced-coronavirus-growth-in-animal-study-idUSKBN26J04T>

## Turquie

### La Turquie teste le premier vaccin contre le coronavirus

Source : aa

Numéro d'identification : [1007930507](#)

Lundi, des médecins turcs ont donné le premier vaccin contre le coronavirus à un travailleur de la santé. Asim Basturk, 53 ans, s'est porté volontaire pour le test de phase 3 du vaccin développé par la Chine. S'adressant à des journalistes, le Dr Mustafa Sait Gonen, doyen de la faculté de médecine Cerrahpasa de l'Université d'Istanbul, en Turquie, a déclaré : « Aujourd'hui, nous avons commencé l'étude de phase 3 du vaccin d'origine chinoise à la faculté de médecine de Cerrahpasa. »

Il a déclaré que sur les 335 000 patients qui ont visité l'établissement, 27 000 ont été traités pour la COVID-19 et 77 000 ont été soumis à des tests.

« C'est un jour important pour la faculté de médecine de Cerrahpasa. Cette lutte [contre le virus] se poursuit à Cerrahpasa, comme dans d'autres hôpitaux et dans le monde », a-t-il ajouté.

Monsieur Basturk a également déclaré : « Je me suis porté volontaire de mon plein gré. Bien sûr, nous voulons que ce [virus] qui crée des problèmes pour la Turquie et le monde entier soit bientôt éliminé. »

Selon l'Université Johns Hopkins des États-Unis, le virus qui est apparu pour la première fois en Chine en décembre dernier s'est répandu dans 188 pays et régions.

Plus de 33 millions de personnes ont été infectées. On dénombre plus de 998 000 morts et près de 23 millions de personnes qui se sont rétablies.

<https://www.aa.com.tr/en/health/turkey-tests-1st-shot-of-coronavirus-vaccine/1988383>

## Événements nationaux d'intérêt

### Canada/échelle internationale

#### Trudeau exhorte les plus grands pays du monde à appuyer le plan des Nations Unies sur la biodiversité

Numéro d'identification : 1007932834

Source : CTV News

Trudeau exhorte les plus grands pays du monde à appuyer le plan des Nations Unies sur la biodiversité  
Contact

Publié le lundi 28 septembre 2020 à 12 h 14 HAE Dernière mise à jour le lundi 28 septembre 2020 à 13 h 42 HAE

Sur cette photo fournie par les Nations Unies, Justin Trudeau, premier ministre du Canada, prend la parole dans un message préenregistré qui a été joué lors de la 75<sup>e</sup> session de l'Assemblée générale des Nations Unies, le vendredi 25 septembre 2020 au siège des Nations Unies. (Rick Bajornas/Photo ONU via AP) PARTAGEZ

OTTAWA -- Le premier ministre Justin Trudeau demande aux pays ayant la plus grande masse terrestre d'en faire plus pour protéger la biodiversité de leurs terres et de leurs eaux.

Trudeau a fait cet appel aujourd'hui lors d'une session extraordinaire des Nations Unies par vidéoconférence en marge de la réunion virtuelle de l'Assemblée générale.

Monsieur Trudeau participait à « l'Événement des leaders pour la nature et les gens » auquel participaient également les dirigeants du Costa Rica et de la Norvège.

Retour du Parlement : Inscrivez-vous à notre bulletin *Capital Dispatch*

Le premier ministre promettait l'appui du Canada à une initiative des Nations Unies qui vise à protéger 30 % des terres et des océans d'ici 2030.

Or, le Canada est le seul pays parmi les 10 plus grands pays du monde à s'être joint à l'initiative, a dit M. Trudeau.

« Chaque pays aura de la difficulté à protéger 30 % de ses terres et à protéger la biodiversité. Il ne s'agit donc pas de déterminer qui fait mieux que les autres », a déclaré le premier ministre.

« Sur le plan de la superficie mondiale, nous devons inciter les neuf autres plus grands pays du top 10 à faire leur part et à agir. »

Le Canada collaborera avec les peuples autochtones, à titre de partenaires essentiels, parce qu'ils « comprennent à quel point il est important d'être de bons défenseurs de ces terres et de ces eaux qui nous soutiennent », a dit M. Trudeau.

Un chef autochtone a salué la déclaration de M. Trudeau en ajoutant qu'elle pourrait également aider le Canada dans ses efforts continus de réconciliation.

« Le respect de ce leadership permettra également de faire progresser la réconciliation et de bâtir un avenir plus équitable et durable. Une grande partie des progrès récents en matière de conservation des terres, y compris les forêts et les terres humides qui stockent d'énormes quantités de carbone, est attribuable aux nations autochtones », a déclaré Frank Brown, membre de la Nation Heiltsuk et haut dirigeant de l'Indigenous Leadership Initiative, dans une déclaration.

« Désormais, en mettant la conservation dirigée par les Autochtones au cœur de son approche de protection de la nature et du climat, le Canada peut agir en chef de file mondial dans la promotion d'un nouveau modèle de conservation éthique; un modèle fondé sur le respect, la responsabilité et la réconciliation. »

Monsieur Trudeau a aussi affirmé que le gouvernement ira de l'avant avec son projet de planter deux milliards d'arbres, d'interdire de nombreux plastiques à usage unique et de protéger les terres humides. Il a ajouté qu'il veut « que les Canadiens se rapprochent de nouveau de leur nature ».

L'initiative est connue sous le nom de « coalition de la haute ambition », et elle a été lancée à la fin de l'année dernière par le Costa Rica et la France.

Dans une déclaration, le gouvernement a déclaré que le Canada était « dans une position unique » pour y participer parce qu'il représente la deuxième masse terrestre en importance au monde, soit un cinquième de l'eau douce mondiale et le plus long littoral du monde. Ensemble, les caractéristiques naturelles du Canada jouent un rôle essentiel dans la lutte contre les changements climatiques, a-t-il dit. « Nos forêts, nos prairies et nos tourbières absorbent d'énormes quantités de pollution par le carbone et sont notre meilleur allié dans la protection de notre climat », indique la déclaration.

Le ministre de l'Environnement, Jonathan Wilkinson, a déclaré dans une déclaration que l'expansion des aires protégées est « essentielle non seulement pour mettre fin à la perte de nature et de biodiversité, mais aussi pour lutter contre les changements climatiques et aider à prévenir de futures pandémies ».

Ce rapport de la Presse canadienne a été publié pour la première fois le 28 septembre 2020.

<https://www.ctvnews.ca/politics/trudeau-urges-largest-countries-in-the-world-to-support-un-biodiversity-plan-1.5123177>

## Canada

### Avertissement concernant le nombre plus élevé de surdoses de drogues à Sudbury

Source : Sudbury

Numéro d'identification : [1007931266](#)

On s'inquiète du fait que certaines drogues illicites contiennent du fentanyl ou du carfentanil et que la Stratégie communautaire contre les drogues de Sudbury ainsi que Santé publique Sudbury et districts (BSSP) ont signalé un plus grand nombre de surdoses présumées d'opioïdes à Sudbury. Un communiqué de presse mettait en garde contre les dangers inhérents aux drogues de rue.

« Bien que nous ne puissions confirmer la substance qui a causé les surdoses, cette situation permet de rappeler à la collectivité que les drogues de rue sont souvent coupées ou mélangées à des substances comme le fentanyl ou le carfentanil. En fait, même une très petite quantité de ces substances peut causer une surdose », explique le communiqué.

L'avertissement précisait qu'une surdose se produit lorsqu'une personne consomme une quantité de drogue(s) supérieure à ce que son corps peut tolérer.

« Conséquemment, le cerveau est incapable de maintenir les fonctions vitales de base. Par la suite, la personne en surdose peut s'évanouir, arrêter de respirer ou avoir une attaque. Les surdoses peuvent être mortelles », concluait l'avertissement.

L'énoncé de santé publique comprenait des conseils à l'intention des consommateurs de substances.

1 - Évitez de combiner des drogues, comme les drogues en vente libre et les substances illicites.

2 - Évitez de boire de l'alcool lorsque vous consommez de la drogue.

3 - Soyez prudent en consommant des substances différentes. Commencez par une dose inférieure à la norme.

4 - Si vous n'avez pas consommé de drogues depuis un certain temps, votre tolérance pourrait avoir diminué. Consommez une faible dose.

5 - Évitez de prendre des drogues quand vous êtes seul.

6 - Conservez une trousse de naloxone à la portée pour vous aider à survivre à un incident de surdose.

<https://www.sudbury.com/local-news/warning-about-higher-number-of-drug-overdoses-in-sudbury-2746730>

## Événements internationaux d'intérêt

### États-Unis

#### **La FDA a approuvé les opioïdes contre la douleur chronique malgré l'absence de données « critiques » sur l'innocuité, selon une analyse**

Source : UPI.com

Numéro d'identification : 1007933695

Le 28 septembre (UPI) -- **La Food and Drug Administration des États-Unis a approuvé près de 50 nouveaux analgésiques opioïdes d'ordonnance entre 1997 et 2018, malgré l'absence de données « critiques » sur l'innocuité et l'efficacité, selon une analyse publiée lundi dans la revue *Annals of Internal Medicine*.**

**Aucun des 48 médicaments approuvés par l'agence, au cours de la période de plus de 20 ans, n'a été évalué dans le cadre d'essais cliniques qui ont duré plus de 12 semaines. Et les essais portaient souvent sur des groupes de patients définis de façon étroite, rapportent les chercheurs.**

**Peu d'essais cliniques comprenaient des « évaluations systématiques » des risques associés à ces médicaments, y compris leur potentiel de dépendance et la consommation non médicale.**

« Notre analyse offre une fenêtre permettant de voir la réglementation de la FDA sur les opioïdes au cours des 20 dernières années », a déclaré à l'UPI le co-auteur de l'étude, le Dr Caleb Alexander, codirecteur fondateur du Center for Drug Safety and Effectiveness de la Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health.

« Nous avons constaté que la FDA a souvent approuvé de nouveaux opioïdes à la suite d'essais de courte durée menés auprès de populations étroitement définies, et que la collecte systématique de certains résultats importants en matière de sécurité était rare », a-t-il dit.

L'utilisation de médicaments à base d'opioïdes dans le traitement de la douleur a fait l'objet d'un examen minutieux dans les dernières années en raison des taux croissants de dépendance et des surdoses signalées à l'échelle nationale.

En général, les nouvelles lignes directrices auprès des médecins recommandent que ces médicaments servent uniquement pour une utilisation à court terme, notamment à la suite d'un épisode soudain de

douleur aiguë après une intervention chirurgicale ou une blessure traumatique, comme une fracture osseuse; par opposition à la douleur causée par des maladies chroniques.

Pour cette étude, Alexander et ses collègues ont examiné les dossiers d'approbation de nouveaux médicaments pour tous les opioïdes d'ordonnance approuvés par la FDA entre 1997 et 2018.

Ce sont 47 des 48 approbations qui concernaient de nouvelles formes posologiques, des méthodes d'administration de médicaments ou des combinaisons de médicaments. Donc, une seule approbation concernait un nouveau médicament ou composé, expliquent les chercheurs.

Sur les 39 demandes de médicaments dont l'utilisation avait été approuvée chez des personnes souffrant de douleur chronique, au cours de cette période, seulement 21 demandes comprenaient au moins un nouvel essai pivot, tandis que les autres s'appuyaient sur des opioïdes déjà approuvés sur le plan de l'efficacité, ont-ils dit.

Monsieur Alexander rapporte que 17 des 21 produits approuvés pour la douleur chronique dans le cadre de nouveaux essais excluaient de l'étude les participants qui ne toléraient pas le médicament ou qui déclaraient peu d'avantages précoces, ce qui « limite la pertinence des résultats dans la pratique réelle ». En outre, parmi les essais de produits approuvés pour soulager la douleur chronique, aucun n'a duré plus de 84 jours, malgré le fait que de nombreuses personnes consomment ces médicaments pendant des périodes bien plus longues, a-t-il affirmé.

Selon l'analyse, bien que les essais aient généralement fait état d'effets indésirables sur la santé et d'effets secondaires, ils ont souvent échoué à recueillir d'autres renseignements importants, comme le détournement des opioïdes ou la consommation non médicale de ces drogues.

« Malgré l'ampleur de l'épidémie d'opioïdes qui sévit aux États-Unis, on sait peu de choses sur l'approbation par la FDA de nouveaux produits opioïdes au cours des deux dernières décennies », a déclaré M. Alexander.

« La FDA dispose d'une souplesse réglementaire en ce qui concerne les exigences qu'elle établit pour l'accès au marché. Nos constatations donnent à penser que l'agence n'a pas utilisé cette prérogative pour obliger les fabricants d'opioïdes à produire plus de renseignements sur l'innocuité et l'efficacité de [ces médicaments] avant [l'approbation]. »

[https://www.upi.com/Health\\_News/2020/09/28/FDA-approved-opioids-for-chronic-pain-despite-lacking-critical-safety-data/7051601318633/](https://www.upi.com/Health_News/2020/09/28/FDA-approved-opioids-for-chronic-pain-despite-lacking-critical-safety-data/7051601318633/)

## États-Unis

### **Shionogi annonce l'approbation par la FDA du FETROJA® (Cefiderocol) pour le traitement de la pneumonie bactérienne nosocomiale et de la pneumonie bactérienne associée à la ventilation assistée**

Numéro d'identification : 1007932858

Source : Shionogi.com

2020/09/27

OSAKA, Japon et FLORHAM PARK, N.J., le 28 septembre 2020 – Shionogi & Co., Ltd. (ci-après « Shionogi ») annonce aujourd'hui que la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis a approuvé une demande supplémentaire de nouveau médicament (sNDA) pour FETROJA® (cefiderocol) pour le traitement des patients de 18 ans ou plus atteints d'une pneumonie bactérienne nosocomiale et d'une pneumonie bactérienne associée à la ventilation assistée (en anglais, HABP/VABP) causée par les microorganismes vulnérables à Gram négatif suivants : complexe *Acinetobacter baumannii*, *Escherichia coli*, complexe *Enterobacter cloacae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* et *Serratia marcescens*.

« La résistance aux antimicrobiens est un problème de santé mondial majeur, et on constate le besoin

pour de nouveaux traitements comme le FETROJA dans le but de donner aux cliniciens plus d'options pour lutter contre les infections potentiellement mortelles causées par les pathogènes à Gram négatif », a déclaré Akira Kato, Ph. D., président et chef de la direction de Shionogi Inc. Ce jalon représente l'engagement indéfectible et de longue date de Shionogi à lutter sans relâche contre l'évolution des maladies infectieuses, à une époque où les besoins non comblés sont importants. »

Cette indication élargie est fondée sur les résultats de la phase III de l'étude APEKS-NP, qui a montré que le FETROJA a atteint le point final principal de non-infériorité dans la mortalité de toutes causes confondues, comparativement au méropénem en perfusion prolongée à forte dose, soit 14 jours après le lancement du médicament à l'étude dans le traitement des patients atteints de HABP, VABP et de pneumonie bactérienne associée aux soins de santé (en anglais, HCABP).

« La pneumonie nosocomiale est l'une des infections acquises à l'hôpital les plus courantes et un nombre croissant d'entre elles sont causées par des pathogènes multirésistants et difficiles à traiter, qui peuvent être une menace mortelle pour les patients », a déclaré le chercheur principal de l'APEKS-NP, Richard G. à Wunderink, docteur en médecine à Northwestern University Feinberg School of Medicine. « Les résultats de l'étude APEKS-NP montrent que le cefiderocol est une option supplémentaire grandement nécessaire pour le traitement des patients atteints de HABP et de VABP en raison de bactéries à Gram négatif multirésistantes. »

Le FETROJA est actuellement approuvé pour les patients de 18 ans et plus pour le traitement des infections complexes des voies urinaires, y compris de la pyélopathie, causées par des pathogènes à Gram négatif. Il s'agit du premier antibiotique approuvé qui fonctionne comme un sidérophore et qui possède un nouveau mécanisme pour pénétrer la membrane cellulaire externe des pathogènes à Gram négatif, y compris les souches résistantes aux carbapénèmes. Voir l'indication complète ci-dessous.

<https://www.shionogi.com/us/en/news/2020/9/shionogi-announces-fda-approval-of-fetroja-cefiderocol-for-the-treatment-of-hospital-acquired-bacterial-pneumonia-and-ventilator-associated-bacterial-pneumonia.html>

## États-Unis

### Enquête sur l'éclosion de cyclospora : Salades ensachées (juin 2020)

Numéro d'identification : 100793857

Source : FDA des États-Unis

Les CDC annoncent la fin de l'éclosion; la FDA poursuit son enquête.

L'éclosion d'infections à la cyclospora est terminée. Elle est apparue dans plusieurs États et était liée à des produits à salade fabriqués par Fresh Express qui contiennent de la laitue iceberg, du chou rouge et des carottes et qui sont vendus dans plusieurs régions des États-Unis. Ces produits ont fait l'objet d'une enquête de la FDA, en collaboration avec les CDC et des partenaires étatiques et locaux. L'épidémie a touché des produits de marque Fresh Express ainsi que des produits fabriqués par Fresh Express pour les marques de magasins de détail vendus chez ALDI, Giant Eagle, Hy-Vee, Jewel-Osco, Shoprite et Walmart. L'enquête de la FDA se poursuit, en consultation avec le Conseil d'État de l'agriculture et l'Office régional des eaux.

#### Recommandations

Le 27 juin 2020, Fresh Express a rappelé des produits contenant de la laitue iceberg, du chou rouge ou des carottes et affichant le code de produit Z178 ou un chiffre inférieur. La date de péremption des produits allait jusqu'au 14 juillet 2020.

Les produits rappelés ont maintenant largement dépassé leur date d'expiration et ne sont probablement

plus disponibles sur le marché ni dans les foyers des consommateurs.

### **Mise à jour de l'enquête**

Le 25 septembre 2020

En date du 25 septembre 2020, les CDC ont annoncé que l'éclosion était terminée. L'enquête de retraçage de la FDA est terminée, mais la cause ou la source de l'éclosion n'a pas été déterminée. L'enquête de la FDA se poursuit, en consultation avec le Conseil d'État de l'agriculture et l'Office régional des eaux.

La FDA a enquêté sur plusieurs fermes identifiées dans le retraçage, dont l'une a mené à un échantillonnage et à une enquête autour d'une ferme dans le sud de la Floride. La FDA continue de travailler avec l'État de la Floride et le district local de l'eau pour tenter de déterminer la source et l'impact de la cyclospora trouvée dans le canal régional de gestion de l'eau (C-23), situé à l'ouest de Port St. Lucie, en Floride. Compte tenu de la nature émergente des méthodes de typage génétique pour ce parasite dans les aliments et dans les échantillons environnementaux, la FDA n'a pas été en mesure de déterminer si la cyclospora détectée dans le canal est une correspondance génétique avec les cas cliniques. Par conséquent, il n'y a actuellement pas suffisamment de preuves pour déterminer de manière concluante la source de cette éclosion. Cependant, la présence de cyclospora dans un canal qui fournissait auparavant de l'eau d'irrigation dans la région, et plus particulièrement à une ferme identifiée dans le retraçage, suggère la nécessité d'un effort de collaboration de la part de l'État, des partenaires fédéraux et industriels pour mieux définir la portée de la contamination et déterminer les mesures d'atténuation des risques appropriées.

<https://www.fda.gov/food/outbreaks-foodborne-illness/outbreak-investigation-cyclospora-bagged-salads-june-2020>

### **Chine**

#### **Le comté de Chine lance une intervention d'urgence contre la peste après qu'un garçon de trois ans eut été infecté par la peste noire**

Source : courrier quotidien

Numéro d'identification unique : [1007930614](#)

La Chine a découvert un nouveau cas de peste bubonique dans le comté de Menghai, dans la province du Yunnan.

Il a été confirmé qu'un garçon, âgé de trois ans, a été infecté par la maladie, dimanche. Les fonctionnaires ont procédé à des inspections, ont imposé des quarantaines et testé les patients atteints de fièvre.

Le mois dernier, deux personnes sont mortes de la peste en Mongolie-Intérieure chinoise.

Les autorités d'un comté du sud-ouest de la Chine ont enregistré un nouveau cas de peste bubonique ce week-end, puisque les responsables ont déclenché une intervention d'urgence pour empêcher la propagation de la maladie.

Selon les médias de l'État, un garçon de trois ans d'un village éloigné de la province du Yunnan, dans le comté de Menghai, a contracté la peste bubonique, dimanche.

Cela survient alors que la région autonome chinoise de la Mongolie-Intérieure, près de la frontière chinoise avec la Mongolie, a signalé deux décès causés par la peste en août, ce qui a incité les autorités à imposer des mesures partielles de confinement et de mise en quarantaine des résidents.

La Chine fait également face à la menace d'une propagation de la maladie depuis son pays voisin, la Mongolie, qui a déclaré qu'au moins 17 des 21 provinces du pays sont à risque de peste bubonique.

La peste bubonique, connue sous le nom de « peste noire » au Moyen-Âge, est l'une des maladies les plus dévastatrices de l'histoire, ayant tué environ 100 millions de personnes au XIV<sup>e</sup> siècle.

Les autorités de Menghai ont lancé une intervention d'urgence de niveau quatre vendredi après avoir déclaré que le jeune patient était soupçonné de peste bubonique, selon un avis.

La déclaration indiquait que le patient présentait des symptômes légers et qu'il était dans un état stable après le traitement.

Les fonctionnaires n'ont pas précisé comment l'enfant avait été infecté, mais ont déclaré qu'une peste de rats s'était produite dans le comté, le 21 septembre, après que trois rats aient été trouvés morts pour des raisons inconnues dans un village.

Le garçon a été diagnostiqué lors d'un dépistage de la maladie à l'échelle du comté, à la suite de la peste de rats, a indiqué l'avis.

On a confirmé que le garçon avait été infecté par la peste bubonique, hier, selon les médias d'État, citant les autorités sanitaires du Yunnan.

Des représentants nationaux et provinciaux étaient arrivés à Menghai, dans le cadre de l'intervention d'urgence du gouvernement pour lutter contre la peste, tandis que des équipes de travailleurs médicaux effectuaient des inspections, imposaient des quarantaines et examinaient des patients soupçonnés d'avoir de la fièvre.

Ces nouvelles surviennent après que la Chine ait signalé deux décès causés par la peste depuis janvier.

Le 6 août, la Baotou City Health Commission a confirmé qu'un résident était décédé d'une autre forme de la maladie quatre jours plus tôt.

La ville de Baotou, dans la région autonome de la Mongolie-Intérieure du nord de la Chine, a déclaré que la victime avait contracté la peste entérique.

Une deuxième victime est décédée de multiples défaillances d'organes dans un cas de peste bubonique, a déclaré le lendemain la Bayan Nur Health Commission de la Mongolie-Intérieure.

La peste bubonique, l'une des quatre formes de la maladie, est l'une des maladies les plus dévastatrices de l'histoire.

La peste entérique, aussi connue sous le nom de peste pharyngée, s'attaque au système digestif d'une personne et peut survenir à la suite d'une exposition à des aérosols infectieux ou d'une ingestion de viande infectée.

Les autres formes de la maladie sont la peste pulmonaire, une infection pulmonaire grave, et la peste septique, qui affecte le système sanguin de la personne infectée.

La Chine a en grande partie éradiqué la peste, mais des cas occasionnels sont encore signalés.

La dernière éclosion importante connue de la maladie remonte à 2009, lorsque plusieurs personnes sont mortes dans la ville de Ziketan, dans la province de Qinghai, sur le plateau tibétain.

Cependant, les experts britanniques de la santé ont déclaré qu'aucune preuve ne démontre que la peste

bubonique peut être transmise d'une personne à une autre et qu'il est donc peu probable qu'elle déclenche une autre crise de santé.

[https://www.dailymail.co.uk/news/article-8781183/Chinese-county-launches-emergency-response-PLAGUE-three-year-old-boy-infected.html?ns\\_mchannel=rss&ns\\_campaign=1490&ito=1490](https://www.dailymail.co.uk/news/article-8781183/Chinese-county-launches-emergency-response-PLAGUE-three-year-old-boy-infected.html?ns_mchannel=rss&ns_campaign=1490&ito=1490)

## Recherches, politiques et lignes directrices

### OMS

#### **Composition recommandée des vaccins contre le virus de la grippe pour la saison de la grippe dans l'hémisphère sud en 2021**

Numéro d'identification : 1007932859

Source : OMS

Le 25 septembre 2020

Il est recommandé que les vaccins quadrivalents utilisés au cours de la saison de la grippe de 2021 dans l'hémisphère sud contiennent ce qui suit :

Vaccins à base d'œufs

un virus de type A/Victoria/2570/2019 (H1N1)pdm09;  
un virus de type A/Hong Kong/2671/2019 (H3N2) ;  
un virus de type B/Washington/02/2019 (lignée B/Victoria);  
un virus de type B/Phuket/3073/2013 (lignée B/Yamagata).

Vaccins cellulaires ou recombinants

un virus de type A/Wisconsin/588/2019 (H1N1)pdm09;  
un virus de type A/Hong Kong/45/2019 (H3N2) ;  
un virus de type B/Washington/02/2019 (lignée B/Victoria);  
un virus de type B/Phuket/3073/2013 (lignée B/Yamagata).

Il est recommandé que les vaccins trivalents contre la grippe utilisés au cours de la saison de la grippe de l'hémisphère sud de 2021 contiennent ce qui suit :

Vaccins à base d'œufs

un virus de type A/Victoria/2570/2019 (H1N1)pdm09;  
un virus de type A/Hong Kong/2671/2019 (H3N2);  
un virus de type B/Washington/02/2019 (lignée B/Victoria).  
Vaccins cellulaires ou recombinants

un virus de type A/Wisconsin/588/2019 (H1N1)pdm09;  
un virus de type A/Hong Kong/45/2019 (H3N2);  
un virus de type B/Washington/02/2019 (lignée B/Victoria).

[https://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2021\\_south/en/](https://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/2021_south/en/)

### États-Unis

#### **La transplantation de matières fécales offre une protection à long terme contre le Clostridium difficile malgré les expositions**

Numéro d'identification : 1007932855

Source : CIDRAP

Les chercheurs de la Clinique Mayo signalent qu'une transplantation de microbiote fécal (TMF) a été efficace à 78 % pour prévenir la réapparition de l'infection à Clostridioides difficile pendant 1 an malgré l'exposition subséquente au toxoïde chez 460 patients ayant subi une TMF.

L'étude rétrospective, publiée à la fin de la semaine dernière dans *Clinical Infectious Diseases*, a révélé que 76,8 % des patients adultes ont été exposés au système de santé après la TMF et que 78,1 % des 374 patients exposés au facteur de risque ont eu une réponse durable après 1 an.

Les maladies sous-jacentes les plus courantes chez les patients étaient les maladies intestinales inflammatoires (21,9 %), les maladies chroniques du foie (12,8 %), le cancer (11,7 %) et les maladies rénales chroniques (3,9 %). Au total, 31,3 % des patients ont reçu des antibiotiques pour leurs infections, tandis que 21,7 % ont reçu des supprimeurs d'acides. Dans une analyse à variables multiples, l'utilisation d'antibiotiques était indépendamment liée à une réponse moins durable (rapport de risque, 0,27).

Les auteurs ont conclu que « la majorité des patients ont eu une réponse durable à la TMF malgré l'exposition aux facteurs de risque de l'infection à *Clostridioides difficile* ». Ils ont demandé des études plus vastes pour identifier les prédicteurs d'une réponse durable chez les patients qui ont pris des antibiotiques et ceux qui n'en ont pas consommé.

L'infection à *Clostridioides difficile*, principale cause de diarrhée chez les patients hospitalisés, est l'une des infections les plus courantes associées à l'exposition au système de santé. La TMF, qui consiste à transférer des selles d'un donneur en bonne santé au côlon d'un patient infecté, est réservée aux patients qui ont eu plusieurs épisodes d'infection à *Clostridioides difficile* et qui n'ont pas réagi favorablement au traitement aux antibiotiques.

<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa1457/5911669>

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/09/news-scan-sep-28-2020>

## **Singapour**

### **Des téléphones intelligents pour faciliter le traitement des patients atteints de dengue**

Source : medicalxpress

Numéro d'identification : 1007930888

Selon une nouvelle étude, les appareils photo dans les téléphones intelligents ordinaires sont capables de déterminer avec précision la gravité de déshydratation chez les patients atteints de dengue, dans le but de déterminer les soins et la prise en charge nécessaires, en analysant la couleur des échantillons d'urine.

Lucy Lum, auteure de l'étude et professeure de pédiatrie à l'Université de Malaya, explique que le maintien d'un bon équilibre liquide est un problème majeur dans les cas de dengue. Il serait utile que les patients puissent simplement envoyer des photos de leurs échantillons d'urine pour obtenir un diagnostic. Chaque année, quelque 400 millions de personnes sont infectées par la dengue dans le monde, et une faible proportion d'entre elles développent des symptômes graves au quatrième ou au cinquième jour de la maladie. Les cas présumés de dengue sont suivis pour une évaluation quotidienne avec le passage d'urine de couleur foncée considérée comme un indicateur de déshydratation.

Dans l'étude, publiée ce mois-ci dans *PLOS Neglected Tropical Diseases*, des images d'échantillons d'urine de 97 patients âgés de 13 à 60 ans, prises avec un téléphone mobile standard, mais dans un stand sur mesure conçu pour éliminer la lumière ambiante et d'autres facteurs, ont été traitées à l'aide d'Adobe Photoshop pour indexer la couleur de l'urine dans les bandes de couleur rouge, vert et bleu (RVB). On a constaté que les valeurs RVB étaient corrélées avec les indices d'hydratation clinique et en laboratoire des patients.

Abdul Muhaimin Azhar, co-auteur de l'étude et professeur de médecine à l'Université de Malaya, explique que toute caméra téléphonique ordinaire fonctionnera. « La fonction essentielle (dans les téléphones intelligents) que nous avons utilisée dans notre étude est la capacité du capteur complémentaire à oxyde de métal semi-conducteur (en anglais, CMOS) à convertir des images couleur en composants numériques avec des valeurs RVB », a-t-il dit à SciDev.Net. « Les capteurs « CMOS » sont omniprésents dans les appareils photo numériques, comme ceux des téléphones intelligents. »

Comme outil d'intervention, un téléphone intelligent équipé d'une application téléchargeable peut être relié à des médecins pratiquant dans des centres de soins tertiaires, affirme l'étude. Un apport suffisant

de liquide, à domicile, pourrait réduire grandement le risque d'hospitalisation et minimiser l'impact économique de la dengue dans les pays aux prises avec une épidémie de dengue. Compte tenu de la disponibilité des téléphones intelligents même dans les zones rurales difficiles d'accès, une application de suivi d'hydratation peut être un outil précieux pour les patients et le personnel médical, expliquent les auteurs.

Leo Yee Sin, directeur général du National Center for Infectious Diseases de Singapour, a expliqué à SciDev.Net qu'il y a des obstacles au déploiement de l'outil. « Tout d'abord, les utilisateurs doivent avoir accès au stand sur mesure, ainsi qu'aux applications dans les téléphones mobiles. Puis, ils doivent pouvoir se connecter au système de santé, etc. »

Les auteurs reconnaissent également plusieurs limites à l'étude, y compris le fait que les répercussions de l'alimentation et des médicaments sur la couleur de l'urine n'ont pas été contrôlées.

« La prochaine étape consiste à calibrer les téléphones intelligents pour obtenir des valeurs RVB précises dans différentes conditions d'éclairage », explique M. Lum. « Notre vision est de faire en sorte que tout le monde sur Terre puisse utiliser des téléphones intelligents pour saisir des données biométriques comme la couleur de l'urine avec autant de précision que dans des tests en laboratoire. »

Renseignements supplémentaires : Natalie Chew et coll. *Assessing dehydration status in dengue patients using urine colourimetry and mobile phone technology*, PLOS Neglected Tropical Diseases (2020). DOI: 10.1371/journal.pntd.0008562

<https://journals.plos.org/plosntds/article?id=10.1371/journal.pntd.0008562>

Fourni par SciDev.Net

<https://medicalxpress.com/news/2020-09-smartphones-aid-treatment-dengue-patients.html>