

Rapport quotidien du RMISP pour le 26-10-2020

Section spéciale sur le coronavirus

Canada

Régions du Canada où il y a des cas de COVID-19 en date du 25 octobre 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	216 104	24 729	9 946
Terre-Neuve-et-Labrador	290	11	4
Île-du-Prince-Édouard	64	1	0
Nouvelle-Écosse	1 110	6	65
Nouveau-Brunswick	328	65	6
Québec	100114	9 143	6 143
Ontario	70 373	7 120	3 093
Manitoba	4 249	2 053	54
Saskatchewan	2 729	619	25
Alberta	24 261	3 651	300
Colombie-Britannique	12 554	2 051	256
Yukon	20	5	0
Territoires du Nord-Ouest	9	4	0
Nunavut	0	0	0
Voyageurs rapatriés	13	0	0

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

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

Canada – Éclosions de la maladie à coronavirus (COVID-19) et résultats (document officiel et annonce pour les médias)

Canada

Le premier ministre annonce du financement pour faire avancer la mise au point de technologies canadiennes de vaccins contre la COVID-19

Source : Cabinet du premier ministre du Canada

ID unique : 1008107212

Alors que nous continuons de faire face aux conséquences sanitaires, sociales et économiques de la COVID-19, le gouvernement du Canada poursuit activement l'achat et le développement de vaccins, de traitements et de fournitures connexes afin de protéger les Canadiens contre le virus et de soutenir la relance après la pandémie. À cette fin, il investit dans des projets canadiens et déploie des efforts pour renforcer notre secteur de la biofabrication et notre capacité de lutter contre de futures pandémies grâce à une technologie vaccinale de pointe.

Aujourd'hui, le premier ministre Justin Trudeau a annoncé un investissement pouvant atteindre 173 millions de dollars dans l'entreprise Medicago de Québec. Cet investissement provenant du Fonds stratégique pour l'innovation (FSI) vise à soutenir la réponse du Canada à la COVID-19 et les efforts de préparation du pays. D'une valeur totale de 428 millions de dollars, le projet permettra de réaliser des essais cliniques qui contribueront à faire progresser le développement du vaccin à particules pseudovirales de Medicago. Ce vaccin a été développé à partir de la plateforme de production sur plantes exclusive de l'entreprise. Le projet permettra aussi de mettre sur pied une installation de production de vaccins et d'anticorps à grande échelle afin d'augmenter la capacité de biofabrication du pays.

Le gouvernement a également signé un accord avec Medicago pour obtenir jusqu'à 76 millions de doses de son candidat-vaccin contre la COVID-19, soit une quantité suffisante pour vacciner 38 millions de personnes. Il s'agit du premier candidat-vaccin développé au pays auquel le gouvernement du Canada a eu accès.

De plus, le gouvernement investira jusqu'à 18,2 millions de dollars par le biais du FSI dans l'entreprise de biotechnologie Precision NanoSystems établie à Vancouver. Cet investissement appuiera un projet de 24,27 millions de dollars qui permettra de réaliser des études précliniques et des essais cliniques en vue de faire avancer le développement d'un candidat-vaccin contre la COVID-19. Le gouvernement fournira également jusqu'à 23,2 millions de dollars par l'intermédiaire du Programme d'aide à la recherche industrielle du Conseil national de recherches du Canada pour faire progresser le développement de six candidats-vaccins contre la COVID-19 qui se trouvent à divers stades d'essais cliniques.

Le gouvernement du Canada a maintenant signé des accords avec Medicago, AstraZeneca, Sanofi et GlaxoSmithKline, Johnson & Johnson, Novavax, Pfizer et Moderna. Grâce aux accords signés à ce jour, le gouvernement pourra obtenir jusqu'à 358 millions de doses des différents candidats-vaccins de ces entreprises contre la COVID-19. À l'heure actuelle, trois candidats-vaccins sont à l'étude et de nombreux autres sont en cours d'essais cliniques et de développement.

Citations

« L'annonce d'aujourd'hui témoigne de l'engagement du Canada à trouver des solutions fondées sur des faits pour lutter contre la pandémie mondiale de COVID-19. Alors que nous poursuivons la relance de notre économie en toute sécurité, nous ferons tout ce qu'il faut pour protéger les Canadiens contre la COVID-19 et bâtir un pays plus sain et plus sûr pour tous. Voilà pourquoi nous soutenons notre secteur de la biofabrication, par le biais d'entreprises comme Medicago et Precision NanoSystems, pour mettre au point un vaccin fiable, fabriqué au Canada. »

– Le très honorable Justin Trudeau, premier ministre du Canada

« L'accès à des vaccins sûrs et efficaces est essentiel pour le Canada. Le gouvernement fait sa part pour aider les entreprises canadiennes innovatrices à effectuer les recherches nécessaires pour démontrer que leurs produits répondent aux normes élevées de Santé Canada en matière de sécurité, d'efficacité et de qualité. »

– L'honorable Patty Hajdu, ministre de la Santé

« Notre gouvernement continue de gérer les répercussions de la pandémie, tout en se préparant à de futures vagues. L'investissement d'aujourd'hui aide les entreprises canadiennes Precision NanoSystems et Medicago à mettre au point des candidats-vaccins fabriqués au Canada qui sont conformes aux recommandations du Groupe de travail sur les vaccins contre la COVID-19. L'investissement soutient

également les travaux des chercheurs et des entreprises qui contribuent à la lutte contre la pandémie. Ces efforts s'inscrivent dans le cadre de l'engagement continu de notre gouvernement à protéger la santé et la sécurité de tous les Canadiens. »

– L'honorable Navdeep Bains, ministre de l'Innovation, des Sciences et du Développement économique
« Grâce à cette entente entre le gouvernement du Canada et Medicago, les Canadiens auront accès à un autre candidat-vaccin prometteur contre la COVID-19. Medicago travaille sans relâche ici même au Canada, pour aider à lutter contre la COVID-19 et à protéger la santé et la sécurité des Canadiens. »
<https://pm.gc.ca/fr/nouvelles/communiqués/2020/10/23/premier-ministre-annonce-du-financement-faire-avancer-la-mise-au>

Canada

Allocution de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur la COVID-19, le 23 octobre 2020

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

Discours

Allocution de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada sur la COVID-19, le 23 octobre 2020

On a signalé 209 148 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 862 décès. À l'échelle nationale, il y a près de 23 500 cas actifs. Au cours de la dernière semaine, des laboratoires dans tout le Canada ont analysé quotidiennement les tests de dépistage de presque 75 000 personnes en moyenne, dont 3,1 % ont reçu un résultat positif. En moyenne, plus de 2 400 cas ont été signalés quotidiennement au cours des sept derniers jours. **Le nombre de personnes gravement malades continue d'augmenter. Au cours des sept derniers jours, une moyenne de plus de 1 000 personnes atteintes de la COVID-19 étaient soignées dans des hôpitaux canadiens, dont plus de 200 se trouvaient dans des unités de soins intensifs, et 23 décès étaient signalés en moyenne chaque jour.**

La semaine dernière, le Dr Njoo et moi avons eu l'honneur de prendre la parole à l'ouverture de la conférence annuelle de l'Association canadienne de santé publique, qui s'est déroulée de façon virtuelle cette année. Si nous avons eu la possibilité de réfléchir aux épreuves que nous avons traversées au cours des dix derniers mois, c'était avant tout l'occasion de remercier les effectifs en santé publique du Canada de leur travail extraordinaire, de leur dévouement, de leur détermination, de leur résilience et de leur ingéniosité. Les gens sont une véritable source d'inspiration, et nous tenions à prendre le temps aujourd'hui de souligner leurs efforts à l'**ensemble des Canadiens**.

Le milieu canadien de la santé publique s'est mobilisé et a collaboré comme jamais auparavant pour lutter et maintenir notre réponse. Nous avons tous eu à nous adapter à mesure que de nouveaux renseignements étaient diffusés, tout en nageant dans une immensité d'incertitudes. Malgré tout, les effectifs de santé publique ont enduré les épreuves et demeurent fermement résolus à protéger et à améliorer la santé et la résilience des populations que nous avons le privilège de servir.

Toutefois, malgré les efforts de la santé publique, aucun secteur ne peut à lui seul venir à bout d'une pandémie. Une telle crise touche l'**ensemble de la société**. Autrement dit, les répercussions se sont fait sentir partout, non seulement chez les personnes malades, mais également dans les systèmes sanitaires, sociaux et économiques, ce qui se répercute sur notre bien-être en général. De plus, la capacité de réduire au minimum les effets de la pandémie, aujourd'hui et dans l'avenir, dépend des gestes que nous posons tous, **maintenant**. Plus une pandémie dure longtemps et moins nous faisons tous des efforts pour en limiter les perturbations, plus ses effets se feront sentir.

Dans l'expression « **santé publique** » la notion de « **public** » renvoie au fait non seulement que nous servons la population à titre de professionnels, mais également que les actions collectives du public sont essentielles à l'efficacité et au succès de nos solutions!

Nous pouvons tous apporter notre contribution en limitant nos contacts étroits et en respectant les pratiques de santé publique efficaces et éprouvées : [restez à la maison ou isolez-vous](#) si vous avez des [symptômes](#), maintenez la [distanciation physique](#), [portez un masque au besoin](#), pratiquez une [bonne hygiène des mains et respectez l'étiquette respiratoire](#) et veillez à nettoyer et à désinfecter les [surfaces](#).

Faites-en un peu plus et téléchargez l'application [Alerte COVID](#) pour contribuer à briser le cycle d'infection et aider à limiter la propagation de la COVID-19.

Lisez notre document d'information au sujet [des renseignements et des ressources sur la COVID-19](#) en vue de développer votre savoir-faire sur la question et d'utiliser vos connaissances pour aider, orienter et influencer les autres personnes.

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/10/allocution-de-lacsp--le-23octobre2020.html>

Canada

On dénombre maintenant 55 cas de COVID-19 dans un établissement correctionnel de Calgary où la propagation locale a été confirmée

ID : 1008108522

Source : CBC News

L'éclosion de COVID-19 dans un établissement correctionnel de Calgary a atteint 55 cas, ce qui représente une augmentation considérable depuis l'annonce de l'éclosion, jeudi.

Jeudi, la D^{re} Deena Hinshaw, médecin-hygiéniste en chef de la province, a annoncé que 24 cas avaient été confirmés à l'établissement correctionnel de Calgary.

Vendredi, 50 détenus et cinq membres du personnel avaient obtenu un résultat positif, selon le porte-parole des Services de santé de l'Alberta, James Wood.

M. Wood a indiqué que les cas sont liés à la transmission de la COVID-19 au sein de l'établissement, situé au nord-ouest de Calgary.

« Les mesures d'isolement ont été mises en place, et les cas positifs sont sous surveillance, suivant les directives de la santé publique. Tous les détenus et les membres du personnel se font tester pour la COVID-19 », précise M. Wood dans un courriel.

La population pénitentiaire à l'établissement correctionnel de Calgary, dont la capacité d'accueil est de 427 détenus, peut changer quotidiennement.

M. Wood a signalé que la recherche de contacts qui auraient pu être exposés est en cours et que toutes les unités des détenus sont en isolement.

« Tous les déplacements entre unités ont été suspendus, comme les transferts [et] admissions au sein de l'établissement », ajoute M. Wood. « Des mesures de prévention et de contrôle de l'infection sont en place, y compris le nettoyage plus fréquent et le port d'équipement de protection individuelle ».

Les employés de la prison sont examinés avant leurs quarts de travail afin de s'assurer qu'ils ne présentent pas de symptômes de la COVID-19, a ajouté M. Wood.

Tous les détenus sont surveillés et évalués deux fois par jour. Pour le moment, ils ne présentent que des symptômes légers.

S'exprimant jeudi, quand 24 cas ont été annoncés, Tom Engel, un avocat de la défense pénale d'Edmonton, s'est dit inquiet de la situation dangereuse dans laquelle la prison est sur le point de se trouver.

« Il faut réduire la population immédiatement. L'Alberta s'en tirait plutôt bien au début de la pandémie, mais les mesures prises ne donnent plus de résultats et il faut passer à l'étape suivante », dit-il.

Jeudi, on dénombrait 1 260 cas actifs de COVID-19 à Calgary, en hausse par rapport aux 1 174 cas enregistrés mercredi.

<https://www.cbc.ca/news/canada/calgary/calgary-correctional-centre-tom-engel-covid-19-1.5775092?cmp=rss>

Canada

Sept vols transportant des passagers atteints de la COVID-19 ont transité par l'Alberta en trois jours

Source : 660 NEWS

ID : 1008118515

CALGARY (660 NEWS) – **Des cas d'infection à la COVID-19 ont été confirmés chez des passagers qui se trouvaient à bord de vols qui ont transité par l'Alberta pendant une période de trois jours la semaine dernière.**

Quatre de ces vols ont quitté Calgary à destination d'autres grandes villes canadiennes. Deux autres étaient des vols internationaux à destination de l'Aéroport international de Calgary (YYC) – l'un en provenance de Cancún, l'autre, de Puerto Vallarta (Mexique). Ces six vols ont décollé de Calgary ou y ont atterri le 17 octobre. Le septième vol qui transportait un passager infecté par la COVID-19 au cours de cette période de trois jours arrivait de Vancouver et s'est posé à Edmonton le 19 octobre. On conseille aux passagers qui se trouvaient à bord de l'un ces vols de surveiller leur état de santé pour voir s'ils manifestent des symptômes.

<https://www.660citynews.com/2020/10/25/seven-flights-with-covid19-cases-passed-through-alberta/>

Canada

Un premier cas de la COVID-19 recensé chez un chien dans la région du Niagara

Source : TORONTO STAR

ID : 1008119610

Des chercheurs ont recensé le premier cas confirmé de la COVID-19 chez un chien au Canada, mais les propriétaires d'animaux de compagnie ne doivent pas pour autant céder à la panique.

Le chien appartient à un ménage de la région du Niagara dont quatre des six membres ont obtenu un résultat positif. Le compagnon canin de la famille ne manifestait aucun symptôme et affichait une charge virale faible. Selon des experts, cela porte à croire que les chiens demeurent exposés à un risque relativement faible de devenir gravement malades ou de mourir après avoir contracté la COVID-19.

Scott Weese, vétérinaire spécialiste des maladies internes du Centre for Public Health and Zoonoses de l'Université de Guelph, fait partie de l'équipe qui a dépisté le cas dans la région de Niagara. Cette découverte est intéressante du point de vue de la recherche, dit-il, mais elle ne change rien aux conseils en vigueur : Si les propriétaires d'animaux de compagnie sont en isolement, ils doivent aussi s'efforcer de limiter les contacts de leur animal avec d'autres.

« De toute évidence, cette pandémie est presque exclusivement dictée par les personnes », dit M. Weese. « En fin de compte, nous voulons qu'elle demeure une maladie purement humaine, parce qu'il est plus facile de la contenir ainsi. »

Cet effort de limitation repose en partie sur la compréhension du lien entre la santé des animaux et des humains pendant la pandémie, et ce, même si l'on croit que les animaux ne jouent qu'un rôle très mineur dans la transmission, ajoute-t-il.

« Nous tentons de prouver qu'ils ne posent aucun problème, plutôt que d'espérer qu'il n'y a aucun problème », dit M. Weese.

Cette recherche ne vient pas sans problème sur le plan de la logistique : M. Weese et ses collègues membres de la faculté comptent sur les pistes qu'ils trouvent dans les médias sociaux, et auprès des vétérinaires et des travailleurs de la santé publique sur les familles dont l'animal aurait pu être exposé. Ils doivent effectuer le dépistage dans des délais serrés.

« Il faut qu'une personne devienne infectée, qu'elle se rende ensuite à un centre de dépistage et qu'elle demande d'obtenir les résultats. Ensuite, elle doit communiquer avec nous et nous devons nous rendre chez elle. Si nous ne le faisons pas dans la semaine suivante, nous obtiendrons probablement un résultat négatif de toute façon. »

Voilà pourquoi il n'est pas surprenant qu'un seul cas ait été confirmé chez les canidés, dit M. Weese, même s'il a soumis environ 45 animaux à un test de dépistage depuis le début de la pandémie.

« À mon avis, dans bien des cas où nous nous sommes rendus dans des foyers afin de prélever un échantillon, nous étions probablement en présence d'animaux qui étaient positifs, mais nous avons été incapables de le confirmer », dit-il.

Dans l'avis émis la semaine dernière, le Bureau du vétérinaire en chef de la province a indiqué aux personnes manifestant des symptômes de la COVID-19 de « prendre les mêmes mesures de contrôle de l'infection » avec leurs animaux qu'avec d'autres personnes. On leur demande entre autres de garder leurs animaux à l'intérieur et de limiter leurs contacts avec toute personne autre que son fournisseur de soins principal.

« Nous ne voulons pas que le chat d'une personne devienne infecté et qu'il infecte ensuite des espèces sauvages, comme des rats laveurs, et que cela devienne une source possible de plus à laquelle nous devons penser », dit M. Weese.

À l'extérieur de la sphère des animaux de compagnie, on recense des données probantes sur la sensibilité particulière du vison au virus : plus d'un million de ces animaux ont été euthanasiés aux Pays-Bas et en Espagne par précaution à la suite d'éclosions dans des fermes.

« Cela ne fait que nous rappeler ce que nous disons depuis le mois de janvier : nous devons trouver les problèmes », affirme M. Weese. « C'est une bonne chose que le principal animal d'élevage qui pose problème soit le vison; les porcs, les bovins ou la volaille ne nous inquiètent pas outre mesure. »

En dépit des inquiétudes soulevées au départ selon lesquelles le virus pouvait demeurer dans le pelage des animaux, il ne s'agirait plus d'une « source d'infection importante », indique M. Weese. La maladie est plus susceptible de se propager à la suite d'un contact avec le nez, avec la bouche et avec les excréments des animaux infectés, même si les animaux n'étaient contagieux que pendant une courte période.

Les chiens semblent résister assez bien au virus, tandis que les chats seraient plus susceptibles de manifester des symptômes (quoique la gravité de ces symptômes varie, comme c'est le cas chez les humains), précise M. Weese.

La province ne recommande pas de faire subir un test de dépistage aux animaux, sauf dans le cas d'une étude ou si vous êtes un éleveur de visons. Les vétérinaires sont toutefois encouragés à communiquer avec le Bureau du vétérinaire en chef de l'Ontario s'ils soupçonnent qu'un animal de compagnie a été exposé au virus.

En ce qui concerne le foyer de la région du Niagara, M. Weese indique que ses résidents humains et canins se portent bien.

<https://www.thestar.com/news/gta/2020/10/25/a-niagara-area-dog-first-in-canada-to-test-positive-for-covid-19.html>

Canada

Trop d'angles morts : Pourquoi nous payons encore le prix de la lente réponse du gouvernement à la COVID-19

Source : Ottawa Citizen

ID : 1008099961

Quand le virus nous a finalement frappés, il se trouve que nous ne recherchions pas les bonnes choses et que nous regardions dans la mauvaise direction.

Pire encore, au beau milieu d'une hausse rapide du nombre de nouveaux cas, cet automne, beaucoup trop d'entre nous sous-estiment encore le virus SARS-CoV-2, l'agent pathogène qui cause la COVID-19. C'est pour cette raison que nos systèmes de dépistage et de recherche de contacts ont été surchargés.

Cette vidéo n'a pu être chargée, veuillez nous excuser.

Essayez de rafraîchir votre navigateur ou appuyez ici pour consulter les autres vidéos réalisées par notre équipe.

Trop d'angles morts : Pourquoi nous payons encore le prix de la lente réponse du gouvernement à la COVID-19 Retour à la vidéo

Le résultat, comme ce rapport spécial l'indique clairement, est le suivant : nous avons toujours eu une ou deux longueurs de retard dans la guerre que nous livrons afin de maîtriser le nouveau coronavirus.

Dès le début, les autorités de santé fédérales n'ont pas tiré les bonnes conclusions sur la propagation du virus, et ce, malgré les multiples éléments de preuve bien en évidence. Plus intrigant encore, elles ont repoussé la mise en place de mesures de bon sens, comme le port obligatoire des masques non médicaux. Si elles avaient agi de la sorte, elles auraient pu freiner la hausse rapide au départ des cas d'infections de COVID-19 et des hospitalisations qui en ont découlé.

Nous avons finalement pris le contrôle de la situation, particulièrement dans la région de l'Atlantique. Toutefois, ce retard a signifié que le Canada se trouve en milieu de peloton en ce qui concerne la réussite de son intervention. Nous avons bien mieux réussi que les États-Unis à réduire la charge de cas dans les hôpitaux et le nombre de décès par habitant. Notre bilan fait toutefois pâle figure par rapport à ceux de la Nouvelle-Zélande, de l'Australie, de la Corée du Sud, du Vietnam, de Taïwan et de la grande partie des pays scandinaves.

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

Theresa Tam, l'administratrice en chef de la santé publique du Canada, au centre, parle pendant une conférence de presse sur le coronavirus à Ottawa (Ontario), au Canada, le mercredi 11 mars 2020. Photo de David Kawai/Bloomberg

Bon nombre des pays qui font partie du groupe susmentionné ont la chance d'être éloignés sur le plan géographique. Ils ont toutefois un autre point en commun, qui s'est avéré crucial dans la gestion de la pandémie : des chefs de gouvernement qui inspiraient soit la confiance soit la crainte, et des experts de santé publique qui les ont convaincus qu'ils devaient agir sans tarder pour limiter les déplacements au-delà de leurs frontières et fermer des pans entiers de leurs économies.

Suite du contenu de l'article

Grâce à leurs actions, le virus n'a pas eu carte blanche, ce qui a permis aux autorités de lancer tout ce qu'elles avaient sous la main pour éteindre les feux occasionnels. Cela contraste fortement avec le Canada, qui est aux prises avec de graves lacunes dans ses connaissances sur la propagation du virus dans la population. Quand des éclosions sont survenues, particulièrement dans les points chauds du centre du Canada, les gouvernements ont été contraints d'imposer des confinements maladroits dans des régions complètes plutôt que des quarantaines ciblées.

C'est pourquoi tant d'entre nous voient arriver l'hiver à leurs portes dans un brouillard démoralisant d'incertitude : combien de temps encore devons-nous endurer cette autre réalité? Si le Canada avait agi rapidement dès le début, et qu'il n'avait pas gaspillé tous les gains que le confinement national du printemps dernier a permis de réaliser au chapitre de la santé, nous nous trouverions aujourd'hui dans une situation bien différente.

**

Le premier ministre de Taïwan, Su Tseng-chang, n'a laissé planer aucun doute sur l'ampleur de la crise sanitaire sur le point de se dérouler.

Ce pays insulaire avait confirmé la veille à peine, soit le 22 janvier, son premier cas confirmé de COVID-19. Après avoir été mis au fait par les meilleurs épidémiologistes de son pays, le premier ministre Su a déclaré que tous les efforts déployés à l'échelle nationale afin de prévenir une épidémie de COVID-19 seraient considérés comme « une mission de combat ». Il a également bien fait comprendre que « tous les organismes gouvernementaux doivent intervenir rapidement ».

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

Il voulait dire « plus rapidement ».

À peine les représentants locaux de la santé en Chine avaient-ils reconnu des cas de pneumonie d'origine inconnue, à la fin du mois de décembre, que Taïwan menait des inspections à bord des vols directs en provenance de Wuhan, qui semblait être l'épicentre de l'éclosion du virus. Taïwan, qui se doutait que l'on cachait des choses, a également dépêché deux de ses experts en santé principaux à Wuhan le 13 janvier pour une première évaluation.

Dans cette photo d'archives, prise le 3 mars 2020, des enfants portant des masques quittent leur école primaire à la fin de la journée dans le district de Xindian, à Nouveau Taipei. Photo de SAM YEH/AFP via Getty Images

Ils ont conclu que la transmission de personne à personne du virus ne pouvait pas être écartée et tenu une conférence de presse quelques jours plus tard, à leur retour à Taïwan. Taïwan s'est préparé au pire, et ce, même s'il n'allait devenir évident que des semaines plus tard que le virus se propageait de façon asymptomatique. Ainsi, il se trouve que le pays avait mis en place les stratégies pour lutter contre un tel scénario.

Entre autres mesures, Taïwan a distribué des millions de masques chirurgicaux aux dépanneurs et a mis en action un plan visant à quadrupler la production de masques. On a formé une petite armée de travailleurs de la santé afin de suivre et de retracer la propagation de l'infection.

Cette attitude de temps de guerre affichée par Taïwan allait influencer considérablement le cours des choses dans les semaines qui allaient suivre, et elle tranchait avec l'approche beaucoup plus délibérée adoptée par la plupart des autres pays, y compris le Canada, ainsi que l'Organisation mondiale de la Santé, l'organisme des Nations Unies responsable de surveiller les éclosions de maladies et d'y répondre.

Le jour où le premier ministre Su a lancé son appel aux armes, le Canada a mis en activité un centre d'opérations pangouvernemental pour la COVID-19 dans un petit complexe de bureaux sur l'avenue Laurier, au centre-ville d'Ottawa. Même si le Canada allait enregistrer son premier cas confirmé d'infection

à la COVID-19 le 25 janvier, le sentiment d'urgence nationale n'allait se manifester que près de deux mois plus tard.

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

Les chiffres parlent d'eux-mêmes. À la mi-octobre, le nombre de cas de COVID-19 recensés pendant la pandémie au Canada atteignait 186 000, ce qui comprend près de 9 700 décès.

Au cours de la même période, Taïwan, dont la population correspond à près des deux tiers de celle du Canada, avait enregistré 529 cas, y compris sept décès.

**

Le grand mystère, bien entendu, est de savoir pourquoi le Canada a été aussi paralysé devant l'avancée du virus.

Bien des critiques ont été dirigées vers le Parti libéral pour ne pas avoir suffisamment financé le Réseau mondial d'information en santé publique, une unité établie il y a 23 ans au sein de l'Agence de la santé publique du Canada qui examine les journaux, les blogues et les sites Web gouvernementaux du monde entier afin d'y repérer des signes de problèmes sanitaires émergents.

L'avertissement précoce ne semble toutefois pas avoir été le problème dans le cas de la COVID-19.

Des centaines de professionnels médicaux et de fonctionnaires de la santé sont abonnés à FluTrackers.com et à ProMED, des publications qui ont lancé des avertissements au sujet de l'écllosion d'une mystérieuse pneumonie à Wuhan le 31 et le 30 décembre respectivement.

Le Dr Kamran Khan, fondateur et chef de la direction de l'entreprise BlueDot, de Toronto, pose pendant une entrevue à son bureau de Toronto, au Canada, le 14 février 2020. Photo de JORGE UZON/AFP via Getty Images

BlueDot, une entreprise privée de Toronto qui compte parmi ses clients le ministère des Affaires étrangères et Santé Canada, a elle aussi capté les rapports de médias locaux le 31 décembre en provenance de la Chine. BlueDot a traité des données provenant des appareils mobiles et sur le trafic de passagers aériens afin de prédire, avec exactitude dans bien des cas, l'endroit où une épidémie possible pourrait se propager.

Le Dr Kamran Khan, fondateur de l'entreprise, a acheminé une copie de ses conclusions au début du mois de janvier à Theresa Tam, l'administratrice en chef de la santé publique. Le 6 janvier, cette dernière a informé ses collègues par courriel qu'elle planifiait d'utiliser la plateforme de renseignements sur les épidémies de BlueDot afin de modéliser les événements en cours à Wuhan.

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

Ils étaient au courant du virus et de sa trajectoire initiale probable, mais ils ignoraient ce qui alimentait sa transmission.

BlueDot a fait remarquer, le 14 janvier, que l'on ignorait s'il y avait transmission de personne à personne du virus. Dans le numéro du 27 janvier du Journal of Travel Medicine, l'entreprise a écrit que l'efficacité avec laquelle le virus se transmettait entre personnes demeurerait l'un des grands inconnus. La transmission du virus par des personnes asymptomatiques n'a pas été abordée directement.

« Nos algorithmes collectent des renseignements sur les épidémies et prévoient leur propagation probable », a mentionné le Dr Khan dans un courriel envoyé au Ottawa Citizen. « Nous collectons des renseignements cliniques sur les nouveaux pathogènes dans la littérature scientifique et médicale examinée par des pairs. »

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), créée en 2004 à la suite de l'épidémie du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), s'est penchée sur la possibilité de transmission asymptomatique et présymptomatique dès le début, mais a tardé à évaluer les données probantes scientifiques. Dans ses réponses aux demandes de renseignements du Ottawa Citizen, l'Agence a indiqué qu'elle avait mené des « examens rapides » sur cette question en février, en mars, en avril et en juin afin de « mettre au courant de nouvelles données probantes au fur et à mesure qu'elles évoluaient ».

L'ASPC a indiqué qu'en date du 26 février, elle était au courant de cinq publications dans lesquelles on sous-entendait qu'une transmission asymptomatique avait eu lieu. L'Agence a ajouté que le 24 mars, on comptait 34 études à ce sujet. « Les données probantes commençaient à définir certains paramètres quant au nombre de jours pendant lesquels une personne pouvait transmettre le SARS-CoV-2 avant l'infection et quant à la proportion de personnes infectées qui ne manifestent jamais de symptômes », a dit l'ASPC.

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

Un patient est escorté à l'extérieur de l'hôpital Grace de Scarborough en fauteuil roulant par un membre de la sécurité pendant l'éclosion du SRAS de 2003. Craig Robertson, Toronto Sun

Pourquoi une réponse aussi délibérée? Cela s'explique en partie par l'expérience acquise précédemment. Les principaux responsables de la santé publique au Canada ainsi que l'Organisation mondiale de la Santé ont d'abord examiné la COVID-19 sous un angle défini par les épidémies survenues récemment, notamment celle de H1N1 et du SRAS, et par les coronavirus à leur origine. En effet, le coronavirus qui cause le SRAS partage 70 % de la séquence génétique du SARS-CoV-2.

« Au début de la pandémie, on ne possédait que très peu de données sur le SARS-CoV-2 et sur sa transmission », indique l'ASPC. « Du coup, on s'est servi des connaissances sur les autres virus pour comprendre ses attributs possibles ».

Cette approche a offert un certain niveau de confort au départ. Au cours d'une période de neuf mois s'échelonnant jusqu'en août 2003, on estime que 8 500 personnes ont reçu un diagnostic d'infection au SRAS à l'échelle mondiale, et neuf cents d'entre elles en sont décédées. Le Canada, le pays le plus touché à l'extérieur de la Chine, a enregistré 438 cas probables et 41 décès, la plupart dans la région de Toronto. Ces chiffres donnent à réfléchir, certes, mais ils sont bien loin de ceux que nous voyons à l'heure actuelle.

« Les modèles pour le SRAS original et pour l'influenza, qui ressemblaient le plus à la COVID-19, portaient à croire que la transmission asymptomatique était peu probable », dit le Dr Michael Libman, expert en maladies infectieuses de l'Université McGill, au Ottawa Citizen. Il ajoute que la Chine était aux prises avec l'éclosion de COVID-19 depuis un mois à ce moment-là et qu'elle n'avait pas déterminé clairement que la propagation asymptomatique était problématique.

« Nous savons maintenant que la Chine était totalement dépassée par l'éclosion », ajoute le Dr Libman, « et qu'elle ne disposait pas des ressources pour se pencher adéquatement sur la question de la transmission ».

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

Étant donné que les éclosions précédentes de SRAS et de H1N1 se propageaient principalement par des personnes qui manifestaient des symptômes évidents, comme la toux, la fièvre et la pneumonie, les travailleurs médicaux ont eu plus de facilité à isoler les virus.

La COVID-19 est différente.

Les responsables canadiens de la santé ont laissé passer deux occasions de tirer plus rapidement une conclusion sur les propriétés furtives du virus et sur leur conséquence, soit que la distanciation physique et le port du masque sont les meilleures façons de le contenir jusqu'à ce que les fabricants de médicaments parviennent à développer un vaccin ou un traitement.

Les premières pistes n'étaient pas seulement bien en vue, elles ont été portées à l'attention des hauts fonctionnaires de la santé dans la région de la capitale nationale. Le Canada s'est donc retrouvé dans une situation qui le laissait beaucoup plus vulnérable à la COVID-19 qu'il ne l'aurait été autrement.

**

OTTAWA – LE 12 MARS 2020 Les étagères où l'on trouve habituellement des produits de toilette sont vidées, au magasin Independent de Manotick. Photo de Julie Oliver/Postmedia

Le Dr Libman a été l'un des premiers à le constater. L'une de ses collègues, la Dr^e Camilla Rothe, qui pratique au centre hospitalier de l'Université de Munich, a corédigé un rapport publié dans le New England Journal of Medicine le 30 janvier. Ce court article, de deux pages à peine, contenait toutefois un message frappant :

Il suggérait que des personnes asymptomatiques pouvaient transmettre la COVID-19.

« Le fait que des personnes asymptomatiques soient des sources potentielles d'infection (au coronavirus) pourrait justifier une réévaluation de la dynamique de transmission de l'éclosion en cours », a conclu la Dr^e Rothe.

C'était le moins que l'on puisse dire.

« La maladie finira sans doute par s'étendre aux quatre coins du monde », a écrit le Dr Libman à la Dr^e Rothe dans un courriel daté du 4 février après avoir lu son rapport.

Le message du Dr Libman, que celui-ci a confirmé auprès du Ottawa Citizen, a été une voix d'appui bienvenue pour la Dr^e Rothe, qui à ce moment-là était stupéfiée par le nombre de réactions négatives qu'elle s'était attirées de chercheurs du monde entier.

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

Dans son article, la D^{re} Rothe se penchait sur le premier cas confirmé de COVID-19 en Allemagne, celui d'un employé âgé de 33 ans d'une entreprise de pièces automobile qui avait été en contact avec un collègue d'affaire asymptomatique en visite de la Chine. La controverse portait sur la question de savoir si le collègue en question ne manifestait réellement aucun symptôme ou si ses symptômes étaient si légers qu'ils n'avaient pas été décelés.

Dans le numéro du 3 février 2020 du journal Science, on mettait en question les observations de la D^{re} Rothe, en invoquant les inquiétudes soulevées par un deuxième groupe de chercheurs allemands. Le lendemain, une haute dirigeante de l'OME, la D^{re} Sylvie Briand, a gazouillé un lien menant à l'article de Science.

L'administratrice en chef de la santé publique, la Dre Theresa Tam, participe à la séance d'information quotidienne sur la pandémie de COVID-19 à Ottawa, le 4 juin 2020. Photo de Sean Kilpatrick

La Dre Theresa Tam a donné son point de vue. « En fait, l'étude du New England Journal of Medicine a été réfutée. La personne asymptomatique ne l'était pas et elle prenait, par exemple, des médicaments contre la fièvre », a-t-elle témoigné lors de sa comparution devant un Comité de la Chambre des communes, le 5 février.

« Il importait beaucoup de le vérifier et de le corriger », a ajouté la D^{re} Tam. « Je suis très heureuse que des scientifiques allemands et l'OSM l'aient fait. »

Ils ne l'avaient toutefois pas fait. Selon le New York Times, des membres du personnel médical bavarois avaient étudié de multiples cas d'infection à la COVID-19. Ils ont conclu, au courant de la deuxième semaine du mois de février, que la propagation asymptomatique était en cause et ont acheminé leur recherche à l'OMS et au Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

« J'avais l'avantage de connaître la Dre Rothe », a fait remarquer le Dr Libman, « et je savais à quel point elle est méticuleuse et consciencieuse ».

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

« Naturellement, personne ne voulait croire à la transmission asymptomatique, car cela aura indiqué un problème difficile à contrôler », a ajouté le D^r Libman. « Les humains ont malheureusement tendance à avoir de la difficulté à accepter les idées qu'ils souhaitent ardemment être fausses ».

Le 28 mars, la D^{re} Tam disait aux Canadiens « les personnes qui se portent bien n'ont pas à porter de masque ». Trois jours plus tard, elle a modifié sa consigne en reconnaissant que les masques non chirurgicaux pouvaient contribuer à enrayer la COVID-19.

« Les lignes directrices de l'OMS sont l'une des nombreuses ressources qui éclairent les directives canadiennes sur les masques non chirurgicaux », a répondu l'ASPC au nom de la D^{re} Tam. « Nous suivons aussi de près la nouvelle littérature scientifique et les expériences d'autres administrations.

À la lumière des données probantes sur la transmission présymptomatique et asymptomatique, nous sommes arrivés à un consensus (fédéral-provincial-territorial) selon lequel le port du masque non chirurgical était une mesure supplémentaire qui pouvait être prise » a ajouté l'ASPC.

C'est également le 28 mars que le D^r Robert Redfield, directeur des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies aux États-Unis a indiqué qu'une personne infectée sur quatre transmettait le virus 48 heures avant de manifester des symptômes.

Le directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, pendant une réunion de l'OMS à Genève. Photo de Christopher Black/Organisation mondiale de la Santé/AFP

Les scientifiques de l'OMS demeuraient toutefois prudents au début de l'été.

« La COVID-19 se transmet par des personnes présymptomatiques ou symptomatiques », a fait remarquer l'OMS dans un mémoire scientifique publié le 9 juillet. « Des personnes infectées et qui demeurent asymptomatiques peuvent aussi transmettre la maladie, mais l'on ne comprend pas encore tout à fait l'étendue de ce mode de transmission. Il faut de toute urgence mener d'autres recherches ».

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

En plein cœur d'une pandémie qui se définit par une propagation rapide, cependant, le confinement rapide et en cas d'échec, les mesures d'atténuation sont aussi importants. Le Canada avait une autre occasion rapide de le comprendre. Une fois de plus, il a manqué les signaux.

**

Le 3 février, un navire de croisière de 18 étages avec 2 666 passagers à bord, dont 251 étaient Canadiens, se préparait à accoster à Yokohama (Japon). Le Diamond Princess, en exploitation depuis 2004, arrivait au terme d'une croisière de deux semaines, au cours de laquelle il s'était promené en Chine, à Hong Kong et à Taïwan.

Le navire était sur le point de devenir une expérience biologique qui allait beaucoup éclairer le taux de reproduction du coronavirus.

Deux jours plus tôt, le gouvernement de Hong Kong avait indiqué que l'un des passagers du navire, un homme de 80 ans qui était débarqué le 25 janvier dans l'ancienne colonie britannique, avait été déclaré positif à la COVID-19.

Des agents en habits de protection sont entrés à bord du Diamond Princess à l'arrivée du navire au terminal de croisière du port de Daikoku, à Yokohama, au sud de Tokyo (Japon), le 7 février 2020. Photo de KIM KYUNG-HOON/REUTERS

Jouant de prudence, le Japon a mis le navire en quarantaine et commencé à faire subir des tests de dépistage aux passagers. Quarante-huit heures plus tard, on confirmait les 10 premiers cas à bord.

Le 23 février, près de 700 personnes avaient obtenu un résultat positif, et près de la moitié d'entre elles ne manifestaient aucun symptôme, selon une étude sur l'éclosion à bord du Diamond Princess publiée par la Society for Disaster Medicine and Public Health.

Épidémiologistes et fonctionnaires de la santé étaient stupéfiés. Des douzaines de fonctionnaires américains et de chercheurs indépendants se sont échangé des courriels régulièrement au cours du mois de février, de plus en plus sous le choc.

« Ce qui s'est produit sur le navire de croisière est un aperçu de ce qui se produira quand le virus fera son entrée dans le système de soins de santé des États-Unis (sans compter les populations en établissement à risque élevé, comme les maisons de soins infirmiers) », a indiqué le Dr Carter E. Mecher, conseiller médical principal pour le département des Anciens combattants des États-Unis, dans un article très clairvoyant daté du 20 février. « Je doute que les gens comprennent ce qui se pointe à l'horizon »

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

Treize jours plus tôt, quand à peine 70 passagers du Diamond Princess avaient obtenu un résultat positif pour la COVID-19, la D^{re} Eva K. Lee, chercheuse affiliée au Georgia Institute of Technology, était aussi attentive.

« Cette (pandémie) renforce aussi la notion selon laquelle la distanciation physique doit être mise en place dès maintenant, et pas plus tard », a écrit la Dre Lee dans la même chaîne de courriels, obtenue à la suite de demandes d'accès à l'information présentées à des fonctionnaires locaux par Kaiser Health News et par le New York Times en vertu de la *Freedom of Information Act*. « La capacité de dépistage demeure cruciale », a ajouté la D^{re} Lee. « Toutefois, étant donné la capacité de dépistage limitée, nous devons effectuer judicieusement notre échantillonnage ».

La date du courriel envoyé par la D^{re} Lee, le 10 février, est importante. Le Canada avait déjà transporté des centaines de ressortissants de la Chine avec la base des Forces canadiennes de Trenton (Ontario) où ils étaient en quarantaine pendant deux semaines. À ce moment, des aéronefs militaires se préparaient à escorter des passagers du Diamond Princess vers les installations de NAV CANADA à Cornwall pour une mise en quarantaine similaire.

Les courriels internes envoyés par le sous-ministre adjoint de Sécurité publique Canada, Patrick Tanguy, sont révélateurs. Dans une mise à jour envoyée le 17 février à de hauts fonctionnaires de multiples ministères, il indique que 355 passagers du Diamond Princess avaient déjà obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19. Dans sa liste de distribution de courriel, on trouve les noms suivants : la présidente de l'Agence de la santé publique du Canada, Tina Namiesniowski, et l'administratrice en chef de la santé publique, la D^{re} Theresa Tam.

Dans le courriel qu'il envoie le lendemain, M. Tanguy fait remarquer que le nombre de résultats de test positifs à bord du navire avait bondi de 100 cas supplémentaires. Le 20 février, il a écrit que le nombre de cas était passé à 542, y compris 47 Canadiens.

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

À la suite de l'augmentation du nombre d'infections, Jonathan Vance, Chef d'état-major de la défense, a écrit ceci à ses hauts responsables militaires et civils. « Nous ignorons toujours le nombre total de personnes infectées qui manifestent des symptômes légers ou aucun symptôme », écrit-il. « Il faut avoir plus d'information et mener plus d'analyses ».

Le Chef d'état-major de la défense, Jonathan Vance, s'exprime à l'occasion d'une cérémonie de passation de commandement des forces d'opérations spéciales du Canada à Ottawa, le 25 avril 2018. Photo par LA PRESSE CANADIENNE/Patrick Doyle

Ce genre de détail crucial devrait attendre : le ministère de M. Vance était responsable de ramener par avion des passagers du Diamond Princess au Canada et le Cabinet voulait que cela se fasse. Une fois de retour au pays, l'Agence de Mme Namiesniowski serait responsable des passagers du navire de croisière. Dans sa note d'information, M. Vance indiquait que le risque pour le personnel des Forces armées canadiennes responsables d'effectuer le dépistage des passagers était « considéré comme moyen ». M. Vance ajoute que, nonobstant cette évaluation, si les passagers ont subi un dépistage préalable au Japon et qu'ils ne faisaient pas de fièvre et n'affichaient aucun autre symptôme, le risque pour le personnel militaire qui les prenait en charge serait « réduit en conséquence à un niveau faible ».

Il s'agissait du même niveau de risque que celui déterminé par l'Agence de la santé publique du Canada pour les Canadiens en général face à la pandémie mondiale.

L'ASPC, qui compte 2 400 employés, dont 60 % travaillent dans la région de la capitale nationale et près de 25 % au Manitoba, où l'on trouve le Laboratoire national de microbiologie, est une entité assez importante.

Elle a la mission centrale de surveiller les maladies infectieuses allant de la salmonelle à l'influenza. Toutefois, la surveillance qu'elle exerce dépend considérablement des données provenant des provinces et, à l'échelle internationale, de l'OMS, des Centres pour le contrôle et la prévention des maladies aux États-Unis et du Centre européen de prévention et de contrôle des maladies.

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

En raison de son rôle de coordonnateur de l'information, l'ASPC est un organisme de processus, souvent d'aucun secours quand vient le temps de prendre rapidement des solutions. C'est ce qui est ressorti de manière évidente du témoignage de ses hauts fonctionnaires au printemps dernier devant un comité de la Chambre des communes.

Le 22 avril, Sally Thornton, vice-présidente de la Direction générale de l'infrastructure de sécurité sanitaire de l'ASPC, a dit ceci au sujet du changement d'orientation de l'Agence sur la façon dont le virus se propageait.

« En ce qui concerne l'apprentissage continu, nous prenons des notes », a-t-elle dit au comité. « Par exemple, nous avons commencé récemment à nous intéresser non seulement aux personnes symptomatiques, mais également aux personnes asymptomatiques, car nous avons appris qu'elles pouvaient transmettre le virus. »

Elle s'est exprimée ainsi près de trois mois après que la D^{re} Rothe avait signalé pour la première fois un cas de porteur asymptomatique en Allemagne.

Quelques semaines plus tôt, la présidente de l'ASPC, Mme Namiesniowski, avait présenté aux membres du même comité son point de vue sur le port du masque, en définissant la problématique ainsi :

« [...] nous sommes toujours ouverts à ce que la science dit. Par ailleurs, nous reconnaissons que, sur le plan individuel, les gens font des choix personnels au sujet de ce qui les met à l'aise », a-t-elle dit. « [...] les personnes qui font le choix de porter un masque parce qu'elles en ressentent le besoin, et nous pensons que c'est quelque chose que chacun a le droit de faire. »

Photo d'archives d'un voyageur aérien dont on prend la température. Photo de DANIEL LEAL-OLIVAS/AFP via Getty Images

C'était là une étrange façon de définir la problématique. Plutôt que d'encourager les personnes à porter un masque, Mme Namiesniowski a fait marche arrière et invoqué une politique. Elle semblait dire que rien n'empêcherait les gens qui souhaitaient porter un masque de le faire.

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

Mesdames Thornton et Namiesniowski ont quitté leur poste en septembre; Mme Thornton a pris sa retraite, tandis que Mme Namiesniowski s'est jointe au Bureau du Conseil privé à titre de haute fonctionnaire. Bien entendu, l'Agence de la santé publique du Canada n'a pas seulement minimisé les dangers que posait la transmission asymptomatique. L'Agence s'est également fait prendre à regarder dans la mauvaise direction au moment où le virus se préparait à envahir l'Amérique du Nord.

**

Il s'agissait d'un signe que quelque chose allait vraiment mal. Les autorités sanitaires du Québec ont fait état, le 28 février, du premier résultat positif au test de COVID-19 de la province. Il s'agissait d'une voyageuse en provenance de l'Iran.

Pendant des semaines, l'Agence de la santé publique du Canada surveillait l'afflux de voyageurs en provenance de la province du Hubei, en Chine, et des pays voisins. Près de 58 000 voyageurs en provenance de la Chine avaient débarqué aux aéroports de Vancouver, de Toronto et de Montréal entre le 22 janvier et le 18 février, dont plus de 2 000 en provenance de la province du Hubei. Du moins, c'est ce qu'indique le rapport de situation que l'ASPC a présenté à d'autres ministères fédéraux.

Le 29 février, au début de la semaine de relâche, les priorités de l'ASPC allaient commencer à changer de façon spectaculaire. Des dizaines de milliers de Québécois s'apprêtaient à embarquer à bord d'avions à destination de l'Europe, des Caraïbes et du Sud des États-Unis.

Nous en connaissons maintenant les conséquences en détail. Le résultat : il n'aura fallu que quelques étincelles pour créer un embrasement. Aucune de ces étincelles n'a été allumée par des voyageurs en provenance de la Chine.

Des Canadiens rentrent au pays après être restés coincés au Maroc en raison des restrictions des vols imposées pour ralentir la propagation de la maladie à coronavirus (COVID-19) à l'Aéroport international Montréal-Trudeau à Montréal (Québec), au Canada, le 23 mars 2020. Photo de CHRISTINNE MUSCHI/REUTERS

Selon une étude publiée en septembre par le Centre de génomique de l'Université McGill et par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 734 séquences génomiques obtenues auprès de Québécois infectés jusqu'au 1^{er} avril ont été analysées. Environ 45 % des patients visés avaient voyagé récemment.

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

Les épidémiologistes peuvent suivre diverses souches du virus en étudiant ses mutations génétiques au fur et à mesure qu'il se multiplie dans la population.

Un génome de voyageur sur trois analysé par l'Université McGill et par l'INSPQ provenait d'Europe, tandis que près du tiers provenait des Caraïbes et de l'Amérique latine. Vingt-quatre p. cent des voyageurs infectés avaient contracté le virus aux États-Unis. Le virus, bien entendu, a fait son apparition dans la province du Hubei, en Chine.

« La plupart des premières introductions du virus au Québec n'ont pas donné lieu à une transmission soutenue », indique le Dr Jesse Shapiro, professeur associé au département de microbiologie et d'immunologie de l'Université McGill. « C'est toutefois une pluie d'introductions, tout juste après la semaine de relâche, qui a fini par mener aux dizaines de milliers de cas que nous avons recensés depuis ».

Un pourcentage étonnamment élevé d'infections en Colombie-Britannique (C.-B.) et en Ontario venait d'Europe et des États-Unis.

La Dre Bonnie Henry, médecin-hygiéniste en chef de la C.-B., a indiqué en juin dernier que, même si le premier groupe de génomes trouvés en C.-B. venaient de la Chine et de l'État de Washington, en avril, la majorité des infections à la COVID-19 étaient causées par des virus qui tiraient leur origine de l'Europe et de l'Est du Canada.

De même, en Ontario, les premiers génomes pouvaient être retracés jusqu'en Chine, mais le nombre de génomes ayant un patrimoine différent les ont rapidement submergés, selon Nextstrain, un projet de source ouverte qui suit l'évolution du pathogène SARS-CoV-2. Plus de la moitié des 100 génomes et plus analysés entre les mois de janvier et de juin provenaient de l'Europe, tandis que plus de 40 % provenaient des États-Unis et d'autres régions d'Amérique du Nord, selon ce que les données de Nextstrain portent à croire.

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

La semaine de relâche du Québec a pris fin le 9 mars, une semaine complète avant le congé semblable qui devait commencer en Ontario et en C.-B.; toutefois, toutes les provinces ont fait face à une invasion encore plus importante de voyageurs à partir de la mi-mars.

C'est à ce moment que François-Philippe Champagne, le ministre des Affaires étrangères, a exhorté les Canadiens et les immigrants admis à rentrer au pays avant la fermeture des frontières, ce qui a déclenché l'une des migrations les plus remarquables de l'histoire du pays.

Entre le 14 et le 20 mars, quand la frontière canado-américaine s'est fermée aux déplacements non essentiels, près d'un million de personnes voyageant avec un passeport canadien rentraient au pays.

L'Aéroport international d'Ottawa. Photo de Wayne Cuddington/Postmedia

Un demi-million de voyageurs, dont bon nombre ne portaient pas le masque, ont engorgé les aéroports, convaincus qu'ils allaient trouver un certain niveau de sécurité à leur retour. Aux douanes, des agents frontaliers et des employés de transporteurs bousculés examinaient les voyageurs et leur remettaient des dépliants qui leur exigeaient de se mettre en quarantaine et qui donnaient des consignes sur les mesures à prendre si les symptômes de la COVID-19 se manifestaient.

Ce grand rapatriement a eu des ramifications profondes. Au cours des deux dernières semaines du mois de mars, le nombre de cas confirmés a bondi, passant de 64 à 970 en C.-B., et de 79 à 1 004 en Ontario. C'est toutefois au Québec que la situation a été sidérante. Pendant cette courte période, le nombre de Québécois infectés est monté en flèche, passant de 17 cas à peine à près de 4 200.

Le Québec était, et demeure, l'épicentre de la propagation de la COVID-19 au Canada. Le Dr Shapiro a indiqué que moins de 250 infections (ou « introductions ») ont été les catalyseurs.

À la mi-octobre, le dénombrement cumulatif de cas de COVID-19 au Québec s'établissait à 89 000, ou près de la moitié des cas à l'échelle nationale pour une province qui compte le quart de la population du pays.

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

Malgré le dépistage agressif du virus, le Québec n'a jamais pris le dessus. Le pays dans son ensemble non plus.

**

Encore aujourd'hui, alors qu'on fait face à la deuxième vague robuste du virus, un aspect de la nature du virus SARS-CoV-2 fait en sorte qu'on ne le craint pas vraiment. L'auteure Laura Spinney a relevé une caractéristique semblable dans le virus à l'origine de l'épidémie de grippe espagnole de 1918-1920.

Cette pandémie cataclysmique, qui a fait le tour du monde à de multiples reprises, a infecté 600 millions de personnes (le tiers de la population mondiale), et causé la mort de 50 à 60 millions.

« Il est difficile de cataloguer cette pandémie », écrit Mme Spinney dans son récit des événements survenus au cours de cette période, intitulé *Pale Rider : The Spanish Flu of 1918 and How It Changed the World*. « Elle a fait un nombre horrible de victimes, et pris la vie d'une plus grand part de ses victimes que toute autre grippe pandémique que nous connaissons », ajoute-t-elle. « Pourtant, chez environ 90 % des personnes qui l'ont contractée, les symptômes n'étaient pas pire qu'une grippe saisonnière ».

« Par conséquent, les gens ne savaient trop quoi en penser, et ils ne le savent toujours pas », écrit-elle.

Des enfants à l'extérieur avec leurs masques pendant la pandémie de grippe espagnole, la plus meurtrière de l'histoire du Canada. La grippe a tué plus de 50 000 Canadiens entre 1917 et 1919. SunMedia

On peut en dire autant de la COVID-19, qui punit aussi excessivement une faible proportion de victimes, tout en laissant la grande majorité des autres en bonne santé. À la mi-octobre, la COVID-19 avait infecté 38,5 millions de personnes dans le monde et tué 1,1 million d'entre elles. Cela signifie que 0,5 % de la population a été infectée. Moins de 3 % des personnes infectées en sont mortes.

Au Canada, le taux d'infection est le même, soit 0,5 % de la population. Toutefois, grâce à notre fameux bilan dans les établissements de soins de longue durée, 5 % des Canadiens infectés à la COVID-19 en sont morts.

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

Pourtant, même ces chiffres font croire que le SARS-CoV-2 est bénin en comparaison, quoique ce n'est pas de cette façon que le verront les personnes touchées et les patients qui souffrent désormais de problèmes de santé à long terme, comme la fatigue extrême, la confusion mentale et les dommages cardiaques et pulmonaires.

C'est cet aspect de la COVID-19, soit les risques extrêmement faibles qu'elle entraîne une issue terrible chez la personne infectée, qui la rend si difficile à contenir. Les autorités publiques parlent du paradoxe du succès. Le Canada, à l'instar de nombreux pays, a aplati la courbe d'infections l'été dernier à un coût financier et social élevé. Ensuite, nous avons baissé la garde. Quelques fêtes dans les maisons, des mariages et d'autres activités sociales ont attisé le brasier des infections.

Dans son récit de la pandémie de 1918-1920, Mme Spinney fait remarquer un phénomène quasi identique. « L'identité collective vole en éclats et les personnes s'identifient de nouveau en tant qu'individus », écrit-elle. « C'est peut-être à ce moment-là, une fois que le pire est passé et que la vie retourne à la normale, que les comportements véritablement nuisibles sont les plus susceptibles de se manifester ».

L'épidémie de grippe espagnole a été marquée par une série de vagues d'infections avant de finir par s'éteindre. À plusieurs égards importants, elle a annoncé les étranges guerres culturelles qui agitent la pandémie de cette année.

Une foule de victimes de l'influenza dans un hôpital d'urgence près de Fort Riley (Kansas) sur cette photo de 1918. Postmedia

Comme le fait remarquer Mme Spinney, en 1918, les responsables de la santé ne s'entendaient pas sur l'efficacité des masques à réduire le risque de transmission. Malgré la preuve claire de la virulence du virus (les hôpitaux et les cimetières étaient débordés), on se demandait dans certains quartiers si l'épidémie existait bel et bien. Mme Spinney indique qu'en octobre 2018, « [...] certains décideurs de Rio de Janeiro n'étaient pas encore convaincus qu'il s'agissait de la grippe ».

Publicité

Cette publicité ne s'affiche pas encore, mais votre article continue ci-dessous.

Suite du contenu de l'article

Les attributs physiques de ce virus d'un siècle plus tôt et les symptômes que ceux-ci déclenchaient ont trouvé écho chez le SARS-CoV-2. La grippe espagnole, par exemple, pouvait se propager de façon asymptomatique et avoir des répercussions sur la santé des personnes bien après que la grippe initiale soit terminée.

Le rôle que joue la distanciation physique est l'une des principales leçons que la pandémie de 1918-1920 nous a apprises. Les villes qui avaient interdit les grands rassemblements et ordonné le port du masque ont considérablement réduit le nombre d'infections et de décès. « Le moment où ces mesures ont été prises était crucial », conclut Mme Spinney. « Elles devaient être mises en place dès le début et jusqu'à ce que le danger soit passé ».

« Si on les assouplissait trop tôt, on donnait au virus un nouvel approvisionnement en hôtes naïfs sur le plan immunologique, et la ville connaissait un deuxième sommet de décès », poursuit-elle.

C'est là où nous en sommes aujourd'hui, mais la grande différence réside dans le fait que nous avons l'espoir réaliste qu'un vaccin soit mis au point au cours des prochains mois. Nous n'aurons pas à attendre que le virus ait épuisé son approvisionnement en hôtes humains, comme ce fut le cas en 1918.

Toutefois, il nous incombe collectivement de restreindre la propagation toujours en cours. Comme nous n'avons pas pris rapidement la pleine mesure de ce virus dès le début, nous devons maintenant payer le prix en procédant à l'isolement physique et à des confinements économiques ciblés.

Cet échec était imputable aux principaux responsables de la santé du Canada et aux politiciens qu'ils ont conseillés. Nous serons tous responsables du prochain échec des mesures pour freiner le virus.

jbagnall@postmedia.com

Des femmes sont assises dans un terrain où des cercles ont été peints afin de maintenir la distanciation physique pour ralentir la propagation de la maladie à coronavirus (COVID-19) au parc Trinity Bellwoods, à Toronto (Ontario), au Canada, le 28 mai 2020. Photo de CHRIS HELGREN/REUTERS

Partagez cet article avec les membres de votre réseau social

Partager l'article : Trop d'angles morts : Pourquoi nous payons encore le prix de la lente réponse du gouvernement à la COVID-19

<https://ottawacitizen.com/health/too-many-blind-spots-how-were-still-paying-for-canadas-slow-response-to-covid-19>

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

La FDA soulève des inquiétudes quant à l'homologation d'urgence des vaccins contre la COVID-19

Source : StatNews.com

ID : 1008105753

Date de publication : 2020-10-23 14 h UTC

Reçu le 2020-10-23 14 h 29 UTC (29 minutes plus tard)

Des signes importants portent à croire que la Food and Drug Administration (Secrétariat américain aux produits alimentaires et pharmaceutiques) hésite à émettre des autorisations d'utilisation d'urgence afin de permettre le déploiement précoce à grande échelle de vaccins contre la COVID-19.

Il semblerait plutôt que la FDA explore l'idée de recourir à l'accès étendu, un programme plus contraignant habituellement utilisé pour les drogues expérimentales, au début du déploiement des vaccins contre la COVID-19.

Il y a quelques semaines à peine, l'organisme se concentrait à protéger contre la possibilité que des vaccins non homologués soient poussés prématurément sur le marché en raison des pressions exercées par le président Trump. La FDA craint maintenant que l'autorisation précoce d'un vaccin gâche une chance unique de déterminer l'efficacité des divers vaccins et de trouver ceux qui fonctionnent mieux pour différentes catégories de personnes.

Marion Gruber, directrice du bureau de la recherche et de l'examen des vaccins de la FDA, a présenté cette question quand les membres du comité consultatif sur les vaccins et produits biologiques connexes ont commencé à discuter d'une série de questions posées par le personnel de la FDA à la fin d'une réunion virtuelle éreintante d'une journée, jeudi dernier.

« Nous nous inquiétons du risque que l'utilisation d'un vaccin en vertu d'une autorisation d'utilisation d'urgence (EUA) nuise à l'évaluation de l'innocuité et de l'efficacité à long terme menée dans le cadre des essais en cours et qu'elle mette même en péril l'approbation de produits », indique Mme Gruber. « Il n'est pas seulement question du premier vaccin, mais peut-être même des vaccins de suivi ».

Le président du comité par intérim, M. Arnold Monto, de l'Université du Michigan, dont l'expérience de l'étude de l'innocuité des vaccins s'étend sur des décennies, l'explique en termes plus graves à un moment donné dans la discussion. Il est possible que le fabricant d'un vaccin contre la COVID-19 qui obtient une EUA ne parvienne pas à générer suffisamment de données supplémentaires pour présenter avec succès une demande de licence complète, selon ce que dit M. Monto.

Le problème provient de questions éthiques épineuses quant à savoir si les personnes qui ont été sélectionnées au hasard afin de recevoir le placebo dans le cadre d'un essai clinique doivent en être informées et recevoir le vaccin, une fois que la FDA a donné son feu vert pour son utilisation. Le fait de vacciner les personnes qui reçoivent des injections du placebo (le groupe témoin de l'essai clinique) mettrait fin à la capacité de continuer de comparer les groupes après ce qui aurait été un court essai clinique.

Le partenariat entre Pfizer et BioNTech, qui devrait être le premier à présenter une demande d'autorisation d'urgence, à un moment donné à la mi-novembre, a indiqué qu'il planifie de lever l'aveugle sur son essai clinique et d'offrir le vaccin aux participants du groupe témoin. (Quand un essai est mené à l'aveugle, les participants ignorent si on leur a injecté le vaccin ou le placebo.)

La levée de l'aveugle précoce sur ces essais cliniques va en fait à l'encontre des conseils formulés par la FDA. L'organisme exhorte les fabricants de vaccins à garder leurs essais masqués le plus longtemps possible afin de collecter autant de données qu'ils peuvent.

L'EUA pourrait déclencher un autre problème connexe. Les participants aux essais cliniques pourraient choisir de se retirer et d'obtenir le vaccin autorisé pour une utilisation d'urgence, particulièrement s'ils appartiennent à un groupe à risque élevé, qui sera probablement au début de la file quand les vaccins deviendront disponibles. La participation aux essais pour d'autres vaccins contre la COVID-19 pourrait ralentir si des personnes décident de ne pas courir le risque d'être sélectionnées au hasard afin de recevoir un placebo et d'attendre plutôt leur tour pour obtenir un vaccin homologué en vertu d'une EUA.

Les essais ont été structurés de manière à donner des réponses rapidement sur l'efficacité des vaccins contre la COVID-19 à prévenir les infections symptomatiques à la maladie. Si l'on y met fin trop rapidement, il est possible qu'ils ne répondent pas aux autres questions importantes qui permettront de déterminer l'utilisation optimale des divers vaccins produits, si, comme l'on s'y attend, de multiples vaccins s'avèrent efficaces.

La plupart des essais sur les vaccins ont pour « paramètre d'efficacité primaire » de montrer qu'ils préviennent la COVID-19 symptomatique chez au moins 50 % des personnes vaccinées. Les « paramètres d'efficacité secondaires » comprennent la question de savoir si les vaccins réduisent le nombre de cas graves de COVID-19 et à quel point ils sont efficaces dans des sous-groupes importants de la population,

comme les aînés ou les personnes de couleurs, qui ont été touchées de manière disproportionnée par la pandémie. Les essais qui prennent fin avant d'avoir obtenu le paramètre d'efficacité primaire laisseront des lacunes béantes au chapitre des connaissances, avertissent un certain nombre d'experts.

« Il est possible que nous ayons des renseignements limités, voire aucun renseignement dans certains cas, sur certains paramètres secondaires », mentionne Stephanie Schrag, une épidémiologiste des Centers for Disease Control and Prevention qui a fait une présentation à la réunion. « Cela serait particulièrement vrai dans le cas d'une EUA précoce, car il faut plus de temps pour cumuler les événements pour mesurer bon nombre de ces paramètres secondaires que pour les primaires ».

Jesse Goodman, un ancien scientifique en chef de la FDA qui a écouté la réunion est d'accord avec les inquiétudes soulevées par l'organisme. Les réponses aux questions sur l'efficacité de ces vaccins, sur la durée de la protection qu'ils offrent et sur ceux qui sont les meilleurs pour un segment donné de la population seront toujours plus claires si elles sont générées par des essais contrôlés randomisés, soit l'étalon de référence des essais cliniques.

« Supposons que l'un de ces vaccins a un taux d'efficacité de 60 % et qu'un autre en a un de 80 %. Ou, pour l'un d'eux, l'efficacité a diminué après quatre mois, tandis que l'autre a été efficace pendant un an. Il sera avantageux pour les personnes de le savoir maintenant plutôt que trois ans plus tard, à partir de mauvaises données d'observation », a mentionné M. Goodman à STAT.

Le recours à l'accès élargi plutôt qu'aux autorisations d'utilisation d'urgence serait un processus plus encombrant, qui créerait certains problèmes. Les personnes qui devaient être vaccinées devraient signer des formulaires de consentement éclairé, ce qui exige de discuter des risques et des avantages pendant l'administration du vaccin. En outre, il faudrait aussi recueillir des données relatives à l'innocuité à partir des personnes vaccinées. Cependant, M. Goodman, qui a en fait suggéré l'accès élargi en tant qu'option dans un commentaire qu'il a rédigé dans le JAMA en juillet, a indiqué que cette voie pourrait être plus appropriée pour la poursuite des essais cliniques.

Les membres du comité consultatif de la FDA semblaient partager les préoccupations du personnel de la FDA qui demandait d'obtenir leurs conseils.

Sheldon Toubman, un avocat de New Haven (Connecticut), qui représente les consommateurs dans le groupe d'experts, a indiqué qu'il préférerait que les vaccins ne soient pas déployés en vertu d'autorisations d'utilisation d'urgence. M^e Toubman a indiqué que le public craignait que le processus d'approbation soit dicté par la politique plutôt que par la science, et que les EUA n'allaient pas changer ces opinions.

Un certain nombre de sondages, y compris un publié lundi par STAT, et le Harris Poll, indiquent que le public est de moins en moins chaud à l'idée des vaccins contre la COVID-19. On croit que la baisse du pourcentage d'Américains qui indiquent être prêts à se faire vacciner serait liée à la politisation du processus d'approbation des vaccins, que M. Trump a tenté d'accélérer dans les semaines précédant les élections.

La position de M^e Toubman était aussi celle des représentants de la HIV Medical Association et de l'Infectious Diseases Society of America pendant la partie de l'audience réservée aux commentaires publics.

Emily Martin, professeure associée en épidémiologie des maladies infectieuses de l'Université du Michigan qui étudie l'efficacité des vaccins a exhorté le comité à informer la FDA que les EUA ne devraient pas permettre aux entreprises de mettre en suspens leurs essais cliniques aussi tôt.

« Sans données complètes et entièrement randomisées sur les essais, nous n'aurons pas la base de connaissances requise pour surveiller et pour adapter les stratégies de vaccination au besoin au cours des nombreuses années pendant lesquelles ces vaccins seront utilisés », indique Mme Martin. « En mettant fin de façon précoce à ces essais, nous nuirons irrévocablement à notre capacité d'optimiser l'utilisation efficace des vaccins à l'avenir ».

M. Goodman était d'accord avec le fait qu'un fabricant puisse se retrouver avec trop peu de données, après avoir obtenu une EUA précoce, pour convaincre la FDA de lui délivrer une licence complète. Il a cependant ajouté que ce scénario n'était pas le plus probable, selon lui.

« Je crois qu'il serait plus probable, mais, en réalité, tout aussi inquiétant du point de vue de la santé publique, que nous n'obtenions pas des renseignements assez adéquats pour comprendre comment ces vaccins se comparent entre eux et pour connaître leur rendement en ce qui concerne leur innocuité et leur efficacité, et nous ne savons pas comment les utiliser dans un contexte de santé publique », dit-il. « En fin de compte, cela pourrait nuire à beaucoup plus de personnes. »

https://www.statnews.com/2020/10/23/fda-shows-signs-of-cold-feet-over-emergency-authorization-of-covid-19-vaccines/?utm_campaign=rss

États-Unis

AstraZeneca reprend ses essais pour son vaccin contre la COVID-19 aux États-Unis

ID : 1008108367

Source : usnews.com

AstraZeneca Inc. a annoncé vendredi que les organismes de réglementation la laissent poursuivre les essais pour son candidat-vaccin contre la COVID-19 aux États-Unis.

La mise à l'essai du vaccin avait été suspendue au début du mois dernier après qu'un participant à l'étude britannique soit tombé malade. Les études ont repris dans d'autres pays et le fabricant de médicaments britannique a indiqué que la Food and Drug Administration lui avait donné le feu vert vendredi pour reprendre ses essais aux États-Unis.

Le vaccin d'AstraZeneca mis au point avec l'Université Oxford, est l'un de plusieurs candidats-vaccins contre le coronavirus qui se trouve aux dernières étapes des essais dans le monde.

Le fabricant de médicaments a indiqué qu'il avait eu la permission de reprendre ses essais après que la FDA a « examiné toutes les données sur l'innocuité issues des essais menés à l'échelle mondiale et conclu que l'essai pouvait reprendre en toute sécurité. »

L'entreprise a indiqué que les essais ont déjà repris au Royaume-Uni, au Brésil, en Afrique du Sud et au Japon.

Ces mises en suspens temporaires des essais de médicaments et de vaccins sont relativement courantes, parce qu'il est probable, dans des recherches qui impliquent des milliers de participants, que certains tombent malades. La mise en suspens d'une étude permet aux chercheurs d'enquêter afin de déterminer si une maladie est un effet secondaire ou une coïncidence.

Trente mille personnes participent à l'étude d'AstraZeneca aux États-Unis; certaines reçoivent le vaccin, d'autres, un placebo.

Les essais ont été suspendus après que l'un des participants au Royaume-Uni a manifesté de graves symptômes neurologiques qui s'associent à une affection inflammatoire rare de la colonne vertébrale appelée la myélite transverse. Il s'agissait de la deuxième mise en suspens des essais menés par AstraZeneca.

<https://www.usnews.com/news/business/articles/2020-10-23/astrazeneca-resuming-us-testing-of-covid-19-vaccine>

Déclaration du RSI

Mesures sanitaires supplémentaires liées à l'épidémie de COVID-19, 23 octobre 2020

Communiqué affiché à partir du : Vendredi 23 octobre 2020 – 16 h 47

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

Le 30 janvier 2020, le Directeur général a déterminé que l'épidémie de 2019-nCoV constitue une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI) et a émis des recommandations temporaires^[1]. Le 11 mars 2020, le directeur général a déclaré que la situation de la COVID-19 était une pandémie^[2]. À la suite de la [4^e réunion du comité d'urgence du RSI concernant la flambée de la maladie à coronavirus \(COVID-19\), le 31 juillet 2020](#), le directeur général a confirmé que la pandémie de COVID-19 continue de constituer une USPPI et a émis les recommandations temporaires suivantes à l'intention des États parties : Partager avec l'OMS les informations sur les meilleures pratiques, y compris les examens tout au long de la crise; appliquer les enseignements tirés de l'expérience des pays qui réussissent à remettre en marche leurs sociétés (y compris grâce à la réouverture des entreprises et des écoles et à la reprise d'autres services) et à réduire la recrudescence de la COVID-19.

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

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

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

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

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

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

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

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

Conformément aux dispositions de l'article 43, l'OMS partage les informations fournies officiellement à l'OMS par les États parties et, depuis le 12 mars 2020, les informations publiées par les sites Web des gouvernements des pays, afin de réduire l'écart entre les informations communiquées par le biais du mécanisme du RSI et celles publiées par les pays par le biais de sources officielles.

Au 23 octobre 2020, aucun nouvel État partie n'a fait état de mesures sanitaires supplémentaires qui entravent de manière considérable le trafic international depuis la dernière annonce publiée le 16 octobre 2020. Au total, 194 des 196 États parties ont présenté un rapport à ce jour, le Mexique et le Nicaragua n'ayant fait état d'aucune mesure.

En outre, 22 pays ont fourni des mises à jour de leurs mesures précédemment mises en œuvre. La répartition par régions de l'OMS est la suivante : Afrique – 0 (0 mise à jour), Amériques – 0 (0 mise à jour), Méditerranée orientale – 0 (1 mise à jour), Europe – 0 (21 mises à jour), Asie du Sud-Est – 0 (0 mise à jour), Pacifique occidental 0 (0 mise à jour). Voir tableau 1.

Les liens régionaux ci-dessous donnent plus de détails sur les mesures. Les informations sont divisées par région, cumulées depuis le début des mises à jour du site d'information sur les événements (Event Information Site ou EIS) sur les mesures relatives aux voyages et par pays, par ordre alphabétique. Le texte surligné en rouge indique les mises à jour apportées au EIS déjà publié.

Tableau 1. Les États parties qui ont présenté à l'OMS des rapports officiels sur les mesures de santé supplémentaires qui ont considérablement nui à la circulation internationale en vertu de l'article 43 du RSI (2005) en date du 9 octobre 2020.

International — Éclosions de la maladie à coronavirus (COVID-19) et résultats (médias)

OMS

Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 –

23 octobre 2020

23 octobre 2020

-
- *Nous sommes à un moment charnière de cette pandémie, en particulier dans l'hémisphère nord. Les prochains mois vont être très difficiles et certains pays sont sur une voie dangereuse. Nous exhortons les dirigeants à prendre des mesures immédiates afin d'éviter d'autres décès inutiles, l'effondrement des services de santé essentiels ou une nouvelle fermeture des écoles.*
- *L'oxygène est l'un des traitements les plus essentiels pour sauver les malades de la COVID-19 et de nombreuses autres affections. L'OMS est résolue à agir de façon solidaire avec tous les gouvernements, les partenaires et le secteur privé pour mettre à l'échelle et pérenniser l'approvisionnement en oxygène.*
- *Nous célébrons demain la journée mondiale de lutte contre la poliomyélite et les partenaires du monde entier – notamment sous l'impulsion du Rotary International – organisent des événements et sensibilisent à la nécessité d'éradiquer cette maladie.*

- *L'éradication de la variole est un fait d'autant plus marquant qu'elle est intervenue en pleine Guerre froide. À l'époque, la santé est passée avant la politique et ce devrait toujours être le cas aujourd'hui. C'est avec profonde tristesse que nous avons perdu l'un des géants de l'éradication de la variole en la personne du Dr Mike Lane, qui est décédé cette semaine. Nous continuerons d'honorer son héritage.*
- *L'OMS est fière d'annoncer le deuxième Festival du film Santé pour tous, visant à célébrer l'art de raconter des histoires en images à propos de la santé publique.*

Bonjour, bon après-midi ou bonsoir,

Nous sommes à un moment charnière de cette pandémie, en particulier dans l'hémisphère nord.

Les prochains mois vont être très difficiles et certains pays sont sur une voie dangereuse.

Trop de pays enregistrent une augmentation exponentielle du nombre de cas, de sorte que les hôpitaux et les services de soins intensifs sont désormais à la limite de leurs capacités ou les ont dépassées, et nous ne sommes encore qu'en octobre.

Nous exhortons les dirigeants à prendre des mesures immédiates afin d'éviter d'autres décès inutiles, l'effondrement des services de santé essentiels ou une nouvelle fermeture des écoles.

Je l'ai dit en février et je le répète aujourd'hui : ce n'est pas un exercice.

Nous demandons aux gouvernements d'appliquer dès aujourd'hui cinq mesures fondamentales.

Premièrement, évaluez la situation actuelle de l'épidémie dans votre pays en fonction des données les plus récentes dont vous disposez.

Menez une analyse honnête et réfléchissez à ce qui se passe bien, à ce qui se passe mal et à ce qu'il faut absolument éviter.

J'ai un message particulier pour les pays qui sont parvenus à maîtriser la transmission de la COVID-19 :

c'est maintenant qu'il faut redoubler d'efforts pour maintenir la transmission à un niveau bas, être

vigilants, être prêts à repérer les cas et les foyers épidémiques et à prendre des mesures rapides.

Ne laissez pas le virus s'installer à nouveau.

Deuxièmement, pour les pays qui connaissent une augmentation du nombre de cas et d'hospitalisations, ainsi que des taux d'occupation des soins intensifs, faites les ajustements nécessaires et corrigez le cap le plus rapidement possible.

Apporter des changements lorsqu'ils sont nécessaires est un signe de leadership et de force.

Troisièmement, il est important de faire preuve de clarté et d'honnêteté à l'égard du grand public quant à la situation de la pandémie dans votre pays et à propos de ce que l'on attend de chaque citoyen pour traverser ensemble cette pandémie.

Quatrièmement, mettez en place des systèmes pour que les citoyens puissent plus facilement respecter les mesures recommandées.

Ainsi, s'il est demandé aux gens de s'isoler ou de se mettre en quarantaine, ou si les entreprises doivent fermer temporairement, cela signifie que les gouvernements doivent faire tout ce qu'ils peuvent pour venir en aide aux individus, aux familles et aux entreprises.

Cinquièmement, pour beaucoup, les quelques prochains mois seront difficiles.

On entend des histoires incroyables d'espoir et de résilience de personnes et d'entreprises qui font preuve d'imagination face à l'épidémie. Nous devons les partager au plus grand nombre.

Les gouvernements doivent prendre les mesures de base pour s'adresser aux personnes infectées par le virus et à leurs contacts et leur donner des instructions précises sur ce qu'il faut faire ensuite.

Si les pouvoirs publics sont en mesure d'améliorer leurs systèmes de suivi des contacts et de se concentrer sur l'isolement de tous les cas et la mise en quarantaine des contacts, il sera alors possible d'éviter les confinements généralisés obligatoires.

À maintes reprises, des exemples nous sont venus du monde entier pour montrer qu'il n'est jamais trop tard pour que les dirigeants agissent et fassent fléchir l'épidémie.

===

Pour afficher un front uni face au virus, il est primordial de partager les ressources équitablement.

L'oxygène est l'un des traitements les plus essentiels pour sauver les malades de la COVID-19 et de nombreuses autres affections.

De nombreux pays n'ont tout simplement pas assez d'oxygène disponible pour aider les malades qui peinent à respirer.

Laissez-moi vous parler de ce que l'OMS et ses partenaires font pour combler le déficit mondial en oxygène.

Selon les estimations, certains des pays les plus pauvres pourraient n'avoir qu'à peine 5 à 20 pour cent de l'oxygène dont ils ont besoin pour les soins aux patients.

Du fait de la pandémie, la demande en oxygène a augmenté de façon exponentielle.

En juin, alors que l'on comptait environ 140 000 nouveaux cas de COVID-19 par jour, les besoins mondiaux en oxygène étaient estimés à près de 88 000 grosses bouteilles par jour dans le monde. Alors que le nombre de cas quotidiens dans le monde dépasse les 400 000, les besoins en oxygène sont passés à 1,2 million de bouteilles par jour, rien que pour les pays à revenu faible et intermédiaire, soit 13 fois plus.

Au début de la pandémie, l'OMS avait pour objectif d'accroître l'offre d'oxygène dans les pays les plus vulnérables en achetant et en distribuant des concentrateurs d'oxygène.

Cela a permis d'acheminer plus de 30 000 concentrateurs et 40 000 oxymètres de pouls et moniteurs de surveillance des patients vers 121 pays, dont 37 considérés comme fragiles.

Pour ce faire, il faut notamment installer des dispositifs d'adsorption modulée en pression susceptibles de couvrir l'approvisionnement nécessaire pour un grand hôpital et des établissements de santé de district dans une région.

La Somalie, le Tchad et le Soudan du Sud ont dû compter exclusivement sur des bouteilles d'oxygène provenant de fournisseurs privés, qui doivent souvent être acheminées sur de longues distances et dont le prix est élevé.

L'OMS collabore avec les ministères de la Santé de ces trois pays pour concevoir des usines de production d'oxygène adaptées à leurs besoins locaux, ce qui aboutira à un approvisionnement durable et autosuffisant en oxygène.

L'OMS est résolue à agir de façon solidaire avec tous les gouvernements, les partenaires et le secteur privé pour mettre à l'échelle et pérenniser l'approvisionnement en oxygène.

Ce projet consacré à l'oxygène démontre l'engagement de l'OMS en faveur de solutions de bout en bout et sa volonté d'innover pour faire ce que nous faisons mieux, à moindre coût et en atteignant plus de gens.

Par exemple, nous travaillons avec des partenaires pour tirer parti de l'énergie solaire afin de faire fonctionner les concentrateurs d'oxygène dans les endroits isolés où l'approvisionnement en électricité n'est pas fiable, ainsi que pour réduire les coûts.

L'un des principaux obstacles en ce qui concerne l'oxygène médical est le coût élevé du transport des bouteilles vers les établissements de santé.

Au Kenya, une société privée a implanté des usines de production d'oxygène près de regroupements d'établissements de santé et s'appuie sur un système de livraison de lait pour fournir de l'oxygène à plus de 140 dispensaires.

Il est essentiel d'encourager le monde des affaires à changer d'approche et de modèle pour assurer une offre pérenne en oxygène dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

Du reste, pour que cela fonctionne, le personnel de santé doit être prêt.

Cela ne concerne pas seulement les médecins et le personnel infirmier ayant l'expérience de la prise en charge des patients gravement malades, mais aussi les ingénieurs biomédicaux, les thérapeutes respiratoires et le personnel d'entretien.

L'oxygène sauve la vie de malades de la COVID-19, mais il permettra également de sauver certains des 800 000 enfants de moins de cinq ans qui meurent chaque année d'une pneumonie et d'améliorer la sécurité globale des actes chirurgicaux.

Un monde meilleur signifie qu'il faut veiller à ce que chacun puisse disposer d'oxygène, là où les besoins se font sentir, au moment où ils se font sentir.

===

Nous célébrons demain la journée mondiale de lutte contre la poliomyélite et les partenaires du monde entier – notamment sous l'impulsion du Rotary International – organisent des événements et sensibilisent à la nécessité d'éradiquer cette maladie.

Cet été, la communauté internationale a collectivement salué le succès historique de l'Afrique qui est parvenue à se débarrasser du poliovirus sauvage.

Grâce à des centaines de milliers d'agents de santé qui ont apporté à des millions d'enfants sur tout le continent des vaccins efficaces et sans danger, le monde a célébré l'une des plus grandes réalisations en matière de santé publique de tous les temps.

Cependant, tant que la poliomyélite subsistera quelque part, le monde restera exposé au risque d'une résurgence.

Après la suspension de la vaccination systématique contre la poliomyélite en raison de la pandémie, les campagnes de vaccination ont repris.

Nous saluons les pouvoirs publics et nous les encourageons à réaliser des campagnes de rattrapage afin qu'aucun enfant ne soit laissé pour compte et pour que nous puissions bientôt renvoyer la poliomyélite aux livres d'histoire, aux côtés de la variole.

===

L'éradication de la variole est un fait d'autant plus marquant qu'elle est intervenue en pleine Guerre froide.

À l'époque, la santé est passée avant la politique et ce devrait toujours être le cas aujourd'hui. C'est avec profonde tristesse que nous avons perdu l'un des géants de l'éradication de la variole en la personne du Dr Mike Lane, qui est décédé cette semaine.

Le Dr Mike Lane a passé 13 années à traquer les derniers soubresauts de la variole, à trouver les cas et à vacciner les communautés dans certaines des régions les plus reculées de la Terre, où la maladie était encore endémique.

Aux CDC, le Dr Lane a été le dernier directeur du Programme d'éradication de la variole et il a reçu de nombreux prix, dont la Médaille du Service de santé publique des États-Unis.

Pendant de nombreuses années, le Dr Lane a été conseiller de l'OMS sur la variole.

Je tiens à exprimer mes plus sincères condoléances aux amis et à la famille du Dr Lane. Nous continuerons d'honorer son héritage. Nous continuerons d'honorer son héritage.

===

Enfin, on raconte des histoires depuis que la civilisation existe.

Elles nous aident à comprendre nos problèmes et peuvent inspirer des actions susceptibles de changer des vies.

L'OMS est fière d'annoncer le deuxième Festival du film Santé pour tous, visant à célébrer l'art de raconter des histoires en images à propos de la santé publique.

Les candidatures seront ouvertes dès demain et jusqu'au 30 janvier 2021.

Nous sommes impatients de recevoir des courts métrages originaux du monde entier.

Vous trouverez plus de précisions sur notre site Web.

Je vous remercie.

<https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---23-october-2020>

OMS

Selon l'OMS, le risque de propagation de la COVID-19 à bord des avions est « très faible », mais pas nul

Source : Reuters.

ID : 1008100074

Date de publication : 2020-10-22 18 h 18 UTC

Reçu le 2020-10-22 18 h 19 UTC (+1 minute plus tard)

GENÈVE (Reuters) – Le risque de propagation de la COVID-19 à bord des avions semble « très faible », mais ne peut être écarté, malgré les études qui ne font état que d'un faible nombre de cas seulement, a déclaré l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

« La transmission à bord des avions est possible, mais le risque semble très faible, étant donné le volume de voyageurs et le faible nombre de cas signalés. Le fait que la transmission ne soit pas bien documentée dans la littérature publiée ne signifie pas pour autant qu'elle n'a pas lieu », a mentionné l'OMS dans une déclaration à Reuters.

La définition du risque fait écho aux conclusions d'une étude menée par le département de la Défense des États-Unis, la semaine dernière, dans laquelle on indiquait que la probabilité de contracter la maladie à bord d'un avion de ligne était « très faible ».

Certains transporteurs aériens ont toutefois décrit le risque de transmission à bord en des termes plus robustes.

Les transporteurs Southwest Airlines et United Airlines ont tous deux indiqué que des études récentes avaient conclu que le risque était « pratiquement absent ».

Le transporteur Southwest, l'un des rares à laisser encore les sièges du milieu libres, a indiqué jeudi qu'il annulerait le blocage de ces sièges à la lumière de la recherche.

L'Association du Transport Aérien International (AITA), l'organisme mondial qui représente les transporteurs, a indiqué le 8 octobre que seulement 44 cas potentiels de transmission à bord avaient été recensés parmi 1,2 milliard de voyageurs cette année, soit un passager sur 27 millions.

Cette présentation a toutefois été remise en question plus tard par l'un des scientifiques dont les recherches ont été utilisées pour mener l'étude.

Le Dr David Freedman, expert américain en maladies infectieuses, a dit la semaine dernière qu'il avait refusé de participer à une séance d'information de l'AITA sur les risques, car l'une des principales affirmations sur l'improbabilité de contracter la COVID-19 à bord des avions reposait sur « de mauvais calculs mathématiques ».

L'AITA a répondu que son calcul demeurait un signe « pertinent et crédible » de risque faible.

L'OMS a indiqué être au courant d'au moins deux études de cas décrivant une transmission à bord de vols de Londres à Hanoi et de Singapour à la Chine.

Les passagers malades et les personnes dont l'exposition à la COVID-19 a été confirmée ne devraient pas avoir le droit de voyager, a dit l'Organisation. Elle a ajouté, cependant, que les systèmes de ventilation à bord des avions à réacteur moderne pouvaient filtrer rapidement les virus et les bactéries.

<https://www.reuters.com/article/idUSKBN2771ZF>

ECDC

Évaluation rapide des risques : Transmission accrue de la COVID-19 dans l'UE/EEE et au R.-U. – treizième mise à jour

Source : ECDC

ID : 1008104932

Date de publication : 2020-10-23 12 h 7 UTC

Reçu le 2020-10-23 12 h 8 UTC (+1 minute plus tard)

Situation épidémiologique actuelle dans les pays de l'UE/EEE et au R.-U.

On a assisté à une autre augmentation considérable d'infections à la COVID-19 dans les pays de l'Union européenne/Espace économique européen (UE/EEE) et au Royaume-Uni (R.-U.). La situation actuelle représente une grave menace à la santé publique. Dans la plupart des pays, les taux de déclaration ont augmenté dans certaines régions, et certains secteurs affichent des niveaux extrêmement élevés. Par surcroît, en plus des augmentations considérables constatées chez les groupes plus jeunes dans la plupart des pays, les taux de déclaration ont également augmenté dans les groupes plus âgés. Le taux de positivité des tests de dépistage déclaré augmente constamment depuis le mois d'août et a connu une hausse marquée au cours des dernières semaines. Cela porte à croire à une augmentation réelle des taux de transmission virale plutôt qu'à une simple hausse du nombre de cas déclarés attribuables à une augmentation du dépistage. La vulnérabilité à l'infection demeure élevée. En effet, selon les données issues d'études sur la séroprévalence, le niveau d'immunité dans la population est inférieur à 15 % dans la plupart des régions de l'UE/EEE et du R.-U.

Étant donné que la situation épidémiologique s'est détériorée à l'échelle de la région, les pressions exercées sur les services de santé se font de plus en plus sentir et le taux de mortalité est à la hausse. Les données sur les admissions aux hôpitaux et aux unités de soins intensifs (USI) et sur les taux d'occupation sont incomplètes pour la plupart des pays de l'UE/EEE et du R.-U. Les données disponibles indiquent cependant une détérioration de la situation, et des tendances à la hausse sont signalées dans la plupart des pays. Selon des estimations récentes, les niveaux d'occupation dans les hôpitaux et les USI à l'échelle de la région s'établissent maintenant au tiers du sommet atteint au printemps. Les options de traitement des patients souffrant d'une infection grave demeurent majoritairement des options de soutien. Bon nombre de pays ont fait état d'une augmentation du taux de mortalité et le taux général de déclaration de décès augmente depuis un mois. Même si les taux de létalité sont actuellement inférieurs à ce qu'ils étaient plus tôt au cours de l'année, ils continueront très probablement d'augmenter en raison de la détection accrue chez les jeunes ou de l'amélioration des soins dispensés aux patients qui manifestent des symptômes graves de la COVID-19. En fait, il devient plus difficile de protéger les personnes vulnérables sur le plan médical, étant donné que les niveaux de transmission communautaire sont élevés. Or, un plus grand

nombre de personnes qui ne sont pas considérées comme vulnérables sur le plan médical présenteront inévitablement une forme grave de la maladie.

La situation épidémiologique actuelle dans la plupart des pays inquiète considérablement, car elle pose un risque de transmission accru, ce qui exige de prendre sans tarder des mesures de santé publique ciblées.

Quels sont les risques évalués dans la présente mise à jour?

Dans la présente mise à jour, nous évaluons le risque pour la population générale pour les personnes vulnérables en fonction de l'augmentation des taux de déclaration de la COVID-19 dans l'UE/EEE et au R.-U. En vertu du système de classification actuel et selon des indicateurs épidémiologiques, la situation épidémiologique dans les pays est classée dans l'une des trois catégories suivantes : stable, inquiétante ou très inquiétante. Selon cette classification, la majorité des pays de la région se trouve actuellement dans une situation épidémiologique très inquiétante, à cause de l'augmentation des taux de déclaration de cas ou du taux de positivité des tests de plus de 3 %, et des taux de déclaration élevés chez les groupes âgés ou des taux de mortalité élevés. Les pays de l'UE/EEE et le R.-U. ont mis en œuvre diverses mesures d'intervention non pharmaceutiques. Or, celles-ci n'ont pas été suffisamment efficaces pour contrôler la transmission en raison de plusieurs facteurs : les mesures n'ont pas été respectées de façon optimale; les mesures n'ont pas été mises en œuvre assez rapidement; et les mesures n'ont pas suffi à réduire l'exposition. Par conséquent, la situation épidémiologique se détériore rapidement à l'heure actuelle dans la plupart des pays. Cela signifie que dans les pays où la situation épidémiologique est très inquiétante, le risque pour la population générale est élevé. Pour les personnes vulnérables, la situation épidémiologique liée à la COVID-19 représente un risque très élevé.

Dans les pays où la situation épidémiologique est inquiétante ou très inquiétante, la tendance continuellement à la hausse du taux de déclaration exige la prise de mesures de santé publique fermes afin de prévenir le risque imminent de débordement des systèmes de soins santé, ce qui les empêchera de fournir des soins sécuritaires et adéquats.

À l'heure actuelle, selon la classification, seulement six pays de la région ont une situation épidémiologique stable. Dans ces pays, la probabilité d'infection pour la population est généralement faible, mais l'incidence de l'infection varie toujours selon la personne touchée. Le risque pour la population générale dans ces pays est faible. Le risque est cependant modéré pour les personnes vulnérables, y compris les aînés et les personnes ayant des troubles médicaux sous-jacents. La transmission est néanmoins présente dans ces six pays et la situation doit être surveillée de près.

Options d'intervention

À cette étape, les mesures d'intervention non pharmaceutiques adaptées à la situation épidémiologique locale, accompagnées de messages clairs et ciblés communiqués au public demeurent l'un des éléments fondamentaux de l'approche de santé publique adoptée pour contrôler la transmission. Il faut lancer un appel solide à l'action collective, au moyen duquel on rappelle à la population le rôle clé qu'elle joue pour garder la pandémie sous contrôle. Le gouvernement et les responsables de la santé publique doivent de toute urgence motiver de nouveau les personnes à suivre les recommandations. Ils doivent dire clairement qu'il y aura d'importantes répercussions sur la santé publique, sur l'économie et sur la société si la situation continue de se détériorer.

Les pays devraient continuer de mettre en œuvre des mesures en vue de réduire la transmission dans la population générale. Ils doivent entre autres plaider en faveur de la distanciation physique, ce qui comprend d'éviter les grands rassemblements, promouvoir l'étiquette respiratoire et les procédures relatives au lavage des mains, encourager le port approprié du masque et mettre en œuvre les pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des infections dans les milieux hospitaliers et résidentiels. S'il y a lieu et en dernier recours, ces mesures peuvent être élargies et les pays pourraient devoir fermer des lieux publics et mettre en place des recommandations de rester à chez soi. Ces mesures peuvent être adoptées à l'échelle nationale ou infranationale, en fonction d'une évaluation complète de la situation à l'échelle locale, au moyen d'un processus décisionnel transparent et communiqué clairement et sans délai au public. Les autorités de santé publique doivent renforcer les capacités en soins de santé afin de gérer un nombre possiblement élevé de patients atteints de la COVID-19 et de garantir que les services de santé ne deviennent pas débordés. Il faut s'efforcer de protéger les personnes vulnérables et les travailleurs de la santé, et de réduire le risque de transmission dans les établissements de soins de longue durée et dans d'autres milieux où le risque d'éclosion de cas de COVID-19 est élevé. Il est essentiel d'accéder facilement et en temps opportun au dépistage afin de cerner les infections dans la communauté, de comprendre clairement l'évolution de la pandémie et d'optimiser l'efficacité des mesures comme l'isolement des cas et la recherche de contacts. Si le nombre de cas soupçonnés dépasse les capacités de dépistage d'un pays

ou d'une région, le dépistage devra cibler les groupes prioritaires. Les pays devraient aussi s'assurer d'avoir un approvisionnement adéquat en équipement médical, en équipement de protection individuelle, en réactifs de laboratoire et en biens non durables afin de prévenir les pénuries, étant donné la demande élevée à l'échelle mondiale.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-risk-assessment-increased-transmission-thirteenth-update>

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-COVID-19-EU-EEA-UK-thirteenth-update-23-Oct-2020.pdf>

Israël

Israël amorce les essais d'un vaccin contre le coronavirus chez les humains

Source : 660 NEWS

ID : 1008118461

JÉRUSALEM — L'Israel Institute for Biological Research géré par l'État a annoncé dimanche que des chercheurs allaient commencer à faire des essais de son vaccin contre le coronavirus chez les humains la semaine prochaine.

L'institut a indiqué que des essais cliniques sur un premier groupe de 80 personnes commencent le 1^{er} novembre. Ces essais s'étendront à une seconde phase de 960 personnes en décembre, et à une troisième et ultime phase de 30 000 personnes en avril ou en mai prochains, selon les résultats obtenus lors des phases précédentes.

« J'ai confiance en les capacités de nos scientifiques et je suis convaincu que nous pouvons mettre au point un vaccin sûr et efficace », a indiqué le Dr Shmuel Shapira, directeur de l'institut.

Il a précisé que l'objectif était de produire 15 millions de doses « au profit des résidents de l'État d'Israël et de nos proches voisins ». Il n'a pas voulu en dire plus.

L'institut est géré par le ministère de la Défense. « C'est un jour d'espoir pour les citoyens d'Israël », déclare Benny Gantz, le ministre de la Défense.

À l'échelle mondiale, plus de 40 candidats-vaccins contre le coronavirus sont rendus à l'étape des essais cliniques, selon l'Organisation mondiale de la Santé.

Israël, un pays qui compte environ neuf millions d'habitants, a déclaré plus de 300 000 cas de COVID-19 et près de 2 400 décès.

The Associated Press

Une personne se trouve dans un état critique à la suite d'un incendie dans un immeuble à Tuxedo Park. CALGARY (660 NEWS) – Une personne se trouvant dans un état critique a été transportée à l'hôpital à la suite d'un incendie dans un immeuble du nord-ouest de la ville survenu dimanche matin.

Les équipes d'incendie ont indiqué avoir été alertées à propos du brasier peu après 11 h, à Tuxedo Park, sur la 27^e avenue Nord-Ouest, près de la rue Centre.

À leur arrivée, les pompiers ont constaté qu'une grande quantité de fumée et de flammes s'échappaient des deuxième et troisième étages de l'édifice.

Les équipes ont indiqué qu'elles ont mené une « attaque intérieure agressive » afin de maîtriser le brasier.

Quatre personnes se sont évacuées elles-mêmes de l'immeuble, mais l'une d'elles a eu besoin de l'aide du personnel des services d'incendie, qui a procédé à la réanimation cardiopulmonaire.

Le patient a été transporté à l'hôpital Foothills et demeure dans un état critique.

La cause de l'incendie fait l'objet d'une enquête.

L'ASIRT enquête sur le décès d'un homme en garde à vue

CALGARY (CITYNEWS) – L'organisme de surveillance des services de police de la province mène une enquête après qu'un homme en garde à vue a été trouvé mort dans une cellule de prison de Calgary cette semaine.

L'Alberta Serious Incident Response Team (ASIRT) se penche sur les circonstances entourant le décès, survenu au Spyhill Services Centre le 23 octobre.

Selon une déclaration du Service de police de Calgary (CPS), les policiers ont placé l'homme en garde à vue ce jour-là, près de la station Marlborough du CT Train. Ils répondaient à des signalements selon lesquels un homme était en possession d'une arme à air comprimé.

La police indique que l'individu « collaborait » et que son arrestation, filmée avec les caméras corporelles des policiers, s'est déroulée sans heurts.

L'ASIRT s'est vu confier le mandat d'enquête sur le décès d'un homme en garde à vue à @CalgaryPolice Spyhill Services Centre. D'autres renseignements suivront.

— ASIRT (@ASIRT_AB) 25 octobre 2020

Dans la déclaration, on indiquait que l'homme avait été accusé d'intrusion et conduit au Spyhill Services Centre. Il aurait été évalué par un médecin, qui a approuvé son transfert dans une cellule de détention provisoire.

« À 20 h, pendant une vérification de routine des cellules, l'homme mangeait son repas; toutefois, à la vérification suivante, on l'a trouvé inanimé dans sa cellule », indique la déclaration du CPS envoyée par courriel. « En dépit des efforts considérables de réanimation déployés, l'homme a été déclaré mort à 20 h 40 environ. »

Le CPS indique être à jour en ce qui concerne les soins en garde à vue, mais qu'il examinera ses méthodes à la suite de l'incident « par excès de prudence ».

Le gouvernement fédéral sommé d'agir au moment où les données sur la COVID-19 portent à croire que les anciens combattants ont de la difficulté à obtenir de l'aide

OTTAWA – Le gouvernement fédéral fait l'objet de critiques selon lesquelles il n'en fait pas assez pour aider les anciens combattants handicapés. En effet, de nouveaux chiffres semblent confirmer les craintes selon lesquelles ils ont plus de difficulté à demander de l'aide à cause de la COVID-19.

Selon des chiffres fournis par Anciens Combattants Canada, environ 8 000 anciens combattants ont présenté une demande de prestations d'invalidité au cours des trois premiers mois complets de la pandémie, ce qui correspond à plus ou moins la moitié du nombre habituel.

La baisse marquée du nombre de demandes a aidé le Ministère à réduire l'arriéré de plus de 40 000 demandes d'aide fédérale à traiter.

Pourtant, le Ministère reconnaît aussi que cette baisse s'explique à tout le moins en partie parce que les anciens combattants ont plus de difficulté à obtenir les renseignements nécessaires pour présenter une demande, comme des évaluations de médecin, à cause de la pandémie.

C'est exactement contre cette situation que Brian Forbes, président du Conseil national des associations d'anciens combattants, met en garde depuis le printemps.

M. Forbes, dont l'organisation représente plus de 60 groupes d'anciens combattants au Canada, indique être frustré par l'inaction du gouvernement à régler ce problème, même s'il en est au courant depuis des mois. Il ajoute qu'il faut agir dès maintenant.

Ce rapport de la Presse canadienne a été publié pour la première fois le 25 octobre 2020.

<https://www.660citynews.com/2020/10/25/israel-to-begin-human-trials-of-coronavirus-vaccine/>

Pays-Bas

Les Néerlandais transfèrent de nouveau des patients en Allemagne à la suite d'une augmentation du nombre d'infections à la COVID-19

Source : National Post

ID : 1008105736

Date de publication : 2020-10-23 13 h 57 UTC

Reçu le 2020-10-23 13 h 57 UTC (0 minute plus tard)

Les Pays-Bas ont commencé à transférer des patients atteints de la COVID-19 en Allemagne vendredi, à un moment où une deuxième vague d'infections au coronavirus exerce de plus en plus de pression sur les hôpitaux.

L'hôpital Flevo, dans la ville néerlandaise centrale d'Almere, a rapporté qu'il transférerait deux de ses patients aux soins intensifs par hélicoptère à Münster, à environ 65 km (40 miles) à l'est de la frontière germano-hollandaise.

Il s'agissait des premiers transferts effectués pendant la deuxième vague qui a commencé à toucher les Pays-Bas au début du mois dernier. Pendant la première vague, en mars et en avril, des douzaines de patients néerlandais ont été transférés en Allemagne, où la capacité en soins intensifs est beaucoup plus importante que celle des Pays-Bas.

La LCPS, l'association des hôpitaux des Pays-Bas, a indiqué qu'elle s'attendait à ce que quatre patients supplémentaires soient transférés en Allemagne au cours de la fin de semaine.

Depuis la mi-septembre, les infections au coronavirus aux Pays-Bas, ont atteint un sommet record presque tous les jours, et bondi afin d'atteindre un nouveau sommet de près de 10 000 cas vendredi. Le nombre

quotidien d'infections confirmées en Allemagne, dont la population est près de cinq fois plus nombreuse, s'établissait à 11 242.

Le nombre de patients infectés au coronavirus hospitalisés aux Pays-Bas a doublé au cours des deux dernières semaines et près de tous les lits des unités de soins intensifs du pays sont maintenant utilisés pour les patients atteints de la COVID-19.

Le 14 octobre, le gouvernement a imposé des mesures de confinement partiel afin de contenir la propagation, y compris la fermeture de l'ensemble des bars et restaurants du pays.

(Reportage d'Anthony Deutsch et Bart Meijer; édition par John Stonestreet et Philippa Fletcher)

<https://nationalpost.com/pmnh/health-pmnh/dutch-transfer-patients-to-germany-again-as-covid-infections-spike>

Royaume-Uni

Le vaccin d'Oxford prêt d'ici Noël, selon le professeur qui dirige la chasse au vaccin contre le coronavirus

Source : News | Mail Online

ID : 1008119156

Le personnel hospitalier et les patients à risque élevé recevront probablement le vaccin contre la COVID-19 mis au point par Oxford d'ici la fin de l'année, a déclaré le professeur qui dirige le projet. Adrian Hill a indiqué que l'homologation d'urgence permettrait d'administrer le vaccin aux personnes qui en ont le plus besoin pendant que les essais finaux sont toujours en cours.

L'homologation complète suivra, ce qui signifie que le reste de la population pourrait recevoir le vaccin dès le début de l'année 2021.

Le professeur Hill, fondateur et directeur du Jenner Institute de l'Université d'Oxford, a avoué que les délais étaient serrés pour lancer la vaccination avant Noël. Il a toutefois maintenu qu'il était bel et bien possible d'y arriver.

Des « milliards de doses » ont déjà mis en production dans dix installations à l'échelle mondiale par un consortium dirigé par le fabricant de médicaments britannique AstraZeneca, a rapporté le professeur Hill. Dans une évaluation optimiste d'un déploiement possible du programme de vaccination, il s'est exprimé ainsi : « Je serais très surpris que cette chose (la pandémie) ne soit pas très clairement en baisse d'ici la fin du printemps, à tout le moins au pays; [...], nous arriverons à l'étape où l'immunité collective aura été atteinte grâce à la vaccination ».

Deux phases d'essais cliniques réussis ont montré que le vaccin mis au point par Oxford est sûr et déclenche une forte réponse immunitaire.

Les essais de la troisième phase sont maintenant bien avancés.

Le Jenner Institute mène des essais à neuf endroits au Royaume-Uni, auxquels participent 10 000 volontaires, ainsi qu'ailleurs au Brésil et en Afrique du Sud. D'autres essais sont menés par ses partenaires en Inde et aux États-Unis.

La prochaine étape cruciale du processus sera la « levée de l'aveugle » sur les résultats de l'essai, qui présentera des données sur les participants qui ont reçu le vaccin par rapport au groupe témoin.

D'ici là, ni les participants ni les chercheurs qui dirigent les essais ne sauront qui a reçu le vaccin ou le placebo. On nomme ce processus le « double aveugle ». Le professeur Hill a laissé sous-entendre que la levée de l'aveugle était imminente; toutefois, les organismes de réglementation en matière de santé de différents pays ont toutefois diverses exigences auxquelles il faut satisfaire avant que les vaccins soient homologués.

Les chercheurs prévoient demander une approbation d'utilisation d'urgence chez les patients vulnérables à la lumière des résultats provisoires obtenus, pendant qu'ils mènent d'autres essais afin de présenter des données probantes plus solides. « La première homologation sera pour une utilisation d'urgence, et pas une autorisation complète », indique le professeur Hill.

« On veut obtenir plus de données sur l'innocuité et peut-être sur l'efficacité avant d'homologuer un vaccin à administrer à tous. Au pays, nos priorités sont très claires : nous vaccinerons les personnes à risque avant les jeunes et les personnes en bonne santé, qui s'exposent à un risque moins élevé. Je crois que c'est ce que la plupart des pays feront.

Cette année, nous envisageons donc une homologation pour une "utilisation d'urgence", ce qui nous permettra de procéder à la vaccination des personnes qui courent le plus grand risque en priorité. Par la suite, au début de l'an prochain, nous commencerons à vacciner tous les autres. Le personnel de la

santé et les autres travailleurs essentiels pourront aussi recevoir le vaccin en vertu d'une homologation provisoire », ajoute-t-il.

Le professeur indique que la Medicines and Healthcare products Regulatory Agency du Royaume-Uni a réellement fait un travail fantastique, et ajoute ce qui suit : « Voilà pourquoi nous disons qu'il s'agit de l'un des meilleurs pays au monde où mener des essais cliniques. Nous avons un organisme de réglementation bien informé et sensé, qui prend des décisions en fonction d'une analyse des risques plutôt que d'un ensemble de règles dogmatiques. »

Il ajoute qu'il serait « très surpris si l'organisme n'agit pas très rapidement » une fois que les résultats provisoires auront été présentés. Le professeur Hill a sous-entendu que des données fondées sur aussi peu que 20 cas de COVID-19 pouvaient produire des éléments de preuve statistiquement significatifs sur l'efficacité du vaccin. Il est toutefois possible que ces données ne soient pas suffisantes pour homologuer le vaccin dans certains pays.

La Food and Drug Administration des États-Unis, par exemple, exige d'obtenir des données sur 150 participants infectés avant d'accepter les conclusions d'essais.

En outre, les essais américains vont finalement reprendre après avoir été mis en suspens le mois dernier, quand un patient a développé une affection neurologique pour des raisons non liées au vaccin. Par conséquent, les essais ont également été mis en suspens au Royaume-Uni, mais ils ont repris rapidement.

Le professeur Hill s'est exprimé ainsi dans le cadre d'une discussion en ligne avec des membres et des anciens diplômés du Magdalen College d'Oxford : « En temps normal, les essais durent si longtemps en grande partie parce que les chercheurs doivent passer des mois à rédiger des rapports et à obtenir du financement entre les différentes phases. Dans ce cas-ci, le budget n'a pas été un obstacle ».

Il a sous-entendu que le vaccin d'Oxford, administré en deux doses, à quatre semaines d'intervalle, allait probablement assurer une protection solide contre la COVID-19, car il donne lieu à la création d'anticorps et induit une immunité lymphocytaire T. Ce dernier effet signifie que les globules blancs du corps sont sensibilisés à détruire tout tissu qui devient infecté.

https://www.dailymail.co.uk/news/article-8878451/Oxford-vaccine-ready-Christmas-says-professor-leading-hunt-coronavirus-jab.html?ns_mchannel=rss&ns_campaign=1490&ito=1490

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

Canada

Selon une étude, le dépistage régulier et rapide dans les écoles de la C.-B. peut contribuer à prévenir les éclosions de COVID-19

Source : CityNews1130.com

ID : 1008105762

Date de publication : 2020-10-23 14 h 23 UTC

Reçu le 2020-10-23 14 h 30 UTC (7 minutes plus tard)

VANCOUVER (NEWS 1130) – Selon des chercheurs de l'Université Simon Fraser, il existe une meilleure façon de prévenir l'augmentation des éclosions de COVID-19 dans les écoles de la C.-B. : le dépistage régulier et rapide.

À l'heure actuelle, quand une éclosion survient dans une école, on soumet les élèves et les membres du personnel qui manifestent des symptômes à un test de dépistage. S'ils obtiennent un résultat positif au coronavirus, on informe ensuite leurs proches.

Les chercheurs indiquent que cette façon de procéder contribue à limiter la taille des grappes dans les écoles; selon leur modélisation, toutefois, le dépistage régulier et proactif de tous les élèves, même avant que quiconque ne commence à manifester des symptômes, est efficace pour prévenir les grappes importantes d'infections au virus.

« La surveillance universelle régulière et rapide est de loin supérieure pour prévenir les grappes importantes que le dépistage amorcé à la suite de la détection de cas symptomatique, et ce, même si une classe au complet est soumise à un dépistage peu de temps après », peut-on lire dans l'article.

Cela s'explique par le fait que cette surveillance permet de cerner les personnes qui sont peut-être porteuses du virus et qui sont contagieuses, mais qui ne manifestent aucun symptôme.

Dans cette étude, on fait remarquer que les premières données probantes portaient à croire que les écoles représentaient un risque très faible et qu'il était peu probable que les enfants soient très contagieux.

Toutefois, après la déclaration d'une éclosion importante de cas de COVID-19 dans une école de Kelowna et les alertes d'exposition de plus en plus nombreuses émises pour des écoles à l'échelle du Lower Mainland, il devient de plus en plus clair que les jeunes peuvent contracter et transmettre le virus à l'école et que les grappes et les éclosions peuvent être importantes.

La D^{re} Bonnie Henry, médecin-hygiéniste en chef de la province, a rapporté jeudi que les membres du personnel représentaient environ le tiers des expositions dans les écoles en C.-B. Les élèves représentent les deux tiers restants.

Q : Pouvez-vous en dire plus sur l'éclosion à Kelowna?

D^{re} Henry : Il s'agit de membres du personnel et d'élèves. Certains ont sans doute été exposés dans les autobus scolaires.

Parmi les 216 expositions totales en C.-B., elle explique que les membres du personnel représentent le tiers et les élèves, les deux tiers (cette donnée est nouvelle, c'était le contraire il y a un mois) #bcpoli #bced @NEWS1130 #covid19

— LizaYuzda (@LizaYuzda), le 22 octobre 2020

Les chercheurs, dont les conclusions n'ont pas encore été attestées dans le cadre d'un examen par les pairs, suggèrent deux autres approches en matière de prévention.

Premièrement, ils indiquent que la réduction de la transmission communautaire peut jouer un rôle important, en ajoutant que « si les expositions elles-mêmes sont rares, le délai d'attente entre l'introduction d'une transmission élevée sera probablement beaucoup plus long que si la transmission communautaire mène à des expositions fréquentes ».

Deuxièmement, l'étude conclut qu'il pourrait aussi être utile de prendre des mesures pour s'occuper du milieu et du rôle qu'il joue dans une transmission.

« On sait que les milieux intérieurs, surpeuplés, bruyants et mal aérés, où l'on chante et l'on mange représentent un risque plus élevé en comparaison [36, 38] », peut-on lire dans l'étude.

« Toutefois, il est maintenant possible de collecter des données de façon prospective en se concentrant sur les écoles : quand on recense des expositions dans des classes, on pourrait les lier à des données sur la grandeur de la pièce, sur la ventilation, sur l'ouverture des fenêtres, sur le nombre d'élèves dans la classe et sur l'organisation de la classe, afin de les lier ensuite au suivi de la taille de la grappe. »

Les chercheurs insistent sur le fait qu'il est impératif, pour garder les écoles ouvertes, de faire ce que nous pouvons pour prévenir les grappes de transmission importantes, « même si on s'attend à ce qu'elles soient rares ».

« L'avantage escompté de la prévention des grappes de transmission importantes dépendra naturellement de l'état de la transmission de la COVID-19 dans la communauté. Autrement dit, les grappes importantes seront probablement amplifiées et la propagation se poursuivra dans les cas où il y a transmission communautaire. Dans ce genre de milieu, on recensera également un plus grand nombre d'expositions dans les écoles, et le risque de l'introduction d'une transmission élevée malencontreuse dans une école est proportionnellement plus élevé, ce qui crée un cercle vicieux ».

<https://www.citynews1130.com/2020/10/23/regular-rapid-testing-bc-schools-covid-19/>

Canada et États-Unis

Une étude contribue à expliquer la baisse des taux de mortalité de la COVID-19

Source : EurekAlert

ID : 1008102546

Selon une nouvelle étude, de moins en moins de New-Yorkais meurent du coronavirus, contrairement à ce à quoi s'attendaient les experts. Les taux de mortalité régionaux ont baissé par rapport aux sommets que nous avons vus au début de l'éclosion, ce qui s'explique en partie parce que le groupe de la population qui contracte la maladie a changé et comprend des personnes plus résilientes.

Après que New York est devenu l'épicentre de la pandémie au début du mois de mars, alors que des dizaines de milliers de personnes sont mortes de la COVID-19, les experts s'attendaient à ce que l'infection demeure aussi mortelle au cours des mois suivants.

En fait, selon une nouvelle enquête, le taux de mortalité des personnes hospitalisées pour une maladie liée au coronavirus était passé de 37 à 3 points de pourcentage à la mi-août. L'étude, dirigée par des chercheurs de la Grossman School of Medicine de l'Université de New York (NYU), indique qu'un groupe de personnes plus jeunes et en meilleure santé étaient infectées et se présentaient à l'hôpital avec des symptômes moins graves que les personnes qui avaient été infectées au printemps.

L'analyse des chercheurs indique toutefois que l'amélioration du taux de survie était attribuable en partie seulement à ces facteurs. Selon ce qu'ils croient, l'autre facteur de cette amélioration est l'expérience croissante des fournisseurs de soins de service avec le coronavirus. À titre d'exemple, des médecins ont appris que le fait d'allonger les patients atteints de la COVID-19 sur le ventre plutôt que sur le dos et de repousser le recours aux ventilateurs le plus longtemps possible étaient des pratiques plus efficaces, selon ce qu'indiquent les auteurs de l'étude. Les médicaments ont probablement été utiles eux aussi. En outre, d'autres facteurs comme la baisse des volumes dans les hôpitaux, la baisse de l'exposition à l'infection, ainsi que le dépistage et le traitement plus précoces ont sans doute joué un rôle.

« Nos conclusions nous portent à croire que même si la COVID-19 demeure une maladie terrible, les efforts que nous déployons afin de mieux la traiter portent probablement leurs fruits », indique l'auteure principale, la D^{re} Leora Horwitz, M.D., professeure agrégée au département de la santé de la population de NYU Langone Health. « Même en l'absence de traitement ou de vaccin miracle, nous protégeons un plus grand nombre de nos patients en apportant un éventail de petits changements », explique la D^{re} Horwitz, qui est aussi directrice du Center for Healthcare Innovation and Delivery Science à NYU Langone.

L'État de New York a été l'un des premiers à être aux prises avec une grave épidémie de COVID-19. En comparaison, les taux de mortalité pour les vagues plus récentes dans le sud et l'ouest du pays, où les patients infectés par le coronavirus étaient plus jeunes et en meilleure santé, étaient plus bas, comme le mentionne la D^{re} Horwitz. Toutefois, on ignorait encore si c'est le changement de la population de patients ou l'amélioration des soins qui ont rendu le virus moins mortel.

La D^{re} Horwitz précise que la nouvelle étude, qui sera publiée en ligne la semaine prochaine dans le Journal of Hospital Medicine, est l'analyse la plus détaillée menée à ce jour sur les taux de mortalité liés au coronavirus au fil du temps. En prenant en considération l'âge, l'obésité et d'autres facteurs clés, les chercheurs sont parvenus à écarter certaines explications de l'analyse.

Dans le cadre de l'enquête, l'équipe de recherche a analysé 5 263 dossiers médicaux de personnes traitées pour la COVID-19 aux hôpitaux de NYU Langone à New York et à Long Island entre le 1^{er} mars et le 8 août. Les auteurs de l'étude ont élaboré un modèle qui prédisait la probabilité de décès pour chaque patient en recourant à un éventail de facteurs de risque pour la maladie et à des indicateurs de la gravité de l'affection au moment de l'hospitalisation.

Selon les conclusions, la probabilité de décès était en moyenne 22 points de pourcentage inférieurs au mois d'août par rapport au mois de mars pour la plupart des patients gravement malades.

L'âge moyen des patients atteints de la COVID-19 qui ont été hospitalisés a également baissé, passant de 63 à 47 ans. En mars, 73 % des patients souffraient de maladies chroniques comme une affection pulmonaire et le diabète, tandis qu'à la mi-juillet, environ 65 % des patients seulement présentaient ces facteurs de risque.

« D'autres points chauds de la pandémie devraient voir comme une lueur d'espoir les leçons tirées ici, à New York », indique l'auteur principal de l'étude, le D^r Christopher Petrilli, M.D., professeur adjoint au département de médecine de NYU Langone. « Si nous pouvons mieux gérer la maladie, ils le peuvent aussi ».

Il ajoute toutefois que l'équipe de recherche prévoit ensuite d'étendre l'étude aux hôpitaux situés à l'extérieur de l'État de New York.

Le D^r Petrilli sert aussi la mise en garde suivante : même si les taux de mortalité s'améliorent, la COVID-19 cause tout de même des symptômes chez certaines personnes qui se poursuivent bien après que les patients ont été renvoyés à la maison, y compris de la fatigue, des caillots sanguins et des lésions pulmonaires.

###

La NYU Grossman School of Medicine a fourni tous les fonds nécessaires pour mener l'étude.

Outre, la D^{re} Horwitz et le D^r Petrilli, les autres chercheurs de NYU Langone comprennent Simon Jones, Ph. D.; Robert Cerfolio, M.D.; Fritz Francois, M.D.; Joseph Greco, M.D.; et Bret Rudy, M.D.

Demandes de renseignements des médias

https://www.eurekalert.org/pub_releases/2020-10/nlh-she102120.php

États-Unis

Moderna salue la diversité des participants aux essais sur les vaccins contre le coronavirus

Source : CTVNews.ca - Health - Public RSS

ID : 1008101036

Date de publication : 2020-10-22 21 h 29 UTC

Reçu le 2020-10-22 21 h 29 UTC (0 minute plus tard)

WASHINGTON – L'entreprise de biotechnologie Moderna a indiqué jeudi qu'elle avait réussi à recruter des membres de minorités ethniques, des personnes âgées et des personnes souffrant de problèmes de santé sous-jacents pour l'essai sur son vaccin contre la COVID-19, après s'être efforcée de faire participer les groupes les plus vulnérables au virus.

Moderna a indiqué qu'elle a maintenant inscrit les 30 000 participants à l'essai de phase 3, dont plus de 25 000 avaient déjà reçu une deuxième dose du vaccin, quatre semaines après la première.

L'entreprise a indiqué qu'elle s'employait à « mettre au point un vaccin pour tous, y compris pour les communautés qui ont toujours été sous-représentées dans les recherches cliniques et qui sont touchées de manière disproportionnée par la COVID-19 ».

Plus de 7 000 personnes qui participent à l'essai sont âgées de plus de 65 ans et plus de 5 000 participants âgés de moins de 65 ans souffrent de problèmes de santé sous-jacents, comme le diabète, l'obésité grave et les maladies cardiaques.

L'entreprise a indiqué que plus de 11 000 participants proviennent « de communautés de couleur, ce qui représente 37 % de la population de l'étude, semblable à la diversité que l'on observe à l'échelle des États-Unis »; 6 000 d'entre eux sont d'origine hispanique ou latino et plus de 3 000 sont afro-américains.

L'entreprise Moderna, établie dans l'État du Massachusetts, est l'une des rares à avoir lancé un essai clinique à grande échelle, moins de 10 mois après que la séquence génétique du nouveau coronavirus a été établie.

Certains projets menés en Chine, en Russie et dans d'autres pays orientaux en sont aussi rendus à l'étape des tests avancés, y compris l'entreprise américaine Pfizer.

Moderna espère obtenir des résultats suffisants d'ici la fin du mois de novembre et présenter ensuite une demande d'homologation d'urgence auprès de la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis.

L'entreprise a déjà indiqué qu'elle visait à présenter sa demande d'homologation peu après le 25 novembre, tandis que Pfizer présentera la sienne au cours de la troisième semaine de novembre.

Le gouvernement américain annonce qu'il distribuera gratuitement les premières doses immédiatement après l'homologation.

Le secrétaire de la santé, M. Alex Azar, a affirmé mercredi qu'il y aurait suffisamment de doses pour vacciner les Américains « les plus vulnérables » avant la fin de l'année, par la suite, les personnes âgées et les travailleurs de la santé, en janvier, et tous les Américains d'ici le début du mois d'avril.

Dans le cadre des essais, la moitié des volontaires reçoivent un placebo, tandis que l'autre moitié reçoit le vaccin.

Les directives initiales de la FDA stipulent que si le nombre de participants du groupe ayant reçu le vaccin qui contractent naturellement le virus et qui deviennent malades est au moins 50 % inférieur à celui du groupe témoin, le vaccin sera déclaré efficace.

Jeudi, toutefois, un représentant des National Institutes of Health a signalé lors de la réunion du comité consultatif de la FDA sur les vaccins qu'il faudrait obtenir une efficacité de 60 % pour obtenir une homologation d'urgence.

<https://www.ctvnews.ca/health/moderna-hails-diversity-of-coronavirus-trial-participants-1.5156760>

Royaume-Uni

Selon une analyse indépendante, le vaccin contre la COVID-19 d'Oxford respecte ses instructions génétiques programmées

Source : medicalxpress.com

ID : 1008100541

Date de publication : 2020-10-22 19 h 30 UTC

Reçu le 2020-10-22 19 h 30 UTC (0 minute plus tard)

Une équipe de l'Université de Bristol a recouru à des techniques élaborées récemment afin de confirmer que le vaccin suit avec exactitude les instructions génétiques que l'équipe d'Oxford y a programmées.

Le vaccin d'AstraZeneca et d'Oxford contre la COVID-19 (ChAdOx1 nCoV-19, également connu sous le nom AZD1222), qui fait actuellement l'objet d'essais de phase 3, a déjà subi des analyses rigoureuses afin de garantir les normes de qualité et d'innocuité les plus élevées. Alors, une équipe de l'Université de Bristol a recouru à des techniques élaborées récemment afin de confirmer elle aussi que le vaccin suit avec

exactitude les instructions génétiques que l'équipe d'Oxford y a programmées. Cette analyse nouvelle donne encore plus de précisions sur la façon dont le vaccin réussit à provoquer une réponse immunitaire solide.

Les conclusions de l'étude dirigée par des scientifiques de l'Université de Bristol, qui seront publiées sur le serveur de publication préalable ResearchSquare, représentent l'analyse la plus approfondie de tous les candidats-vaccins contre la COVID-19, et va encore plus loin que toute autre exigence réglementaire que l'on trouve ailleurs dans le monde.

Les travaux sur le vaccin, mis au point par des chercheurs du Jenner Institute de l'Université d'Oxford et de l'Oxford Vaccine Group, se sont amorcés en janvier 2020. Les chercheurs de l'Université de Bristol avaient comme point de mire de déterminer à quelle fréquence et avec quelle exactitude le vaccin (qui fait actuellement l'objet d'essais de phase 3 par l'université d'Oxford et par AstraZeneca), copie et utilise les instructions génétiques fournies par l'équipe d'Oxford. Ces instructions expliquent comment créer la protéine de spicule du coronavirus (SARS-CoV-2) qui cause la COVID-19.

Le vaccin d'Oxford est créé à partir d'un virus qui cause le rhume (adénovirus) prélevé chez des chimpanzés et dont on supprime environ 20 % des instructions. Cela signifie que le vaccin ne peut pas se répliquer ou causer la maladie chez les humains; il demeure toutefois possible de le produire en laboratoire dans des conditions spéciales. En éliminant ces instructions génétiques, on crée de l'espace afin d'ajouter les instructions pour la protéine de spicule du SARS-CoV-2. Une fois qu'elles se trouvent dans une cellule humaine, les instructions génétiques pour la protéine de spicule doivent être « photocopiées » à de nombreuses reprises. On appelle ce processus la transcription. Dans tout système vaccinal, ce sont ces « photocopies » qui sont directement utilisées pour fabriquer de grandes quantités de la protéine de spicule. Une fois que la protéine de spicule est fabriquée, elle entraîne une réaction du système immunitaire, ce qui le prépare à reconnaître une véritable infection à la COVID-19. Donc, quand la personne vaccinée est confrontée au virus SARS-CoV-2, son système immunitaire est entraîné et prêt à l'attaquer.

On utilise les adénovirus depuis de nombreuses années dans le développement de vaccins. Ces derniers font toujours l'objet de tests selon des normes très élevées afin de garantir que la bonne copie des instructions génétiques a été intégrée aux vaccins de tous les lots produits. Toutefois, grâce aux avancées très récentes dans les technologies de séquençage génétique et d'analyse protéique, les chercheurs de l'Université Bristol ont également été en mesure pour la toute première fois de vérifier directement plusieurs milliers des instructions « photocopiées » produites par le vaccin d'Oxford dans une cellule. Ainsi, ils ont pu confirmer directement que les instructions sont copiées correctement et exactement, ce qui donne une assurance supplémentaire que le vaccin fonctionne exactement comme il a été programmé.

En même temps, les chercheurs ont vérifié que la protéine de spicule fabriquée par le vaccin à l'intérieur des cellules humaines reflète aussi avec exactitude les instructions programmées. Cette toute nouvelle approche pourrait être utilisée plus couramment à l'avenir afin d'aider les chercheurs à adapter le rendement de ce genre de vaccin.

La recherche a été menée sous la direction du D^r David Matthews, maître de conférences en virologie à la School of Cellular and Molecular Medicine (CMM) de l'Université de Bristol. Selon le D^r Matthews, « il s'agit d'une étude importante, car elle nous permet de confirmer que les instructions génétiques qui sous-tendent ce vaccin élaboré le plus rapidement et de la façon la plus sécuritaire possible sont correctement suivies quand elles arrivent dans une cellule humaine ».

« Jusqu'à présent, la technologie n'avait pas été en mesure de donner des réponses aussi claires. Nous savons maintenant que le vaccin fait tout ce à quoi nous nous attendons, ce qui est une excellente nouvelle dans notre lutte contre la maladie ».

L'étude menée par l'Université de Bristol a profité de la contribution du D^r Andrew Davidson, maître de conférences en virologie des systèmes à CMM, et le groupe UNCOVER de l'Université. Elle est aussi le fruit de collaborations clés avec Sarah Gilbert, professeure de vaccinologie à l'Université d'Oxford, et avec AstraZeneca.

Sarah Gilbert, professeure de vaccinologie à l'Université d'Oxford et responsable de l'essai du vaccin d'Oxford, a ajouté ce qui suit : « Il s'agit d'un merveilleux exemple de collaboration interdisciplinaire, en recourant à de nouvelles technologies pour examiner ce que fait le vaccin exactement quand il entre à l'intérieur d'une cellule humaine. L'étude confirme que de grandes quantités de la protéine de spicule du coronavirus sont produites avec une grande exactitude, ce qui contribue grandement à expliquer la réussite du vaccin à induire une réponse immunitaire solide. »

Fourni par l'Université d'Oxford

<https://medicalxpress.com/news/2020-10-oxford-covid-vaccine-genetic-independent.html>

Royaume-Uni

COVID-19 : Les enfants infectés par le coronavirus et qui sont asymptomatiques pourraient avoir une quantité MOINDRE du virus que ceux qui présentent des symptômes

Source : Daily Mail Online

ID : 1008105081

Date de publication : 2020-10-23 12 h 28 UTC

Reçu le 2020-10-23 12 h 28 UTC (0 minute plus tard)

Les enfants qui obtiennent un résultat positif à la COVID-19, mais qui ne manifestent aucun des signes extérieurs pourraient avoir une concentration virale inférieure à celle des enfants infectés symptomatiques, selon ce qu'une étude laisse entendre.

Inversement, selon les experts, ces conclusions pourraient être attribuables au fait que les enfants subissent un test de dépistage plus tard au cours de leur maladie, quand leurs charges virales ont baissé. L'équipe de recherche américaine a étudié les charges virales de 817 enfants qui ont obtenu un résultat positif au dépistage du SARS-CoV-2 après s'être rendus à un hôpital aux États-Unis et au Canada. Ils ont conclu que les concentrations virales étaient habituellement plus élevées chez les enfants asymptomatiques susceptibles de n'avoir été infectés que récemment.

Toutefois, leurs données sous-entendaient aussi que les charges virales moyennes chez les enfants soumis à un dépistage régulier demeuraient inférieures dans les cas asymptomatiques.

Il faudra mener d'autres tests, a indiqué l'équipe, afin de déterminer si les enfants asymptomatiques ont effectivement des concentrations virales inférieures en générale ou si celles-ci baissent au fil de l'évolution de leur cas.

Ces conclusions pourraient avoir une incidence sur notre compréhension des risques de transmission chez les membres plus jeunes de la population, particulièrement dans les écoles.

« Ces conclusions offrent une certaine assurance à propos de la sécurité des enfants infectés asymptomatiques qui fréquentent l'école », a indiqué Larry Kociolek, l'auteur de l'article et épidémiologiste à l'Université Northwestern dans l'Illinois.

« Ces questions sans réponses portent à croire que les mesures d'atténuation des risques instaurées dans les garderies, dans les écoles et dans les collectivités demeurent essentielles afin de réduire la propagation de la COVID-19 ».

« Les enfants doivent continuer de porter le masque, de pratiquer la distanciation physique et de se laver les mains fréquemment. »

« À ce stade, nous ne pouvons pas prédire quels enfants sont plus susceptibles d'avoir une concentration virale plus élevée ou moins élevée, car nous avons trouvé des enfants asymptomatiques avec une charge virale plus élevée dans chacun des groupes d'âge que nous avons testés ».

« Toutefois, même les groupes d'enfants asymptomatiques ayant la charge virale la plus élevée dans notre étude avaient tout de même des charges virales inférieures à celles des enfants symptomatiques ».

Dans le cadre de leur étude, les chercheurs ont analysé 478 enfants symptomatiques et 339 enfants asymptomatiques âgés de 0 à 17 ans qui avaient obtenu un résultat positif à des tests de dépistage de la COVID-19 menés dans neuf hôpitaux pour enfants aux États-Unis et au Canada.

L'équipe a conclu que les enfants asymptomatiques qui avaient le diabète ou qui avaient été récemment en contact avec un cas connu de COVID-19 étaient plus susceptibles d'avoir des charges virales élevées. Il en allait de même pour les enfants soumis à un test à des fins de surveillance, plutôt que ceux qui avaient subi un test aux fins de préadmission ou dans le cadre d'une évaluation avant une procédure.

Selon l'équipe, la conclusion selon laquelle les enfants les plus susceptibles d'avoir eu des infections récentes étaient aussi plus susceptibles d'avoir des charges virales élevées porte à croire que le moment relatif de l'infection et du dépistage a eu une incidence sur les concentrations chez les enfants asymptomatiques.

Cependant, les données ont également révélé que même les niveaux moyens de la cohorte de cas asymptomatiques ayant la charge virale la plus élevée demeuraient considérablement inférieurs à ceux du groupe équivalent de cas symptomatiques.

« Nous devons maintenant apprendre quelles sont les charges virales les plus élevées chez les enfants asymptomatiques atteints de la COVID-19 », explique l'auteure de l'article, Nira Pollock, pathologiste à l'hôpital pour enfants de Boston et à la Harvard Medical School.

« Le test a-t-il été effectué tout juste après le sommet atteint par la charge virale auprès de bon nombre des enfants asymptomatiques de cette étude ou les enfants asymptomatiques ont-ils véritablement des charges virales maximales qui demeurent inférieures à celles des enfants symptomatiques? »

« Il est important de reconnaître que les tests de dépistage antigénique rapides sont moins sensibles que les tests de réaction en chaîne de la polymérase utilisés dans les hôpitaux », ajoute-t-elle.

« Bon nombre des enfants asymptomatiques qui ont participé à notre étude auraient probablement obtenu un résultat négatif aux tests rapides, selon ce que nous comprenons des limites de détection de ces tests ».

« Nos conclusions doivent mettre en garde contre l'utilisation de tests à plus faible sensibilité pour les programmes de dépistage de cas asymptomatiques chez les populations pédiatriques. »

« En général, nous tenons à encourager la poursuite d'études supplémentaires afin de mieux comprendre les charges virales chez les enfants asymptomatiques, particulièrement les charges virales maximales au début de l'infection ».

Les conclusions complètes de l'étude ont été publiées dans le Journal of Clinical Microbiology.

L'étude conclut que les ordonnances de rester chez soi changent à peine le facteur R parce que les gens ne respectent pas les règles.

À lui seul, le fait d'ordonner aux gens de rester à la maison réduit à peine les taux d'infection à la COVID-19, car ceux-ci ne respectent pas les règles, selon ce que les chercheurs ont indiqué hier.

Le facteur R, la mesure clé de la propagation du virus, baisse de 3 % seulement un mois après la mise en place des mesures de restriction.

En outre, l'interdiction des rassemblements de plus de dix personnes réduit aussi le facteur R de la même proportion, ce qui soulève des questions sur la valeur de la règle de six.

L'étude menée par l'Université d'Édimbourg a conclu que la principale faiblesse des deux mesures réside dans l'incapacité de surveiller la conformité.

Les chercheurs, qui écrivaient un article pour le journal The Lancet, ont conclu que l'interdiction des événements publics constituait l'intervention indépendante la plus efficace et donnait lieu à une réduction de 24 % du facteur R.

Au début de la crise, de grands événements sportifs comme le Cheltenham Festival et l'affrontement de la Ligue des champions entre le Liverpool et l'Atletico de Madrid ont tout de même eu lieu, en dépit des avertissements répandus.

La recherche, dirigée par le professeur Harish Nair, d'Édimbourg, se fonde sur une évaluation des mesures de réponse à la pandémie en place dans 131 pays.

« Quand on dit aux gens de rester à la maison, il est très difficile de garantir le respect de cette consigne », dit le professeur. « On est confronté au même problème quand on demande aux gens de ne pas se rassembler. Tout est une question de respect. En comparaison, l'interdiction des événements de masse ou la fermeture des écoles garantit la conformité ».

La fermeture des écoles a réduit le facteur R de 15 %, mais les chercheurs ont conclu que quelques mesures à peine ont à elles seules une incidence considérable. Ce n'est que quand on les met en place ensemble qu'elles fonctionnent vraiment, ce qui pourrait expliquer pourquoi les restrictions limitées en Angleterre obtiennent si peu de résultats.

Selon les calculs réalisés par le SAGE, le comité consultatif du gouvernement, le confinement imposé en mars, y compris l'ordonnance de rester chez soi, a donné lieu à une réduction de 75 % du facteur R.

Ces données nous arrivent alors que le R.-U. a annoncé aujourd'hui 21 242 résultats positifs au dépistage du coronavirus et 189 décès supplémentaires attribuables au virus.

Le conseiller scientifique en chef, Sir Patrick Vallance, a indiqué que ces chiffres vont « encore dans la mauvaise direction », en avouant du même souffle que l'éclosion au pays semblait en perte de vitesse.

Publicité

<https://www.dailymail.co.uk/sciencetech/article-8871735/COVID-19-Asymptomatic-children-coronavirus-virus-symptoms.html>

Espagne

La piètre gestion de la COVID-19 est attribuable à la classification erronée du risque que pose le SARS-CoV-2

Source : The Lancet

ID : 1008105182

L'un des faits les plus frappants de la pandémie de COVID-19 est la différence importante dans l'approche, l'attitude, les mesures de contrôle, l'incidence des cas et les taux de mortalité entre les hémisphères oriental et occidental. Les résultats d'une analyse récente¹ montrent les leçons à retenir des expériences de ces pays et régions. Il est possible d'expliquer, en partie du moins si ce n'est complètement, les différences dans l'approche et la mortalité par la classification erronée du risque posé par l'agent infectieux.

Dans son manuel de sécurité biologique, l'OMS classe les microorganismes selon quatre niveaux de risque². Les mesures de prévention et la biosécurité sont réglementées en vertu de lois nationales établies conformément à cette classification surtout pour protéger la santé au travail³. Le groupe 4 comprend les agents nouveaux ou connus pour lesquels il n'existe aucun vaccin ou traitement et qui peuvent se transmettre dans la communauté. Le virus Ebola et le virus de la variole sont classés comme des agents appartenant au groupe 4. Le groupe 3, toutefois, comprend des microorganismes dangereux comme *Mycobacterium tuberculosis*, pour lesquels il existe un traitement antibiotique et d'autres mesures de contrôle connues.

• Voir le contenu associé à cet article

Quand le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2) est apparu à Wuhan (Chine), d'autres pays asiatiques, ainsi que l'Australie et la Nouvelle-Zélande, ont mis en place des plans d'intervention d'urgence afin de lutter contre un agent infectieux posant le risque le plus élevé, non seulement pour assurer la santé au travail, mais aussi pour protéger la population en général. Étant donné l'incertitude entourant la nature de la menace et le risque réel qu'elle posait, les gouvernements de ces pays ont décidé de mettre en place les mesures les plus contraignantes, soit les mêmes que celles qui auraient été en place dans le cas de la variole ou la peste. C'est pour cette raison que l'on a utilisé de l'équipement de protection semblable à celui qui a servi pour lutter contre le virus Ebola, que les rues ont été désinfectées au chlore, que les patients atteints de la COVID-19 ont été séparés des autres patients dans les centres monographiques et que l'on a ordonné à certaines personnes des quarantaines obligatoires. Des quarantaines collectives, sous la forme d'un confinement, ont ensuite été mises en œuvre. En comparaison, l'approche occidentale, qui se fondait sur un risque censé être classé dans le groupe 2 ou 3, a initialement considéré la COVID-19 comme un nouveau genre d'influenza et déterminé que la gestion générale des cas et des contacts serait effectuée dans des hôpitaux généraux et des salles de soins ambulatoires, sans quarantaine ou isolement obligatoire dans les hôpitaux monographiques. La Commission européenne a débattu, en juin 2020, de la classification du SARS-CoV-2 en tant qu'agent appartenant au groupe 3. Les membres du Parlement européen, en désaccord, ont protesté avec véhémence et appelé à une classification dans le groupe 4.^{4,5}

Si l'Europe et les autres pays de l'hémisphère occidental voulaient suivre une tendance épidémiologique semblable à celle observée dans les pays asiatiques, ils auraient donc dû considérer le SARS-CoV-2 comme un agent posant un risque maximal dans l'ensemble des approches techniques, des milieux cliniques et des couches sociales.

Je suis un ancien directeur général de la santé publique de la communauté autonome de Madrid (Espagne). Je déclare n'avoir aucun intérêt concurrentiel.

Références :

1.HAN, E., M. Mei Jin Tan et E. Turk. *Lessons learnt from easing COVID-19 restrictions: an analysis of countries and regions in Asia Pacific and Europe*. Lancet, (2020). [publié en ligne le 24 septembre]
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32007-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32007-9)

2.ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Manuel de sécurité biologique en laboratoire*. Troisième édition. Organisation mondiale de la Santé, Genève (2004).

3.PARLEMENT EUROPÉEN. *Directive 2000/54/CE du Parlement européen et du Conseil du 18 septembre 2000 concernant la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail*.

<https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=celex%3A32000L0054> Date : 17 octobre 2020;
Consulté le : 29 septembre 2020

4.PARLEMENT EUROPÉEN. *Directive (UE) 2020/739 de la Commission du 3 juin 2020 modifiant l'annexe III de la directive 2000/54/CE du Parlement européen et du Conseil en ce qui concerne l'inscription du SARS-CoV-2 sur la liste des agents biologiques connus pour provoquer des maladies infectieuses chez l'homme et modifiant la directive (UE) 2019/1833 de la Commission*. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/?uri=CELEX%3A32020L0739> Date : 3 juin 2020.

Consulté le : 29 septembre 2020

5. GUARASCIO, F. *Coronavirus is not high threat to workers, EU says, causing outcry.* <https://www.reuters.com/article/us-health-coronavirus-eu-workers/coronavirus-is-not-high-threat-to-workers-eu-says-idUSKBN23A1H9> Date : 3 juin 2020. Consulté le 28 septembre 2020
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32169-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32169-3/fulltext)
DOI : [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32169-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32169-3)

Étude

Une éclosion nationale importante de COVID-19 liée à un déplacement aérien en Irlande à l'été 2020

ID : 1008101254

Source : CIDRAP, [eurosurveillance.org](https://www.eurosurveillance.org)

Malgré la mise en œuvre de mesures de précaution pour renforcer la sécurité, un vol à destination de l'Irlande cet été est à l'origine d'une éclosion touchant 59 personnes dans six des huit régions sanitaires du pays. Les tests ont éventuellement confirmé que 13 (26,5 %) des 49 passagers originaux avaient obtenu un résultat positif au SARS-CoV-2, tandis que les 46 autres personnes ont contracté la maladie après avoir été en contact avec les passagers infectés.

Dans l'étude menée par *Eurosurveillance* les chercheurs se sont penchés sur quatre groupes de passagers distincts et ont analysé leurs itinéraires de voyage et leurs interactions entre eux, y compris leur proximité à bord de l'avion. Le séquençage du génome a révélé qu'une seule source de COVID-19 avait propagé la maladie entre les passagers, qui provenaient d'ailleurs en Europe et de deux autres continents non mentionnés.

Les chercheurs ont conclu que le taux d'attaque plausible s'établissait à 17,8 % : huit personnes avaient contracté la COVID-19 pendant le vol de 7,5 heures, trois autres étaient en incubation ou avaient été infectées après le vol et un était un contact tertiaire de l'un des cas à bord du vol. Les chercheurs ont déterminé que le taux d'attaque du virus s'établissait au minimum à 9,8 % si quatre des passagers, ceux appartenant aux groupes les plus isolés, avaient contracté la COVID-19 en vol. Ils ont calculé que le taux d'attaque maximal correspondait à 25 %.

Le transporteur aérien avait mis en place des mesures de distanciation physique et limité les interactions entre les membres d'équipage et les passagers. Or, parmi les 13 personnes connues qui ont obtenu un résultat positif, neuf avaient porté un masque, un enfant n'avait pas porté de masque et on ignorait si les trois autres avaient porté le masque. L'enquête sur l'éclosion a pris fin 28 jours après le dernier début des symptômes. Quatre personnes ont dû être hospitalisées et l'une d'elles s'est retrouvée aux soins intensifs. Aucun décès n'a été enregistré.

Afin de prévenir les éclosions futures liées à des vols, les chercheurs recommandent d'accéder rapidement aux manifestes de vol, d'assurer le suivi des renseignements sur le vol et des renseignements sur les passages en transit et de s'assurer que les coordonnées sont à jour, étant donné qu'il a été impossible de joindre 11 passagers dans ce cas.

<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.42.2001624>

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/10/covid-19-scan-oct-23-2020>

Événements nationaux d'intérêt

Ontario

Selon une analyse des données, 85 % des maisons de soins infirmiers en Ontario enfreignent la loi à répétition sans conséquence ou presque

ID : 1008105758

Source : CBC

Des caméras dissimulées montrent des membres du personnel qui frappent des résidents d'une maison de soins infirmiers et qui crient après ceux-ci, en plus de leur infliger de mauvais traitements à répétition

Quand Von a placé sa mère à la Craiglee Nursing Home, à Scarborough (Ontario), sa conjointe, Mary, et lui croyaient faire ce qu'il y avait de mieux pour elle.

Toutefois, plutôt que de recevoir des soins attentionnés, Kostadinka, la mère de Von, a été victime de violence physique et émotionnelle aux mains d'au moins quatre préposés aux soins différents, filmés au moyen d'une caméra dissimulée dans sa chambre.

« C'était comme un film d'horreur », raconte Mary. « Je ne pourrai jamais oublier ce que j'ai vu. »

À ce moment-là, ils ignoraient en fait que la maison avait de longs antécédents d'agressions physiques répétées commises par les membres du personnel à l'égard des résidents. Eux l'ignoraient, mais le gouvernement, lui, était au courant.

Selon une analyse de données des violations les plus graves de la loi et du règlement sur les foyers de soins de longue durée de l'Ontario, six foyers de soins infirmiers sur sept sont des récidivistes et il n'y a pratiquement aucune conséquence pour les résidences qui enfreignent la loi à répétition.

CBC Marketplace a examiné 10 000 rapports d'inspection et trouvé plus de 30 000 « avis écrits » ou infractions à la *Loi sur les foyers de soins de longue durée (LFSLD)* et son règlement d'application entre 2015 et 2019 inclusivement. La LFSLD établit des normes minimales en matière de sécurité auxquelles chaque foyer de soin en Ontario doit satisfaire.

Marketplace a isolé 21 codes d'infraction pour certaines des infractions les plus graves ou les plus dangereuses, y compris la violence, le contrôle inadéquat des infections, l'entreposage non sécuritaire des médicaments, l'hydratation inadéquate et les mauvais soins de la peau et des plaies, entre autres. À la lumière de cette analyse, on a conclu que 538 (85 %) des 632 foyers qui se trouvent dans la base de données de l'Ontario étaient des récidivistes.

Les 30 principaux foyers de soins de longue dure en Ontario qui possèdent le plus grand nombre d'infractions signalées

Jane Meadus, avocate au Advocacy Centre for the Elderly, a indiqué que le nombre élevé d'incidents à répétition indique qu'il est devenu normal de ne pas respecter la loi dans les foyers de soins.

M^{me} Meadus indique que l'absence de soins adéquats peut mener à des plaies de lit, par exemple, dont les résidents peuvent mourir.

« Si cette personne se trouvait dans votre maison, que vous preniez soin de votre père ou de votre mère et que ces derniers affichaient ce genre de plaies de lit immenses, vous feriez sans doute l'objet d'accusations criminelles », indique-t-elle.

« Aucun foyer n'a fait l'objet d'accusations criminelles pour ce qui constitue selon moi un comportement criminel ».

« Nous n'en croyions pas nos yeux »

Le foyer de soins Craiglee Nursing Home était l'un d'au moins 248 foyers à avoir reçu des avis à deux reprises ou plus pour violence et des 101 foyers qui avaient manqué à répétition de signaler des cas de violence.

Le foyer Craiglee était aussi coupable d'infractions à répétitions pour négligence, pour absence de lutte contre les infections, pour erreurs de médicaments et pour mauvais soins de la peau et des plaies.

Ignorant les antécédents du foyer, Von et Mary lui ont confié Kostadinka, en 2017, alors qu'il fallait plus que deux personnes pour prendre soin d'elle.

Marketplace a accepté de raconter leur histoire en utilisant que leurs prénoms, car ils ont peur que leur entreprise et eux-mêmes soient victimes de représailles.

Quand ils ont remarqué que l'état de santé de Kostadinka se détériorait, Von et Mary ont placé une caméra dans sa chambre par précaution en avril 2019, sans s'attendre à y voir des éléments problématiques. La caméra a filmé pendant des semaines avant qu'ils puissent voir ce qu'elle avait enregistré.

« Nous n'en croyions pas nos yeux », dit Von. « De la violence, de la torture, et elle qui se cramponnait aux barreaux du lit ».

Dans les vidéos, on voyait plusieurs employés tirer les bras de Kostadinka d'un coup sec, lui taper les mains ou enduire son visage d'aliments renversés. Même si les vidéos n'ont pas capté le son, on pouvait voir les employés crier après Kostadinka pendant qu'elle était couchée, incapable de bouger sans leur aide.

Un plus grand nombre de résidents sont victimes de violence après la présentation des vidéos au ministère

Après que Von et Mary ont vu l'ampleur de la violence, ils ont décidé d'appeler la police. Un préposé aux services de soutien à la personne a été arrêté et a finalement conclu un engagement de ne pas troubler l'ordre public pendant trois ans, en plus d'accepter de ne pas travailler avec des personnes vulnérables. Kostadinka a été transférée dans un foyer de soins différent, où elle est décédée l'an dernier.

Le foyer a refusé la demande d'entrevue de CBC. Toutefois, Candace Chartier de Southbridge Care Homes, la société mère de Craiglee, a fait la déclaration suivante.

« Nous condamnons fermement les gestes posés par les personnes en cause », a dit Mme Chartier dans cette déclaration. Elle a indiqué que le foyer avait enquêté sur le cas de violence à l'égard de Kostadinka en juillet 2019 et qu'il l'avait signalé à la police. Un membre du personnel avait ensuite fait l'objet d'accusations criminelles et « plusieurs autres ont été mis à pied ».

Mme Chartier a ajouté qu'ils avaient aussi « rééduqué tous les employés du foyer sur la politique de tolérance zéro » en matière de violence, en plus de leur donner une meilleure formation.

Dans le rapport du ministère des Soins de longue durée de l'Ontario de septembre 2019, on mentionne que la violence commise à l'égard de Kostadinka indiquait que le personnel ne suivait pas de formation sur les politiques en matière de violence. Pourtant, quatre mois plus tard, on révélait dans un autre rapport que 9,2 % des membres du personnel actifs n'avaient pas encore suivi la formation obligatoire. Six mois plus tard, un autre incident de violence commise par un membre du personnel à l'égard d'un résident a été documenté dans un autre rapport. On a également recensé des incidents d'abus financiers et de violence entre résidents.

Von s'est dit « dégoûté » d'apprendre que le foyer Craiglee avait été visé par des avis écrits supplémentaires pour violence, et ce, même après qu'il ait envoyé au ministère la preuve de la violence infligée à sa mère.

« Qu'est-ce que ça leur prend? » « Nous l'avons porté à l'attention du ministère, à l'attention du directeur des soins et à l'attention des autorités, de la police ».

La famille lutte pour que les foyers de soins infirmiers fassent l'objet d'accusations criminelles

La violence physique est assez claire à voir, mais la négligence peut prendre diverses formes, comme la mauvaise hydratation ou le défaut de donner des bains. Deux cent vingt-six foyers ont commis des infractions à répétition pour avoir manqué à « garantir que les résidents ne sont pas victimes de

négligence aux mains du titulaire de permis ou des membres du personnel ». Toutefois, de nombreux autres incidents ont été signalés sous des codes différents pour des actes de négligence précis, comme les soins de la peau et des plaies inadéquats, pour lesquels 278 foyers avaient commis des infractions à répétition.

Beverley Haine est décédée en février cette année, six semaines seulement après avoir déménagé à Hope Street Terrace, à Port Hope (Ontario), en raison de plaies de lit importantes qu'elle avait subies au foyer. Sparky Johnson et Sherry Schernitzki, la nièce de Mme Haines, luttent pour que l'administration du foyer soit tenue criminellement responsable de son décès.

Les partenaires, maintenant séparés, ont indiqué que le jour où Mme Haines a été transférée d'un hôpital au foyer, en janvier 2020, les membres du personnel avaient repéré un « point chaud » ou une plaque rouge sur la peau. Ces plaques doivent être surveillées ou traitées pour ne pas empirer; les partenaires sont partis, convaincus que le personnel s'occuperait de cela.

Toutefois, ce n'est que 23 jours plus tard qu'on leur a annoncé que ce point chaud était devenu une plaie de lit ouverte. À ce moment, la plaie avait déjà atteint la taille d'une soucoupe et l'os était exposé.

« Si le traitement avait commencé quand cette plaie de lit était petite, elle ne se serait jamais rendue là », s'indigne M^{me} Schernitzki.

« C'est horrible. C'est criminel », ajoute M^{me} Johnson.

Le foyer avait déjà reçu des avis pour soins inadéquats des plaies auparavant. Dans des rapports de 2016 et de 2018, on a conclu que le foyer ne respectait pas les protocoles appropriés pour les soins de « l'altération de l'intégrité cutanée ».

M^{me} Johnson a communiqué avec le ministère afin de signaler la plaie de lit, mais on lui a répondu qu'il faudrait un certain temps avant de mener l'inspection. Elle a ensuite communiqué avec la police et une enquête a été lancée.

Elle a commencé à documenter les problèmes survenus au foyer, y compris les nombreuses fois où Mme Haines était restée au lit toute la journée, couchée sur le dos, sur sa plaie de lit ouverte.

Le ministère a publié un rapport en juin dans lequel il concluait que les dossiers du foyer indiquaient que la plaie de lit n'avait pas été surveillée adéquatement. Il aurait entre autres fallu bouger la résidente aux heures ou aux deux heures afin de s'assurer qu'elle n'était pas couchée sur la blessure.

« C'était un excellent rapport, mais que fait-on maintenant? Qui assure le suivi? » dit Mme Schernitzki. « Il n'y a aucune conséquence ».

Quand le rapport a été présenté, il était trop tard pour aborder les problèmes qui y avaient été soulevés. Mme Haines est décédée le 29 février. Selon la famille, le coroner responsable de l'enquête a conclu qu'elle était décédée d'une septicémie causée par la plaie de lit.

Les deux femmes croyaient fermement que le foyer avait fait preuve de négligence criminelle, mais l'enquête policière a été close après le décès de Mme Haines, sans que des accusations soient déposées. Elles poursuivent leur lutte : elles ont déposé une plainte auprès du Bureau du directeur indépendant de l'examen de la police, un organisme civil qui supervise les plaintes déposées à l'égard de la police en Ontario. L'affaire a été rouverte depuis.

Le foyer a affirmé être « profondément attristé par le décès de cette résidente » et que ses « priorités ultimes sont la sécurité et le bien-être de nos résidents ».

« Aucune tolérance » pour la violence, dit le ministre

La plupart des foyers n'ont fait l'objet d'aucune sanction pour leur manquement à la loi. Seuls deux foyers

de l'Ontario ont fermé leurs portes au cours de la dernière décennie pour ne pas avoir respecté les normes en matière de sécurité à répétition. Les autres sanctions à la disposition du ministère semblent inefficaces pour prévenir les récidives.

David Common, animateur de Marketplace, a participé à une conférence de presse par téléphone avec Merrilee Fullerton, ministre des Soins de longue durée, plus tôt cette semaine. Il lui a demandé d'expliquer pourquoi, malgré les ordonnances auxquelles les inspecteurs peuvent recourir, les foyers semblent encore afficher les mêmes comportements à répétition.

« Aucune négligence et aucune violence sous toutes leurs formes ne sauraient être tolérées », a répondu la ministre, en ajoutant qu'elle croit que le gouvernement privilégie les infractions graves dans ses inspections.

« Il faut gérer ces cas de façon complète ».

« Aucune conséquence », dit une ancienne inspectrice

Une ancienne inspectrice rapporte toutefois que selon son expérience, les problèmes n'étaient pas réglés de façon complète et c'est en partie la raison pour laquelle elle a quitté son emploi.

Rebecca de Witte, qui a travaillé en tant qu'inspectrice pendant trois ans, jusqu'en mars 2017, indique qu'à son avis, le fait de cerner les problèmes dans les foyers n'aidait pas à s'en débarrasser.

« Quand on arrive, tout est très beau. Et, au fil du temps, les mauvaises habitudes refont surface », indique-t-elle.

Elle affirme que souvent, quand elle inspectait un foyer, elle y trouvait les mêmes problèmes que ceux qu'elle avait constatés la dernière fois.

« Il n'y a aucune conséquence, si le foyer ignore complètement tout ce que l'on trouve », dit-elle.

Le gouvernement fédéral propose de nouvelles règles

Dans le discours du Trône, en octobre, le gouvernement fédéral a promis de travailler avec les provinces et les territoires afin d'établir une norme de soins nationale pour les soins de longue durée et s'est engagé à modifier le *Code criminel* afin de « sanctionner de manière claire les personnes qui négligent les aînés dont ils prennent soin »

Pour Mme de Witte, les gouvernements doivent mettre l'accent sur la situation en général plutôt que de mettre en place des solutions improvisées, comme elle le dit.

MARKETPLACE Une caméra cachée montre des membres du personnel de foyers de soins infirmiers débordés, qui peinent à prendre soin des résidents

« Ce n'est pas le financement pour installer des systèmes de climatisation qui aidera les soins de longue durée : il faut plutôt transformer les édifices », dit-elle. « Ce n'est pas le complément salarial offert dans le cadre de la lutte contre la pandémie qui aidera les soins de longue durée : il faut plutôt changer le modèle de financement. »

Mme Meadus aimerait que les récidivistes fassent l'objet d'accusations criminelles pour négligence et qu'ils reçoivent des sanctions pécuniaires.

« Si le foyer est incapable de prodiguer des soins sécuritaires, il ne devrait pas faire des affaires dans ce domaine », déclare-t-elle.

<https://www.cbc.ca/news/marketplace/nursing-homes-abuse-ontario-seniors-laws-1.5770889>

Ontario

Le Service paramédic d'Ottawa a atteint le « niveau zéro » à plus de 400 reprises en 2020

ID : 1008108669

Source : ottawacitizen.com

À plus de 400 reprises cette année, le Service paramédic d'Ottawa n'avait aucune ambulance et aucune équipe de transport paramédical disponible, selon des statistiques présentées par la ville.

Pierre Poirier, directeur du Service paramédic, a transmis cette information vendredi, à la suite d'une réunion de comité pendant laquelle les dirigeants d'hôpitaux ont été mis sur la sellette et ont dû expliquer les raisons des retards dans le débarquement des patients aux urgences.

Le Service paramédic d'Ottawa a atteint le « niveau zéro » à plus de 400 reprises en 2020. Quand aucune équipe paramédicale n'est disponible pour répondre aux appels faits au 9-1-1, le Service paramédic indique qu'il s'agit d'un « niveau zéro ».

Les 400 fois où la ville d'Ottawa s'est trouvée au niveau zéro cette année ont donné lieu à 183 heures pendant lesquelles aucune équipe paramédicale de la ville n'était disponible.

Quand aucune équipe paramédicale n'est disponible dans la ville, les appels de travail sont dirigés à des équipes paramédicales situées à l'extérieur d'Ottawa, dans les comtés voisins. Cette réaction en chaîne a exercé des pressions sur ces municipalités externes, étant donné que les ambulanciers paramédicaux doivent sortir de leur administration d'attache.

Le 15 octobre, le comité des services communautaires et de protection du Conseil municipal d'Ottawa a écouté les opinions des présidents-directeurs généraux de L'Hôpital d'Ottawa, de l'Hôpital Montfort et du Queensway Carleton Hospital. Ceux-ci ont indiqué que la forte demande en lit dans leurs établissements avait mené à de longs délais d'attente avant que le personnel puisse accepter des patients amenés par des ambulanciers paramédicaux.

Ils ont invoqué une augmentation du nombre de patients exigeant un « autre niveau de soin », c'est-à-dire ceux qui n'ont pas besoin de soins hospitaliers, mais qui n'ont aucune autre option de soins de santé.

Par conséquent, les ambulanciers paramédicaux attendent aux hôpitaux avec leurs patients, parfois pendant plusieurs heures, jusqu'au transfert de ceux-ci.

Ces retards nuisent aux délais de réponse du service paramédical.

L'an dernier, les ambulanciers paramédicaux d'Ottawa ont répondu à des urgences représentant un danger de mort en moins de huit minutes, dans 75,1 % des cas. La norme approuvée par le conseil correspond à des réponses en moins de huit minutes dans 75 % des cas pour ces appels critiques.

Des plans sont en cours d'élaboration pour augmenter le nombre de lits et décharger le personnel des urgences. Les hôpitaux travaillent aussi avec le service paramédical afin de répartir les ambulances envoyées aux urgences, afin de ne pas surcharger un hôpital en particulier.

<https://ottawacitizen.com/news/local-news/ottawa-paramedic-service-has-reached-level-zero-400-times-in-2020>

Événements internationaux d'intérêt

États-Unis

Le comté de San Joaquin enregistre son premier cas de virus de l'encéphalite de Saint-Louis chez l'homme depuis 1973

Source : CBS Sacramento
ID : 1008104945

Date de publication : 2020-10-23 12 h 10 UTC

Reçu le 2020-10-23 12 h 10 UTC (0 minute plus tard)

STOCKTON (CBS13) – Pour la première fois en près d'un demi-siècle, des responsables de la santé du comté de San Joaquin ont confirmé un cas humain du virus de l'encéphalite de Saint-Louis (VESL).

En août dernier, des responsables de la santé publique du comté avaient indiqué avoir trouvé le VESL dans des moustiques recueillis près de Lodi. Il s'agissait de la première fois depuis 1973 que des responsables détectaient le virus dans le comté.

Des responsables de santé publique ont par la suite annoncé jeudi que le VESL avait été confirmé chez un résident de Stockton. Cette personne devient donc le premier cas humain du VESL dans le comté de San Joaquin depuis 1973.

Rien n'a été dit sur l'état dans lequel se trouve cette personne; les responsables de la santé ont cependant précisé qu'elle se rétablissait à son domicile.

Le VESL cause une maladie pouvant donner lieu à une grave tuméfaction du cerveau (connue sous le nom d'encéphalite), quoique la plupart des personnes infectées manifestent des symptômes légers, voire aucun. Plus d'information de CBS Sacramento :

Les gens peuvent être infectés par le virus quand ils sont piqués par un moustique infecté souvent après avoir piqué un oiseau porteur du VESL. Selon les responsables de la santé, le VESL ne peut pas se transmettre entre personnes.

Selon les responsables de la santé, le VESL est moins commun en Californie que le virus du Nil occidental, une maladie dont les symptômes et le mode de transmission sont semblables. En date de jeudi, seulement un cas humain de virus du Nil occidental avait été signalé dans le comté de San Joaquin cette année.

Récemment, on a aussi trouvé des moustiques infectés par le VESL dans le comté de Stanislaus, mais aucun cas humain n'a été confirmé dans cette région.

<https://sacramento.cbslocal.com/2020/10/22/st-louis-encephalitis-virus-stockton-human-case/>

États-Unis

Éclosions d'infections à la *Listeria* liées à des charcuteries

Source : CDC

Avis d'enquête

Affiché le 23 octobre 2020 à 16 h 45, heure normale de l'Est

Les Centers for Disease Control (CDC), les responsables de la santé publique et de la réglementation de plusieurs états et le Food Safety and Inspection Service du département de l'Agriculture des États-Unis (USDA-FSIS) enquêtent sur une éclosion d'infections à la bactérie *Listeria monocytogenes* liées à des charcuteries.

Plus récents renseignements sur l'éclosion

Image d'un mégaphone

Aperçu

Nombre de cas signalés : 10

États : 3

Hospitalisations : 10

Nombre de décès 1

Gros plan d'une assiette de viandes froides, y compris du salami, du saucisson épicé et du jambon affiné.

Dix personnes infectées par la souche de *Listeria* liée à cette éclosion ont été signalées en Floride, au Massachusetts et à New York.

Ces dix personnes malades ont dû être hospitalisées. Un décès a été signalé en Floride.

Selon les données probantes épidémiologiques, des charcuteries seraient probablement à l'origine de cette éclosion.

Dans le cadre d'entrevues menées avec neuf des dix personnes malades, toutes ont indiqué avoir consommé des viandes de style italien, comme du salami, de la mortadelle et du prosciutto. Elles avaient indiqué avoir acheté des charcuteries préemballées et des viandes tranchées à des comptoirs de charcuterie à divers endroits.

Aucun type précis de charcuterie et aucun fournisseur commun n'ont été identifiés à ce jour.

Conseils à l'intention des personnes qui courent un risque élevé d'infection à la *Listeria*

Image d'une feuille avec des éléments cochés, sur une planchette à pince.

Les femmes enceintes, les personnes âgées de 65 ans et plus et les personnes dont le système immunitaire est affaibli sont plus susceptibles de tomber malades à la suite d'une infection à la *Listeria*. Si vous n'appartenez à aucun de ces groupes, vous ne tomberez probablement pas malade à la suite d'une infection à la *Listeria*.

Les charcuteries, que l'on appelle aussi les viandes à sandwich ou viandes froides, peuvent contenir des bactéries *Listeria*.

Évitez de consommer des charcuteries à moins de les avoir fait cuire jusqu'à ce qu'elles atteignent une température de 165 °F ou qu'elles soient fumantes juste avant le service.

Voici d'autres mesures à prendre pour ne pas tomber malade

Nettoyer

Lavez-vous les mains après avoir manipulé des charcuteries.

Nettoyez les étagères de réfrigérateur, les comptoirs de cuisine, les ustensiles et toute autre surface ayant pu être en contact avec les charcuteries. La *Listeria* peut survivre à température réfrigérée et peut se propager facilement à d'autres aliments et surface.

Séparer

Ne laissez pas le jus de la charcuterie couler sur d'autres aliments, sur des ustensiles et sur des surfaces servant à la préparation des aliments.

Réfrigérer

Gardez les emballages de charcuteries scellés en usine et pas encore ouverts au réfrigérateur pendant deux semaines tout au plus.

Gardez les emballages ouverts et les viandes tranchées au comptoir de charcuterie local au réfrigérateur pendant cinq jours tout au plus.

Communiquez avec votre fournisseur de soins de santé si vous avez consommé des charcuteries et que vous manifestez des symptômes d'infection à la *Listeria*.

Conseil aux détaillants

Image d'une feuille avec des éléments cochés, sur une planchette à pince.

Respectez les pratiques exemplaires de l'USDA-FSIS (icône externe) pour contrôler la contamination à la *Listeria* dans les comptoirs de charcuterie.

Symptômes d'une infection à la Listeria

Illustration d'une personne aux prises avec des douleurs abdominales.

La listériose peut causer des symptômes différents, selon la personne et la partie du corps touchées.

Habituellement, les femmes enceintes vont faire de la fièvre et manifester d'autres symptômes semblables à ceux du rhume, comme la fatigue et les douleurs musculaires. Toutefois, les infections pendant la grossesse peuvent entraîner une fausse couche, une mortinaissance, un accouchement prématuré ou une infection qui met en danger la vie du nouveau-né.

En plus de la fièvre et des douleurs musculaires, les personnes qui ne sont pas enceintes peuvent manifester les symptômes suivants : maux de tête, raideurs au cou, confusion, perte d'équilibre et convulsions.

Les personnes qui souffrent de listériose invasive commencent habituellement à manifester des symptômes une à quatre semaines après avoir consommé des aliments contaminés à la *Listeria*; certains ont cependant manifesté des symptômes aussi loin que 70 jours après avoir été exposé ou dès le jour de l'exposition.

Pour en savoir plus, consultez les symptômes d'infection à la *Listeria*.

Détails sur l'enquête

Le 23 octobre 2020

Les Centers for Disease Control (CDC), les responsables de la santé publique et de la réglementation de plusieurs états et le Food Safety and Inspection Service du département de l'Agriculture des États-Unis (USDA-FSIS) enquêtent sur une éclosion d'infections à la bactérie *Listeria monocytogenes*.

Les enquêteurs de la santé publique utilisent le système [PulseNet](#) afin de cerner les cas de maladies qui pourraient faire partie de cette éclosion. PulseNet est le réseau national de sous-typage des laboratoires de santé publique et d'organismes de réglementation coordonné par les CDC. On établit l'empreinte génétique de la bactérie *Listeria* isolée chez des personnes malades en recourant à une méthode d'analyse de laboratoire et de données uniformisée appelée [séquençage du génome entier](#) (WGS). Le réseau PulseNet des CDC gère une base de données nationale des séquences qui permettent de cerner d'éventuelles éclosions. Le WGS donne aux enquêteurs des renseignements détaillés sur les bactéries à l'origine de la maladie. Dans la présente enquête, le WGS a montré que les bactéries isolées chez les personnes malades étaient étroitement liées sur le plan génétique. Cela signifie que les personnes visées par cette éclosion étaient plus susceptibles d'avoir été infectées par la même source.

En date du 22 octobre 2020, on a recensé 10 personnes en tout infectées par la souche *Listeria monocytogenes* liée à l'éclosion dans trois États. On trouve la liste des États et le nombre de cas dans chacun dans la [page de la carte des cas déclarés](#).

Des échantillons de *Listeria* ont été prélevés auprès de personnes malades entre le 6 août et le 3 octobre 2020. L'âge des personnes malades allait de 40 à 89 ans, et l'âge moyen était 81 ans.

Quatre-vingts pour cent des personnes malades étaient des femmes. Les dix personnes malades ont dû être hospitalisées. Un décès a été signalé en Floride.

Enquête sur l'éclosion

Selon les [données probantes épidémiologiques](#), des charcuteries seraient probablement à l'origine de cette éclosion.

Des représentants locaux et étatiques de la santé publique ont interrogé les personnes malades sur les aliments qu'elles avaient consommés au cours du mois précédant leur affection. Les neuf personnes interrogées ont toutes déclaré avoir consommé des charcuteries de style italien, comme du salami, de la mortadelle et du prosciutto. Elles avaient indiqué avoir acheté des charcuteries préemballées et des viandes tranchées à des comptoirs de charcuterie à divers endroits.

La bactérie *Listeria* se propage facilement sur d'autres aliments et surfaces. La bactérie que l'on trouve dans un produit de charcuterie contaminé peut se propager sur d'autres charcuteries et fromages que l'on trouve dans les vitrines communes des comptoirs de charcuterie ou sur l'équipement. Une enquête de retraçage en amont est en cours afin de déterminer si la maladie est attribuable à un type particulier de charcuterie ou à un fournisseur commun.

Les personnes qui courent un [risque élevé de tomber malade à la suite d'une infection à la *Listeria*](#) doivent éviter de consommer des charcuteries à moins de les avoir fait cuire jusqu'à ce qu'elles atteignent une température de 165 °F ou qu'elles soient fumantes juste avant le service.

Cette enquête est en cours. Les CDC présenteront des mises à jour quand ils en sauront plus.

<https://www.cdc.gov/listeria/outbreaks/delimeat-10-20/index.html>

Europe

La dengue en Europe : Dix-huit cas contractés à l'échelle locale ont été signalés cette année.

ID : 1008106714

Source : outbreaknewstoday.com

Le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) rapporte que 18 cas autochtones, ou contractés localement, de dengue ont été signalés dans deux pays du continent, l'Italie et la France.

En Italie, 10 cas contractés localement ont été signalés en Vénétie depuis l'été. Selon des responsables, l'origine du cas principal lié à un déplacement serait l'Ouest de Sumatra (Indonésie).

Le stéréotype DEN-1 est la souche virale déclarée. Les moustiques *Aedes albopictus* sont endémiques dans la région.

En France, huit cas contractés localement ont été signalés dans trois départements : l'Hérault (1), les Alpes-Maritimes (5) et le Var (2), y compris une touriste hollandaise qui a reçu le diagnostic à son retour de vacances dans le Var.

Au cours des dix dernières années, près de 60 cas de dengue autochtone ont été signalés.

Moustique *Aedes aegypti*

Selon l'ECDC, la dengue n'est pas endémique dans l'EU/EEE et la grande majorité des cas sont des voyageurs infectés à l'extérieur de l'UE/EEE. Quand les conditions environnementales sont favorables, dans les régions où *Ae. albopictus* est établi, les cas virémiques liés à des déplacements peuvent donner lieu à une transmission locale du virus.

<http://outbreaknewstoday.com/dengue-in-europe-18-locally-acquired-cases-reported-this-year-55097/>

Corée du Sud (Mise à jour)

La Corée du Sud poursuit son programme de vaccination contre la grippe, en dépit des inquiétudes entourant les décès

Source : Reuters

ID : 1008104991

Date de publication : 2020-10-23 12 h 19 UTC

Reçu le 2020-10-23 12 h 19 UTC (0 minute plus tard)

Emplacements : France, SÉOUL, Séoul, Corée du Sud

SÉOUL (Reuters) - L'Agence coréenne de contrôle et de prévention des maladies (KDCA) a indiqué vendredi qu'elle ne mettrait pas en suspens un programme national de vaccination contre la grippe visant à atténuer les complications attribuables au coronavirus. L'agence a pris cette décision après avoir examiné plus de deux douzaines de décès qui ont soulevé des préoccupations dans la population.

Un examen a indiqué qu'il n'existait aucun lien direct entre la vaccination et les 26 décès ayant fait l'objet d'une enquête, selon ce que la KDCA a indiqué dans une déclaration. L'agence a ajouté qu'elle prévoyait tenir une réunion samedi afin d'examiner des analyses supplémentaires.

Le nombre de décès parmi les personnes vaccinées s'établissait à 36, vendredi, suscitant des appels des médecins et des politiciens à suspendre le programme, qui vise à vacciner environ 30 millions de personnes sur la population de 52 millions du pays.

L'un des premiers décès recensés est celui d'un garçon de 17 ans. Après avoir réalisé une autopsie, les services judiciaires nationaux ont conclu que le garçon n'était pas mort des suites de la vaccination, a indiqué l'agence de presse Yonhap, en citant la police.

Il a été impossible de joindre l'organisme judiciaire et la police afin d'obtenir leurs commentaires.

Le premier ministre Chung Sye-kyun a exprimé ses condoléances aux familles des défunts, et en a appelé à la tenue d'une enquête rigoureuse pour confirmer la cause exacte des décès.

« Jusqu'à présent, les experts disent qu'il est peu probable que les vaccins et les décès soient liés, mais de nombreux citoyens demeurent inquiets », a-t-il dit lors d'une réunion.

La hausse du nombre de décès a alimenté le débat sur la suspension du programme, auquel certains citoyens ont accès gratuitement. Le regroupement de médecins le plus important du pays a demandé la suspension du programme jusqu'à ce que l'innocuité du vaccin soit confirmée. Pour sa part, une organisation pour vaccination de premier plan a indiqué que l'inoculation devait se poursuivre, étant donné qu'aucun lien n'avait été établi avec les décès.

LA VACCINATION DÉCONSEILLÉE

Certains gouvernements et bureaux de districts locaux du pays ont conseillé de leur propre chef à leurs résidents de ne pas se faire vacciner ou songent à suspendre le programme.

Les fournisseurs de vaccins comprennent des entreprises nationales comme GC Pharma, SK Bioscience, Korea Vaccine et Boryung Biopharma Co Ltd, une composante de Boryung Pharm Co Ltd 003850. KS, ainsi que Sanofi SASY.PA, de la France. Ils fournissent le programme gratuit et des services payés.

Parmi les victimes, dix personnes ont reçu des produits de SK Bioscience et cinq, de Boryung et de GC Pharma chacun, tandis que quatre en ont reçu de Sanofi et une, de Korea Vaccine. Aucun détail n'a été donné sur les 11 décès survenus récemment.

Jeong Eun-kyeong, directeur de la KDCA, a indiqué jeudi que les vaccins continueraient d'être fournis. Il a ajouté que le gouvernement pourrait songer à suspendre l'utilisation de produits dont les numéros d'identification correspondent aux lots fabriqués à la même usine le même jour, si d'autres personnes meurent après les avoir reçus. Un lot contient environ 150 000 doses.

On ne pouvait pas savoir clairement dans l'immédiat si des vaccins fabriqués en Corée du Sud avaient été exportés ou si ceux fournis par Sanofi étaient aussi utilisés ailleurs.

Les quatre entreprises nationales se sont abstenues de tout commentaire.

Sanofi a renvoyé aux conclusions de la KDCA, tout en indiquant dans une déclaration envoyée à Reuters que des évaluations scientifiques et une surveillance étaient en cours et qu'elle collaborerait étroitement avec les autorités de santé locales.

La Corée du Sud a commandé 20 % de vaccins de plus cette année afin d'atténuer les répercussions de ce qu'elle appelle une « double pandémie » en cas d'éclotions concurrentes majeures de cas de grippe et de COVID-19 cet hiver.

À ce jour, 8,3 millions de personnes ont été inoculées depuis le lancement du programme le 13 octobre, et environ 350 cas de réactions indésirables ont été signalés, selon la KDCA.

La KDCA faisait état de 155 nouveaux cas d'infection au coronavirus jeudi, à minuit, ce qui porte le nombre total d'infections à 25 698. La Corée du Sud a enregistré 455 décès attribuables à la COVID-19.

<https://ca.reuters.com/article/idUSKBN278070>

Pérou

Au Pérou, durement touché, la COVID-19 et la dengue suscitent de plus en plus d'inquiétudes

ID : 1008105731

Deux des proches de Lidia Choque souffraient déjà de la maladie causée par le nouveau coronavirus quand les moustiques sont arrivés.

La femme de 53 ans habite dans une maison en bois à proximité de l'aéroport d'une ville péruvienne dans la forêt tropicale amazonienne. En temps normal, les fumigateurs de la ville font plusieurs visites pendant la saison des pluies afin d'éliminer les organismes nuisibles; cette année, toutefois, ils ne sont pas venus, à cause de la pandémie.

Fiévreuse et prise de douleurs musculaires, elle s'est rendue à l'hôpital, où les médecins lui ont donné un double diagnostic : la COVID-19 et la dengue.

« Je n'arrivais même pas à marcher », dit-elle.

Le Pérou est aux prises avec l'une des pires éclosions de SARS-CoV-2 au monde et, au même moment, un autre virus suscite des cris d'alarme : la dengue.

Les responsables de la santé ont signalé plus de 35 000 cas cette année, qui se concentrent principalement en Amazonie. Cette hausse arrive au moment où le nombre de nouveaux cas quotidiens d'infections au coronavirus est en baisse, quoique les autorités s'inquiètent de l'arrivée d'une deuxième vague en même temps que la hausse du nombre de cas de dengue.

Dans la ville de Pucallpa, où demeure Mme Choque, les médecins rapportent qu'ils rencontrent déjà des patients atteints des deux affections. Deux médecins ont indiqué que les symptômes associés à la dengue, comme la fièvre et les douleurs musculaires, ont tendance à être les plus présents; ils ajoutent toutefois que la combinaison avec la COVID-19 peut s'avérer mortelle.

« Le risque est accru », dit la D^{re} Rosmary Rojas, médecin à un hôpital public qui traite 120 patients souffrant de la dengue par jour, selon ce qu'elle rapporte.

La région d'Ucayali, située le long d'une rivière boueuse, est depuis longtemps le théâtre d'éclosions périodiques de cas de dengue. Toutefois, selon la D^{re} Rojas et d'autres, le nombre d'infections cette année est déjà trois fois plus élevé que celui enregistré en 2019. Plus de 3,1 millions de cas de dengue ont été recensés à l'échelle des Amériques l'an dernier. Il s'agit du nombre le plus élevé jamais enregistré, selon l'Organisation panaméricaine de la santé.

La section Amériques de l'Organisation mondiale de la Santé fait état d'une baisse générale du nombre de cas de dengue pendant la pandémie. En effet, on enregistre un peu plus de deux millions de cas à ce jour cette année, et 845 décès. Près de 1,4 million de ces cas ont été signalés au Brésil.

On ignore si cette baisse est attribuable à la COVID-19, mais un porte-parole a indiqué que les mesures de santé publique visant à prévenir la propagation du nouveau virus pourraient avoir joué un rôle.

Néanmoins, en Amazonie péruvienne, un nombre grandissant de patients atteints de la dengue occupent les lits d'hôpitaux qui, il y a quelques mois plus tôt, débordaient de patients atteints de la COVID-19. Certaines personnes, comme Mme Choque, se font dire à leur arrivée à l'hôpital qu'ils souffrent des deux affections.

« Bon nombre de personnes souffrent des deux infections à leur arrivée à l'hôpital », dit le D^r Mariano Alarcón.

La dengue est une maladie transmise par les moustiques reconnue pour ses symptômes particulièrement douloureux. Des pays de l'Asie du Sud-Est comme Singapour et l'Indonésie ont également dû composer avec des éclosions doubles de dengue et de coronavirus cette année, au moment où les confinements ont mis en suspens les activités de prévention.

La dengue n'est habituellement pas fatale, mais elle peut exiger une hospitalisation dans les cas graves. L'élimination des déchets, des vieux pneus et d'autres objets qui contiennent de l'eau stagnante peut contribuer à freiner la maladie. Des responsables péruviens mettent actuellement en œuvre ce genre de mesure dans l'espoir de mettre fin à la hausse du nombre de cas de dengue.

Mme Choque a indiqué qu'elle s'est rendue à l'hôpital parce que ses symptômes ne disparaissaient pas. Un test rapide de détection d'anticorps contre le virus, qui indique une infection précédente, est revenu négatif. Toutefois, un médecin a découvert des tâches sur sa radiographie du thorax, ce qui l'a menée à diagnostiquer la COVID-19. La mère de trois enfants n'est pas encore convaincue d'avoir contracté le virus. Elle est demeurée pendant près de deux semaines dans une aile avec huit patientes souffrant de la dengue, rongées par l'anxiété par rapport à son état.

« J'étais désespérée », a-t-elle indiqué.

Avec le recul, Mme Choque croit que l'absence de fumigation a probablement contribué à ce qu'elle contracte la dengue. Elle avait disposé des canettes remplies de charbon de bois allumé et de feuilles d'eucalyptus séchées afin d'éloigner les moustiques, mais ils étaient encore omniprésents quand elle est tombée malade.

« Ils se sont davantage concentrés sur la COVID-19 », dit-elle. « Ils ont négligé la dengue ».

© 2020 The Associated Press. Tous droits réservés. Ce document ne peut pas être publié, diffusé, réécrit ou redistribué sans permission

<https://medicalxpress.com/news/2020-10-hard-hit-peru-mounts-covid-dengue.html>

Déclaration – RSI

Poliomyélite (poliovirus dérivé d'un vaccin circulant et poliovirus sauvage) — Mise à jour mondiale
23 octobre 2020

Entre le 1^{er} janvier et le 20 octobre 2020, plusieurs pays ont été touchés par la poliomyélite, y compris la poliomyélite de type 1 et 2 dérivée de vaccins en circulation (cVDPV1 et cVDPV2) et le poliovirus sauvage de type 1 (WPV1) dans le monde. Cette annonce est une mise à jour hebdomadaire sur le statut du PVDVc et du WPV1 dans ces pays touchés.

Entre le 15 et le 21 octobre 2020, trois cas de paralysie flasque aiguë (PFA) liés à WPV1 ont été signalés et deux échantillons environnementaux positifs pour le WPV1 ont été rapportés en Afghanistan et au Pakistan. En outre, au cours de la même période, 82 cas de PFA liés à cVDPV2 et 4 échantillons environnementaux positifs pour le PVDVc2 ont été signalés en Afghanistan, au Bénin, au Burkina Faso, en Côte d'Ivoire, en Éthiopie, au Mali, au Nigéria, en Somalie et au Soudan. En outre, deux cas de PFA liés à cVDPV1 ont été signalés au Yémen. Vous trouverez ci-dessous la description des cas signalés par pays :

- Afghanistan : un cas de PFA lié à WPV1, un échantillon environnemental positif pour le WPV1, 14 cas de PFA liés à cVDPV2 et deux échantillons environnementaux positifs au cVDPV2
- Pakistan : deux cas de PFA liés à WPV1 et un échantillon environnemental positif au WPV1
- Bénin : un échantillon environnemental positif au cVDPV2
- Burkina Faso : 21 cas de PFA liés à cVDPV2
- Côte d'Ivoire : 15 cas de PFA liés à cVDPV2
- Éthiopie : quatre cas de PFA liés à cVDPV2
- Mali : six cas de PFA liés à cVDPV2
- Nigéria : un cas de PFA lié à cVDPV2
- Somalie : cinq cas de PFA liés à cVDPV2 et un échantillon environnemental positif au cVDPV2
- Soudan : 16 cas de PFA liés à cVDPV2
- Yémen : deux cas de PFA liés à cVDPV1

Veillez trouver ci-dessous le lien vers la mise à jour hebdomadaire sur la polio publiée par l'Initiative mondiale pour l'éradication de la polio (IMEP) qui comprend une mise à jour sur le nombre de cas de polio (WPV 1, cVDPV1 et cVDPV2) pour cette semaine (entre le 15 et le 21 octobre 2020) et le nombre cumulé de cas par pays depuis le 1^{er} janvier 2020.

<http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/this-week/> [en anglais]

Réactions des services de santé publique

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) continue à soutenir les pays dans la mise en œuvre de leur réponse, y compris les enquêtes sur le terrain, virologiques et épidémiologiques, le renforcement de la surveillance de la paralysie flasque aiguë et l'évaluation de l'étendue de la circulation

du virus. Le personnel de l'IMEP dans les pays aide à adapter la vaccination de routine et la réponse aux épidémies à la situation actuelle de COVID-19.

En 2019 et au début de 2020, l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite a permis l'élaboration de la stratégie de lutte contre le poliovirus circulant dérivé du vaccin de type 2 de 2020-2021, un addendum à la stratégie de fin de campagne contre la poliomyélite 2019-2023 visant à répondre plus efficacement à l'évolution de l'épidémiologie du PVDVc2, qui guidera la réponse aux épidémies en 2020 et 2021. La stratégie et les calendriers de mise en œuvre font l'objet d'adaptations nécessaires en permanence.

L'accélération du développement d'un nouveau vaccin antipoliomyélitique oral de type 2 (VPOn2) et la possibilité de l'utiliser constituent une avancée importante pour l'IMEP. Le nouveau vaccin devrait présenter un risque nettement plus faible de semer de nouveaux poliovirus de type 2 dérivés du vaccin par rapport au VPOm2.

Évaluation des risques par l'OMS

La propagation continue des flambées existantes due au poliovirus circulant dérivé du vaccin de type 2 ainsi que l'émergence de nouveaux poliovirus circulants dérivés du vaccin de type 2 révèlent des lacunes dans la couverture vaccinale systématique ainsi que la qualité insuffisante de la réponse aux flambées avec le vaccin antipoliomyélitique oral monovalent de type 2. Le risque de propagation de ces souches, ou d'émergence de nouvelles souches, est amplifié par un écart toujours croissant entre l'immunité des muqueuses et le poliovirus de type 2 sur le continent, suite au passage du vaccin antipolio oral trivalent au vaccin antipolio oral bivalent en 2016.

La détection des PVDVc2 souligne l'importance de maintenir partout une couverture vaccinale de routine élevée pour réduire le risque et les conséquences de toute circulation du poliovirus. Ces événements soulignent également le risque posé par toute transmission de faible niveau du virus. Une réponse énergique aux flambées est nécessaire pour arrêter rapidement la circulation et assurer une couverture vaccinale suffisante dans les zones touchées en vue de prévenir des flambées similaires à l'avenir. L'OMS continuera à évaluer la situation épidémiologique et les mesures de lutte contre les flambées mises en œuvre.

La pandémie de COVID-19 continue d'affecter l'effort mondial d'éradication de la polio. Étant donné que les campagnes de vaccination contre la polio sont des activités de proximité, elles sont incompatibles avec les directives mondiales actuelles sur l'éloignement physique concernant les efforts de réponse à la COVID-19. C'est pourquoi le programme a pris la décision très difficile de retarder temporairement les campagnes de vaccination. La priorité absolue est de garantir la santé et la sécurité des travailleurs de la santé ainsi que des communautés. Toutes les recommandations de l'IMEP sont conformes à celles relatives à l'immunisation essentielle et sont disponibles ici.

Dans le cadre de ce programme, une double approche a été développée afin de réduire le risque d'une augmentation des cas de polio, en particulier dans les zones touchées par la maladie, et d'une éventuelle propagation du virus à d'autres zones.

i) Les activités de surveillance se poursuivront, dans la mesure du possible, pour suivre l'évolution de la situation.

ii) L'objectif du programme est de revenir à l'action en force, y compris avec des campagnes de vaccination, aussi rapidement que possible et en toute sécurité. Le calendrier dépendra de la situation locale et il faudra alors agir dans le contexte des évaluations des risques et des priorités des systèmes de santé nationaux des pays respectifs. Des plans globaux, adaptés au contexte, visant à reprendre les efforts sont en cours d'élaboration et seront lancés chaque fois que la situation le permettra.

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

Conseils de l'OMS

Il est important que tous les pays, en particulier ceux où les voyages et les contacts sont fréquents avec les pays et les zones touchés par la polio, renforcent la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë (PFA) afin de détecter rapidement toute nouvelle importation de virus et de faciliter une réponse rapide. Les pays, territoires et zones devraient également maintenir une couverture vaccinale de routine uniformément élevée au niveau des districts afin de minimiser les conséquences de toute introduction de nouveau virus.

L'OMS recommande que tous les voyageurs se rendant dans des zones touchées par la polio soient entièrement vaccinés contre la polio. Les résidents (et les visiteurs de plus de 4 semaines) des zones infectées devraient recevoir une dose supplémentaire de VPO ou de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) dans les 4 semaines à 12 mois suivant leur voyage.

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

Pour de plus amples renseignements :

- Fiche d'information sur la polio : https://www.who.int/fr/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_1
https://www.who.int/fr/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_1
- Évaluations OMS/UNICEF des vaccinations nationales de routine :
https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveredtp3.html
- IMEP Situation d'urgence en matière de santé publique : <http://polioeradication.org/polio-today/polio-now/public-health-emergency-status/> [en anglais]
- Voyages et santé à l'étranger : <https://www.who.int/ith/en/> [en anglais]
- Les poliovirus dérivés de vaccins : <http://polioeradication.org/polio-today/polio-prevention/the-virus/vaccine-derived-polio-viruses/> [en anglais]
- Utilisation du vaccin contre la poliomyélite dans le cadre de l'épidémie de COVID-19 : <http://polioeradication.org/wp-content/uploads/2020/03/Use-of-OPV-and-COVID-20200421.pdf> [en anglais]
- Principes directeurs relatifs aux activités de vaccination durant la pandémie de COVID-19 : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331669>
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331669>
- Document de référence de l'OMS — COVID-19 : Operational guidance for maintaining essential health services during an outbreak : <https://www.who.int/publications-detail/covid-19-operational-guidance-for-maintaining-essential-health-services-during-an-outbreak> [en anglais]

Recherches, politiques et lignes directrices

OMS

75^e anniversaire des Nations Unies : rassembler l'humanité pour un avenir meilleur

Source : OMS

Grâce aux Nations Unies et au Programme de développement durable à l'horizon 2030, le monde peut promouvoir la paix, la santé, la prospérité, l'égalité des sexes et les droits de l'homme, tout en assurant un avenir plus durable. Au sein des Nations Unies, l'OMS s'emploie à garantir la santé de tous les peuples, partout dans le monde.

Garantir la santé à travers les générations

Au cours de ces 75 dernières années, les Nations Unies ont fait une réelle différence dans la vie de milliards de personnes sur tous les continents et à travers les générations.

Par exemple, lorsque l'OMS a annoncé l'éradication de la variole en 1980, une maladie qui sévissait depuis plus de 3 000 ans, ce fut également une victoire pour la coopération mondiale. Aucun pays n'aurait pu y parvenir seul.

Lorsque l'OMS et ses partenaires furent le fer de lance des efforts de lutte contre l'épidémie de VIH, le monde a assisté à un changement monumental dans la manière dont la maladie progressait. Grâce à la coordination mondiale, un nombre croissant de personnes peuvent aujourd'hui prendre en charge cette maladie. Les efforts de prévention donnent en outre des résultats prometteurs. Aucun pays ne pourrait y parvenir seul.

En 2020, le continent africain a été déclaré exempt de poliovirus sauvage, une étape historique pour l'humanité tout entière. En d'autres termes, cinq des six Régions de l'OMS sont désormais exemptes de poliomyélite sauvage, ce qui représente 90 % de la population mondiale. Ce progrès a été accompli, car les pays ont pu, avec le soutien de l'OMS, se réunir et coordonner les efforts de vaccination et de santé publique. Aucun pays n'aurait pu y parvenir seul.

Vaincre la pandémie de COVID-19 grâce à la solidarité et au multilatéralisme

Aujourd'hui, une pandémie sans précédent a plongé le monde dans une situation d'urgence sanitaire qui a des répercussions sur nos économies, nos moyens de subsistance et notre santé. La santé est un droit humain, et lorsque ce droit est menacé, tout le reste est en danger.

La pandémie a mis en évidence, aujourd'hui plus que jamais, la nécessité de se rassembler dans l'unité et la solidarité mondiales. Aucun pays ne peut relever seul ces défis.

« La COVID-19 nous offre l'occasion de reconstruire une société meilleure pour l'avenir. Pour y parvenir, nous avons déjà la nécessité et l'innovation. Maintenant, nous avons besoin de courage et de collaboration. Je compte sur vous, et vous pouvez compter sur l'Organisation mondiale de la Santé », a déclaré le docteur Hans Henri P. Kluge, directeur régional de l'OMS pour l'Europe.

UN75 : L'avenir que nous voulons. Les Nations Unies dont nous avons besoin.

En janvier 2020, l'Organisation des Nations Unies a lancé une consultation mondiale en vue de marquer son 75^e anniversaire. Par le biais d'enquêtes et de dialogues, des personnes ont été interrogées sur leurs espoirs et leurs craintes pour l'avenir et, au 21 septembre de cette année, plus d'un million de personnes y avaient participé.

Les trois principales conclusions sont les suivantes :

1. Au cœur de la crise actuelle et partout dans le monde, la plupart des personnes interrogées avaient pour exigence première l'amélioration de l'accès aux services de base : soins de santé, eau salubre et assainissement et éducation.
2. La priorité suivante porte sur une plus grande solidarité internationale et un soutien accru aux zones les plus durement touchées par la pandémie. Il s'agit notamment de lutter contre la pauvreté et les inégalités et de stimuler l'emploi.
3. Si la santé constitue le problème le plus urgent à l'heure actuelle, les personnes interrogées avaient bon espoir que la situation s'améliorerait dans ce domaine. Elles estimaient également que l'accès à l'éducation et les droits des femmes connaîtraient des améliorations.

« Tout au long de cette année anniversaire, nous avons initié une conversation mondiale. Et les résultats sont frappants. Les gens voient grand – ils aspirent aussi très fortement à plus de coopération

internationale et de solidarité mondiale. Le moment est venu de répondre à ces aspirations et de réaliser ces objectifs. En cette année du 75^e anniversaire, nous sommes confrontés à notre propre moment de 1945. Nous devons rencontrer ce moment. Nous devons faire preuve d'une unité comme jamais auparavant pour surmonter l'urgence d'aujourd'hui, remettre le monde en mouvement, fonctionner et prospérer à nouveau, et défendre la vision de la Charte », a déclaré le secrétaire général des Nations Unies, António Guterres.

<https://www.euro.who.int/fr/about-us/partners/news/news/2020/10/united-nations-at-75-bringing-humanity-together-for-a-better-tomorrow>

OMS

Déclaration – Journée mondiale contre la poliomyélite : parcourir ensemble la dernière ligne droite menant à l'éradication de la poliomyélite

Source : OMS

Le 23 octobre 2020, Dr Hans Henri P. Kluge, directeur régional de l'OMS pour l'Europe

Dr Hans Henri P. Kluge, directeur régional de l'OMS pour l'Europe

23 octobre 2020

Les vaccins sauvent des millions de vies chaque année.

Grâce à la vaccination, la variole, une maladie qui provoquait autrefois des millions de décès tous les ans, est devenue en 1980 la première maladie humaine à être éradiquée.

La poliomyélite pourrait être la suivante.

En 1988, lorsque l'Assemblée mondiale de la santé s'est engagée à accorder une priorité à l'éradication de la poliomyélite, le virus était encore présent dans 125 pays. La même année, le Rotary, l'OMS, les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies des États-Unis et l'UNICEF ont lancé l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite afin de réunir les principaux partenaires et intervenants dans la lutte contre la poliomyélite. La Fondation Bill & Melinda Gates et Gavi, l'Alliance du vaccin, nous ont rapidement rejoints. Grâce à une action concertée, l'incidence des cas de poliomyélite sauvage a depuis lors diminué de plus de 99 %. La Région européenne de l'OMS a été déclarée exempte de poliomyélite en 2002. En 2017, seuls trois pays au monde signalaient encore des cas de poliovirus sauvage : le Nigéria, l'Afghanistan et le Pakistan.

Cette réussite fut suivie par une autre étape importante : en 2019, la Région africaine de l'OMS enregistrait trois années consécutives sans aucune trace de poliovirus sauvage, ce qui a conduit à la certification officielle de l'éradication en août de cette année. En d'autres termes, cinq des six Régions de l'OMS sont désormais exemptes de poliomyélite sauvage, ce qui représente 90 % de la population mondiale.

Et ce n'est pas tout : deux des trois types de poliovirus sauvage ont été éradiqués. Alors que le poliovirus sauvage de type 2 a été déclaré éradiqué en septembre 2015, celui de type 3 a été officiellement déclaré éradiqué lors de la Journée mondiale contre la poliomyélite de 2019.

Notre dernière mission consiste à maintenir le statu quo là où le virus a été éradiqué, et à éliminer les derniers bastions de sa propagation. Notre adversaire se limite désormais à un seul type de virus, et à un taux de prévalence de seulement 0,1 % dans deux pays d'une même Région du monde.

Aujourd'hui, à l'occasion de la Journée mondiale contre la poliomyélite, je tiens à féliciter la Région africaine de l'OMS pour son exploit monumental, à savoir l'éradication de la poliomyélite. Cette étape illustre la manière dont une Région composée de nombreux pays, cultures et systèmes de santé différents peut améliorer la santé grâce à une action concertée. Cela montre en outre que, grâce à une vision commune, il est possible d'éradiquer une maladie par la vaccination.

Alors que j'étais jeune médecin, j'ai moi-même travaillé aux côtés de nombreux professionnels et bénévoles dévoués à la vaccination en Afrique, et qui ont tous contribué à réaliser cet exploit. Savoir que pour les futures générations d'infirmiers et de médecins en Afrique et ailleurs dans le monde, la poliomyélite est désormais reléguée aux livres d'histoire, et qu'ils ne verront jamais un enfant paralysé par le poliovirus sauvage, me touche profondément.

Afin de commémorer cette Journée mondiale contre la poliomyélite dans la Région européenne, je tiens à féliciter tous les bénévoles, tous les gouvernements ainsi que leurs dévoués agents de santé et travailleurs sociaux qui veillent sans relâche à ce que personne ne soit laissé de côté, et à ce que les enfants se voient inoculer les vaccins vitaux contre la poliomyélite.

La pandémie de COVID-19 nous rappelle brutalement l'impact que les maladies infectieuses peuvent exercer sur nos systèmes de santé et nos communautés. Elle prouve qu'à cette époque caractérisée par une interconnectivité croissante et un échange rapide d'informations, les problèmes mondiaux nécessitent des solutions mondiales. Ce n'est que si les gouvernements, les institutions et les communautés unissent leurs forces que nous pourrions édifier des sociétés en meilleure santé.

La mission d'éradiquer la poliomyélite représente l'un des plus grands efforts de santé publique jamais déployés au niveau mondial, et suscite la participation des partenaires à tous les niveaux et dans tous les pays. Ces efforts vont du renforcement des systèmes de la chaîne du froid et de l'amélioration de la surveillance des maladies au renforcement des capacités des équipes des programmes nationaux de vaccination, en passant par des activités de communication et l'instauration d'un climat de confiance.

Dans ce contexte, je tiens à féliciter tous les pays qui se sont efforcés de maintenir en priorité les services de vaccination systématique, même pendant les jours les plus sombres de la pandémie de COVID-19. Alors que des cas de poliomyélite continuent d'être signalés en Afghanistan et au Pakistan, proches des frontières de notre Région, cette vigilance n'est pas un luxe, mais une nécessité absolue pour maintenir la Région exempte de poliomyélite. La poliomyélite, où qu'elle survienne dans le monde, constitue une menace pour les enfants du monde entier si nous baissons notre garde.

L'instauration de systèmes de santé solides est fondamentale pour que tous les enfants puissent se voir inoculer les vaccins vitaux. La vaccination est l'une des quatre initiatives phares du nouveau Programme de travail européen, notre programme de santé pour 2020-2025, car il est essentiel d'alléger la charge des maladies à prévention vaccinale en vue d'atteindre notre objectif collectif d'une meilleure santé pour tous.

Grâce aux visionnaires qui nous ont précédés, notre génération s'est vu offrir l'occasion unique d'éradiquer définitivement la poliomyélite. Nous pouvons entrer dans l'histoire. La vaccination contre la poliomyélite et de nombreuses autres maladies désormais évitables est un droit et une responsabilité.

Tout le monde, partout, peut y mettre du sien – parcourons ensemble la dernière ligne droite.

<https://www.euro.who.int/fr/media-centre/sections/statements/2020/statement-world-polio-day-walking-the-last-mile-together-towards-polio-eradication>

OMS

Les stéroïdes augmentent les chances de survie des prématurés dans les milieux à faibles ressources, selon une étude

Source : OMS

23 octobre 2020

Communiqué de presse

L'établissement d'une date prévue d'accouchement précise et des soins de qualité, combinés à l'administration de stéroïdes, sont essentiels à la survie

Selon les résultats d'un nouvel essai clinique, publié aujourd'hui dans le *New England Journal of Medicine*, la dexaméthasone, un glucocorticoïde utilisé dans le traitement de nombreuses maladies, y

compris les problèmes rhumatismaux et les cas graves de COVID-19, peut augmenter les chances de survie des prématurés quand on l'administre aux femmes enceintes susceptibles d'accoucher prématurément dans les milieux à faibles ressources.

L'essai WHO ACTION-I met fin à une controverse continue sur l'efficacité des stéroïdes prénataux à augmenter la probabilité de survie des prématurés dans les pays à faibles revenus. Il est reconnu depuis longtemps que la dexaméthasone et des drogues semblables sont efficaces pour sauver la vie de prématurés dans les pays à revenus élevés, où les soins de qualité pour les nouveau-nés sont plus accessibles. Il s'agit de la première fois où un essai clinique prouve l'efficacité de ces drogues dans des milieux à faibles revenus.

Cette découverte est importante : pour chaque tranche de 25 femmes enceintes à qui l'on avait administré de la dexaméthasone, on sauvait la vie d'un enfant prématuré. Quand on l'administre à des mères qui risquent d'accoucher prématurément, la dexaméthasone traverse le placenta et accélère le développement des poumons, réduisant ainsi la probabilité que les prématurés souffrent de problèmes respiratoires à la naissance.

« La dexaméthasone est désormais un médicament reconnu pour sauver la vie des bébés nés trop tôt dans les milieux à faibles revenus », indique le D^r Olufemi Oladapo, chef de la santé maternelle et périnatale à l'OMS et au programme de reproduction humaine, et l'un des coordonnateurs de l'étude. « Toutefois, elle est seulement efficace quand elle est administrée par des fournisseurs de soins de santé en mesure de prendre des décisions précises en temps opportun et qui donne un ensemble minimal de soins de grande qualité aux femmes enceintes et à leurs bébés ».

À l'échelle mondiale, la prématurité est la principale cause de décès chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Chaque année, on estime que 15 millions de bébés naissent trop tôt et qu'un million meurt à la suite de complications attribuables à leur naissance précoce. Dans les milieux à faibles revenus, la moitié des bébés nés avant 32 semaines de grossesse meurent en raison de l'absence de soins rentables et faisables.

Dans l'étude, on fait remarquer que les fournisseurs de soins de santé doivent être en mesure de sélectionner les femmes les plus susceptibles de bénéficier du médicament et de lancer correctement le traitement au bon moment, idéalement, 48 heures avant de donner naissance, afin de donner suffisamment de temps pour injecter le stéroïde et obtenir un effet maximal. Les femmes qui en sont entre 26 et 34 semaines de grossesse sont les plus susceptibles de bénéficier du stéroïde, ce qui signifie que les fournisseurs de soins de santé doivent également pouvoir faire des échographies pour établir avec exactitude leur date d'accouchement prévue. En outre, les bébés doivent recevoir des soins suffisants et de bonne qualité à leur naissance.

« Quand un ensemble minimal de soins pour les nouveau-nés, qui comprend la gestion des infections, le soutien à l'alimentation, les soins thermiques et l'accès à un appareil de ventilation en pression positive continue pour faciliter la respiration, est en place dans les pays à faibles revenus, des stéroïdes prénataux comme la dexaméthasone peuvent contribuer à sauver la vie de prématurés », explique le D^r Rajiv Bahl, chef de l'unité de la santé des nouveau-nés à l'OMS et l'un des coordonnateurs de l'étude.

Dans le cadre de cet essai randomisé mené de décembre 2017 à novembre 2019, on a recruté 2 852 femmes et leurs 3 070 bébés auprès de 29 hôpitaux de niveau secondaire et tertiaire au Bangladesh, en Inde, au Kenya, au Nigéria et au Pakistan. En plus de conclure à un risque relativement plus faible de décès néonatal et de mortinaissance, l'étude a également montré que le traitement de femmes enceintes avec de la dexaméthasone dans les milieux à faibles ressources n'entraînait aucune augmentation des infections bactériennes maternelles possibles.

<https://www.who.int/news/item/23-10-2020-steroids-boost-survival-of-preterm-babies-in-low-resource-settings-new-study-finds>

Sierra Leone

Le profil des symptômes post-infection au virus Ebola ressemble à celui des maladies rhumatologiques

Une analyse de survivants du virus Ebola menée en Sierra Leone a montré que les patients qui souffrent du syndrome post-Ebola affichent des groupes de symptômes qui se manifestent en même temps, y compris certains dont le profil ressemble à celui des maladies rhumatologiques, selon ce qu'indiquent les chercheurs.

« Les survivants du virus Ebola manifestent un éventail de symptômes qui ont un profil distinct. L'un de ces profils s'apparente à celui d'une maladie rhumatologique et pourrait être lié à un dysfonctionnement intestinal », explique la D^{re} Sarah Talia Himmelfarb, M.D., résidente en médecine interne à l'école de médecine de l'Université Tulane.

Selon cette recherche, les survivants du virus Ebola peuvent subir des répercussions à long terme sur leur santé, qui sont attribuables à la maladie.

« À ce jour, plusieurs études ont été menées afin de savoir si des marqueurs précis d'inflammation sont associés au syndrome post-Ebola. Aucun marqueur n'a été identifié quand on examinait les survivants en tant que groupe homogène », dit la D^{re} Himmelfarb.

Afin de dégager des profils dans l'éventail de symptômes que manifestent les survivants du virus Ebola, la Dre Himmelfarb et ses collègues ont identifié des survivants dans l'est de la Sierra Leone, par l'entremise de la Sierra Leone Association of Ebola Survivors et de contacts familiaux de survivants et les ont recrutés afin de participer à l'étude. La Dre Himmelfarb a présenté les conclusions de l'étude à l'occasion de la IDWeek.

On a remis aux participants des deux groupes un questionnaire sur les symptômes autodéclarés et on leur a fait subir un examen physique. Les chercheurs ont comparé les symptômes entre les groupes et analysé les corrélations entre les regroupements.

« Dans le cadre de cette étude, nous voulions savoir si l'une ou l'autre de profils correspondait aux processus de maladies connues », rapporte la D^{re} Himmelfarb. « En particulier, nous voulions enquêter sur la possibilité qu'ils correspondent au profil observé pour une maladie rhumatologique ou auto-immune. Ainsi, nous pourrions mieux comprendre ce syndrome mal défini, ce qui pourrait mener à la mise au point de traitements pour ceux qui en souffrent ».

Entre les mois de mars 2016 et de janvier 2019, 375 survivants du virus Ebola et 1 040 contacts ont participé à l'étude. Selon la D^{re} Himmelfarb et ses collègues, au moment de leur inscription, les survivants du virus Ebola de tous les groupes d'âge faisaient état d'un nombre beaucoup plus important de symptômes que les contacts dans toutes les catégories. Les chercheurs ont identifié six groupes de symptômes « représentant des organes distincts du corps » et deux phénotypes généraux avec ou sans symptômes rhumatologiques.

Selon l'étude, les groupes qui comprenaient des symptômes rhumatologiques étaient corrélés ensemble ($r = 0,63$), mais pas avec les autres groupes ($r < 0,35$). En outre, les symptômes ophtalmologiques/auditifs étaient modérément corrélés avec les groupes de symptômes non rhumatologiques ($r > 0,5$), tandis que les groupes de symptômes psychologiques/neurologiques, cardiaques/gastro-intestinaux et constitutionnels étaient corrélés entre eux ($r > 0,6$) dans tous les cas. Après avoir mis en correspondance les groupes de symptômes, les chercheurs ont déterminé que chaque groupe de symptômes était séparé des autres, particulièrement les phénotypes avec des symptômes rhumatologiques.

Le groupe de survivants dont le profil ressemblait à celui d'une maladie rhumatologique se plaignait de symptômes allant de douleurs articulaires à une amplitude de mouvement réduite, dit la D^{re} Himmelfarb. Ce groupe en chevauchait un autre qui manifestait des symptômes gastro-intestinaux, comme la sensibilité abdominale.

« L'une des possibilités intrigantes est que l'inflammation découlant d'une barrière intestinale affaiblie, comme on l'a décelé dans le cadre d'une étude précédente, puisse être une cause étiologique de ce groupe de symptômes », indique la D^{re} Himmelfarb. « Ces travaux sont importants pour les milliers de survivants du virus Ebola qui sont sortis de l'épidémie de 2014-2016 en Afrique de l'Ouest. Ils alimentent un ensemble de connaissances encore petit, mais grandissant, sur les séquelles post-virales. Ce domaine est encore plus pertinent dans l'ère de la COVID-19 ».

<https://www.healio.com/news/infectious-disease/20201024/pattern-of-postebola-symptoms-resembles-rheumatologic-disease>