

Section spéciale sur le coronavirus

Canada

Régions du Canada comptant des cas de COVID-19 en date du 31 août 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	128 948	5 604	9 126
Terre-Neuve-et-Labrador	269	1	3
Île-du-Prince-Édouard	44	3	0
Nouvelle-Écosse	1 085	7	65
Nouveau-Brunswick	191	4	2
Québec	62 492	1 379	5 760
Ontario	42 309	1 221	2 811
Manitoba	1 214	469	14
Saskatchewan	1 619	34	24
Alberta	13 902	1 370	239
Colombie-Britannique	5 790	1 116	208
Yukon	15	0	0
Territoires du Nord-Ouest	5	0	0
Nunavut	0	0	0
Voyageurs rapatriés	13	0	0

Le [résumé épidémiologique](#) détaillé peut être consulté à l'adresse suivante :

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

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

Canada

De nouvelles mesures pour assurer l'approvisionnement de futurs vaccins et de thérapies contre la COVID-19

Source : PM.gc.ca

ID : 1007744589

Le 31 août 2020
Montréal (Québec)

La capacité du Canada à vaincre la COVID-19 dépend de la mise au point, de la production et de la distribution d'un vaccin efficace et éprouvé. Le gouvernement du Canada travaille donc en étroite collaboration avec les chercheurs et les scientifiques pour mieux connaître le virus et protéger la santé des Canadiens.

Aujourd'hui, le premier ministre Justin Trudeau a annoncé la conclusion d'ententes de principe avec Johnson & Johnson et Novavax pour réserver des millions de doses de vaccins expérimentaux contre la COVID-19. Ces ententes s'ajoutent à celles déjà conclues avec Pfizer et Moderna et qui ont été faites suivant les recommandations du Groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19.

Grâce à la conclusion de ces nouvelles ententes, le Canada s'assure d'un accès à quatre des principaux candidats-vaccins. Le gouvernement continuera de négocier et de signer d'autres ententes de ce genre avec un certain nombre d'entreprises pharmaceutiques de premier plan en vue d'assurer l'approvisionnement de vaccins potentiels au Canada.

De plus, le premier ministre a annoncé du financement visant la mise sur pied d'un nouvel établissement de biofabrication au Centre de recherche en thérapeutique en santé humaine, à Montréal. Grâce à un partenariat public-privé, le nouvel édifice permettra au Conseil national de recherches du Canada (CNRC) d'augmenter la fabrication de vaccins jusqu'à deux millions de doses par mois d'ici l'année prochaine. Cela aidera à garantir la capacité de notre pays de produire suffisamment de doses de vaccins pour les Canadiens qui en ont besoin, tels les travailleurs de première ligne, les préposés en centres de soins de longue durée et les personnes susceptibles d'être gravement malades si elles contractent la COVID-19.

Le gouvernement du Canada continuera d'explorer et de poursuivre toute option prometteuse pour assurer l'approvisionnement de vaccins potentiels et mieux protéger la santé et la sécurité des Canadiens.

Citations

« Alors que nous continuons à travailler ensemble pour limiter les impacts de la pandémie de COVID-19 sur la santé des Canadiens, ainsi que ses répercussions sociales et économiques, nous devons également maximiser nos chances de vaincre le virus. Pour ce faire, nous devons investir dans le développement de plusieurs vaccins prometteurs et veiller à ce que nous puissions fabriquer et distribuer le vaccin au plus grand nombre de Canadiens, et ce, le plus rapidement possible. C'est ainsi que nous pourrions avancer sur une voie durable vers une reprise complète. »

– Le très honorable Justin Trudeau, premier ministre du Canada

« Notre gouvernement est déterminé à offrir des traitements et des vaccins sécuritaires et efficaces contre la COVID-19. Nous devons alors accroître la capacité du secteur canadien de la biofabrication. Le financement annoncé aujourd'hui pour ce nouvel établissement permettra au CNRC d'augmenter la production d'un vaccin potentiel jusqu'à deux millions de doses par mois. Il aidera aussi à la production de vaccins pour les essais cliniques et les populations prioritaires. »

– L'honorable Navdeep Bains, ministre de l'Innovation, des Sciences et du Développement économique

« Nous allons continuer de nous assurer que le gouvernement du Canada fait tout ce qu'il peut pour qu'un vaccin sûr et efficace contre la COVID-19 soit offert aux Canadiens. L'annonce d'aujourd'hui est une étape importante de nos efforts visant à protéger les Canadiens contre la COVID-19 le plus rapidement possible. »

– L'honorable Patty Hajdu, ministre de la Santé

« Alors que nous poursuivons notre travail pour acheter les fournitures et l'équipement nécessaires afin de lutter contre la pandémie de COVID-19, nous mettons tout autant d'efforts pour planifier l'avenir. Cela comprend le fait de garantir l'accès des Canadiens à d'éventuels vaccins. Nous adoptons une approche dynamique en vue d'acquérir les vaccins potentiels les plus prometteurs pour que les Canadiens y aient accès aussi rapidement que possible lorsqu'ils seront approuvés. »

– L'honorable Anita Anand, ministre des Services publics et de l'Approvisionnement

Faits saillants

- Le gouvernement du Canada investira 126 millions de dollars sur deux ans pour construire la nouvelle installation. Par la suite, le gouvernement fournira 20 millions de dollars par année pour couvrir les frais d'exploitation.
- Les installations du CNRC au Centre de recherche en thérapeutique en santé humaine regroupent une diversité de spécialistes, d'équipement et de compétences. Elles offrent à ceux qui mettent au

point des thérapeutiques un ensemble complet de services, de la découverte préclinique à la biofabrication, en passant par la caractérisation, la purification et la création de matériel pour le transfert de technologies.

- Le gouvernement du Canada a maintenant signé des ententes avec les entreprises suivantes pour l'obtention de vaccins :
 - Johnson & Johnson, qui fournira jusqu'à 38 millions de doses de son candidat-vaccin Ad26.COVS.2.
 - Novavax, qui fournira jusqu'à 76 millions de doses de son candidat-vaccin NVX-CoV2373.
 - Pfizer, qui fournira un minimum de 20 millions de doses de son candidat-vaccin à base d'ARNm, le BNT162. Le gouvernement négocie avec l'entreprise pour ajouter des options dans l'entente pour l'obtention de plus de doses.
 - Moderna, qui fournira jusqu'à 56 millions de doses de son candidat-vaccin mRNA-1273.
- À l'heure actuelle, aucun vaccin n'est autorisé pour prévenir la COVID-19. De nombreux vaccins font l'objet d'essais cliniques ou sont en cours de développement. Une fois que des études supplémentaires auront été réalisées, Santé Canada examinera les preuves d'innocuité, d'efficacité et de qualité de fabrication pour chaque vaccin afin de déterminer si les vaccins individuels seront approuvés au Canada, et ce, avant d'être utilisés pour vacciner les Canadiens.
- Au printemps 2020, le gouvernement du Canada a annoncé l'octroi d'une somme totale de 44 millions de dollars permettant au CNRC d'entreprendre la mise à niveau de ses installations au Centre de recherche en thérapeutique en santé humaine. Cet investissement assurera la conformité des installations aux bonnes pratiques de fabrication liées à l'élaboration, à la mise à l'essai et à l'augmentation et à la production de candidats-vaccins potentiels. Il permettra aussi la production préliminaire de 250 000 doses de vaccins par mois dès novembre 2020.
- Le 23 avril 2020, le gouvernement du Canada a annoncé un investissement de plus de 1 milliard de dollars grâce au Plan de mobilisation des sciences pour lutter contre la COVID-19. Ce financement servira notamment à l'élaboration d'un vaccin et de médicaments, ainsi que le suivi du virus. De ce montant, 600 millions de dollars permettront d'appuyer le travail du secteur privé dans l'élaboration d'un vaccin, la réalisation d'essais cliniques thérapeutiques, et la poursuite de possibilités de biofabrication au Canada.
- Le gouvernement du Canada veille aussi à obtenir l'équipement et les fournitures qui seront nécessaires pour les dernières phases de fabrication et d'emballage dans le cadre de la production de vaccins au Canada. De plus, il achète du matériel requis pour une immunisation sécuritaire et efficace, notamment des seringues, des aiguilles et des tampons d'alcool.

<https://pm.gc.ca/fr/nouvelles/communiqués/2020/08/31/de-nouvelles-mesures-assurer-lapprovisionnement-de-futurs-vaccins>

Canada

Déclaration de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada du 31 août 2020

Source : Centre des nouvelles du Canada – Agence de la santé publique du Canada

ID : 1007744642

Déclaration

Le 31 août 2020, Ottawa (Ontario) – Agence de la santé publique du Canada

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

« On a signalé 127 940 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 117 décès. Des personnes infectées, 89 % sont maintenant rétablies. Au cours de la dernière semaine, des laboratoires de partout au Canada ont analysé les tests de dépistage de près de 48 000 personnes en moyenne par jour, dont 0,7 % ont reçu un résultat positif. En moyenne, 435 nouveaux cas ont été signalés chaque jour au cours des sept derniers jours.

Aujourd'hui, c'est la Journée internationale de sensibilisation aux surdoses, un événement mondial qui vise à sensibiliser les gens à ce problème et à réduire la stigmatisation liée aux décès attribuables aux drogues. C'est également l'occasion de reconnaître le chagrin ressenti par les familles et les amis des personnes

décédées ou qui ont une blessure permanente à cause d'une surdose de drogues. La crise actuelle de surdoses d'opioïdes au Canada a causé le décès de plus de 15 000 personnes de tous les milieux depuis 2016, laissant trop de personnes de collectivités partout au pays dans le deuil d'êtres chers ayant chacun sa propre histoire.

Nous savons que la consommation de drogues lorsque la personne est seule constitue un important facteur de risque de surdose mortelle. Or, la plupart des décès par surdose au Canada surviennent quand les personnes sont seules chez elles. La stigmatisation y est pour beaucoup. Les attitudes négatives à l'égard des personnes qui consomment des drogues peuvent pousser ces dernières à cacher leur consommation et les empêcher de demander de l'aide. De plus, les mesures de santé publique visant à atténuer les répercussions de la COVID-19 peuvent accroître l'isolement et créer des obstacles supplémentaires qui empêchent les personnes d'obtenir le soutien dont elles ont besoin. Plus que jamais, nous devons faire preuve de compassion et de solidarité envers les personnes qui consomment des drogues.

Tous les Canadiens ont un rôle à jouer pour remédier à la crise des surdoses de drogues.

Sachez reconnaître les signes d'une surdose et quoi faire si vous en êtes témoin.

Renseignez-vous sur la naloxone afin de savoir pourquoi vous pouvez l'utiliser en toute sécurité si vous soupçonnez une surdose d'opioïdes et où obtenir une trousse gratuite.

Découvrez pourquoi la stigmatisation empêche les personnes d'obtenir de l'aide et ce que vous pouvez faire pour réduire la stigmatisation liée à la consommation de substances.

Si vous êtes un professionnel de la santé, renseignez-vous davantage sur les moyens de réduire la stigmatisation liée à la consommation de substances au sein du système de santé et sur les outils favorisant une communication humaniste, sécuritaire et non stigmatisante.

Prenez régulièrement des nouvelles de vos collègues, amis et proches qui vivent peut-être seuls ou qui travaillent à domicile et obtenez des conseils sur la façon de parler à un ami ou à un proche de sa consommation de drogues.

Vu la situation difficile et sans précédent que nous vivons, il est important de reconnaître que le trouble lié à la consommation de substances constitue un problème de santé et social, de faire preuve de compassion envers les personnes qui consomment des drogues et de leur offrir le soutien dont elles ont besoin. Nous devons continuer d'unir nos efforts pour prévenir les décès par surdose et réduire les effets néfastes de la consommation de substances, tout en travaillant sans relâche pour atténuer les répercussions de la COVID-19 sur la population canadienne. »

Personnes-ressources

Relations avec les médias

Agence de la santé publique du Canada

613-957-2983

hc.media.sc@canada.ca

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/08/declaration-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-le-31-aout-2020.html>

Canada

Trois nouvelles éclosions de coronavirus déclarées à Ottawa

Source : *Global News*

ID unique : 1007744706

En ce dernier jour du mois d'août, le dénombrement de cas de coronavirus à Ottawa continue de grimper et trois éclosions supplémentaires du virus ont été signalées dans des établissements locaux.

Lundi, Santé publique Ottawa (SPO) rapportait 21 nouveaux cas d'infection au nouveau coronavirus, portant le nombre total de cas actifs à Ottawa à 218. L'unité de santé publique locale signalait 156 cas actifs il y a une semaine.

Depuis le début de la pandémie, en mars, 2 967 cas d'infection au virus ont été rapportés à l'échelle locale. Aucun nouveau décès attribuable à la COVID-19 n'a été signalé lundi.

Selon le tableau de bord de SPO, 11 personnes atteintes de la maladie sont actuellement hospitalisées, l'une d'elles étant un homme dans la cinquantaine, qui se trouve à unité des soins intensifs.

La ville d'Ottawa est actuellement aux prises avec 14 éclosions du virus dans des foyers de soins, de garderies et des refuges locaux.

Lundi, SPO a fait état de nouvelles éclosions dans deux foyers de soins de longue durée, Madonna Care Community et West End Villa, ainsi qu'au Centre d'apprentissage Beacon.

Il s'agit de la troisième éclosion de coronavirus à l'établissement Madonna Care Community et de la deuxième à l'établissement West End Villa.

<https://globalnews.ca/news/7307737/ottawa-coronavirus-update-aug-31/>

Canada

Des cas confirmés de COVID-19 dans deux écoles contraignent 81 élèves de la ville de Québec à s'isoler

Source : CTVNews.ca — Top Stories — Public RSS

ID : 1007746105

Date de publication : 2020-08-31 19 h 45 UTC

Date de réception : 2020-08-31 23 h 18 UTC

Des cas confirmés de COVID-19 dans deux écoles contraignent 81 élèves de la ville de Québec à s'isoler
Jillian Kestler D'Amours

Publié le lundi 31 août 2020, 15 h 45 HAE

Un bureau renversé dans une école de Calgary durant la pandémie de COVID-19

PARTAGER

MONTRÉAL – Plus de 80 élèves de la ville de Québec sont en isolement après que trois cas d'infection à la COVID-19 ont été confirmés dans deux écoles secondaires, a indiqué l'agence de santé publique locale. Deux cas positifs ont été détectés à la Polyvalente de Charlesbourg, tandis qu'un autre a été confirmé à l'école Jean-de-Brébeuf, selon ce qu'a indiqué Mathieu Boivin, porte-parole de l'agence de santé publique, dans un courriel. Il a indiqué que 81 élèves des deux écoles avaient reçu la consigne de s'isoler pendant 14 jours à partir du 28 août.

M. Boivin a indiqué que les élèves infectés sont considérés comme des « cas d'origine communautaire », car les trois ont contracté la COVID-19 à l'extérieur de l'école. Il a ajouté que les infections n'étaient pas liées.

Des cas d'infection à la COVID-19 ont été détectés dans quelques écoles à l'échelle du Québec, à la suite du retour en classe dans la plupart des écoles francophones, la semaine dernière.

La ville de Québec a fait état de 140 nouveaux cas de COVID-19 et de deux décès supplémentaires attribuables au nouveau coronavirus, lundi, alors que c'était jour de rentrée dans la commission scolaire anglophone publique la plus importante de la province.

L'un des décès est survenu au cours des 24 dernières heures, tandis que l'autre est survenu entre le 24 et le 29 août, selon ce qu'ont indiqué les responsables de la santé.

Le premier ministre du Québec, François Legault, a exhorté les Québécois à faire preuve de vigilance à la suite de la hausse récente du nombre d'infections à la COVID-19. Il a indiqué que l'augmentation du nombre de cas quotidien n'était pas attribuable à une seule cause.

« Je ne veux surtout, surtout pas devoir fermer les écoles », a indiqué M. Legault aux journalistes à Montréal.

« Gardons cela en tête, nous le devons à nos enfants », a-t-il dit. « Nous voulons que nos enfants restent à l'école et pour qu'ils y restent, nous devons être prudents, nous devons être disciplinés et nous devons respecter toutes les consignes. »

Lundi matin, jour de rentrée pour ses élèves, la Commission scolaire English-Montréal a indiqué qu'elle respecterait à la lettre les lignes directrices établies par le gouvernement provincial pour lutter contre la COVID-19. Les élèves de la 4^e année et moins ne sont pas tenus de porter le masque, tandis que les plus vieux doivent en porter un dans les aires communes et dans les autobus scolaires.

Les élèves pourront tout de même prendre l'autobus pour se rendre à l'école, mais les lignes directrices en matière de santé et sécurité ne permettent que 44 élèves par autobus, plutôt que les 72 permis habituellement. La commission scolaire a également demandé aux parents de reconduire leurs enfants à l'école à pied ou en voiture s'ils le pouvaient.

Dans un bulletin d'information envoyé aux parents, la commission scolaire a indiqué qu'elle avait commandé de l'équipement médical comme des masques, du désinfectant pour les mains et du

désinfectant en « grande quantité » pour les élèves. La commission scolaire a indiqué qu'elle n'accepterait pas les dons d'équipement de protection personnelle afin de « maintenir le contrôle et la qualité. »

D'autres commissions scolaires anglophones, y compris Lester-B.-Pearson, Eastern Townships et Riverside, rouvriront elles aussi leurs écoles cette semaine.

Entretemps, une commission scolaire francophone a indiqué tard dimanche que deux autres enseignants d'une école secondaire au nord de Montréal avaient obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19.

Quatre enseignants à la Polyvalente Deux-Montagnes ont obtenu un résultat positif après la rentrée, la semaine dernière, selon ce qu'a indiqué la commission scolaire, le Centre de services scolaire de la Seigneurie-des-Mille-Iles, dans une déclaration.

Environ 20 autres membres du personnel qui ont été en contact avec ces cas ont été placés en isolement en guise de précaution. L'agence de la santé publique de la région des Laurentides a indiqué dans un courriel que 12 élèves de l'école recevront la consigne de s'isoler jusqu'au 10 septembre.

La commission scolaire a ajouté que la plupart des élèves de 3^e et 4^e secondaire de la Polyvalente Deux-Montagnes avaient été renvoyés à la maison la semaine dernière après que les enseignants ayant obtenu un résultat positif sont retournés à l'école, lundi.

Lundi, le ministre de la Santé du Québec, Christian Dubé, a également insisté auprès des Québécois pour qu'ils demeurent prudents s'ils voulaient prévenir les éclosions dans les écoles. Les infections récentes liées aux écoles sont survenues dans la communauté, a-t-il indiqué.

« Ce n'est pas l'école le problème », a dit M. Dubé.

Le Dr Richard Massé, de la Direction générale de la santé publique du Québec, a indiqué que son bureau commencerait à recevoir une mise à jour quotidienne sur la situation relative à la COVID-19 dans les écoles à compter de mardi. « Nous enquêtons sur chaque cas et sur chaque éclosion, et nous intervenons dans les 24 premières heures », a dit le Dr Massé.

Le Québec enregistre maintenant un total de 62 492 cas de COVID-19 et 5 760 décès depuis le début de la pandémie.

Le nombre d'hospitalisations, qui s'établit à 112 au total, a baissé de quatre au cours des 24 dernières heures. Parmi les patients hospitalisés, 18 se trouvent aux soins intensifs, soit deux de plus que la veille. Ce rapport de la *Presse canadienne* a été publié pour la première fois le 31 août 2020.

Articles connexes

<https://montreal.ctvnews.ca/81-quebec-city-students-in-isolation-after-covid-19-cases-confirmed-at-two-schools-1.5086503>

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1007746105>

Canada

Une éclosion de cas de COVID-19 est déclarée dans une maison de soins infirmiers

ID : 1007745453

Source : *CTV News*

Le 31 août 2020, 2 h 48 HAE

OTTAWA – Une maison de soins infirmiers de Winchester (Ontario) indique qu'une éclosion a été déclarée à sa résidence à la suite d'un résultat positif au test de dépistage.

Dans un billet publié sur Facebook, dimanche, le Dundas Manor a indiqué qu'un membre du personnel avait obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 dans le cadre d'un dépistage proactif mené plus tôt cette semaine.

« L'employé n'avait travaillé que quelques quarts récemment », pouvait-on lire dans le billet. « Le Bureau de santé de l'est de l'Ontario a déclaré une éclosion au Dundas Manor. »

Une éclosion est déclarée quand un membre du personnel ou un résident obtient un résultat positif au test de dépistage du nouveau coronavirus.

La direction de l'établissement a indiqué que tous les membres du personnel et les résidents étaient soumis à un test de dépistage.

« Le Dundas Manor prend toutes les précautions en matière de lutte contre les infections afin de garder ses résidents et ses employés en sécurité », indiquait le billet affiché dans Facebook. « Aucune visite à l'intérieur ou à l'extérieur n'est permise à l'heure actuelle. Nous continuerons de donner des mises à jour aux résidents, aux familles et à notre collectivité. »

Dans sa mise à jour la plus récente, le Bureau de santé de l'est de l'Ontario indique que deux éclosions sont en cours dans sa région. On dénombre 17 cas actifs d'infection à la COVID-19 dans la région couverte par le Bureau, sur un dénombrement total de 198 cas.

<https://ottawa.ctvnews.ca/covid-19-outbreak-declared-at-winchester-nursing-home-1.5086403>

Canada

Deux employés du restaurant Keg Steakhouse du marché By obtiennent un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 |

Source : *CTV News*

Date de publication : 2020-09-01 11 h 21 UTC

Reçu le 2020-09-01 11 h 26 UTC (+5 minutes)

ID unique : 1007749770

OTTAWA – Le restaurant The Keg Steakhouse and Bar dans le marché By est fermé pour des raisons sanitaires après que deux de ses employés ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19, selon ce que *CTV News* a appris.

Le restaurant devrait demeurer fermé au moins jusqu'à dimanche.

On ne connaît pas la dernière journée de travail sur les employés et on ignore s'ils étaient symptomatiques au travail. *CTV News* a communiqué avec la direction de The Keg pour obtenir ses commentaires.

Dans une déclaration, Andrew Hendricks, directeur de la Protection de la santé, a indiqué à *CTV News* que Santé publique Ottawa tente de joindre tous les contacts étroits des employés touchés.

« À l'heure actuelle, Santé publique Ottawa est au fait de deux cas confirmés de COVID-19 parmi les employés du restaurant The Keg, situé au 75, rue York. Dans le cadre de nos protocoles habituels, notre équipe collabore avec la direction du restaurant afin d'effectuer la recherche de contacts pour limiter la propagation du virus », a indiqué M. Hendricks. « On communique avec les contacts étroits des cas confirmés afin de déterminer si leur exposition posait un risque élevé de transmission de la COVID-19 et s'ils doivent subir un test de dépistage. »

Rien dans la déclaration faite par M. Hendricks ne laissait croire que le public était exposé à un risque.

« Santé publique Ottawa rappelle à tous les résidents qu'il est important d'être conscient des risques auxquels on s'expose quand on choisit de manger à un restaurant. »

Ils doivent entre autres faire ce qui suit :

Limiter le nombre de personnes par table

Limiter de préférence les membres du groupe à ceux qui font partie de votre ménage ou d'un cercle d'amis

Porter un masque quand on ne mange ou ne boit pas

Bien se laver les mains

S'abstenir de sortir en public si vous êtes malade

<https://ottawa.ctvnews.ca/two-employees-at-byward-market-keg-steakhouse-test-positive-for-covid-19-1.5083927>

Canada

L'ajout de 28 nouveaux cas d'infection à la COVID-19 au Manitoba force le rétablissement restrictions de voyage dans le nord de la province

Source : *CBC News*

ID : 1007745174

Il y a 10 minutes

Le Manitoba rétablira les restrictions de voyage dans le nord à compter de jeudi à la suite d'une augmentation du nombre de cas d'infections à la COVID-19 dans le sud de la province, dont 28 nouveaux cas annoncés lundi.

La région sanitaire du Nord ne compte aucun cas à l'heure actuelle. La Nation crie de Fox Lake a toutefois fermé sa réserve ornithologique le 22 août, après qu'une personne provenant de la région sanitaire de Prairie Mountain qui s'était rendue dans la municipalité voisine de Gillam, au Manitoba a obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19.

Le médecin-hygiéniste en chef de la province, le D^r Brent Roussin, a indiqué qu'il était en contact avec les dirigeants des Premières Nations, qui en avaient appelé à la restriction des voyages dans le nord. **Une restriction de voyage établie auparavant avait pris fin le 26 juin.**

« Étant donné que nous avons vu le nombre de cas augmenter dans bon nombre des régions du sud du Manitoba, nous avons tout simplement d'aller de l'avant avec cette restriction. Je crois que nous avons imposé la restriction très rapidement cette fois-ci et elle entrera en vigueur d'ici jeudi » a ajouté le D^r Roussin.

Les restrictions de voyage seront assorties d'un certain nombre d'exemptions, qui s'appliqueront aux personnes suivantes : les gens qui habitent dans le nord du Manitoba ou qui comptent s'y installer; les personnes qui se rendent directement dans des gîtes ou des terrains de camping, ce qui comprend celles qui se rendent directement à Churchill; les travailleurs du gouvernement ou de société d'État, ou ceux qui travaillent pour un gouvernement ou un organisme de services à l'enfance et à la famille; les fournisseurs de soins de santé; les personnes qui voyagent pour des raisons de santé; les personnes qui détiennent ou exploitent des entreprises et qui voyagent pour fournir des produits et des services, ou pour exploiter cette entreprise; et les voyages liés aux arrangements en matière de garde d'enfants.

« Nous savons que si ce virus entre dans une communauté éloignée et isolée, il risque réellement de se propager et de causer de graves problèmes, comme nous l'avons constaté par le passé. Ces restrictions sont en place afin de protéger ces communautés », a dit le D^r Roussin.

Le D^r Roussin a également demandé aux Manitobains de respecter toutes les restrictions que chacune des communautés des Premières Nations a mises en place.

Il s'agit d'une bonne nouvelle, selon ce que des responsables de Manitoba Keewatinowi Okimakanak (MKO), un organisme de défense des intérêts des Premières Nations, ont indiqué.

« Je tiens à féliciter le D^r Roussin pour sa collaboration étroite avec MKO et avec les Premières Nations du Nord afin de s'employer à protéger nos citoyens contre la COVID-19 », a dit le grand chef de MKO, Garrison Settee, dans un communiqué de presse publié lundi.

« Nous sommes chanceux que les mesures que nous avons prises demeurent efficaces à ce jour pour tenir le virus de la COVID-19 loin des Premières Nations du nord du Manitoba. »

<https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/covid-19-manitoba-1.5706231>

Canada

Les restrictions de voyage au Canada restent en vigueur pendant la longue fin de semaine de septembre

Source : www.canada.ca

ID : 1007745161

Communiqué de presse

À l'approche du jour férié du 7 septembre 2020 (Canada et États-Unis) et de la longue fin de semaine, l'Agence des services frontaliers du Canada (ASFC) rappelle à tous les voyageurs que les restrictions de voyage sont toujours en vigueur à tous les postes frontaliers internationaux du Canada.

Le gouvernement du Canada reste déterminé à protéger la santé et la sécurité des Canadiens en réduisant la propagation de la COVID-19 au Canada.

Tous les voyages de nature facultative ou discrétionnaire, y compris le tourisme, les loisirs et les divertissements, sont touchés par ces mesures à tous les points d'entrée et pour tous les modes de transport – terrestre, maritime, aérien et ferroviaire.

Les restrictions de voyage étant toujours en vigueur, les ressortissants étrangers, y compris les citoyens américains, ne seront pas autorisés à entrer au Canada pour l'un ou l'autre des exemples suivants de voyage discrétionnaire/facultatif :

- l'ouverture ou la vérification d'un chalet ou d'une maison saisonnière
- les excursions touristiques et la randonnée pédestre
- la navigation de plaisance à travers la frontière
- la pêche ou la chasse
- la visite d'amis ou de partenaires (autres que les époux ou conjoints de fait)
- la participation à une fête ou à une célébration

Les membres asymptotiques de la famille immédiate, les époux ou conjoints de fait de citoyens canadiens et de résidents permanents qui répondent à la définition de membre de la famille immédiate, et qui viennent au Canada pour un minimum de 15 jours, seront exemptés de l'interdiction d'entrer au Canada pour un motif discrétionnaire/facultatif. Pour en savoir plus sur les ressortissants étrangers qui sont des membres de la famille immédiate de citoyens canadiens et de résidents permanents.

À moins d'en être exemptés, les plaisanciers ne peuvent actuellement pas entrer dans les eaux canadiennes (mer territoriale et eaux intérieures) ou frontalières pour des raisons discrétionnaires ou facultatives. Ces raisons comprennent : les visites, les excursions touristiques et la pêche de loisir. Pour en savoir plus sur les plaisanciers étrangers.

Les ressortissants étrangers peuvent être autorisés à transiter par le Canada pour se rendre en Alaska pour une raison non discrétionnaire/non facultative, mais ils doivent suivre des règles plus strictes et remplir des conditions d'entrée supplémentaires. Pour en savoir plus sur les conditions de transit vers l'Alaska.

<https://www.canada.ca/fr/agence-services-frontaliers/nouvelles/2020/08/les-restrictions-de-voyage-au-canada-restent-en-vigueur-pendant-la-longue-fin-de-semaine-de-septembre.html>

Canada

Coronavirus : La santé publique rapporte une éclosion dans une garderie à Caledonia

Source : *Global News*

ID : 1007744846

Affiché le 31 août 2020 à 12 h 52

Les responsables de la santé publique ont déclaré une éclosion de COVID-19 au cours de la fin de semaine à la garderie Haldimand-Norfolk REACH à l'école secondaire McKinnon Park, à Caledonia.

Le service de santé indique que l'un des enfants a obtenu un résultat positif au test de dépistage du nouveau coronavirus et qu'il attend les résultats de test des personnes qui ont travaillé récemment à l'établissement ou qui l'ont fréquenté.

L'enfant infecté ne fréquente pas la garderie à l'heure actuelle. Des contacts étroits ont été identifiés et sont actuellement en isolement, selon le service de santé de Haldimand-Norfolk.

En vertu d'un plan de « gestion de la santé publique », on a demandé seulement aux personnes qui étaient présentes dans la classe touchée de rester à la maison. Les enfants des autres classes peuvent reprendre leurs activités à la garderie.

L'article se poursuit après la publicité

Haldimand-Norfolk fait état de quatre nouveaux cas d'infection à la COVID-19

Le service de santé de Haldimand-Norfolk a signalé quatre nouveaux cas d'infection à la COVID-19 lundi.

La région compte au total 479 cas positifs confirmés en laboratoire.

Les responsables indiquent que 423 de ces patients sont maintenant rétablis.

La région enregistre 32 décès attribuables à la COVID-19, dont 27 sont des résidents du Anson Place Care Centre, une maison de soins infirmiers située à Hagersville.

Il y a actuellement 24 cas actifs dans la région.

La région du Niagara fait état d'un nouveau cas d'infection à la COVID-19

La santé publique de Niagara a fait état d'un nouveau cas d'infection à la COVID-19 lundi. En date du 31 août, la région compte un total de 938 cas actifs.

Articles populaires

La région compte 21 cas actifs et deux éclosions, y compris une éclosion en établissement à la maison de retraite Garrison Place, à Fort Erie, déclarée jeudi.

Depuis le début de la pandémie, soixante-quatre personnes sont décédées de la COVID-19 à Niagara.

Le comté de Brant ne rapporte aucune nouvelle infection à la COVID-19

Le service de santé du comté de Brant ne signalait aucun nouveau cas d'infection à la COVID-19 lundi.

L'article se poursuit après la publicité

En date du 31 août, la région compte toujours 161 cas confirmés; le plus récent cas a été signalé dimanche.

Depuis le début de la pandémie, cinq décès ont été attribués au nouveau coronavirus.

Aucune éclosion n'a été signalée et le comté dénombre sept cas actifs d'infection à la COVID-19.

La ville de Hamilton compte 67 cas actifs d'infection à la COVID-19.

L'agence de santé publique de Hamilton indique que les personnes âgées de moins de 30 ans représentent 61 % des nouveaux cas recensés dans la ville au cours des 10 derniers jours.

Vendredi, l'agence indiquait que les résidents âgés de 10 à 19 ans représentaient 32 % des 31 cas signalés récemment.

La ville compte 67 cas actifs d'infection au virus et environ 52 % des nouveaux cas (16) recensés au cours des 10 derniers jours font toujours l'objet d'une enquête et aucune source de propagation n'a été confirmée à ce jour.

Depuis le début de la pandémie, la ville de Hamilton a enregistré 980 cas confirmés, dont 45 décès.

L'article se poursuit après la publicité

En date du 28 août, la ville ne rapporte aucune éclosion en établissement.

La région de Halton fait état de trois nouveaux cas d'infection à la COVID-19

Vendredi, l'agence de santé publique de Halton rapportait trois nouveaux cas d'infection à la COVID-19, dont deux à Milton et un autre à Oakville.

En date du 28 août, la région fait état de 29 cas actifs et d'un total de 971 cas depuis le début de la pandémie.

En date de vendredi, le bilan de la région lié à la COVID-19 s'élevait toujours à 25 décès et aucune éclosion en établissement n'était en cours.

<https://globalnews.ca/news/7307591/coronavirus-covid-19-outbreak-child-care-centre-caledonia/>

Canada

Des syndicats représentant 190 000 enseignants et membres du personnel en Ontario déposeront une plainte liée à la sécurité au travail à cause de la réouverture des écoles

Source : Le *National Post*

ID : 1007744792

Date de publication : 2020-08-31 18 h 5 UTC

TORONTO – Les quatre principaux syndicats d'enseignants de l'Ontario indiquent qu'ils déposeront des plaintes auprès du conseil du travail de la province, alléguant que le plan de réouverture des écoles du gouvernement enfreint ses propres lois en matière de sécurité au travail.

Les syndicats, qui représentent 190 enseignants et travailleurs du secteur de l'éducation, indiquent que le gouvernement de l'Ontario n'a pas apaisé leurs inquiétudes à la suite d'une réunion tenue la semaine dernière.

Ils avaient demandé au ministère du Travail d'émettre une série d'ordonnances visant le milieu de travail afin d'établir des normes de sécurité dans les écoles.

Parmi ces normes, notons les classes de taille réduite, l'établissement de cohortes maximales de 50 élèves et l'établissement de normes relatives au transport scolaire par autobus qui prennent des précautions pour se protéger contre la COVID-19.

Les syndicats indiquent aussi que le ministère devrait respecter les exigences en matière de ventilation déjà réputées être sécuritaires pour les tribunaux de la province.

Le gouvernement n'a pas répondu immédiatement à la demande de commentaires.

<https://nationalpost.com/news/canada/cp-newsalert-unions-to-file-labour-board-complaint-over-school-reopening-plan/wcm/dde7c6a1-b779-4fa1-9e8b-2a7f36bb9412/>

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

Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis

Recherche de contacts pour la COVID-19

Source : CDC

Mis à jour le 31 août 2020 Imprimer

Sommaire des pratiques propres à la COVID-19

- Les responsables de la santé publique à l'échelle locale et de l'état détermineront comment mettre en œuvre ces activités et comment conseiller à des personnes ou des groupes de personnes de subir un test de dépistage.
- La recherche de contact sera effectuée pour les contacts étroits (toute personne qui s'est trouvée à moins de six pieds d'une personne infectée pendant au moins 15 minutes) des patients dont l'infection à la COVID-19 a été confirmée en laboratoire ou est probable.
- Il faut privilégier les communications à distance pendant que l'on enquête sur les cas et que l'on effectue la recherche de contacts; on peut envisager la communication en personne seulement après avoir épuisé les options à distance.
- Il faut songer à faire subir un test de dépistage à tous les contacts étroits des patients atteints ou probablement atteints de la COVID-19.
- Les contacts qui obtiennent un résultat positif au test de dépistage (symptomatiques ou asymptomatiques) doivent être gérés comme un cas confirmé d'infection à la COVID-19.
- Les contacts asymptomatiques qui obtiennent un résultat négatif doivent se mettre en quarantaine pendant 14 jours à partir de leur dernière exposition (c.-à-d. un contact étroit avec un cas confirmé ou probable d'infection à la COVID-19).
- S'il est impossible d'effectuer un dépistage, les contacts étroits symptomatiques doivent s'isoler et être gérés comme des cas d'infection probables à la COVID-19.
- Les contacts étroits asymptomatiques qui ne subissent pas de test de dépistage doivent se mettre en quarantaine et seront surveillés pendant 14 jours après leur dernière exposition. Ceux qui présentent des symptômes seront dirigés vers des soins cliniques.

En ce qui concerne la COVID-19, un contact étroit se définit comme tout individu qui s'est trouvé à moins de six pieds d'une personne infectée pendant au moins 15 minutes, au cours des deux jours précédant l'apparition de la maladie (ou, pour les patients asymptomatiques, deux jours avant le prélèvement d'un spécimen positif) jusqu'au moment où le patient est isolé.

L'évaluation par la santé publique des contacts étroits de patients dont l'infection à la COVID-19 a été confirmée en laboratoire ou est probable peut varier selon le milieu où l'exposition a eu lieu. Les contacts dans des populations particulières ou dans des milieux communautaires requièrent de tenir compte d'éléments supplémentaires et ils peuvent être transférés à un enquêteur principal du département de la santé ou à une équipe spéciale. On trouve des directives supplémentaires sur la gestion de ces contacts dans la page [Enquêtes sur les éclosions](#) (en anglais).

Priorités en matière d'évaluation et de surveillance des contacts étroits

Dans les administrations qui ont une capacité de dépistage, les contacts étroits symptomatiques et asymptomatiques de patients dont l'infection à la COVID-19 a été confirmée ou est probable doivent être évalués et surveillés. Les régions où le soutien au dépistage est suffisant ou les ressources de santé publique sont limitées peuvent utiliser la hiérarchie de l'évaluation et de la surveillance ([case 4](#)) pour orienter l'établissement de leurs priorités. Cette hiérarchie repose sur l'hypothèse selon laquelle si les contacts étroits énumérés pour la priorité 1 *deviennent infectés*, ils sont susceptibles d'exposer de nombreuses personnes, des personnes exposées à un risque accru de contracter une maladie grave ou des travailleurs des infrastructures essentielles. Si les contacts étroits énumérés pour la

priorité 2 *deviennent infectés*, ils peuvent être exposés à un risque plus élevé de contracter une maladie grave. Il est donc important de les informer, de les surveiller et de les diriger vers les services médicaux et de soutien requis sans tarder.

Quand elles établissent l'ordre de priorité des contacts étroits à évaluer et à surveiller, les administrations doivent être guidées par les caractéristiques locales de la transmission de la maladie, par les données démographiques, ainsi que la capacité de la santé publique et du système de soins de santé. Dans certains états, le dépistage est obligatoire dans des situations précises. Les décisions prises à l'échelle locale dépendent des directives et des circonstances locales.

Case 4. Hiérarchie de l'évaluation et de la surveillance des contacts étroits

ÉVALUER/SURVEILLER LES CONTACTS ÉTROITS QUI SONT :

PRIORITÉ 1

- Patients hospitalisés
- Personnel de la santé
- Premiers répondants (p. ex., services médicaux d'urgence, application de la loi et pompiers)
- Personnes qui vivent dans des établissements de soins actifs, de soins infirmiers spécialisés, de santé mentale et de soins de longue durée, qui y travaillent ou qui les visitent
- Personnes qui vivent dans des établissements communautaires, qui y travaillent ou qui les visitent (p. ex., établissements correctionnels, refuges pour itinérants, établissements d'enseignement, rassemblements de masse et milieu de travail, y compris les usines de production)
- Membres d'un grand ménage qui habitent à proximité les uns des autres
- Personnes qui habitent dans un ménage qui compte une personne à risque élevé ou personnes qui fournissent des soins dans un ménage qui compte une personne à risque élevé (Remarque : Les membres du ménage qui ont probablement été en contact prolongé avec un patient atteint de la COVID-19 doivent constituer les contacts étroits qui posent le risque le plus élevé)

PRIORITÉ 2

- [Travailleurs des infrastructures essentielles*](#)
- Personnes âgées de 65 ans et plus
- Personnes à [risque plus élevé de maladie grave](#)
- Femmes enceintes

PRIORITÉ 3

- Personnes **qui manifestent** [des symptômes](#) et qui n'appartiennent à aucune des catégories susmentionnées

PRIORITÉ 4

- Personnes **qui ne manifestent pas** de symptômes et qui n'appartiennent à aucune des catégories susmentionnées

****Songer à faire passer au niveau de priorité 1 tout travailleur des infrastructures essentielles qui travaille en contact étroit avec d'autres travailleurs des infrastructures essentielles ou qui est en contact étroit avec un grand nombre de personnes (p. ex., transport, service d'alimentation).***

Remarque : On trouve les cases 1 à 3 à la section intitulée « [Investigating a COVID-19 Case](#) » de la directive.

Les préposés à la recherche des contacts utilisent des protocoles clairs afin d'informer, d'interroger et de conseiller les contacts étroits des patients dont l'infection à la COVID-19 a été confirmée ou est probable. Les administrations peuvent suivre les étapes et utiliser les considérations que voici en tant que cadres quand elles élaborent un protocole pour la recherche des contacts étroits.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/contact-tracing/contact-tracing-plan/contact-tracing.html>

Recommandations de voyage pour la COVID-19 par destination

Niveau 2 : Les risques liés à la COVID-19 sont modérés

Les CDC recommandent que les adultes plus âgés, les personnes de tout âge ayant [certains problèmes médicaux sous-jacents](#) et [d'autres personnes à risque accru de maladie grave](#) retardent tout voyage non essentiel vers les destinations suivantes :

- [Bermudes](#)
- [Curaçao](#)
- [Malaisie](#)
- [Commonwealth des Mariannes du Nord](#)

Niveau 1 : Les risques liés à la COVID-19 sont faibles

Les CDC recommandent que les adultes plus âgés, les personnes de tout âge ayant certains problèmes médicaux sous-jacents et d'autres personnes à risque accru de maladie grave parlent à leurs fournisseurs de soins de santé avant de se rendre aux destinations suivantes :

- [Fidji](#)
- [Nouvelle-Zélande](#)
- [Saint-Barthélemy](#)
- [Thaïlande](#)

Aucun conseil de santé aux voyageurs : Les risques liés à la COVID-19 sont très faibles

- Samoa américaines
- Anguilla
- Bonaire
- Brunei
- Îles Caïmans
- Dominique
- Îles Malouines
- Guernsey
- Groenland
- Grenade
- Île de Man
- Laos
- Macao SAR
- Îles Marshall
- Maurice
- Micronésie
- Montserrat
- Nouvelle-Calédonie
- Palaos
- Saba
- Saint-Kitts-et-Nevis
- Sainte-Lucie
- Saint-Pierre-et-Miquelon
- Saint-Eustache
- Taïwan
- Timor-Leste

Niveau 3 : Aucune donnée sur les risques liés à la COVID-19 n'est disponible; le risque est inconnu

Les CDC recommandent aux voyageurs d'éviter tout voyage non essentiel vers les destinations suivantes étant donné que ces pays n'ont pas déclaré de données sur la COVID-19 et que le risque est inconnu :

- [Îles Cook](#)
- [Kiribati](#)
- [Nauru](#)
- [Nioué](#)
- [Corée du Nord](#)
- [Samoa](#)

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

Outil de suivi sur la COVID-19 des CDC

Source : CDC

L'outil de suivi sur la COVID-19 des CDC a subi une cure de rajeunissement et a un nouvel emplacement, ce qui permet de trouver et d'utiliser les données plus facilement. Toutes les données précédentes y demeurent et seront mises à jour selon le même échéancier. Veuillez mettre à jour vos signets et liens.

En outre, à compter du 27 août, l'outil de suivi comprend des renseignements sur les établissements correctionnels, des données sur l'indice de vulnérabilité des NIH et des renseignements mis à jour sur le dépistage.

Tests en laboratoire menés aux États-Unis

84 119 890

NOMBRE DE TESTS DÉCLARÉS

CDC | Mis à jour : Le 31 août 2020 à 14 h 2

7 250 402

NOMBRE DE TESTS AYANT UN RÉSULTAT POSITIF

CDC | Mis à jour : Le 31 août 2020 à 14 h 2

9 %

POURCENTAGE GÉNÉRAL DE CAS POSITIFS

CDC | Mis à jour : Le 31 août 2020 à 14 h 2

La Food and Drug Administration des États-Unis

Mise à jour sur le coronavirus (COVID-19) : Résumé quotidien du 31 août 2020

Source : FDA

Pour diffusion immédiate :

Le 31 août 2020

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

La FDA a informé les gestionnaires des risques d'établissements de soins de santé, le personnel de l'approvisionnement et les fournisseurs de soins de santé que les blouses médicales vendues par Laws of Motion PPE, y compris les blouses chirurgicales, pourraient avoir des problèmes de qualité susceptibles de réduire la qualité du tissu de protection contre les fluides. Elles ne doivent pas être utilisées en tant qu'équipement de protection individuelle à l'heure actuelle. Dans la lettre envoyée aux fournisseurs de soins de santé, on indique comment signaler les problèmes avec les blouses fabriquées par Laws of Motion PPE, y compris les blouses chirurgicales.

La FDA a élargi la portée de l'autorisation d'utilisation d'urgence (A UU) existante pour le médicament Veklury (remdésivir) afin d'inclure le traitement de tous les patients adultes et pédiatriques hospitalisés dont l'infection à la COVID-19 a été confirmée en laboratoire ou est soupçonnée, peu importe la gravité de leur maladie.

Mises à jour sur les tests de dépistage

À ce jour, la FDA a autorisé 230 tests en vertu d'A UU; cela comprend 186 tests moléculaires, 40 tests de détection des anticorps et quatre tests d'antigènes.

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

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-daily-roundup-august-31-2020>

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

États-Unis

Les essais cliniques de phase 3 du candidat vaccin contre la COVID-19 mis au point par AstraZeneca commencent aux États-Unis

Source : National Institute of Allergy and Infectious Disease

Le 31 août 2020

Si vous êtes une personne âgée de 18 ans et plus et que vous voulez participer à cet essai, visitez le coronaviruspreventionnetwork.org (lien externe) ou le [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov) (lien externe) et recherchez l'identificateur [NCT04516746](https://clinicaltrials.gov/ct2/show/study/NCT04516746) (lien externe) pour en savoir plus. N'appellez pas au numéro de téléphone et n'utilisez pas le courriel réservé aux demandes des médias du NIAID pour vous inscrire à cet essai.

Un essai clinique de phase 3 mené à plusieurs sites afin d'évaluer un vaccin expérimental contre la COVID-19, connu sous le nom de AZD1222, a été lancé. Environ 30 000 adultes volontaires participeront à cet essai mené à 80 sites aux États-Unis afin de déterminer si le candidat vaccin peut prévenir la maladie à coronavirus de 2019 symptomatique (COVID-19). L'entreprise biopharmaceutique d'envergure mondiale AstraZeneca, établie au Royaume-Uni, dirige l'essai en tant que promoteur réglementaire de l'essai. Le National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), qui fait partie des National Institutes of Health, et la Biomedical Advanced Research and Development Authority (BARDA), qui fait partie du bureau du secrétaire adjoint pour la préparation et pour l'intervention du département de la Santé et des Services sociaux (HHS), fournissent un financement à l'appui de l'essai.

« Il sera crucial d'avoir des vaccins sûrs et efficaces afin de répondre au besoin d'avoir une protection étendue contre la COVID-19 à l'échelle mondiale » a indiqué le Dr Anthony Fauci, M. D., directeur du NIAID. « Les résultats positifs obtenus à la suite de recherches précliniques menées par des scientifiques des NIH appuyaient la mise au point rapide de ce candidat vaccin, qui s'est avéré prometteur lors des premières phases d'essais cliniques. »

L'essai de phase 3 est mis en œuvre dans le cadre de l'opération Warp Speed [\(lien externe\)](#), un effort de collaboration entre plusieurs organismes sous la direction du département HHS, qui vise à accélérer la mise au point, la fabrication et la distribution de contre-mesures médicales pour la COVID-19. Le partenariat public-privé Accelerating COVID-19 Therapeutic Interventions and Vaccines (ACTIV) [\(lien externe\)](#) a également guidé l'élaboration du protocole d'essai en vue de garantir une approche coordonnée à l'échelle des multiples essais menés en vue de déterminer l'efficacité du vaccin. Les experts des NIH ont insisté sur l'importance d'avoir un processus harmonisé afin de générer des données pour de multiples vaccins expérimentaux en même temps que l'on détermine l'efficacité relative de chacun.

« Les NIH sont résolus à soutenir plusieurs essais de phase 3 pour le vaccin afin d'accroître la probabilité qu'un ou plusieurs d'entre eux permettront efficacement de prévenir la COVID-19 et nous mettront sur la voie de la reprise à la suite de cette pandémie dévastatrice, a indiqué le directeur des NIH, Francis S. Collins M. D., Ph. D. Nous savons aussi que de multiples vaccins pourraient être nécessaires afin de prévenir la maladie, et c'est pourquoi nous explorons ceux qui ont le potentiel de réussite le plus élevé, selon nous. »

Le vaccin AZD1222 a été mis au point par l'Institut Jenner de l'Université d'Oxford et l'Oxford Vaccine Group. La licence pour le vaccin a été octroyée à AstraZeneca afin que celle-ci poursuive la mise au point. Le vaccin recourt à un adénovirus non répliquatif que l'on trouve chez le chimpanzé afin de livrer une protéine de spicule du SRAS-CoV-2 pour provoquer une réponse immunitaire. Le virus SRAS-CoV-2 est celui qui cause la COVID-19.

Des scientifiques des Laboratoires de Rocky Mountain Laboratories (RML) du NIAID, situés à Hamilton (Montana), ont réalisé une étude préclinique sur le vaccin AZD1222. Selon leurs conclusions, publiées récemment dans la revue *Nature* [\(lien externe\)](#), le candidat vaccin a rapidement provoqué une réponse immunitaire contre le SRAS-CoV-2 chez des souris et des macaques rhésus. Une seule dose du vaccin a protégé six macaques rhésus contre la pneumonie causée par le virus. À la lumière des données générées par les RML, un essai clinique de phase 1 du candidat vaccin a été lancé le 23 avril chez des volontaires en santé au Royaume-Uni (R.-U.). Des chercheurs ont récemment présenté des résultats prometteurs [\(lien externe\)](#) dans la revue *The Lancet* [\(lien externe\)](#). À l'heure actuelle, le candidat vaccin est évalué dans le cadre d'essais de phases 2 et 3 au R.-U. Et au Brésil, dans le cadre d'un essai de phases 1 et 2 en Afrique du Sud.

Le Réseau de prévention de la COVID-19 (CoVPN) du NIAID [\(lien externe\)](#) participera à l'essai clinique de phase 3 du vaccin AZD1222 aux États-Unis. Le CoVPN est formé de réseaux de recherches cliniques spécialisés en maladies infectieuses et soutenus par le NIAID. Il est conçu pour évaluer avec efficacité et rigueur les candidats vaccins et les anticorps monoclonaux pour la prévention de la COVID-19.

La D^{re} Ann R. Falsey, M.D., professeure de médecine à l'École de médecine de l'Université de Rochester à New York, et la D^{re} Magdalena E. Sobieszczyk, M.D., professeure agrégée de médecine au Centre médical de l'Université Columbia, à New York, seront les chercheuses coordonnatrices de l'essai.

Les volontaires âgés de 18 ans sont admissibles. Ils doivent donner leur consentement éclairé pour participer à l'essai. On répartira aléatoirement les participants dans le groupe qui recevra le vaccin expérimental ou dans le groupe témoin. Ni les chercheurs ni les participants ne sauront qui est attribué à quel groupe. À la suite d'un premier contrôle, les participants recevront deux injections du vaccin expérimental ou d'un placebo contenant une solution saline à environ quatre semaines d'intervalle. Une

personne recevra une injection de placebo pour chaque deux personnes qui recevront le vaccin AZD1222, ce qui signifie qu'environ 20 000 personnes recevront le vaccin expérimental et 10 000 recevront un placebo.

L'essai est principalement conçu pour déterminer si le vaccin AZD1222 peut prévenir la COVID-19 symptomatique après deux doses. L'essai déterminera également si le candidat vaccin peut prévenir l'infection au SRAS-CoV-2, peu importe les symptômes, et s'il peut prévenir la forme grave de la COVID-19. Il déterminera aussi si le vaccin expérimental peut réduire l'incidence des visites à l'urgence à cause de la COVID-19.

Les participants seront surveillés de près, particulièrement après les injections, afin de vérifier l'innocuité du vaccin et la réactogénicité (c'est-à-dire les symptômes, habituellement bénins et isolés, qui peuvent survenir après la vaccination). Les chercheurs évalueront les participants après chaque vaccination et leur demanderont de signaler également tout symptôme qu'ils pourraient avoir une fois de retour à la maison. Un comité de surveillance des données et de la sécurité exercera une surveillance afin de garantir que l'étude est menée en toute sécurité et de façon éthique.

Les participants seront suivis pendant deux ans à la suite de leur deuxième vaccination. On leur demandera de fournir des prélèvements sanguins et nasopharyngés à leur première visite. Ils devront par la suite fournir des prélèvements sanguins périodiquement pendant la durée de l'essai. Les scientifiques examineront les prélèvements sanguins en laboratoire afin de mesurer et de définir les réponses immunitaires. La gravité de la maladie observée sera mesurée et servira à déterminer l'activité du vaccin expérimental.

Les participants que l'on soupçonne d'avoir contracté la COVID-19 devront se soumettre à un écouvillonnage nasal et nasopharyngé aux fins de dépistage. Les participants qui obtiennent un résultat positif à l'infection à la COVID-19 seront suivis de près et confiés aux soins d'un professionnel de la santé si leurs symptômes s'aggravent.

Les adultes qui souhaitent participer à cette étude peuvent visiter le coronaviruspreventionnetwork.org (lien externe) ou le ClinicalTrials.gov (lien externe) et rechercher l'identificateur NCT04516746 (lien externe).

Le NIAID mène et soutient des chercheurs, aux NIH, partout aux États-Unis, et à l'échelle mondiale, afin d'étudier les causes de maladies infectieuses et d'origine immunologique, et pour trouver de meilleures façons de prévenir, de diagnostiquer et de traiter ces maladies. On trouve dans le site Web du NIAID des communiqués de presse, des fiches d'information et d'autres documents sur les activités de l'institut.

À propos du Réseau de prévention de la COVID-19 Le Réseau de prévention de la COVID-19 (CoVPN) a été créé par le National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID) des National Institutes of Health des États-Unis afin de lutter contre la pandémie qui sévit à l'échelle mondiale. Par l'intermédiaire du CoVPN, le NIAID tire parti de l'expertise en maladies infectieuses de ses réseaux de recherche existants et de ses partenaires mondiaux afin de répondre au besoin urgent en vaccins et en anticorps contre le SRAS-CoV-2. Le CoVPN s'emploiera à élaborer et à mener des études afin de garantir une évaluation rapide et rigoureuse des vaccins et des anticorps pour la prévention de la COVID-19. Le CoVPN a son siège au Fred Hutchinson Cancer Research Center (lien externe). Pour en savoir plus sur le CoVPN, visiter le : coronaviruspreventionnetwork.org (lien externe).

À propos des National Institutes of Health (NIH) : Les NIH, l'organisme national de recherche médicale, comprend 27 instituts et centres et fait partie du département américain de la Santé et des Services sociaux. Les NIH sont le principal organisme fédéral qui mène et soutient la recherche médicale fondamentale, clinique et translationnelle et qui étudie les causes, les traitements et les remèdes pour les maladies communes et rares. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les NIH et leurs programmes, consultez le site à l'adresse suivante www.nih.gov.

À propos du HHS, de l'ASPR et de la BARDA : Le département de la Santé et des Services sociaux (HHS) s'emploie à améliorer et à protéger la santé et le bien-être de tous les Américains, en offrant des services de santé et des services sociaux efficaces, et en encourageant les avancées dans les domaines de la médecine, de la santé publique et des services sociaux. L'ASPR a la mission de sauver des vies et de protéger les Américains contre les menaces à la sécurité de la santé du XXI^e siècle. Avec l'ASPR, la BARDA investit dans l'innovation, dans la recherche de pointe, ainsi que dans la mise au point, l'acquisition et la fabrication de contre-mesures médicales (vaccins, médicaments, produits thérapeutiques, outils de diagnostic et produits non pharmaceutiques) nécessaires à la lutte contre les menaces à la sécurité de la santé. À ce jour, les produits appuyés par la BARDA ont obtenu 55 approbations, licences ou autorisations

de la FDA. Pour en savoir plus sur le soutien fédéral fourni pour l'intervention face à la COVID-19 à l'échelle du pays, visitez le site à l'adresse suivante : www.coronavirus.gov (lien externe).

Coordonnées

Veillez communiquer avec la personne suivante pour planifier une entrevue

Jennifer Routh

301-402-1663

NIAIDNews@niaid.nih.gov (le lien permet d'envoyer un courriel)

<https://www.niaid.nih.gov/news-events/phase-3-clinical-testing-us-astrazeneca-covid-19-vaccine-candidate-begins>

ÉTATS-UNIS

Avertissement – Cas de COVID-19 dans les Îles Vierges britanniques

Source : Avis aux voyageurs des CDC

ID : 1007746337

Cas de COVID-19 dans les Îles Vierges britanniques

Avertissement – Niveau 3 : Évitez tout déplacement non essentiel

Alerte – Niveau 2 : Prenez des mesures de précaution renforcées

Veille – Niveau 1 : Prenez les mesures de précaution habituelles

Avertissement – Niveau 3 : Le risque de contracter la COVID-19 dans les îles Vierges britanniques est élevé et le nombre de nouveaux cas est en hausse

Principaux points

Les CDC recommandent aux voyageurs d'éviter tout voyage international non essentiel dans les îles Vierges britanniques. Les voyageurs s'exposent à un risque accru de manifester des symptômes graves de la COVID-19 doivent envisager de reporter tous leurs déplacements, y compris leurs déplacements essentiels, dans les îles Vierges britanniques.

Le risque de contracter la COVID-19 dans les îles Vierges britanniques est élevé.

Le nombre de nouveaux cas d'infections à la COVID-19 dans les Îles Vierges britanniques est en hausse depuis les 14 derniers jours.

Si vous tombez malade pendant que vous vous trouvez dans les îles Vierges britanniques et que vous devez consulter un médecin, les ressources seront peut-être limitées.

Consulter le Bureau des affaires étrangères ou le ministère de la Santé des îles Vierges britanniques, ou la page des renseignements sur le pays du Bureau des affaires consulaires du département d'État américain pour en savoir plus sur les exigences et restrictions relatives à l'entrée, comme le dépistage obligatoire ou la quarantaine.

En vertu des politiques locales en vigueur à votre destination, vous devrez peut-être devoir subir un test de dépistage de la COVID-19 au préalable afin d'entrer au pays. Si vous obtenez un résultat positif au test de dépistage à votre arrivée, vous pourriez être tenu de vous isoler pendant un certain temps. Vous pourriez même être incapable de rentrer aux États-Unis à la date prévue. Songez à subir un test de dépistage avant votre départ. Si vous décidez de subir un test de dépistage, consultez la page Web intitulée « Testing for COVID-19 » pour en savoir plus.

Quelle est la situation actuelle?

Le risque de contracter la COVID-19 dans les îles Vierges britanniques est élevé. Le nombre de nouveaux cas d'infections à la COVID-19 dans les Îles Vierges britanniques est en hausse depuis les 14 derniers jours. Les CDC recommandent aux voyageurs d'éviter tout voyage international non essentiel dans les îles Vierges britanniques. Par voyage essentiel, on entend notamment ceux effectués à des fins humanitaires, médicales ou d'urgence familiale. Les adultes plus âgés, les personnes de tous âges qui ont des problèmes de santé sous-jacents et toute autre personne qui s'expose à un risque élevé d'être gravement malade doivent songer à retarder tous leurs déplacements, y compris leurs déplacements essentiels, à destination des îles Vierges britanniques.

Si vous tombez malade pendant que vous vous trouvez dans les îles Vierges britanniques et que vous devez consulter un médecin, les ressources seront peut-être limitées. Planifiez et apprenez en plus sur la façon de recevoir des soins de santé à l'étranger.

Si vous contractez la COVID-19 (ou que vous obtenez un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19, même si vous ne manifestez pas de symptômes) pendant que vous êtes à l'étranger, il est

possible que vous soyez isolés ou que vous n'ayez pas la permission de retourner aux États-Unis avant de d'être entièrement guéri. Si vous êtes exposé à une personne infectée à la COVID-19 pendant un séjour à l'étranger, vous pourriez être mis en quarantaine ou être incapable de rentrer aux États-Unis jusqu'à 14 jours après votre dernière exposition.

Que peuvent faire les voyageurs pour se protéger et pour protéger les autres?

<https://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/warning/coronavirus-british-virgin-islands>

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Prévenir et gérer la COVID-19 dans les services de soins de longue durée : Annexe Web

Source : OMS

| COVID-19 : Services de santé essentiels

Prévenir et gérer la COVID-19 dans les services de soins de longue durée : Annexe Web

Télécharger (128,3 kb)

Prévenir et gérer la COVID-19 dans les services de soins de longue durée

L'OMS a publié une annexe Web pour prévenir et gérer la COVID-19 dans les services de soins de longue durée. Cette publication fait partie de l'énoncé de politique de l'OMS intitulé Prévenir et gérer la COVID-19 dans les services de soins de longue durée. Il présente un ensemble complet de mesures que les responsables des politiques, décideurs aux échelles nationale et locale et d'autres acteurs peuvent explorer. Ces objectifs et mesures clés ne sont pas tout à fait identiques aux objectifs stratégiques indiqués dans l'énoncé de politique, mais ils y sont liés. L'établissement de leur ordre de priorité dépendra du contexte et de la situation à l'échelle locale.

https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Policy_Brief-Long-term_Care-web-annex-2020.1

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

Déclaration conjointe : Pour un consensus sur une scolarisation en toute sécurité dans la Région européenne de l'OMS pendant la pandémie de COVID-19

13

Faisant suite à une réunion de haut niveau sur la scolarité durant la pandémie de COVID-19, organisée avec les représentants des États membres par l'OMS/Europe et le ministère italien de la Santé

Déclaration conjointe par le docteur Hans Henri P. Kluge, directeur régional de l'OMS pour l'Europe et Roberto Speranza, ministre italien de la Santé

31 août 2020

Nos communautés restent aux prises avec de nombreuses incertitudes nées de la nouvelle réalité instaurée par la COVID-19. Après la phase initiale de la pandémie, nous avons pu assouplir les mesures de confinement et mieux comprendre comment nous pouvions rester en sécurité.

Avec prudence, nous rouvrons nos sociétés et, ce faisant, nous devons étudier comment ramener nos enfants à l'école en toute sécurité.

La COVID-19 a entraîné le plus grand bouleversement de l'histoire au sein des systèmes éducatifs, qui a affecté près de 1,6 milliard d'élèves dans plus de 190 pays – et notre Région ne fait pas exception. La plupart des pays de la Région ont fermé les écoles pour aider à contenir le virus. Cela était indispensable, mais nous devons maintenant, à l'heure où nous transitons vers une réouverture, déterminer comment ouvrir les écoles de la Région en toute sécurité.

La fermeture des écoles peut avoir un impact significatif sur la santé et le bien-être des enfants

Quoique les enfants puissent contracter et transmettre la COVID-19, ils ont été largement épargnés par les effets directs du virus sur la santé, puisque la plupart des cas infantiles de COVID-19 ont été bénins ou asymptomatiques. En dépit de cela, les enfants continuent à subir les répercussions des fermetures d'écoles, négatives tant sur le plan de leur scolarisation que de leur santé, y compris pour ce qui est de leur santé mentale, de leur développement social et du risque de se trouver dans un environnement familial violent et d'en supporter les conséquences.

Fermetures d'école : le fardeau le plus lourd est supporté par les personnes vulnérables et défavorisées

Les incidences néfastes de la pandémie n'ont pas été équitablement réparties. Les enfants vivant en situation de vulnérabilité continuent à supporter une part disproportionnée de l'impact de la COVID-19, à cause des effets à long terme sur leur santé et des problèmes liés à l'apprentissage à distance, qui sont

dus à la pauvreté numérique et à la difficulté, pour les parents, d'apporter une aide dans le processus d'apprentissage.

De même, les enfants déjà malades ou vivant avec un handicap ont rencontré plus d'entraves à l'accès à un soutien éducatif.

La lutte contre ces disparités doit être un élément essentiel des efforts consentis pour la réouverture des écoles en toute sécurité.

Aujourd'hui, nous nous sommes réunis pour trouver la marche à suivre

Nous sommes conscients du fait que beaucoup, parmi les parents, les éducateurs et les enfants eux-mêmes, sont, à plus d'un titre, préoccupés et anxieux concernant la fréquentation de l'école en ce moment. Aussi nous sommes-nous réunis aujourd'hui avec des représentants des États membres en vue d'élaborer un cadre garantissant la sécurité et le bien-être des enfants, de leur famille et de leur communauté. Nous tenons à réaffirmer que nos discussions sont guidées par l'intérêt supérieur des enfants et par des considérations générales de santé publique, étayées par des informations intersectorielles et spécifiques au contexte actuel.

Mesures à envisager

Nous sommes convenus qu'un large éventail de mesures peuvent être envisagées pour limiter les risques dans les établissements scolaires, et proposons les considérations suivantes :

- Les mesures de protection concernant l'hygiène des mains, la distanciation physique, l'usage des masques lorsque cela est indiqué et le confinement à domicile en cas de maladie sont la pierre angulaire d'une scolarisation en toute sécurité dans le cadre de la réalité instaurée par la COVID-19.
- Des stratégies spécifiques devront être mises en place pour les enfants à risque ayant des besoins particuliers en matière d'apprentissage ou des problèmes de santé, ainsi que pour les éducateurs souffrant de problèmes de santé qui les rendent vulnérables à une infection plus grave.
- Il est réaliste de préparer et de planifier un apprentissage en ligne afin de compléter l'enseignement à l'école durant l'année scolaire à venir. Cela sera nécessaire pendant les fermetures temporaires, peut être une solution de rechange pour les enfants et les enseignants ayant des problèmes de santé, pourrait s'avérer nécessaire pendant une quarantaine épisodique et pourrait servir de complément à l'enseignement en établissement scolaire dans des circonstances où les enfants se relayent à l'école pour respecter les besoins de la distanciation physique au sein de classes plus petites.
- Le lien important entre les secteurs de la santé et de l'éducation continuera à se renforcer au fur et à mesure que nous évoluerons dans la nouvelle réalité post-COVID-19. Nous sommes déterminés à travailler à l'échelle intersectorielle pour répondre aux besoins des enfants.

Notre engagement

En plaçant la question de la scolarisation pendant la pandémie de COVID-19 parmi nos priorités, nous montrons en fait que nous voulons garantir que les enfants et les adolescents ne soient pas laissés de côté pendant que le monde continue à se battre contre cette pandémie. Nous nous engageons :

- à constituer une coalition avec nos États membres pour nous guider dans nos interventions et avancer ensemble afin d'appliquer les meilleures mesures possibles pour assurer à tous, y compris à nos enfants, un apprentissage en toute sécurité;
- à nous entendre sur un ensemble unifié de données pour en apprendre plus concernant l'impact de la COVID-19 sur les enfants, leur famille et leur communauté afin de mieux orienter les politiques futures;
- à préserver l'équité en tant que principe directeur fondamental pour veiller à ce que les populations mal desservies ne soient pas encore plus désavantagées.

En outre, nous apprécions sincèrement les efforts inlassables des enseignants et des parents qui ont protégé l'enfance et, malgré les obstacles, ont préservé l'accès des enfants à l'éducation, ainsi que de nos agents de santé qui continuent à assurer la sécurité de nos communautés.

Après cette réunion, notre objectif est de proposer à nos concitoyens un cadre réalisable et réaliste pour la gestion de la réouverture des écoles.

Nous ne pouvons pas permettre que les enfants deviennent les victimes invisibles de cette pandémie en les privant des opportunités qu'ils méritent au plus haut degré.

Merci

<https://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/statements/2020/joint-statement-towards-a-consensus-on-safe-schooling-in-the-who-european-region-during-the-covid-19-pandemic>

ÉTATS-UNIS

Le nouveau conseiller en gestion de la pandémie du président Trump vend une stratégie controversée d'« immunité collective » et inquiète les responsables de la santé publique

ID : 1007746008

Source : washingtonpost.com

31 août 2020 à 3 h 56 HAE

L'un des principaux conseillers médicaux du président Trump exhorte la Maison-Blanche à adopter une stratégie controversée d'« immunité collective » afin de lutter contre la pandémie. Selon cette stratégie, on laisserait au coronavirus le champ libre afin qu'il se propage dans la majeure partie de la population de manière à se bâtir rapidement une résistance face à celui-ci, tout en prenant des mesures pour protéger les résidents de maisons de soins infirmiers et d'autres populations vulnérables, d'après ce que rapportent cinq personnes bien au fait des discussions.

L'administration a déjà commencé à mettre en œuvre certaines politiques qui vont dans ce sens, selon les dires de responsables actuels et anciens, ainsi que des experts, particulièrement en ce qui concerne le dépistage.

Le principal promoteur de cette approche est Scott Atlas, neuroradiologiste de l'Institution conservatrice Hoover de l'Université de Stanford, qui s'est joint à la Maison-Blanche. Selon ces responsables, le D^r Atlas a plaidé en faveur de l'adoption, par les États-Unis du modèle auquel la Suède a recouru afin d'intervenir à la suite de l'éclosion du virus. Ce modèle prévoit la levée des restrictions afin de permettre aux membres de la population qui sont en santé de constituer une immunité face à la catastrophe plutôt que de limiter les échanges sociaux et commerciaux pour empêcher le virus de se propager.

Des responsables de la santé publique et des experts en maladies infectieuses ont vertement critiqué la Suède pour sa gestion téméraire de la pandémie. En effet, le pays compte les taux d'infections et de décès les plus élevés au monde. En outre, ce modèle ne l'a pas épargnée des problèmes économiques issus de la pandémie.

L'approche de la Suède s'est toutefois attiré l'appui de certains conservateurs, qui soutiennent que les restrictions en matière de distanciation physique détruisent l'économie et empiètent sur les libertés des gens.

Comment peut-on bâtir une immunité contre le coronavirus? De nouvelles recherches montrent comment les anticorps peuvent bloquer l'infection.

Le fait que cette approche fasse même l'objet de discussions dans la Maison-Blanche inquiète les experts de l'intérieur et de l'extérieur du gouvernement, qui indiquent que l'adoption d'une stratégie d'immunité collective pourrait coûter des centaines de mille, voire des millions de vies humaines au pays.

« Quand vient le temps de présenter cet argument, l'administration est confrontée à des obstacles très importants. L'un d'eux est le fait que des gens vont mourir, même si nous protégeons les résidents des maisons de soins infirmiers », a indiqué Paul Romer, professeur à l'Université de New York, qui a reçu le prix Nobel d'économie en 2018. « Comme nous l'avons constaté à maintes et maintes reprises, une fois qu'il se trouve dans la communauté, il finit par se propager partout. »

Le D^r Atlas, qui n'est spécialisé ni en maladies infectieuses ni en épidémiologie, exerce une influence grandissante à la Maison-Blanche, en plaidant en faveur de politiques qui rejoignent le désir du président Trump de faire fi de la pandémie et de relancer l'économie. Cette situation laisse dans le désarroi les responsables de santé membres du groupe de travail sur le coronavirus de la Maison-Blanche et à l'échelle de l'administration, qui s'inquiètent que leurs conseils soient de moins en moins suivis.

Le D^r Atlas a refusé notre demande d'entrevue. Il a fait la déclaration suivante, après la publication de cet article, par l'intermédiaire de la Maison-Blanche : « Le président ou l'administration n'ont aucune politique pour atteindre l'immunité collective. Je n'ai jamais recommandé une telle politique au président et à aucune autre personne. »

Lors d'un événement organisé lundi en Floride avec le gouverneur Ron DeSantis (R), le D^r Atlas a indiqué à tort que le Washington Post n'avait jamais tenté de communiquer avec lui pour obtenir ses commentaires.

Le journal a tenté de communiquer avec le D^r Atlas par l'intermédiaire du service de presse de la Maison-Blanche les 21,28 et 29 août par téléphone et par courriel afin de lui demander de participer à une entrevue et de lui présenter les conclusions de cet article pour obtenir son point de vue. Le service de presse a répondu à certaines questions en son nom et ajouté qu'il refusait de participer à une entrevue.

La directrice des communications de la Maison-Blanche, Alyssa Farah, a indiqué que l'approche adoptée par la Maison-Blanche pour lutter contre la pandémie restait la même.

« Le président Trump se concentre entièrement à vaincre le virus au moyen de produits thérapeutiques et, éventuellement, d'un vaccin. Aucune discussion n'a eu lieu sur un changement à notre stratégie », a-t-elle dit dans une déclaration. « Nous avons lancé des efforts sans précédent dans le cadre de l'Opération Warp Speed afin de commercialiser un vaccin en toute sécurité et en un temps record. L'éradication du virus en recourant à la médecine demeure notre principale priorité. »

Des responsables de la Maison-Blanche ont indiqué que le président Trump avait posé des questions au sujet de l'immunité collective, mais qu'il n'avait pas adopté officiellement cette stratégie. Le président a toutefois fait des commentaires publics qui plaidaient en faveur d'une approche semblable.

« Nous mettons agressivement à l'abri ceux qui sont exposés au risque le plus élevé, particulièrement les personnes âgées, tout en permettant aux Américains qui s'exposent à un risque plus faible de retourner au travail et à l'école en toute sécurité, et nous voulons voir un plus grand nombre de ces merveilleux états rouvrir », a-t-il dit lors de son allocution à la Convention nationale du parti républicain, jeudi soir. « Nous voulons qu'ils soient ouverts. Ils doivent être ouverts. Ils doivent retourner au travail. »

Mise à jour sur la pandémie de coronavirus : Le bilan américain s'approche des 180 000 décès

Le D^r Atlas s'est défini comme « l'opposé du D^r Fauci », selon ce qu'un haut fonctionnaire de l'administration a indiqué, en faisant référence au D^r Anthony S. Fauci, le plus haut responsable du pays en matière de maladies infectieuses, qui a été à maintes reprises en porte-à-faux avec le président sur les commentaires publics qu'il a formulés sur la menace posée par le virus. Il a eu des différends avec le D^r Fauci et avec la D^{re} Deborah Birx, coordonnatrice de l'intervention face à la pandémie de coronavirus de la Maison-Blanche, sur la réponse de l'administration à la pandémie.

Le D^r Atlas a soutenu à l'interne et en public que toute augmentation du nombre de cas permettra au pays d'atteindre plus rapidement l'immunité collective et qu'elle ne causera pas plus de décès si les personnes vulnérables sont protégées. Toutefois, les experts en maladies infectieuses contestent avec véhémence cette affirmation et ajoutent que plus de 25 000 personnes âgées de moins de 65 ans sont décédées du virus aux États-Unis. En outre, le pays compte un nombre plus élevé de personnes vulnérables, tous âges confondus, en raison des taux élevés de maladies cardiaques et pulmonaires, et d'obésité. Or, des millions de personnes vulnérables habitent à l'extérieur de maisons de soins infirmiers et bon nombre d'entre elles avec des enfants, qui, selon le D^r Atlas, devraient retourner à l'école.

« Quand les personnes plus jeunes et en santé contractent la maladie, ils s'en remettent très facilement. Je ne comprends pas pourquoi c'est si difficile de faire reconnaître ce fait par tous », a indiqué le D^r Atlas lors d'une entrevue avec Brian Kilmeade, sur la chaîne Fox News, en juillet. « Le fait que ces personnes deviennent infectées n'est pas vraiment problématique. En fait, comme nous l'avons dit il y a de cela plusieurs mois, quand on isole tout le monde, y compris les personnes en santé, on fait durer le problème, car on empêche d'atteindre l'immunité collective. Le fait que les groupes qui présentent un faible risque contractent l'infection ne pose aucun problème. »

Le Dr Atlas a indiqué que les confinements et les restrictions liées aux mesures de distanciation sociale imposées pendant la pandémie ont aussi coûté des vies, citant en exemple les problèmes associés au chômage et les personnes qui renoncent à se faire soigner parce qu'elles ont peur de consulter un médecin.

« Dans le cadre d'échanges personnels avec des collègues neurochirurgiens, ceux-ci m'ont dit qu'environ la moitié de leurs patients ne s'étaient pas présentés afin de suivre un traitement pour leur maladie, qui, si elle n'est pas traitée, peut entraîner une hémorragie cérébrale, la paralysie ou la mort », a-t-il écrit dans le journal *The Hill*, en mai.

La Maison-Blanche a délégué bon nombre des décisions quotidiennes sur la pandémie aux gouverneurs et aux responsables locaux, dont bon nombre ont fait fi des conseils du président Trump. Dans ces conditions, on ignore combien d'états emboîteraient le pas si le président commençait à soutenir agressivement l'adoption du modèle suédois, ou des éléments de celui-ci.

Toutefois, deux hauts fonctionnaires de l'administration et un ancien fonctionnaire, ainsi que des experts médicaux, ont fait remarquer que l'administration prenait déjà des mesures pour mener le pays dans cette direction.

Dans la campagne de pression exercée par le président Trump sur les scientifiques fédéraux en ce qui concerne les traitements contre la COVID-19

Le département de la Santé et des Services sociaux, par exemple, a invoqué la *Defense Production Act* plus tôt au cours du mois afin d'accélérer la livraison de tests aux maisons de soins infirmiers. L'administration n'a toutefois pas augmenté les dépenses en dépistage ailleurs, et ce, en dépit de pénuries continues. Le président Trump et ses principaux collaborateurs à la Maison-Blanche, y compris le Dr Atlas, ont aussi insisté à répétition sur la réouverture des écoles et sur la levée des ordres de confinement, malgré les éclosions déclarées dans plusieurs écoles qui tentaient de reprendre les cours en personne.

Les Centers for Disease Control and Prevention ont également mis à jour leurs directives relatives au dépistage la semaine dernière afin d'indiquer que les personnes asymptomatiques n'avaient pas nécessairement à subir un test de dépistage. Cette mise à jour a soulevé des cris d'indignation chez les groupes médicaux, les experts en maladies infectieuses et les responsables de la santé locaux. Ceux-ci ont indiqué qu'en vertu de ce changement, les personnes asymptomatiques qui avaient eu un contact avec une personne infectée ne subiraient pas de test de dépistage. Les CDC estiment qu'environ 40 % des personnes infectées à la COVID-19, la maladie causée par le coronavirus, sont asymptomatiques. Or, selon ce qu'ont dit les experts, la hausse du nombre d'infections enregistrée cet été était attribuable à la propagation asymptomatique entre de jeunes personnes en santé.

Le président Trump avait déjà lancé l'idée d'« atteindre l'immunité collective », avant que le Dr Fauci et d'autres ne le convainquent qu'il ne s'agissait pas d'une bonne idée, selon un fonctionnaire.

Ces discussions ont lieu à un moment où au moins 5,9 millions d'infections ont été déclarées et au moins 179 000 personnes sont décédées du virus cette année. En outre, selon les sondages d'opinion publique, la gestion de la pandémie est la responsabilité la plus lourde que porte le président Trump dans le cadre de sa lutte avec le candidat démocrate Joe Biden. Les États-Unis arrivent au premier rang à l'échelle mondiale en ce qui concerne le nombre de cas d'infections au coronavirus et de décès de la maladie : le pays compte bien plus de décès et d'infections que tout autre pays développé.

Les pays qui ont connu le plus de succès dans leur gestion de l'éclosion de coronavirus ont imposé des mesures de confinements rigoureuses, que la grande majorité du pays a respectées, augmenté rapidement le dépistage et la recherche de contacts, et imposé le port du masque.

Le Dr Atlas rencontre le président Trump presque tous les jours, soit bien plus souvent que tout autre responsable de la santé. À l'interne, on juge que ses idées suivent celles du président et du secrétaire général de la Présidence, Mark Meadows, en ce qui concerne la façon de gérer la pandémie, selon trois hauts fonctionnaires de l'administration.

Les jours estivaux perdus : L'échec du président Trump à contenir le virus

Lors de réunions, le D^r Atlas a soutenu que des régions métropolitaines comme New York, Chicago et La Nouvelle-Orléans avaient déjà atteint l'immunité collective, selon deux hauts fonctionnaires de l'administration. La D^{re} Birx et le D^r Fauci ont cependant contesté cette affirmation, en avançant que les villes qui avaient atteint leur sommet et possiblement un niveau d'immunité collective rapportaient des niveaux d'infection semblables si elles rouvraient trop vite, selon ce que rapportent les fonctionnaires.

Le président Trump a demandé à la D^{re} Birx, lors d'une réunion tenue le mois dernier, si les états de New York et du New Jersey avaient atteint l'immunité collective, selon un haut fonctionnaire de l'administration. La D^{re} Birx a répondu au président que les données ne suffisaient pas à étayer cette conclusion.

Le D^r Atlas compte également des partisans, qui soutiennent que sa présence à la Maison-Blanche est une bonne chose et qu'il apporte un nouveau point de vue.

« L'épidémiologie n'est pas la seule discipline qui importe en ce qui concerne la politique publique ici. Il s'agit d'une façon fondamentalement mauvaise de réfléchir à la situation dans son ensemble », a indiqué Avik Roy, président de la Foundation for Research on Equal Opportunity, un groupe de réflexion qui mène des recherches sur des solutions axées sur le marché pour venir en aide aux Américains à faible revenu. « Il faut penser aux coûts associés aux confinements, ainsi qu'aux compromis; ce sont des jugements fondamentalement subjectifs que les responsables des politiques doivent exercer. »

On ignore encore la proportion de la population qui doit devenir infectée pour atteindre l'« immunité collective », c'est-à-dire quand le nombre de personnes immunisées contre la maladie suffit à ralentir sa propagation, même chez celles qui n'ont pas été infectées. Il est possible de l'atteindre par l'intermédiaire de campagnes de vaccination de masse ou quand un nombre suffisant de personnes dans la population deviennent infectées au coronavirus et développent des anticorps qui les protègent contre des infections futures.

Selon les estimations, il faudrait que 20 % à 70 % d'une population soient infectées pour l'atteindre. La D^{re} Soumya Swaminathan, scientifique en chef de l'Organisation mondiale de la Santé, a indiqué qu'une proportion d'environ 65 % à 70 % de la population devrait être infectée pour atteindre l'immunité collective, étant donné la transmissibilité du nouveau coronavirus.

Aux États-Unis, où l'on compte 328 millions d'habitants, il faudra peut-être 2,13 millions de décès pour atteindre un seuil d'immunité collective de 65 %, en supposant que le virus a un taux de létalité de 1 %, selon une analyse menée par le *Washington Post*.

On ignore aussi si les gens qui se rétablissent de la COVID-19 développent une immunité à long terme au virus ou s'ils peuvent être réinfectés, et les scientifiques sont encore en train de parfaire leurs connaissances sur les personnes qui sont vulnérables à la maladie. D'un point de vue pratique, il est aussi quasi impossible d'isoler suffisamment les personnes les plus susceptibles de mourir du virus de la population plus jeune et en meilleure santé, selon des experts de la santé publique.

Le D^r Atlas a soutenu que le pays devrait seulement effectuer un dépistage auprès des personnes symptomatiques, malgré le fait que des porteurs asymptomatiques transmettent le virus. Il a également insisté à répétition pour la réouverture des écoles et plaidé en faveur de la reprise des sports de niveau universitaire. Le D^r Atlas a affirmé, sans présenter de preuves à cet effet, que les enfants ne propagent pas le virus et que la COVID-19 ne représentait pas un véritable risque pour eux. Il a même ajouté que plus d'enfants meurent de l'influenza, un argument qu'il a présenté dans le cadre d'entrevues à la télévision et à la radio.

La grippe et la COVID-19 : Confrontés à une double menace qui se pointe à l'horizon, les États-Unis élargissent l'accès aux vaccins contre la grippe dans les pharmacies.

Le D^r Atlas a été nommé à ce poste après que le président Trump ait encouragé ses conseillers à la Maison-Blanche, plus tôt cet été, à trouver un nouveau médecin, qui présenterait un point de vue différent de ceux exprimés par la D^{re} Birx et par le D^r Fauci. En effet, le président est de plus en plus agacé par les commentaires que les deux experts ont faits en public et qui contredisent, selon lui, ses affirmations selon lesquels la menace du virus s'estompe. Les conseillers ont tenté de dénicher un médecin de la Ivy League, ou qui possède des diplômes universitaires supérieurs et qui pourrait défendre à la télévision la thèse selon laquelle la menace que pose le virus disparaît.

Le D^r Atlas a attiré l'attention du président Trump après avoir fait une série d'apparitions sur la chaîne Fox News au cours des derniers mois et le président a trouvé en médecin de l'Université Stanford un intervenant plus favorable aux pressions qu'il exerce pour rouvrir le pays et se concentrer sur sa réélection. Maintenant, le D^r Atlas accompagne souvent Le président Trump dans la salle de presse pendant ses conférences de presse sur le coronavirus, et ce, même quand les autres médecins ne s'y trouvent pas. Il a ainsi permis au président d'appuyer ses affirmations en leur donnant une certaine homologation médicale, et il participe régulièrement à la rédaction des points de discussion de l'administration sur le coronavirus à partir de son bureau de l'aile ouest, ainsi qu'aux diapositives sur lesquelles Le président Trump se fonde souvent pour étayer son argument sur l'essoufflement de la menace.

Le D^r Atlas a également indiqué qu'il n'était pas « scientifiquement » convaincu de l'utilité des masques, et ce, bien que les scientifiques s'entendent généralement sur leur efficacité. Il a présenté des recherches et des conclusions choisies parce qu'elles appuient son argument en faveur de l'immunité collective et ses autres idées, selon les dires de deux hauts fonctionnaires de l'administration.

Le D^r Fauci et la D^{re} Birx ont tous deux indiqué que le virus représentait une menace pour l'ensemble du pays. Ils ont aussi présenté des recommandations stratégiques que le président considère comme draconiennes, y compris des obligations de porter le masque et des confinements partiels dans les régions où le nombre d'infections est en hausse.

La D^{re} Birx a été en désaccord avec le D^r Atlas à plusieurs occasions, dont l'une, plus tôt au cours du mois, où l'échange est devenu animé au point de rendre mal à l'aise d'autres fonctionnaires de l'administration, selon un haut fonctionnaire.

La réouverture des écoles est l'un des principaux points de tension entre les deux. Le D^r Atlas a insisté sur la réouverture des écoles, tandis que la D^{re} Birx est plus prudente.

« C'est très malheureux de voir cet homme, Scott Atlas, qui a pratiquement été recruté pour écarter Tony Fauci et la voix de la raison », a indiqué le D^r Eric Topol, cardiologue et responsable du Scripps Research Translational Institute à San Diego. « En plus de ne pas écouter la science, le président la répudie et cette répudiation s'est accentuée par l'ajout d'un autre vecteur de mésinformation non crédible. »

https://www.washingtonpost.com/politics/trump-coronavirus-scott-atlas-herd-immunity/2020/08/30/925e68fe-e93b-11ea-970a-64c73a1c2392_story.html?hpid=hp_hp-banner-low_virus-trump-7am%3Ahomepage%2Fstory-ans

Commission européenne

L'Union européenne offre des garanties d'une valeur de 476 millions de dollars à l'initiative de mise au point de vaccin contre la COVID-19 dirigée par l'OMS

Source : covid19data.com

ID : 1007744860

La Commission européenne a indiqué qu'elle verserait des garanties de 400 millions d'euros (476 M\$) à une initiative dirigée par l'Organisation mondiale de la Santé afin d'acheter des vaccins contre la COVID-19.

Les pays qui souhaitent participer à l'initiative dirigée par l'OMS, intitulée COVAX, doivent présenter leur déclaration d'intérêt d'ici lundi.

Source : ALJAZEERA

<https://covid19data.com/2020/08/31/eu-offers-476m-in-guarantees-to-who-led-covid-19-vaccine-initiative/>

Hong Kong

Les cours en personne reprendront d'ici la fin septembre dans les écoles de Hong Kong – le *New York Times*

Source : www.nytimes.com

ID : 1007744859

HONG KONG – Les cours en personne reprendront dans les écoles de Hong Kong dès le 23 septembre, au moment où les autorités du centre financier asiatique visent à assouplir les mesures de restrictions imposées pour lutter contre le coronavirus, qui ont contraint environ 900 000 élèves à travailler à la maison pendant plus de quatre mois.

Kevin Yeung, le secrétaire à l'éducation de la ville, a indiqué que les cours reprendraient graduellement, pour les élèves de 1^{re}, de 5^e et de 6^e année pour les écoles secondaires, ainsi que les écoles primaires et les jardins d'enfants de niveau supérieur, le 23 septembre, tandis que les autres niveaux reviendront en classe le 29 septembre.

Le gouvernement de la ville avait indiqué, au début du mois d'août, que les cours en personne seraient suspendus indéfiniment, étant donné que la région administrative spéciale de Chine luttait afin de maîtriser une troisième vague d'infections au coronavirus.

Ce changement de cap dans la politique survient au moment où l'on rapporte une baisse importante du nouveau nombre de cas quotidiens, qui revient à un nombre à un chiffre ou à deux chiffres (fourchette inférieure), après s'être trouvé dans les trois chiffres il y a de cela quelques semaines. Le gouvernement chinois offre aussi des tests de dépistage du coronavirus de masse à tous les résidents de Hong Kong dès cette semaine.

Les écoles situées dans l'ancienne colonie britannique sont fermées en majeure partie depuis le mois de janvier et bon nombre d'entre elles ont adopté l'apprentissage en ligne. Ce changement à l'apprentissage en ligne a frustré les enseignants, les parents et les élèves, en plus de creuser l'écart d'apprentissage entre les nantis et les démunis.

Selon une enquête menée en février par l'Université de l'éducation de Hong Kong, plus des deux tiers des parents, peu importe leur revenu, estiment que leurs enfants ont de la difficulté à apprendre à la maison.

Merci d'avoir lu le *New York Times*.

Abonnez-vous au *New York Times*.

Après avoir sondé près de 600 élèves à faible revenu, The Society for Community Organisation (SoCO) a constaté que plus de 70 % d'entre eux ne possédaient pas d'ordinateur et que 28 % n'avaient pas un accès à large bande à la maison.

<https://www.nytimes.com/reuters/2020/08/31/world/asia/31reuters-health-coronavirus-hongkong.html?searchResultPosition=1>

Équateur

Coronavirus en Équateur : l'Université Quito rapporte son premier cas de réinfection à la COVID-19

Source : *Reuters*

ID : 1007739092

L'Institut de microbiologie de l'Université de San Francisco de Quito (USFQ) a détecté le premier cas de réinfection au nouveau coronavirus en Équateur. Ce patient, qui avait obtenu un résultat positif à un test de dépistage en mai, a de nouveau été infecté avec une autre souche du même agent pathogène.

L'Institut a indiqué samedi, par l'intermédiaire de son compte Twitter, qu'il « a signalé le premier cas avéré de réinfection au SRAS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19, chez un patient équatorien. »

« Les génomes du virus présent chez un Équatorien atteint de la COVID-19 ont été séquencés en mai et de nouveau en août, et indiquent qu'il s'agit de deux souches différentes », a ajouté le centre universitaire. Il a été possible de détecter la réinfection grâce aux tests de PCR (réaction en chaîne par polymérase) menés à trois occasions différentes sur le même patient, une première fois en mai (positif), une deuxième fois en juillet (négatif) et une troisième fois (positif) en août.

En mai dernier, le patient avait souffert d'une « forme bénigne de la maladie », selon ses symptômes. En août, cependant, il manifestait des « symptômes modérés », et ce, même s'il avait obtenu en juillet « un contrôle négatif par PCR, après sa première infection », a ajouté l'Institut.

En outre, il présentait une « augmentation des IgG (les anticorps qui indiquent que le patient a vaincu la maladie) contre le virus lors de la deuxième infection », ce qui mène à la « possibilité que certaines personnes ne soient pas immunisées (il n'y a pas lieu de s'inquiéter, on s'y attend) », a ajouté l'Institut de microbiologie.

Il a aussi indiqué que « les deux souches appartiennent à des groupes génétiques différents » et qu'ils « ont des mutations à des sites différents, ce qui prouve leur différence. »

Ces conclusions scientifiques sont présentées à un moment où la maladie a infecté plus de 112 000 personnes, dont plus de 6 500 sont mortes, au pays, selon les chiffres officiels.

Selon le dernier rapport officiel, en Équateur, depuis le 29 février (lorsque le premier cas positif à la COVID-19 a été déclaré), on dénombrait, en date de dimanche, 112 906 cas d'infection et 6 537 décès.

Pour le dernier jour seulement, la catégorie des cas positifs d'infection au coronavirus avait augmenté de 765, tandis que le bilan s'alourdissait de 33 décès.

En outre, 3 378 « décès probables » ont été enregistrés en Équateur. Il s'agit de personnes qui manifestaient des symptômes de la maladie au moment de leur décès, mais dont la cause de décès n'a pas été confirmée.

Le 14 août, le gouvernement équatorien a prolongé l'état d'urgence en vigueur au pays depuis le 16 mars de 30 jours supplémentaires afin de lutter contre la pandémie qui prend de l'ampleur.

L'Équateur rouvre progressivement le pays depuis le mois de juin. Il passe de l'isolement en masse à la distanciation physique et lève graduellement et de façon coordonnée les restrictions imposées depuis le début de l'état d'urgence.

(Avec l'information d'EFE)

Bulletin d'information Tout sur le coronavirus

La COVID-19 a mis tout le monde sur un pied de guerre. Abonnez-vous à notre bulletin d'information Tout sur le coronavirus. Vous y trouverez les données quotidiennes les plus pertinentes du pays et du monde sur la progression du virus et sur l'état de la lutte contre sa propagation.

NOS BALADOS

« Tout sur le nouveau coronavirus. » Dans cet épisode, le Dr Elmer Huerta parle de l'annonce selon laquelle les études cliniques sur le vaccin contre la COVID-19 seront menées au Pérou :

<https://rpp.pe/mundo/actualidad/coronavirus-en-ecuador-universidad-de-quito-reporta-el-primer-caso-de-reinfeccion-por-covid-19-noticia-1289489>

Suisse

Les passagers provenant de pays à risque élevé ne peuvent plus transiter à travers la Suisse

Source : Reuters

ID : 1007739092

Les personnes qui prévoient de transiter à travers la Suisse en route vers leur pays de destination ne pourront plus le faire s'ils partent de l'un des pays énumérés dans la liste des régions à risque élevé établie par la Suisse.

À compter du lundi 31 août, les personnes qui quittent des pays où le nombre de cas d'infections au coronavirus est élevé, qui ont été désigné comme pays à risque élevé par les autorités suisses, ne pourront plus transiter à travers les aéroports internationaux du pays. Cette décision a été prise par le Conseil fédéral suisse, au beau milieu d'une augmentation du nombre d'infections au pays.

Cette décision ne touchera toutefois pas ceux qui arrivent en Suisse à partir d'un pays qui ne pose pas un risque élevé, et ce, même s'ils ont fait escale dans un pays à risque élevé. La seule condition que doivent respecter ces voyageurs est de ne pas quitter la zone internationale de l'aéroport.

« En vertu des nouvelles règles, qui s'appliquent à partir du 31 août, c'est le pays de départ, et pas celui où l'on fait escale, qui détermine les résidents qui peuvent entrer en Suisse. Par exemple, les ressortissants d'un pays tiers ne peuvent plus s'envoler à destination de la Suisse à partir des États-Unis en faisant escale à Toronto », explique-t-on dans un communiqué de presse publié par le secrétariat d'État à la migration.

À ce jour, la catégorie de voyageurs maintenant bannie pouvait entrer en Suisse, étant donné que le facteur décisif de l'entrée au pays était le pays de départ du vol à l'arrivée à bord duquel la personne arrivait en territoire suisse. Le pays de départ de tout autre vol de correspondance n'était pas pris en considération.

Ce nouveau règlement vise à empêcher les gens de profiter des lacunes dans les exigences relatives à l'entrée en transitant à travers des pays qui ne se trouvent pas sur la liste des pays à risque élevé.

Les résidents de la Suisse et de l'espace Schengen/Union européenne ne sont pas visés par les nouveaux changements et ils peuvent entrer en Suisse à partir de n'importe quel pays au monde. On pourrait toutefois leur demander de se mettre en quarantaine, selon le niveau de risque du pays d'où ils arrivent.

Les résidents de l'Australie, du Canada, de la Géorgie, du Japon, de la Nouvelle-Zélande, du Rwanda, de la Corée du Sud, de la Thaïlande, de la Tunisie et de l'Uruguay sont exemptés du changement, seulement dans les cas où ils doivent faire escale dans un pays à risque élevé afin de changer d'avion en raison de l'absence vols directs, à condition de ne pas quitter l'aire intérieure.

Pour l'instant, tous les pays qui se trouvent à l'extérieur de l'espace Schengen sont considérés comme des pays à risque élevé, à l'exception des suivants :

Andorre
Australie
Bulgarie
Canada
Croatie
Chypre
Géorgie
État de la Cité du Vatican
Irlande
Japon
Monaco
Nouvelle-Zélande
Roumanie
Rwanda
Saint-Marin
Corée du Sud
Thaïlande
Tunisie
Uruguay

<https://www.schengenvisainfo.com/news/passengers-from-high-risk-countries-can-no-longer-transit-switzerland/>

Coronavirus : Les actualités mondiales en ce lundi

Source : *CBC*

ID : 1007746052

Voici ce qui se passe dans le monde

Il y a 2 heures.

Extrait

Selon le décompte tenu à jour par l'Université Johns Hopkins, on enregistre maintenant plus de 25,3 millions de cas confirmés d'infections au coronavirus dans le monde. Plus de 847 797 personnes sont décédées, tandis que 16,6 millions d'entre elles sont rétablies.

Les autorités sanitaires du **Portugal** permettent au parti communiste du pays de laisser 16 500 personnes participer à son festival annuel en plein air le week-end prochain. Il s'agit d'un nombre exceptionnellement élevé pour un rassemblement en Europe, en plein cœur de la pandémie de coronavirus.

La délivrance du permis a suscité un tollé, car les responsables réduisent depuis des mois le nombre de personnes permises à d'autres événements publics, dont bon nombre ont dû être annulés.

L'annonce a été faite au moment où le gouvernement socialiste de centre gauche cherche à obtenir l'appui politique d'autres partis, y compris le parti communiste, pour son plan de dépenses de 2021.

Le festival, appelé Festa do Avante, présente des concerts et des discours politiques dans une zone de campagne au sud de Lisbonne. Au cours des dernières années, il a attiré quelque 100 000 personnes en trois jours.

Les autorités du Royaume-Uni indiquent que 16 cas d'infections au coronavirus ont été liés à un vol qui ramenait des touristes britanniques de Grèce; toutes les personnes à bord ont reçu l'ordre de s'isoler pendant deux semaines.

L'agence de santé publique du pays de Galles indique qu'elle communique avec près de 200 personnes qui se trouvaient à bord du vol Tui en provenance de l'île grecque de Zante à destination de Cardiff (pays de Galles), mardi.

M^{me} Gwen Lowe, de l'agence de santé publique du pays de Galles, indique que 30 cas d'infection à la COVID-19 ont été confirmés au cours de la dernière semaine chez des personnes qui revenaient de Zante à bord de plusieurs vols. Elle indique que le nombre devrait augmenter.

Le R.-U. exige aux personnes arrivant d'outre-mer de se mettre en quarantaine pendant deux semaines, à moins qu'elles n'arrivent de l'un des plus de 70 pays et territoires réputés présenter un faible risque d'infection au coronavirus. La Grèce figure sur la liste des exceptions.

La municipalité locale de Paris a indiqué lundi qu'elle chercherait à offrir gratuitement des tests de dépistage de la COVID-19 dans les 20 arrondissements de la capitale, au moment où les autorités luttent contre les signes d'une résurgence du virus en France.

Le bureau du maire de Paris a indiqué dans une déclaration que des trois laboratoires permanents seraient mis sur pied à partir de lundi afin de mener des tests de dépistage de la COVID-19 gratuits, ainsi que deux autres laboratoires mobiles qui circuleraient dans la capitale.

Le nombre de nouvelles infections à la COVID-19 a augmenté de près de 50 % en août en France. Il s'agit du décompte mensuel le plus élevé enregistré depuis le début de l'éclosion, plus tôt cette année, tandis que les hospitalisations attribuables à la maladie augmentent lentement.

Les autorités sanitaires du pays ont fait état de 3 082 cas supplémentaires au cours des 24 dernières heures. Il s'agit d'une baisse considérable par rapport aux plus de 5 000 cas enregistrés les deux jours précédents. Il convient toutefois de mentionner que les chiffres présentés le lundi tendent à être plus bas étant donné que l'on effectue moins de tests le dimanche.

Cette augmentation du nombre de nouveaux cas a poussé les autorités à imposer de nouveau certaines mesures de confinement, comme l'obligation de porter le masque dans les rues, dans les magasins et dans le transport en commun dans la quasi-totalité des grandes villes du pays. Le port du masque sera obligatoire dans les lieux de travail à compter de mardi.

En **Russie**, un petit syndicat d'enseignants indépendant exhorte ses membres à ne pas se faire forcer à accepter de recevoir des doses du vaccin contre le coronavirus « Spoutnik V. »

La semaine dernière, des cliniques de Moscou ont commencé à recevoir des doses du vaccin, qui a été homologué aux fins d'utilisation en Russie, et ce, même si les essais définitifs de phase III, auxquels participent 40 000 personnes, n'ont commencé que mercredi dernier.

À partir du mois de septembre, les médecins et les enseignants seront parmi les premiers à pouvoir recevoir le vaccin volontairement, selon les responsables. Le ministre de la Défense, Sergei Shoigu, a indiqué que le personnel militaire devra obligatoirement recevoir des doses du vaccin.

Avant la réouverture des écoles russes, le 1^{er} septembre, le syndicat d'enseignants Uchitel a lancé une pétition en ligne contre l'obligation pour les enseignants de se faire vacciner avant que tous les essais

cliniques ne soient terminés. « On exercera sans doute des pressions auprès des directeurs d'écoles afin que tout le monde soit vacciné », selon ce qu'indique la pétition.

Le syndicat Uchitel ne représente qu'environ 700 enseignants des 1,2 million que compte la Russie, selon un haut dirigeant du syndicat, qui ajoute toutefois que près de 1 400 personnes ont signé sa pétition.

Les centres de préparation privés ont été fermés pour la première fois dans la capitale de la **Corée du Sud**, lundi, et la circulation était fluide en ce premier jour de travail où des règles de distanciation physique plus strictes sont imposées afin de freiner la deuxième vague d'infections au nouveau coronavirus.

Vendredi, la Corée du Sud a pris une mesure sans précédent et limité les activités des restaurants, des cafés et des soi-disant écoles de préparation de la région métropolitaine de Séoul. Mentionnons que les églises, les boîtes de nuit et la plupart des écoles publiques sont déjà fermées.

Le Centre de contrôle et de prévention des maladies de la Corée faisait état de 238 nouveaux cas à minuit, dimanche, qui étaient principalement recensés à Séoul et dans les environs. Il s'agit du 18^e jour consécutif où l'on rapporte une hausse de plus de 100 infections quotidiennes.

Une mutation plus contagieuse du nouveau coronavirus a été trouvée en Indonésie, a indiqué dimanche l'Institut Eijkman en biologie moléculaire, établi à Jakarta, au moment où le nombre de cas est en hausse en Asie du Sud-Est.

La mutation D614G, « contagieuse, mais plus bénigne », du virus a été relevée dans des données sur le séquençage du génome provenant d'échantillons prélevés par l'institut, selon ce que la directrice adjointe, Herawati Sudoyo, a dit à l'agence Reuters, en indiquant qu'il faudra mener plus d'études afin de déterminer l'origine de la hausse récente du nombre de nouveaux cas.

La souche, qui a été identifiée en février, selon l'Organisation mondiale de la Santé, circule en Europe et dans les Amériques. On l'a également trouvée à Singapour et en Malaisie, situés à proximité.

L'état qui est l'épicentre de la deuxième vague d'infections à la COVID-19 en **Australie** a indiqué lundi que le nombre de cas avait atteint son niveau le plus bas en près de deux mois, ce qui a permis aux autorités d'expliquer en détail la façon dont les mesures de confinement strictes seront levées dans une semaine.

L'état de Victoria a indiqué qu'il avait détecté 73 nouveaux cas d'infection à la COVID-19 au cours des 24 dernières heures, soit le plus faible nombre depuis le 3 juillet.

En même temps, le pays fait état d'une augmentation quotidienne record du nombre de décès attribués à la COVID-19, lundi, alors que l'état de Victoria indiquait que son bilan s'était alourdi de 41 décès, dont 22 dans des établissements de soins pour personnes âgées au cours des semaines menant au 27 août. Le record quotidien précédent de l'Australie au chapitre des décès liés à la COVID-19 avait été enregistré le 25 août, où 25 personnes étaient décédées.

Dans le pays voisin de la Nouvelle-Zélande, les écoles et les entreprises ont rouvert à Auckland lundi, après la levée d'un confinement imposée en vue de contenir la résurgence du coronavirus. Le port du masque est toutefois obligatoire dans les transports en commun à l'échelle du pays.

<https://www.cbc.ca/news/world/coronavirus-covid19-world-aug31-1.5705983>

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

Canada

Un antiviral utilisé pour traiter le coronavirus chez le chat fonctionne aussi contre le SRAS-CoV-2

Source : Top Health News – ScienceDaily

Date de la publication : 2020-08-27 19 h 50 UTC

Date de réception : 2020-08-28 4 h 11 UTC

ID : 1007722063

Faculté de médecine et de dentisterie de l'Université de l'Alberta

Résumé

Des chercheurs se préparent à lancer des essais cliniques sur un médicament utilisé afin de guérir une maladie mortelle causée par un coronavirus chez le chat. Ils s'attendent à ce que ce médicament soit aussi efficace pour traiter les humains contre la COVID-19.

Des chercheurs de l'Université de l'Alberta se préparent à lancer des essais cliniques sur un médicament utilisé afin de guérir une maladie mortelle causée par un coronavirus chez le chat. Ils s'attendent à ce que ce médicament soit aussi efficace pour traiter les humains contre la COVID-19.

Publicité

« En deux mois à peine, nos résultats indiquent que le médicament permet efficacement d'inhiber la réplication virale chez les cellules infectées par le SRAS-CoV-2 », a dit Joanne Lemieux, professeure de biochimie à la Faculté de médecine et de dentisterie.

« Ce médicament fonctionnera très probablement chez les humains. Nous trouvons encourageant de savoir qu'il s'agira d'un traitement antiviral efficace pour les patients atteints de la COVID-19. »

Le médicament est un inhibiteur de protéase qui nuit à la capacité du virus de se répliquer, ce qui met fin à l'infection. Les protéases sont des éléments cruciaux au fonctionnement de nombreux organes du corps et sont des cibles communes pour les médicaments afin de traiter de nombreuses affections, de l'hypertension au cancer, en passant par le VIH.

Cet inhibiteur de protéase a d'abord été étudié par le chimiste John Vederas et le biochimiste Michael James, de l'Université de l'Alberta, à la suite de l'écllosion du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003. Il a par la suite été mis au point par des chercheurs vétérinaires, qui ont montré qu'il guérissait une maladie mortelle chez le chat.

Les travaux visant à mettre à l'essai le médicament contre le coronavirus qui cause la COVID-19 sont un effort concerté entre quatre laboratoires de l'Université de l'Alberta, dirigés par la D^{re} Lemieux, le D^r Vederas, le professeur de biochimie Howard Young et le directeur fondateur de l'Institut de virologie Li Ka Shing, Lorne Tyrrell. Certaines des expériences ont été menées par le programme de biologie moléculaire structurale par source de lumière à rayonnement synchrotron de l'Université Stanford.

Leurs conclusions ont été publiées aujourd'hui dans la revue *Nature Communications* examinée par des pairs, après avoir été affichées dans le site Web sur la recherche BioRxIV.

« Il existe une règle, dans les recherches sur la COVID-19, selon laquelle tous les résultats doivent être rendus publics immédiatement », a indiqué la D^{re} Lemieux, ce qui explique pourquoi les conclusions ont été publiées avant d'être examinées par des pairs.

Elle a indiqué que ces travaux suscitent un vif intérêt : le document a été consulté à des milliers de reprises dès qu'il a été affiché.

La D^{re} Lemieux a expliqué que le D^r Vederas a synthétisé les composés, tandis que le D^r Tyrrell les a mis à l'essai contre le virus du SRAS-CoV-2 dans des éprouvettes et dans des lignées cellulaires humaines. Les groupes du D^r Young et de la D^{re} Lemieux ont ensuite révélé la structure cristalline du médicament quand il se lie à la protéine.

« Nous avons déterminé la forme tridimensionnelle de la protéase avec le médicament dans la poche du site actif, ce qui a montré le mécanisme d'inhibition, a-t-elle dit. Nous pourrions ainsi mettre au point des médicaments encore plus efficaces. »

La D^{re} Lemieux a indiqué qu'elle continuera de faire des essais sur les modifications de l'inhibiteur afin de les rendre encore mieux adaptés une fois à l'intérieur du virus.

Elle a toutefois indiqué que le médicament actuel montre une action antivirale suffisante contre le SRAS-CoV-2, ce qui permet de passer directement aux essais cliniques.

« En temps normal, un médicament doit être confirmé en laboratoire et mis à l'essai chez des modèles animaux avant de passer à la phase des essais cliniques, a dit la D^{re} Lemieux. Étant donné que ce médicament a déjà été utilisé pour traiter des chats infectés par le coronavirus, et qu'il est efficace, en plus d'être très peu, voire aucunement toxique, il a déjà passé ces étapes, ce qui nous permet de passer à la suivante. »

« Les données solides que nous avons et celles que d'autres ont collectées nous permettent de lancer des essais cliniques sur ce médicament en tant qu'antiviral pour la COVID-19. »

Les chercheurs ont établi un partenariat avec l'entreprise de médecine vétérinaire Anivive Life Sciences, qui met au point le médicament pour les chats, afin de produire la quantité requise du médicament de qualité requis pour mener les essais cliniques sur des humains. La D^{re} Lemieux a indiqué qu'il serait probablement mis à l'essai en Alberta, en combinaison avec d'autres antiviraux prometteurs, comme le remdésivir, le premier traitement homologué aux fins d'utilisation conditionnelle dans certains pays, y compris les États-Unis et le Canada.

Les travaux menés par les chercheurs de l'Université de l'Alberta ont été financés par les Instituts de recherche en santé du Canada, par le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, par Alberta Innovates, par l'Institut de virologie Li Ka Shing et par la chaire GSK en virologie.

Changez le cours des choses : possibilité commanditée

Source de l'article :

<https://www.folio.ca/antiviral-used-to-treat-cat-coronavirus-also-works-against-SRAS-cov-2-u-of-a-researchers/>

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1007722063>

<https://www.nature.com/articles/s41467-020-18096-2>

Encore plus de données appuient la transmission par voie aérienne de la COVID-19

ID : 1007745976

Source : CIDRAP

Encore plus de données appuient la transmission par voie aérienne de la COVID-19

Deux études publiées à la fin de la semaine dernière dans la revue *Clinical Infectious Disease* ont mis en évidence le rôle de la transmission par voie aérienne de la COVID-19 et l'importance d'avoir des systèmes de ventilation efficaces. Dans l'une des études, on a conclu que les patients pouvaient expirer des millions de particules d'ARN virales par heures au début de la maladie; dans l'autre, on a établi un lien entre une éclosion touchant 81 % des résidents et 50 % des travailleurs de la santé d'une maison de soins infirmiers néerlandaise à une aération inadéquate.

Dans la première étude, des chercheurs en Chine ont analysé des échantillons d'expirations provenant de 49 patients atteints de la COVID-19 de 10 pays, de quatre patients hospitalisés non atteints de la COVID-19 et de 15 personnes en santé de Beijing au moyen d'une amplification en chaîne par polymérase par transcription inverse. Ils ont également analysé 26 échantillons d'air, 242 écouvillonnages de surfaces provenant d'hôtels de mise en quarantaine, d'hôpitaux et d'effets personnels.

Parmi les échantillons d'expirations, 26,9 % obtenaient un résultat positif au test de dépistage du SRAS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19, tandis que 3,8 % des échantillons d'air et 5,4 % des écouvillonnages de surface ont obtenu un résultat positif. Le taux d'émission d'ARN viral des expirations atteignait son sommet au début de la maladie.

Les échantillons d'expiration de deux patients chez qui l'on avait détecté l'ARN du coronavirus avaient obtenu un résultat positif, mais pas les écouvillonnages de surface de leur téléphone cellulaire, de leurs mains et de leurs articles de toilette. On a également détecté de l'ARN viral dans des conduits d'aération situés sous le lit d'un autre patient.

Milieux semi-fermés

Parmi les 242 écouvillonnages de surface, on a détecté de l'ARN viral le plus souvent sur les cuvettes des toilettes (16,7 %); sur les planchers (12,5 %); sur les mains, taies d'oreiller, téléphones mobiles et claviers d'ordinateur des patients (4,0 %); et sur les surfaces touchées par des travailleurs de la santé (2,6 %). Toutefois, seulement deux des douze écouvillonnages de surface prélevés sur des téléphones mobiles avaient obtenu un résultat positif au test de dépistage de l'ARN viral, tandis que les poignées de tous les autres objets ont obtenu un résultat négatif.

Les auteurs ont indiqué que le taux d'émission d'ARN viral pour les expirations semblait varier en fonction de facteurs comme le niveau d'activité du patient et pouvaient être influencés par l'âge. Les émissions

d'ARN viral étaient sporadiques chez au moins un patient, dont les échantillons ont obtenu des résultats différents au test à des jours différents.

Ces conclusions appuient des études menées précédemment, qui concluaient que la COVID-19 se propageait sans doute par voie aérienne plutôt que par de grosses gouttelettes respiratoires ou par des surfaces contaminées, selon ce qu'indiquent les chercheurs. Certaines études ont rendu compte d'une propagation par voie aérienne dans des milieux semi-fermés comme une pratique de chorale dans l'État de Washington et dans un restaurant de Guangzhou (Chine).

« Même si nous n'avons pas étudié l'infektivité ou la probabilité de transmission, et d'autres activités qui donnent lieu à une excrétion du virus, comme le fait de parler ou de chanter, notre étude montre que l'expiration joue un rôle important dans l'émission du SRAS-CoV-2 dans l'air. Ce facteur aurait pu contribuer grandement aux regroupements d'infections par voie aérienne observées et à la pandémie en cours », indiquent les auteurs.

Air intérieur vicié

Dans la deuxième étude, des chercheurs de Rotterdam et d'Utrecht, aux Pays-Bas, ont écrit une lettre de recherche dans laquelle ils rendaient compte d'une éclosion de COVID-19 qui avait rendu 17 résidents et 17 travailleurs de la santé malades dans l'une des sept ailes d'une maison de soins infirmiers pour personnes souffrant de problèmes psychiatriques ou comportementaux. Aucun des 95 résidents ou des 106 travailleurs de la santé des six autres ailes n'a obtenu un résultat positif au test de dépistage.

Les auteurs ont indiqué que les Pays-Bas avaient connu une faible prévalence de la COVID-19 au cours de la semaine de l'éclosion : seulement 493 résidents du pays avaient obtenu un résultat positif au test de dépistage, par rapport à 8 391 pendant la semaine la plus intense de l'éclosion, en avril.

Afin de prévenir la transmission du coronavirus, tous les travailleurs de la santé avaient été assignés à des ailes précises et étaient tenus de porter des masques chirurgicaux pendant qu'ils prodiguaient des soins aux patients, et ce, depuis le 26 avril. Les résidents habitaient dans des chambres individuelles et passaient une partie de chaque journée dans des salles de séjour communes; certains résidents pouvaient se déplacer.

Des chercheurs qui soupçonnaient que le système de ventilation de l'aile touchée avait contribué à l'éclosion ont constaté qu'un système écoénergétique qui renouvelait l'air intérieur seulement quand des niveaux élevés de concentrations intérieures de dioxyde de carbone (CO₂) étaient détectés avait été installé. Si les niveaux de CO₂ ne dépassaient pas un certain seuil, l'air intérieur non filtré était tout simplement recyclé dans l'aile. En comparaison, l'air des six ailes non touchées était recyclé régulièrement avec de l'air extérieur.

Les chercheurs ont indiqué que les faibles niveaux de CO₂ produits par les patients inactifs auraient pu mener à la présence d'air vicié dans l'aile touchée, qui était rafraîchie par deux unités de climatisation qui recycloient également l'air dans les salles de séjour communes. On a détecté de l'ARN du SRAS-CoV-2 dans de la poussière qui se trouvait sur le filtre antipoussière à tamis des unités de climatisation dans la salle de séjour et dans quatre filtres provenant de trois des huit unités de ventilation.

La lettre de recherche a été rédigée afin d'étayer les conclusions d'une étude publiée dans la même revue le 6 juillet, qui met en garde contre les dangers que pose la transmission de la COVID-19 par voie aérienne dans les milieux mal aérés.

« Nous conseillons que les activités de prévention de la transmission de la COVID-19 tiennent compte de la possibilité d'une transmission par voie aérienne dans les établissements de soins de santé et dans d'autres édifices où les systèmes de ventilation recyclent de l'air intérieur non filtré », ont écrit les auteurs de l'étude du 28 août.

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/08/yes-more-data-support-covid-19-aerosol-transmission>

Données cellulaires aux États-Unis : Le fait de rester chez soi à la suite d'un confinement peut ralentir la propagation de la COVID-19

Source : CIDRAP

ID : 1007746007

31 août

Selon une étude publiée aujourd'hui dans la revue *JAMA Internal Medicine*, les comtés américains dans lesquels on a assisté à des baisses considérables de l'activité cellulaire aux lieux de travail, aux gares de transit et aux magasins, en même temps que des hausses de l'activité à la maison pendant les confinements imposés pour lutter contre la COVID-19 affichaient des taux d'infections plus bas cinq, dix et quinze jours plus tard.

Les chercheurs ont effectué de 22 24 à 83 745 observations quotidiennes de données de localisation de téléphone cellulaire dans 949 à 2 740 comtés, selon la disponibilité des données, du 22 janvier au 11 mai, et les ont ensuite comparées aux taux d'augmentation des cas d'infections à la COVID-19.

Le taux d'augmentation des cas d'infection à la COVID-19 était 45,5 % moins élevé dans les comtés du quartile d'activité le plus bas dans les commerces de détail que dans ceux du quartile supérieur, tandis que les comtés où l'activité résidentielle était la plus élevée affichaient un taux d'augmentation des cas d'infection à la COVID-19 de 19 % moins élevé après 15 jours que ceux où cette activité était la moins élevée.

En général, l'activité des téléphones cellulaires à l'extérieur du domicile augmentait d'environ 0,5 % par rapport à l'activité à la maison, pour chaque jour où les mesures de confinement à la maison étaient en vigueur, ce qui porte à croire que ces mesures sont de moins en moins respectées au fil du temps.

Après avoir effectué un rajustement pour tenir compte de la population de chaque comté, des taux et des facteurs au niveau de l'état, les comtés ruraux enregistraient des baisses plus faibles de l'activité des téléphones cellulaires aux lieux de travail, aux gares de transit et dans les commerces, ainsi que des baisses plus importantes des visites aux parcs et des activités à la maison que les comtés urbains.

Les comtés où l'on trouve des proportions plus élevées d'adultes âgés, d'enfants, de résidents noirs et de personnes vivant dans la pauvreté; un plus grand nombre de lits d'hôpital par habitant; et une densité de population plus faible sont ceux qui enregistraient les plus petites baisses de l'activité des téléphones cellulaires aux lieux de travail. Inversement, les résidents de comtés des états où la proportion d'adultes âgés est plus faible, qui sont densément peuplés, où la productivité économique est plus élevée, qui affichent des taux moins élevés de personnes non assurées, où une proportion plus importante des dépenses sont consacrées aux soins de santé, où moins de gens vivent dans la pauvreté et où les taux d'infections étaient les plus élevés restaient davantage à la maison.

« Les baisses de l'activité dans les lieux de travail et les hausses de l'activité résidentielle étaient plus importantes dans les comtés et les jours où le nombre de nouveaux cas était plus élevé, et que le risque d'infection perçu était donc plus élevé », ont indiqué les auteurs. « Les comtés où les taux étaient les plus élevés étaient plus susceptibles d'avoir plus de restrictions en place. »

Les chercheurs ont indiqué que leurs conclusions appuyaient la surveillance des données de localisation des téléphones cellulaires afin de prédire les tendances liées à la pandémie.

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/08/news-scan-aug-31-2020>

<https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/2769771>

Coronavirus : Une étude montre que le refus de porter le masque est lié à une sociopathie

Source : theaustralian.com.au

ID : 1007746009

31 août 2020

PAR RHYS BLAKELY

Les personnes qui refusent de respecter les règles sur le port du masque sont plus susceptibles d'avoir une personnalité sociopathique malveillante, selon ce que suggère une étude.

Les personnes qui manifestaient des signes de la dénommée triade noire des traits de caractère, le narcissisme, le machiavélisme et la psychopathie étaient aussi plus susceptibles de banaliser les risques posés par la COVID-19 et d'éviter de se laver les mains régulièrement et de pratiquer la distanciation physique.

Des chercheurs du Brésil ont demandé à environ 1 600 volontaires de répondre à deux questionnaires souvent utilisés par les psychologues pour déterminer le niveau d'empathie et exposer des troubles de personnalité. Ils ont également demandé aux participants d'indiquer leurs comportements par rapport aux règles et aux lignes directrices conçues pour contenir le virus.

Ils ont ensuite réparti leurs sujets dans deux groupes. Environ 1 200 personnes appartenaient au « groupe de l'empathie », c'est-à-dire ceux qui avaient manifesté un intérêt à comprendre les sentiments et les motivations des autres. Ces personnes tendaient aussi à vouloir « créer des interactions sociales positives » avec les autres.

Le deuxième groupe était formé d'environ 400 personnes qui avaient manifesté des signes de tendances antisociales. Ces personnes avaient tendance à chercher des façons de profiter personnellement de leurs interactions avec les autres. Elles étaient plus susceptibles de se sentir « socialement détachées » et de manifester un comportement hostile.

Elles étaient aussi moins susceptibles de respecter les règles conçues pour limiter la propagation du coronavirus.

https://www.theaustralian.com.au/subscribe/news/1/?sourceCode=TAWEB_WRE170_a&dest=https%3A%2F%2Fwww.theaustralian.com.au%2Fworld%2Fthe-times%2Fcoronavirus-mask-refusal-is-linked-to-sociopathy-study-shows%2Fnews-story%2Fa954a8bc5d01ce727d591b113d5cc555&memtype=anonymous&mode=premium

Étude sur la propagation du SRAS-CoV-2 chez la volaille et les animaux domestiques

Source : The Poultry Site – articles

ID : 1007745118

On sait que bon nombre des nouveaux agents pathogènes pour l'humain, y compris le SRAS-CoV-2, infectent leurs hôtes humains à partir d'autres espèces. En ce qui concerne le SRAS-CoV-2, on se demande souvent si le virus peut infecter des animaux non humains et, si tel est le cas, ce qu'il faut faire pour y réagir. Cette question n'est pas qu'une simple spéculation, étant donné que l'on a déjà signalé quelques infections au SRAS-CoV-2 chez des animaux domestiques et dans des zoos. Dans un rapport publié récemment dans la revue *Science*, on met en lumière la façon dont le SRAS-CoV-2 peut infecter les animaux non humains, ce qui ouvre la voie à des recherches futures qui pourraient être avantageuses pour les humains et pour les animaux.

Dans cette étude, Shi *et coll.* ont mis à l'essai les répercussions du SRAS-CoV-2 chez des furets, des chats, des chiens, des porcs, des poulets et des canards. Les chercheurs vivaient entre autres à collecter des données sur l'évolution de l'infection chez ces animaux, ainsi qu'à explorer la possibilité qu'ils puissent transmettre le virus à certaines des autres espèces. Il était important de réaliser les tests sur ces espèces, étant donné qu'elles cohabitent avec les humains en grand nombre, en tant qu'animaux de compagnie ou domestiques. Le fait de savoir que le SRAS-CoV-2 pose un danger pour ces animaux pourrait faciliter l'élaboration de plans liés aux animaux et à la chaîne d'approvisionnement alimentaire mondiale, en plus de donner des préavis aux vétérinaires et d'indiquer si ces animaux pourraient servir de réservoirs viraux, ce qui préviendrait l'éradication de la maladie chez l'humain. En outre, les furets sont un modèle animal commun pour l'étude des infections respiratoires chez les humains. Par conséquent, il est important pour

les recherches sur des vaccins contre le SRAS-CoV-2 de déterminer s'ils peuvent jouer ce rôle pour ce coronavirus.

Après avoir inoculé des membres de chaque espèce avec le virus, Shi *et coll.* ont extrait de l'ARN viral de divers tissus et effectué un test qPCR au moyen du QuantStudio 5 Real-Time PCR System d'Applied Biosystems. Le fait d'analyser de multiples tissus à des moments différents a permis aux chercheurs de vérifier la propagation du virus dans le corps des modèles au fil du temps. Il s'agit d'un marqueur important de l'ampleur de l'infection de la réponse immunitaire qu'elle déclenche.

Les six espèces étudiées ont affiché plusieurs réponses différentes. Les porcs, les poulets et les canards n'ont manifesté aucune susceptibilité à l'infection au SRAS-CoV-2, étant donné que le virus a été incapable de s'établir dans leurs organismes et de demeurer caché par la suite. Les chiens ont affiché une faible susceptibilité : leurs charges virales étaient plus faibles et on a obtenu la preuve que l'infection perdait rapidement la bataille contre leur système immunitaire, en ne laissant derrière elle que des fragments d'ARN des fragments non infectieux. On a décelé l'infection dans de multiples tissus chez les chats, et celle-ci s'est aggravée au fur et à mesure que l'expérience se poursuivait. Les chats étaient également en mesure de s'infecter les uns les autres par leurs gouttelettes respiratoires. On a également constaté une propagation virale dans les tissus des furets, près du site d'inoculation intranasal, mais pas dans les poumons ou dans d'autres tissus. Certains furets ont manifesté des signes d'une réponse immunitaire hyperactive potentiellement dommageable, ce qui porte à croire que le virus peut se répliquer dans leurs voies respiratoires supérieures, mais pas dans d'autres parties de leur corps, et que le virus peut stimuler de façon excessive leur système immunitaire, comme il le fait chez les humains.

Cette étude montre que les chats, les chiens et les furets peuvent soutenir, du moins, temporairement, une infection au SRAS-CoV-2, que les furets peuvent constituer des modèles expérimentaux utiles pour les recherches sur le virus, et que le SRAS-CoV-2 peut poser un danger possible pour les animaux domestiques et pour les humains.

Il est important de mentionner ce que l'étude montre et ce qu'elle ne montre pas. Comme il en a été question récemment dans un article paru dans la revue *Nature*, Shi *et coll.* n'ont pas mené d'expériences afin de déterminer si les chats pouvaient transmettre le SRAS-CoV-2 aux humains, ou vice versa. Même si le virus tire son origine d'animaux non humains, on ignore encore si les animaux non humains les plus populaires en tant qu'animaux de compagnie à l'échelle mondiale peuvent servir de réservoir viral, ce qui garderait l'infection active encore bien longtemps. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont présenté des recommandations sur le SRAS-CoV-2 et les animaux de compagnies, d'ici à ce que l'on en sache plus sur cette question en particulier.

Les connaissances acquises dans le cadre de cette étude offrent plus d'un avantage possible. Étant donné que le SRAS-CoV-2 n'infectait pas les voies respiratoires des furets, il est possible que protéines de leur surface cellulaire dans cette partie de leur corps soient différentes de celles que l'on trouve chez des espèces plus susceptibles d'être infectées. D'autres études montrent que le SRAS-CoV-2 utilise l'enzyme de conversion de l'angiotensine 2 (ECA-2) en tant que point d'entrée, ce qui fait des différences entre les gènes de l'ECA-2 et les protéines des furets et d'autres espèces plus susceptibles une voie de recherche future importante. Entretemps, on conclut que les furets sont des sujets de recherche idéaux pour les antiviraux et les vaccins contre le SRAS-CoV-2. Plusieurs laboratoires ont d'ailleurs déjà amorcé des recherches en recourant à des furets.

Explorez d'autres solutions de recherche sur le SRAS-CoV-2 de Thermo Fisher Scientific.

<https://tracking.feedpress.com/link/20925/13689617/studying-SRAS-cov-2-spread-in-poultry-and-domestic-animals>

États-Unis

Séroprévalence du SRAS-CoV-2 chez le personnel des soins de santé de première ligne d'un réseau hospitalier multilatéral – 13 centres hospitaliers universitaires, avril à juin 2020

Source : CDC- MMWR

Wesley H. Self, MD1; Mark W. Tenforde, MD, PhD2; William B. Stubblefield, MD1; Leora R. Feldstein, PhD2; Jay S. Steingrub, MD3; Nathan I. Shapiro, MD4; Adit A. Ginde, MD5; Matthew E. Prekker, MD6; Samuel M. Brown, MD7; Ithan D. Peltan, MD7; Michelle N. Gong, MD8; Michael S. Aboodi, MD8; Akram Khan, MD9; Matthew C. Exline, MD10; D. Clark Files, MD11; Kevin W. Gibbs, MD11; Christopher J. Lindsell, PhD1; Todd W. Rice, MD1; Ian D. Jones, MD1; Natasha Halasa, MD1; H. Keipp Talbot, MD1; Carlos G. Grijalva, MD1; Jonathan D. Casey, MD1; David N. Hager, MD, PhD12; Nida Qadir, MD13; Daniel J. Henning, MD14; Melissa M. Coughlin, PhD2; Jarad Schiffer, MS2; Vera Semenova, PhD2; Han Li, PhD2; Natalie J. Thornburg, PhD2; Manish M. Patel, MD2; CDC COVID-19 Response Team; IVY Network (View author affiliations)

Résumé

Que sait-on déjà à propos de ce sujet?

On n'en sait que très peu sur la prévalence et sur les caractéristiques de l'infection par le SRAS-CoV-2 chez le personnel des soins de santé de première ligne aux États-Unis.

Qu'ajoute ce rapport?

Parmi les 3 248 membres du personnel observés, 6 % avaient des anticorps qui prouvaient une infection précédente par le SRAS-CoV-2; 29 % des membres du personnel qui avaient des anticorps contre le SRAS-CoV-2 étaient asymptomatiques au cours des mois précédents et 69 % n'avaient pas reçu auparavant un diagnostic d'infection par le SRAS-CoV-2. La prévalence d'anticorps contre le SRAS-CoV-2 était plus faible chez les membres du personnel qui indiquaient toujours porter le masque pendant qu'ils prodiguaient des soins aux patients (6 %) par rapport à ceux qui ne le faisaient pas (9 %).

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

Une proportion élevée d'infections par le SRAS-CoV-2 chez le personnel des soins de santé semble passer inaperçue. L'utilisation universelle des couvre-visages et l'abaissement des seuils cliniques pour le dépistage pourraient être des stratégies importantes afin de réduire la transmission dans les hôpitaux. Le personnel des soins de santé (PSS) qui prodigue des soins à des patients atteints de la maladie à coronavirus de 2019 (COVID-19) peut être plus susceptible de contracter le SRAS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19. Il est important de comprendre la prévalence de l'infection par le SRAS-CoV-2 chez le PSS de première ligne qui prodigue des soins à des patients atteints de la COVID-19 et les facteurs associés à celle-ci afin de protéger le PSS et les patients qu'il prend en charge. Du 3 avril au 19 juin 2020, des spécimens sériques ont été prélevés auprès d'un échantillon de commodité de PSS de première ligne qui travaillait avec des patients atteints de la COVID-19 à 13 centres hospitaliers universitaires dispersés sur le plan géographique aux États-Unis. Ces spécimens ont par la suite été analysés afin de détecter la présence d'anticorps contre le SRAS-CoV-2. On a demandé aux participants d'indiquer les symptômes possibles de la COVID-19 qu'ils avaient pu manifester depuis le 1^{er} février 2020, de dire s'ils avaient déjà subi un test de dépistage pour une infection grave causée par le SRAS-CoV-2 et d'indiquer s'ils avaient utilisé de l'équipement de protection individuelle (EPI) au cours de la dernière semaine. Parmi les 3 248 participants, 194 (6,0 %) avaient obtenu un résultat positif au test de dépistage d'anticorps contre le SRAS-CoV-2. La séroprévalence par hôpital allait de 0,8 % à 31,2 % (moyenne = 3,6 %). Parmi les 194 patients séropositifs, 56 (29 %) d'entre eux n'avaient manifesté aucun symptôme depuis le 1^{er} février 2020, 68 (44 %) ne croyaient pas avoir contracté la COVID-19 auparavant et 133 (69 %) n'avaient pas déjà obtenu un diagnostic d'infection à la COVID-19. La séroprévalence était plus faible chez les membres du personnel qui indiquaient toujours porter un couvre-visage (défini, aux fins de la présente étude, comme un masque chirurgical, un respirateur N95 ou un appareil de protection respiratoire [APR] à épuration d'air motorisé) pendant qu'ils prodiguaient des soins aux patients (5,6 %), par rapport à ceux qui n'en portaient pas (9,0 % ($p = 0,012$)). Conformément aux membres de la population en général qui sont infectés par le SRAS-CoV-2, bon nombre de PSS de première ligne infectés ont peut-être été asymptomatiques ou à peine symptomatiques pendant leur infection, et celle-ci est peut-être passée inaperçue. Le dépistage

renforcé, ce qui comprend de faire passer plus souvent des tests de dépistage aux PSS de première ligne, et le port universel d'un couvre-visage dans les hôpitaux sont deux stratégies qui pourraient réduire la transmission du SRAS-CoV-2.

Les PSS qui prodiguent des soins à des patients atteints de la COVID-19 sont susceptibles d'être exposés et infectés pendant qu'ils mènent des activités de prise en charge (1, 2). Une fois infectés, ils peuvent transmettre le SRAS-CoV-2 aux patients, à leurs collègues et à d'autres membres de leur communauté. Par conséquent, il est important de comprendre la fréquence de l'infection par le SRAS-CoV-2 chez le PSS de première ligne et les caractéristiques associées à l'infection chez celui-ci afin de planifier des stratégies efficaces pour réduire au minimum le risque de propagation du SRAS-CoV-2 dans les établissements de soins de santé et les communautés connexes (3,4).

La plupart des personnes infectées par le SRAS-CoV-2 développent des anticorps aux protéines du virus une à deux semaines suivant l'infection (5). Les tests sérologiques de dépistage d'anticorps contre le SRAS-CoV-2, quoique leur sensibilité et leur spécificité varient (6), peuvent donner un marqueur utile afin de détecter une infection antérieure par le SRAS-CoV-2. Dans cette étude, les anticorps contre le SRAS-CoV-2 ont été mesurés chez le PSS qui prodiguait régulièrement des soins à des patients atteints de la COVID-19 afin de déterminer s'ils avaient été infectés précédemment et de décrire les caractéristiques associées aux résultats de test séropositifs.

Cette étude a été menée par l'Influenza Vaccine Effectiveness in the Critically Ill (IVY) Network, une collaboration entre des centres hospitaliers universitaires des États-Unis qui mènent des études épidémiologiques sur l'influenza et sur la COVID-19 (1). Treize centres hospitaliers du IVY Network de 12 états ont participé. Chaque hôpital a fait participer un échantillon de commodité de PSS (1) qui avaient régulièrement des contacts directs avec des patients dans des unités hospitalières où l'on traitait des patients adultes atteints de la COVID-19 depuis le 1^{er} février 2020, y compris des services d'urgence (SU), des unités de soins intensifs (USI) et des services d'hospitalisation. On avait l'objectif d'obtenir 250 participants par hôpital, et les volontaires ont participé à l'étude entre le 3 avril et le 19 juin. Les PSS qui ne travaillaient pas parce qu'ils étaient malades ou en quarantaine n'ont pas participé. Les participants ont subi une phlébotomie afin de prélever du sérum et ont répondu aux questions d'un sondage sur les sujets suivants : leurs caractéristiques démographiques, leurs antécédents médicaux, leurs symptômes, leur dépistage clinique antérieur pour une infection grave par le SRAS-CoV-2 et leurs pratiques en ce qui concerne l'EPI quand ils prodiguent des soins à des patients dans des zones où l'on trouve des patients atteints de la COVID-19. On a déterminé que les participants qui ont indiqué avoir manifesté l'un des signes ou symptômes suivants du 1^{er} février 2020 jusqu'à la date de leur participation à l'étude avaient manifesté des symptômes d'une maladie virale grave : fièvre (température supérieure à 99,5 °F [37,5 °C]), toux, essoufflement, myalgie, maux de gorge, vomissements, diarrhées ou altération de l'odorat ou du goût. On a demandé aux participants s'ils croyaient avoir contracté précédemment la COVID-19 (7). Les participants ont également indiqué s'ils avaient utilisé de l'EPI au cours de la dernière semaine et s'ils avaient eux-mêmes vécu au moins un épisode de pénurie d'EPI depuis le 1^{er} février 2020. Une pénurie se définit comme l'incapacité d'accéder à au moins l'un des types d'EPI suivants quand celui-ci était nécessaire pour prodiguer des soins à un patient : masques chirurgicaux, respirateurs N95, APR à épuration d'air motorisés, blouses, gants ou écrans faciaux.

Les CDC ont reçu les spécimens sériques et effectué des analyses afin de détecter des anticorps contre le SRAS-CoV-2 au moyen d'une épreuve immuno-enzymatique contre le domaine extracellulaire de la protéine de spicule du SRAS-CoV-2[†]. Cet essai utilise des anticorps secondaires à immunoglobuline (Ig) anti-pan qui détectent des isotopes d'immunoglobuline du SRAS-CoV-2, y compris IgM, IgG, et IgA. Un spécimen était considéré comme réactif s'il avait un rapport au seuil du signal supérieur à 1,0 à une dilution sérique de 1:100, en apportant des corrections pour le bruit de fond. Les travaux de validation précédents menés avec cette épreuve indiquaient une sensibilité et une spécificité approximatives de 96 % et de 99 % respectivement. L'incidence de la COVID-19 dans la communauté locale a été estimée à partir des résultats aux tests de dépistage du SRAS-CoV-2 déclarés aux départements de santé des comtés où se trouvaient les hôpitaux. Afin d'exprimer l'incidence dans la communauté locale, on a divisé le nombre total de cas d'infection à la COVID-19 signalé au département de santé depuis le début de la pandémie jusqu'à 7 jours après la date de participation du PSS à l'hôpital participant par la population du comté, suivi d'une multiplication par 1 000 (8).

Les participants ont été catégorisés selon qu'il affichait une sérologie positive (c.-à-d. des anticorps contre le SRAS-CoV-2 ont été détectés au seuil ou au-delà de celui-ci) ou négative (c.-à-d. la quantité d'anticorps contre le SRAS-CoV-2 était inférieure au seuil). Les caractéristiques des groupes séropositifs et

séronégatifs ont été comparées au moyen de tests de la somme de rangs de Wilcoxon pour les variables continues et de tests chi carré de Pearson ou de tests exacts de Fisher pour les variables catégoriques. Les analyses statistiques ont été menées au moyen du logiciel Stata (version 16; StataCorp). Cette activité a été examinée par les comités d'examen des centres hospitaliers participants et par les CDC. Elle a été menée conformément aux lois fédérales et aux politiques institutionnelles applicables⁸.

Parmi les 3 248 PSS participants, 1 445 (44 %) étaient des infirmiers ou infirmières, 919 (28 %) étaient des médecins, des infirmiers praticiens ou des adjoints au médecin, 235 (7 %) étaient des inhalothérapeutes et 648 (20 %) avaient d'autres rôles cliniques; le rôle clinique d'un PSS était inconnu. L'âge moyen des participants était de 36 ans et la plupart d'entre eux (80 %) ont indiqué ne présenter aucune condition médicale sous-jacente. Parmi les participants, 1 292 (40 %) ont indiqué travailler principalement dans une USI, 1 139 (35 %), principalement dans un SU, et 817 (25 %), principalement à d'autres endroits. Parmi les 3 248 participants, 194 (6,0 %) avaient des anticorps détectables contre le SRAS-CoV-2. La séroprévalence variait considérablement d'un centre hospitalier à l'autre, allant de 0,8 % (trois établissements) à 31,2 %. La séroprévalence était généralement plus élevée aux centres hospitaliers des comtés où l'incidence cumulative de la COVID-19 dans la communauté locale était élevée ([Figure](#)).

[Haut](#)

Caractéristiques du personnel des soins de santé avec et sans anticorps contre le SRAS-CoV-2

La détection des anticorps contre le SRAS-CoV-2 variait d'un participant à l'autre en fonction de caractéristiques démographiques. La séropositivité était plus faible chez les femmes (5,3 %) que chez les hommes (7,2 %) [$p = 0,03$], et chez les participants blancs non hispaniques (4,4 %) que chez les participants d'un autre groupe racial ou ethnique (9,7 %) [$p < 0,001$]. Les symptômes d'une maladie virale grave depuis le 1^{er} février 2020 étaient plus prévalents chez les participants chez qui des anticorps ont été détectés (71 %) que ceux chez qui aucun anticorps n'a été détecté (4 %) ($p < 0,001$) ([Tableau](#)). Notamment, parmi les 194 participants chez qui des anticorps ont été détectés, 86 (44 %) ont déclaré qu'ils ne croyaient pas avoir contracté la COVID-19 précédemment, 56 (29 %) ont indiqué qu'ils n'avaient manifesté aucun symptôme d'une maladie virale grave depuis le 1^{er} février 2020 et 133 (69 %) n'avaient pas obtenu auparavant un résultat positif à un test de dépistage d'une infection grave par le SRAS-CoV-2. Soixante et un participants ont indiqué avoir obtenu un résultat positif précédemment, ce qui représente 31 % des 194 participants chez qui des anticorps ont été détectés, et 66 % des 92 participants chez qui des anticorps ont été détectés et qui avaient déjà subi un test de dépistage du SRAS-CoV-2.

[Haut](#)

Utilisation d'équipement de protection individuelle

L'utilisation d'un couvre-visage pendant toutes les rencontres cliniques au cours de la semaine précédant la participation à l'étude a été signalée par 2 904 (88 %) participants. On détectait moins souvent des anticorps contre le SRAS-CoV-2 chez les participants qui avaient indiqué porter un couvre-visage pour toutes les rencontres cliniques (6 %) que chez ceux qui ne le faisaient pas (9 %) [$p = 0,012$]. Des pénuries d'EPI depuis le 1^{er} février 2020 ont été déclarées par 398 (12 %) participants; les pénuries de respirateurs N95 (signalées par 5 % des participants) étaient les plus souvent signalées. Dans huit des treize centres hospitaliers, plus de 10 % des participants ont indiqué avoir vécu une pénurie d'EPI. Un pourcentage plus élevé de participants qui avaient indiqué avoir vécu une pénurie d'EPI avaient des anticorps détectables contre le SRAS-CoV-2 (9 %) dans une plus grande proportion que ceux qui avaient indiqué ne pas avoir vécu de pénurie d'EPI (6 %) [$p = 0,009$].

[Haut](#)

Discussion

Chez un échantillon de commodité de PSS qui prodiguaient régulièrement des soins à des patients atteints de la COVID-19 dans 13 centres hospitaliers universitaires américains à partir du 1^{er} février 2020, une preuve d'infection par le SRAS-CoV-2 a été établie pour 6 % d'entre eux, et ce pourcentage variait considérablement selon le lieu, et était habituellement lié à l'incidence cumulative dans la communauté. Parmi les participants qui avaient obtenu un résultat positif au test de dépistage d'anticorps contre le SRAS-CoV-2, environ le tiers ne se souvenait pas d'avoir manifesté des symptômes correspondant à ceux d'une maladie virale grave au cours des mois précédents, près de la moitié ne se doutait pas d'avoir déjà contracté la COVID-19 et les deux tiers environ n'avaient pas déjà obtenu un résultat positif à un test de dépistage qui indiquait une infection aiguë par le SRAS-CoV-2. Ces conclusions portent à croire que certaines infections par le SRAS-CoV-2 chez les PSS de première ligne ne sont pas détectées et pas reconnues, possiblement à cause de la nature à peine symptomatique ou infraclinique de certaines

infections, de symptômes non diagnostiqués, ou d'un dépistage non systématique de certains employés qui ont une infection symptomatique.

Cette étude a donné lieu à la détermination de deux facteurs qui pourraient être liés à l'infection par le SRAS-CoV-2 chez le PSS : les pénuries d'EPI et les interactions avec les patients sans porter de couvre-visage. Ces conclusions mettent en évidence l'importance de maintenir l'approvisionnement en EPI aux hôpitaux qui prennent en charge des patients atteints de la COVID-19 et, en supposant que cet approvisionnement est adéquat, de respecter les politiques qui encouragent le port du masque pendant toutes les interactions entre le PSS et les patients. Le port du masque universel a été associé à un taux considérablement plus bas d'infection chez le PSS (9).

Les conclusions présentées dans ce rapport sont assujetties à au moins quatre limites. Premièrement, il est possible qu'un biais soit survenu si les membres du personnel qui avaient un risque plus élevé ou plus faible d'être infectés étaient moins ou plus susceptibles de se porter volontaires pour l'étude. Par exemple, les PSS qui ne travaillent pas parce qu'ils sont malades ou en quarantaine n'ont pas été recrutés et ils auraient pu être exposés à un risque plus élevé d'infection par le SRAS-CoV-2. Deuxièmement, la séroprévalence est peut-être sous-estimée, si les participants qui avaient été infectés n'avaient pas encore produit une réponse d'anticorps ou si les titres d'anticorps avaient baissé depuis l'infection (10). Troisièmement, aucun renseignement sur les pratiques de prévention et de contrôle des infections à l'échelle de l'établissement qui auraient pu avoir une incidence supplémentaire sur le risque d'exposition n'a été collecté. En outre, aucun modèle à plusieurs variables n'a été utilisé afin d'apporter des rajustements pour les influences confusionnelles. Enfin, chez les PSS séropositifs, l'exposition qui a mené à l'infection par le SRAS-CoV-2 a pu survenir dans l'établissement hospitalier ou dans la communauté et la présente étude n'a pas été en mesure de différencier ces sources d'exposition possibles. En général, la séroprévalence chez le PSS dans les divers établissements était corrélée avec l'incidence de la COVID-19 dans la communauté. Des expositions au SRAS-CoV-2 dans l'hôpital sont peut-être aussi survenues entre des fournisseurs de soins de santé (p. ex., dans les espaces de travail communs).

La preuve d'infection antérieure par le SRAS-CoV-2 a été détectée chez 6 % de PSS de première ligne dans 13 centres hospitaliers universitaires au cours des premières semaines de transmission aux États-Unis, quoique la prévalence variait considérablement d'un endroit à l'autre. Une proportion élevée de membres du personnel ayant des anticorps ne soupçonnaient pas qu'ils avaient déjà été infectés. Le risque de transmission du SRAS-CoV-2 du PSS à d'autres personnes qui se trouvent dans les hôpitaux peut être atténué en respectant les pratiques recommandées, comme le port universel du couvre-visage et les suggestions d'avoir des cohortes de PSS qui prennent exclusivement en charge les patients atteints de la COVID-19. En plus de maintenir l'approvisionnement en EPI et d'instaurer des politiques sur le port universel du couvre-visage pour le PSS au travail, le dépistage accru, y compris le dépistage fréquent du PSS de première ligne, et le port universel du couvre-visage dans les hôpitaux sont des stratégies qui peuvent réduire la transmission du SRAS-Cov-2.

Étude complète

https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6935e2.htm?s_cid=mm6935e2_e&deliveryName=DM36789

Royaume-Uni

GSK et son partenaire Vir se joignent à la course pour trouver un traitement à base d'anticorps contre la COVID-19

Source : *Reuters*

ID : 1007744622

(Reuters) - L'entreprise GlaxoSmithKline et son partenaire Vir Biotechnology ont commencé à mettre à l'essai leur traitement expérimental à base d'anticorps auprès de patients qui viennent de contracter la COVID-19. Ils se lancent ainsi dans la course visant à trouver un gagnant dans une catégorie prometteuse de médicaments antiviraux pour lutter contre la pandémie.

Le fabricant de médicaments britannique a indiqué lundi que l'injection unique de longue durée sera mise à l'essai sur des cas à risque élevé récemment diagnostiqués afin de déterminer si elle peut prévenir l'hospitalisation, habituellement une étape de la maladie où la vie du patient est en danger.

GSK, qui a décidé en avril d'investir 250 millions de dollars dans Vir et accepté de collaborer à la mise au point de l'anticorps, accuse un retard par rapport à ses pairs dans la mise au point de la catégorie.

Regeneron, qui travaille sur la fabrication d'un anticorps avec Roche, s'attend à ce que des données préliminaires sur les essais en cours de son traitement contre la COVID-19 qui combine deux anticorps, soient présentées en septembre.

Eli Lilly, en collaboration avec l'entreprise de biotechnologie AbCellera, a commencé plus tôt ce mois-ci à mener des essais afin de déterminer si son anticorps pouvait prévenir les infections dans les maisons de soins infirmiers. Un essai distinct qui analyse le composé sur des patients qui viennent d'obtenir un diagnostic d'infection à la COVID-19 pourrait générer des données préliminaires en septembre ou peu de temps après.

« Nous arrivons dans la clinique un peu plus tard, et cela s'explique en partie parce que nous avons passé du temps à choisir ce qui sera le meilleur anticorps de sa catégorie, selon nous », a indiqué George Scangos, chef de l'exécutif de Vir, à *Reuters*.

L'anticorps est conçu à la fois pour empêcher le virus d'envahir les cellules et pour recruter des cellules immunitaires afin de tuer les cellules déjà infectées, sans quoi le virus se répliquerait.

Il a également été modifié afin de demeurer efficace pendant plusieurs mois avec une seule dose, et de s'accrocher à une partie de la protéine de spicule externe du virus, qui a montré qu'elle n'avait pas tendance à muter.

Après avoir mis à l'essai le médicament chez 20 participants aux États-Unis pendant deux semaines afin de vérifier l'innocuité du médicament, on étendra l'essai à 1 300 patients à l'échelle mondiale.

GSK a indiqué que les résultats préliminaires pourraient être disponibles d'ici la fin de l'année, tandis que les résultats complets le seront au cours du premier trimestre de 2021. Les patients pourraient donc avoir un accès préliminaire au médicament avant le mois de juin.

Dans la lutte menée contre la pandémie à ce jour, GSK a joué un rôle plus prédominant dans la fourniture d'adjuvants, des propulseurs d'efficacité qui jouent un rôle clé dans de nombreux vaccins.

Parmi les efforts déployés à l'échelle mondiale afin de mettre au point un vaccin contre le virus, qui, à ce jour, a coûté la vie à plus de 800 000 personnes dans le monde, notons les lancements récents d'essais de phase finale. Toutefois, les travaux sur les traitements ont eux aussi passé à la vitesse supérieure.

Tandis que l'une des approches a été de réprimer une réaction excessive dangereuse du système immunitaire, connue sous le nom d'hypercytokinémie, l'autre a été d'empêcher le virus d'envahir les cellules au moyen d'anticorps.

Les anticorps, qui font partie du système immunitaire évolutif du corps, sont habituellement produits par les globules blancs afin de répondre à la présence d'une substance étrangère dans le corps.

Toutefois, des entreprises pharmaceutiques, y compris AstraZeneca et Molecular Partners, travaillent sur des anticorps monoclonaux fabriqués, créés dans des bioréacteurs à partir de cellules vivantes, pour attaquer le virus de façon plus ciblée.

Le recours au plasma de patients rétablis de la COVID-19, qui contient un éventail d'anticorps, est une approche similaire, mais elle s'accompagne souvent d'une logistique plus complexe et donne un résultat de qualité moins uniforme que les anticorps fabriqués.

Dans le cadre de leurs études futures, GSK et Vir prévoient de mener plus d'essais sur la capacité de leur anticorps à prévenir l'infection et à traiter des patients qui sont déjà hospitalisés. Plus tard cette année, ils prévoient de lancer un essai pour un deuxième anticorps né de leur collaboration.

<https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-gsk-vir/gsk-partner-vir-join-race-to-find-covid-19-antibody-treatment-idUSKBN25R1KF>

Événements d'intérêt national

Canada

Déclaration de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada du 31 août 2020

Source : Centre des nouvelles du Canada – Agence de la santé publique du Canada

ID : 1007744642

Déclaration

Le 31 août 2020, Ottawa (Ontario) – Agence de la santé publique du Canada

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

« On a signalé 127 940 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 117 décès. Des personnes infectées, 89 % sont maintenant rétablies. Au cours de la dernière semaine, des laboratoires de partout au Canada ont analysé les tests de dépistage de près de 48 000 personnes en moyenne par jour, dont 0,7 % ont reçu un résultat positif. En moyenne, 435 nouveaux cas ont été signalés chaque jour au cours des sept derniers jours.

Aujourd'hui, c'est la Journée internationale de sensibilisation aux surdoses, un événement mondial qui vise à sensibiliser les gens à ce problème et à réduire la stigmatisation liée aux décès attribuables aux drogues. C'est également l'occasion de reconnaître le chagrin ressenti par les familles et les amis des personnes décédées ou qui ont une blessure permanente à cause d'une surdose de drogues. La crise actuelle de surdoses d'opioïdes au Canada a causé le décès de plus de 15 000 personnes de tous les milieux depuis 2016, laissant trop de personnes de collectivités partout au pays dans le deuil d'êtres chers ayant chacun sa propre histoire.

Nous savons que la consommation de drogues lorsque la personne est seule constitue un important facteur de risque de surdose mortelle. Or, la plupart des décès par surdose au Canada surviennent quand les personnes sont seules chez elles. La stigmatisation y est pour beaucoup. **Les attitudes négatives à l'égard des personnes qui consomment des drogues peuvent pousser ces dernières à cacher leur consommation et les empêcher de demander de l'aide. De plus, les mesures de santé publique visant à atténuer les répercussions de la COVID-19 peuvent accroître l'isolement et créer des obstacles supplémentaires qui empêchent les personnes d'obtenir le soutien dont elles ont besoin. Plus que jamais, nous devons faire preuve de compassion et de solidarité envers les personnes qui consomment des drogues.**

Tous les Canadiens ont un rôle à jouer pour remédier à la crise des surdoses de drogues.

Sachez reconnaître les signes d'une surdose et quoi faire si vous en êtes témoin.

Renseignez-vous sur la naloxone afin de savoir pourquoi vous pouvez l'utiliser en toute sécurité si vous soupçonnez une surdose d'opioïdes et où obtenir une trousse gratuite.

Découvrez pourquoi la stigmatisation empêche les personnes d'obtenir de l'aide et ce que vous pouvez faire pour réduire la stigmatisation liée à la consommation de substances.

Si vous êtes un professionnel de la santé, renseignez-vous davantage sur les moyens de réduire la stigmatisation liée à la consommation de substances au sein du système de santé et sur les outils favorisant une communication humaniste, sécuritaire et non stigmatisante.

Prenez régulièrement des nouvelles de vos collègues, amis et proches qui vivent peut-être seuls ou qui travaillent à domicile et obtenez des conseils sur la façon de parler à un ami ou à un proche de sa consommation de drogues.

Vu la situation difficile et sans précédent que nous vivons, il est important de reconnaître que le trouble lié à la consommation de substances constitue un problème de santé et social, de faire preuve de compassion envers les personnes qui consomment des drogues et de leur offrir le soutien dont elles ont besoin. Nous devons continuer d'unir nos efforts pour prévenir les décès par surdose et réduire les effets néfastes de la consommation de substances, tout en travaillant sans relâche pour atténuer les répercussions de la COVID-19 sur la population canadienne. »

Personnes-ressources

Relations avec les médias

Agence de la santé publique du Canada

613-957-2983

hc.media.sc@canada.ca

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/08/declaration-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-le-31-aout-2020.html>

Événements d'intérêt international

Sans objet

Sans objet