

Rapport quotidien du RMISP pour le 06-10-2020

Section spéciale sur le coronavirus

Canada

Régions du Canada où il y a des cas de COVID-19 en date du 5 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	168 960	17 122	9 504
Terre-Neuve-et-Labrador	277	4	4
Île-du-Prince-Édouard	61	3	0
Nouvelle-Écosse	1 089	3	65
Nouveau-Brunswick	203	5	2
Québec	79 650	7 586	5 884
Ontario	54 814	5 474	2 980
Manitoba	2 191	739	23
Saskatchewan	1 968	143	24
Alberta	18 935	1 783	280
Colombie-Britannique	9 739	1 382	242
Yukon	15	0	0
Territoires du Nord-Ouest	5	0	0
Nunavut	0	0	0
Voyageurs rapatriés	13	0	0

Il est possible de consulter un [résumé épidémiologique](https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus.html#a1) 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 Nunavut confirme une éclosion de COVID-19 à la mine de Hope Bay

Source : CBC | North News

ID : 1007981501

Le gouvernement du Nunavut a confirmé sept nouveaux cas de COVID-19 à la mine de Hope Bay, lundi, ce qui porte le nombre total de cas confirmés à neuf.

Dans un communiqué de presse publié lundi, le gouvernement a également fait état d'un nouveau total de quatre cas probables à la mine.

Deux cas ont été confirmés à Hope Bay à la fin du mois de septembre. En date de vendredi, le gouvernement attendait le résultat du test de confirmation pour huit cas probables et d'autres tests devaient être menés au cours de la fin de semaine.

L'administrateur en chef de la santé publique du territoire a indiqué lors d'une conférence de presse vendredi que ces cas pourraient être les premiers du Nunavut, car la transmission avait sans doute eu lieu dans le territoire. Des discussions allaient toutefois avoir lieu avec la province ou le territoire d'origine des personnes infectées avant de le confirmer.

On s'emploie toujours à déterminer si ces cas seront comptabilisés dans le nombre de cas total du Nunavut, selon un porte-parole du gouvernement.

Les deux premiers cas confirmés de COVID-19 à la mine de Hope Bay n'avaient pas été comptabilisés dans le dénombrement du Nunavut, car les personnes infectées étaient des non-résidents qui avaient été exposés dans leur province ou territoire d'origine avant de se rendre à la mine.

Non aux déplacements non essentiels à la mine

C'est l'entreprise TMAC Resources Inc. qui est propriétaire de la mine de Hope Bay, située à 125 kilomètres au sud-ouest de Cambridge Bay. Tous les déplacements non essentiels à destination de la mine ou en provenant de celle-ci demeurent en suspens et 12 personnes demeurent en isolement au site de la mine.

L'équipe d'intervention rapide du Nunavut a été dépêchée afin d'effectuer la recherche de contacts à Hope Bay et devrait partir au milieu de la semaine prochaine. Les membres de l'équipe devraient s'isoler à leur domicile à leur retour.

Le ministre de la Santé du Nunavut, George Hickes, a réitéré lundi qu'aucun résident du Nunavut ne travaillait à la mine de Hope Bay, en ajoutant que le risque pour les Nunavois demeure « très faible ». Ces cas s'ajoutent aux dix cas confirmés de COVID-19 au moins recensés dans des mines du Nord. Un cas a été confirmé à la mine de Mary River, située à 176 kilomètres au sud-ouest de Pond Inlet (Nunavut), le 21 septembre, et deux cas ont été confirmés à la mine de diamants Diavik, dans les Territoires du Nord-Ouest, cet été.

Restrictions assouplies pour les restaurants, les activités sportives et les musées

Entretemps, le gouvernement du Nunavut a également annoncé lundi qu'il avait assoupli les restrictions relatives à la taille des groupes, à temps pour l'Action de grâce.

Les rassemblements intérieurs sont maintenant limités à 15 personnes, en plus des membres d'un même ménage. Les rassemblements extérieurs de 100 personnes, qui se limitaient auparavant à 50 personnes, sont maintenant permis.

Les restaurants et les bars peuvent désormais ouvrir à une capacité de 75 %, en hausse par rapport à la capacité de 50 % établie auparavant. Toutefois, seulement six personnes demeurent permises par table et une distance de deux mètres doit séparer chaque table.

Les bars peuvent aussi revenir à leurs heures d'ouverture normales.

Les cours de conditionnement physique sont maintenant permis, tant qu'ils se limitent à 25 personnes par cours, ou à 50 % de la capacité de la salle.

Les arénas et les installations sportives peuvent ouvrir, tant que pas plus de 50 personnes (ou 50 % de la capacité de l'installation) jouent en même temps. Cinquante personnes au total peuvent assister à une partie.

Les bibliothèques, les musées et les galeries peuvent ouvrir à une capacité de 50 %. Une ordonnance de santé publique établie auparavant permettait aux résidents de maisons de soins de longue durée et de soins infirmiers de recevoir d'un à deux visiteurs. Maintenant, deux visiteurs sont permis. Ces visiteurs doivent être des membres de la famille immédiate et porter un masque ou un couvre-visage.

Ces nouvelles mesures sont entrées en vigueur lundi.

<https://www.cbc.ca/news/canada/north/nunavut-first-covid-19-cases-hope-bay-mine-1.5742471?cmp=rss>

Canada

Malgré une « deuxième vague », la Colombie-Britannique (C.-B.) aplatit de nouveau la courbe, selon la médecin en chef

Source : citynews1130.com

ID : 1007981015

Au cours des trois derniers jours, la C.-B. a rapporté 358 nouveaux cas de COVID-19 et enregistré quatre décès supplémentaires.

La D^{re} Henry a indiqué que plus de 60 écoles avaient fait état d'expositions, y compris une première école de l'île de Vancouver, la fin de semaine dernière.

Les taux demeurent faibles chez les enfants d'âge scolaire : seulement sept enfants sur 1 000 obtiennent un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19, rapporte la D^{re} Henry.

VICTORIA (NEWS 1130) — Les Britanno-Colombiens aplatissent une fois de plus la courbe d'infections à la COVID-19, au moment où l'on recense encore des expositions dans les écoles et où d'autres régions du Canada sont aux prises avec une deuxième vague. « Nous aplatissons notre courbe », a dit la D^{re} Bonnie Henry, médecin-hygiéniste provinciale, alors qu'elle présentait les données sur la modélisation pour l'automne.

« Nous devons à tout prix continuer de le faire pour la santé de nos collectivités, afin que les entreprises et les restaurants demeurent ouverts, et que toutes les écoles, si importantes pour nos enfants, demeurent ouvertes. C'est la recherche des contacts que nous avons menée qui nous a permis de conclure que la majorité des nouveaux cas demeurent liés et qu'il y a peu de transmissions hors de contrôle. »

La D^{re} Henry a indiqué que 358 nouveaux cas de COVID-19 avaient été recensés au cours des trois derniers jours, et que quatre décès supplémentaires, tous dans la région du Lower Mainland, avaient été enregistrés. Plus tôt au cours de la journée, l'autorité sanitaire de Fraser a annoncé la fermeture partielle de l'hôpital Delta, où sept personnes sont décédées de la COVID-19 depuis le 16 septembre et jusqu'à 36 patients et membres du personnel ont contracté la maladie.

La D^{re} Henry a également confirmé des éclosions dans trois maisons de soins (Langley Lodge, White Rock Seniors Village et Chartwell Crescent Gardens), et une éclosion à Delta Distribution, une installation d'emballage où 23 employés ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19.

Les données de modélisation indiquent toutefois que le nombre de cas en C.-B. augmente depuis la mi-juillet. La majorité des cas demeurent liés à des infections locales contractées auprès d'un cas ou d'un groupe connu, quoique certains demeurent liés à des déplacements internationaux, comme l'a précisé la D^{re} Henry, et à l'arrivée de travailleurs étrangers dans la province.

Elle a fait remarquer que le nombre de cas hospitalisés à l'heure actuelle est plus faible qu'en avril. « Comme vous pouvez le voir, les chiffres ont augmenté depuis que nous avons atteint notre point le plus bas en août, mais cette hausse s'est stabilisée et le nombre de personnes hospitalisées demeure toujours plus bas que celui enregistré lors de la première vague ».

La D^{re} Henry a également indiqué que la majeure partie des cas sont recensés chez les personnes âgées de 20 à 29 ans et les personnes âgées de 30 à 39 ans, et ce, même après la rentrée, le mois dernier.

« Les personnes âgées de moins de 10 ans correspondent à environ 10 % de la population et ne représentent que moins de 5 % des cas recensés dans la province », dit-elle. « Les personnes âgées de 10 à 19 ans sont encore une fois sous-représentées, même si nous avons augmenté le dépistage dans ce groupe d'âge au cours du dernier mois. »

La D^{re} Henry a ajouté que le nombre de personnes âgées de moins de 19 ans qui doivent être hospitalisées après avoir contracté la COVID-19 demeurerait faible.

« Aucun jeune n'a été admis à une unité de soins intensifs et, heureusement, nous ne comptons aucun décès dans ce groupe d'âge. Le taux d'hospitalisation est inférieur à 1 % ».

Depuis le mois de septembre, au moment où environ 500 000 élèves ont repris le chemin de l'école, la province a augmenté les taux de dépistage, et les deux tiers des tests utilisent la nouvelle méthode de dépistage par la salive.

La D^{re} Henry a indiqué que plus de 60 écoles avaient fait état d'expositions, y compris une première école de l'île de Vancouver, la fin de semaine dernière, mais aucune n'avait signalé d'éclosion.

« Nous constatons donc que les écoles n'augmentent pas la transmission dans la communauté », ajoute-t-elle. Toutefois, plusieurs classes ont reçu la consigne de rentrer à la maison depuis la rentrée.

La D^{re} Henry a indiqué que les taux demeurent faibles chez les enfants d'âge scolaire : seulement sept enfants sur 1 000 obtiennent un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19.

« Comme nous le savons, bon nombre des enfants doivent se soumettre à un test parce qu'ils manifestent des symptômes. Nous pouvons donc conclure que d'autres virus qui circulent dans nos collectivités à l'heure actuelle sont à l'origine de ces symptômes, y compris ceux du rhume, et d'autres que nous voyons régulièrement à cette période de l'année et qui peuvent causer de la toux ou un rhume, un écoulement nasal et de la fièvre chez les enfants. »

La province a connu une augmentation minimale des cas de COVID-19 chez les enfants d'âge scolaire depuis la rentrée et la D^{re} Henry précise que cette augmentation se stabilise.

La C.-B. est en voie de connaître une croissance « explosive » des cas de COVID-19, indique la médecin en chef.

« À l'heure actuelle, la plupart des expositions recensées dans les écoles sont aussi liées à des expositions survenues à l'extérieur de l'école. Nous le savons parce qu'au début, en particulier, des personnes chez qui l'infection est passée inaperçue ont fréquenté des écoles. Nous surveillerons donc la situation de très près. Maintenant que cette première d'incubation est passée, nous continuerons de travailler avec les écoles afin de déceler toute exposition », déclare-t-elle.

« Nous constatons toutefois que la proportion hebdomadaire de cas de COVID-19 chez les enfants d'âge scolaire demeure faible et inférieure à 10 %, et cette donnée est demeurée constante pendant les trois à quatre semaines qui se sont écoulées depuis la rentrée. »

Les taux de dépistage ont également augmenté de 15 % dans la province au cours de la dernière semaine et 10 000 tests de dépistage par jour ont été effectués au cours de la fin de semaine.

Le taux de positivité des tests est inférieur à 2 %, mais la D^{re} Henry rapporte que l'augmentation du dépistage a allongé le délai de communication des résultats.

La D^{re} Henry a indiqué que le taux de reproduction, qui correspond au nombre de contacts contagieux générés par chaque cas, est de nouveau inférieur à un dans la province.

« C'est d'ailleurs ce que nous visons. »

La D^{re} Henry a attribué ce nouvel aplatissement de la courbe en C.-B. aux mesures prévoyant la fermeture des boîtes de nuit et des salles de réception, ainsi que la restriction des heures pendant lesquelles les restaurants et les pubs peuvent servir de l'alcool.

« Notre taux de croissance baisse, ce qui signifie que nous entretenons des relations sécuritaires dans nos collectivités à l'heure actuelle », a-t-elle indiqué.

« Cela signifie que le nombre de contacts où nous pouvons transmettre le virus a baissé. C'est extrêmement important. Et cela témoigne des efforts que tout le monde déploie en Colombie-Britannique. En outre, cela indique que les autorités de santé publique ont géré avec une grande attention chacun des cas afin de cerner les cas d'exposition et de s'assurer que les personnes qui ont été exposées et qui tomberont peut-être malades sont isolées en toute sécurité et soutenues ».

La D^{re} Henry a signalé que le taux moyen des contacts contagieux était actuellement estimé à 45 % de la valeur normale.

« Nous devons rester là. »

Selon les données de modélisation, les taux de cas quotidiens sont de nouveau en hausse au Québec, en Ontario, en Alberta et au Manitoba, mais en baisse en Colombie-Britannique. À la fin du mois dernier, le premier ministre Justin Trudeau a déclaré que les quatre provinces les plus peuplées du Canada étaient frappées par une deuxième vague. La D^{re} Henry a toutefois indiqué qu'il s'agissait d'une deuxième augmentation.

« Nous aplatissons notre courbe », a-t-elle dit.

Parmi les nouveaux cas, 130 ont été recensés de vendredi à samedi, tandis que 108 ont été enregistrés au cours des 24 heures suivantes, et 120 supplémentaires au cours de la période se terminant lundi.

On recense encore 19 éclosions actives dans des installations de soins de santé.

La D^{re} Henry a rapporté que la troisième éclosion à Holy Family Hospital, un établissement de soins de longue durée de Vancouver, avait été déclarée terminée.

<https://www.citynews1130.com/2020/10/05/b-c-is-flattening-the-curve-again-despite-second-wave-according-to-top-doctor/>

Canada

Le premier ministre Trudeau promet une aide du gouvernement fédéral pour les points chauds de la COVID-19 au Québec, en Ontario et en Alberta

Source : CBC

ID : 1007981001

Aujourd'hui, le premier ministre Justin Trudeau a promis une aide supplémentaire aux services de santé publique locaux dans les nouveaux points chauds de la COVID-19, dont certains sont aux prises avec des arriérés de dépistage et doivent composer avec un système de recherche de contacts qui ne parvient pas à suivre le rythme du nombre de nouveaux cas rapportés.

Le premier ministre a dit aux journalistes que le gouvernement avait signé des ententes avec les provinces de l'Alberta, de l'Ontario et du Québec afin de leur prêter des fonctionnaires fédéraux pour les aider à mener la recherche de contacts (le processus qui vise à communiquer avec des personnes qui auraient pu être en contact étroit avec un cas positif d'infection au nouveau coronavirus).

Les agents de recherche des contacts conseillent vivement aux personnes potentiellement exposées de s'isoler ou de se soumettre à un test afin d'éviter de propager la maladie. Leur travail peut toutefois être sapé par les retards dans la communication avec ces personnes à risque.

La plupart des fonctionnaires fédéraux qui participeront aux efforts provinciaux de recherche des contacts proviennent de Statistique Canada.

« La recherche de contacts est extrêmement efficace quand il s'agit de localiser des cas, particulièrement si elle est effectuée très rapidement », a indiqué M. Trudeau. « Quand on commence à s'attaquer aux arriérés, il semble plus difficile d'avoir une recherche de contacts aussi efficace. »

M. Trudeau a indiqué que 500 fonctionnaires seront prêts à participer aux activités de recherche de contact en Ontario, dont 30 seront assignés spécifiquement à la ville d'Ottawa.

La capitale nationale est devenue l'un des points chauds de la province. Vendredi dernier, Santé publique Ottawa a averti que le système se trouvait à un point de rupture : des douzaines de cas sont rapportés chaque jour, chacun ayant une liste de contacts possibles à retrouver.

« Notre système de soins de santé est en crise. Les laboratoires fonctionnent au-delà de leur capacité, ce qui cause des arriérés dangereux, en plus de nuire à la recherche des contacts et à la gestion des cas. Les hôpitaux ont presque atteint leur capacité maximale et on constate de plus en plus d'éclosions dans les maisons de soins de longue durée. À ce rythme, notre système ne tiendra pas longtemps », a indiqué Santé publique Ottawa dans un gazouillis.

Le Bureau de santé publique de Toronto est lui aussi aux prises avec une augmentation marquée du nombre de cas au cours des dernières semaines. Il a d'ailleurs indiqué qu'il allait réduire ses activités de recherche de contacts et se concentrer plutôt sur les cas liés à des éclosions dans des établissements comme des hôpitaux, des maisons de soins de longue durée, des maisons de retraite, des centres d'hébergement pour sans-abri, des écoles et des garderies.

Santé Canada approuve un appareil de dépistage rapide de la COVID-19 au moment où le Canada se prépare à une hausse du nombre de cas
Le gouvernement fédéral a annoncé qu'il entendait faire l'acquisition de 7,9 millions de tests de dépistage de la COVID-19, à un moment où Santé Canada doit défendre sa réaction lente.
Eileen de Villa, la médecin-hygiéniste en chef de Toronto, a indiqué que ce n'était pas l'ajout d'un faible nombre d'agents de recherche de contacts qui allait réduire l'arriéré dans sa ville.

Elle a indiqué que la ville demeure incapable de suivre le rythme, et ce, même si elle emploie déjà 700 gestionnaires de cas et de contacts

« En toute honnêteté, même si nous ajoutons 700 personnes aux rangs, je m'attends à ce que nous demeurions incapables d'effectuer la recherche de contacts avec la même portée et les mêmes résultats que ceux que nous avons quand les taux d'infection étaient plus bas. Cela montre à quel point la propagation de l'infection est grave », indique-t-elle.

Selon elle, la province devrait plutôt fermer pendant un mois les salles à manger des bars et restaurants, lieux qui sont responsables d'un nombre important de cas, dit-elle.

Une éclosion dans un bar de la région de Toronto, le Yonge St. Warehouse, a créé 1 700 expositions possibles après que cinq membres du personnel ont été déclarés positifs. Une éclosion semblable au Regulars Bar a donné lieu à 600 expositions, indique-t-elle.

M. Trudeau a également annoncé que certains laboratoires fédéraux allaient se réorienter afin d'accélérer le dépistage. Il a indiqué que les laboratoires analyseront 1 000 tests par jour en Ontario, en ajoutant qu'une capacité additionnelle sera intégrée au cours des prochains jours.

« Nous communiquons avec un plus grand nombre de laboratoires nationaux pour qu'ils participent eux aussi. À l'heure actuelle, nous voulons que tout le monde mette la main à la pâte » a dit M. Trudeau.

La D^{re} Theresa Tam, l'administratrice en chef de la santé publique du pays, a indiqué avoir entendu que bon nombre des personnes qui travaillent dans le domaine de la santé publique « sont épuisées ».

Elle a indiqué que les Canadiens devaient limiter leurs contacts sociaux et rester à la maison le plus possible. « La clé, c'est de faire travailler tout le monde dans la même direction afin de ne pas surcharger la santé publique », dit-elle. « Nous voulons que les gens n'aient pas à devoir subir un test de dépistage ».

M. Trudeau a passé un test de dépistage le mois dernier.

Quand des journalistes l'ont interrogé à ce sujet, après que le président Trump a dû être hospitalisé à cause de la COVID-19, M. Trudeau a confirmé aujourd'hui avoir subi un test de dépistage du virus au début du mois de septembre, après avoir signalé un « chatouillement dans la gorge ».

Il s'est isolé pendant quelques jours avant de retourner au travail, selon les consignes de son médecin, a-t-il dit. Le résultat du test du premier ministre n'avait pas été divulgué avant aujourd'hui.

Quand on lui a demandé s'il croyait que les provinces avaient dépensé judicieusement les 19 milliards de dollars en fonds fédéraux réservés par l'intermédiaire de l'« accord sur la relance économique », M. Trudeau a répondu que le problème ne résidait pas seulement dans les fonds : il n'y a tout simplement pas assez de personnes disponibles pour effectuer la recherche de contacts et le travail de laboratoire.

« Nous voulons que tout le monde travaille ensemble et que le plus grand nombre possible de Canadiens soient l'abri du virus le plus rapidement possible », a-t-il indiqué.

Depuis le début de la pandémie, l'Ontario a considérablement renforcé sa capacité de dépistage : en avril, la province avait atteint un sommet de 13 000 tests par jour, tandis qu'elle en effectue actuellement 40 000 par jour. Toutefois, la demande en tests a généré un important arriéré.

Après des semaines de files d'attente de plusieurs heures à certains centres, l'Ontario a ordonné une fermeture de deux jours à Ottawa, à Toronto et dans la région de Peel. Le dépistage reprendra mardi, dans le cadre d'un processus reposant exclusivement sur des rendez-vous.

Le premier ministre de l'Ontario, Doug Ford, a indiqué que le maintien en poste du personnel et l'acquisition de réactifs (l'ingrédient qui sert à mener tout test chimique) se sont avérés difficiles au cours des derniers jours.

« À l'heure actuelle, nous éprouvons de la difficulté à avoir suffisamment de techniciens de laboratoire de diagnostic en poste », a dit M. Ford.

À un moment où le nombre de cas augmente dans quatre provinces, M. Trudeau avertit que la pandémie sera pire cet automne.

« On assiste aussi à une pénurie à l'échelle mondiale du mécanisme de dépistage. Nous travaillons avec Roche et avec Abbott, nous travaillons avec le gouvernement fédéral afin de voir si nous pouvons obtenir ces tests de dépistage rapides. Cela va réellement changer la donne », a-t-il indiqué.

<https://www.cbc.ca/news/politics/trudeau-support-contact-tracing-testing-1.5750894>

Canada

Une autre éclosion est déclarée à l'une des maisons de retraite les plus durement touchées de la région du Niagara

Source : iheartradio.ca

ID : 1007980243

Une maison de retraite de Niagara Falls figure une fois de plus sur la liste des lieux aux prises avec une éclosion de COVID-19.

Le **Lundy Manor** a été le théâtre de l'une des pires éclosions de la région au printemps. En effet, dix-huit de ses résidents ont perdu la vie après avoir contracté le coronavirus.

L'autorité de santé publique a également déclaré des éclosions aux établissements **Shalom Gardens**, à **Grimsby**, à **Meadows of Dorchester** et à **Millennium Trail Manor**, à **Niagara Falls**, ainsi qu'à **Pioneer Elder Care**, à **St. Catharines**.

Selon ce qu'indique le médecin-hygiéniste en chef par intérim, le Dr Mustafa Hirji, les éclosions sont mineures et ne touchent qu'une ou deux personnes.

Selon le Dr Hirji, quand on recense davantage de cas du virus dans la communauté, on assiste à une hausse semblable dans les maisons de soins de longue durée et dans les écoles.

Le médecin fait remarquer qu'étant donné qu'une personne sur sept dans la région du Niagara est associée à une école en tant que membre du personnel, élève ou enseignant, on peut s'attendre à ce qu'un cas sur sept dans la communauté touche une personne qui fréquente une école.

<https://www.iheartradio.ca/610cktb/news/outbreak-declared-again-at-one-of-niagara-s-hardest-hit-retirement-homes-1.13647383>

Canada

Deux résidents d'une maison de soins de longue durée de Beeton, en Ontario, perdent la vie à la suite d'une éclosion de COVID-19.

Source : globalnews.ca

ID unique : [1007978787](#)

Le comté de Simcoe a confirmé que deux résidents du Simcoe Manor, une maison de soins de longue durée de Beeton (Ontario) aux prises avec une éclosion de COVID-19, avaient perdu la vie.

Selon le comté, l'un des deux résidents décédés avait obtenu un résultat positif au test de dépistage du coronavirus, tandis que l'autre avait subi un test vendredi dont on ignore encore les résultats.

Dimanche matin, quatre membres du personnel et quatre résidents avaient obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 au Simcoe Manor. Trois unités de soins aux résidents ont été touchées par la COVID-19.

« Tous les résidents de maisons de soins de longue durée ont subi un test de dépistage et nous continuons de surveiller de près leurs résultats », ont indiqué des représentants du comté, en ajoutant que tous les employés allaient subir un test de dépistage lundi.

« Les mesures de dépistage renforcées demeurent en place afin de garantir que les symptômes sont identifiés rapidement, et que le dépistage, l'isolement et la recherche des contacts sont effectués, en collaboration avec le service de santé ».

Le Simcoe Manor a mis en œuvre un certain nombre de mesures afin de contrer la propagation du nouveau coronavirus. Parmi celles-ci, notons l'annulation temporaire de l'ensemble des visites à l'intérieur et à l'extérieur, les mesures de nettoyage et le dépistage renforcés, ainsi que l'isolement des résidents dans leur chambre.

[Abonnez-vous à notre bulletin d'information Health IQ pour obtenir les plus récentes mises à jour sur le coronavirus]

« Même si ce virus est entré silencieusement dans notre foyer, nous lutterons plus fort que jamais afin de le contrer le plus rapidement possible », ont dit les représentants.

« Soyez assurés que nous faisons tout ce que nous pouvons et que nous gagnerons cette bataille ».

Le Simcoe Manor est l'une de deux maisons de soins de longue durée actuellement aux prises avec une écloison de COVID-19 dans la région de Simcoe Muskoka, l'autre étant la maison de soins de longue durée The Pines, à Bracebridge (Ontario).

En tout, on recense 15 écloisions dans des maisons de soins de longue durée dans la région.

<https://globalnews.ca/news/7378587/2-residents-die-simcoe-manor-covid-19-outbreak-coronavirus/>

Canada

Dans les zones rouges du Québec, le port du masque est obligatoire pour les élèves et les sports organisés sont interdits

Source : cbc.ca

ID : 1007979863

Dans les zones rouges du Québec, les élèves du secondaire devront porter le masque en classe, les sports organisés seront interdits et les gymnases seront fermés, en vertu de nouvelles restrictions visant à freiner la propagation du coronavirus.

Ces nouvelles règles, annoncées aujourd'hui, entrent en vigueur le 8 octobre, jusqu'au 28 octobre à tout le moins.

Le ministre de l'Éducation, Jean-François Roberge, a indiqué que les élèves de secondaire 4 et 5 allaient passer à un mode d'enseignement hybride, où ils seront en classe un jour sur deux seulement afin de réduire la taille des classes.

M. Roberge a indiqué que tous les sports intramurales, les compétitions entre écoles et les sorties scolaires seront interdits dans les zones rouges.

Les cours d'éducation physique et les sports scolaires seront permis, pourvu que tous les élèves demeurent dans leur même groupe-classe.

M. Roberge a indiqué que les nouvelles restrictions visaient à limiter l'exposition à deux seules bulles : la classe et la maison.

« Toutes les mesures que nous prenons pourraient et devraient nous empêcher de fermer les écoles », a-t-il dit.

Avant la mise en place des nouvelles restrictions, les élèves à partir de la 4^e année devaient porter le masque quand ils circulaient dans des lieux communs intérieurs, comme les corridors, et dans les autobus scolaires. La province n'avait toutefois pas rendu le port du masque obligatoire en salle de classe.

M. Roberge a indiqué que les élèves du primaire n'auront pas à porter le masque en salle de classe. Lundi, la province a enregistré 1 191 nouveaux cas. Il s'agit de la quatrième journée consécutive où le nombre de cas total du Québec franchit la barre des 1 000.

La semaine dernière, les régions du Montréal métropolitain, de Québec et de Chaudière-Appalaches ont été désignées en tant que zones rouges en vertu du système d'alertes COVID-19 de la province. Trois villes de la région de la Gaspésie les rejoindront à compter de minuit lundi.

En date du 2 octobre, on faisait état de 1 423 cas actifs de COVID-19 dans les écoles du Québec, à l'échelle du réseau de 3 089 écoles publiques et privées de la province.

À VOIR| Des représentants de la santé publique expliquent pourquoi les règles sont différentes pour les élèves du secondaire et du primaire.

Fini le sport, pour l'instant

Les nouvelles interdictions visant les sports et les gymnases s'étendent aux activités de loisir organisées comme le yoga et l'aérobic.

Isabelle Charest, la ministre responsable des sports de la province, s'est dit déçue de faire cette annonce, mais qu'il était nécessaire de prendre ces mesures, étant donné l'augmentation des cas.

« Je sais à quel point le sport est important pour la réussite scolaire, pour la santé mentale, pour la motivation et, bien entendu, pour rester en forme », a indiqué M^{me} Charest, ancienne médaillée olympique en patinage de vitesse courte piste.

« Je sais à quel point le sport est important, mais cette épreuve que nous traversons exige que chacun de nous fasse des sacrifices ».

Plus tard aujourd'hui, la province devrait aussi en dire plus sur l'adoption d'Alerte COVID, l'application créée par le gouvernement fédéral qui informe les utilisateurs quand ils ont été en contact prolongé avec une personne qui a obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19.

<https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-government-announcement-on-schools-sports-1.5750335>

Canada

L'Ontario ferme des centres de dépistage de la COVID-19 pendant une journée, à quelques exceptions près

Source : ottawamatters.com

ID : 1007979697

Ceux qui espéraient se soumettre à un test de dépistage de la COVID-19 à un centre d'évaluation ont la guigne.

La province a mis en suspens son service de dépistage sans rendez-vous aux centres afin de pouvoir réduire un arriéré de 79 000 écouvillons non analysés. En outre, les tests seront offerts sur rendez-vous seulement à la réouverture des centres, mardi.

Ils seront aussi offerts seulement aux personnes symptomatiques.

Au moins 60 pharmacies à l'échelle de la province, y compris 13 à Ottawa, offrent un service d'évaluation, sur rendez-vous également, aux personnes asymptomatiques.

Entretemps, certaines exceptions s'appliquent aux fermetures à Ottawa.

Les centres de dépistage de la COVID-19 situés au parc Brewer (pour les adultes), ainsi que sur la promenade Moodie et sur le Chemin Heron, sont fermés. Toutefois, le centre de dépistage du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario (CHEO) au parc Brewer et le centre d'évaluation à l'auto situé sur le chemin Coventry sont ouverts sur rendez-vous seulement.

En outre, le Centre mémorial de Brockville offre toujours un service de dépistage de la COVID-19 sans rendez-vous pendant qu'il fait la transition vers la prise de rendez-vous en ligne. Le Centre indique qu'il n'est pas nécessaire d'appeler au préalable, car il estime être en mesure de faire subir un test à toutes les personnes qui se présentent et s'inscrivent.

REMARQUE* La province indique que tous les centres d'évaluation de l'Ontario rouvriront mardi, toutefois, selon le Groupe de travail sur le dépistage de la COVID-19 à Ottawa, les centres de dépistage de la ville s'emploient à offrir leur dépistage sur rendez-vous en ligne le plus tôt possible. (Lien) On en saura plus sur le moment où les centres seront prêts quand l'information sera disponible.

<https://www.ottawamatters.com/local-news/ontario-closes-covid-19-testing-centres-for-one-day-with-some-exceptions-2766500>

Canada

Une douzaine supplémentaire de travailleurs de la santé du Manitoba déclarés positifs à la COVID-19

Source : winnipeg.ctvnews.ca

ID : 1007979407

WINNIPEG – Au cours de la semaine précédant l'imposition des restrictions liées au code orange par Winnipeg, une douzaine supplémentaire de travailleurs de la santé du Manitoba ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19.

Selon les données de surveillance de la province du 20 au 26 septembre, 109 travailleurs de la santé au total ont contracté la maladie depuis le début de la pandémie, soit 12 de plus que la semaine précédente. Parmi ces employés, 35 sont des auxiliaires de santé, 28 sont des infirmiers ou infirmières, neuf sont des médecins ou des médecins en formation, sept sont des travailleurs sociaux ou des travailleurs de soutien, cinq sont des commis médicaux, trois sont pharmaciens et 21 appartiennent à deux de ces catégories.

Selon ces données qui servent à surveiller l'intensité, les caractéristiques, la transmission et l'étendue géographique de la maladie, 68 travailleurs de la santé ont contracté la COVID-19 à la suite d'un contact étroit avec un cas connu, 11 l'ont contractée à la suite d'un déplacement et 28 ignorent où ils l'ont contractée. En tout, 86 de ces travailleurs de la santé sont rétablis.

Ces renseignements ont été enregistrés la même semaine où la province a annoncé que les restrictions allaient être renforcées dans la région métropolitaine de Winnipeg en raison d'une hausse du nombre de cas. Les restrictions de code orange, annoncé le 25 septembre, sont entrées en vigueur trois jours plus tard.

Selon les données de surveillance, au cours de la semaine du 20 au 26 septembre, 295 nouveaux cas de COVID-19 ont été enregistrés dans la province. Environ 236 de ces cas (80 %) avaient été signalés par l'Office régional de la santé de Winnipeg. Il s'agit de près du double du nombre de nouveaux cas de COVID-19 signalés au cours de la semaine précédente, où 156 cas avaient été enregistrés.

La province a aussi indiqué que l'autorité de santé régionale Southern Health — Santé Sud avait enregistré 8 % des cas cette semaine, tandis que l'autorité de santé régionale Interlake-Eastern en a déclaré 7 %, et l'autorité de santé Prairie Mountain, 3 %.

Les données indiquent aussi que le volume de tests en laboratoire a également augmenté, pour s'établir en moyenne à 1 946 tests par jour. Le taux de positivité est quant à lui passé de 2 % la semaine passée à 2,2 %.

Selon ce qu'a indiqué la province, environ 50 % des cas annoncés du 20 au 26 septembre ont été contractés à la suite d'un contact étroit avec un cas connu, tandis que deux cas sont réputés être liés à un déplacement.

Le Manitoba a également enregistré sa quatorzième éclosion dans un établissement de soins de longue durée cette semaine.

<https://winnipeg.ctvnews.ca/a-dozen-more-manitoba-healthcare-workers-test-positive-for-covid-19-1.5133504>

Canada

Terre-Neuve-et-Labrador conseille aux passagers d'un vol d'Air Canada de s'isoler et de se soumettre à un test de dépistage de la COVID-19

Source : Global News

ID unique : [1007978582](https://www.globalnews.ca/story/atlantic/2020/09/30/atlantic-air-canada-covid-19-test-isolation-1.5133504)

ST. JOHN'S (T.-N.-L.) – La province de Terre-Neuve-et-Labrador conseille aux passagers d'un vol récent d'Air **Canada** en provenance de Toronto et à destination d'Halifax de s'isoler immédiatement et de se soumettre à un test de dépistage de la COVID-19.

Les autorités ont indiqué lundi que les passagers qui étaient à bord du vol AC604 le 30 septembre et assis dans les rangées 13 à 17 devraient s'isoler pendant 14 jours dès leur arrivée dans la province et appeler le 8-1-1 afin de prendre rendez-vous pour subir un test de dépistage.

L'Agence de santé publique recommande tout de même aux autres passagers de subir un test de dépistage, par excès de prudence, et ce, même si leur risque d'infection à la COVID-19 est faible.

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

Les autorités indiquent que l'on a déjà communiqué avec les passagers d'un autre vol d'Air **Canada**, le vol 8876 de Halifax à Deer Lake (T.-N.-L.) du 30 septembre, à qui l'on a demandé de s'isoler. L'Agence de santé publique recommande aux autres passagers à bord de ce vol de surveiller l'apparition de symptômes et d'appeler le 8-1-1 afin de prendre rendez-vous pour subir un test de dépistage de la COVID, même si leur risque d'infection est faible.

La province a signalé deux nouveaux cas de COVID-19 au cours de la fin de semaine et un décès, celui d'un homme âgé de 60 à 69 ans en provenance d'Afrique centrale, pendant qu'il s'isolait. Ce rapport de la Presse canadienne a été publié pour la première fois le 5 octobre 2020. <https://globalnews.ca/news/7378551/n-l-covid-19-ac-flight/>

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

États-Unis

Selon les directives mises à jour des CDC, le coronavirus peut se propager à l'intérieur

Source : NEWS 1130

ID : 1007980356

NEW YORK — L'agence de santé publique principale des États-Unis a indiqué lundi que le coronavirus pouvait se propager sur une distance de plus de six pieds dans les airs, particulièrement dans les espaces mal aérés et clos. Des représentants de l'agence ont toutefois maintenu que ce genre de propagation est rare et que les lignes directrices sur la distanciation physique demeurent pertinentes.

Plusieurs experts ont toutefois relevé des défauts dans la directive émise par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Ils affirment que le virus peut se propager plus facilement que ce que les CDC semblent indiquer et avancent que les membres du public devraient porter le masque même s'ils participent à des rassemblements extérieurs pendant une période prolongée et qu'ils se trouvent à plus de six pieds les uns des autres.

Le virus « circule dans l'air et il n'y a pas de distinction claire. Vous n'êtes pas en sécurité quand vous vous trouvez à plus de six pieds. Vous ne pouvez pas retirer votre masque quand vous vous trouvez à une distance de six pieds », indique le Dr Donald Milton, de l'École de santé publique de l'Université du Maryland.

Les CDC affirment depuis plusieurs mois que le virus se propage principalement par de fines gouttelettes en suspension de l'air que libère une personne infectée quand elle tousse ou éternue. La plupart des directives des CDC sur la distanciation physique reposent sur l'idée selon laquelle une zone de six pieds constitue un tampon sécuritaire entre deux personnes qui ne portent pas le masque.

En entrevue, des représentants des CDC ont également reconnu que l'on recense de plus en plus de données probantes selon lesquelles le virus peut parfois se propager sur des particules encore plus petites appelées aérosols, qui se propagent dans une zone plus grande.

Dans la mise à jour affichée dans son site Web, l'agence reconnaît de nouveau les recherches récentes, qui indiquent que des personnes ont été infectées à la COVID-19 par d'autres personnes qui se trouvaient à plus de six pieds d'elles ou peu de temps après qu'une personne infectée ait quitté un lieu. Selon les représentants des CDC, il s'agit de « circonstances rares et limitées ».

Dans ce genre de cas, la propagation a eu lieu dans des espaces mal aérés et clos, où les gens pratiquaient des activités qui les amenaient à respirer bruyamment, comme le chant ou l'exercice, selon ce qu'indiquent les représentants des CDC.

Pour se protéger, les gens doivent rester à six pieds des autres, porter un masque, se laver les mains, nettoyer les surfaces touchées et rester à la maison quand ils sont malades.

Le mois dernier, les CDC ont suscité la controverse entre les experts, quand ils ont affiché en douce une mise à jour qui semblait sous-entendre que l'agence avait changé de position. Quelques jours plus tard, elle avait été de nouveau retirée.

Ce billet éphémère indiquait que le virus pouvait demeurer en suspension dans l'air et dériver sur une distance de plus de six pieds. Les représentants insistaient aussi sur l'importance de la ventilation à l'intérieur. On ajoutait également le chant et la respiration aux façons dont le virus pouvait se transmettre par voie aérienne.

Des représentants fédéraux de la santé ont plus tard indiqué que ce billet était erroné et qu'il avait été publié avant d'avoir été entièrement examiné et approuvé. Ils ont signalé qu'il n'y avait aucun changement important dans la position de l'agence, mais qu'ils peaufineraient un billet afin de clarifier ce que soulevaient les CDC. Voilà ce qui a été affiché lundi.

Un petit groupe de chercheurs, y compris le Dr Milton, a publié lundi une lettre dans la revue Science, dans laquelle ils en appelaient à des directives de santé publique plus claires sur la façon dont le coronavirus se propage dans l'air.

Selon ces chercheurs, les responsables de la santé devaient utiliser un langage plus clair lorsqu'ils parlent de la taille des particules et des gouttelettes en suspension dans l'air et expliquer plus simplement le rôle que les virus que l'on trouve dans les petits aérosols peuvent jouer dans l'infection des gens.

Le port du masque et un bon système de ventilation sont cruciaux à l'intérieur. Ils peuvent également s'avérer importants à l'extérieur, indique Linsey Marr, de Virginia Tech.

<https://www.citynews1130.com/2020/10/05/cdc-says-coronavirus-can-spread-indoors-in-updated-guidance/>

États-Unis

Mise à jour sur le coronavirus (COVID-19) : Résumé quotidien du 5 octobre 2020

Source : FDA

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

- La FDA a octroyé un nouveau contrat de recherche à l'École de médecine de l'Université Stanford afin que celle-ci mène une analyse approfondie d'échantillons de tissus pour en savoir plus sur la façon dont le SARS-CoV-2 (le virus qui cause la COVID-19) se fait sentir sur différents systèmes du corps et cerner des corrélations immunitaires. Ce projet de science réglementaire pourrait contribuer à éclairer l'élaboration et l'évaluation des contre-mesures médicales pour la COVID-19.
- Mises à jour sur les tests de dépistage :
 - En date d'aujourd'hui, 270 tests de dépistage sont autorisés par la FDA en vertu d'autorisations d'utilisation d'urgence (AUA); parmi ceux-ci, notons 231 tests moléculaires, 52 tests de détection d'anticorps et cinq tests antigéniques.

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-daily-roundup-october-5-2020>

États-Unis

Modes de propagation de la COVID-19

Source : CDC des États-Unis.

ID : 1007980167

On croit que la COVID-19 se propage principalement par un contact étroit entre personnes, y compris entre des personnes qui se trouvent à proximité d'une de l'autre (à moins de six pieds). Les personnes infectées qui ne manifestent aucun symptôme peuvent elles aussi transmettre le virus à d'autres. Nous en apprenons encore sur la façon dont le virus se propage et sur la gravité de l'affection que celui-ci cause.

La COVID-19 se transmet facilement de personne à personne.

Tous les virus ne se transmettent pas de personne à personne avec la même facilité. Le virus qui cause la COVID-19 semble se propager plus efficacement que celui de l'influenza, mais moins efficacement que la rougeole, l'un des virus les plus contagieux que l'on connaisse chez l'humain.

La COVID-19 se propage le plus couramment pendant un contact étroit.

Les personnes qui se trouvent à proximité (moins de six pieds) d'une personne atteinte de la COVID-19 ou qui ont un contact direct avec cette personne sont les plus susceptibles d'être infectées.

Quand les personnes atteintes de la COVID-19 toussent, éternuent, chantent, parlent ou respirent, elles produisent des gouttelettes respiratoires. La taille de ces gouttelettes peut varier, allant de grosses gouttelettes (dont certaines sont visibles) à de plus petites gouttelettes. Les petites gouttelettes peuvent également former des particules lorsqu'elles sèchent très rapidement dans le courant d'air.

Les infections sont principalement causées par l'exposition à des gouttelettes respiratoires quand une personne est en contact étroit avec une personne infectée à la COVID-19.

Les gouttelettes respiratoires causent une infection quand elles sont inhalées ou déposées sur des muqueuses, comme celles qui doublent l'intérieur du nez et de la bouche.

Au fur et à mesure que les gouttelettes respiratoires s'éloignent de la personne atteinte de la COVID-19, leur concentration baisse. Les grosses gouttelettes tombent en raison de la gravité. Les petites gouttelettes et les particules se séparent dans l'air.

Au fil du temps, la quantité de virus contagieux que l'on trouve dans les gouttelettes respiratoires diminue aussi.

La COVID-19 peut parfois se propager par voie aérienne.

Certaines infections peuvent se propager par une exposition au virus présent dans les petites gouttelettes et les particules qui peuvent rester en suspension dans l'air pendant quelques minutes, voire des heures. Ces virus peuvent infecter des personnes qui se trouvent à plus de six pieds de la personne infectée ou une fois que celle-ci a quitté la pièce.

On appelle ce genre de propagation la transmission par voie aérienne. Il s'agit d'un mode de propagation important pour des infections comme la tuberculose, la rougeole et la varicelle.

Selon des données probantes, dans certaines conditions, des personnes atteintes de la COVID-19 semblent avoir infecté d'autres personnes qui se trouvaient à plus de six pieds d'elles. Ces transmissions ont eu lieu dans des espaces clos insuffisamment aérés. Parfois, la personne infectée respirait bruyamment, par exemple, en chantant ou en faisant de l'exercice.

Dans ce genre de situation, les scientifiques croient que la quantité de petites gouttelettes et de particules infectieuses produite par la personne atteinte de la COVID-19 est devenue suffisamment concentrée pour transmettre le virus à d'autres personnes. Les personnes qui ont été infectées se trouvaient dans la même pièce pendant ce temps ou s'y trouvaient peu de temps après le départ de la personne atteinte de la COVID-19.

Selon les données disponibles, le virus qui cause la COVID-19 se propage beaucoup plus fréquemment par un contact étroit avec une personne atteinte de la COVID-19 que par voie aérienne. [1]

La

COVID-19 se propage moins fréquemment par un contact avec une surface contaminée

Les gouttelettes respiratoires peuvent aussi atterrir sur des surfaces et sur des objets. Il est possible qu'une personne contracte la COVID-19 en touchant une surface ou un objet sur lequel se trouve le virus et en portant ensuite sa main à sa bouche, à son nez ou à ses yeux.

La propagation après avoir touché des surfaces n'est pas considérée comme un mode de propagation courant de la COVID-19.

La COVID-19 se transmet rarement d'une personne à un animal.

Il semble que le virus qui cause la COVID-19 peut se propager d'une personne à un animal dans certaines situations. Les CDC sont au courant qu'un faible nombre d'infections au virus qui cause la COVID-19 a été signalé chez des animaux (y compris des chats et des chiens) à l'échelle mondiale. Ces infections auraient principalement été causées par un contact étroit avec une personne infectée à la COVID-19. Apprenez ce que vous devez faire si vous avez des animaux de compagnie.

À l'heure actuelle, le risque de la propagation de la COVID-19 de l'animal à l'humain est considéré comme faible. Apprenez-en plus sur la COVID-19 et les animaux de compagnies et autres animaux.

Protégez-vous et protégez les autres

La meilleure façon de prévenir la maladie est d'éviter toute exposition à ce virus. Voici ce que vous pouvez faire pour freiner la propagation.

Gardez une distance d'au moins à six pieds entre vous et les autres, dans la mesure du possible. Cette mesure est très importante pour prévenir la propagation de la COVID-19.

Couvrez votre bouche et votre nez lorsque vous êtes en présence d'autres personnes. Vous contribuez ainsi à réduire le risque de transmission par contact étroit et par voie aérienne.

Lavez-vous souvent les mains avec du savon et de l'eau. Si vous n'avez pas accès à du savon et à de l'eau, utilisez un désinfectant pour les mains dont la concentration en alcool est d'au moins 60 %.

Évitez les espaces intérieurs bondés et assurez-vous que les espaces intérieurs sont adéquatement aérés en y faisant entrer de l'air extérieur le plus possible. En général, le risque d'exposition à des gouttelettes respiratoires infectieuses est réduit quand on se trouve à l'extérieur ou dans des pièces bien aérées.

Restez à la maison et isolez-vous des autres si vous êtes malades.

Nettoyez et désinfectez régulièrement les surfaces fréquemment touchées.

Les pandémies peuvent représenter une source de stress, particulièrement si vous gardez vos distances des autres. Il est important, pendant cette période, de maintenir des liens sociaux et de prendre soin de votre santé mentale.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>

États-Unis

Le maire de New York propose de fermer les écoles et les entreprises dans neuf régions où les taux de positivité des tests à la COVID-19 sont élevés

ID : 1007977728

Source : CNN

(CNN) Le maire de New York, Bill de Blasio, a proposé dimanche de fermer temporairement toutes les écoles et les entreprises non essentielles dans neuf zones de code ZIP où les taux de positivité des tests de dépistage de la COVID-19 se sont avérés supérieurs à 3 % pendant au moins sept jours consécutifs. « Il s'agira d'une situation difficile pour ceux qui en ont déjà fait beaucoup dans la lutte contre cette crise », a indiqué le maire lors d'une conférence de presse dimanche, en présentant le plan comme un

effort de reporter la réouverture dans neuf quartiers de Brooklyn et de Queens.

« Nous sommes toutefois dans l'obligation de prendre ces mesures pour contrer la propagation du coronavirus dans ces collectivités et au-delà », a-t-il indiqué. « Ces mesures sont nécessaires pour le bien de la ville de New York dans son ensemble ».

Le plan proposé, que l'État doit approuver, comprend la fermeture de toutes les entreprises non essentielles, des écoles privées et publiques, et des garderies à compter de mercredi, a indiqué le maire de Blasio. Les restaurants dans les zones touchées devront fermer leurs salles à manger intérieures et leurs terrasses, mais ils pourront continuer d'offrir un service de commandes à emporter. Les entreprises et les écoles pourront rouvrir deux semaines plus tard, si les zones de code ZIP affichent un taux de positivité des tests inférieur à 3 % pendant sept jours consécutifs. Dans le cas contraire, elles demeureront fermées pendant au moins quatre semaines.

La ville de New York a été l'une des premières à faire face à la crise aux États-Unis, confrontée à une éclosion importante de COVID-19 quand le coronavirus a commencé à se propager à l'échelle du pays, plus tôt cette année. En mars, la ville était l'épicentre de l'éclosion de coronavirus aux États-Unis, mais a réussi depuis, avec l'aide de l'État, à contenir la propagation du virus.

« Il est devenu évident qu'un certain nombre de quartiers affichent encore un taux élevé de positivité au coronavirus. Il faut donc prendre les mesures les plus fermes que nous avons prises depuis des mois », a déclaré le maire de Blasio.

Les quartiers et les zones de code ZIP qui seront touchés par la proposition du maire comprennent les suivants :

Edgemere/Far Rockaway, code ZIP 11691

- Borough Park, code ZIP 11219
- Gravesend/Homecrest, code ZIP 11223
- Midwood, code ZIP 11230
- Bensonhurst/Mapleton, code ZIP 11204
- Flatlands/Midwood, code ZIP 11210
- Gerritsen Beach/Homecrest/Sheepshead Bay, code ZIP 11229
- Kew Gardens, code ZIP 11415
- Kew Gardens Hills/Pomonok, code ZIP 11367

En outre, le maire a indiqué que des restrictions moins rigoureuses seront mises en place dans onze zones de code ZIP constituant une source de préoccupation pour les responsables.

Ces zones comprennent des parties de Williamsburg, de Bedford-Stuyvesant, de Manhattan Beach, de Bergen Beach, de Crown Heights, de Rego Park, de Fresh Meadows, de Hillcrest et de Jamaica Estates. Dans ces zones, les salles à manger, les gymnases et les piscines seront fermés si le bureau du gouverneur Andrew Cuomo approuve le plan.

Samedi, les représentants de la santé ont exhorté tous les New-Yorkais à prendre des mesures de précaution, comme porter un masque, se laver les mains, pratiquer la distanciation physique et rester à la maison s'ils sont malades. On a également demandé aux résidents d'éviter les grands rassemblements et de garder une distance de 12 pieds s'ils chantent pendant un service religieux.

Dimanche, le gouverneur Cuomo a de nouveau mis en évidence 20 régions qui constituent des points chauds à l'échelle de l'État (dont bon nombre sont visées par la proposition du maire) qui, selon ce qu'il rapporte, représentaient 21 % des cas positifs de l'État samedi, bien qu'elles ne représentent que 7 % de la population de l'État. Hormis ces 20 zones de code ZIP, le taux de positivité moyen dans l'État était inférieur à 1 %, selon ce qu'indiquait le bureau du gouverneur.

Ces 20 régions feront l'objet d'une « application de la loi ciblée » par le personnel de l'État à compter de lundi, a indiqué M. Cuomo. Le gouverneur a également exhorté les gouvernements locaux à redoubler d'efforts pour mettre en application les mesures de précaution liées à la COVID-19 et indiqué qu'il voulait voir une augmentation des tests de dépistage dans les écoles.

Sheena Jones et Eric Levenson de CNN ont contribué à ce rapport.

<https://www.cnn.com/2020/10/04/us/nyc-schools-businesses-covid-closures/index.html>

États-Unis

Des milliers de visons sont morts à la suite d'une éclosion de COVID-19 dans des fermes de l'Utah
ID : 1007977582

Source : bigrapidsnews

Au cours des dix derniers jours, le coronavirus a tué des milliers de visons dans des fermes d'élevage d'animaux à fourrure en Utah, ce qui a contraint neuf sites dans trois comtés à se mettre en quarantaine. Le vétérinaire de l'État indique toutefois que l'éclosion ne poserait pas de risque pour les humains. Les infections à la COVID-19 ont probablement été transmises par des travailleurs des visonnières aux animaux. Jusqu'à présent, aucun signe ne porte à croire que les animaux transmettent la maladie aux humains, a indiqué le Dr Dean Taylor, vétérinaire de l'État, qui enquête sur l'éclosion.

« Nous croyons réellement que le risque de transmission du virus à l'humain est faible », a-t-il dit jeudi. De 7 000 à 8 000 visons sont morts depuis que la maladie a ravagé les fermes où ces animaux prisés pour leur fourrure magnifique sont élevés. À ce jour, aucun animal n'a été euthanasié dans l'État de Utah à cause de la maladie, et cela ne semble pas nécessaire, précise le Dr Taylor.

Selon l'organisme commercial d'élevage de vison Fur Commission USA, la fourrure des animaux infectés sera traitée afin d'éliminer toute trace du virus et servira ensuite à fabriquer des manteaux et d'autres vêtements. Chaque année, les États-Unis produisent plus de trois millions de fourrures de vison.

Le Dr Taylor a refusé de nommer les fermes ou les comtés où les visons touchés ont été trouvés. Chez le vison, comme chez l'humain, la COVID-19 est moins mortelle pour les jeunes.

« Elle se propage dans les colonies d'élevage et décime les visons plus âgés, tout en laissant les plus jeunes indemnes », dit le Dr Taylor. La plupart des visons décédés étaient âgés d'un à quatre ans.

En plus des visons, plus de 50 animaux aux États-Unis avaient obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 en date du 2 septembre, selon le département d'Agriculture des États-Unis. Des infections ont été recensées chez des chats et des chiens de compagnie, ainsi que chez des lions et des tigres d'un zoo de New York.

Les visons semblent particulièrement sensibles à la COVID-19, ce qui s'explique probablement par la présence d'une protéine dans leurs poumons, le récepteur ACE2, qui se lie au virus et semble prédire la vulnérabilité à l'infection, selon le centre de recherche de l'Université de Wageningen, aux Pays-Bas. On trouve également cette protéine dans les poumons des humains.

L'éclosion de COVID-19 dans l'État de Utah a pris de l'ampleur depuis la mi-août, quand la USDA a confirmé les premiers cas de la maladie chez les animaux.

On a découvert que les visons étaient sensibles au virus SARS-CoV-2, qui cause la COVID-19, en avril, à la suite d'éclosions dans plusieurs fermes des Pays-Bas, suivies d'autres au Danemark et en Espagne. Plus d'un million d'animaux ont été éliminés dans ces pays, selon l'agence Associated Press.

Plusieurs travailleurs des fermes d'élevage de vison dans l'État de Utah ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19, y compris certains qui ne manifestaient aucun symptôme.

« Certains éleveurs de visons ont plus d'un établissement, ce qui explique probablement comment la maladie s'est propagée », a expliqué le Dr Taylor.

Dans une étude menée aux Pays-Bas, on a conclu que le virus semblait passer de l'humain au vison et vice versa, mais les données recensées à ce jour demeurent limitées.

Après la confirmation des premiers cas aux États-Unis, des fermes d'élevage de vison dans l'État de Utah et dans le reste du pays ont mis en œuvre des mesures strictes afin de prévenir la propagation de la maladie. Parmi ces mesures, notons la restriction de l'accès, la vérification de l'état de santé des travailleurs et la désinfection des surfaces. La USDA et les Centers for Disease Control and Prevention ont émis des lignes directrices pour le vison d'élevage et les autres mustélidés, une famille d'animaux dont font partie la belette et le blaireau.

« De toute évidence, il est très inquiétant de voir une espèce aussi sensible et qui affiche un taux de mortalité aussi élevé », a indiqué le Dr Taylor.

L'éclosion a entraîné la mise en quarantaine du quart des trois douzaines des fermes d'élevage de vison de l'État de Utah et soulevé des inquiétudes à l'échelle de l'État, explique Clayton Beckstead, gestionnaire régional du bureau agricole de l'État de Utah et éleveur de visons de quatrième génération.

« Il ne fait aucun doute que nous sommes inquiets, mais je crois que nous prenons tous des mesures de sécurité qui sont vraiment extrêmes », indique M. Beckstead, dont la ferme a été épargnée.

L'État de Utah est l'un des principaux producteurs de vison. En tout, on compte 245 fermes d'élevage d'animaux à fourrure dans 22 États. Selon Fur Commission USA, il s'agit d'un secteur de l'industrie dont la valeur s'élève à 82,6 millions de dollars par année.

L'enquête sur l'écllosion d'un nouveau coronavirus chez une nouvelle espèce est une tâche difficile », dit le Dr Taylor.

« Nous apprenons aussi vite que nous le pouvons », dit-il. « Nous essayons de protéger ces animaux et cette industrie le plus vite possible ».

journaliste à Kaiser Health News.

Kaiser Health News (KHN) est un service national d'actualités sur les politiques de santé. Il s'agit d'un programme indépendant du point de vue éditorial de la Henry J. Kaiser Family Foundation, qui n'est pas affiliée à Kaiser Permanente.

<https://www.bigrapidsnews.com/news/article/Thousands-of-minks-Dead-in-COVID-outbreak-on-Utah-15621372.php>

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Mise à jour épidémiologique hebdomadaire sur la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19)

5 octobre 2020

Source : OMS

Diagnostics : L'OMS a présenté le [premier](#) et le [deuxième](#) protocole Emergency Use Listing (uniquement disponible en anglais) pour un test de diagnostic rapide de qualité basé sur l'antigène. Les [lignes directrices publiées par l'OMS](#) mettent en évidence la valeur de ces tests dans des régions où la transmission communautaire est répandue et où les tests de diagnostic par amplification des acides nucléiques ne sont pas disponibles ou que les résultats des tests sont considérablement retardés. Le 28 septembre, le Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT) a annoncé 120 millions de [tests antigéniques de diagnostic rapide de la COVID-19 aux pays à revenu faible ou intermédiaire](#).

- **Diagnostics** : L'OMS a publié la version définitive des [Target Product Profiles \(TPP\)](#) (disponible en anglais seulement) pour les diagnostics prioritaires. Ces TPP décrivent les profils souhaités et minimaux pour quatre tests : (i) les tests au point de service pour les cas soupçonnés et pour leurs proches, dans les cas où les tests de référence ne sont pas disponibles ou que les délais d'exécution donnent lieu à une inutilité clinique; (ii) les tests de diagnostic ou de confirmation d'une infection aiguë ou subaiguë; (iii) les tests au point de service pour les infections antérieures; et (iv) les tests pour une infection antérieure pour répondre aux besoins en volume modéré à élevé.
- **COVAX** : Le Directeur général, dans son [point de presse](#) régulier du 2 octobre, a indiqué que 168 pays avaient adhéré au COVAX. Par l'intermédiaire de l'Accélérateur ACT et du mécanisme COVAX, tous les vaccins dont l'innocuité et l'efficacité auront été démontrées seront équitablement déployés dans le monde.
- **Journée internationale des personnes âgées** : À l'occasion de la Journée internationale des personnes âgées, le 1^{er} octobre, l'OMS a lancé un [ensemble d'outils](#), dont une application numérique, pour aider les professionnels de la santé et de l'action sociale à améliorer la qualité des soins qu'ils dispensent aux personnes âgées. Un [portail de données](#) (disponible uniquement en anglais) a également été lancé afin de compiler des données sur des indicateurs globaux pour surveiller la santé et le bien-être des personnes âgées de 60 ans et plus. À l'échelle mondiale, les personnes âgées et celles qui reçoivent des soins de longue durée représentent la majorité des cas graves de COVID-19 et des décès attribuables à la maladie.
- **Santé mentale** : Des milliards de personnes dans le monde ont été touchées par la pandémie de COVID-19, qui a aussi des conséquences sur la santé mentale. Le 10 octobre, à l'occasion de la Journée mondiale de la santé mentale, l'OMS organise un [grand rendez-vous de la santé mentale](#). Cet événement de sensibilisation mettra l'accent sur la nécessité urgente de remédier au sous-investissement dans la santé mentale au niveau mondial, un problème dont on a cruellement ressenti les effets pendant la pandémie de COVID-19.

- **Préparation** : Lors de l'Assemblée générale des Nations Unies, un événement de haut niveau sur la [préparation durable pour la sécurité et la résilience en matière de santé afin d'adopter une approche pour l'ensemble de la société et de briser le cycle, « de panique et d'oubli »](#) a été coorganisée par la Finlande, la France, l'Indonésie, et l'OMS. La barre du million de décès dus à la pandémie de COVID-19 a malheureusement été franchie, et on pense que beaucoup d'autres gens sont morts à cause des perturbations sans précédent des systèmes de santé. Lors de cet événement, on a souligné qu'il fallait se préparer de façon durable à la gestion des urgences de santé, car la COVID-19 ne sera pas la dernière situation d'urgence sanitaire que connaîtra le monde.

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

Prévention et contrôle des infections et préparation à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé — cinquième mise à jour

Source : ECDC

Rapport technique 6 octobre 2020

Le présent document présente des directives à l'intention des établissements de soins de santé et aux fournisseurs de soins santé de l'Union européenne/Espace économique européen (UE/EEE) et du Royaume-Uni (R.-U.) sur les mesures de préparation, ainsi que sur les mesures de prévention et de contrôle des infections (PCI) pour la gestion des cas possibles et confirmés de COVID-19 dans les établissements de soins de santé, y compris les établissements de soins de longue durée (ESLD). Ce document porte aussi sur la gestion des spécimens de diagnostic clinique aux laboratoires de l'UE/EEE. Il s'agit de la cinquième mise à jour de la directive émise par l'ECDC sur la prévention et le contrôle des infections, et la préparation à la COVID-19 dans les établissements de soins de santé, qui remplace le document daté du 4 juillet 2020.

Résumé

Messages clés

Les établissements de soins de santé, y compris les établissements de soins de longue durée (ESLD) doivent mettre en application plusieurs types de mesures afin de réduire le risque de transmission de la COVID-19.

Dans tous les établissements de soins santé, la prévention et le contrôle des infections (PIC) reposent principalement sur des mesures administratives, sur la distanciation physique, sur le lavage des mains et sur l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle (EPI).

Les mesures administratives réduisent les possibilités de transmission dans les établissements de soins de santé et le risque d'éclosions.

Dans les régions où la COVID-19 se transmet dans la communauté, les membres du personnel, les visiteurs et les patients doivent pratiquer la distanciation physique, respecter les principes de l'hygiène des mains et de l'hygiène respiratoire, et porter un masque quand il est impossible de pratiquer la distanciation physique.

Les établissements de soins de santé doivent garantir qu'ils disposent d'EPI et que celui-ci est utilisé de façon appropriée afin de protéger les préposés aux soins des patients et des résidents.

Dans les régions où la COVID-19 se transmet dans la communauté, les travailleurs de la santé de première ligne doivent porter un masque médical quand ils prodiguent des soins aux patients ou aux résidents, et ce, pendant toutes les activités habituelles.

Il est recommandé de porter des gants et des blouses quand il y a un risque d'exposition à des fluides corporels et dans les milieux où la contamination est réputée être élevée, notamment pendant les interventions générant des aérosols. Quand on porte des gants et des blouses, il faut toujours les changer après chaque contact avec un patient.

Les personnes ayant contracté la COVID-19 peuvent sortir de l'isolement après avoir pris en considération le temps écoulé depuis le début des symptômes, la gravité de la maladie, les faiblesses possibles du système immunitaire et les résultats du test de dépistage du SARS-CoV-2.

Étant donné que la COVID-19 a des conséquences importantes dans les ESLD, il est essentiel de mettre en place des mesures nationales en priorité dans ces établissements afin de protéger les résidents et de prévenir les éclosions.

Dans l'Union européenne/Espace économique européen (UE/EEE), les ESDL relèvent souvent de diverses autorités nationales et infranationales compétences, habituellement en fonction du type d'établissement. Par conséquent, la présente directive recommande des activités pour l'autorité de santé publique compétente la plus centrale. Cette autorité doit fournir des directives et un soutien à tous les établissements qui offrent des soins de longue durée afin de prévenir, de cerner et de gérer les éclosions de COVID-19.

Les autorités de santé compétentes doivent aussi, en collaboration avec les ESDL, assurer la continuité des soins, ce qui comprend de maintenir l'accès aux soins de santé en milieu hospitalier et de répondre aux besoins qui assurent le bien-être physique et mental.

Les ESDL doivent désigner des personnes ou des équipes responsables en vue de garantir la reddition de comptes, ainsi que la disponibilité des ressources et des procédures requises pour gérer les éléments suivants : (1) Les mesures de CPI, la fourniture d'EPI et la formation; (2) la surveillance de la COVID-19; (3) le dépistage du SARS-CoV-2 afin de cerner et de contrôler rapidement les éclosions; (4) l'accès aux soins médicaux et psychosociaux; et (5) les visiteurs.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings>

https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Infection-prevention-and-control-in-healthcare-settings-COVID-19_5th_update.pdf

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

Royaume-Uni

Un échec de dépistage du nouveau virus donne lieu à la découverte de 16 000 nouveaux cas au Royaume-Uni.

Source : infosurhoy.com

ID : 1007980222

Le gouvernement britannique a déclenché une enquête afin de comprendre comment près de 16 000 infections au nouveau coronavirus n'ont pas été déclarées à la suite d'un problème technique. Cet échec a pu donner un nouvel élan à une éclosion qui pourrait rapidement devenir hors de contrôle, selon les critiques.

Lundi, le secrétaire de la Santé, Matt Hancock, a indiqué aux législateurs que le problème était lié au « transfert automatisé des dossiers ». De l'avis général, le problème serait lié aux limites de taille des fichiers des tableurs Excel utilisés dans le programme de dépistage et de recherche de contacts.

« Il s'agit d'un problème grave qui fait l'objet d'une enquête complète », a dit M. Hancock. « Il est maintenant crucial que nous travaillions ensemble afin de le régler et de veiller à ce que le problème ne se reproduise plus ».

M. Hancock a comparu devant la Chambre des communes à la suite de l'annonce faite au cours de la fin de semaine, selon laquelle 15 841 cas d'infection au virus n'avaient pas été comptabilisés entre le 25 septembre et le 2 octobre. Même si les personnes qui ont obtenu un résultat positif ont été informées de leur état, leurs contacts (possiblement 50 000 personnes environ), eux, n'ont pas été retrouvés. Cet échec aurait peut-être permis au virus de poursuivre sur sa lancée.

Il a rapporté que l'on avait de nouveau communiqué avec 51 % des personnes ayant obtenu un résultat positif et joint immédiatement les personnes avec qui elles étaient entrées en contact par la suite.

En dépit de l'ajout de tant de cas, M. Hancock a indiqué que le médecin-hygiéniste en chef du gouvernement « n'avait pas sensiblement changé » son opinion sur la trajectoire de l'épidémie au R.-U., qui, à l'instar d'autres pays européens, est aux prises avec une deuxième hausse d'infections au virus.

Jonathan Ashworth, l'homologue de M. Hancock du Parti travailliste, principal parti de l'opposition, a déclaré que cet échec représentait à quel point le plan du gouvernement conservateur pour lutter contre la pandémie symbolisait une imposture et que ce plus récent problème touchant le régime de dépistage du pays « mettait des vies en péril ».

Des législateurs de tous les partis ont critiqué le gouvernement du premier ministre Boris Johnson pour le manque de capacité de dépistage, laquelle a signifié que certaines personnes ont dû parcourir des centaines de miles afin de se soumettre à un test de dépistage, et les retards dans la communication des résultats de test.

Un fichier Excel ayant dépassé la limite permise pendant un processus automatisé serait à l'origine de ce plus récent problème. Le logiciel, un incontournable pour les consommateurs, comporte certaines limites quand il est utilisé pour des projets de plus grande envergure, selon les experts.

« S'il s'agit d'Excel, comme on le rapporte, ce logiciel très convenable de manière générale a des limites bien connues en ce qui concerne les données massives », a expliqué Jon Crowcroft, professeur en communications à l'Université de Cambridge.

Un échec de dépistage du nouveau virus donne lieu à la découverte de 16 000 nouveaux cas au Royaume-Uni

Pour que le programme de dépistage et de recherche de contacts fonctionne bien, il faut informer les contacts le plus tôt possible, dans les heures suivant le diagnostic, de préférence. Par conséquent, le défaut des autorités d'informer des personnes qui ont possiblement été exposées au virus pourrait donner lieu à beaucoup plus de cas positifs et contraindre par la suite le gouvernement à imposer d'autres restrictions non désirées sur le quotidien.

M. Ashworth a blâmé le gouvernement pour son dernier échec « à l'un des moments les plus cruciaux de la pandémie ». Il ajoute qu'il est possible que les contacts de ces nouveaux cas non déclarés « ignoraient complètement avoir été exposés à la COVID-19 et qu'ils ont peut-être transmis ce virus mortel, alors que les hospitalisations sont en hausse et que nous sommes en pleine deuxième vague ».

« Ce n'est pas seulement un désastre, c'est tellement pire que cela, et je n'éprouve aucun plaisir à le dire, mais des vies sont en péril », ajoute M. Ashworth.

Un échec de dépistage du nouveau virus donne lieu à la découverte de 16 000 nouveaux cas au Royaume-Uni

Les cas non déclarés ont été ajoutés au total quotidien de nouvelles infections du gouvernement au cours de la fin de semaine, faisant bondir le nombre de cas à 12 872 samedi et à 22 961 dimanche. En comparaison, le pays avait enregistré 7 000 cas par jour en moyenne au cours des quatre journées précédentes. Le nombre de nouveaux cas signalé lundi a baissé à 12 954, mais il a été impossible de dégager une tendance, à cause des rajustements liés aux cas manquants.

Selon Paul Hunter, professeur de médecine à l'Université d'East Anglia, ce manquement est « très décevant ».

« Pour que le système de dépistage et de recherche de contacts ait un effet tangible sur la réduction de la transmission de la COVID-19, il est essentiel que les résultats des tests soient rapidement communiqués, » a-t-il dit.

À l'instar d'autres pays d'Europe, le R.-U. a vu le nombre d'infections au coronavirus augmenter au cours des dernières semaines, ce qui a poussé le gouvernement à annoncer une série de restrictions d'envergure nationale et locale, afin de lutter contre les infections. Les nouvelles règles limitent la taille des rassemblements et imposent un couvre-feu dans les brasseries.

Le R.-U. enregistre environ 42 400 décès, soit le plus lourd bilan de l'Europe à ce chapitre. Les conseillers scientifiques en chef du gouvernement ont averti, il y a deux semaines, que le pays pourrait enregistrer 50 000 nouveaux cas par jour d'ici la mi-octobre, ce qui pourrait mener à des centaines de décès par jour un mois plus tard, si d'autres restrictions ne sont pas imposées.

La confusion qui entoure le nombre quotidien de tests effectués ne fait qu'ajouter à l'incertitude entourant l'efficacité des restrictions pour éradiquer le virus.

<https://infosurhoy.com/news-summary/uk-hit-by-new-virus-test-failing-finds-16000-extra-cases/>

Russie

Le taux de mortalité lié à la COVID-19 est plus élevé que celui de la grippe, si l'on compte seulement les personnes qui demandent des soins médicaux

Source : Interfax : Russia & CIS General Newswire

ID : 1007980276

PETROPAVLOVSK-KAMCHATSKY. Le 5 octobre (Interfax) — **Le taux de mortalité pour le nouveau coronavirus s'établit à 8 % environ, ce qui est plus élevé que celui de la grippe, a indiqué Alexander Gintsburg, directeur de l'Institut national de recherche en épidémiologie et en microbiologie Gamaleya et académicien de l'Académie des sciences de Russie.**

« Si on le compare au virus de la grippe, lorsqu'on compte, en plus du nombre total de cas, le nombre de personnes qui accèdent à des soins médicaux, le taux de mortalité ici s'élève à environ 8 %, ce qui est plus élevé que celui de la grippe », a indiqué M. Gintsburg dans une entrevue à l'émission Pozner sur la première chaîne, lundi.

L'Organisation mondiale de la Santé estime que le taux de mortalité pour la grippe saisonnière correspond à moins de 1 % du nombre total de cas.

Vénézuéla

Le Vénézuéla reçoit une cargaison du vaccin russe Sputnik V

Source : yahoo.com

ID : 1007980247

ARACAS (Reuters) — **Le Vénézuéla a reçu une cargaison du vaccin russe Sputnik Y contre le coronavirus**, a indiqué Delcy Rodriguez, la vice-présidente du pays, vendredi.

Cette expédition, la première en Amérique latine, permettra au Vénézuéla de participer aux essais cliniques sur le vaccin, a indiqué M^{me} Rodriguez dans une déclaration télévisée au principal aéroport du pays.

« Cette collaboration sur le vaccin Sputnik V est le fruit d'échanges continus, de réunions et de la coopération étroite entre le Vénézuéla et la Russie », a indiqué M^{me} Rodriguez.

Elle n'a pas indiqué combien de vaccins avaient été livrés. Le ministre de la Santé, Carlos Alvarado, a indiqué que 2 000 personnes participeront à un essai qui commencera ce mois-ci dans la capitale de Caracas.

Le président Nicolas Maduro a proposé en septembre d'administrer des vaccins russes contre le coronavirus à près de 15 000 candidats aux élections législatives à venir afin que ceux-ci fassent campagne en toute sécurité.

Le Vénézuéla a renforcé ses liens diplomatiques avec la Russie, après la mise en place d'un programme de sanctions agressives par les États-Unis afin de chasser Maduro du pouvoir.

<https://news.yahoo.com/venezuela-says-receives-shipment-russian-165249822.html>

Honduras

Le Honduras confirme ses premiers cas de réinfection à la COVID-19

Source : Prensa-latina.cu

ID unique : 1007979246

Tegucigalpa, le 4 octobre (Prensa Latina) – Le Honduras enregistre aujourd'hui ses premiers cas de réinfection à la COVID-19, a confirmé le D^r Carlos Umaña, président de l'Association médicale de l'Institut hondurien de la sécurité sociale (IHSS) dans la ville de San Pedro Sula.

Le spécialiste a indiqué que trois patients manifestant des symptômes de la maladie, causée par le coronavirus SARS-CoV-2, ont été traités dans un centre de soins de cette ville et que l'on a pu confirmer que ces personnes avaient obtenu un résultat positif au test de PCR quatre ou cinq mois plus tôt.

À l'origine, ils présentaient des symptômes légers à modérés, ont reçu un traitement et ont par la suite obtenu un résultat négatif au test de dépistage. Tout récemment, toutefois, ils ont de nouveau obtenu un résultat positif et certains se trouvent même dans un état critique, selon les déclarations du D^r Umaña parues dans le journal Critería.

Le médecin a fait remarquer qu'il est très important d'être au fait de cette information, parce que le pays n'a aucune recherche solide sur laquelle s'appuyer et que les tests qu'il mène pour détecter l'agent pathogène sont de qualité inférieure à ceux recommandés par les experts.

On vise à attirer l'attention sur le fait que le virus est présent et qu'il est possible d'être infecté une deuxième fois, a affirmé le médecin.

Le D^r Umaña a suggéré à la population de se présenter à la Croix-Rouge ou à l'IHSS afin de déterminer la quantité d'anticorps qu'ils ont après avoir été infectés pour évaluer ces possibilités.

Nous croyons qu'il est possible d'être infecté une deuxième fois, ce qui signifierait que l'immunité collective ne fonctionne pas comme prévu, a-t-il dit.

Il a expliqué que nous pourrions dormir sur nos deux oreilles quand un vaccin aura été mis au point et, en toute franchise, il faudra deux ans avant de pouvoir vacciner la population hondurienne.

Le Honduras, qui compte 78 269 cas positifs et 2 386 décès depuis le mois de mars, demeure le troisième pays le plus touché par la pandémie de la région de l'Amérique centrale.

Dans la dernière partie du système national de gestion des risques, on fait état de 736 personnes hospitalisées et de 28 978 personnes rétablies à l'échelle du pays.

<https://www.prensa-latina.cu/index.php?o=rn&id=401194&SEO=honduras-confirma-primeros-casos-de-recontagio-de-covid-19>

OMS

Selon ce qu'affirme l'OMS, 10 % de la population mondiale a possiblement été infectée à la COVID-19

Source : urdupoint

ID unique : 1007977490

Environ 10 % de la population mondiale a possiblement déjà été infectée par le coronavirus, et la grande majorité des gens demeurent à risque, a indiqué le D^r Michael Ryan, Directeur exécutif du Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), lundi.

MOSCOU (UrduPoint News/Sputnik — 5 octobre 2020) Environ 10 % de la population mondiale a possiblement déjà été infectée par le coronavirus, et la grande majorité des gens demeurent à risque, a indiqué le D^r Michael Ryan, Directeur exécutif du Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), lundi.

« Nos meilleures estimations nous indiquent qu'environ 10 % de la population mondiale aurait déjà été infectée par le virus, et ce nombre varie selon le pays, il varie entre les régions urbaines et rurales et il varie selon les groupes. Toutefois, cela signifie que la grande majorité de la population demeure à risque. Nous savons que la pandémie continuera d'évoluer, mais nous savons aussi que nous avons les outils requis pour éliminer la transmission et pour sauver des vies maintenant, et que ces outils sont à notre disposition. L'avenir dépend des choix que nous faisons ensemble », a indiqué le D^r Ryan lors de la séance spéciale du Conseil exécutif de l'OMS.

<https://www.urdupoint.com/en/world/who-says-around-10-of-global-population-may-1048069.html>

Inde

Le nouveau test de dépistage de la COVID-19 sur papier créé par l'Inde pourrait « changer la donne »

Source : BBC

ID : 1007977038

Une équipe de scientifiques en Inde a conçu un test de dépistage du coronavirus sur papier peu dispendieux, qui pourrait donner des résultats similaires à ceux obtenus avec un test de grossesse. Soutik Biswas et Krutika Pathi de la BBC expliquent son fonctionnement.

Le test, qui porte le nom d'un détective fictif indien célèbre, se fonde sur une technologie d'édition génomique appelée Crispr. Selon les estimations des scientifiques, la trousse, qui porte le nom de Feluda, permettrait d'obtenir des résultats en moins d'une heure et coûte 500 roupies (environ 6,75 \$, ou 5,25 £).

Feluda sera fabriqué par Tata, un conglomérat indien de premier plan, et pourrait être le premier test de dépistage de la COVID-19 sur papier du monde à être offert sur le marché.

« Ce test est simple, précis, fiable, évolutif et peu dispendieux », indique le professeur K Vijay Raghavan, conseiller scientifique principal du gouvernement à la BBC.

Des chercheurs de l'Institut de génomique et de biologie intégrative (IGIB) du Commonwealth Scientific and Industrial Research Organisation, établi à Delhi, où Feluda a été conçu, ainsi que des laboratoires privés, ont fait l'essai du test sur des échantillons prélevés auprès de 2 000 patients, y compris certains qui avaient déjà obtenu un résultat positif au test de dépistage du coronavirus.

Ils ont conclu que le nouveau test avait une sensibilité de 96 % et une spécificité de 98 %. L'exactitude d'un test repose sur ces deux proportions. Un test très sensible détectera la maladie chez la quasi-totalité des personnes qui en sont atteintes, tandis qu'un test au niveau de spécificité élevée écartera adéquatement presque toutes les personnes qui ne sont pas atteintes de la maladie.

Le premier garantit que le test ne donne pas trop de faux négatifs, tandis que le deuxième garantit qu'il ne donne pas trop de faux positifs. L'organisme de réglementation des médicaments de l'Inde a approuvé le test aux fins d'usage commercial.

L'Inde, qui compte plus de six millions d'infections confirmées, affiche le deuxième nombre de cas le plus élevé de COVID-19 dans le monde. À ce jour, plus de 100 000 personnes au pays sont décédées des suites de la maladie.

Après un départ lent, l'Inde analyse maintenant un million d'échantillons par jour dans plus de 1 200 laboratoires à l'échelle du pays. Elle utilise deux tests.

image protégée par le droit d'auteur EPA

Le premier est le test de réaction en chaîne de la polymérase (l'épreuve d'écouvillonnage par PCR), le test de référence qui a fait ses preuves, et qui amplifie le matériel génétique du virus au moyen de produits chimiques en laboratoire. Le deuxième est le test antigénique rapide, qui fonctionne en détectant des fragments du virus dans un échantillon.

Le test de PCR est généralement fiable et coûte jusqu'à 2 400 roupies. Il affiche de faibles taux de faux positifs et de faux négatifs. Les tests antigéniques sont moins dispendieux. Ils détectent plus précisément les infections positives, mais génèrent plus de faux négatifs que le test de PCR.

L'expansion du dépistage en Inde ne s'est pas traduite par un accès plus facile à ce jour, selon le Dr Anant Bhan, chercheur en santé mondiale et en politiques en matière de santé.

« Il y a encore de longs délais d'attente et les trousseaux ne sont pas toujours disponibles. En outre, nous effectuons beaucoup de tests antigéniques rapides, qui ont des problèmes de faux négatifs », a indiqué le Dr Bhan à la BBC.

Il est d'avis que le test Feluda pourrait remplacer les tests antigéniques, parce qu'il pourrait être moins dispendieux en comparaison, et plus efficace.

« Le nouveau test a la même fiabilité que le test de PCR, est plus rapide et peut être mené dans de plus petits laboratoires, qui ne possèdent pas d'appareils sophistiqués », indique le Dr Anurag Agarwal, directeur de l'IGIB à la BBC.

La collecte d'échantillons pour le test Feluda ressemblera à celle utilisée pour le test de PCR : on insère un écouvillon nasal de quelques pouces dans le nez afin de vérifier la présence du coronavirus au fond du passage nasal. L'Inde ne permet pas encore l'utilisation des tests à partir d'échantillons de salive.

Dans le test de PCR traditionnel, l'échantillon est envoyé à un laboratoire agréé, où il doit suivre un certain nombre de « cycles » avant de pouvoir récupérer une quantité suffisante du virus.

Le nouveau test Feluda recourt à la technologie d'édition génomique Crispr (courte répétition palindromique groupée et régulièrement espacée), pour détecter le virus.

Selon les chercheurs, l'édition génomique fonctionne de façon semblable au traitement de texte : on place un curseur à l'endroit où il faut corriger une coquille et on remplace la lettre erronée par la bonne. La technique est si précise qu'elle peut supprimer et ajouter une seule lettre du génome. On utilise principalement l'édition génomique afin de prévenir les infections et de traiter des maladies comme la drépanocytose.

Quand la technologie Crispr est utilisée en tant qu'outil de diagnostic, comme c'est le cas pour le test Feluda, elle s'accroche à un ensemble de lettres d'un gène qui porte la signature du nouveau coronavirus, le met en évidence et donne une lecture sur un bout de papier.

Deux lignes bleues indiquent un résultat positif, tandis qu'une seule ligne bleue indique un résultat négatif.

« Le dépistage demeure une ressource limitée et nous devons faire tout ce que nous pouvons pour le rendre plus accessible. Le test Feluda représente donc un pas important dans la bonne direction », a indiqué le Dr Stephen Kissler, chercheur universitaire à la Harvard Medical School.

Les tests fondés sur la technologie Crispr font partie d'une « troisième vague de tests », après les tests de PCR et antigéniques, qui sont tous deux exigeants en temps et en ressources, selon le Dr Thomas Tsai, du Harvard Global Health Institute.

Aux États-Unis et au Royaume-Uni, plusieurs entreprises et laboratoires de recherche élaborent des tests semblables à base de bandes de papier, qui sont peu dispendieux et peuvent être fabriqués en série.

L'un des tests dont il a été le plus question est un test à base de bandes de papier conçu par Sherlock Bioscience, qui a obtenu une autorisation d'utilisation d'urgence de la Food and Drug Administration des États-Unis (FDA). Le test affirme pouvoir détecter les « empreintes génétiques uniques de pratiquement n'importe quelle séquence d'ADN ou d'ARN de n'importe quel organisme ou agent pathogène ». L'ADN et l'ARN sont des molécules parentes responsables d'entreposer l'ensemble des renseignements génétiques qui sous-tendent la vie.

« Le test idéal et ultime sera un test sur papier que l'on peut faire à la maison », a indiqué le Dr Tsai.

« Toutefois, la technologie ne vient pas sans certaines restrictions biologiques : nous ne pouvons pas nous attendre à ce que les gens extraient et amplifient l'ARN chez eux ».

C'est là que le test Feluda pourrait changer considérablement la donne dans notre façon de voir les tests diagnostiques fondés sur l'édition génomique.

Le Dr Debojyoti Chakraborty, scientifique moléculaire chez CSIR-IGBMR et responsable de l'équipe qui a conçu le test Feluda, a indiqué à la BBC que l'entreprise était en train d'élaborer un prototype de test qui permettrait « d'extraire et d'amplifier l'ARN au moyen d'un appareil de PCR à la maison ».

« Nous essayons de concevoir un test simple, abordable et réellement au point de service afin que le dépistage à grande échelle ne soit pas entravé par les machines et par la main-d'œuvre », a indiqué le Dr Chakraborty.

« L'Inde a l'occasion de montrer la valeur de ce test, parce que sa population est si grande et que le test arrive exactement au bon moment », indique le Dr Kissler. « Si l'efficacité de ces tests est démontrée, les répercussions pourraient se faire sentir dans le monde entier ».

Il sera crucial de mettre au point un vaccin pour se rétablir à la suite de la pandémie. Toutefois, selon le Dr Kissler, le dépistage fiable et accessible est aussi essentiel pour retrouver un certain « retour à la normale ».

« Dans le monde idéal que j'imagine, il sera aussi facile de subir un test que de se brosser les dents ou de se faire une rôtie », dit-il.

<https://www.bbc.com/news/world-asia-india-54338864>

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

États-Unis

Les décès attribuables à la COVID-19 aux États-Unis pourraient être sous-estimés de 36 %

Source : medicalxpress

ID : 1007977654

Plus de 200 000 personnes sont maintenant décédées de la COVID-19 aux États-Unis. Toutefois, le bilan de la pandémie aux États-Unis est probablement plus élevé, selon une nouvelle étude unique en son genre menée par des chercheurs de l'Université de Pennsylvanie, de l'Université de Boston et de la Robert Wood Johnson Foundation.

L'étude, disponible en prépublication sur medRxiv avant sa publication examinée par des pairs, estime le nombre de « décès excédentaires », soit ceux qui sont survenus des mois de février à septembre 2020 au-delà de ce à quoi l'on s'attend au cours d'une année normale. Pour chaque 100 décès excédentaires directement attribués à la COVID-19, on en compte 36 autres. Autrement dit, 26 % de tous les décès excédentaires n'étaient pas directement attribués à la COVID-19.

L'équipe de recherche, dont faisaient partie les démographes Samuel Preston et Irma Elo, de l'Université de Pennsylvanie, a recensé un plus grand nombre de ces décès dans les comtés où l'inégalité des revenus est plus marquée, qui comptent plus de résidents noirs non hispaniques, moins de propriétaires et une densité de population élevée, ce qui indique un profil de désavantage socioéconomique et de racisme structurel.

« Les décès excédentaires peuvent donner une mesure plus robuste des répercussions totales de la pandémie par rapport au dénombrement direct des décès de la COVID-19 », indique Andrew Stokes, l'auteur responsable de l'étude et professeur adjoint en santé mondiale à l'Université de Boston. « Les décès excédentaires comprennent les décès liés à la COVID-19 qui ont été attribués à d'autres causes, ainsi qu'aux conséquences indirectes de la pandémie sur la société ». Ces dernières pourraient comprendre la crainte de se rendre à l'hôpital pour un autre problème de santé ou tout autre problème causé par les répercussions économiques et sur la santé mentale aggravé par la COVID-19.

M. Stokes et ses collègues ont analysé des données sur la mortalité à l'échelle des comtés du National Center for Health Statistics pour 1 021 comtés qui avaient enregistré au moins 10 décès liés à la COVID-19 du 1^{er} février au 23 septembre. Dans le cadre d'études précédentes, on avait estimé les décès supplémentaires à l'échelle nationale et à celle des États, mais celle-ci est la première à se pencher sur la question à l'échelle des comtés, ce qui permet aux chercheurs d'examiner la variation des tendances liées aux décès excédentaires par population et par facteurs structurels.

Les chercheurs ont utilisé des données des Centers for Disease Control and Prevention de 2013 à 2018 afin d'estimer le nombre de décès que chaque comté aurait été censé enregistrer pendant cette période, n'eût été la pandémie de COVID-19 (étant donné que les taux de mortalité varient d'une année à l'autre). En tout, les plus de 1 000 comtés ont enregistré 249 167 décès excédentaires, ou ceux qui dépassaient le nombre prévu en fonction des tendances historiques. Pour 26 % de ces décès (65 481 certificats de décès), la COVID-19 n'était pas indiquée en tant que cause de décès directe, tandis qu'elle l'était pour les 183 686 autres. Autrement dit, le nombre de décès directement attribués à la COVID-19 devrait être gonflé de 36 % afin d'estimer le nombre total de décès attribuables à la COVID-19.

« Les comtés où le taux de mortalité lié à la COVID-19 est élevé ont également affiché des niveaux exceptionnellement élevés de mortalité liée à d'autres causes en 2020 », rapporte M. Preston, auteur principal de l'étude et professeur de sociologie à l'Université de Pennsylvanie. « Ce résultat sous-entend que la pandémie est responsable d'un nombre beaucoup plus grand de décès que ceux attribués seulement à la COVID-19. »

La plupart des comtés ont enregistré plus de décès que ce qu'ils auraient dû enregistrer au cours d'une année normale, tandis que d'autres en ont signalé moins. Les chercheurs ont analysé la relation entre ces décès excédentaires et les différences dans les populations et les facteurs structurels au moyen de données sur le recensement des États-Unis. Ils ont conclu que les communautés déjà présumées avoir été les plus touchées par la COVID-19 avaient enregistré encore plus de décès attribuables à la pandémie que ce qu'indiquent les chiffres officiels.

« Nos résultats attirent une attention importante sur l'incidence disparate de la pandémie de COVID-19 sur les communautés à faibles revenus et les communautés minoritaires », signale M^{me} Elo. « Ces groupes ont toujours enregistré des taux de décès élevés, qui sont exacerbés par la pandémie en

cours ».

Pour en savoir plus : STOKES, Andrew C, *et coll. Assessing the Impact of the COVID-19 Pandemic on US Mortality: A County-Level Analysis*, 2020. DOI : 10.1101/2020.08.31.20184036

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.08.31.20184036v3>

Fourni par l'Université de Pennsylvanie

<https://medicalxpress.com/news/2020-10-covid-deaths-underestimated.html>

États-Unis

Un capteur détecte rapidement le SARS-CoV-2, des anticorps et des marqueurs inflammatoires

Source : medgadget.

ID : 1007978499

Des chercheurs du California Institute of Technology (Caltech) ont mis au point un test multiplexe à faible coût qui donne rapidement trois différents types de données sur la COVID-19. Le test peut détecter la présence d'anticorps contre le virus SARS-CoV-2 (ce qui indique possiblement un niveau d'immunité) et de marqueurs inflammatoires qui pourraient indiquer la gravité de la COVID-19. À partir d'échantillons de sang ou de salive, le test peut donner un résultat en à peine 10 minutes. Les chercheurs espèrent que les gens pourront bientôt l'utiliser à la maison afin de déterminer s'ils sont infectés à la COVID-19.

Le dépistage est l'une des pierres angulaires de la lutte contre la COVID-19, que le test soit mené pour déterminer la présence du virus ou pour vérifier qu'une personne a développé une immunité à son égard. Les fournitures de dépistage sont toutefois insuffisantes dans bon nombre de pays et il peut être difficile d'avoir rapidement accès à un test. Il serait utile d'avoir des tests faciles à utiliser et qui donnent une réponse immédiate.

Ce défi a inspiré des chercheurs du Caltech à mettre au point un nouveau test qui pourrait être utilisé à la maison. Leur nouveau dispositif peut présenter trois types de données différents aux personnes qui s'inquiètent d'avoir contracté la COVID-19 ou à celles qui souhaitent savoir si elles l'ont contracté par le passé.

Le capteur mis au point par l'équipe, doté d'une couche de graphène poreux et d'une large surface, est très sensible à de petites quantités des molécules cibles, ce qui signifie qu'un échantillon de salive ou de sang suffit et qu'il n'est pas nécessaire de se soumettre à un écouvillonnage invasif. Les anticorps et les protéines attachés à la couche de graphène peuvent se lier au SARS-CoV-2, ainsi qu'aux anticorps contre ce virus et aux marqueurs inflammatoires présents dans l'échantillon analysé.

« Il s'agit de la seule plateforme de télémédecine que je connais qui puisse donner de l'information sur l'infection en trois types de données avec un seul capteur », a indiqué Wei Gao, un chercheur ayant participé à l'étude. « En quelques minutes à peine, il est possible d'examiner simultanément ces niveaux afin d'avoir une idée complète de l'infection, y compris de l'infection précédente, de l'immunité et de la gravité ».

Jusqu'à maintenant, le dispositif a été mis à l'essai chez un petit nombre de volontaires et les premiers résultats sont prometteurs. Les chercheurs espèrent bientôt de vastes études afin de confirmer que le test peut donner des résultats exacts et fiables.

« L'utilisation à domicile est notre objectif ultime », précise M. Gao. « Au cours de la prochaine année, nous prévoyons d'envoyer ces tests à des personnes à risque élevé afin qu'elles en fassent l'essai à la maison. Il sera également possible de modifier cette plateforme à l'avenir pour l'adapter à d'autres types de tests de dépistage de maladies infectieuses à la maison ».

Étude dans la revue *Matter* : *SARS-CoV-2 RapidPlex : A Graphene-based Multiplexed Telemedicine Platform for Rapid and Low-Cost COVID-19 Diagnosis and Monitoring*

[https://www.cell.com/matter/fulltext/S2590-2385\(20\)30553-1](https://www.cell.com/matter/fulltext/S2590-2385(20)30553-1)

<https://www.medgadget.com/2020/10/sensor-rapidly-detects-sars-cov-2-antibodies-and-inflammatory-markers.html>

États-Unis

Selon une étude, huit patients atteints de la COVID-19 sur dix souffrent de symptômes neurologiques

Source : Medical Xpress — les plus récentes actualités sur la santé et sur le domaine médical
ID : 1007980351

(HealthDay) – Alors que le président Trump livre bataille au coronavirus, des chercheurs présentent de nouvelles conclusions inquiétantes : Huit patients hospitalisés atteints de la COVID-19 sur dix ont manifesté des symptômes neurologiques.

Parmi ces symptômes, notons la myalgie, les maux de tête, les étourdissements, l'encéphalopathie et le « brouillard mental ».

« L'encéphalopathie, qui se caractérise par une altération de la fonction mentale allant de la confusion légère au coma, est la manifestation neurologique la plus grave de la COVID-19 », indique le Dr Igor Koralnik, co-auteur de l'étude. Il supervise la clinique neurologique pour la COVID-19 à l'hôpital Northwestern Memorial de Chicago.

On ignore si le président Trump souffre de l'un de ces problèmes neurologiques. Il a été admis vendredi au Walter Reed National Military Medical Center, situé à Bethesda, dans l'État du Maryland pour se faire traiter contre la COVID-19. Entretemps, la première dame Melania Trump et un certain nombre de hauts dirigeants américains ont également obtenu un résultat positif au test de dépistage du nouveau coronavirus.

Dans le cadre de cette nouvelle étude, les chercheurs ont analysé les dossiers médicaux de plus de 500 patients hospitalisés atteints de la COVID-19 dans le système de santé de Northwestern Medicine, établi à Chicago. Les enquêteurs ont relevé des symptômes neurologiques chez 42 % des patients quand leurs symptômes sont apparus, chez 63 % des patients au moment de leur hospitalisation et chez 82 % des patients à tout moment alors qu'ils étaient atteints de la COVID-19.

De nombreux patients ont rapporté souffrir de myalgie (45 %) et de maux de tête (38 %). On recensait des cas d'encéphalopathie et des étourdissements chez presque tous les patients. L'étude a également conclu que 16 % des patients avaient des troubles du goût, tandis que 11 % avaient des troubles de l'odorat.

Après avoir obtenu leur congé de l'hôpital, seulement 32 % des patients souffrant d'encéphalopathie étaient en mesure de prendre soin d'eux, par rapport à 89 % de ceux qui n'avaient pas souffert d'encéphalopathie, selon l'étude.

En outre, le taux de décès chez les patients souffrant d'encéphalopathie était beaucoup plus élevé (environ 22 %) que chez ceux qui n'en ont pas souffert (3 %), selon l'étude.

« Nous cherchons maintenant à caractériser les effets neurologiques à long terme de la COVID-19 et les résultats sur le plan cognitif chez les patients qui ont souffert d'encéphalopathie liée à la COVID-19 », a déclaré le Dr Koralnik dans un communiqué de presse de l'hôpital. Il est le chef des maladies neuroinfectieuses et de la neurologie globale à Northwestern Medicine.

« Nous l'étudions chez les patients qui obtiennent leur congé de l'hôpital, et chez les personnes qui manifestent longtemps les symptômes de la COVID-19, qui n'ont jamais été hospitalisées, mais qui souffrent d'un éventail semblable de problèmes neurologiques, y compris le brouillard mental », ajoute-t-il.

Le rapport a été publié le 5 octobre dans la revue *Annals of Clinical and Translational Neurology*. Les conclusions contribueront à définir les soins à long terme pour les personnes qui ont souffert de complications neurologiques de la COVID-19, indique le Dr Koralnik.

« Les patients et les médecins doivent être au courant de la fréquence élevée des manifestations neurologiques de la COVID-19 et de la gravité de l'altération de la fonction mentale associée à la maladie », dit-il.

Pour en savoir plus : Les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis ont plus d'information sur la COVID-19.

<https://medicalxpress.com/news/2020-10-covid-patients-neurological-symptoms.html>

États-Unis

Une adolescente atteinte de la COVID-19 est la source d'une éclosion lors d'un rassemblement familial de trois semaines — Quatre États touchés, en juin et en juillet 2020

Source : CDC

ID : 1007979285

On recense de plus en plus de données probantes selon lesquelles les enfants et les adolescents peuvent facilement transmettre le SARS-CoV-2, le virus qui cause la maladie à coronavirus (COVID-19) [1–3]. Au cours des mois de juillet à août 2020, les ministères de la Santé de quatre États et les CDC ont enquêté sur une éclosion de COVID-19 survenue à l'occasion d'un rassemblement familial de trois semaines entre cinq ménages, dans lequel une adolescente âgée de 13 ans était la patiente de référence et principale soupçonnée. Onze cas ont été rapportés par la suite.

Les deux chefs de chaque ménage ont été interrogés afin d'évaluer les caractéristiques démographiques, les expositions, les symptômes, les contacts étroits et les résultats. Les parents ont présenté des données pour l'ensemble des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Treize des proches de la patiente de référence ont subi un test de dépistage du virus; les résultats des tests ont été transmis par les répondants et tous les résultats déclarés positifs ont été vérifiés dans les systèmes de déclaration des États. En ce qui concerne les enfants et les adolescents qui n'ont pas subi de test de dépistage pendant qu'ils étaient symptomatiques, un test immunologique par chimiluminescence*, qui détecte le total d'anticorps contre le SARS-CoV-2 a été mené de 28 à 46 jours après le début des symptômes. Les trois enfants et adolescents, soit la patiente de référence et ses deux frères, ont obtenu un résultat positif, ce qui indique une infection antérieure. Les périodes d'exposition† et de contagion§ probables ont été estimées à partir des dates de début des symptômes. Cette activité a été examinée par les CDC et menée conformément aux lois fédérales et aux politiques des CDC applicables.

Lors d'un séjour à l'extérieur de son domicile, la patiente de référence a été exposée à la COVID-19 lors d'une éclosion importante, en juin 2020. Étant donné qu'elle avait été exposée, elle a demandé de subir un test de dépistage du SARS-CoV-2 à son retour à la maison. Un dépistage antigénique rapide effectué quatre jours après l'exposition, pendant qu'elle était asymptomatique, a donné un résultat négatif (tableau) [figure]. Elle a souffert de congestion nasale deux jours plus tard. Il s'agissait de son seul symptôme. Le même jour, la patiente de référence, ses parents et ses deux frères se sont rendus à un rassemblement avec 15 de leurs proches, qui commençait le lendemain. Les personnes présentes appartenaient à cinq ménages provenant de quatre États et étaient âgées de 9 à 72 ans. Quatorze proches, y compris la patiente de référence, ont été hébergés dans une maison de cinq chambres à coucher et deux salles de bains pendant 8 à 25 jours. Ces proches ne portaient pas de masque et ne pratiquaient pas la distanciation physique. Six proches supplémentaires (une tante, un oncle et quatre cousins) leur ont rendu visite pendant 10 heures le troisième jour et pendant trois heures le dixième jour. À ce moment, six personnes qui passaient la nuit étaient possiblement contagieuses, mais elles avaient pratiqué la distanciation physique et étaient demeurées à l'extérieur. Aucune ne portait le masque.

Parmi les 14 personnes qui sont demeurées dans la même maison, 12 d'entre elles ont manifesté des symptômes** et il a été confirmé par la suite qu'elles avaient contracté la COVID-19, selon les définitions du Council of State and Territorial Epidemiologists††. Six cas ont été confirmés à la suite d'un test d'amplification en chaîne par polymérase par transcription inverse (RT-PCR), quatre personnes ont été classées comme des cas probables d'infection à la COVID-19 après avoir obtenu un résultat positif à un dépistage antigénique rapide ou selon des critères épidémiologiques ou cliniques, et deux personnes ont été classées comme des cas probables d'infection à la COVID-19 après avoir obtenu un résultat positif à un test de détection des anticorps, y compris la patiente de référence (tableau). Les deux autres personnes qui ont passé la nuit n'ont jamais manifesté de symptômes, et l'une d'entre elles a obtenu un résultat négatif au test de dépistage du SARS-CoV-2 par RT-PCR quatre jours après la dernière exposition. Une personne atteinte de la COVID-19 a été hospitalisée et une autre s'est rendue à l'urgence en raison de problèmes respiratoires; les deux se sont rétablies. Aucun des six proches qui sont demeurés à l'extérieur et qui ont pratiqué la distanciation physique n'a manifesté de symptômes; quatre d'entre eux ont obtenu un résultat négatif au test de dépistage par RT-PCR quatre jours après la dernière exposition et les deux autres n'ont pas subi de test. Les enquêteurs des différents États ont

demandé aux proches atteints de la COVID-19 de s'isoler et aux personnes avec qui elles avaient été en contact de se mettre en quarantaine.

Huit proches ont indiqué avoir participé à des activités à l'extérieur du rassemblement pendant leurs périodes d'exposition qui ont peut-être augmenté leur risque d'exposition. Toutefois, seule la patiente de référence a indiqué avoir été exposée à une personne dont l'infection à la COVID-19 avait été confirmée ou qui manifestait des symptômes compatibles à l'extérieur de la famille. L'exposition à risque élevé de la patiente de référence et le début de ses symptômes de 3 à 19 jours avant toute autre personne présente au rassemblement familial étayaient l'hypothèse selon laquelle l'infection de cette adolescente a constitué la source de l'éclosion familiale (figure). Le premier résultat de dépistage antigénique de l'adolescente était sans doute un faux négatif, parce qu'il avait été effectué avant l'apparition des symptômes; le seul dépistage antigénique qui possède une autorisation d'utilisation d'urgence de la Food and Drug Administration à ce moment devait être utilisé dans les cinq premiers jours suivant l'apparition des symptômes.§§

Cette éclosion fait ressortir plusieurs questions importantes. Premièrement, les enfants et les adolescents peuvent constituer la source d'éclosion de cas de COVID-19 dans leur famille, même quand ils ne manifestent que des symptômes légers (2). Il est nécessaire de mieux comprendre la transmission par les enfants et par les adolescents dans différents milieux afin d'affiner les directives de santé publique. Deuxièmement, cette enquête prouve l'avantage qu'offre la distanciation physique en tant que stratégie d'atténuation pour prévenir la transmission du SARS-CoV-2. Aucun des six proches qui ont pratiqué la distanciation physique en restant à l'extérieur sans porter de masque pendant les deux visites au rassemblement familial n'a manifesté de symptômes; les quatre qui ont subi un test de dépistage du SARS-CoV-2 ont obtenu un résultat négatif. Troisièmement, les tests de dépistage antigénique rapides ont généralement un niveau de sensibilité inférieur (de 84 % à 97,6 %) à celui des tests de RT-PCR; les résultats négatifs doivent être confirmés par un test de RT-PCR, s'ils sont utilisés chez des personnes dont la probabilité d'infection préalable au dépistage est élevée, comme celles ayant une exposition connue (4). Quatrièmement, même si elles ont obtenu un résultat négatif au test de dépistage, les personnes doivent se mettre en quarantaine pendant 14 jours après avoir été exposées (5) ou après avoir voyagé, conformément aux recommandations des autorités étatiques, territoriales, tribales ou locales (6). Enfin, le SARS-CoV-2 peut se propager facilement pendant les rassemblements, particulièrement dans le cas d'un contact étroit prolongé. La distanciation physique, le port du masque et l'hygiène des mains réduisent la transmission; il faut éviter les rassemblements quand il est impossible de pratiquer la distanciation physique et de porter le masque (7).

https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6940e2.htm?s_cid=mm6940e2_x#suggestedcitation

États-Unis

West Virginia University; Dépister, isoler, communiquer : Principes fondamentaux pour contrôler une éclosion de COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée

Source : Mental Health Weekly Digest

ID : 1007981321

Le 5 octobre 2020 (NewsRx) – Rédigé par un journaliste et rédacteur-réviseur de nouvelles pour Mental Health Weekly Digest – Le dépistage à grande échelle de la COVID-19 pourrait représenter une façon évidente de contrôler une éclosion dans un établissement de soins de longue durée. Toutefois, la communication entre les membres du personnel, ses résidents et les proches de ceux-ci est aussi cruciale.

Une nouvelle étude dirigée par le Dr Carl Shrader, médecin et chercheur au département de médecine familiale de l'école de médecine de la West Virginia University (WVU), a révélé le rôle qu'avait joué la communication afin de contrer une éclosion de cas de COVID-19 à Sundale, un établissement de soins de longue durée à Morgantown.

« Il était difficile de communiquer rapidement, sans compter l'absence de renseignements fondés sur des données probantes et la circulation répandue de fausses informations, qui n'ont fait qu'aggraver la situation », a raconté le Dr Shrader, qui dirige le programme de résidence de la WVU. « Il faut trouver un équilibre délicat entre la diffusion rapide de renseignements exacts et la nécessité d'avoir des discussions individuelles personnelles dans les situations inconnues ».

Le Dr Shrader est également le directeur médical de Sundale, qui a été l'épicentre de la pandémie de COVID-19 en Virginie de l'Ouest. Dès le premier cas de COVID-19 diagnostiqué chez un résident de Sundale en mars, il a joué un rôle de premier plan dans la réponse de l'établissement à l'éclosion. En tout, 52 résidents et 19 membres du personnel allaient obtenir un diagnostic de COVID-19 avant que l'établissement ne soit déclaré indemne de la maladie. Le virus a eu des conséquences fatales pour cinq de ces résidents. Toutefois, « malgré les défis liés à la gestion d'une éclosion de COVID-19 en l'absence d'information, le personnel de l'établissement, les familles et la direction sont parvenus à collaborer afin de garantir que le virus se propageait de façon limitée et que le taux de mortalité mensuel de l'établissement demeurerait le même », a dit le Dr Shrader.

Il estime que le dépistage précoce et répandu de la COVID-19 à l'établissement a joué un rôle crucial afin de maintenir le taux d'infection bas. Dès que les premiers cas ont été mis au jour, les membres du personnel ont immédiatement soumis la centaine de résidents de l'établissement à un test de dépistage, qu'ils présentaient des symptômes ou non. Les personnes qui ont obtenu un résultat positif ont été isolées des autres résidents et hébergées dans la même unité afin de prévenir la propagation du virus. Des tests de dépistage menés au cours des semaines suivantes ont permis de détecter d'autres résidents infectés par le virus et de confirmer les cas rétablis.

Comme les trousse de dépistage se faisaient rares au début de la pandémie, il était impossible de prélever des échantillons auprès de tous les membres du personnel de Sundale afin de déterminer s'ils avaient contracté le virus. Cinquante-six des 162 membres du personnel, des infirmiers et infirmières auxiliaires et praticiens autorisés, ont été sélectionnés parce qu'ils étaient fréquemment en contact avec les résidents. Tous les autres membres du personnel de l'établissement ont été dirigés vers les sites de dépistage au volant.

« Nous avons la priorité ultime de maintenir la disponibilité d'un nombre adéquat de membres du personnel dans toutes les divisions afin de garantir que l'établissement fonctionnait de façon sécuritaire ». « La communication claire sur les décisions relatives au dépistage et à la dotation en personnel a joué un rôle crucial pour apaiser les craintes et la frustration ».

Le fait de rencontrer les membres du personnel afin de leur expliquer pourquoi certains d'entre eux avaient subi un test de dépistage rapide plutôt que d'autres a permis d'apaiser leurs inquiétudes. Ainsi, on a garanti que le ressentiment ne s'installait pas et encouragé l'esprit d'équipe qui a permis de fournir de bons soins aux résidents.

Les membres du personnel n'ont pas été les seuls à tirer avantage de la communication. En effet, les résidents et leurs proches en ont aussi profité.

Au départ, le personnel de l'établissement a tenté de garder les proches au courant en leur parlant par téléphone, mais ils se sont rapidement rendu compte qu'ils n'arrivaient pas à suivre le rythme des appels. Il y avait tout simplement trop de gens, qui avaient tous beaucoup trop de questions et de préoccupations, pour être en mesure de parler individuellement à chacun d'eux.

La majeure partie de l'information que les membres du personnel transmettaient s'appliquait à de multiples résidents. Avec la permission des résidents et de leurs proches, les membres du personnel ont donc commencé à utiliser une version de Zoom qui respecte les lois médicales en matière de protection des renseignements personnels afin de parler au plus grand nombre de proches en même temps et de les écouter.

Grâce à cette façon de faire, les membres du personnel ont pu communiquer avec les proches, et ceux-ci ont pu donner de l'information et nouer des liens entre eux.

« Cette expérience unique a permis aux familles, aux résidents et aux membres du personnel de se rapprocher, et l'utilisation créative de la technologie pour maintenir une communication ouverte y a contribué », a déclaré Courtney Pilkerton, professeure associée en médecine familiale et membre de l'équipe de recherche. « Les réunions sur Zoom demeurent populaires et de nombreux proches ont demandé que ces appels continuent, parce qu'ils ont trouvé une grande valeur au fait de raconter leurs expériences entre eux. »

Toutefois, la communication avec une catégorie de personnes s'est avérée particulièrement difficile : les résidents souffrant de démence.

« Quand on est atteint de démence, notre vie est centrée sur un horaire structuré », a expliqué Shauna Assadzandi, médecin résidente à Sundale, qui a participé à l'étude. « Les perturbations de cet horaire peuvent entraîner une profonde détresse. Le résident ou la résidente dont le fils venait tous les jours l'aider à manger son déjeuner ou son dîner et qui ne vient plus peut se sentir abandonné, car il ou elle ne comprend pas pourquoi son fils ne lui rend plus visite ».

Les membres du personnel de l'établissement ont dû porter une attention particulière à ces résidents afin de cerner des symptômes psychosomatiques, comme la perte d'appétit, et les gérer le plus tôt possible. Le fait que certains résidents soient incapables de verbaliser leurs sentiments de solitude, de tristesse ou d'inquiétude ne veut pas dire qu'ils ne les éprouvaient pas.

« Les personnes âgées, particulièrement celles qui souffrent de démence, ne verbalisent pas toujours leurs inquiétudes. Il est donc crucial d'être à l'affût de signes de détresse physiques, y compris les changements de poids et de consommation d'aliments et de liquides », indique la D^e Assadzandi.

« La plupart des membres de notre personnel infirmier travaillent à la même unité de l'établissement depuis de nombreuses années », dit-elle. « Ils connaissent bien les résidents et sont souvent les premiers à remarquer des changements de comportements mineurs. Ces liens étroits entre les membres du personnel et les résidents permettent d'apporter des changements plus rapides et plus personnalisés aux soins, s'il y a lieu ».

Voici les mots-clés associés à cet article : Viral, COVID-19, démence, virologie, mortalité, SARS-CoV-2, Virus à ARN, santé mentale, santé et médecine, Université de la Virginie de l'Ouest, maladies et troubles cérébraux, maladies et troubles neurodégénératifs, maladies et troubles du système nerveux central, coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère

Royaume-Uni

Une étude conclut que le virus qui cause la COVID-19 survit sur la peau et que l'hygiène des mains est efficace

Source : CIDRAP

ID : 1007980242

Le SARS-CoV-2, le virus qui cause la COVID-19, survit sur la peau de l'humain pendant neuf heures, soit beaucoup plus longtemps qu'une souche du virus grippal A (VGA). Une étude publiée dans la revue Clinical Infectious Disease indique que le long temps de survie sur la peau humaine pourrait augmenter la transmission par contact du SARS-CoV-2, par rapport à celles d'autres virus. L'étude conclut cependant que l'hygiène des mains est très efficace pour neutraliser le virus.

La transmission par contact est considérée comme un facteur de risque important dans la propagation de la COVID-19, ce qui fait ressortir la nécessité cruciale d'en savoir plus sur la survie du virus sur la peau. Dans le cadre d'études antérieures, on a conclu que les coronavirus étaient plus stables que les autres virus enveloppés, ceux qui possèdent une enveloppe de protection extérieure grasse, comme le VGA.

On ne comprend pas encore bien la stabilité des virus sur la peau humaine, à cause des dangers que suscite l'exposition de participants à un test à des virus pathogènes. Les auteurs de l'étude ont conçu un modèle d'évaluation de la stabilité virale au moyen de peau humaine obtenue auprès de spécimens d'autopsie et comparé la survie virale du SARS-CoV-2 par rapport à celle d'une souche commune de VGA transmise par des gouttelettes et par contact. Ils ont consigné les temps de survie d'échantillons viraux trouvés dans des muqueuses humaines et dans des milieux de culture sur un éventail de surfaces (la peau humaine, l'acier inoxydable, le verre et le plastique polystyrène) et évalué l'efficacité de l'éthanol concentré à 80 % sur la survie virale sur la peau humaine.

Les chercheurs ont conclu que les deux types de virus étaient neutralisés plus rapidement sur la peau que sur les autres surfaces, ce qui porte à croire que la peau humaine est un milieu moins accueillant pour les virus. Cependant, l'étude a aussi conclu que le SARS-CoV-2 survivait beaucoup plus longtemps sur la peau que le VGA : 9,04 heures (intervalle de confiance de 95 %, de 7,96 à 10,2 heures) par rapport à 1,82 heure (1,65 à 2 heures), ce qui mène à la possibilité d'un risque plus élevé de transmission par contact pour la COVID-19.

Notamment, les auteurs ont aussi conclu que le SARS-CoV-2 avait été entièrement neutralisé dans les 15 secondes suivant son exposition à de l'éthanol concentré à 80 %, soit le type d'alcool que l'on trouve dans bon nombre de désinfectants pour les mains sans ordonnance à base d'alcool. Cette conclusion montre à quel point il est important d'avoir une bonne hygiène des mains pour prévenir la propagation de la COVID-19. Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis recommande une

concentration d'alcool de 60 % à 95 % dans les désinfectants pour les mains pour neutraliser le virus de la COVID-19.

<https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciaa1517/5917611>

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/10/covid-19-scan-oct-05-2020>

Royaume-Uni

Le virus, une menace pour les animaux

Source : The Times

ID : 1007982314

Des douzaines d'espèces animales pourraient être vulnérables au virus qui cause la COVID-19, selon ce que suggèrent des chercheurs de l'University College de Londres. Ils ont enquêté sur la façon dont la protéine de spicule du SARS-CoV-2 pourrait interagir avec la protéine Ace2 à laquelle elle s'accroche quand elle infecte les gens. L'étude, publiée dans la revue Scientific Reports, a conclu que 26 espèces animales, y compris les porcs, les chevaux et les lapins, pourraient être sensibles à l'infection.

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1007982314>

<https://www.nature.com/articles/s41598-020-71936-5>

Événements nationaux d'intérêt

Sans objet

Événements internationaux d'intérêt

États-Unis

Archives du HAN — 00436 | Health Alert Network (HAN)

ID : 1007979282

Source : emergency.cdc.gov

Distribué par l'intermédiaire du Health Alert Network des CDC

CDCHAN-00436

Résumé

Depuis 2015, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et les départements de la Santé des États à l'échelle des États-Unis ont cerné plusieurs groupes et écloisons de virus de l'immunodéficience humaine (VIH), majoritairement observés parmi les utilisateurs de drogues injectables (UDI). Les tendances à la baisse observées depuis longtemps dans l'incidence du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables stagnent désormais. Le présent avis sanitaire vise à alerter les départements de la Santé publique et les fournisseurs de soins de santé à la possibilité de nouvelles infections au VIH et de nouvelles écloisons du virus liées à l'injection de drogues. Cet avis du HAN donne des directives pour prévenir les cas d'infection au VIH chez les utilisateurs de drogues injectables, les cerner et y répondre. Elle présente aussi des éléments à prendre en considération au moment de fournir des services dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

Contexte

Écloisons de VIH chez les utilisateurs de drogues injectables

L'incidence du VIH chez les utilisateurs de drogues injectables a considérablement reculé depuis de nombreuses années; toutefois, l'abus continu d'opioïdes et d'autres substances fréquemment injectées met en péril cette réussite en matière de prévention du VIH. Les diagnostics de VIH chez les utilisateurs de drogues injectables ont augmenté de 11 % à l'échelle nationale de 2016 à 2018 et on constate des augmentations plus marquées chez les adultes âgés de moins de 40 ans et chez les adultes blancs non hispaniques.¹ La pandémie de COVID-19 complexifie la prestation de services essentiels, y compris ceux offerts aux utilisateurs de drogues injectables, ce qui pourrait nuire aux autres efforts déployés pour gérer la hausse de la transmission du VIH.

Des groupes et des éclosions observés récemment ont contribué à l'apparition de nouvelles infections au VIH chez les utilisateurs de drogues injectables. À la suite d'une éclosion en 2015 dans le comté de Scott, en Indiana,² on a recensé des augmentations des cas de VIH chez les utilisateurs de drogues injectables, y compris plusieurs groupes et éclosions de tailles différentes, à l'échelle des États-Unis, dans des comtés où l'on trouve des régions rurales et urbaines.^{3-14*} Les personnes touchées dans ces groupes et éclosions affichaient souvent des caractéristiques communes : des injections non stériles plusieurs fois par jour (souvent des opioïdes avec de la méthamphétamine ou de la cocaïne); des circonstances marginalisantes (itinérance ou foyer instable, incarcération récente, échange d'argent ou de biens contre des faveurs sexuelles) et une infection conjointe au virus de l'hépatite B (VHB), au virus de l'hépatite C (VHC) et à des infections transmises sexuellement (ITS).

Les CDC ont récemment publié un manuscrit qui résume les expériences et les leçons retenues des interventions menées à la suite de six éclosions importantes de VIH chez des utilisateurs de drogues injectables.¹⁵ Même si ces éclosions avaient des points communs, les facteurs précipitants variaient selon le milieu dans lequel l'éclosion avait eu lieu. Les éclosions sont survenues dans des collectivités dont le niveau de capacité à offrir des services aux utilisateurs de drogues injectables variait; toutes offraient un certain niveau de services de réduction des méfaits, y compris des programmes de services d'échange et de distribution de seringues. Pourtant, dans le cadre de l'intervention contre l'éclosion, les départements de la Santé ont cerné des lacunes dans la prestation de services de réduction des méfaits (p. ex., l'accès limité aux programmes d'échange et de distribution de seringues et de matériel d'injection stérile) et d'autres services, ce qui fait ressortir les problèmes liés à la mobilisation d'une population considérablement marginalisée.

Les programmes d'échange et de distribution de seringues sont des programmes de prévention communautaires efficaces et avérés, qui peuvent fournir un éventail de services. Parmi ces services, notons l'accès à des seringues et à du matériel d'injection stériles, la disposition des seringues souillées, la vaccination, le dépistage, la distribution de naloxone et la mise en contact avec des fournisseurs de soins médicaux, y compris pour le traitement du VIH et des problèmes de consommation de substances. Les programmes complets de services d'échange et de distribution de seringues et de distribution de médicaments pour la consommation problématique d'opioïdes peuvent à eux seuls réduire de moitié la transmission du VIH et du VHC; ensemble, ces interventions peuvent réduire la transmission de plus des deux tiers. ^{16,17}

Les départements de la Santé peuvent travailler avec des partenaires communautaires dignes de confiance afin de mobiliser efficacement les utilisateurs de drogues injectables par l'adoption de pratiques fondées sur l'expérience culturelle. La détection rapide d'un petit nombre de diagnostics de VIH et l'intervention immédiate peuvent prévenir de plus grandes éclosions.

Les services cliniques et de santé publique gèrent des cas d'infection au VIH chez les utilisateurs de drogues injectables dans le contexte de la COVID-19

Il est essentiel, dans le contexte de la COVID-19, d'assurer la prestation continue de services cliniques et de santé publique afin de gérer les cas d'infection au VIH et au VHC chez les utilisateurs de drogues injectables. On trouve, dans les recommandations, des directives sur les autres modes de prestations de services pouvant être offerts en cas de perturbation des services en personne et sur la façon de réduire le risque de transmission du SARS-CoV-2 quand les services sont offerts en personne. Les modèles de prestation de services peuvent également être modifiés afin de réduire le nombre d'interactions en personne. À titre d'exemple, les programmes d'échange et de distribution de seringues peuvent assurer une distribution de seringues moins restrictive et fondée sur les besoins, qui ne limite pas le nombre de seringues qu'un client peut obtenir. De cette façon, on encourage les clients à fournir du matériel d'injection stérile à leurs pairs qui utilisent des drogues injectables (également connu sous le nom d'échange secondaire). La réduction du nombre de visites en personne peut également contribuer à atténuer les répercussions liées à la possibilité que les heures d'ouverture des sites des programmes d'échange et de distribution soient restreintes ou que ces sites soient fermés à cause de la COVID-19. En outre, les modèles de distribution fondés sur les besoins sont ceux qui permettent le plus efficacement aux personnes d'utiliser une seringue stérile chaque fois qu'elles s'injectent de la drogue. ^{18,19}

Recommandations

Tous les organismes qui fournissent des services aux utilisateurs de drogues injectables

Les utilisateurs de drogues injectables ont besoin de soins médicaux complets. Les fournisseurs et organismes au service des utilisateurs de drogues injectables peuvent collaborer afin de garantir que les utilisateurs de drogues injectables actuels et anciens, ou très susceptibles de s'injecter de la drogue, ont

accès à des services de prévention et de soins fondés sur l'expérience culturelle, y compris pendant la pandémie de COVID-19.

Reconnaître que toute rencontre clinique représente une occasion de fournir de multiples services cliniques et de santé publique aux UDI, particulièrement dans le contexte de la COVID-19.

S'allier à d'autres organismes afin de fournir des services et des soins médicaux complets, y compris les suivants :

Médicaments pour les troubles liés à l'utilisation d'opioïdes (ou MTUO, également connus sous le nom de traitement assisté par des médicaments, comme la buprénorphine, la méthadone et la naltrexone) ou d'autres services pour gérer les troubles liés à l'utilisation de substances ou pour répondre à des besoins en matière de santé mentale ou comportementale (s'il y a lieu).

La sensibilisation aux pratiques d'injection sécuritaires et d'éviter de réutiliser ou de partager des aiguilles, des seringues ou du matériel servant à la préparation de drogue (p. ex., les cuiseurs, l'eau et les filtres) à l'intention des personnes qui ne sont pas encore motivées à cesser de s'injecter de la drogue ou ne sont pas en mesure de le faire.

Le dépistage et le traitement des infections de la peau, des tissus mous et autres (VIH, VHC, VHB, ITS).

La vaccination contre l'hépatite A et l'hépatite B.

La distribution de seringues stériles (p. ex., ordonnance ou renvoi à un programme de services d'échange et de distribution de seringues, ou à des ventes sans ordonnance par l'intermédiaire de pharmacies, quand la loi le permet).

La naloxone (pour le renversement des surdoses).

La prophylaxie post-exposition au VIH pour les personnes exposées au VIH à la suite d'une relation sexuelle ou d'une injection au cours des 72 dernières heures.

Les services d'aiguillage vers d'autres stratégies afin de réduire le risque de transmission du VIH ou d'infection à celui-ci, y compris la limitation du nombre de partenaires sexuels et le port approprié du préservatif à chaque relation sexuelle.

Le dépistage du VIH et du VHC au moins une fois l'an.

L'autosurveillance de l'infection au VIH ou l'utilisation d'une trousse de collecte de spécimens à la maison pourraient être envisagées, particulièrement dans le contexte de la COVID-19.

Si la présence du VIH ou du VHC est confirmée à la suite d'un dépistage :

Établir rapidement un lien vers des services de soins et de traitement du VIH, du VHC ou des deux infections afin de réduire rapidement la charge virale, d'améliorer les résultats pour le patient et de prévenir toute transmission supplémentaire;

Encourager les partenaires d'injection et les partenaires sexuels des personnes infectées au VIH ou au VHC à subir un test de dépistage.

Les personnes qui s'injectent de la drogue ont un meilleur accès à l'éventail des services requis quand ceux-ci sont offerts à des endroits pratiques, par l'intermédiaire d'une prestation mobile de services, ou quand les services sont situés au même endroit ou intégrés (ce que l'on appelle souvent des « guichets uniques »).

Fournisseurs de services cliniques

Quand les patients présentent des complications possibles liées à l'utilisation de drogues injectables (p. ex., infections cutanées, infections des tissus mous ou infections du sang; surdoses) :

Effectuer un dépistage afin de confirmer un trouble lié à l'utilisation de substances;

Recommander et fournir un service de dépistage du VIH, du VHC et des ITS;

Vacciner contre l'hépatite A et l'hépatite B;

Offrir un traitement pour le trouble lié à l'utilisation de substances, y compris les MTUO, ou diriger vers un tel traitement.

Signaler les nouveaux cas diagnostiqués d'infection au VIH ou au VHC au département de la Santé.

Demeurer à l'affût de toute augmentation des diagnostics d'infection au VIH ou au VHC ou de groupes d'infections, et en informer le département de la Santé.

S'assurer que les UDI qui reçoivent un médicament pour traiter leur trouble lié à l'utilisation d'opioïdes ou pour traiter leur infection au VIH, au VHC ou aux deux virus respectent la posologie et offrir un soutien à cet égard.

Mettre en contact les patients avec des ressources communautaires, y compris des programmes de réduction des méfaits ou d'échange et de distribution de seringues, afin de garantir l'accès à des seringues stériles et de répondre à d'autres besoins sociaux et comportementaux.

Si aucun programme d'échange et de distribution de seringues n'est offert, rédiger des ordonnances pour

des seringues et donner de l'information sur la vente de seringue sans ordonnance en pharmacie, conformément aux lois locales.

Collaborer avec les responsables de la santé publique afin de mettre en œuvre ou d'étendre des programmes de dépistage régulier du VIH et du VHC avec option de retrait à l'intention des UDI dans des milieux comme les établissements correctionnels, les urgences, les centres de traitement des troubles liés à l'utilisation de substances et les centres médicaux communautaires que fréquentent les utilisateurs de drogue injectable.

Responsables de la santé publique

Assurer la recherche de contacts pour tous les nouveaux diagnostics d'infection au VIH.

Encourager le dépistage du VIH, du VHC et des ITS auprès de tous les partenaires sexuels, les partenaires d'injection et les contacts sociaux.

Envisager de soumettre les UDI, les personnes qui ont un comportement sexuel à risque élevé et les personnes dont le partenaire est atteint du VIH à un nouveau dépistage au moins une fois l'an.

Surveiller régulièrement les données de santé publique afin de cerner rapidement :

Les augmentations récentes des diagnostics d'infection au VIH attribuées à l'utilisation de drogues injectables;

Les augmentations récentes des diagnostics d'infection au VHC, particulièrement chez les personnes âgées de moins de 40 ans.

Demeurer à l'affût des taux élevés d'itinérance ou de foyer instable, de l'utilisation de drogues injectables, des cas de surdose et des décès, des admissions en vue d'un traitement lié à l'utilisation de substances et des arrestations liées à la drogue, ou à l'augmentation de ces taux.

Informar les partenaires communautaires de la possibilité d'éclosions de cas de VIH chez les utilisateurs de drogues injectables.

Collaborer avec les partenaires communautaires jugés dignes de confiance par les UDI afin de cerner et de renforcer des politiques et des partenariats qui permettront d'intervenir rapidement en cas d'éclosion de VIH. Les partenaires de confiance peuvent comprendre ceux qui offrent des services aux itinérants ou aux personnes vivant dans un foyer instable, ainsi que les programmes de traitement des troubles liés à l'utilisation de substances et de rétablissement.

Travailler avec les fournisseurs de services cliniques dans les milieux fréquentés par les utilisateurs de drogues injectables afin de mettre en œuvre ou d'étendre des programmes de dépistage régulier du VIH et du VHC avec option de retrait à l'intention des UDI. Ces milieux peuvent comprendre des établissements correctionnels, des urgences, des centres de traitements des troubles liés à l'utilisation de substances et des centres médicaux communautaires.

Mettre en œuvre ou étendre la sensibilisation dans la rue à l'égard du dépistage ou de la collecte de spécimens de dépistage à la maison.

Améliorer l'accès aux seringues stériles et au matériel d'injection par la mise en place de programmes d'échange et de distribution de seringues; modifier les politiques afin d'offrir des modèles de distribution de seringues moins restrictifs, fondés sur les besoins et non punitifs, qui favorisent l'échange secondaire; ou étendre l'accès aux ventes de seringues sans ordonnance en pharmacie, conformément aux lois locales.

Établir des collaborations en vue d'améliorer la coordination des services essentiels offerts aux utilisateurs de drogues injectables avec des partenaires clés, y compris les suivants :

Consulter des personnes qui s'injectent actuellement de la drogue (ou qui s'en injectaient auparavant) en tant que partenaires dans l'élaboration de recommandations visant à mettre en place ou à élargir des services essentiels pour les UDI.

Services supplémentaires dans le contexte de la COVID-19

Quand les services sont offerts en personne, il est possible de consulter des directives afin de réduire le risque de transmission de la COVID-19 dans les milieux cliniques et sur le terrain. Quand les services en personne sont perturbés, il faut surveiller la prestation de services et explorer d'autres façons de s'assurer que les services joignent la population requise.

Consultez les directives sur la prestation de services précis dans le contexte de la COVID-19, y compris :

Des programmes d'échange et de distribution de seringues (quand la loi le permet)

Des soins médicaux liés au VIH et un traitement antirétroviral

Quand les UDI ont besoin de soins pour traiter leur infection au VIH, discuter des risques et des avantages des rendez-vous en personne par rapport aux rendez-vous téléphoniques ou virtuels dans le contexte de la COVID-19. Parmi les facteurs à prendre en considération, notons l'étendue de la

transmission locale de la COVID-19, les besoins en santé auxquels on répondra pendant le rendez-vous et le niveau de séropositivité de la personne (dénombrement cellulaire CD4, charge virale du VIH), ainsi que d'autres problèmes de santé sous-jacents. Les rendez-vous en personne peuvent être remplacés par des rendez-vous téléphoniques ou virtuels pour les soins réguliers ou non urgents et pour les services de counseling liés au respect du traitement.

Les rendez-vous pour les soins cliniques et de santé publique avec des personnes qui s'injectent de la drogue offrent des possibilités supplémentaires de gérer les risques liés à la COVID-19.

Afin de protéger les UDI et les autres contre la COVID-19, remettez-leur des masques et du désinfectant pour les mains, expliquez-leur pourquoi elles doivent éviter les contacts étroits et montrez-leur les autres mesures qu'elles peuvent prendre pour réduire leur risque d'exposition.

Évaluer les UDI afin de déterminer s'ils manifestent des symptômes de la COVID-19. Dans le cas des personnes qui sont des cas confirmés ou probables de COVID-19 :

Donner des soins médicaux urgents ou non urgents, ou aiguiller vers un fournisseur en mesure de le faire, s'il y a lieu.

Isoler la personne des autres afin de prévenir la propagation de l'infection.

Les départements de la Santé, les autorités de logement, les systèmes de services aux itinérants et les établissements de soins de santé locaux doivent établir des plans pour déterminer les endroits où les cas confirmés ou probables de COVID-19 seront isolés jusqu'à ce qu'ils répondent aux critères pour sortir de l'isolement.

Consulter les directives sur l'aide à fournir aux personnes en situation d'itinérance dans le contexte de la COVID-19.

Pour en savoir plus

Références

GOLDEN, M.R., R. LECHTENBERG, S.N. GLICK *et coll.* *Outbreak of human immunodeficiency virus infection among heterosexual persons who are living homeless and inject drugs*, Seattle (Washington), 2018. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2019, 68(15)344-349.

*Des groupes et des éclosions ont été recensés en Floride (Miami); 3 **au Kentucky** (nord du **Kentucky**); 4 au Massachusetts (Lawrence et Lowell; Boston); 5,6 au Minnesota (comtés de Hennepin et de Ramsey); 7 en Caroline du Nord (Ouest de la Caroline du Nord); 8 en Ohio (comté de Hamilton); 4 en Oregon (Portland); 9 en Pennsylvanie (Philadelphie); 10 à Washington (Seattle); 11 et en Virginie de l'Ouest (comté de Cabell; comté de Kanawha).^{12,13} Des augmentations semblables du nombre de diagnostics d'infection au VIH chez les USI ont été recensés ailleurs, y compris en Alaska.¹⁴ Les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) protègent la santé et la sécurité des gens par la prévention et par le contrôle des maladies et des blessures; permettent de prendre de meilleures décisions en matière de santé en présentant des renseignements crédibles sur des questions de santé cruciales; et encourage un mode de vie sain par l'établissement de partenariats solides avec des organismes locaux, nationaux et internationaux.

Département de la Santé et des Services sociaux

Alerte sanitaire : Indique le niveau d'importance le plus élevé; justifie d'agir ou de porter attention immédiatement.

Avis sanitaire : Donne des renseignements importants sur un incident ou sur une situation en particulier; ne justifie pas nécessairement une intervention immédiate.

Mise à jour sanitaire : Présente des renseignements mis à jour sur un incident ou sur une situation; ne justifiera probablement pas une intervention immédiate.

Service d'information : Donne des renseignements généraux qui ne sont pas nécessairement considérés comme nouveaux.

###

Ce message a été distribué aux responsables de la santé, aux épidémiologistes et aux directeurs de laboratoire locaux et des États, aux agents d'information, aux coordonnateurs du HAN et aux associations de cliniciens.

###

<https://emergency.cdc.gov/han/2020/han00436.asp>

Brésil

On commence à relâcher le moustique *Aedes aegypti* porteur de la bactérie *Wolbachia* afin de lutter contre la dengue, à Belo Horizonte

Source : Globo

ID unique : [1007979003](#)

Les chercheurs s'attendent à ce que la dengue, le Zika et le chikungunya connaissent une baisse dans la ville.

Le moustique *Aedes aegypti*, que l'on a soumis à un processus d'implantation de bactéries *Wolbachia* a commencé à être relâché dans la région de Sale Nova, à Belo Horizonte, ce lundi (5).

Le projet, mené dans d'autres pays, serait prometteur pour réduire la transmission de la dengue, du Zika et du chikungunya.

Selon Luciano Moreira, chercheur de la Oswaldo Cruz Foundation (Fiocruz) et coordonnateur du projet, chaque tube compte environ 150 insectes porteurs de la bactérie *Wolbachia*. Il a expliqué ainsi pourquoi la libération dans la capitale minière a commencé par Venda Nova :

« La région de New Sale pose un risque élevé et la libération sera effectuée pendant 16 semaines.

Ensuite, quand la méthode sera plus durable, ils [les moustiques] demeureront dans cette ville », indique M. Moreira.

Wolbachia

La bactérie *Wolbachia* est une bactérie intracellulaire présente chez 60 % des insectes, mais pas chez *Aedes aegypti*. En recourant à la méthode *Wolbachia*, exécutée au Brésil par Fiocruz, ce microorganisme est implanté dans les œufs de l'insecte, ce qui empêche les virus de maladies transmises par les moustiques de s'y développer.

Quand les moustiques porteurs de la bactérie seront relâchés, on s'attend à ce qu'ils se reproduisent et qu'ils créent une nouvelle population d'insectes, qui contiendront tous le microorganisme. Les chercheurs affirment que ce processus ne comporte aucune modification génétique.

Le responsable de la méthode *Wolbachia* au Brésil, Luciano Moreira, a indiqué que l'étude visant à contrôler ces maladies a déjà été mise en œuvre par des chercheurs du programme mondial de lutte contre les moustiques (WMP) dans 12 pays.

Toujours selon lui, les tests menés à Belo Horizonte se poursuivront en 2021, en 2022 et en 2023. « Une fois par semaine, pendant 16 semaines, on relâche des moustiques porteurs de la bactérie *Wolbachia* », explique-t-il.

Dans une étude semblable à celle menée dans la capitale minière de l'Indonésie, le WMP a fait état d'une réduction de 77 % des cas de dengue, confirmés par virologie, dans les régions où des moustiques *Aedes aegypti* porteurs de la bactérie ont été libérés.

Utilisation au Brésil

Au Brésil, la méthode *Wolbachia* est exécutée par Fiocruz, en partenariat avec le ministère de la Santé et avec l'appui des gouvernements locaux. Les mesures ont été lancées à Rio de Janeiro (RJ) and Niterói (RJ), dans une région où l'on recense plus de 1,3 million d'habitants.

À Niterói, les données préliminaires indiquent déjà une réduction de 75 % des cas de chikungunya dans les régions où des moustiques *Aedes aegypti* porteurs de la bactérie *Wolbachia* ont été libérés par rapport à celles où les moustiques ne l'ont pas été.

Le projet s'étend afin d'inclure Campo Grande (MS) et Petrolina (PE).

Le projet « Evita Dengue » à BH

L'Université fédérale du Minas Gerais se joint à l'initiative en tant que partenaires du projet

« Evita Dengue ». Après la libération de ces moustiques, des chercheurs de l'université évalueront les répercussions sur la réduction des cas de dengue, de Zika et de chikungunya.

Selon le médecin et professeur Mauro Teixeirade l'Institut des sciences biologiques (ICB), qui coordonne la recherche, il s'agit d'une collaboration entre l'UFMG et l'Université Emory, l'Université Yale et l'Université de la Floride, toutes situées aux États-Unis.

L'étude est financée par le National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID/NIH) des États-Unis. La recherche a également reçu l'appui de la ville de Belo Horizonte (PBH), par l'intermédiaire des départements de l'Éducation et de la Santé, du ministère de la Santé du Minas Gerais et du ministère de la Santé.

Le projet « Evita Dengue » sera mené dans les neuf régions de Belo Horizonte. Soixante enfants âgés de 6 à 11 ans, de la 1^{re} à la 3^e année inscrits à 58 écoles publiques sélectionnées, seront invités

à participer au projet.

Les moustiques porteurs de la bactérie *Wolbachia* seront relâchés en premier dans les régions où l'on trouve 29 de ces écoles.

Les moustiques *Aedes aegypti* porteurs de la bactérie *Wolbachia* seront ensuite relâchés dans les régions où se trouvent les écoles restantes, une fois que les tests auront été validés.

On prélèvera un échantillon sanguin auprès des enfants afin de déterminer s'ils ont été en contact avec la dengue ou les virus Zika ou chikungunya. Leur approbation ainsi que celle de leurs parents doit être obtenue pour que le prélèvement puisse être effectué.

Afin de garantir que leur identité demeure confidentielle, les échantillons seront identifiés au moyen de numéros, et non de noms.

« Les parents peuvent être assurés qu'il sera impossible d'utiliser ces tests afin de nuire à leurs enfants sous aucun prétexte », indique la chercheuse Fatima Brant, Ph. D. en maladies infectieuses et en médecine tropicale à l'UFMG et membre de l'équipe de coordination du projet.

En plus des prélèvements sanguins, la D^{re} Brant a indiqué que des activités éducatives sont planifiées dans les écoles municipales qui participent à l'étude.

La chercheuse a ajouté que l'étude menée à Belo Horizonte portera sur l'efficacité de la méthode *Wolbachia* dans la capitale de l'État et que le centre de bioproduction où la bactérie est implantée dans les œufs du moustique *Aedes aegypti* se trouve dans l'ancien centre de santé du quartier de São Francisco, dans la région de Pampulha.

<https://g1.globo.com/mg/minas-gerais/noticia/2020/10/05/contra-a-dengue-mosquitos-aedes-aegypti-com-bacteria-wolbachia-comecam-a-ser-soltos-em-belo-horizonte.ghtml>

Recherches, politiques et lignes directrices

Les États-Unis

Vaccins contre le flavivirus : Des chercheurs font un pas de plus vers la mise au point

Source : outbreaknewstoday

ID : 1007977281

Grâce aux résultats d'une étude menée récemment, des chercheurs du département des sciences de la santé de l'Université de l'Arizona ont fait un pas de plus vers la mise au point de vaccins efficaces contre les flavivirus, qui infectent plus de 400 millions de personnes par années, causant des maladies comme la dengue, la fièvre jaune, le virus du Nil occidental, le Zika et l'encéphalite japonaise.

Quand une personne est infectée par un virus, elle produit des anticorps afin de lutter contre celui-ci et de se protéger contre une autre infection. Dans le cas des flavivirus, cependant, si la personne est de nouveau infectée (par exemple, elle contracte la dengue après avoir été infectée par le virus Zika), la présence d'anticorps peut causer des symptômes plus graves, par l'intermédiaire d'un processus que l'on appelle la facilitation de l'infection par des anticorps.

« Si vous avez été infecté par le virus Zika par le passé et que vous êtes par la suite exposé à la dengue, vous êtes beaucoup plus susceptible d'être malade. Les anticorps créés par les cellules B mémoire à la suite de l'infection au virus Zika peuvent se lier à certaines parties du virus de la dengue, mais le virus en soi n'est pas touché », indique Deepta Bhattacharya, Ph. D., professeur agrégé au département d'immunobiologie de Tucson du Collège de médecine de l'Université de l'Arizona. « En fait, les anticorps générés par les cellules B mémoire peuvent fonctionner à la manière d'un cheval de Troie et aider le virus à s'infiltrer dans les cellules, où il peut aggraver la maladie ».

Ces conclusions offrent au D^r Bhattacharya et à son équipe une nouvelle façon de réfléchir à la mise au point de vaccins contre les flavivirus. Plutôt que de cibler le virus dans son ensemble, ils proposent de cibler des zones précises de celui-ci, qui sont propres à chaque type et à chaque souche. En gros, ils retireraient les cellules B mémoire de l'équation de la vaccination.

« Nous voulions étudier la façon dont les réponses du système immunitaire et des anticorps gèrent des expositions séquentielles à différents flavivirus », a dit le D^r Bhattacharya. « La facilitation de l'infection par des anticorps est la principale raison pour laquelle il a été difficile de mettre au point des vaccins contre les flavivirus, particulièrement contre la dengue ».

Le D^r Bhattacharya est l'auteur principal de l'article intitulé *Affinity-restricted memory B cells dominate recall responses to heterologous flavivirus challenges* (disponible en anglais seulement), publié

aujourd'hui dans la revue Immunity. L'étude se centre sur deux types de cellules qui produisent des anticorps : les plasmocytes et les cellules B mémoire.

Les plasmocytes sont les principaux facteurs de l'immunité de longue durée, car ils continuent de produire des anticorps une fois qu'une infection a été guérie ou à la suite d'une vaccination. Les cellules B mémoire ne produisent des anticorps qu'en cas de deuxième infection.

« Nous nous demandons depuis longtemps à quoi servaient ces cellules B mémoire », a indiqué le Dr Bhattacharya, qui est aussi membre du BIO5 Institute de l'université. « Si les plasmocytes produisent déjà des anticorps, pourquoi aurions-nous besoin des autres cellules »?

En recourant à une combinaison d'infections aux flavivirus, de vaccination et de modèles génétiques de souris, le Dr Bhattacharya et son équipe se sont penchés sur la réponse des cellules B mémoire aux infections subséquentes à flavivirus.

Selon leurs constatations, quand les cellules B mémoire sont activées par une nouvelle infection, elles produisent des anticorps diversifiés et capables de cibler des virus qui ont changé depuis la première infection, à la suite d'une mutation ou d'une infection par une souche légèrement différente, par exemple.

« La diversité qui se cache dans les cellules B mémoire est immense. Il s'agit d'une bonne chose pour lutter contre la plupart des agents pathogènes viraux, comme l'influenza ou le SARS-CoV-2. Cela signifie que les cellules B mémoire sont prêtes à fabriquer de nouveaux anticorps et à lutter contre les mutations, si une telle situation se présente », explique le Dr Bhattacharya. « Pour les flavivirus, toutefois, ce n'est pas une bonne nouvelle. Nous avons constaté que les cellules B mémoire produisent beaucoup d'anticorps de qualité inférieure, qui pourraient faciliter la deuxième infection. »

Même si les cellules B mémoire savent que le nouveau virus est un flavivirus et qu'elles produisent des anticorps en conséquence, ceux-ci sont incapables d'empêcher le nouveau virus d'infecter les cellules. En fait, elles peuvent aggraver la deuxième infection.

Il en va de même pour les vaccinations. Les vaccins sont conçus pour stimuler une réponse immunitaire et pousser les plasmocytes et les cellules B mémoire à produire des anticorps pour lutter contre un virus. Si une personne qui n'a jamais eu la dengue est vaccinée et développe des anticorps, et qu'elle devient infectée par la suite par un flavivirus différent, les anticorps produits par les cellules B mémoire en réponse à la vaccination peuvent aggraver la maladie.

« En ce qui concerne les personnes qui sont déjà immunisées contre un flavivirus, on éviterait de faire appel à ces cellules B mémoire dont le rendement laisse à désirer », a indiqué le Dr Bhattacharya.

« Quant aux personnes qui n'ont jamais été exposées, on évite d'abord de générer cette diversité problématique ».

[https://www.cell.com/immunity/fulltext/S1074-7613\(20\)30395-2?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1074761320303952%3Fshowall%3Dtrue](https://www.cell.com/immunity/fulltext/S1074-7613(20)30395-2?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1074761320303952%3Fshowall%3Dtrue)
<http://outbreaknewstoday.com/flavivirus-vaccines-researchers-one-step-closer-to-development-41706/>

États-Unis, Mexique

Renouvellement de l'alliance entre le Mexique et les États-Unis pour la salubrité des aliments

Source : CE NAFTA 2.0-USMCA

ID : 1007981372

Les agences de santé publique respectives cerneront des domaines de travail où elles peuvent collaborer afin de protéger la santé des consommateurs et de prévenir des éclosions de maladies d'origine alimentaire.

Afin de renforcer la salubrité des aliments produits, mis en marché et vendus au Mexique et aux États-Unis, les agences de santé des deux pays unissent leurs forces en signant la déclaration d'intention pour l'alliance sur la salubrité des aliments.

Par l'intermédiaire de cette déclaration, les établissements de santé des secrétariats de l'agriculture et du Développement rural et sanitaire du Mexique, ainsi que la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis feront la promotion de mesures collaboratives avec le secteur privé afin d'en savoir plus sur les systèmes de salubrité des deux pays et d'établir des liens de confiance mutuels dans leurs systèmes respectifs pour déterminer les autres domaines où ils pourraient avoir un intérêt mutuel.

Le présent document remplace la déclaration d'intention signée en 2014, qui ne comprenait que des produits agricoles frais et à peine transformés.

Le directeur principal du Service national de salubrité et de qualité des produits agroalimentaires (Senasica), Francisco Javier Trujillo Arriaga, a affirmé que le nouvel instrument assure une communication immédiate entre les organismes, ce qui permet de répondre rapidement aux alertes liées à la salubrité visant à prévenir la circulation de fruits et de légumes du Mexique aux États-Unis. Pendant la séance virtuelle, le représentant du ministère de l'Agriculture a indiqué que la FDA, Senasica et Cofepris tenaient des réunions mixtes pratiquement chaque semaine afin de trouver la meilleure méthode de collaboration entre les trois organismes, les producteurs, le milieu universitaire et l'industrie pour régler les problèmes de salubrité, ce qui est dans l'intérêt des deux pays.

Il a insisté sur le fait que les professionnels techniques du gouvernement du Mexique n'avaient pas mis un terme à leurs visites sur place et aux activités des emballeurs pendant l'intervention sanitaire pour lutter contre la COVID-19, ce qui témoigne d'un engagement qui dépasse le cadre de leur travail à protéger la vie des consommateurs, à promouvoir les échanges et à gérer la validité d'un système alimentaire réussi.

Le propriétaire de Cofepris a à son tour indiqué que l'entreprise renouvelait le partenariat avec les institutions afin de garantir la salubrité des aliments et la sécurité des consommateurs dans les deux pays, en prévenant les risques liés à la consommation d'aliments.

« La signature de ce nouveau partenariat renforcera davantage la communication entre les deux pays, ce qui permettra de mieux se concentrer sur les éclosions attribuables à la consommation d'aliments importés, en privilégiant l'échange de renseignements pour assurer une surveillance efficace de la salubrité. »

Il a ajouté que l'alliance faciliterait aussi « l'échange de connaissances et d'expérience par la formation, ce qui donnera lieu à un système de contrôle de la santé de plus en plus robuste et assorti de produits livrables à impact élevé pour permettre la libre circulation d'aliments de qualité pour la santé des consommateurs dans les deux pays. »

Le sous-commissaire des politiques et interventions alimentaires de la FDA, Frank Yiannas, a indiqué que « la FDA, Senasica et Cofepris renforceront leur collaboration afin d'accroître la salubrité des aliments et de tirer parti de nouvelles approches qui protègent mieux les consommateurs aux États-Unis et au Mexique ».

Au moment de l'accord, le commissaire de la FDA, Stephen M. Hahn, a déclaré que l'alliance était importante pour les États-Unis, parce que « les consommateurs américains dépendent des importations du Mexique pour la plupart des fruits et légumes frais qu'ils consomment, et pour d'autres aliments ».

Il a fait remarquer que « le tiers environ de l'ensemble des aliments et 60 % des produits frais importés aux États-Unis proviennent du Mexique ».

La FDA, Senasica et Cofepris ont toujours travaillé en collaboration constante, en raison du commerce alimentaire considérable entre les deux pays.

Depuis 2014, les trois organismes ont signé une alliance axée sur la salubrité des produits frais et à peine transformés, dont la portée doit être élargie afin d'inclure les aliments réglementés par les trois organismes en signant cette nouvelle alliance pour la salubrité des aliments.

La signature de cette nouvelle alliance établit la création de groupes de travail, qui préviendront la présence de contaminants microbiologiques dans les produits agricoles frais et à peine transformés, qui répondront rapidement et efficacement aux éclosions, qui collaboreront aux tests en laboratoire, qui renforceront les capacités techniques en recourant aux technologies et aux outils modernes et intelligents à leur disposition afin de garantir la salubrité des aliments et de mettre en œuvre plus rapidement des mesures de prévention et de vérification fondées sur des données probantes, entre autres.

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

Exploration de nouveaux vaccins améliorés contre la grippe saisonnière : examen systématique de l'efficacité, de l'efficacité et de l'innocuité

Source : ECDC

À la suite d'une revue systématique de la littérature, l'ECDC a évalué l'efficacité, l'efficacité et l'innocuité de vaccins inactivés contre l'influenza (grippe) saisonnière nouveaux et améliorés chez des sujets âgés de 18 ans et plus. Les vaccins évalués sont des vaccins MF59® contre l'influenza à protéine hémagglutinine recombinante avec adjuvant, cellulaires et à dose élevée.

Vaccins © Istock

En résumé, la base de données probantes sur l'efficacité (résultats de l'étude sur les essais cliniques de phase 3 menés) et sur l'efficacités (résultats d'une étude sur l'évaluation du rendement des vaccins quand ils sont utilisés dans le monde réel) de vaccins nouveaux et améliorés contre l'influenza est encore limitée à l'heure actuelle. Plusieurs études sont toutefois en cours, ce qui signifie que l'ECDC mettra à jour le présent examen en conséquence.

Malgré les preuves limitées dont on dispose à l'heure actuelle, l'utilisation de ces vaccins offre probablement une meilleure protection contre la grippe saisonnière que l'absence de vaccination. Étant donné l'absence d'études disponibles, il n'a pas été possible d'évaluer des comparaisons entre les nouveaux vaccins. On a présenté un vaste ensemble de connaissances sur l'innocuité des nouveaux vaccins contre l'influenza, et on devrait avoir des résultats sur les profils d'innocuité.

Dans le rapport, on présente des recommandations afin d'améliorer les recherches menées et la présentation de rapports sur ce sujet dans le but d'améliorer les données disponibles en général sur ces nouveaux vaccins améliorés contre l'influenza saisonnière.

Pourquoi les vaccins contre l'influenza saisonnière?

L'influenza saisonnière est une maladie respiratoire infectieuse qui circule habituellement de novembre à avril dans l'hémisphère Nord et de juin à octobre dans l'hémisphère Sud. Elle se transmet principalement entre humains par l'intermédiaire de gouttelettes, à la suite d'un contact indirect ou par voie aérienne. L'Organisation mondiale de la Santé estime que les épidémies de grippe saisonnière annuelles entraînent ensemble de trois à cinq millions de cas graves et de 290 000 à 650 000 décès attribuables à une maladie respiratoire à l'échelle mondiale.

La façon la plus efficace de prévenir l'infection à l'influenza saisonnière est la vaccination propre à la souche. L'efficacité des vaccins contre l'influenza mis au point chaque année dépend d'un certain nombre de facteurs, y compris les souches d'influenza prédominantes en circulation, la couverture de vaccination obtenue dans les populations (à risque) et la mutation du virus par rapport aux saisons d'influenza précédentes.

Pendant plusieurs décennies, seuls les vaccins trivalents contre l'influenza (qui contiennent deux souches de l'influenza de type A et une souche de l'influenza de type B) étaient offerts. Au cours des dernières années, des vaccins quadrivalents (qui contiennent deux souches de l'influenza de type A et deux souches de l'influenza de type B) ont été homologués et sont disponibles. Les vaccins conventionnels contre l'influenza ont des limites en ce qui concerne la réponse immunitaire. En outre, le substrat utilisé au cours de la fabrication peut réduire l'efficacité générale. Les vaccins nouveaux et améliorés contre l'influenza ont été mis au point sous les formes trivalente et quadrivalente afin de contrer ces limites.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/news-events/seasonal-influenza-vaccines-systematic-review-efficacy>