

Rapport quotidien du RSMIP pour le 20 août 2020

Section spéciale sur le coronavirus

Canada

Régions au Canada comptant des cas de COVID-19 au 19 août 2020 à 19 h HAE

Source : Gouvernement du Canada

Province, territoire ou autre	Nombre de cas confirmés	Nombre de cas actifs	Nombre de décès
Canada	123 490	4 619	9 049
Terre-Neuve-et-Labrador	268	2	3
Île-du-Prince-Édouard	44	4	0
Nouvelle-Écosse	1 076	5	64
Nouveau-Brunswick	186	12	2
Québec	61 316	1 349	5 729
Ontario	40 972	965	2 792
Manitoba	763	223	12
Saskatchewan	1 586	154	22
Alberta	12 501	1 107	227
Colombie-Britannique	4 745	798	198
Yukon	15	0	0
Territoires du Nord-Ouest	5	0	0
Nunavut	0	0	0
Voyageurs rapatriés	13	0	0

Un [résumé épidémiologique](#) détaillé est disponible pour consultation.

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

Canada — Maladie à coronavirus (COVID-19), éclosions et résultats (officiels et médias)

Canada

Message de l'administratrice en chef de la santé publique du Canada le 19 août 2020

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

Numéro d'identification : 1007666076

Énoncé

19 août 2020 — Ottawa (Ontario) — Agence de la santé publique du Canada

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

« Il y a eu 123 154 cas de COVID-19 au Canada, dont 9 045 décès. Des personnes infectées, 89 % des personnes sont maintenant rétablies. Jusqu'à maintenant, les laboratoires du Canada ont analysé les tests de dépistage de la COVID-19 de 4 880 172 personnes. Au cours de la semaine dernière, plus de 48 700 personnes en moyenne ont été testées chaque jour, dont 0,8 % ont reçu un résultat positif. Au cours des dernières semaines, le nombre de cas au pays a varié entre 350 et 500 cas par jour, et un peu plus de 390 cas ont été signalés quotidiennement au cours des sept derniers jours.

Alors que les autorités de la santé publique et les Canadiens ne ménagent pas leurs efforts pour limiter la propagation de la COVID-19, nous suivons de près les indicateurs d'activité de la maladie, dont le nombre de cas quotidiens, le nombre de cas hospitalisés et le pourcentage de personnes ayant un reçu un résultat positif afin d'informer et d'adapter nos actions au besoin.

Actuellement, les résultats montrent que grâce à nos efforts, nous contrôlons la propagation de la COVID-19 à un niveau gérable. Le nombre de cas quotidien moyen demeure entre 350 et 500 nouveaux cas par jour dans tout le pays. Le nombre de cas signalés au cours de la fin de semaine étant toujours plus faible, le taux d'infection à la COVID-19 est remonté lundi, comme à l'habitude, et 785 nouveaux cas ont été déclarés. Toutefois, la moyenne mobile sur sept jours permet d'atténuer l'écart entre les creux de la fin de semaine et les sommets du lundi, avec une moyenne de 391 cas signalés quotidiennement au cours des sept derniers jours, un nombre qui se situe dans la fourchette actuelle.

De nouveaux cas continueront d'apparaître à mesure que le virus de la COVID-19 circulera au Canada et dans le monde, mais nous avons également amélioré notre capacité de gérer la propagation à l'avenir. Nous avons renforcé les capacités des systèmes de santé, de santé publique et de laboratoire, et les espaces économiques et sociaux ont été modifiés de manière à réduire les risques d'exposition à mesure qu'ils rouvraient. Plus important encore, nous avons tous appris l'importance des mesures de santé publique essentielles, comme l'éloignement physique, l'hygiène des mains, la protection supplémentaire offerte par le port de masques non médicaux et d'autres précautions pour réduire le risque d'infection et de propagation du virus.

Nous poursuivons la réouverture des espaces (notamment celle de nos écoles, qui revêt une importance toute particulière), mais il ne faut pas penser que la rentrée scolaire et professionnelle ressemblera à celle de 2019. Ce sera plutôt un retour à des espaces modifiés, à des routines adaptées et à des protocoles d'atténuation qui font partie intégrante de notre approche axée sur la prudence pour la réouverture, afin de maintenir le taux d'infection à la COVID-19 à un niveau bas. Il y aura des incertitudes dans l'avenir, mais nous avons fait preuve de force et d'adaptabilité tout au long du processus, et les enfants du Canada continueront de montrer toute leur résilience lorsqu'ils reprendront leurs activités d'apprentissage et de socialisation à l'école, conditions essentielles pour obtenir les meilleurs résultats à long terme.

Aujourd'hui, je tiens également à saluer un autre groupe de bâtisseurs de résilience. Tout au long de la crise de la COVID-19, les organismes d'aide humanitaire se sont efforcés de protéger les personnes à haut risque de contracter une infection à la COVID-19 et de renforcer la résilience des collectivités au Canada et dans le monde entier. Aujourd'hui, en cette Journée mondiale de l'aide humanitaire, je tiens à saluer ces authentiques héros et héroïnes qui vivent et travaillent parmi nous.

Remercions tous les membres de ces organismes, ainsi que tous nos travailleurs essentiels, aujourd'hui et chaque jour. Nous pouvons tous leur faciliter la tâche en améliorant notre savoir-faire en matière de lutte contre la COVID-19 et en faisant notre part pour maintenir le taux d'infection à un faible niveau. En comprenant les risques, en respectant les directives de santé publique locales et en prenant les bonnes précautions, nous serons en mesure de prendre des décisions éclairées pour nous protéger, et protéger

nos familles et nos collectivités. Vous pouvez trouver des renseignements et des conseils supplémentaires [ici](#). »

Demandes de renseignements

Relations avec les médias

Agence de la santé publique du Canada

613-957-2983

hc.media.sc@canada.ca

Recherche d'information connexe par mot-clés : [HE Santé et sécurité](#) | [Agence de la santé publique du Canada](#) | [Santé Canada](#) | [Canada](#) | [Coronavirus \(COVID-19\)](#) | [médias](#) | [déclarations](#)

<https://www.canada.ca/fr/sante-publique/nouvelles/2020/08/declaration-de-ladministratrice-en-chef-de-la-sante-publique-du-canada-le-19-aout-2020.html>

Canada

Les médecins de famille préoccupés par la COVID-19 et la saison de la grippe demandent des directives claires de la part de la santé publique

Source : CTVNews.ca — Health — Public RSS

Publié le : 19-08-2020 19 h 57 UTC

Reçu le : 19-08-2020 19 h 57 UTC (0 minute)

Numéro d'identification unique : 1007666275

TORONTO – Est-ce un rhume? La grippe? Ou est-ce la COVID-19? Les médecins canadiens n'auront peut-être pas d'autre choix que de tester tous ceux qui présentent des symptômes respiratoires cet automne, alors que les élèves et les parents se préparent anxieusement à la rentrée dans quelques semaines.

Les médecins de tout le pays, inquiets des incertitudes qui pèseront sur les semaines et les mois à venir, demandent conseil aux responsables de la santé publique alors que leurs cabinets se préparent à l'assaut potentiel de la saison du rhume et de la grippe, au cours de ce qui devrait être une nouvelle vague d'infections à coronavirus. Les préoccupations portent en partie sur le protocole et le processus, mais aussi sur l'accès aux soins pour les patients si les cabinets de médecine familiale et les cliniques devaient fermer en raison d'une éclosion.

« Nous ne pourrions pas faire la différence entre des symptômes de la grippe, d'un simple rhume ou de la COVID », a déclaré la Dre Iris Gorfinkel, médecin de famille à Toronto, au sein de PrimeHealth Clinical Research.

« C'est pourquoi tous les patients présentant des symptômes de type grippal devront se soumettre à un dépistage de la COVID-19 ».

Les membres de l'Association médicale canadienne (AMC) affirment avoir entendu de nombreux médecins inquiets poser des questions sur la manière d'aborder les prochains mois et estiment qu'un plan est nécessaire.

« La réouverture de nos écoles est une expérience en situation réelle », a déclaré le Dr Sandy Buchman, président de l'AMC.

« Nous ne savons pas encore vraiment comment cela va se passer. Donc, dans cette expérience, je pense que nous devons être très proactifs en nous assurant que nous avons la capacité de tester, de retracer et d'isoler rapidement. »

Les questions des médecins sont notamment les suivantes : les patients qui présentent des symptômes respiratoires doivent-ils être envoyés directement dans les centres de dépistage de la COVID? Devraient-

ils être triés différemment? Qu'en est-il des maux de tête, de la diarrhée, des douleurs thoraciques inexplicables ou de l'essoufflement? Et que devraient faire les médecins si eux-mêmes ou leurs propres enfants tombent malades?

Ces préoccupations sont au premier plan pour de nombreux médecins comme Dre Gorfinkel, qui affirme qu'une grande partie des patients qu'elle voit en tant que médecin de famille présentent ces symptômes. Parallèlement, elle est elle-même mère de trois enfants dont le plus jeune est au secondaire*.

« Elle va maintenant entrer en 10^e année. Suis-je inquiète? Suis-je préoccupée? Absolument », a déclaré Dre Gorfinkel au sujet de sa plus jeune fille, qui s'inquiète de son potentiel à devenir une super-contaminatrice.

« Si elle était asymptomatique et me le transmettait, je n'aurais peut-être aucune idée que je suis potentiellement contagieuse pour les autres. »

Et si c'était un camarade de classe qui était porteur du virus? Tous ces scénarios soulèvent la question de savoir si la Dre Gorfinkel doit subir un test de dépistage régulièrement, et si oui, à quelle fréquence.

Le personnel hospitalier est censé subir un test de dépistage chaque semaine, mais il n'existe actuellement aucune directive sur la fréquence à laquelle les travailleurs de la santé asymptomatiques doivent être testés, a-t-elle déclaré.

Et si un médecin obtient un résultat positif, il doit fermer son cabinet et se mettre en quarantaine pendant deux semaines. Les patients qui ont été en contact direct avec le médecin au cours des deux semaines précédentes doivent également être avertis et testés.

« Si je me sentais bien et asymptomatique, je poursuivrais les soins virtuels à domicile, mais cela mettrait fin aux visites en personne pendant les deux semaines suivantes. »

La nouvelle présidente de l'AMC a également fait part de préoccupations similaires.

« Est-ce que je reste loin du bureau? De l'hôpital? Le souci est vraiment de ne pas trop perturber les soins à nos patients », a déclaré la Dre Ann Collins, de Fredericton, présidente élue de l'AMC.

« Qu'en est-il du chirurgien dont la petite fille est renvoyée de la garderie avec des symptômes? Annule-t-elle sa liste d'attente au bloc opératoire? Il y a toutes sortes de problèmes liés aux soins. »

Dre Collins, médecin de famille depuis plus de 30 ans, affirme qu'une certaine confusion plane et qu'il « est difficile de savoir vers qui se tourner pour se renseigner sur ces préoccupations pragmatiques et quotidiennes. »

En attendant, certains médecins disent que les masques, les gants et les jaquettes sont encore rares. « Cela varie selon les départements, mais les médecins nous disent qu'ils n'en ont pas suffisamment ou qu'ils doivent encore les acheter eux-mêmes », a déclaré Dr Buchman de l'AMC.

Parallèlement, les médecins des services d'urgence rappellent que les urgences débordent déjà fréquemment pendant la saison normale du rhume et de la grippe. Qu'arrivera-t-il aux urgences des hôpitaux si les médecins de famille choisissent de ne pas voir les patients présentant des symptômes respiratoires, ou s'ils ferment les cliniques en raison d'une éclosion de COVID-19?

Pour le Dr Alan Drummond, de l'Association canadienne des médecins d'urgence, la possibilité qu'on assiste simultanément à une flambée de grippe et de COVID-19 représente une « épée à double tranchant ».

« Nous avons survécu à la première vague de la pandémie », a déclaré Dr Drummond.

« Le moment est venu de nous dire " Bon, nous ne savons pas s'il y aura une deuxième vague ou s'il y aura une augmentation soudaine des cas, mais nous avons une période de répit qui nous donne la possibilité de nous préparer. Il faut donc commencer à nous préparer ».

<https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/family-doctors-worried-about-covid-19-and-flu-season-want-clear-guidance-from-public-health-1.5070548> [en anglais]

Canada

Un employé du Canadian Tire de South Barrie reçoit un résultat positif à la COVID-19

Source : Barrie 360

Publié le : 18-08-2020 22 h 13 UTC

Reçu le : 19-08-2020 12 h 38 UTC (+14 heures 25 minutes)

Numéro d'identification unique : 1007663223

Facebook Twitter

L'unité de santé du district de Simcoe Muskoka a été informée d'un cas de COVID-19 impliquant un travailleur du Canadian Tire du quartier sud à Barrie.

Lors d'un point de presse mardi, le Dr Charles Gardner n'a donné que peu de détails, si ce n'est qu'une enquête avait été lancée pour déterminer comment l'individu avait contracté le virus. La recherche des contacts est également en cours.

Ce cas est distinct du cas déclaré par l'unité de santé mardi : dans ce dernier cas, il s'agissait d'un homme de Barrie qui avait contracté la maladie par l'entremise d'un proche contact.

<https://barrie360.com/employee-at-south-barrie-canadian-tire-tests-positive-for-covid-19/> [en anglais]

Canada

Un groupe de travailleurs de Dofasco en auto-isolement après qu'un collègue ait reçu un résultat positif au test de COVID-19

Source : TheSpec.com

Publié le : 18-08-2020 19 h 8 UTC

Reçu le : 19-08-2020 12 h 37 UTC (+17 heures 29 minutes)

Numéro d'identification unique : 1007663210

Un groupe de travailleurs de Dofasco en auto-isolement après qu'un collègue ait reçu un résultat positif au test de COVID-19

Par Sebastian Bron, journaliste pour The Spectator

Mardi 18 août 2020 – 1 minute de lecture

Un groupe d'employés de Dofasco a reçu l'ordre de s'isoler après qu'un travailleur de la ligne de galvanisation ait reçu un résultat positif au test COVID-19.

La porte-parole Marie Verdun a déclaré que « moins de 10 » travailleurs ont été identifiés comme de potentiels contacts étroits de cette personne, qui a obtenu un résultat positif le 13 août. Cette personne a travaillé pour la dernière fois le 9 août.

« Parce que ce collègue a été en contact étroit (en dehors du travail) avec un employé de l'unité de fabrication de fer, on a également conseillé à d'autres collègues de s'isoler », a déclaré Marie Verdun dans un courriel.

Cette nouvelle infection porte à neuf le nombre total de cas chez Dofasco depuis le début de la pandémie. Sept de ces cas étaient des employés de l'entreprise et deux étaient des entrepreneurs tiers. Aucun de ces cas n'était relié aux autres, a déclaré M. Verdun.

L'un d'entre eux, un employé de l'unité de manutention et de logistique, a été déclaré positif à la COVID-19 après une autopsie pratiquée le 10 mai. Il avait 60 ans.

La ville a enregistré quatre nouveaux cas positifs de COVID-19 mardi, ce qui porte le nombre total à 951. Environ 90 % des cas — 858 — sont rétablis, tandis que 48 cas restent actifs.

Sebastian Bron est un journaliste basé à Hamilton, pour The Spectator. Vous pouvez le contacter par courriel à l'adresse suivante : sbron@thespec.com.

<https://www.thespec.com/news/hamilton-region/2020/08/18/group-of-dofasco-workers-in-self-isolation-after-colleague-tests-positive-for-covid-19.html> [en anglais]

Canada

Le Québec se prépare à la deuxième vague de COVID-19

Source : YorkRegion.com

Publié le : 19-08-2020 14 h 8 UTC

Reçu le : 19-08-2020 14 h 8 UTC (0 minute)

Numéro d'identification unique : 1007664246

MONTRÉAL – Chaque centre de soins de longue durée au Québec aura une seule personne responsable et redevable des actions entreprises dans le cadre de COVID-19, a déclaré mardi le ministre de la Santé, Christian Dubé, alors qu'il s'apprête à renforcer ce secteur vulnérable en prévision d'une éventuelle deuxième vague du nouveau coronavirus.

Les employés du domaine de la santé ne pourront plus travailler dans plus d'un centre pour personnes âgées, pour éviter qu'ils ne transportent le virus à leur insu d'un établissement à un autre, a déclaré le ministre de la Santé.

M. Dubé a déclaré aux journalistes à Québec que le gouvernement se donnait six semaines pour mettre en œuvre le plan d'action à plusieurs volets qu'il a annoncé mardi et qui, selon lui, permettra de réagir plus rapidement et plus efficacement en cas de nouvelle vague.

Nombre des mesures qui seront mises en place d'ici la fin septembre visent à éviter une seconde catastrophe dans le secteur des soins de longue durée, qui a représenté la majeure partie des 5 727 décès de la province imputés au virus.

Un élément clé du plan consiste à nommer un responsable qui dirigera chacun des quelque 400 établissements de soins de longue durée de la province. Le premier ministre du Québec, François Legault, a déclaré qu'au début de la pandémie, la responsabilité de plusieurs établissements de soins de longue durée était souvent confiée à une seule personne, ce qui créait de la confusion et diffusait la responsabilité.

Les nouveaux directeurs, qui seront chacun secondés par un spécialiste du contrôle des infections, seront chargés de veiller à ce que les directives gouvernementales soient respectées. « Je ne veux plus entendre dire que ce n'est pas clair », a déclaré M. Dubé.

Il a promis que les gestionnaires qui ne suivront pas les directives subiront des conséquences, bien qu'il n'ait pas précisé en quoi elles consisteraient.

M. Dubé a souligné que les gestionnaires actuels des établissements de soins de longue durée n'étaient pas responsables des échecs de la première vague, qui a révélé les faiblesses d'un système qu'il a décrit comme fragile et à court de ressources.

Au contraire, a-t-il dit, de nombreux directeurs n'ont pas été en mesure de répondre à la pandémie en raison d'une combinaison de pénurie de personnel, de manque de formation et de contrôle des infections, et de directives qui ont été appliquées de manière inégale, autant de problèmes qu'il espère que le nouveau plan abordera.

« Les élus ainsi que les gestionnaires seront imputables », a-t-il déclaré. « Mais ce que nous voulons faire avec le plan d'action, avec les montants dont nous parlons, c'est faire en sorte que les gestionnaires et les élus travaillent avec les bons outils ».

VOUS POURRIEZ ÊTRE INTÉRESSÉ PAR...

La stratégie de M. Dubé comprend également des tests de masse rapides, le maintien de l'accès aux opérations chirurgicales et la garantie que la province dispose de suffisamment d'équipements médicaux pour réagir à une possible deuxième vague.

« Face au virus, nos meilleures armes sont la souplesse et la rapidité », a-t-il déclaré.

M. Dubé a également annoncé un montant supplémentaire de 106 millions de dollars pour la santé publique, qui permettra aux établissements de santé régionaux d'embaucher quelque 1 000 travailleurs à temps plein pour aider à la recherche des contacts, au contrôle des infections et à l'administration d'un éventuel vaccin.

Le gouvernement a déjà embauché 10 000 préposés aux bénéficiaires, qui devraient entrer sur le marché du travail dans les prochaines semaines.

La ministre des Aînés, Marguerite Blais, a déclaré mardi qu'un grand nombre des éléments du plan d'action auront un effet positif durable sur le secteur des soins de longue durée. Elle a déclaré que le gouvernement présenterait une politique à plus long terme sur les établissements pour personnes âgées cet automne.

Entretemps, le Québec a signalé mardi 46 nouveaux cas de COVID-19 et six décès supplémentaires liés au nouveau coronavirus.

Le nombre d'hospitalisations est demeuré inchangé (145) tandis que le nombre de personnes aux soins intensifs a augmenté de deux, pour atteindre 27.

Le Québec est de loin la province canadienne la plus touchée, avec 61 252 infections à la COVID-19 depuis le début de la pandémie.

Bien que le nombre de nouveaux cas ait diminué ces dernières semaines, M. Dubé a rappelé que le virus circule toujours dans la province.

Il a déclaré que l'« accalmie » actuelle n'était pas un signe que le virus avait disparu, mais plutôt une possibilité de se préparer à une augmentation probable des infections à l'automne.

Selon M. Dubé, le Québec a réussi à contenir les récentes épidémies, ce qui laisse penser que la province est mieux préparée à agir rapidement si une deuxième vague se produit.

Ce reportage de La Presse Canadienne a été publié pour la première fois le 18 août 2020.
Par Morgan Lowrie, La Presse Canadienne

<https://www.yorkregion.com/news-story/10140908-quebec-outlines-plan-for-second-covid-19-wave/> [en anglais]

Canada

Coronavirus : L'Université de Toronto inaugure un institut des pandémies grâce à un don

Source : Toronto | Globalnews.ca

Publié le : 19-08-2020 15 h 13 UTC

Reçu le : 19-08-2020 15 h 13 UTC (0 minute)

Numéro d'identification unique : 1007664404

TORONTO — L'Université de Toronto a ouvert un centre de recherche sur la pandémie pour aider à structurer la réponse du gouvernement à la pandémie de COVID-19.

L'Université indique que l'institut se concentrera sur la collaboration avec les professionnels de la santé publique pour participer à la préparation à la pandémie et la reprise des activités après celle-ci.

L'institut aidera également le Canada à créer des modélisations des maladies infectieuses.

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

Les universitaires étudieront comment la pandémie a aggravé les inégalités entre les riches et les pauvres dans le monde.

Selon le doyen Adalsteinn Brown, les universitaires ont la liberté d'agir plus rapidement que les gouvernements et sont politiquement neutres, ce qui leur permet d'aider à répondre rapidement aux nouvelles menaces.

L'Institut des pandémies a été financé par un don d'un million de dollars de la philanthrope torontoise Sabina Vohra-Miller.

<https://globalnews.ca/news/7285725/coronavirus-university-of-toronto-institute-for-pandemics/> [en anglais]

Canada

L'Ontario rapporte 102 nouveaux cas de COVID-19, un client d'un bar de danseuses de Toronto reçoit un résultat positif

Source : CBC News

Publié le : 19-08-2020 15 h 13 UTC

Reçu le : 2020-08-19 15 h 13 UTC (0 minute)

Numéro d'identification unique : 1007664402

L'Ontario signale 102 nouveaux cas de COVID-19 mercredi, un jour après que la province ait connu sa plus forte augmentation quotidienne du mois, a déclaré la ministre de la Santé Christine Elliott.

Mardi, l'Ontario a signalé 125 nouveaux cas de cette maladie, soit le plus grand nombre de cas enregistrés en une seule journée depuis la fin du mois de juillet.

Mercredi, Mme Elliott a indiqué que 30 des 34 unités de santé publique de la province ont signalé cinq cas ou moins, dont 17 qui n'ont signalé aucun nouveau cas.

Pendant ce temps, à Toronto, l'Agence de santé publique de la ville affirme qu'un client d'un bar de danseuses a été déclaré positif à la COVID-19, après une annonce antérieure selon laquelle une personne employée dans ce bar était atteinte du coronavirus.

L'Agence de santé publique de Toronto a déclaré avoir tenté de contacter les quelque 550 personnes qui auraient pu être en contact avec la personne infectée à l'emploi du Brass Rail.

Elle indique que le client qui a été déclaré positif est originaire d'une région en dehors de Toronto, et que les fonctionnaires sont en contact avec l'unité de santé correspondante.

L'affaire fait l'objet d'une enquête et les autorités locales de santé publique assureront un suivi auprès de la personne pour solliciter des informations concernant toutes les sources possibles.

L'Agence demande à toute personne ayant fréquenté la Brass Rail Tavern entre le 4 et le 8 août de surveiller la présence des symptômes de COVID-19.

Le service de santé publique de Toronto affirme que le bar de danseuses applique désormais les directives opérationnelles en cas de pandémie, après qu'une première enquête ait révélé un non-respect des règles. L'Agence indique que les inspections de routine des lieux de divertissement pour adultes dans toute la ville sont presque terminées.

<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/patron-of-toronto-strip-club-patron-tests-positive-for-covid-19-hundreds-potentially-exposed-1.5691818?cmp=rss> [en anglais]

Canada

Les parents et le personnel seront informés des cas de COVID-19 dans les écoles, promet SPO

Source : CBC News

Publié le : 19-08-2020 14 h 54 UTC

Reçu le : 19-08-2020 14 h 54 UTC (0 minute)

Numéro d'identification unique : 1007664310

Santé publique Ottawa (SPO) déclare qu'elle fera preuve de transparence à l'endroit des éducateurs et des parents d'enfants qui ont pu être en contact avec un cas positif de COVID-19 à l'école, même si aucune éclosion n'a été déclarée.

Au cours d'une téléconférence mardi, Vera Etches, médecin-hygiéniste d'Ottawa, a indiqué qu'une éclosion sera déclarée lorsque deux personnes d'une même école obtiendront un résultat positif et que les deux cas auront un lien avec l'environnement scolaire. Cette politique est conforme au projet de directives provinciales, dit-elle.

Cette définition s'écarte de la façon dont SPO a jusqu'à présent défini les éclosons dans d'autres établissements pendant la pandémie. Dans les établissements de soins de longue durée et les garderies, par exemple, un seul cas confirmé déclenche la déclaration d'une éclosion par les autorités et fait l'objet d'une publication en ligne.

Etches a précisé que tous les foyers d'éclosion dans les écoles seront signalés de la même manière au grand public. Toutefois, si un seul cas est découvert dans une école, une infirmière de la santé publique contactera à tous les contacts potentiels pour les informer des prochaines étapes et leur faire savoir s'ils doivent également subir des tests.

« Tout le monde comprend que les parents veulent autant d'informations que possible », a déclaré la Dre Etches.

« À Ottawa, ce qui est important, c'est d'avoir les informations dont vous avez besoin pour protéger votre famille et prendre des décisions vous-mêmes. Donc, pour les parents d'enfants fréquentant une école où il y a un cas, mais qui n'est pas déclarée comme un foyer d'éclosion, nous communiquerons avec les parents qui ont besoin de le savoir ».

Premier décès déclaré en août

La SPO a signalé le premier décès lié à la COVID-19 dans la ville ce mois-ci, ce qui porte à 265 le nombre total de décès depuis le début de la pandémie.

La mise à jour de mardi marque le premier décès dans cette ville depuis le 28 juillet.

Il y a huit nouveaux cas de COVID-19 à Ottawa, pour un total de 108 cas actifs. Vingt et un cas supplémentaires ont été déclarés résolus, pour un total de 2 355.

La SPO a signalé deux nouvelles éclosions dans des établissements de soins de longue durée de la ville après qu'un membre du personnel ait obtenu un résultat positif à la résidence Saint-Louis, et un autre au manoir Billingwood. Il y a maintenant cinq éclosions dans des établissements de soins à Ottawa.

Douze personnes restent hospitalisées en raison de la COVID-19, et un patient est actuellement aux soins intensifs.

La province a traité 23 000 tests lundi

L'Ontario signale 125 nouveaux cas de cette maladie, ce qui représente une légère augmentation par rapport aux derniers jours.

Le ministre de la Santé de l'Ontario a déclaré que cette hausse est principalement attribuable à des augmentations localisées, avec 17 nouveaux cas à Peel, 27 à Toronto et 28 à Windsor-Essex. Christine Elliott a ajouté que 27 des 34 unités de santé publique de la province ont signalé cinq cas ou moins lundi. Seize d'entre elles n'ont déclaré aucun nouveau cas.

Dans toute la province, quelque 23 000 tests COVID-19 ont été traités lundi.

<https://www.cbc.ca/news/canada/ottawa/new-covid-19-death-ottawa-8-cases-1.5690673> [en anglais]

États-Unis — Coronavirus 2019 (COVID-19) — Matériel de diffusion (officiel et médias)

États-Unis

COVID-19 chez des réfugiés nouvellement arrivés

Source : CDC

Mis à jour le 19 août 2020

Les réfugiés aux États-Unis, en particulier ceux qui sont récemment réinstallés, peuvent se retrouver dans des conditions de vie ou de travail qui les exposent au risque de contracter la COVID-19. Certains réfugiés ont également un accès limité aux soins de santé, ainsi que certaines conditions médicales sous-jacentes qui les exposent à un risque plus élevé de symptômes graves de COVID-19 par rapport au reste de la population américaine.

Une personne réfugiée est une personne qui a été forcée de fuir son pays en raison d'une crainte fondée de persécution pour des raisons de race, de religion, de nationalité ou d'opinion politique. Près de 750 000 réfugiés se sont réinstallés aux États-Unis entre 2008 et 2019, et des milliers d'autres se sont réinstallés depuis lors.

Les réfugiés peuvent bénéficier d'une aide financière du gouvernement américain pour leur réinstallation, notamment de prestations de santé telles qu'une assurance maladie à court terme pour une période allant jusqu'à 8 mois après leur arrivée et un examen médical dans les 90 jours après leur arrivée.

L'impact de la COVID-19 sur la vie des réfugiés réinstallés reste inconnu, car la COVID-19 est une nouvelle maladie. Répondre aux besoins quotidiens des réfugiés en matière de santé et de soins, notamment en cas d'urgence sanitaire, peut contribuer à assurer la sécurité des communautés.

Orientation des réfugiés à leur arrivée aux États-Unis



Document de bienvenue pour les réfugiés

- [Amharique — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Arabe — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Birman — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Dari — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Anglais — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Farsi — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Français — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Créole haïtien — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Karènes — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Kinyarwanda — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Népalais — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Pashto — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Portugais — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Russe — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Somalien — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Espagnol — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Swahili — document PDF \[pages\]](#)
- [Tigrinya — document PDF \[8 pages\]](#)
- [Ukrainien — document PDF \[8 pages\]](#)

Les réfugiés viennent de diverses régions du monde, et les professionnels qui travaillent avec eux doivent comprendre les risques sanitaires encourus dans les pays qu'ils quittent, y compris le risque de COVID-19. Les [avis de santé aux voyageurs](#) [en anglais] des CDC, qui informent les voyageurs et d'autres publics des risques liés à la COVID-19 dans les pays du monde entier, constituent une des ressources disponibles. Découvrez comment les CDC déterminent le [Travel Health Notice](#) [en anglais] (avis de santé aux voyageurs) COVID-19 d'un pays.

Les professionnels de la santé publique, les organisations communautaires, les agences de réinstallation et les prestataires de soins de santé peuvent aider les réfugiés arrivant aux États-Unis en leur fournissant les informations dont ils ont besoin pour se protéger de la COVID-19.

- Le document du CDC intitulé [After You Travel Internationally](#) [en anglais] fournit des informations utiles aux réfugiés qui arrivent.
- Lorsqu'ils s'entretiennent avec des réfugiés nouvellement arrivés, les partenaires locaux de la santé des réfugiés et le personnel des agences de réinstallation sont encouragés à rappeler les

concepts du document d'accueil pour les réfugiés et à leur fournir les informations relatives à la COVID-19 au niveau local et national ainsi que les coordonnées des prestataires de soins.

Que peut-on faire pour la santé des réfugiés pendant la pandémie de COVID-19?

Les groupes qui veulent aider les réfugiés et ceux qui les servent déjà peuvent partager des ressources culturellement adaptées sur la prévention, les symptômes et l'autogestion de la COVID-19. L'Office of Refugee Resettlement (ORR) du ministère de la Santé et des Services sociaux fournit une [liste des principaux représentants de l'État](#) [en anglais] qui peuvent faire le lien avec ces partenaires.

[Matériel de diffusion pour les immigrants, réfugiés et autres personnes ayant des connaissances limitées de l'anglais](#) [en anglais]

Les professionnels de la santé publique peuvent :

- Rassembler des données sur les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des réfugiés ayant contracté la COVID-19 afin de comprendre les risques et de déterminer les méthodes appropriées pour communiquer des messages de prévention et de contrôle aux communautés de réfugiés.
- Partager des informations et travailler avec les organismes de réinstallation et d'autres partenaires, tels que les systèmes de soins de santé et d'éducation, les organisations religieuses, les employeurs, les transports et le logement, afin de trouver des moyens d'abattre les barrières sociales et économiques qui bloquent les efforts de prévention relatifs à la COVID-19.
- Concevoir du matériel de promotion de la santé dans différentes langues, adapté à différentes cultures ou niveaux d'alphabétisation. Ces ressources doivent être disponibles sous forme imprimée et en ligne, y compris les médias sociaux, afin que les partenaires puissent utiliser ce qui convient aux groupes de réfugiés locaux.
- Discuter souvent de la COVID-19 avec les partenaires qui aident les réfugiés à connaître les conséquences de la maladie sur les différents groupes de réfugiés. Utiliser ces résultats pour mieux comprendre les facteurs culturels, économiques, sociaux et sanitaires chez les réfugiés susceptibles d'avoir des répercussions sur eux pendant la pandémie de COVID-19. Veiller à ce que tous les aspects de la communication personnalisée soient clairs, transparents et crédibles.
- Fournir des informations générales aux [professionnels de la santé et aux systèmes de santé](#) [en anglais] afin de comprendre les principales caractéristiques démographiques, culturelles et sanitaires des groupes de réfugiés déterminés qui se réinstallent aux États-Unis et les considérations relatives aux soins de santé pour ces populations, telles que les [profils de santé des réfugiés du CDC](#) [en anglais] et les [directives du CDC sur la santé des réfugiés](#) [en anglais].

Les organisations communautaires et les agences de réinstallation peuvent :

[Ressources pour les prestataires de services de réinstallation des réfugiés](#) [en anglais]

- [Diffuser les ressources COVID-19](#) [en anglais] qui sont culturellement adaptées pour la communauté, le travail, l'école et la maison.
- Former des agents de santé communautaires dans les communautés de réfugiés afin d'informer les gens sur la COVID-19 et de mettre les réfugiés en contact avec des services gratuits ou à faible coût.
- Travailler avec des entreprises et des services de toutes sortes pour mettre les réfugiés en contact avec ces services, tels que l'aide à la livraison de produits alimentaires ou le logement temporaire, qui les encouragent à [appliquer la distanciation physique](#) [en anglais], en particulier

lorsque des personnes ou des membres du ménage tombent malades ou obtiennent un résultat positif au test de COVID-19.

- Travailler avec des partenaires qui mettront les réfugiés en contact avec les ressources communautaires dont ils ont besoin lorsque les réfugiés tombent malades ou reçoivent un résultat positif au test de COVID-19, notamment les médicaments, les prestataires de soins de santé et les professionnels de la santé mentale.
- Aider les réfugiés à avoir accès à des articles permettant de prévenir la propagation de la COVID-19, tels que des masques, du savon, du désinfectant pour les mains ou des produits d'entretien ménager.

Les systèmes de santé et les prestataires de soins de santé peuvent :

- Fournir des services d'interprétation dans tous les contextes pertinents, tels que le triage et l'accueil par téléphone, les unités de soins hospitaliers et les services de consultation externe.
- Se renseigner sur les obstacles auxquels se heurtent les patients dans le cadre de la prévention de la COVID-19, puis travailler avec les organismes de réinstallation et d'autres partenaires pour réduire les risques.
- Prendre contact avec les patients et recueillir leurs coordonnées actualisées, leur méthode de communication préférée et un plan pour rester en contact si quelqu'un chez eux tombe malade de la COVID-19.
- Dans la mesure du possible, intégrer la télémédecine dans les établissements de soins de santé si les réfugiés en ont les moyens et sont en mesure de consulter virtuellement.
- [Partager des ressources](#) [en anglais] qui utilisent une approche culturellement adaptée pour sensibiliser les patients à l'impact de la COVID-19 et à la manière de s'en protéger et d'obtenir des soins en toute sécurité en cas de besoin.
- Mettre en contact les réfugiés nouvellement arrivés qui souffrent de [problèmes médicaux sous-jacents](#) [en anglais] avec des partenaires communautaires qui peuvent les aider à élaborer et à poursuivre leurs [plans de soins](#) [en anglais] et à obtenir les fournitures et les médicaments nécessaires.

Pourquoi les réfugiés peuvent être exposés à un risque plus élevé pendant la pandémie de COVID-19

En raison des conditions sociales et économiques, les réfugiés réinstallés sont confrontés aux mêmes problèmes qui entraînent une détérioration de la santé de [certains groupes de minorités raciales et ethniques aux États-Unis](#) [en anglais]. Les réfugiés sont également confrontés aux défis d'un nouveau système de soins de santé et à la recherche d'informations sanitaires qu'ils peuvent comprendre.

Conditions de vie et situations personnelles



Ce que les réfugiés peuvent faire s'ils sont exposés à un risque accru de symptômes graves liés à la COVID-19

- [Amharique — document PDF](#)
- [Arabe — document PDF](#)
- [Birman — document PDF](#)
- [Dari — document PDF](#)
- [Anglais — document PDF](#)
- [Farsi — document PDF](#)
- [Français — document PDF](#)
- [Créole haïtien — document PDF](#)
- [Karène — document PDF](#)
- [Kinyarwanda — document PDF](#)
- [Népalais — document PDF](#)
- [Pashto — document PDF](#)
- [Portugais \(Portugal\) — document PDF](#)
- [Russe — document PDF](#)
- [Somalien — document PDF](#)
- [Espagnol — document PDF](#)
- [Swahili — document PDF](#)
- [Tigrinya — document PDF](#)
- [Ukrainien — document PDF](#)

Pour de nombreux réfugiés réinstallés, les conditions de vie peuvent rendre difficile la prévention de la COVID-19 ou la recherche d'un traitement en cas de maladie.

- Dans les cas où plusieurs générations résident dans une même maison, il est difficile de protéger les membres plus âgés de la famille, ainsi que ceux de tout âge qui souffrent de certaines maladies sous-jacentes, comme le diabète ou l'asthme. Cela peut également rendre difficile l'isolement des personnes malades, surtout si l'espace de vie est réduit, comme un appartement ou une petite maison.
- Le fait de vivre dans un quartier (urbain ou rural) éloigné des soins de santé, des épiceries ou des pharmacies peut rendre plus difficile l'accès aux soins en cas de maladie, ainsi que le stockage de médicaments ou d'autres fournitures.
- L'absence de moyens de transport personnels, comme une voiture, peut rendre difficile l'accès aux établissements de soins, au travail ou aux magasins. Les réfugiés dépendent des transports publics tels que les autobus, le covoiturage et le train, qui sont limités dans certaines régions, en particulier dans le contexte de la pandémie actuelle.

- Le manque d'accès à la télévision, à la radio ou à Internet peut rendre difficile l'obtention d'informations sur la COVID-19. Les réfugiés peuvent ne pas être capables de lire ou de comprendre l'anglais.
- Le manque d'intégration dans la communauté peut limiter le soutien et les liens potentiels avec les amis, les chefs religieux ou les organisations communautaires.

Conditions de travail

Avec l'aide des agences de réinstallation, les réfugiés occupent souvent des emplois au bas de l'échelle, dont le type et les politiques de travail peuvent augmenter le risque de tomber malade de la COVID-19.

Deux facteurs peuvent augmenter le risque :

- **Être un travailleur essentiel** : le risque d'infection peut être plus important pour les travailleurs réfugiés dans les industries essentielles, telles que les usines de transformation de la viande, les épiceries et les usines. Ces travailleurs doivent souvent se rendre sur le lieu de travail malgré les éclosions dans leurs communautés, et beaucoup n'ont pas les moyens de rester chez eux. Certains de ces types d'emplois nécessitent un contact avec le public et un contact étroit entre collègues, ce qui augmente le risque de contracter ou de propager la COVID-19.
- **Ne pas avoir accès à des congés de maladie** : les réfugiés sans congés de maladie payés peuvent être plus susceptibles de continuer à travailler lorsqu'ils sont malades ou d'être exposés à une personne atteinte de COVID-19 — ce qui signifie qu'ils sont plus susceptibles de transmettre la maladie à d'autres travailleurs, y compris à d'autres réfugiés qui travaillent souvent dans les mêmes installations.

Conditions médicales sous-jacentes et accès réduit aux soins

Certains réfugiés ont des problèmes médicaux sous-jacents et font face à des obstacles en matière de soins de santé, ce qui peut les exposer à un risque accru d'infection à la COVID-19. Ces obstacles sont les suivants :

- **Pas d'assurance maladie** : Les réfugiés peuvent accéder aux soins de santé dès le début de la période de réinstallation, avec l'aide des agences de réinstallation. Toutefois, après l'expiration de leur assurance maladie de courte durée, jusqu'à 50 % des réfugiés peuvent ne pas être assurés.
- **Barrière linguistique** : Les barrières linguistiques peuvent affecter l'accès aux soins de santé à chaque étape, qu'il s'agisse de prendre un rendez-vous, de relayer des préoccupations de santé, d'exécuter une ordonnance ou de prendre des médicaments selon les prescriptions. Les barrières linguistiques peuvent également empêcher les réfugiés d'obtenir des informations au sujet de la COVID-19 qui ne sont pas rédigées avec des mots courants de la vie quotidienne ou avec des éléments visuels et culturellement pertinents. Les prestataires de soins de santé, les cliniques ou les groupes communautaires peuvent fournir des services d'interprétation pour aider à combler ces lacunes.
- **Conditions médicales sous-jacentes et problèmes de santé mentale** : Par rapport à la population américaine en général, les réfugiés peuvent souffrir de certains problèmes médicaux sous-jacents (par exemple, le diabète) qui les exposent à un risque plus élevé de symptômes plus graves de COVID-19, ainsi que de problèmes de santé mentale (par exemple, le syndrome de stress post-traumatique et la dépression). Ces affections peuvent être mal contrôlées en raison de nombreuses années sans soins préventifs réguliers.
- **Stigmatisation et perception de discrimination** : Ces problèmes peuvent empêcher les réfugiés de demander des soins ou d'être honnêtes avec leurs prestataires de soins de santé concernant leurs besoins en matière de santé.

Malgré ces obstacles, les réfugiés bénéficient du soutien des agences de réinstallation, des groupes communautaires, du [coordonateur d'État des réfugiés](#) [en anglais] et des prestataires de soins de santé. La réponse des États, des collectivités locales et des communautés à la COVID-19 doit inclure la collaboration avec ces groupes de ressources, membres de confiance des communautés de réfugiés, dans leurs efforts de réponse à la COVID-19.

Ressources utiles :

[COVID-19 in Racial and Ethnic Minority Groups](#) [en anglais]
[Households Living in Close Quarters: How to Protect Those That Are Most Vulnerable](#) [en anglais]
[Guidance for Large or Extended Families Living in the Same Household. \(Living in Shared Housing\)](#)
[Print Resources](#) [en anglais]
[CDC Refugee Health Profiles](#) [en anglais]
[CDC Resources in Languages Other than English](#) [en anglais]
[HHS Administration for Children & Families Office of Refugee Resettlement \(ORR\) Key Contact List](#)[external icon](#) [en anglais]
[HHS Administration for Children & Families Office of Refugee Resettlement: Refugees](#)[external icon](#) [en anglais]
[NIH HealthReach: Health Information in Many Languages](#) [external icon](#) [en anglais]
[People at Higher Risk for Severe Illness](#) [en anglais]
[Stress and Coping](#) [en anglais]
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/refugee-populations.html> [en anglais]

États-Unis

Renseignements concernant la COVID-19 à l'intention des exploitants de services de transport ferroviaire

Source : CDC

Mis à jour le 18 août 2020

La maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) est une maladie respiratoire (voir la [liste des symptômes](#) [en anglais]) causée par un virus appelé SRAS-CoV-2.

Voici ce que nous savons :

- Le virus [se propage](#) [en anglais] principalement de personne à personne par des gouttelettes respiratoires lorsque les gens toussent, éternuent ou parlent.
- Vous pouvez également contracter la COVID-19 en touchant une surface ou un objet sur lequel se trouve le virus, puis en vous touchant le visage, la bouche, le nez ou les yeux.
- Le virus peut être transmis par des personnes qui ne présentent pas de symptômes.

La COVID-19 peut parfois entraîner de graves problèmes de santé. [Les personnes présentant un risque accru de maladie grave sont les suivantes](#) [en anglais] :

- Personnes âgées,
- Les personnes de tout âge qui souffrent de certains problèmes de santé sous-jacents.

En tant qu'employeur d'un opérateur de transport ferroviaire, votre personnel peut entrer en contact avec le virus :

- En contact étroit (dans un rayon d'environ deux mètres) avec d'autres personnes sur le lieu de travail, ce qui peut inclure les passagers, les collègues, les employés de la gare et les employés d'entretien.
- En touchant ou en manipulant des surfaces et des équipements à forte sollicitation, puis en se touchant le visage, la bouche, le nez ou les yeux.

Comment protéger votre personnel et les autres personnes et freiner la propagation

Évaluer le lieu de travail afin d'identifier les scénarios dans lesquels les travailleurs ne peuvent pas maintenir une [distance physique](#) [en anglais] d'au moins deux mètres entre eux et les clients. Utiliser des combinaisons de mesures sanitaires appropriées suivant la [hiérarchie des mesures sanitaires](#) [en anglais] pour faire face à ces situations afin de limiter la propagation de la COVID-19. Un comité composé à la fois de travailleurs et de membres de la direction peut être le plus efficace pour cerner tous les scénarios.

Tout en protégeant les travailleurs, il est important de noter que les recommandations sanitaires ou les interventions visant à réduire le risque de propagation de COVID-19 doivent être compatibles avec tous les programmes de sécurité et les équipements de protection individuelle (ÉPI) normalement requis pour la tâche à accomplir. Les approches à envisager peuvent comprendre les éléments suivants :

Créer un plan COVID-19 pour la santé et la sécurité sur le lieu de travail

Examiner le [guide provisoire des CDC à l'intention des entreprises et des employeurs](#) [en anglais] et [la boîte à outils pour la reprise des activités](#) [en anglais] afin d'y trouver des lignes directrices et des recommandations que tous les employeurs peuvent utiliser pour protéger leurs employés.

- Identifier un responsable sur le lieu de travail qui sera chargé de l'évaluation et du contrôle COVID-19.
 - Lors de l'élaboration des plans, incluez tous les employés sur le lieu de travail, par exemple : personnel, employés des services publics, employés de secours, personnel d'entretien, personnel de supervision, opérateurs de transport ferroviaire, travailleurs des stations de transport et travailleurs d'entretien des véhicules de transports en commun.
 - Élaborer des plans pour communiquer avec les passagers qui montent dans le véhicule de transport en commun concernant les modifications des processus de travail ou de service.
 - Aviser tous les travailleurs que toute préoccupation relative à la COVID-19 doit être adressée au responsable désigné.
- Mettre en place des congés de maladie flexibles et des politiques et pratiques de soutien.
 - Élaborer des politiques qui encouragent les employés malades à rester chez eux sans crainte de représailles, et veiller à ce que les employés soient au courant de ces politiques.
 - Si des entrepreneurs sont présents sur le lieu de travail, élaborer des plans pour communiquer avec l'entreprise contractante concernant les modifications des processus de travail.
- Envisager de procéder à des contrôles de santé quotidiens en personne ou virtuels (par exemple, vérification des symptômes ou de la température) des employés les jours de travail prévus.
 - Les options de dépistage pourraient inclure l'autosurveillance des employés avant leur arrivée au travail ou le dépistage sur place en prenant la température des employés et en évaluant d'autres symptômes potentiels avant de commencer à travailler. (voir le [guide provisoire des CDC à l'intention des entreprises et des employeurs](#) [en anglais])
 - S'assurer que les employés peuvent maintenir une distance d'au moins deux mètres en attendant le contrôle.
 - Faire en sorte que les examens de santé des employés soient aussi confidentiels que possible et maintenir la confidentialité de l'état de santé et des antécédents médicaux de chaque personne.

Intervenir en cas de suspicion ou de confirmation qu'un employé est porteur de la COVID-19.

- Séparer immédiatement les employés qui présentent ou développent des symptômes au travail des autres employés et organiser un transport privé pour leur retour. Ces employés doivent s'isoler et contacter immédiatement leur prestataire de soins de santé.
- Fermer toutes les zones utilisées pendant des périodes prolongées par la personne malade.
- [Nettoyer et désinfecter](#) [en anglais] le lieu de travail de toute personne chez laquelle on soupçonne ou confirme la présence de COVID-19. Le personnel d'entretien doit laver et désinfecter les bureaux, les salles de bain, les zones communes et les équipements électroniques communs utilisés par la personne malade, en se concentrant particulièrement sur les surfaces fréquemment touchées. Si les autres travailleurs n'ont pas accès à ces zones ou à ces articles, attendez 24 heures (ou aussi longtemps que possible) avant de nettoyer et de désinfecter.
- Les employés dont le test COVID-19 est positif doivent immédiatement informer leur employeur de ce résultat.
 - Les employés malades doivent suivre [les étapes recommandées par les CDC](#) [en anglais] pour s'isoler ou se faire soigner. Les employés ne doivent pas retourner au travail tant

qu'ils ne remplissent pas les critères pour [mettre fin à l'isolement à domicile](#) [en anglais], en consultation avec les prestataires de soins de santé.

Mettre en place des mesures de contrôle des risques en utilisant la [hiérarchie des mesures de contrôle](#) [en anglais] pour prévenir l'infection chez les travailleurs. Vous pouvez inclure une combinaison des mesures de contrôle suivantes.

- **Contrôles techniques (isoler les personnes des dangers)**

Modifier l'espace de travail à l'aide de contrôles techniques pour éviter l'exposition au virus qui provoque la COVID-19.

- Dans la mesure du possible, établir des barrières physiques entre les collègues et entre les travailleurs et les passagers.
 - Utiliser des rideaux à bandes, des écrans en plastique ou des matériaux similaires pour créer des cloisons ou des séparations imperméables.
- Fermer ou limiter l'accès aux zones communes où les employés sont susceptibles de se rassembler et d'interagir, telles que les salles de pause, les stationnements et les entrées et sorties.
- Envisager de rendre la circulation à pied unidirectionnelle dans les zones étroites ou confinées du véhicule de transit afin d'encourager les déplacements l'un derrière l'autre à une distance de deux mètres.
- Utiliser des repères visuels tels que des décalques au sol, du ruban adhésif de couleur et des panneaux pour rappeler aux travailleurs de se tenir à une distance de deux mètres des autres, y compris à leur poste de travail et dans les zones de pause.
 - Utiliser ces indications également pour les passagers, par exemple aux portes d'entrée.
- Installer des désinfectants pour les mains contenant au moins 60 % d'alcool à plusieurs endroits dans le véhicule de transport en commun pour les travailleurs et les passagers.
 - Utiliser des stations de désinfection sans contact lorsque c'est possible.
 - Vérifier que les toilettes sont bien approvisionnées en savon et en papier absorbant.

- **Contrôles administratifs (changer la façon dont les gens travaillent)**

Offrir une formation et mettre en place d'autres politiques administratives pour prévenir la propagation de la COVID-19.

- Tous les travailleurs doivent avoir une connaissance de base de la COVID-19, du [mode de propagation de la maladie](#) [en anglais], de ses [symptômes](#) [en anglais] et des mesures qui peuvent être prises pour [prévenir ou minimiser la transmission](#) [en anglais] du virus à l'origine de la COVID-19.
- Les formations doivent porter sur l'importance de la distance physique (maintenir une distance de deux mètres ou plus si possible), [le port du masque ou d'un couvre-visage en tissu](#) [en anglais], [les précautions à prendre en cas de toux et d'éternuement](#) [en anglais], [le lavage des mains](#) [en anglais], [le nettoyage et la désinfection des surfaces fréquemment touchées](#) [en anglais], le partage des objets personnels ou des outils et équipements sauf en cas d'absolue nécessité, et le fait de ne pas toucher le visage, la bouche, le nez ou les yeux.
- Les travailleurs doivent être encouragés à rentrer chez eux ou à rester chez eux s'ils se sentent malades. Veiller à ce que les politiques en matière de congé de maladie soient souples et conformes aux orientations de santé publique, et à ce que les employés connaissent et comprennent ces politiques.
- Envisager de constituer des petites équipes de travailleurs (cohortes) afin de réduire le nombre de collègues auxquels chaque personne est exposée.
- [Nettoyer et désinfecter les surfaces fréquemment touchées](#) [en anglais].
 - Si les surfaces sont visiblement sales, nettoyez-les à l'aide d'un détergent ou de savon et d'eau avant de les désinfecter.
 - Utiliser des [produits homologués par l'EPA](#) [en anglais], [des solutions d'eau de Javel diluées](#) [en anglais] ou des solutions alcoolisées contenant au moins 70 % d'alcool, adaptés à la désinfection des surfaces.
- Fournir aux employés un temps et un accès suffisants au savon, à l'eau propre et au papier absorbant à usage unique pour le lavage des mains.

- Rappelez à vos employés de [se laver souvent les mains](#) [en anglais] à l'eau et au savon pendant au moins 20 secondes. S'ils ne disposent pas d'eau et de savon, ils doivent utiliser un désinfectant pour les mains contenant au moins 60 % d'alcool.
 - Fournir du désinfectant pour les mains, des mouchoirs en papier et des poubelles sans contact aux caisses et dans les toilettes.
 - Maintenir une distance physique d'au moins deux mètres dans le véhicule de transit, y compris aux portes d'entrée.
 - Limiter le nombre de personnes dans le véhicule de transit à tout moment. (Consulter les directives de l'État et des autorités locales si elles sont disponibles.)
 - Rappelez aux employés que le virus peut [se propager](#) [en anglais] même en l'absence de symptômes. Considérez toutes les interactions étroites (dans un rayon de deux mètres) avec des employés, des passagers et d'autres personnes comme une source potentielle d'exposition.
 - [Installer des panneaux et des rappels](#) [en anglais] aux portes d'entrée et dans des endroits stratégiques, donnant des instructions sur la distanciation physique, l'hygiène des mains, l'utilisation de masques ou de couvre-visages en tissu et l'étiquette à respecter en cas de toux et d'éternuement. Les panneaux doivent être accessibles aux personnes en situation de handicap, faciles à comprendre, et peuvent inclure des panneaux pour les non-anglophones, si nécessaire.
 - La communication et la formation doivent être faciles à comprendre, dans la ou les langues préférées par les employés et comporter des informations précises et opportunes.
 - Mettre l'accent sur l'utilisation d'images (infographie) qui tiennent compte des différences linguistiques.
 - La formation doit être renforcée par des panneaux (de préférence de type infographie), placés à des endroits stratégiques. Les CDC proposent des [affiches simples et gratuites à télécharger et à imprimer](#) [en anglais], dont certaines sont traduites dans différentes langues.
 - Encourager fortement l'utilisation de [masques](#) [en anglais] ou de couvre-visages en tissu en fonction des besoins.
 - Les masques ou les couvre-visages en tissu sont destinés à protéger d'autres personnes — et non le porteur — en empêchant les gouttelettes respiratoires du porteur d'atteindre les autres. Parce qu'ils n'ont pas été spécifiquement conçus et testés pour protéger les personnes qui les portent, les masques et les couvre-visages en tissu ne sont pas considérés comme des équipements de protection individuelle (ÉPI).
 - Former les employés à la façon de mettre et d'enlever les [masques](#) [en anglais] ou les couvre-visages en tissu pour éviter la contamination.
 - Les masques ou couvre-visages en tissu doivent être [lavés](#) [en anglais] après chaque utilisation.
 - Les employés devraient prévoir un masque ou un couvre-visage en tissu de rechange.
 - Les masques ou les couvre-visages en tissu ne doivent pas être portés si leur utilisation engendre un nouveau risque — interférence avec la conduite ou la vision, ou contribution à une maladie liée à la chaleur — qui dépasse les avantages de leur utilisation pour freiner la propagation du virus. Les masques ou les couvre-visages en tissu ne doivent pas non plus être portés par les personnes qui ont des difficultés à respirer ou qui sont incapables de les retirer sans aide. Les CDC fournissent des informations sur [les adaptations et les options](#) [en anglais] qui peuvent être envisagées lorsque les masques ou les couvre-visages en tissu ne sont pas opportuns.
 - Considérer la possibilité d'exiger des visiteurs sur le lieu de travail (personnel et passagers) qu'ils portent également des masques ou des couvre-visages en tissu.
- **Équipement de protection individuelle (ÉPI)**

Les ÉPI sont la dernière étape dans la hiérarchie des mesures de contrôle, car ils sont plus difficiles à utiliser efficacement que d'autres mesures. Pour protéger et ne pas introduire un danger supplémentaire, l'utilisation des ÉPI nécessite une caractérisation de l'environnement, une connaissance du danger, une formation et une utilisation correcte et cohérente. C'est pourquoi une attention particulière est accordée aux contrôles administratifs et techniques lors de la prise en compte des risques professionnels, y compris lors de l'application des directives visant à ralentir la propagation du SRAS-CoV-2.

Dans le contexte de la pandémie actuelle de COVID-19, l'utilisation d'ÉPI tels que les masques chirurgicaux ou les masques N95 est une priorité pour les travailleurs de la santé et les autres premiers intervenants médicaux, comme le recommandent [actuellement les CDC](#) [en anglais].

Vous pouvez aider les employés et d'autres personnes à faire face au stress

La santé mentale est un élément important de la sécurité et de la santé des travailleurs. La pandémie de COVID-19 a créé de nouveaux défis dans la façon dont de nombreuses personnes travaillent et interagissent avec les autres, ce qui peut entraîner une augmentation du stress, de l'anxiété et de la dépression.

Des informations et des ressources sur la santé mentale, la reconnaissance des signes de stress, les mesures à prendre pour développer la résilience et gérer le stress, et savoir vers qui se tourner si vous, votre personnel ou d'autres personnes ont besoin d'aide sont disponibles [ici](#) [en anglais].

Où puis-je obtenir plus d'informations?

En tant qu'employeur, vous êtes tenu de répondre aux préoccupations liées à la COVID-19 et d'informer les employés des risques sur votre lieu de travail. Vous pouvez utiliser ces sources supplémentaires pour obtenir plus d'informations sur la réduction des risques d'exposition à la COVID-19 au travail :

- [CDC Interim Guidance for Businesses and Employers to Plan and Respond to Coronavirus Disease 2019 \(COVID-19\)](#) [en anglais]
- [CDC Cleaning and Disinfecting Your Facility](#) [en anglais]
- [CDC Reopening Guidance for Cleaning and Disinfecting Public Spaces, Workplaces, Businesses, Schools, and Homes](#) [en anglais]
- [NIOSH Workplace Safety and Health Topic : COVID-19](#) [en anglais]
- [CDC COVID-19](#) [en anglais]
- [OSHA COVID-19 external icon](#) [en anglais]
- [OSHA Guidelines on Preparing Workplaces for COVID pdf iconexternal icon](#) [en anglais]
- [General Business Frequently Asked Questions](#) [en anglais]
- CDCINFO : 1 800 CDC-INFO (1 800 232-4636) | TTY : 1 888 232-6348 | site Web : www.cdc.gov/info [en anglais]
- Pour les questions relatives aux passagers, veuillez vous référer au document [Interim Guidance for Mass Transit Administrators](#). [en anglais]
-

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/organizations/rail-transit-operator.html> [en anglais]

États-Unis

Mise à jour sur le coronavirus (COVID-19) : bilan quotidien du 18 août 2020

Source : FDA

Pour diffusion immédiate :

18 août 2020

La Food and Drug Administration des États-Unis a annoncé aujourd'hui les mesures d'intervention suivantes en réponse à la pandémie de COVID-19 :

- La FDA fournit deux nouveaux organigrammes et des informations complémentaires sur les ventilateurs :
 - Pour les établissements et les prestataires de soins de santé : [Considérations pour le choix d'un ventilateur pour votre établissement de soins de santé](#) [en anglais]
 - Pour les fabricants et les distributeurs : [Fabrication et distribution de ventilateurs à usage médical aux États-Unis dans le cadre d'une autorisation d'utilisation d'urgence existante \(EUA\) dans le contexte de la pandémie de COVID-19](#) [en anglais]
- La FDA a mis à jour sa page [COVID-19 Resources for Health Professionals](#) [en anglais] pour y inclure l'application [CURE Numéro d'identification](#) [en anglais]. CURE Numéro d'identification permet aux cliniciens de partager rapidement et facilement leurs expériences de traitement des patients COVID-19 et des patients atteints d'autres maladies infectieuses difficiles à traiter.
- Mises à jour des tests :
 - À ce jour, la FDA a autorisé 217 tests dans le cadre des EUA. Il s'agit de 176 tests moléculaires, 39 tests d'anticorps et 2 tests antigéniques.

La FDA, une agence du ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, protège la santé publique en assurant la sûreté, l'efficacité et la sécurité des médicaments à usage humain et vétérinaire, des vaccins et autres produits biologiques à usage humain, ainsi que des dispositifs médicaux. L'agence est également responsable de la sûreté et de la sécurité de l'approvisionnement alimentaire de notre pays, des cosmétiques, des compléments alimentaires, des produits qui émettent des radiations électroniques, et de la réglementation des produits du tabac.

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/coronavirus-covid-19-update-daily-roundup-august-18-2020> [en anglais]

États-Unis

La FDA suspend l'approbation d'urgence du plasma sanguin comme traitement contre la COVID-19

Source : NYT Financial Post

Publié le : 19-08-2020 15 h 11 UTC

Reçu le : 10-08-2020 15 h 11 UTC (0 minute)

Numéro d'identification unique : 1007664379

L'approbation d'urgence du plasma sanguin comme traitement potentiel contre la COVID-19 par la Food and Drug Administration américaine a été suspendue, a rapporté mercredi le New York Times, citant deux hauts responsables de l'administration.

Un groupe de hauts fonctionnaires fédéraux de la santé, dont Anthony Fauci, a soutenu que les données émergentes sur le traitement étaient trop faibles, selon le rapport, ajoutant qu'une approbation d'urgence pourrait encore être accordée dans un avenir proche. (<https://nyti.ms/31aFBzb>)

L'autorisation est suspendue pour l'instant, car de nouvelles données sont examinées, a rapporté le NYT, citant Clifford Lane, directeur clinique du National Institute of Allergy and Infectious Diseases, rattaché au National Institute of Health.

La FDA et le NIH n'ont pas répondu immédiatement aux demandes de commentaires de Reuters.

Les personnes qui survivent à une maladie infectieuse comme la COVID-19 se retrouvent avec du plasma sanguin contenant des anticorps ou des protéines fabriquées par le système immunitaire pour lutter contre un virus. Ce plasma peut être transfusé à des patients nouvellement infectés pour tenter de les aider à se rétablir.

Une autorisation d'utilisation d'urgence de la FDA pourrait permettre un accès plus rapide à une thérapie pour la pandémie.

(Reportage de Trisha Roy au Bengaluru; montage de Saumyadeb Chakrabarty)

<https://financialpost.com/pmnbusiness-pmnbfdas-emergency-approval-of-blood-plasma-as-covid-19-treatment-on-hold-nyt> [en anglais]

États-Unis

Nouveau rapport : un cadre provisoire pour l'attribution et la distribution du vaccin contre la COVID-19 aux États-Unis

Source : mailchi.mp

Publié le : 19-08-2020 14 h 54 UTC

Reçu le : 19-08-2020 14 h 54 UTC (0 minute)

Lieu : États-Unis

Numéro d'identification unique : 1007664311

Cher journaliste,

Un nouveau rapport offrant un cadre éthique pour la prise de décisions concernant la distribution et la répartition d'un vaccin contre la COVID-19 pendant la période initiale où son utilisation est autorisée pour la première fois et où l'offre est encore limitée.

Le rapport propose des niveaux déterminés de candidats hautement prioritaires pour recevoir un premier vaccin sur la base de ce cadre, y compris la reconnaissance de la contribution des travailleurs essentiels qui ont été négligés dans les régimes d'allocation précédents :

Le premier niveau comprend :

Les personnes aux premières lignes pour soutenir la réponse COVID-19 en cours.

Les personnes les plus exposées au risque de maladie grave et de décès, ainsi que leurs soignants.

Les personnes les plus indispensables au maintien des fonctions sociétales essentielles.

Le deuxième niveau comprend :

Les personnes qui participent à la prestation de soins de santé au sens large.

Les personnes confrontées à des obstacles plus importants pour accéder aux soins si elles tombent gravement malades.

Les personnes qui contribuent au maintien des fonctions sociétales essentielles.

Les personnes dont les conditions de vie ou de travail leur font courir un risque élevé d'infection, même si elles présentent un risque moindre ou inconnu de symptômes graves et de décès.

Le cadre est guidé par les principes éthiques suivants, qui, selon les auteurs du rapport, devraient orienter la distribution des vaccins contre la COVID-19 et aider à identifier des buts et des objectifs plus précis autour des politiques vaccinales :

La valorisation du bien commun, en encourageant la santé publique tout en permettant l'activité sociale et économique.

L'importance de traiter les individus de manière équitable et de promouvoir l'équité sociale, par exemple en s'attaquant aux disparités raciales et ethniques dans la mortalité liée à la COVID-19 et en reconnaissant les contributions des travailleurs essentiels qui ont été négligés dans les régimes d'allocation précédents.

La reconnaissance de la légitimité, de la confiance et du sentiment d'appropriation de la politique de vaccination par la communauté, tout en respectant la diversité des valeurs et des croyances dans notre société pluraliste.

Vous pouvez accéder au nouveau rapport ici. Les médias peuvent citer directement le rapport ou demander une entrevue avec le coauteur, le Dr Eric Toner. Sa disponibilité immédiate est toutefois limitée.

Margaret Miller, MSc

Directrice des communications

Centre de sécurité sanitaire de Johns Hopkins

École de santé publique Johns Hopkins Bloomberg

www.jhsph.edu | <http://www.centerforhealthsecurity.org/>

Cadre provisoire pour la distribution et la répartition du vaccin COVID-19 aux

États-Unis <https://www.centerforhealthsecurity.org/our-work/publications/interim-framework-for-covid-19-vaccine-allocation-and-distribution-in-the-us> [en anglais]

<https://mailchi.mp/b7e557b96043/new-report-a-national-plan-to-enable-comprehensive-covid-19-case-finding-and-contact-tracing-in-the-us-1574557?e=a14308e40d> [en anglais]

https://www.centerforhealthsecurity.org/our-work/pubs_archive/pubs-pdfs/2020/200819-vaccine-allocation.pdf [en anglais]

États-Unis

Le vaccin contre la COVID-19 ne sera pas obligatoire aux États-Unis, selon la Maison-Blanche

Source : CE NoticiasFinancieras

Numéro d'identification : 1007666682

Anthony Fauci, médecin-épidémiologiste et conseiller à la Maison-Blanche, a déclaré mercredi que lorsqu'un vaccin contre le coronavirus sera disponible, le gouvernement fédéral des États-Unis n'en imposera pas l'utilisation, bien qu'il puisse être obligatoire pour les enfants en vertu des normes locales. « On ne peut forcer les gens à se faire vacciner, on ne l'a jamais fait », a dit le Dr Fauci, membre du groupe d'experts qui conseille la Maison-Blanche durant la crise sanitaire, pendant un appel vidéo avec l'Université George Washington. « Nous pouvons rendre cela obligatoire pour certains groupes, comme le personnel médical, mais nous ne pouvons pas le faire pour la population en général », a-t-il poursuivi, en donnant l'exemple des National Institutes of Health, où les infirmières ne peuvent pas s'occuper des patients à moins d'avoir reçu le vaccin contre la grippe pendant la période où la maladie sévit. Quelques heures auparavant, le premier ministre australien avait annoncé que le vaccin contre le coronavirus serait obligatoire dans ce pays, sauf indication médicale contraire. La structure fédérale des États-Unis, ainsi que le rejet par une partie de la population de mesures telles que l'obligation de porter un masque, rendent la vaccination obligatoire peu probable pour tous. « Ce serait incontrôlable et inapproprié », a insisté M. Fauci. À lire aussi : Le vaccin contre la COVID-19 développé par Cuba sera testé sur des sujets humains Toutefois, cela n'exclut pas que les enfants soient obligés de le recevoir pour aller à l'école dans certains des 50 États. C'est actuellement le cas pour plusieurs vaccins comme celui contre la rougeole, même s'il y a des exemptions médicales et, dans plusieurs États, religieuses. L'administration Trump a précommandé des centaines de millions de doses et investi dans des projets de six sociétés qui développent des vaccins potentiels, et a garanti que les doses seront gratuites.

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1007666682>

États-Unis

Coronavirus (COVID-19) Mise à jour : bilan quotidien du 19 août 2020 | FDA

Source : FDA

Numéro d'identification : 1007667492

La Food and Drug Administration des États-Unis a annoncé aujourd'hui les mesures d'intervention suivantes en réponse à la pandémie de COVID-19 :

La FDA a accordé la troisième autorisation d'utilisation d'urgence (Emergency Use Authorization — EUA) pour un test de l'antigène COVID-19. Un test antigénique est un test de diagnostic qui détecte rapidement les fragments de protéines se trouvant sur ou dans le virus en testant des échantillons prélevés dans les fosses nasales du patient à l'aide d'un écouvillon. L'EUA a été délivré pour le test LumiraDx SRAS-CoV-2 Ag de LumiraDX UK Ltd et la FDA a autorisé l'utilisation du test dans les laboratoires de complexité moyenne et élevée certifiés en vertu des Clinical Laboratory Improvement Amendments (CLIA), ainsi que dans les points de service (c'est-à-dire les établissements de soins aux patients) fonctionnant sous couvert d'un certificat de dispense, d'un certificat de conformité ou d'un certificat d'accréditation CLIA.

La FDA a publié une foire aux questions pour les consommateurs sur les lampes et les éclairages UV. Les consommateurs peuvent être intéressés par l'achat de lampes à ultraviolets C (UVC) pour désinfecter la maison ou des espaces similaires. La FDA répond aux questions des consommateurs concernant l'utilisation de ces lampes pour la désinfection pendant la pandémie de COVID-19.

Mise à jour des tests :

À ce jour, la FDA a autorisé 218 tests dans le cadre des EUA. Ceux-ci comprennent 176 tests moléculaires, 39 tests d'anticorps et 3 tests antigéniques.

La FDA, une agence du ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, protège la santé publique en assurant la sûreté, l'efficacité et la sécurité des médicaments à usage humain et vétérinaire, des vaccins et autres produits biologiques à usage humain, ainsi que des dispositifs médicaux. L'agence est également responsable de la sûreté et de la sécurité de l'approvisionnement alimentaire de notre

pays, des cosmétiques, des suppléments alimentaires, des produits qui émettent des radiations électroniques, et de la réglementation des produits du tabac.

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

États-Unis

Considérations relatives à la planification COVID-19 : directives pour la rentrée scolaire

Source : American Academy of Pediatrics

Mises à jour importantes au sujet de la COVID-19 / Directives cliniques / Considérations de planification de la COVID-19 : directives pour la rentrée scolaire

L'objectif de cette révision des lignes directrices est de continuer à soutenir les communautés, les responsables locaux de l'éducation et de la santé publique, et les pédiatres qui collaborent avec les écoles pour créer des politiques de réintégration scolaire pendant la pandémie de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) qui favorisent la santé globale des enfants, des adolescents, des éducateurs, du personnel et des communautés et qui sont fondées sur des données probantes. Avec nos collègues du domaine de l'éducation, l'Académie américaine de pédiatrie (AAP) plaide fortement en faveur d'une aide fédérale supplémentaire aux écoles dans l'ensemble des États-Unis, sans aucune restriction concernant leurs plans d'apprentissage en personne par rapport à l'apprentissage virtuel. Quoi qu'il en soit, dans les endroits des États-Unis où les niveaux de transmission communautaire du deuxième coronavirus qui cause le syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2), le virus qui provoque la COVID-19, sont élevés et où l'apprentissage en personne n'est pas possible, les écoles auront également besoin de plus, et non de moins, d'aide pour répondre aux besoins supplémentaires en personnel, en sites d'apprentissage alternatifs, en modèles éducatifs hybrides et en services de garde d'enfants.

Les écoles et les programmes soutenus par l'école sont essentiels au développement et au bien-être des enfants et des adolescents. Ils fournissent à nos enfants et à nos adolescents un enseignement scolaire, en personne ou virtuellement, des compétences sociales et émotionnelles, la sécurité, une nutrition saine, des services de physiothérapie et de santé mentale et des périodes d'activité physique, entre autres avantages. Les écoles servent également de centres essentiels dans les communautés en soutenant des activités axées sur les adultes (telles que la formation professionnelle, les réunions de quartier et les cours sur l'art d'être parent) ainsi qu'en garantissant des lieux sûrs pour les enfants et les adolescents pendant que les parents ou les tuteurs travaillent, ce qui soutient l'économie locale.

Au-delà du soutien au développement éducatif des enfants et des adolescents, les écoles jouent un rôle essentiel dans la lutte contre les inégalités raciales et sociales. Il est donc primordial de réfléchir à l'impact différentiel que la pandémie de COVID-19 et les fermetures d'écoles qui y sont associées ont eu sur les différents groupes raciaux et ethniques et les populations vulnérables. L'AAP condamne les inégalités raciales et sociales persistantes qui existent au sein du système éducatif des États-Unis. Les disparités dans le financement des écoles, la qualité des installations scolaires, le personnel éducatif et les ressources pour enrichir les programmes entre les écoles ont été exacerbées par la pandémie. Les familles comptent sur les écoles pour assurer la garde des enfants et leur offrir un espace sûr et stimulant pour apprendre, des possibilités de socialisation et l'accès à des services de santé mentale, physique et nutritionnelle en milieu scolaire. Si les familles ne bénéficient pas d'un soutien adéquat pour accéder à ces services, les disparités risquent de s'aggraver, en particulier pour les enfants qui apprennent l'anglais, les enfants en situation de handicap, les enfants vivant dans la pauvreté et les enfants d'origine afro-américaine, noire, latino-américaine, hispanique et les enfants autochtones des États-Unis et de l'Alaska^{i, ii}.

Pour les enfants et les adolescents qui suivent des modèles d'apprentissage virtuel, les disparités éducatives peuvent encore s'accroître. Selon le Pew Research Center, un adolescent sur cinq n'est pas en mesure de faire ses devoirs à la maison parce qu'il n'y a pas d'ordinateur ou de connexion Internetⁱⁱⁱ.

Ce « fossé des devoirs » lié à la technologie touche de manière disproportionnée les familles noires, hispaniques et à faibles revenus.

L'AAP recommande vivement aux districts scolaires de promouvoir la justice raciale, ethnique et sociale en favorisant le bien-être de tous les enfants dans tout plan de réouverture d'école, en particulier les enfants vivant dans des communautés marginalisées. Pour remédier à ces disparités, les gouvernements fédéral, des États et locaux devraient affecter des ressources pour fournir un accès équitable aux aides à l'éducation. Ces recommandations sont fournies en tenant compte du fait que notre compréhension de la pandémie de COVID-19 évolue rapidement.

Toute politique de réintégration scolaire doit tenir compte des principes clés suivants :

Pour pouvoir rouvrir les écoles en toute sécurité, il est d'une importance vitale que les communautés prennent toutes les mesures nécessaires pour limiter la propagation du SARS-CoV-2.

Les politiques scolaires doivent être flexibles et adaptatives pour répondre aux nouvelles informations, et les administrateurs doivent être prêts à affiner les approches lorsque les politiques générales ne fonctionnent pas.

Les écoles doivent adopter une approche à plusieurs facettes pour protéger les élèves, les enseignants et le personnel. En utilisant différentes approches, ces couches de protection rendront l'apprentissage en personne sûr et possible.

Il est essentiel d'élaborer des stratégies qui peuvent être révisées et adaptées en fonction du niveau de transmission virale et du taux de positivité des tests dans la communauté et dans les écoles, en reconnaissant les différences entre les districts scolaires, y compris les districts urbains, suburbains et ruraux.

Les districts scolaires doivent être en communication étroite et coordonner leurs actions avec les autorités de santé publique de l'État ou locales, les infirmières scolaires, les pédiatres locaux et les autres experts médicaux.

Les politiques de réintégration scolaire doivent être pratiques, réalisables et adaptées au stade de développement des enfants et des adolescents, et porter sur la sécurité des enseignants et du personnel. Il convient de tenir compte de la diversité des jeunes, en particulier des populations vulnérables, notamment ceux qui ont un historique médical complexe ou qui les rend fragiles, qui vivent dans la pauvreté, qui ont des problèmes de développement ou qui vivent avec un handicap, et de prendre des mesures d'adaptation afin de permettre un retour à l'école en toute sécurité. Ces jeunes et leurs familles devraient travailler en étroite collaboration avec leur pédiatre en utilisant une approche décisionnelle commune concernant le retour à l'école.

Les pédiatres, les familles et les écoles devraient s'associer pour identifier et développer ensemble les adaptations nécessaires pour tout enfant ou adolescent ayant des besoins médicaux uniques.

Les enfants et les adolescents qui ont besoin de considérations personnalisées ne devraient pas être automatiquement exclus de l'école, sauf si cela est nécessaire pour respecter les mandats locaux de santé publique ou parce que leurs besoins médicaux uniques les exposeraient à un risque accru de contracter la COVID-19 dans les conditions actuelles de leur communauté.

Les politiques scolaires devraient être guidées par le souci de soutenir la santé et le bien-être général de tous les enfants, adolescents, leurs familles et leurs communautés, mais devraient également chercher à créer des environnements de travail sûrs pour les éducateurs et le personnel scolaire. Cet accent mis sur la santé et le bien-être général comprend la prise en compte des besoins des élèves et du personnel en matière de santé comportementale et mentale.

Ces politiques doivent être systématiquement communiquées dans des langues autres que l'anglais, si nécessaire, en fonction des langues parlées dans la communauté, afin d'éviter la marginalisation des parents ou des tuteurs qui ont une maîtrise limitée de l'anglais ou qui ne le parlent pas du tout.

Un financement fédéral, étatique et local devrait être prévu pour toutes les écoles afin qu'elles puissent fournir toutes les mesures de sécurité requises pour les élèves et le personnel. Un financement destiné à soutenir l'apprentissage virtuel et à procurer les ressources nécessaires doit être disponible pour les communautés, les écoles et les enfants confrontés à des limitations dans la mise en œuvre de ces modalités d'apprentissage à la maison (par exemple, des désavantages socio-économiques) ou en cas de fermeture de l'école en raison de la résurgence du SRAS-CoV-2 dans la communauté ou d'une flambée épidémique à l'école.

En gardant à l'esprit les principes ci-dessus, l'AAP préconise fortement que toutes les considérations politiques pour l'année scolaire à venir aient pour objectif d'avoir des élèves physiquement présents à l'école. Malheureusement, dans de nombreuses régions des États-Unis, il y a actuellement une propagation incontrôlée du SARS-CoV-2. Bien que l'AAP préconise vivement l'apprentissage en personne pour l'année scolaire à venir, la circulation actuelle du virus ne permettra pas d'apprendre en toute sécurité en de nombreux endroits. L'importance de l'apprentissage en personne est bien documentée, et il existe déjà des preuves des impacts négatifs sur les enfants en raison des fermetures d'écoles au printemps 2020. Les longues périodes d'absence de l'école et l'interruption des services de soutien qui en découlent entraînent souvent un isolement social, ce qui rend difficile pour les écoles de repérer les déficits d'apprentissage importants ainsi que les abus physiques ou sexuels, la consommation de substances toxiques, la dépression et les idées suicidaires chez les enfants et les adolescents, et d'y remédier. Les enfants et les adolescents sont donc exposés à un risque considérable de morbidité et, dans certains cas, de mortalité. Au-delà des conséquences éducatives et sociales des fermetures d'écoles, il y a eu un impact considérable sur la sécurité alimentaire et l'activité physique des enfants et des familles. Il faut également reconnaître les conséquences disproportionnées que cela a eu sur les enfants et les adolescents noirs et latino-américains ainsi que sur les enfants et les adolescents autochtones des États-Unis et d'Alaska.

Les décideurs politiques et les administrateurs scolaires doivent également tenir compte des preuves de plus en plus nombreuses concernant la COVID-19 chez les enfants et les adolescents, y compris le rôle qu'ils peuvent jouer dans la transmission de l'infection. Le SRAS-CoV-2 semble se comporter différemment chez les enfants et les adolescents que d'autres virus respiratoires courants, comme la grippe, sur lesquels reposent une grande partie des orientations actuelles concernant les fermetures d'écoles. Bien que les enfants et les adolescents jouent un rôle majeur dans l'amplification des épidémies de grippe, à ce jour, cela ne semble pas être le cas avec le SRAS-CoV-2. Même si de nombreuses questions subsistent, la prépondérance des preuves indique que les enfants et les adolescents peuvent être infectés et sont moins susceptibles d'être symptomatiques et moins susceptibles d'avoir des symptômes graves résultant d'une infection par le SRAS-CoV-2^{iv}. Nous continuons à en apprendre davantage sur le rôle que jouent les enfants dans la transmission du SRAS-CoV-2. Actuellement, il semble que les enfants de moins de 10 ans soient moins susceptibles d'être infectés et moins susceptibles de transmettre l'infection à d'autres personnes, bien que des études supplémentaires soient nécessaires^v. Des données plus récentes suggèrent que les enfants de plus de 10 ans peuvent transmettre le SRAS-CoV-2 aussi efficacement que les adultes, et ces informations doivent faire partie des considérations prises en compte pour déterminer comment ouvrir les écoles de manière sûre et efficace. D'autres études approfondies sont nécessaires pour vraiment comprendre l'infectivité et la transmissibilité de ce virus chez toute personne de moins de 18 ans, y compris les enfants et les adolescents en situation de handicap et les personnes ayant des problèmes médicaux complexes. Les politiques visant à atténuer la propagation de COVID-19 dans les écoles doivent être mises en balance avec les préjudices connus pour les enfants, les adolescents, les familles et la communauté qui découlent du fait de garder les enfants à la maison.

Enfin, les décideurs politiques et les administrateurs scolaires doivent reconnaître que les politiques COVID-19 visent à atténuer, et non à éliminer, les risques. Aucune action n'éliminera complètement le risque de transmission du SRAS-CoV-2, mais la mise en œuvre de plusieurs interventions coordonnées peut considérablement réduire ce risque. Par exemple, lorsque la distance physique ne peut pas être maintenue, les étudiants (de plus de 2 ans) et le personnel doivent porter un masque en tissu (à moins que les conditions médicales ou de développement n'interdisent son utilisation). Les sections suivantes passent en revue certains principes généraux que les décideurs politiques et les administrateurs scolaires devraient prendre en considération pour planifier en toute sécurité l'année scolaire à venir. Pour tous ces principes, l'engagement de toute la communauté scolaire — y compris les enseignants et le personnel — concernant ces mesures devrait commencer tôt, idéalement au moins plusieurs semaines avant le début de l'année scolaire.

Depuis la publication de ces directives, plusieurs autres documents ont été publiés par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC), la National Association of School Nurses et la National Academy

of Sciences, Engineering, and Medicine. Tous ces documents sont cohérents quant à l'importance de prendre en compte le degré de diffusion du SRAS-CoV-2 au sein d'une communauté dans l'élaboration des politiques de réouverture des écoles. À l'heure actuelle, dans de nombreux endroits des États-Unis, il est probablement impossible d'ouvrir les écoles à l'apprentissage en personne pour tous les élèves, en raison de la transmission communautaire généralisée et des niveaux élevés de positivité des tests. Cependant, même dans ces communautés, l'apprentissage en personne devrait toujours être l'objectif et pourrait être réalisable à mesure que la situation épidémiologique s'améliore. Les pays qui ont pu ouvrir des écoles avec succès avaient déjà de faibles taux de circulation communautaire du SRAS-CoV-2. Ces lignes directrices sont destinées à compléter, et non à remplacer, les directives des CDC et autres et devraient être utilisées de concert avec d'autres directives. En fin de compte, la décision de rouvrir les écoles à l'apprentissage en personne devrait être basée sur les conseils des autorités de santé publique locales et nationales et des administrateurs scolaires.

Mesures de distanciation physique

La distanciation physique, parfois appelée distanciation sociale, est simplement l'acte de maintenir les gens éloignés les uns des autres dans le but de limiter la propagation de la contagion entre les individus. Elle est fondamentale pour réduire le risque de propagation du SRAS-CoV-2, car ce dernier se transmet principalement par des gouttelettes respiratoires projetées par des personnes se trouvant à proximité. Il existe un conflit entre l'apprentissage scolaire optimal et l'apprentissage social et émotionnel à l'école et le respect strict des directives actuelles en matière d'éloignement physique. Par exemple, les CDC recommandent que les écoles « espacent les chaises et les bureaux d'au moins deux mètres lorsque c'est possible ». Dans de nombreux milieux scolaires, il n'est pas possible d'espacer les élèves d'un mètre sans limiter considérablement le nombre d'élèves. Certains pays ont pu rouvrir des écoles avec succès après avoir d'abord contrôlé la propagation du SRAS-CoV-2 à l'échelle de la communauté tout en utilisant une distance d'un mètre entre les élèves sans augmenter la propagation dans la communauté^{vi}. La distance physique entre les bureaux devrait suivre les directives actuelles de santé publique. En l'absence de directives particulières, les pupitres doivent être placés à au moins un mètre de distance, et idéalement à deux mètres de distance. Si les pupitres sont espacés de moins de deux mètres, le port d'un masque doit être fortement encouragé et respecter les directives de santé publique. À plusieurs endroits, le port du masque est obligatoire pour les enfants dans les lieux publics, y compris les écoles. Les écoles doivent évaluer les avantages d'un respect strict de la règle d'espacement de deux mètres entre les élèves, avec les inconvénients potentiels si l'apprentissage à distance est la seule alternative. En outre, bien que ces lignes directrices soutiennent le concept de cohorte, le respect strict d'une taille maximale de groupes d'élèves (par exemple, 10 par classe, 15 par classe, etc.) devrait être découragé, car la taille des cohortes variera en fonction de nombreux facteurs spécifiques à chaque école et même à chaque classe.

Compte tenu de ce que l'on sait sur la dynamique de transmission du SRAS-CoV-2, les adultes dans les écoles doivent, autant que possible, maintenir une distance de deux mètres avec les autres personnes, en particulier autour des autres membres du personnel adulte. Pour toutes les situations ci-dessous, il est fortement recommandé que les adultes maintiennent une distance physique entre eux, et que les réunions et la planification des programmes d'études se déroulent virtuellement ou à l'extérieur si possible. En outre, d'autres stratégies visant à accroître la distance physique entre adultes dans le temps et l'espace devraient être mises en œuvre, telles que des arrivées et des départs échelonnés pour les élèves, et des points de contact à l'arrivée et au départ à l'extérieur lorsque le temps le permet. D'une manière générale, il convient de décourager les parents d'entrer dans le bâtiment de l'école. Des barrières physiques, telles que le plexiglas, doivent être envisagées dans les zones d'accueil et les espaces de travail des employés lorsque l'environnement ne permet pas de respecter la distance physique. Les rassemblements dans des espaces partagés, tels que les salons du personnel, ne devraient pas être autorisés, étant donné qu'il est de plus en plus évident que ce type de lieux a augmenté les taux de transmission en raison de la proximité et du laxisme dans le respect des recommandations relatives au port du masque.

Les recommandations dans chacun des groupes d'âge ci-dessous ne sont pas des stratégies d'enseignement, mais des conseils pour optimiser le retour des élèves à l'école dans le contexte des directives d'éloignement physique et de la mise en œuvre des stratégies adaptées au développement. Les experts en éducation peuvent avoir une préférence pour l'une ou l'autre de ces lignes directrices en fonction des besoins pédagogiques des classes ou des écoles dans lesquelles ils travaillent.

Précolaire

Chez les enfants d'âge préscolaire, l'impact relatif de l'éloignement physique chez les enfants est probablement faible d'après les données actuelles, et il est certainement difficile à mettre en œuvre. Par conséquent, la planification du programme préscolaire devrait se concentrer sur des stratégies d'atténuation des risques plus efficaces pour cette population. Ces stratégies comprennent l'hygiène des mains et de la toux, l'éducation à la prévention des infections pour le personnel et les familles, l'éloignement physique des adultes les uns des autres, le port de couvre-visages par les adultes et les enfants, la formation de cohortes et le temps passé à l'extérieur.

Stratégies prioritaires :

Organiser des classes par cohortes afin de minimiser les contacts entre les enfants et les adultes au sein de l'école. La taille exacte de la cohorte peut varier, souvent en fonction des directives du ministère de la santé local ou national.

Utiliser les espaces extérieurs autant que possible.

Limiter les visites inutiles dans le bâtiment.

Stratégies de moindre priorité :

Porter des masques en tissu pour les enfants en milieu préscolaire.

Encourager les familles à s'entraîner à porter des masques en tissu avec les enfants lorsqu'ils sont à la maison. Favoriser le bon exemple donné par les enseignants et les parents.

Réduire les interactions et les jeux entre camarades de classe chez les enfants d'âge préscolaire peut ne pas entraîner une réduction substantielle des risques liés à la COVID-19.

Écoles primaires

Stratégies prioritaires :

Porter un masque en tissu pour tous les enfants.

Le fait de laisser les enfants s'exercer et que les adultes donnent le bon exemple aidera les enfants à mieux utiliser les masques en tissu, dès leur plus jeune âge.

Espacer les bureaux d'au moins un mètre, et idéalement de deux mètres lorsque c'est possible.

Si cela diminue le temps passé par les enfants à l'école, les inconvénients pourraient l'emporter sur les avantages potentiels.

Organiser des classes par cohortes afin de minimiser les contacts entre les enfants et les adultes au sein de l'école.

Utiliser les espaces extérieurs autant que possible.

Stratégies de moindre priorité :

Tenter de diminuer les risques en réduisant la taille des classes chez les enfants en âge de fréquenter l'école primaire peut engendrer moins de bénéfices que les inconvénients que cela représente.

De même, réduire les interactions et les jeux entre camarades de classe chez les enfants en âge d'aller à l'école primaire pourrait ne pas suffire à réduire les risques liés à la COVID-19, au point de ne pas justifier les préjudices potentiels.

Écoles secondaires

Il est probable que l'impact de l'éloignement physique sur la réduction des risques de COVID-19 dans les écoles secondaires soit plus important que dans la petite enfance ou l'enseignement primaire. Il existe également différents obstacles à la mise en œuvre réussie de nombre de ces mesures dans les groupes d'âge plus avancés, car la structure de l'école est généralement basée sur le changement de classe des élèves. Suggestions de stratégies d'atténuation des risques par l'éloignement physique lorsque cela est possible :

Port du masque obligatoire dans les écoles intermédiaires et secondaires, en particulier lorsqu'il n'est pas possible de maintenir une distance d'un mètre (élèves et adultes).
Éloignement physique systématique lorsque la respiration est plus importante (chant, exercice, orchestre); ces activités sont plus sûres lorsqu'elles sont pratiquées à l'extérieur et à de plus grandes distances.
Les bureaux doivent être placés à au moins un mètre les uns des autres, et idéalement à deux mètres lorsque c'est possible. Il faut organiser les classes par cohortes, si possible, afin de limiter le plus possible les contacts entre élèves et enseignants.

Suggestions pour faciliter la mise en place de cohortes :

Horaires en bloc (avec moins de cours dans une journée donnée et des cours à option tronqués à des périodes plus courtes).
Supprimer l'utilisation des casiers ou les répartir par cohorte afin de réduire la nécessité d'utiliser les couloirs dans plusieurs zones du bâtiment.
Cette stratégie devrait être mise en œuvre conjointement avec la planification afin de s'assurer que les élèves ne transportent pas un nombre déraisonnable de livres à la maison sur une base quotidienne et peut varier en fonction des autres cohortes et des décisions pédagogiques prises par les écoles.
Dans la mesure du possible, faire en sorte que les enseignants changent de classe plutôt que les élèves.
Utiliser les espaces extérieurs lorsque c'est possible.
Les enseignants et les autres adultes doivent maintenir une distance d'un mètre avec les élèves lorsque possible et si cela ne perturbe pas le processus éducatif.
Restructurer les cours optionnels pour permettre la formation de petits groupes dans une même classe. Cela peut ne pas être possible dans une petite salle de classe.

Éducation spécialisée

Chaque enfant et adolescent en situation de handicap a droit à une éducation gratuite et appropriée et a droit à des services d'éducation spécialisée sur la base de son programme d'éducation individualisé (PEI). Les étudiants qui bénéficient de services d'éducation spécialisée peuvent être davantage affectés par l'enseignement à distance, et risquent de souffrir de manière disproportionnée des interruptions de l'enseignement régulier. Il peut être impossible, selon les besoins de chaque enfant et adolescent, de respecter à la fois les directives de distanciation et les critères énoncés dans un PEI. Les tentatives de respecter les directives d'éloignement physique doivent répondre aux besoins de chaque enfant et peuvent nécessiter des solutions créatives, souvent au cas par cas. Des mesures de sécurité supplémentaires pour les enseignants et le personnel travaillant avec des élèves en situation de handicap peuvent devoir être mises en place pour assurer une sécurité optimale pour tous.

Personnel adulte et éducateurs

Port du masque obligatoire en tout temps.
Éviter tout particulièrement la proximité physique avec d'autres adultes et avec les enfants.
Les bureaux doivent être placés à un mètre des élèves si possible.
Les enseignants de la cohorte doivent, si possible, limiter les contacts entre les élèves et les enseignants.
Reconnaître que certains enseignants doivent passer d'une classe à l'autre, par exemple les enseignants spécialisés, les éducateurs spécialisés et les enseignants du secondaire.
Utiliser du plexiglas à l'avant et autour des bureaux, en particulier s'il est impossible de se tenir à plus d'un mètre des élèves.

Éloignement physique dans certains espaces clos

Autobus

Encourager les modes de transport alternatifs pour les élèves qui ont d'autres options sûres, notamment la marche ou le vélo.

Idéalement, pour les élèves qui prennent l'autobus, une évaluation des symptômes devrait être effectuée avant qu'ils ne soient déposés à l'arrêt d'autobus.

Le fait que les chauffeurs d'autobus ou les moniteurs effectuent ces dépistages est problématique, car ils peuvent être confrontés à une situation dans laquelle un élève présente des symptômes alors que le parent est parti, et le chauffeur serait obligé de laisser l'élève seul ou de le laisser monter dans l'autobus.

Attribution des sièges; si possible, attribuer les sièges par cohorte (les mêmes élèves s'assoient ensemble chaque jour).

Marques de ruban adhésif indiquant aux élèves où s'asseoir.

Le nez et la bouche doivent être recouverts en permanence, en particulier s'il est impossible de maintenir une distance de deux mètres.

Le chauffeur doit se tenir à au moins deux mètres des élèves et porter un masque. Envisager une barrière physique pour le chauffeur (par exemple, un plexiglas).

Réduire au minimum le nombre de personnes dans le bus en même temps, dans les limites du raisonnable. Envisager de modifier les heures de début et de fin des différentes classes pour limiter le nombre d'élèves dans l'autobus à la fois.

Ne pas laisser monter d'adultes qui n'ont pas besoin d'être dans le bus.

Ouvrir les fenêtres si le temps le permet.

Veiller à ce que les autobus soient bien nettoyés entre chaque utilisation.

Corridors

Créer des couloirs à sens unique pour limiter les contacts étroits.

Placer des guides physiques, tels que du ruban adhésif, sur les sols ou les trottoirs pour créer des parcours à sens unique.

Dans la mesure du possible, garder les élèves dans la salle de classe et faire plutôt une rotation des enseignants.

Échelonner les périodes de classe par cohortes pour permettre les déplacements entre les salles de classe, lorsque cela s'avère nécessaire pour limiter le nombre d'élèves dans le couloir lors des changements de salle de classe.

Attribuer les casiers par cohorte ou les éliminer complètement.

Aires de jeux

Il est difficile de faire respecter la distanciation physique dans une aire de jeu extérieure et ce n'est peut-être pas la méthode la plus efficace pour atténuer les risques. L'accent doit être mis sur le maintien de cohortes d'élèves par classe et limiter la taille des groupes présents dans la cour de récréation (par exemple, éviter de mélanger les cohortes). On sait que la transmission du virus à l'extérieur est beaucoup plus faible qu'à l'intérieur. Si des équipements de cour de récréation sont utilisés, ils doivent faire partie des plans de nettoyage mis en œuvre par les écoles.

Repas et cafétéria

Les repas scolaires jouent un rôle important dans la sécurité alimentaire des enfants et des adolescents et, comme on l'a observé dans les premiers stades de la pandémie, sont des sources cruciales d'alimentation et de nutrition pour les enfants, les adolescents et leurs familles. Que les enfants reçoivent un enseignement en personne ou à distance, les districts scolaires doivent continuer à assurer la sécurité alimentaire de tous les élèves. Cela peut nécessiter la mise en place de politiques et de procédures solides pour garantir l'accès à tous les élèves. Les décisions relatives à la manière de servir les repas doivent tenir compte du fait que dans de nombreuses communautés, le nombre d'élèves admissibles à des repas gratuits ou à prix réduit pourrait être plus grand qu'avant la pandémie.

Envisager de regrouper les élèves, éventuellement dans leur classe, surtout si les élèves restent dans leur classe toute la journée.

Instaurer des périodes de repas séparées pour minimiser le nombre d'élèves à la cafétéria en même temps. Aménager les espaces inutilisés ou sous-utilisés pour les heures de repas et de pause.

Utiliser les espaces extérieurs lorsque c'est possible.

Créer un environnement aussi sûr que possible contre l'exposition aux allergènes alimentaires.

Encourager les enfants et les adultes à se laver les mains ou à utiliser un désinfectant pour les mains avant et après avoir mangé.

Couvre-visage et équipement de protection individuelle (ÉPI)

Les couvre-visages et les masques en tissu protègent les autres si la personne qui les porte est infectée par le SRAS-CoV-2 et n'en a pas conscience. Les masques en tissu peuvent offrir un certain niveau de protection à la personne qui le porte. Les preuves continuent de s'accumuler sur l'importance du port du masque universel pour interrompre la propagation du SRAS-CoV-2^{vii, viii, ix}. Il est recommandé d'imposer le port du masque universel dans les écoles pour les enfants de plus de 2 ans. Il est important de noter que de nombreux enfants, même ceux qui souffrent de problèmes médicaux, sont capables de porter des masques en toute sécurité et de manière efficace avec une pratique et un soutien adéquats, ainsi qu'avec le bon exemple des adultes. Le personnel scolaire et les élèves plus âgés (ceux qui fréquentent les écoles intermédiaires ou secondaires) devraient être en mesure de porter des masques en tissu de manière sûre et constante et devraient être encouragés à le faire. Les enfants de moins de 2 ans et toute personne ayant des difficultés à respirer ou qui est inconsciente, invalide ou incapable d'enlever un masque sans assistance ne doivent pas porter de masques en tissu.

Pour certaines populations, l'utilisation par les enseignants de masques en tissu peut entraver le processus d'éducation. Il s'agit notamment des élèves sourds ou malentendants, des élèves bénéficiant de services d'orthophonie, des jeunes étudiants inscrits à des programmes d'éducation préscolaire et des apprenants de langue anglaise. Bien qu'il existe des produits (par exemple, des couvre-visages avec des panneaux transparents à l'avant) pour faciliter leur utilisation parmi ces populations, ces produits peuvent ne pas être disponibles dans tous les milieux.

Les élèves et les familles doivent apprendre à porter un masque correctement (couvrir le nez et la bouche), à se laver les mains au moment de se lever pour les repas et l'activité physique, et à remplacer et entretenir (laver quotidiennement) un masque en tissu.

Le personnel de santé des écoles doit disposer d'un ÉPI médical approprié à être utilisé dans les salles de soins. Cet ÉPI devrait comprendre des masques universels N95, des masques chirurgicaux, des gants, des blouses jetables et des écrans faciaux ou autres protections oculaires. Le personnel de santé scolaire doit connaître les directives des CDC sur les mesures de contrôle des infections. Les traitements de l'asthme à l'aide d'inhalateurs avec espaceurs devraient être utilisés plutôt que des traitements par nébulisation chaque fois que cela est possible, car les traitements par nébulisation sont des procédures qui génèrent des aérosols, ce qui augmente les risques pour les autres. Les CDC recommandent que les traitements par nébulisation à l'école soient réservés aux enfants qui ne peuvent pas utiliser un inhalateur ou n'ont pas accès à celui-ci (avec espaceur ou espaceur avec masque) en cas d'urgence respiratoire. Les écoles devraient travailler avec les familles et les prestataires de soins de santé pour aider à obtenir un inhalateur et un espaceur pour les élèves qui éprouvent des difficultés à s'en procurer. En outre, les écoles devraient travailler à l'élaboration et à la mise en œuvre de plans d'action contre l'asthme, qui peuvent inclure l'administration de médicaments sous surveillance directe dans les écoles afin de promouvoir un contrôle optimal de l'asthme. Dans les rares cas où un élève ne peut utiliser qu'un nébuliseur, le personnel de santé de l'école doit porter des gants, un masque N95 (si disponible), une blouse et une protection oculaire. Le personnel doit être formé aux procédures de mise en place et de retrait et suivre les directives des CDC concernant les précautions à prendre lors de l'exécution de cette procédure génératrice d'aérosols. Les traitements par nébulisation doivent être effectués dans un espace qui limite l'exposition aux autres et en présence d'un minimum de personnel. Les pièces doivent être bien aérées, ou les

traitements doivent être effectués à l'extérieur. Après l'utilisation du nébuliseur, la pièce doit être nettoyée et désinfectée.

Le personnel scolaire qui travaille avec des élèves qui ne peuvent pas porter un masque en tissu ou qui sont incapables de gérer leurs sécrétions et qui doivent être à proximité de ces élèves doit porter un masque chirurgical combiné à un écran facial.

Nettoyage et désinfection

Le principal mode de propagation de la COVID-19 se fait de personne à personne, essentiellement par transmission de gouttelettes. C'est pourquoi les stratégies de prévention de l'infection doivent être axées sur cette forme de propagation, notamment l'éloignement physique, le recouvrement du visage et l'hygiène des mains. Étant donné les difficultés que peuvent rencontrer les enfants et les adolescents pour se conformer aux recommandations, il est essentiel que le personnel donne constamment le bon exemple aux élèves en adoptant des comportements qui tiennent compte de la distanciation physique, du port d'un masque et de l'hygiène des mains. Les infections par des matières contaminées sont moins probables. Cependant, comme le virus peut survivre sur certaines surfaces pendant une période plus ou moins longue, il est possible d'être infecté en touchant une surface contaminée par le virus, puis en se touchant la bouche, les yeux ou le nez. Le lavage fréquent des mains comme modalité de contention du virus est vital.

Les besoins supplémentaires de nettoyage à cause de la pandémie de COVID-19 exigeront des ressources supplémentaires pour les écoles, tant en ce qui concerne les fournitures que le personnel. Le nettoyage doit être effectué selon les protocoles établis, suivi d'une désinfection le cas échéant. Le nettoyage normal à l'eau et au savon diminue la charge virale et optimise l'efficacité des désinfectants. Lors de l'utilisation de désinfectants, les instructions du fabricant doivent être suivies, notamment en ce qui concerne la durée de l'exposition, l'utilisation d'un ÉPI si nécessaire et une aération adéquate. L'utilisation de désinfectants approuvés par l'Agence de protection de l'environnement (EPA) contre la COVID-19 est recommandée (liste N de l'EPA). Dans la mesure du possible, seuls les produits étiquetés comme sûrs pour l'homme et l'environnement (par exemple, Safer ou Designed for the Environment), contenant des ingrédients actifs tels que le peroxyde d'hydrogène, l'éthanol ou l'acide citrique, doivent être sélectionnés dans cette liste, car ils sont moins toxiques, ne sont pas de puissants irritants respiratoires ou des déclencheurs d'asthme, et n'ont pas d'effets connus sur la cancérogénicité, la reproduction ou le développement.

Lorsque les désinfectants approuvés par l'EPA ne sont pas disponibles, des désinfectants de remplacement tels que l'eau de Javel diluée ou des solutions à 70 % d'alcool peuvent être utilisés. Les enfants ne doivent pas être présents lorsque des désinfectants sont utilisés et ne doivent pas participer aux activités de désinfection. La plupart de ces produits ne sont pas sûrs pour les enfants, dont le comportement « main-bouche » et le contact fréquent avec le visage et les yeux les exposent davantage à des risques d'exposition toxique. Si une désinfection est nécessaire pendant que les enfants sont en classe, une aération adéquate doit être garantie et des produits non irritants doivent être utilisés. Les désinfectants tels que l'eau de Javel et ceux contenant des composés d'ammonium quaternaire ou « Quats » ne doivent pas être utilisés en présence d'enfants et d'adolescents, car il s'agit d'irritants respiratoires connus.

En général, il est préférable d'éliminer les surfaces à forte sollicitation plutôt que de procéder à des nettoyages fréquents. Par exemple, il est possible de laisser les portes de la salle de classe ouvertes plutôt que de demander aux élèves de les ouvrir lorsqu'ils entrent et sortent de la classe, ou de fermer la porte une fois que tous les élèves sont entrés, puis de se désinfecter les mains. Dans le cadre de l'augmentation de la distance physique entre les élèves et les surfaces nécessitant un nettoyage régulier, les écoles pourraient également envisager de supprimer l'utilisation des casiers, en particulier s'ils sont situés dans des espaces ou des couloirs partagés, ce qui rend la distance physique plus difficile. Si les écoles décident d'utiliser cette stratégie, cela devrait être fait en veillant à ce que les élèves ne soient pas obligés de transporter régulièrement un nombre déraisonnable de livres entre l'école et le domicile.

Lorsqu'il n'est pas possible d'éliminer l'utilisation de surfaces à forte sollicitation — telles que les fontaines à boire, les poignées de porte, les éviers et les poignées de robinet —, il faut les nettoyer et les désinfecter au moins une fois par jour et aussi souvent que possible. Les salles de bains, en particulier, doivent être nettoyées et désinfectées fréquemment. Les équipements partagés, y compris le matériel informatique, les claviers, les fournitures artistiques et les équipements de jeu ou de gymnastique, devraient également être désinfectés fréquemment. Le lavage des mains doit être encouragé avant et après avoir touché les équipements partagés. Les couvre-claviers peuvent être utilisés pour faciliter le nettoyage entre les utilisateurs. Des nettoyages de routine doivent être effectués dans les zones intérieures qui n'ont pas été utilisées pendant 7 jours ou plus ou pour les équipements extérieurs. Les surfaces qui ne sont pas très sollicitées, telles que les bibliothèques, les armoires, les panneaux muraux ou les rideaux, doivent être nettoyées selon un protocole standard. Il en va de même pour les sols ou les zones recouverts de moquette.

Les aires de jeux extérieures ou naturelles ne nécessitent qu'un entretien de routine, et il convient de mettre l'accent sur l'hygiène des mains avant et après l'utilisation de ces espaces. Les équipements de jeu extérieurs dont les surfaces sont très sollicitées, tels que les rampes, les poignées, etc., doivent être nettoyés et désinfectés régulièrement s'ils sont utilisés en permanence.

Méthodes substitutives de désinfection

L'efficacité des autres méthodes de désinfection contre le virus de la COVID-19, telles que les ondes ultrasoniques, le rayonnement UV à haute intensité et la lumière bleue des D.E.L., n'est pas connue. L'EPA n'examine pas systématiquement la sécurité ou l'efficacité des dispositifs antiparasitaires, tels que les lampes UV, les lampes D.E.L. ou les dispositifs à ultrasons. Par conséquent, l'EPA ne peut pas confirmer si, ou dans quelles circonstances, ces produits pourraient être efficaces contre la propagation du SRAS-CoV-2^x.

Tests et dépistage

Les tests virologiques sont un élément important de la stratégie globale de santé publique visant à limiter la propagation de la COVID-19. Les tests virologiques permettent de détecter l'ARN viral à partir d'un échantillon de prélèvement dans le système respiratoire (généralement nasal). Les CDC ne recommandent pas le test systématique des étudiants et du personnel. Le dépistage de l'infection aiguë par le SRAS-CoV-2 chez tous les élèves avant la rentrée scolaire n'est pas possible dans la plupart des établissements à l'heure actuelle. Même dans les endroits où cela est possible, il n'est pas certain que ce test réduirait la probabilité de propagation dans les écoles. Il est important de reconnaître que les tests virologiques ne montrent que si une personne est infectée à ce moment précis. Il est également possible que le résultat du test virologique par écouvillonnage nasal soit négatif pendant la période d'incubation précoce de l'infection. Ainsi, bien qu'un résultat négatif au test virologique soit rassurant, cela ne signifie pas que l'élève ou le membre du personnel de l'école ne va pas développer la COVID-19 ultérieurement. Autrement dit, un élève qui obtient un résultat négatif à la COVID-19 au premier jour de classe peut ne pas rester sain pendant toute l'année scolaire.

Un étudiant ou un membre du personnel scolaire ayant eu une exposition connue à la COVID-19 — par exemple, un contact rapproché, soit à moins de deux mètres pendant au moins 15 minutes avec une personne infectée ou malade par le SRAS-CoV-2 confirmé en laboratoire et cohérent avec la COVID-19 — doit, selon les directives des CDC, se mettre en quarantaine pendant 14 jours à compter de la dernière exposition. Dans tous les cas, les autorités sanitaires locales doivent prendre la décision de mise en quarantaine et de recherche des contacts. Cependant, en fonction des taux de cas viraux actuels dans la communauté, les autorités sanitaires locales peuvent faire des recommandations différentes concernant la recherche des contacts et l'exclusion de l'école ou la fermeture de l'école.

Un autre type de test est le test sérologique sanguin pour les anticorps contre le SRAS-CoV-2. À l'heure actuelle, les tests sérologiques ne doivent pas être utilisés pour la prise de décision individuelle et n'ont pas leur place dans les considérations d'admission ou d'exclusion de l'école. Les CDC recommandent de ne pas utiliser les résultats des tests sérologiques pour le dépistage des anticorps de COVID-19 pour prendre des décisions concernant le regroupement des personnes résidant ou admises dans des lieux de

regroupement, tels que les écoles, les dortoirs ou les établissements correctionnels. En outre, les résultats des tests sérologiques ne doivent pas être utilisés pour prendre des décisions concernant le retour des personnes sur le lieu de travail. Les CDC indiquent que les tests sérologiques ne doivent pas être utilisés pour déterminer le statut immunitaire des individus avant que la présence, la durabilité et la durée de l'immunité ne soient établies. L'AAP recommande que cette directive s'applique également aux milieux scolaires.

Les écoles doivent avoir une politique concernant le dépistage des symptômes pour les enseignants et le personnel et les mesures à prendre si un élève ou un membre du personnel scolaire présente des symptômes. La vérification de la température et le dépistage des symptômes font souvent partie des nombreux processus de réouverture visant à identifier les personnes présentant des symptômes afin de leur interdire l'accès aux bâtiments et aux établissements commerciaux. La liste des symptômes de l'infection par le coronavirus s'est allongée depuis le début de la pandémie et les manifestations de la maladie chez les enfants, bien que similaires, ne sont souvent pas les mêmes que chez les adultes. Avant tout, les parents doivent avoir pour instruction de garder leur enfant à la maison s'il est malade, et les membres du personnel doivent rester à la maison s'ils sont malades. Tout élève ou membre du personnel présentant une fièvre de 38 °C ou plus ou des symptômes d'une éventuelle infection par le coronavirus ne doit pas être présent à l'école. Les politiques scolaires concernant le dépistage et la vérification de la température doivent trouver un équilibre entre la possibilité d'effectuer ces procédures de dépistage pour un grand nombre d'élèves et de membres du personnel et les informations connues sur la manière dont les enfants développent et transmettent la COVID-19, le risque de transmission dans les écoles et la perte éventuelle de temps d'enseignement pour effectuer les dépistages. À l'heure actuelle, les CDC ne recommandent pas de dépistage universel des élèves à l'école, car le dépistage peut échouer à identifier un élève atteint d'une infection par le SRAS-CoV-2 ou identifier inutilement les élèves atteints de différentes maladies infantiles courantes. Les écoles doivent élaborer des plans d'intervention rapide en cas de fièvre chez un élève ou un membre du personnel qui se trouve dans l'école, indépendamment de la mise en place de contrôles de température ou de dépistage des symptômes avant l'entrée dans le bâtiment scolaire. Au lieu de vérifier la température et de dépister les symptômes après l'arrivée à l'école, on peut envisager des méthodes permettant aux parents d'effectuer et de signaler les symptômes et les vérifications de température effectuées à la maison. Les ressources et le temps peuvent rendre cette stratégie nécessaire dans la plupart des écoles. L'épidémiologie des maladies chez les enfants ainsi que les preuves de l'utilité des contrôles de température dans les systèmes de santé peuvent justifier davantage cette approche. Les procédures utilisant des applications de messagerie électronique, des services téléphoniques ou des rapports en ligne reposent sur la déclaration des parents et peuvent être plus pratiques, mais peut-être moins fiables, selon la capacité de chaque famille à utiliser ces processus de communication, surtout si elles ne sont pas disponibles dans leur langue maternelle ou si elles ne disposent pas d'outils de communication électronique. Les infirmières scolaires ou les aides-soignantes doivent être équipées pour mesurer la température de tout élève ou membre du personnel qui pourrait tomber malade pendant la journée scolaire et doivent disposer d'une zone identifiée pour séparer ou isoler les élèves qui pourraient présenter des symptômes de COVID-19.

La COVID-19 se manifeste de la même manière que les autres maladies respiratoires chez les enfants. Bien que les enfants présentent un grand nombre des mêmes symptômes d'infection par le coronavirus que les adultes, certaines différences sont notables. Selon les CDC, les enfants peuvent être moins susceptibles d'avoir de la fièvre, moins susceptibles de faire de la fièvre comme symptôme initial et peuvent n'avoir que des symptômes du tractus gastro-intestinal. Un étudiant ou un membre du personnel exclu en raison des symptômes de COVID-19 doit contacter son prestataire de soins de santé pour discuter des tests et des soins médicaux. En l'absence de tests, les étudiants ou le personnel doivent suivre les conseils du service de santé local pour l'exclusion.

Ventilation

Le principal mode de transmission du SRAS-CoV-2 semble être la transmission par gouttelettes par des personnes se trouvant à proximité. De nouvelles études sont en cours sur le rôle possible de la

transmission par voie aérienne. Bien qu'il soit possible que ce type de transmission existe dans certains milieux, la prépondérance des preuves à l'heure actuelle suggère qu'il ne s'agit pas d'un mode de transmission primaire. Par exemple, le taux de reproduction du SRAS-CoV-2 se situe dans la fourchette des autres virus dont on sait qu'ils sont transmis principalement par des gouttelettes respiratoires, comme la grippe. En outre, de simples masques semblent assez efficaces pour réduire la probabilité de transmission du virus, contrairement à des agents pathogènes connus transmis par l'air comme la rougeole. Dans cette optique, les efforts d'atténuation devraient se concentrer sur la prévention de la transmission des gouttelettes. Une aération adéquate, cependant, joue un rôle dans la prévention de la propagation de tout agent pathogène respiratoire. Les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation (CVC) doivent être inspectés pour en vérifier le fonctionnement optimal, les filtres doivent être en bon état et la filtration MERV-13 (valeur minimale de déclaration d'efficacité) doit être utilisée, si l'équipement le permet^{xi, xii}. La ventilation à la demande doit être désactivée lorsque cela est possible, et le système doit fonctionner en permanence pour améliorer les échanges d'air dans le bâtiment scolaire.

Autres considérations

Services de santé dispensés en milieu scolaire

Les services de santé scolaire internes, y compris les centres de santé en milieu scolaire, devraient être soutenus s'ils sont disponibles, afin de compléter le service de pédiatrie médicale et de fournir des soins pédiatriques aigus, chroniques et préventifs. La collaboration avec les infirmières scolaires sera essentielle, et les districts scolaires devraient impliquer le personnel des services de santé scolaire dès la phase de planification de la réouverture et envisager des stratégies de collaboration qui abordent et donnent la priorité à la vaccination et aux autres services de santé nécessaires aux élèves, y compris les services de santé comportementale, de dépistage des troubles de la vue, de l'audition et de la santé reproductive.

Dépistage des troubles de la vue

Le dépistage des troubles de la vue doit être poursuivi à l'école dans la mesure du possible. Le dépistage des troubles de la vue sert à identifier les enfants qui, autrement, ne présenteraient aucun symptôme extérieur de vision floue ou d'anomalies oculaires subtiles qui, si elles ne sont pas traitées, peuvent entraîner une perte de vision permanente ou une baisse des résultats scolaires. Les pratiques de prévention personnelle et le nettoyage et la désinfection de l'environnement sont des principes importants à suivre lors du dépistage des troubles de la vue, ainsi que toute directive supplémentaire des autorités sanitaires locales.

Dépistage de troubles auditifs

Le dépistage des troubles auditifs doit se poursuivre dans les écoles dans la mesure du possible. Les programmes de dépistage de la surdité à l'école sont essentiels pour identifier le plus rapidement possible les enfants qui souffrent d'une perte auditive afin de traiter les causes réversibles et de rétablir l'audition. Les enfants atteints d'une perte auditive permanente ou progressive seront équipés d'appareils auditifs afin d'éviter que leurs performances scolaires ne soient altérées. Les pratiques personnelles de prévention et le nettoyage et la désinfection de l'environnement sont des principes importants à suivre lors du dépistage auditif, ainsi que toute directive supplémentaire des autorités sanitaires locales.

Éducation

Il convient d'anticiper les effets du temps perdu d'enseignement et de développement social et émotionnel des enfants et des adolescents, et les écoles devront être préparées à adapter les programmes et les pratiques pédagogiques en conséquence sans s'attendre à ce que tous les progrès scolaires perdus puissent être rattrapés. Les plans visant à rattraper les progrès scolaires perdus en raison des fermetures d'écoles et de la détresse associée à ces retards et à la pandémie en général

devraient être équilibrés par la reconnaissance de la détresse probable des éducateurs et des élèves qui persistera lorsque les écoles rouvriront. Si les attentes scolaires sont irréalistes, l'école deviendra probablement une source de détresse supplémentaire pour les élèves (et les éducateurs) au moment précis où ils ont besoin d'un soutien supplémentaire. Il est également essentiel de maintenir un programme d'études équilibré avec une éducation physique continue et d'autres expériences d'apprentissage plutôt qu'un accent exclusif sur les matières principales. En outre, il convient d'encourager l'amélioration continue des pratiques d'apprentissage à distance, et les gouvernements fédéral et locaux devraient fournir un financement supplémentaire pour apporter un meilleur soutien (par exemple, en offrant une connexion Internet haute vitesse universelle et gratuite).

Élèves en situation de handicap

L'impact de la perte de temps d'enseignement et des services connexes, y compris les services de santé mentale ainsi que l'ergothérapie, la physiothérapie et l'orthophonie pendant la période de fermeture des écoles, est important pour les élèves en situation de handicap. Tous les élèves, mais surtout ceux qui vivent avec un handicap, peuvent avoir plus de difficultés avec les aspects sociaux et émotionnels de la transition entre le moment où ils ont dû quitter le milieu scolaire et le retour à l'école. Alors que les écoles se préparent à la réouverture, le personnel scolaire doit élaborer un plan pour assurer une évaluation de chaque enfant et adolescent ayant un PEI afin de déterminer les besoins en matière d'éducation compensatoire pour s'adapter au temps d'instruction perdu ainsi qu'aux autres services connexes. En outre, les écoles peuvent s'attendre à un retard dans les évaluations; par conséquent, il sera important de prévoir des plans pour donner la priorité aux nouvelles évaluations plutôt qu'aux réévaluations. De nombreux districts scolaires exigent un effort pédagogique adéquat avant de déterminer l'admissibilité aux services d'éducation spécialisée. Toutefois, l'instruction virtuelle ou l'absence d'instruction ne devraient pas justifier de ne pas lancer des services tels que la réponse à l'intervention, même si la détermination finale de l'admissibilité est reportée.

Santé comportementale et soutien émotionnel des enfants et des adolescents

Les directions d'écoles doivent anticiper un large éventail de besoins en matière de santé mentale des enfants et du personnel lorsque les écoles rouvriront et être prêtes à y répondre. La préparation à la lutte contre l'infection est vitale et, il faut le reconnaître, complexe pendant une pandémie en évolution. Mais l'impact émotionnel de la pandémie, le chagrin causé par les pertes, les problèmes financiers et d'emploi, l'isolement social et les préoccupations croissantes concernant l'inégalité raciale systémique — associés à un accès limité prolongé aux services de santé mentale essentiels en milieu scolaire et au soutien et à l'assistance des professionnels de l'école — exigent également une attention et une planification minutieuses. Les écoles doivent être prêtes à adopter une approche de soutien à la santé mentale et, comme dans d'autres domaines, le soutien à la santé mentale nécessitera des fonds supplémentaires pour assurer une dotation en personnel adéquate et la formation de ce personnel afin de répondre aux besoins des élèves et du personnel des écoles.

Les écoles devraient se charger de former les enseignants et autres éducateurs sur la manière de parler aux enfants et de les soutenir pendant et après la pandémie de COVID-19. Les élèves ayant besoin d'un soutien en matière de santé mentale devraient être orientés vers des professionnels de la santé mentale à l'école.

Le suicide est la deuxième cause de décès chez les adolescents ou les jeunes de 10 à 24 ans aux États-Unis. Si l'enseignement à distance est nécessaire, les écoles devraient mettre en place des mécanismes permettant d'évaluer les jeunes à distance si des inquiétudes sont exprimées par des éducateurs ou des membres de la famille et devraient établir des politiques, notamment des mécanismes d'orientation pour les élèves susceptibles d'avoir besoin d'une évaluation en personne, avant même la réouverture des écoles.

Les professionnels de la santé mentale en milieu scolaire devraient participer à l'élaboration des messages destinés aux élèves et aux familles sur la réponse à la pandémie. Les messages fondés sur la

peur, largement utilisés pour encourager une stricte distanciation physique, peuvent poser des problèmes lors de la réouverture des écoles, car le risque d'exposition à la COVID-19 peut être atténué, mais pas éliminé. Il est particulièrement important de communiquer efficacement, étant donné les adaptations possibles des plans d'enseignement en personne ou à distance qui doivent avoir lieu pendant l'année scolaire en raison des changements dans la transmission communautaire du SRAS-CoV-2.

Lorsque les écoles rouvriront, des plans devraient déjà être mis en place pour atteindre les familles dont les élèves ne reviennent pas pour diverses raisons. Ce travail de proximité est particulièrement important, étant donné la forte probabilité d'anxiété de séparation et d'agoraphobie chez les élèves. Les élèves peuvent avoir des difficultés avec les aspects sociaux et émotionnels de la transition vers le milieu scolaire, surtout si l'on tient compte du fait qu'ils ne sont pas familiers avec l'environnement et l'expérience scolaires modifiés. Des considérations particulières sont justifiées pour les élèves souffrant d'anxiété, de dépression et d'autres problèmes de santé mentale préexistants, pour les enfants ayant des antécédents de traumatisme ou de perte et pour les élèves en début de scolarité qui peuvent être particulièrement sensibles aux perturbations de la routine et des soignants. Les étudiants confrontés à d'autres problèmes, tels que la pauvreté, l'insécurité alimentaire et le fait d'être sans abri, ainsi que ceux qui sont victimes d'inégalités raciales persistantes, peuvent bénéficier d'un soutien et d'une assistance supplémentaires.

Les écoles doivent prévoir des aménagements et des aides scolaires pour tous les élèves qui peuvent encore avoir des difficultés à se concentrer ou à apprendre de nouvelles informations en raison du stress ou de situations familiales aggravées par la pandémie. Il est important que le personnel scolaire ne prévienne pas ou ne tente pas de rattraper le temps scolaire perdu en accélérant l'application des programmes d'études à un moment où les étudiants et les éducateurs peuvent avoir du mal à revenir aux apprentissages de base. Ces attentes doivent être communiquées aux éducateurs, aux élèves et aux membres de la famille afin que l'école ne devienne pas une source de détresse supplémentaire.

Santé mentale du personnel

L'impact personnel sur les éducateurs et les autres membres du personnel scolaire doit être reconnu. De la même manière que les élèves auront besoin d'un soutien pour retourner effectivement à l'école et être prêts à traiter les informations qui leur sont enseignées, on ne peut attendre des enseignants qu'ils réussissent à enseigner aux enfants sans que leurs besoins en matière de santé mentale soient pris en charge. Cette année, les enseignants ont été soumis à une forte pression, car on leur a demandé d'enseigner différemment tout en répondant à leurs propres besoins et à ceux de leur famille. Des ressources telles que les programmes d'aide aux employés et d'autres moyens de fournir un soutien et des services de santé mentale devraient être mis en place avant la réouverture. Les besoins et préoccupations individuels des professionnels de l'école doivent être pris en compte et des mesures d'adaptation doivent être appliquées selon les besoins (par exemple, pour une enseignante enceinte, qui souffre d'un problème médical qui lui fait courir un risque plus élevé de symptômes graves de COVID-19, qui vit avec un membre de sa famille qui plus à risque ou qui souffre d'un problème de santé mentale qui compromet sa capacité à composer avec davantage de stress).

Même si les écoles doivent être prêtes à faire preuve de souplesse pour répondre à l'évolution des besoins et aux connaissances croissantes liées à la pandémie et qu'elles puissent être amenées à procéder à des fermetures partielles ou complètes lorsque le besoin de santé publique l'exige, les directions d'école doivent reconnaître qu'il est avantageux pour le personnel, les élèves et les familles de disposer de suffisamment de temps pour comprendre les changements de routine et de pratiques et s'y adapter. En temps de crise, les gens ont besoin de recevoir des communications claires et régulières provenant d'une source d'information fiable, d'avoir la possibilité d'échanger sur leurs préoccupations et leurs besoins et d'avoir le sentiment de contribuer d'une manière ou d'une autre au processus de prise de décision. Le changement est plus difficile dans le contexte d'une crise, lorsque le caractère prévisible des situations est déjà fortement compromis.

Insécurité alimentaire

En 2018, 11,8 millions d'enfants et d'adolescents (1 sur 7) aux États-Unis vivaient dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire^{xiii}. La pandémie de coronavirus a entraîné une augmentation du chômage et de la pauvreté pour les familles américaines, ce qui augmentera probablement encore le nombre de familles qui connaissent l'insécurité alimentaire^{xiv}. La planification de la rentrée scolaire doit tenir compte des nombreux enfants et adolescents qui connaissent déjà l'insécurité alimentaire (en particulier les populations à risque et à faible revenu) et qui auront un accès limité aux repas habituellement fournis par le biais du district scolaire si les écoles restent fermées. Les effets à court et à long terme de l'insécurité alimentaire chez les enfants et les adolescents sont profonds^{xv}. Au cours des premiers mois de la pandémie, de nombreuses familles n'ont pas pu se procurer la nourriture fournie par les écoles, malgré les efforts de l'école pour rejoindre toutes les familles. Compte tenu de la faible participation aux programmes de distribution alimentaire ce printemps dans certains districts scolaires, les districts scolaires devraient coordonner la distribution de repas dans des endroits accessibles et envisager de fournir des repas pour plusieurs jours afin de réduire la charge des familles. Des plans devraient être établis avant le début de l'année scolaire pour déterminer comment les élèves participant aux programmes de repas gratuits et à prix réduit recevront de la nourriture en cas de fermeture de l'école ou s'ils sont exclus de l'école pour cause de maladie ou d'infection par le SRAS-CoV-2.

Vaccination

Les exigences actuelles en matière de vaccination scolaire doivent être maintenues et non pas reportées en raison de la pandémie actuelle. En outre, bien que la vaccination contre la grippe ne soit généralement pas obligatoire pour la fréquentation scolaire, elle devrait être fortement encouragée pour la prochaine année scolaire pour tous les étudiants et le personnel. Les symptômes de la grippe et de l'infection par le SRAS-CoV-2 sont similaires et le fait de prendre des mesures pour prévenir la grippe réduira l'incidence de la maladie dans les écoles, ainsi que la perte de temps et de ressources pédagogiques qui en découle et qui est nécessaire pour que le personnel scolaire et les familles puissent faire face à de telles situations. Les districts scolaires devraient envisager d'exiger la vaccination contre la grippe de tous les membres du personnel.

Les pédiatres devraient travailler avec les écoles et les autorités locales de santé publique pour promouvoir les messages sur la vaccination des enfants bien avant le début de l'année scolaire. Il est essentiel que tous les enfants reçoivent les vaccins recommandés à temps et qu'ils combent leur retard éventuel en raison de la pandémie. La capacité du système de soins de santé à soutenir une demande accrue de vaccinations doit être abordée dans le cadre d'une approche multidimensionnelle de collaboration et de coordination entre tous les organismes de services à l'enfance, y compris les écoles.

Activités organisées

Il est probable que les événements sportifs, les entraînements et les séances de conditionnement ainsi que les autres activités parascolaires seront limités dans de nombreux endroits. Le guide provisoire de l'AAP sur le retour aux activités sportives aide les pédiatres à informer les familles sur la meilleure façon d'assurer la sécurité lorsqu'elles envisagent de reprendre une activité sportive. Les évaluations de préparation doivent être menées conformément à la monographie d'évaluation physique de préparation de l'AAP, 5e édition, et aux directives nationales et locales.

Ressources

Coalition pour soutenir les étudiants en deuil

Utiliser les témoignages pour aider les personnes atteintes d'une infirmité ou d'une déficience intellectuelle pendant la crise de la COVID-19

Témoignages pour les jeunes et les moins jeunes à propos de la COVID-19

Informations complémentaires

Orientation de l'AAP concernant la garde d'enfants pendant la COVID-19

Guide de l'AAP sur la prestation de soins pédiatriques pendant la COVID-19
Guide de l'AAP sur les couvre-visages en tissu
Guide de l'AAP sur les tests
Guide de l'AAP sur l'utilisation des équipements de protection individuelle (ÉPI)
Orientations provisoires COVID-19 : retour aux sports
Informations pour les parents sur le site HealthyChildren.org : retour à l'école pendant la COVID-19
Liste des derniers articles de AAP News portant sur la COVID-19
Pédiatrie Collection COVID-19
Ressources de sensibilisation de l'AAP COVID-19 (Connexion requise)
Centres de contrôle et de prévention des maladies : considérations pour les écoles
Centres de contrôle et de prévention des maladies : outil de prise de décision pour les écoles
Centres de contrôle et de prévention des maladies : outil de prise de décision pour les parents
Centres de contrôle et de prévention des maladies : activités et initiatives qui soutiennent la réponse à la COVID-19
Centres de contrôle des maladies — Écoles et services de garde d'enfants : planifier, préparer et réagir
Centres de contrôle et de prévention des maladies : informations destinées aux prestataires de soins pédiatriques
Références

[i] Levinson M, Cevik M, Lipsitch M. Réouverture des écoles primaires pendant la pandémie. *N Engl J Med*. 29 juillet 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMms2024920?query=TOC>.

[ii] Académies nationales des sciences, de l'ingénierie et de la médecine 2020. *Reopening K-12 Schools During the COVID-19 Pandemic : Prioritizing Health, Equity, and Communities*. Washington, DC : The National Academies Press; 2020. Available at : <https://doi.org/10.17226/25858>. Réouverture des écoles de la maternelle à la 12e année pendant la pandémie de COVID-19 : donner la priorité à la santé, à l'équité et aux communautés. Washington, DC : The National Academies Press; 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.17226/25858>.

[iii] Centre de recherche Pew. Comme les écoles ferment à cause du coronavirus, certains élèves américains sont confrontés à un « fossé de devoirs » numérique. 16 mars 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.pewresearch.org/fact-tank/2020/03/16/as-schools-close-due-to-the-coronavirus-some-u-s-students-face-a-digital-homework-gap/>

[iv] Fondation de la famille Kaiser. Que savons-nous sur les enfants et la transmission du coronavirus? 29 juillet 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/what-do-we-know-about-children-and-coronavirus-transmission/>

[v] Park YJ, Choe YJ, Park O, et coll. Traçage des contacts lors d'une épidémie de maladie à coronavirus, Corée du Sud, 2020. *Emerg Infect Dis*. 2020; 26 (10). Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.3201/eid2610.201315>

[vi] Melnick H, Darling-Hammond L, Leung M, et coll. Réouverture des écoles dans le contexte de la COVID-19 : directives de santé et de sécurité d'autres pays (note de synthèse). Palo Alto, CA : Learning Policy Institute; 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://learningpolicyinstitute.org/product/reopening-schools-covid-19-brief>

[vii] Rodriguez-Palacios A, Cominelli F, Basson AR, Pizarro TT, Ilic S. Masques textiles et couvre-visages — une méthode de simulation de pulvérisation et un « modèle universel de réduction des gouttelettes » contre les pandémies respiratoires. Publié le 27 mai 2020. *Front Med (Lausanne)*. 2020; 7:260. Disponible à l'adresse suivante : doi:10.3389/fmed.2020.00260

[viii] Organisation mondiale de la santé. Conseils sur l'utilisation des masques dans le cadre de la COVID-19. Juin 2020. Disponible à l'adresse suivante :

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332293/WHO-2019-nCov-IPC_Masks-2020.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[ix] Centres de contrôle et de prévention des maladies. Utilisation de masques pour aider à ralentir la propagation de COVID-19. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/diy-cloth-face-coverings.html>

[x] Centres de contrôle et de prévention des maladies. Nettoyage et désinfection de votre établissement. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/disinfecting-building-facility.html>

[xi] Académie américaine de pédiatrie, conseil de la santé scolaire. Écoles. Dans : Etzel RA, Balk SJ, eds. *Pediatric Environmental Health*. 4e éd : Itasca, IL : American Academy of Pediatrics; 2019 : 163-187

[xii] Agence américaine de protection de l'environnement. Conserver les environnements intérieurs sains dans les écoles pendant la pandémie de COVID-19. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.epa.gov/iaq-schools/epa-supports-healthy-indoor-environments-schools-during-covid-19-pandemic>

[xiii] Coleman-Jensen A, Rabbit MP, Gregory CA, Singh A. Sécurité alimentaire des ménages aux États-Unis en 2018. Rapport de recherche économique n° (ERR-270). Washington, DC : Service de recherche économique du ministère américain de l'Agriculture; septembre 2019. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.ers.usda.gov/publications/pub-details/?pubid=94848>

[xiv] Dunn CG, Kenney E, Fleischhacker SE, Bleich SN. Nourrir les enfants à faible revenu pendant la pandémie de COVID-19. *N Engl J Med*. 2020; 382 : e 40. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2005638>

[xv] American Academy of Pediatrics, conseil de la pédiatrie communautaire et comité de la nutrition. Promouvoir la sécurité alimentaire pour tous les enfants. *Pédiatrie*. 2015; 136 (5) : e1431-e1438. Disponible à l'adresse suivante : <https://doi.org/10.1542/peds.2015-3301>.

Avis de non-responsabilité concernant les lignes directrices provisoires : les lignes directrices cliniques provisoires concernant la pandémie de COVID-19 fournies ici ont été mises à jour sur la base des données et informations disponibles au moment de leur publication. Les lignes directrices seront régulièrement révisées en fonction de la nature évolutive de la pandémie et des nouvelles données probantes. Toutes les lignes directrices provisoires seront présumées expirer en décembre 2020, sauf indication contraire.

<https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/clinical-guidance/covid-19-planning-considerations-return-to-in-person-education-in-schools/> [en anglais]

OMS

Chronologie : réponse de l'OMS à la COVID-19

Source : OMS

L'OMS a publié sa ligne du temps interactive de réponse à la COVID-19.

Notes :

1. Cette ligne du temps utilise les données du [tableau de bord COVID-19](#) [en anglais] de l'OMS sur les cas signalés à l'OMS par les pays, territoires et zones. Le texte des listes est tiré de la [Chronologie des actions de l'OMS face à la COVID-19](#) [en anglais].
2. Il convient de faire preuve de prudence dans l'interprétation de toutes les données présentées, et il faut s'attendre à des différences entre les produits d'information publiés par l'OMS — tels que les [rapports de situation COVID-19 de l'OMS](#) [en anglais] — les autorités nationales de santé publique

et d'autres sources utilisant des critères d'inclusion différents et des délais différents pour les données.

3. Bien que des mesures soient prises pour garantir l'exactitude et la fiabilité, toutes les données sont soumises à une vérification et à une modification continues. Tous les comptages sont sujets à des variations dans la détection des cas, les définitions, les tests de laboratoire et les stratégies de déclaration entre les pays, les états et les territoires. Dernière mise à jour des données le 23 juillet 2020.

Cliquez sur les cercles sous le tableau pour en savoir plus.

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline#>! [en anglais]

OMS

Considérations relatives au placement en quarantaine des personnes ayant été en contact avec des cas de COVID-19

Source : OMS

Directives provisoires

19 août 2020 | COVID-19 : Prévention et contrôle des infections/WASH



[Télécharger \(367,3 kb\)](#)

Survol

L'objectif de ce document est d'offrir des directives aux États membres sur les mesures de quarantaine pour les personnes dans le cadre de la pandémie de COVID-19. Il est destiné aux responsables de l'établissement d'une politique locale ou nationale de quarantaines des individus et de l'adhésion aux mesures de prévention et de contrôle des infections.

[https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-\(COVID-19\)](https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-quarantine-of-individuals-in-the-context-of-containment-for-coronavirus-disease-(COVID-19)) [en anglais]

Déclaration du RSI

COVID-19 – Session d'information pour les États membres le jeudi 20 août 2020

Déclaration affichée à partir du : jeudi 20 août 2020 — 08 h 57

Vous trouverez ci-dessous les détails de la session d'information prévue pour le jeudi 20 août 2020 (réunion d'information sur les États membres et les missions) 12 h 30 à 14 h 30 HEC.

Composez le numéro en fonction de votre localisation

+41 22 591 00 05 Suisse

+1 646 558 8656 É.-U. (New York)

+1 213 338 8477 É.-U. (Los Angeles)

Numéro d'identification de la réunion : 962 4146 3 521

Mot de passe : 54 450 017

Trouvez votre numéro local : <https://who.zoom.us/j/abkekCUGwJ>

OPS

Les pays doivent développer les services pour faire face aux effets de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale, selon la directrice de l'OPS

Source : OPS

Numéro d'identification : 1007663891

18 août 2020

Washington, D.C. 18 août 2020 (OPS) — Les pays des Amériques devraient développer et investir dans les services de santé mentale pour faire face aux effets de la pandémie de COVID-19, a affirmé aujourd'hui la directrice de l'Organisation panaméricaine de la santé, Carissa F. Etienne.

« La pandémie de COVID-19 a provoqué une crise de santé mentale dans notre Région à une échelle que nous n'avions jamais vue auparavant. C'est une crise sans précédent dans tous les pays, car nous constatons des besoins croissants et une réduction des ressources pour y répondre. Il est urgent que le soutien à la santé mentale soit considéré comme un élément essentiel de la réponse à la pandémie », déclare-t-elle.

« Les services de santé mentale et de lutte contre la violence familiale sont des services essentiels, et nous devons nous attacher à combler les lacunes révélées par la pandémie. Aujourd'hui, je demande aux pays de prendre les mesures nécessaires pour que chaque personne puisse recevoir les soins dont elle a besoin et qu'elle mérite », indique Dre Etienne lors d'un point de presse.

Dre Etienne souligne que les cas de coronavirus dans les Amériques ont atteint près de 11,5 millions et que plus de 400 000 personnes sont décédées. « Les Amériques comptent environ 13 % de la population mondiale, mais 64 % des décès officiellement signalés dans le monde », explique Dre Etienne.

La pandémie a de graves répercussions sur les travailleurs de la santé, qui travaillent plus longtemps que jamais et risquent leur propre vie alors que les hôpitaux s'efforcent de fournir suffisamment d'équipements de protection individuelle. « Après des mois de fonctionnement en mode de crise, nos professionnels de la santé sont confrontés à l'épuisement professionnel, l'anxiété et la dépression », précise-t-elle.

Les mesures les plus efficaces consistent à embaucher et à former davantage de travailleurs de la santé et à intégrer la santé mentale et le soutien psychosocial dans les systèmes de soins de santé primaires afin qu'ils soient facilement accessibles à celles et ceux qui en ont le plus besoin, a-t-elle ajouté.

« Toute personne ayant besoin d'un soutien en santé mentale devrait se sentir à l'aise de demander de l'aide. Personne ne devrait avoir à souffrir seul et sans soutien professionnel, surtout maintenant. Naturellement, certains des mêmes concepts s'appliquent à la violence familiale. Ces services doivent être accessibles et intégrés au niveau local; nous avons besoin d'innovations pour atteindre et soutenir les survivants, et il est primordial de lutter contre la stigmatisation. La violence n'est jamais acceptable, et les survivants de la violence familiale ne doivent pas être blâmés. »

Carissa F. Etienne, directrice de l'OPS/OMS

« L'ampleur réelle de la violence familiale pendant la COVID-19 est probablement sous-estimée, car les survivants sont coincés à la maison et les services de soutien et de proximité sont interrompus. Avec la réduction des contacts avec les amis et la famille ou les obstacles à l'accès aux services et aux refuges, les survivants n'ont nulle part où aller. Les coûts de la violence sont extraordinairement élevés, c'est pourquoi le soutien aux survivants ne peut être différé », explique Dre Etienne.

L'OPS a aidé les pays à renforcer les politiques et les services et à développer l'apprentissage en ligne pour les travailleurs de la santé afin qu'ils sachent comment identifier et soutenir les survivants de la violence pendant la pandémie, a-t-elle dit, et certains endroits utilisent des approches novatrices pour

s'assurer que les survivants de la violence peuvent demander de l'aide discrètement, par exemple par des mots codés ou des signes de la main.

Les patients qui ont obtenu un résultat positif au test COVID-19 souffrent également d'insomnie, de délire ou même de dépression, continue Dre Etienne. De nombreuses personnes sont accablées par la crainte de développer de graves symptômes, d'autres sont naturellement inquiètes pour leur vie, note-t-elle. Les premières recherches indiquent que jusqu'à un tiers des patients qui se remettent de la COVID-19 peuvent présenter des changements d'humeur durables et souffrir d'anxiété ou de dépression.

Les problèmes de santé mentale sont une épidémie silencieuse qui a touché les Amériques bien avant la COVID-19, la dépression et l'anxiété étant considérées comme deux des principales causes d'invalidité. La Région se classe également au deuxième rang mondial pour la consommation d'alcool. Les situations d'urgence peuvent aggraver ces conditions, selon Dre Etienne.

Pendant la pandémie, Dre Etienne a rappelé que « beaucoup d'entre nous se sont sentis effrayés ou anxieux face à une éventuelle infection, chagrinés par le fait que leurs proches ont succombé au virus, incertains quant à l'avenir, car leur emploi et leur vie étaient menacés, dépassés par les nouvelles et la désinformation, et seuls ou isolés après des semaines, voire des mois, de distanciation physique. Nous souffrons tous — en particulier ceux qui sont affectés par des problèmes de santé mentale préexistants. » « Nous devons faire en sorte que ceux qui vivent avec des problèmes de santé mentale ainsi que les survivants de la violence aient les ressources et le soutien dont ils ont besoin. Cette pandémie nous rappelle, comme jamais auparavant, qu'une bonne santé mentale est nécessaire pour le bien-être des individus et des sociétés », conclut la directrice de l'OPS.

Personnes-ressources

Leticia Linn

Sebastian Oliel

Ashley Baldwin

<https://www.paho.org/en/news/18-8-2020-countries-must-expand-services-cope-mental-health-effects-covid-19-pandemic-paho> [en anglais]

ECDC

Test de dépistage du SRAS-CoV-2 dans l'ensemble de la population : expériences des pays et approches potentielles dans l'UE, l'EEE et au Royaume-Uni

Source : ECDC

Numéro d'identification : 1007664251

Rapport technique

19 août 2020

Citer :

Lien vers la citation

Twitter Facebook LinkedIn Courriel

Ce document résume les expériences et les perspectives des pays en ce qui concerne l'objectif et l'application de différentes approches de tests à l'échelle de la population et examine les options dans le contexte de l'UE, de l'EEE et du Royaume-Uni. Les tests effectués sur tous les individus dans un cadre spécifique lors d'une étude sur une épidémie (par exemple, dans un contexte professionnel) ou d'une étude de recherche ne sont pas considérés comme des tests à l'échelle de la population dans le contexte du présent document. Les détails sur le dépistage de populations cibles particulières (par exemple, le dépistage des femmes enceintes dans les salles de travail et d'accouchement, le dépistage des résidents et du personnel des établissements de soins de longue durée, le dépistage de tous les patients avant une intervention chirurgicale, etc.) ne figurent pas non plus dans le présent document.

Résumé

Différentes approches de test à l'échelle de la population ont déjà été utilisées dans divers pays, notamment le test des ménages, le test individuel et le test des voyageurs entrants, qu'ils présentent ou non des symptômes.

Les facteurs qui doivent être pris en compte avant la mise en œuvre de toute stratégie de dépistage à l'échelle d'une population qui doit inclure tous les individus sont la situation épidémiologique, les coûts, la logistique, la faisabilité technique, la disponibilité des ressources, les capacités de traçage des contacts, les obstacles au dépistage, les faux positifs potentiels et la notification en temps utile.

Les stratégies de dépistage à l'échelle de la population peuvent compléter d'autres mesures de santé publique et sont plus efficaces lorsqu'elles sont associées à l'isolement des cas et à la recherche des contacts.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/population-wide-testing-SRAS-cov-2-country-experiences-and-potential-approaches> [en anglais]

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-population-wide-testing-country-experiences.pdf> [en anglais]

International — Maladie à coronavirus (COVID-19) Épidémie et résultats (médias)

États-Unis

Le district scolaire de Floride place plus de 300 élèves et enseignants en quarantaine une semaine seulement après l'ouverture

Source : www.newsweek.com

Publié le : 19-08-2020 15 h 21 UTC

Reçu le : 19-08-2020 15 h 21 UTC (0 minute)

Numéro d'identification unique : 1007664471

Un district scolaire de Floride a placé plus de 300 élèves et enseignants en quarantaine après avoir découvert d'éventuels cas de coronavirus dans les classes, une semaine seulement après l'ouverture pour l'apprentissage en personne.

Le district scolaire du comté de Martin, situé au nord de Palm Beach, a commencé son année scolaire le 11 août. Lors d'une réunion du conseil scolaire mardi, les responsables ont révélé le nombre d'élèves et d'enseignants actuellement en quarantaine.

Les dernières données disponibles, en date du 17 août, montrent que 292 élèves et 14 enseignants d'au moins cinq écoles du comté de Martin étaient en quarantaine pour une éventuelle infection à coronavirus, ont déclaré les responsables. Le district a annoncé mardi vers 19 heures que 29 élèves supplémentaires d'une des écoles secondaires devaient immédiatement entrer en quarantaine et passer à l'enseignement à distance.

La directrice Laurie Gaylord a suggéré que certains parents envoient leurs enfants à l'école pour un apprentissage en personne alors qu'ils présentent des symptômes de type COVID-19 ou même en attendant le résultat d'un test.

« Je veux insister sur le fait que les gens doivent prendre leurs responsabilités personnelles dans ce domaine », a déclaré Mme Gaylord. « Si vos enfants sont malades, je vous en prie, ne les envoyez pas à l'école ».

Carol Ann Vitani, agente de santé du département de la Santé de Floride dans le comté de Martin, a rappelé aux familles que toute la maisonnée doit être mise en quarantaine si un de ses membres reçoit un résultat positif au test de dépistage du virus.

« Si un membre de votre ménage est atteint de COVID-19, n'envoyez pas vos enfants à l'école », a-t-elle rappelé.

Le port du masque est obligatoire dans toutes les écoles, car les autorités du comté de Martin ont adopté une ordonnance d'urgence le 7 juillet dernier, l'imposant dans tous les lieux publics. Mais cela ne suffit pas pour éliminer complètement la propagation du virus.

Dans une entrevue accordée le 14 août à WPTV, Mme Gaylord a expliqué que le district prévoyait de devoir faire face à des cas de coronavirus une fois l'année scolaire commencée, car plus de 60 % de la population étudiante du district avait choisi de retourner en classe.

« Nous savions que cela allait arriver », raconte Mme Gaylord. « Il y aura des enfants qui présenteront des symptômes. »

Newsweek a contacté le district scolaire du comté de Martin pour obtenir des commentaires, mais n'a pas eu de réponse à temps pour la publication.

Le comté de Martin n'est pas le seul district scolaire à être confronté à une recrudescence de cas de coronavirus parmi les élèves et le personnel.

Le district scolaire du comté de Cherokee en Géorgie a dû mettre en quarantaine 826 élèves et 42 enseignants six jours seulement après le début de l'année scolaire. Les dernières données disponibles du district montrent que le nombre d'élèves et de membres du personnel en quarantaine est passé à près de 2 500 au 18 août.

Dans le Mississippi, 71 des 82 comtés ont signalé des cas de coronavirus dans leurs écoles, selon le Dr Thomas Dobbs, un agent de santé de l'État, lors d'une conférence de presse lundi. L'État comptait 589 enseignants et 2 035 élèves en quarantaine au 17 août, a-t-il dit.

https://www.newsweek.com/florida-school-district-sees-over-300-students-teachers-quarantined-just-one-week-after-opening-1526148?utm_source=Public&utm_medium=Feed&utm_campaign=Distribution [en anglais]

Pays-Bas

Au total, 36 élevages de visons infectés par la COVID-19 aux Pays-Bas — rapports

Source : UrduPoint

Publié le : 19-08-2020 15 h 17 UTC

Reçu le : 19-08-2020 15 h 17 UTC (0 minute)

Numéro d'identification unique : 1007664428

On a découvert la présence de COVID-19 dans trois autres élevages de visons aux Pays-Bas, ce qui porte à 36 le nombre total de ces élevages infectés dans le pays, ont rapporté les médias mercredi.

MOSCOU (UrduPoint News/Spoutnik — 19 août 2020) On a découvert la présence de COVID-19 dans trois autres élevages de visons aux Pays-Bas, ce qui porte à 36 le nombre total de ces élevages infectés dans le pays, ont rapporté les médias mercredi.

Selon le site Web d'information néerlandais, plus de 1,6 million de visons infectés ont été tués pour arrêter la propagation du virus, ce qui représente 30 % de tous les animaux des 128 élevages de visons des Pays-Bas.

Le premier foyer d'infection dans un élevage de visons néerlandais a été détecté en avril dans le Brabant septentrional.

En mai, le ministère de l'Agriculture a confirmé les deux premiers cas — et jusqu'à présent les seuls — de vison infectant un être humain avec le coronavirus.

Le gouvernement a réagi en lançant une politique d'abattage des animaux dans les exploitations infectées et d'isolement à long terme dans les exploitations non infectées. En parallèle, un contrôle et des protocoles sanitaires stricts ont été mis en place.

En 2013, les Pays-Bas ont commencé à éliminer leurs fermes d'élevage d'animaux à fourrure, avec pour objectif de les fermer complètement d'ici 2024.

<https://www.urdupoint.com/en/world/total-number-of-covid-19-infected-mink-farms-1005919.html> [en anglais]

Grèce

La Grèce prolonge l'interdiction d'entrée pour les non-citoyens européens jusqu'au 31 août

Source : SchengenVisaInfo.com

Publié le : 19-08-2020 12 h 06 UTC

Reçu le : 19-08-2020 12 h 08 UTC (+2 minutes)

Numéro d'identification unique : 1007662962

Le gouvernement grec a décidé de prolonger l'interdiction d'entrée pour les étrangers ne faisant pas partie de l'Union européenne jusqu'au 31 août, a annoncé l'autorité grecque de l'aviation civile (HCCA).

Selon les autorités grecques, cette décision a été prise dans le but d'arrêter la propagation de COVID-19, rapporte SchengenVisaInfo.com.

Cependant, les citoyens des 11 pays suivants sont exemptés de l'interdiction : Australie, Géorgie, Canada, Nouvelle-Zélande, Japon, Corée du Sud, Rwanda, Thaïlande, Uruguay, Émirats arabes unis et Tunisie. Selon l'autorité grecque de l'aviation civile, voici les autres exemptions à cette interdiction:

Les ressortissants de l'UE et de la zone Schengen, ainsi que leurs conjoints ou les citoyens avec lesquels ils ont conclu un accord de cohabitation, et leurs enfants (mineurs).

Le personnel médical et infirmier ainsi que les professionnels et les chercheurs dans le domaine de la santé.

Les résidents de longue durée de l'UE et de l'espace Schengen et les ressortissants de pays tiers qui obtiennent un permis de séjour dans l'UE et l'espace Schengen.

Les membres des missions gouvernementales et des autorités diplomatiques ou consulaires.

Le personnel militaire et de sécurité ainsi que le personnel du Secrétariat général de la protection civile.

Les personnes employées dans le domaine des transports, y compris les équipages d'aéronefs, les marins, le personnel de vol sous contrat, les pompiers et les équipages.

Les chauffeurs de camions (et leur personnel nécessaire) qui passent par la Grèce pour transporter des marchandises.

Les étudiants, les passagers en transit, les personnes âgées et les personnes en situation de handicap, ainsi que les travailleurs agricoles saisonniers.

Au début du mois, le vice-ministre de la Santé, Vasilis Kotzamanis, a annoncé que le pays procédait à 9 000 tests COVID-19 par jour aux points d'entrée du pays.

Dans le cadre de la pandémie de COVID-19, la Grèce avait interdit les vols à destination et en provenance de l'Albanie, de la Turquie et de la Macédoine du Nord jusqu'au 31 juillet, conformément à une directive sur l'aviation (NOTAM) de l'autorité grecque de l'aviation civile.

Le mois dernier, le gouvernement grec a ouvert ses portes aux résidents de 14 pays tiers, considérés comme sûrs au regard des risques liés au coronavirus.

Jusqu'à présent, un total de 7 472 personnes ont reçu un résultat positif pour le coronavirus en Grèce, alors que 232 personnes en sont décédées.

<https://www.schengenvisainfo.com/news/greece-extends-entry-ban-for-non-eu-citizens-until-august-31/>
[en anglais]

Royaume-Uni

72 % des cas de COVID ne présentent aucun symptôme lors des tests

Source : Metro

Publié le : 19-08-2020 08 h 15 UTC

Reçu le : 19-08-2020 10 h 00 UTC (+1 heure 45 minutes)

Numéro d'identification unique : 1007662570

MOINS du tiers des personnes ayant reçu un résultat positif au test de dépistage du coronavirus ont déclaré des symptômes, selon les données disponibles.

Selon l'Office for National Statistics (ONS), seuls 28 % des cas positifs de COVID-19 ont déclaré avoir eu des symptômes au moment de leur test par écouvillonnage ou lors de tests précédents ou ultérieurs.

Les 72 % de cas positifs restants n'ont pas signalé de symptômes spécifiques ou généraux ou n'ont pas répondu aux questions.

« Cela suggère qu'il existe un nombre potentiellement élevé de cas asymptomatiques, mais il est important de noter que les symptômes ont été signalés par les patients eux-mêmes plutôt que diagnostiqués par des professionnels », a déclaré l'ONS. Les symptômes que les personnes devaient signaler étaient les suivants : fièvre, douleurs musculaires, fatigue, mal de gorge, toux, essoufflement, maux de tête, nausées ou vomissements, douleurs abdominales, diarrhée, perte de goût avec perte d'odorat.

L'ONS a souligné que son analyse était basée sur 165 personnes qui avaient obtenu un résultat positif et que tout faux positif pouvait avoir un effet sur les résultats.

« On estime que les personnes vivant seules ont deux fois plus de chances de recevoir un résultat positif que celles vivant à deux. L'ONS a déclaré qu'il n'y avait aucune preuve suggérant que les personnes vivant dans des ménages plus importants couraient un risque plus ou moins élevé de résultats positifs. Nous examinerons dans un prochain article les raisons pour lesquelles les personnes vivant seules pourraient être plus susceptibles de recevoir un résultat positif », a-t-il ajouté.

En attendant, l'Organisation mondiale de la santé a dit être préoccupée par le fait que les jeunes contribuent « de plus en plus » à la propagation du virus et mettent les personnes vulnérables en danger. « L'épidémie est en train de changer », a déclaré le directeur régional de l'OMS, Takeshi Kasai, lors d'une réunion d'information. « Les personnes âgées de 20, 30 et 40 ans sont de plus en plus les moteurs de la propagation du virus. Beaucoup d'entre eux ne savent pas qu'ils sont infectés ».

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1007662570> [en anglais]

Brésil

Le Brésil signale pour la première fois une décélération de la contamination par le coronavirus

Source : Rio Times Online

Numéro d'identification unique : [1007670515](#)

RIO DE JANEIRO, BRÉSIL — Pour la première fois en près de quatre mois, le Brésil a dit avoir maîtrisé la transmission du coronavirus, selon les calculs du centre de contrôle des épidémies de l'Imperial College. Pour la semaine qui a débuté le dimanche 16 août, le taux de contagion — qui indique combien de personnes chaque personne infectée transmet en moyenne l'agent pathogène — a été calculé à 0,98.

Cela signifie que pour 100 personnes infectées par le nouveau coronavirus, l'agent pathogène s'est propagé à 98 autres personnes, qui ont à leur tour propagé l'agent pathogène à 96, qui ont à leur tour propagé l'agent pathogène à 94, ralentissant ainsi la propagation.

Cependant, le nouveau...

<https://riotimesonline.com/brazil-news/miscellaneous/covid-19/brazil-reports-decelerating-coronavirus-contagion-for-first-time/> [en anglais]

Études relatives à l'écllosion de pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19) (médias)

Canada

Une étude montre comment la COVID-19 peut être transmise à bord des vols

Source : CTVNews.ca COVID — toutes les actualités par mots-clés

Publié le : 19-08-2020 00 h 43 UTC

Reçu le : 19-08-2020 00 h 44 UTC (+1 minute)

Numéro d'identification unique : 1007659609

TORONTO — Alors que les passagers commencent à revenir en nombre dans les aéroports, que les masques sont en place et que le désinfectant pour les mains abonde, une question demeure obscure : quel est le risque d'attraper la COVID-19 durant un vol?

Une étude de cas récente donne un aperçu des personnes susceptibles de contracter la COVID-19 dans un avion s'il y a des personnes contagieuses à bord, et de la manière dont la localisation des sièges et la circulation de l'air pourraient jouer un rôle.

Publiée mardi sous forme de lettre de recherche dans le *Journal of the American Medical Association* (JAMA), l'étude porte spécifiquement sur un seul vol commercial entre Tel-Aviv, en Israël, et Francfort, en Allemagne, le 9 mars.

Les chercheurs pensent qu'au moins deux personnes ont contracté la COVID-19 auprès d'autres passagers du vol.

« Dans notre étude, les deux passagers qui ont probablement contracté le virus à bord étaient assis à moins de deux rangées d'un cas de référence », indique l'étude.

Mais l'histoire commence sept jours avant que l'avion ne quitte le sol. Sur les 102 passagers du vol Boeing 737-900, 24 faisaient partie du même groupe touristique.

Une semaine avant leur vol, le groupe de touristes a été mis en contact avec un directeur d'hôtel qui a obtenu un résultat positif à la COVID-19.

Aucune de ces personnes n'avait reçu un diagnostic de COVID-19 avant d'embarquer sur le vol.

Une fois que l'avion a atterri en Allemagne, les passagers ont subi une évaluation médicale. Les 24 touristes se sont soumis à un prélèvement de gorge pour tester la présence du nouveau coronavirus et des entrevues supplémentaires ont été organisées avec les passagers quatre à cinq semaines plus tard.

Sept personnes du groupe de touristes se sont révélées positives à la COVID-19 lors de ce premier prélèvement de gorge à l'aéroport, ce qui en fait les « cas de référence ». Quatre d'entre elles avaient déjà eu des symptômes dans l'avion, deux n'en avaient pas encore eu et une resterait complètement asymptomatique.

Toute personne assise dans l'avion dans les deux rangées de ces sept passagers, ainsi que toute autre personne dans l'avion ayant signalé des symptômes, s'est vu proposer des tests d'anticorps dans les semaines qui ont suivi le vol.

Sur les 78 passagers restants qui avaient été exposés au groupe de touristes dans l'avion, 71 ont consenti à des entretiens de suivi.

Un passager a déclaré avoir obtenu un résultat positif à un prélèvement de gorge ou de nez effectué 4 jours après le vol, et ne se souvenait pas d'avoir présenté des symptômes. Un test d'anticorps et une séroneutralisation par réduction des plages de lyse (plaque reduction neutralization test — PRNT) ont confirmé que les deux étaient positifs.

Le passager ne croyait pas avoir été en contact avec une personne atteinte de COVID-19 avant ou après le vol, ce qui fait du vol lui-même le lieu probable où il a contracté le virus.

La personne qui est le second cas probable de transmission a souffert de maux de tête, de douleurs musculaires et de voix enrouée à partir de cinq jours après le vol et s'est mise en quarantaine. Un test d'anticorps a détecté le nouveau coronavirus, bien que les résultats du PRNT effectué pour contrevérifier le test d'anticorps n'aient pas été particulièrement concluants.

Une troisième personne présentant des symptômes avait déjà été en contact avec un patient atteint de COVID-19, de sorte que l'on ne peut établir avec certitude que cette personne a contracté la COVID-19 avant de monter dans l'avion.

Un examen détaillé du plan de cabine montre que les deux cas probables de transmission étaient assis de l'autre côté de l'allée et à deux rangées des cas de référence.

Trois des cas de référence qui étaient symptomatiques dans l'avion étaient assis juste à côté les uns des autres sur le côté droit de l'avion, une rangée seulement derrière un des cas suspectés de transmission, lequel était assis dans le siège de l'allée sur le côté gauche de l'avion.

Mais ceux qui ont probablement contracté le virus n'étaient pas seulement ceux qui étaient les plus proches des cas de référence.

La deuxième transmission probable était un passager assis dans le siège du hublot le plus éloigné, du côté gauche de l'avion, avec deux sièges et l'allée entre lui et les cas de référence, qui étaient tous assis du côté droit de l'avion. La personne assise dans le siège du milieu à côté d'eux, plus proche des cas de référence, n'était pas porteuse, selon les recherches.

« Le flux d'air dans la cabine, du plafond au plancher et de l'avant vers l'arrière, a pu être associé à un taux de transmission réduit », ont déclaré les chercheurs. Ils ont noté que pour des virus antérieurs, comme le SRAS et la grippe, on a constaté que la transmission s'étendait au-delà du périmètre de deux rangées que les chercheurs examinent de plus près dans ces cas.

« Nos conclusions n'excluent pas la transmission aérienne du SRAS-CoV-2 dans la cabine d'un avion. »

Il est important de noter que le vol étudié a eu lieu bien avant que les compagnies aériennes ne prennent des précautions pour empêcher la propagation de la COVID-19, comme l'obligation pour les passagers de porter un masque pendant le vol. Aucun des cas de référence ne portait de masque.

« On peut supposer que le taux aurait pu être réduit davantage si les passagers avaient porté des masques », ont écrit les chercheurs.

Le nombre de personnes qui ont effectivement contracté la COVID-19 dans un avion est considéré comme relativement faible jusqu'à présent, si l'on considère que les personnes atteintes de COVID-19 prennent encore des vols au Canada et entre les provinces.

Rien que depuis le début du mois d'août, dix-huit des vols en provenance de l'étranger qui sont arrivés au Canada avaient à leur bord des personnes atteintes de COVID-19.

Une étude publiée fin juillet a également démontré que les personnes qui voyagent en train risquent de contracter la COVID-19, et que les sièges les plus dangereux sont ceux qui se trouvent directement devant ou à côté d'une personne infectée.

<https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/study-shows-how-covid-19-may-be-transmitted-onboard-flights-1.5069587> [en anglais]

États-Unis

Le mystère de l'équipage d'un bateau de pêche américain avec des « anticorps neutralisants »

Source : South China Morning Post

Publié le : 19-08-2020 07 h 42 UTC

Reçu le : 19-08-2020 12 h 39 UTC (+4 heures 57 minutes)

Localisations : King County, Seattle, Washington

Numéro d'identification unique : 1007663247

- Une éclosion de coronavirus sur un bateau de pêche de Seattle pourrait donner aux scientifiques des pistes pour comprendre l'immunité.
- Cependant, les recherches ne permettent pas nécessairement de conclure que les gens ne peuvent pas attraper la COVID-19 à deux reprises.

Trois membres de l'équipage d'un bateau de pêche de Seattle, dont on a découvert qu'ils avaient des anticorps capables de neutraliser le nouveau coronavirus, sont sortis indemnes d'une éclosion qui a balayé le navire, rendant la plupart des personnes à bord malades, ont rapporté les chercheurs.

Cette petite étude en situation réelle, non soumise à un examen par les pairs, est l'une des premières à suggérer un lien entre les anticorps neutralisants — ceux qui empêchent le virus de s'accrocher aux cellules hôtes — et la protection contre l'infection.

Des chercheurs de l'université de Washington et du centre de recherche sur le cancer Fred Hutchinson de Seattle ont examiné 120 des 122 personnes avant qu'elles ne montent à bord du navire de pêche « American Dynasty » en mai, en testant à la fois le virus actif et les anticorps dans le sang qui indiqueraient une infection antérieure ou actuelle.

Aucun membre de l'équipage n'a été déclaré positif au virus, mais six d'entre eux avaient des anticorps et parmi eux, trois présentaient des signes d'anticorps neutralisants.

Plus de deux semaines après le départ du bateau, ils sont revenus à terre lorsqu'un membre d'équipage infecté a eu besoin d'un traitement hospitalier.

Les chercheurs ont alors testé tout l'équipage pendant plusieurs semaines et ont découvert que 85 % des membres de l'équipage, soit 104, étaient infectés.

Mais aucun des trois membres de l'équipage ayant des anticorps neutralisants n'a obtenu de résultat positif, ni n'a signalé aucun symptôme pendant l'éclosion.

« Par conséquent, la présence d'anticorps neutralisants provenant d'une infection antérieure a été associée de manière significative à la protection contre une réinfection », ont déclaré les auteurs de l'étude.

American Seafoods, propriétaire du navire, a déclaré que la société avait établi un partenariat avec l'Université de Washington dans le cadre de son programme de tests.

« Nous espérons que leur étude profitera à l'ensemble de la communauté scientifique en lui permettant d'en savoir plus sur la COVID-19 », a déclaré Valentina Zackrone, directrice des ressources humaines chez American Seafoods, selon le Seattle Times.

Les chercheurs n'ont pas été en mesure d'effectuer des tests directs sur des sujets humains pour connaître la protection conférée par les anticorps neutralisants, en raison de préoccupations éthiques concernant la gravité potentielle et les effets à long terme du virus, ont déclaré les auteurs de l'étude.

Danny Altmann, professeur d'immunologie à l'Imperial College de Londres, a déclaré que la nouvelle étude, bien que de petite taille, était « une expérience réelle et remarquable sur des humains, à un moment où nous manquons de preuves formelles et concrètes que les anticorps neutralisants offrent réellement une protection contre la réinfection » — bien que cela ait été prédit par les tests sur les animaux.

« En bref, c'est une bonne nouvelle. Qui aurait cru que la recherche en immunologie sur les bateaux de pêche pouvait être aussi instructive? », a-t-il ajouté.

Mais les recherches ne montrent pas nécessairement que les gens ne peuvent pas attraper la COVID-19 deux fois.

Les trois membres de l'équipage qui avaient des anticorps plus faibles avant de prendre la mer ont tous reçu un résultat positif au retour — bien que les chercheurs aient déclaré que leurs premiers résultats pouvaient être un faux positif ou un signe d'infection précoce.

Dans un commentaire sur l'étude, Jonathan Ball, professeur de virologie moléculaire à l'université de Nottingham, a déclaré qu'elle « suggère que les personnes qui ont été exposées au virus auparavant sont susceptibles d'être réinfectées à moins qu'elles ne possèdent des niveaux appréciables d'anticorps neutralisants ».

M. Ball, qui n'était pas lié à ces travaux, a déclaré que cela « nous donne un aperçu important du type d'immunité qui pourrait protéger contre une infection future », mais que cela ne montre pas si une exposition antérieure peut protéger contre une infection grave chez les personnes qui ne développent pas d'anticorps neutralisants.

<https://www.scmp.com/news/world/united-states-canada/article/3097964/coronavirus-mystery-us-fishing-boat-crew> [en anglais]

Royaume-Uni

10 000 personnes sont désormais recrutées pour une étude portant sur l'immunité à la COVID-19

Source : Public Health England

Numéro d'identification : 1007664278

Un effort national mené par PHE pour savoir si les personnes qui ont eu la COVID-19 peuvent être à nouveau infectées a maintenant recruté 10 000 agents de santé dans tout le NHS.

Publié le 19 août 2020

Dernière mise à jour le 19 août 2020 — voir toutes les mises à jour

Source : Public Health England

Illustration de la morphologie ultrastructurale des coronavirus — COVID-19

Une initiative nationale menée par la santé publique anglaise (PHE) pour résoudre le mystère de la contamination des personnes ayant contracté la COVID-19 a franchi une nouvelle étape importante en matière de recrutement aujourd'hui, mercredi 19 août 2020.

10 000 professionnels de la santé du NHS se sont inscrits pour participer à l'étude « SIREN » (SRAS-CoV-2 Immunity & REinfection Evaluation) de SME, qui vise à déterminer si des anticorps spécifiques à la COVID-19 confèrent une immunité.

Les chercheurs ne savent pas encore si les personnes qui ont été infectées par le passé sont protégées contre une nouvelle infection ni combien de temps dure cette protection.

La professeur Susan Hopkins, de Public Health England, a déclaré :

« Chaque jour, nous en apprenons davantage sur les conséquences de l'infection par le coronavirus, mais nous ne savons pas si on peut en être atteint de nouveau, si on peut le transmettre ou si on développe une immunité. Nous devons de toute urgence trouver les réponses à ces questions.

Je ne saurais trop insister sur notre gratitude envers les dix mille médecins, infirmières, personnel d'entretien et manutentionnaires du NHS qui se sont portés volontaires jusqu'à présent pour nous aider à améliorer nos connaissances sur cette nouvelle infection. »

Lord Bethell, ministre de la Santé, explique :

« Comprendre la réaction de notre corps à la COVID-19 est une étape essentielle pour vaincre cet horrible virus. C'est pourquoi cette étude clinique, l'une des plus importantes au monde, est si importante. Elle nous aidera à comprendre le mystère de la réponse de notre organisme à ce virus. »

L'étude suivra les participants pendant au moins 12 mois, avec des tests sanguins et des prélèvements réguliers, et explorera également comment des facteurs tels que l'origine ethnique, l'âge ou le sexe affectent les chances d'infection et l'étendue de toute immunité. Les résultats préliminaires sont attendus avant l'hiver.

Les quatre nations du Royaume-Uni seront éventuellement impliquées. Le recrutement en Écosse, au Pays de Galles et en Irlande du Nord devrait commencer dans les semaines à venir.

<https://www.gov.uk/government/news/10-000-people-now-signed-up-to-covid-19-immunity-study> [en anglais]

États-Unis

COVID-19 chez les autochtones d'Amérique et d'Alaska — 23 États, du 31 janvier au 3 juillet 2020

Source : CDC

Publication anticipée/19 août 2020/69

Pages connexes

Sarah M. Hatcher, PhD¹; Christine Agnew-Brune, PhD¹; Mark Anderson, MD¹; Laura D. Zambrano, PhD¹; Charles E. Rose, PhD¹; Melissa A. Jim, MPH¹; Amy Baugher, MPH¹; Grace S. Liu, MPH^{1,2}; Sadhna V. Patel, MPH¹; Mary E. Evans, MD¹; Talia Pindyck, MD¹; Christine L. Dubray, MD¹; Jeanette J. Rainey, PhD¹; Jessica Chen, PhD¹; Claire Sadowski, MPH^{1,3}; Kathryn Winglee, PhD¹; Ana Penman-Aguilar, PhD¹; Amruta Dixit, PhD⁴; Eudora Claw, MPH⁴; Carolyn Parshall, MPH⁴; Ellen Provost, DO⁵; Aurimar

Ayala, MPH⁶; German Gonzalez, MD⁷; Jamie Ritchey, PhD⁸; Jonathan Davis, PhD⁸; Victoria Warren-Mears, PhD⁹; Sujata Joshi, MSPH⁹; Thomas Weiser, MD^{9,10}; Abigail Echo-Hawk, MA¹¹; Adrian Dominguez, MS¹¹; Amy Poel, MPH¹¹; Christy Duke, MPH¹²; Imani Ransby, MPH¹²; Andria Apostolou, PhD^{13,14}; Jeffrey McCollum, DVM¹³ ([Consulter les affiliations des auteurs](#) [en anglais])

[Consulter la citation suggérée](#) [en anglais]

Résumé

Que savons-nous déjà sur ce sujet?

Les Premières Nations des États-Unis et de l'Alaska semblent être touchées de manière disproportionnée par la pandémie de COVID-19; cependant, les données disponibles pour quantifier la disparité de l'incidence, de la gravité et des résultats de la COVID-19 chez les autochtones des États-Unis et de l'Alaska (AÉU/AA) par rapport aux autres groupes raciaux ou ethniques sont limitées.

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

Dans 23 États disposant de données adéquates sur l'origine ethnique, l'incidence cumulée de la COVID-19 confirmée en laboratoire chez les personnes des Premières Nations infectées était 3,5 fois plus élevée que chez les personnes blanches non hispaniques. Un pourcentage important de données manquantes a empêché l'analyse de certaines caractéristiques et de certains résultats.

Quelles sont les implications pour les pratiques de santé publique?

Des ressources adéquates en matière de soins de santé et d'infrastructures de santé publique sont nécessaires pour soutenir un effort de santé publique adapté à la culture qui soutienne les forces des communautés autochtones des États-Unis et d'Alaska. Ces ressources faciliteraient la collecte et la communication de données plus complètes sur les cas afin de soutenir les efforts de santé publique fondés sur des données probantes.

Bien que les autochtones des États-Unis et de l'Alaska (AÉU/AA) non hispaniques représentent 0,7 % de la population des États-Unis*, une analyse récente a révélé que 1,3 % des cas de coronavirus 2019 (COVID-19) signalés aux CDC et dont la race et l'origine ethnique sont connues concernaient des AÉU/AA (1). Pour évaluer l'impact de la COVID-19 dans la population AÉU/AA, les rapports de cas de COVID-19 confirmés en laboratoire entre le 22 janvier† et le 3 juillet 2020 ont été analysés. L'analyse s'est limitée à 23 États‡ disposant de plus de 70 % d'informations complètes sur l'origine ethnique et d'au moins cinq cas de COVID-19 confirmés en laboratoire, à la fois parmi les AÉU/AA (uniquement ou en combinaison avec d'autres races et origines ethniques) et les personnes blanches (blanches) non hispaniques. Sur les 424 899 cas de COVID-19 signalés par ces États, 340 059 (80 %) comportaient des informations complètes sur l'origine ethnique; parmi ces 340 059 cas, 9 072 (2,7 %) concernaient des AÉU/AA et 138 960 (40,9 %) des personnes blanches. Parmi les 340 059 cas pour lesquels les données sur l'origine ethnique du patient étaient complètes, l'incidence cumulée chez les AÉU/AA dans ces 23 États était de 594 pour 100 000 AÉU/AA (intervalle de confiance [IC] de 95 % = 203-1 740), contre 169 pour 100 000 personnes de race blanche (IC de 95 % = 137-209) (rapport de taux [RR] = 3,5; IC de 95 % = 1,2-10,1). Les AÉU/AA ayant contracté la COVID-19 étaient plus jeunes (âge médian = 40 ans; écart interquartile [IQR] = 26-56 ans) que celles de race blanche (âge médian = 51 ans; IQR = 32-67 ans). Des données de cas plus complètes et des efforts de santé publique opportuns, culturellement adaptés et fondés sur des preuves, qui tirent parti des forces des communautés AÉU/AA, sont nécessaires pour réduire la transmission de COVID-19 et améliorer les résultats des patients.

Les rapports de cas individuels de COVID-19 soumis aux CDC à l'aide du formulaire de rapport de cas de COVID-19 des CDC¶ et par le biais du Système national de surveillance des maladies à déclaration obligatoire** entre le 22 janvier et le 3 juillet 2020 ont été analysés. Les cas de COVID-19 confirmés par les laboratoires† et probables§§ sont signalés par les autorités sanitaires des États et des collectivités locales sur la base des rapports soumis par les prestataires de soins et les laboratoires. Les cas dont la date de déclaration est manquante ont été exclus. Les cas probables (12 081) et les cas parmi les personnes rapatriées aux États-Unis depuis Wuhan, en Chine (deux cas), et le navire de croisière Diamond Princess (41 cas) (2) ont également été exclus. L'analyse a été limitée aux 23 États disposant de plus de 70 % d'informations complètes sur la race/l'ethnicité et à cinq cas ou plus confirmés en laboratoire, chacun

parmi les personnes AÉU/AA et les personnes blanches. L'Arizona, qui représente au moins un tiers de tous les cas de COVID-19 parmi les personnes AÉU/AA à l'échelle nationale, a été exclu de l'analyse parce que >30 % des données sur l'origine ethnique étaient manquantes. Comme environ 2,3 millions des 5,2 millions de personnes AÉU/AA s'identifient à plusieurs races (3), l'origine ethnique AÉU/AA a été classée comme AÉU/AA uniquement ou en combinaison avec d'autres races et origines ethniques. Les personnes blanches (non hispaniques) ont été choisies comme groupe de comparaison afin d'éviter de comparer les taux des personnes AÉU/AA à ceux d'autres populations marginalisées qui connaissent des disparités similaires en matière de santé. Alors que les rapports précédents se concentraient sur l'incidence de la COVID-19 chez les personnes noires et hispaniques, la catégorisation par origine ethnique dans cette analyse a permis de maximiser ces données pour permettre le calcul d'estimations plus stables du RR. Un modèle de régression de Poisson à équations d'estimation généralisées a été utilisé pour calculer l'incidence cumulative (nombre de cas cumulés pour 100 000 habitants), les RR et les IC à 95 % pour les catégories d'origine ethnique AÉU/AA et Blancs. Des modèles d'équations d'estimation généralisées, qui fonctionnent bien pour l'estimation des taux avec des données corrélées, ont été utilisés pour tenir compte de la non-indépendance (c'est-à-dire du regroupement) par état (4). Les estimations postcensitaires de personnes métissées du National Center for Health Statistics (NCHS) des CDC ont été utilisées comme dénominateurs de population (5). Les symptômes, les conditions de santé sous-jacentes, les hospitalisations, les admissions en unité de soins intensifs (USI) et les décès n'ont pas été analysés, car beaucoup de ces données étaient manquantes. Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SAS (version 9.4; SAS Institute).

Parmi les 1 613 949 cas de COVID-19 confirmés en laboratoire et signalés volontairement aux CDC entre le 22 janvier et le 3 juillet 2020, 424 899 (26,3 %) ont été signalés par les 23 États inclus. Parmi ces cas, 340 059 (80,0 %) avaient des données complètes sur l'origine ethnique, dont 9 072 (2,7 %) chez les personnes AÉU/AA et 138 960 (40,9 %) chez les personnes blanches. Ces cas représentaient 51 % des 17 709 cas signalés chez les personnes AÉU/AA et 41 % des 339 789 cas signalés chez les blancs dans tous les États et territoires des États-Unis. Parmi les 340 059 cas pour lesquels on dispose de données complètes sur l'origine ethnique, l'incidence cumulée chez les personnes AÉU/AA était de 594 cas pour 100 000 (IC à 95 % = 203-1 740), soit 3,5 fois (IC à 95 % = 1,2-10,1) celle des personnes blanches (169 pour 100 000; IC à 95 % = 137-209). L'ampleur de cette estimation du RR est affectée par le RR élevé au Nouveau-Mexique (RR = 14,9).^{¶¶} L'âge médian des patients AÉU/AA et des blancs était de 40 ans (IQR = 26-56 ans) et 51 ans (IQR = 32-67 ans), respectivement. Les personnes AÉU/AA ayant contracté la COVID-19 avaient tendance à être plus jeunes que les personnes blanches ayant contracté la COVID-19 : une plus grande proportion de patients AÉU/AA étaient âgés de moins de 18 ans (12,9 %) et une plus petite proportion était âgée de ≥65 ans (12,6 %), par rapport aux patients blancs âgés de moins de 18 ans et de ≥65 ans (4,3 % et 28,6 %, respectivement). ([Tableau](#))

L'exhaustivité des données sur les conditions de santé sous-jacentes (par exemple, les maladies cardiovasculaires et le diabète), les symptômes, le statut d'hospitalisation, l'admission aux soins intensifs et le décès était plus faible pour les patients AÉU/AA que pour les patients blancs. Les données sur les conditions de santé sous-jacentes étaient disponibles pour 762 (8,4 %) des patients AÉU/AA et 37 993 (27,3 %) des patients blancs, et les données sur les symptômes étaient disponibles pour 998 (11,0 %) patients AÉU/AA et 39 225 (28,2 %) des patients blancs. Alors que le statut d'hospitalisation, le statut d'admission aux soins intensifs et l'état vital (c'est-à-dire le décès éventuel) étaient connus pour 78,9 %, 26,7 % et 74,4 %, respectivement, des patients blancs traités pour la COVID-19, ces informations étaient disponibles pour environ un tiers de ces pourcentages de patients AÉU/AA (24,2 %, 9,4 % et 22,5 %, respectivement). En raison de la forte prévalence de ces éléments de données manquants chez les patients AÉU/AA, il n'a pas été possible d'effectuer une analyse visant à identifier la prévalence globale, les facteurs de risque possibles pour COVID-19 et les résultats pour les patients.

[Haut de page](#)

Discussion

Dans 23 États disposant de données suffisantes sur l'origine ethnique des patients traités pour la COVID-19, l'incidence globale de la COVID-19 chez les personnes AÉU/AA était 3,5 fois plus élevée que chez les

personnes blanches. Bien que cette disparité soit principalement influencée par le RR élevé au Nouveau-Mexique, la variabilité du RR entre les États se reflète dans le large intervalle de confiance (IC à 95 % = 1,2, 10,1). Parmi les 345 093 cas de COVID-19 répondant aux critères d'inclusion de l'étude, 2,7 % des cas sont survenus chez des personnes AÉU/AA, soit plus du double du pourcentage de cas d'AÉU/AA non hispaniques signalés dans les données de surveillance des cas de COVID-19 des CDC de tous les États (1,3 %) (1). Cependant, cette analyse a inclus les personnes AÉU/AA qui se sont identifiées comme étant de races et d'origines ethniques multiples, ce qui a augmenté l'identification des cas AÉU/AA de 4 %, passant de 8 691 à 9 072 cas dans les 23 États. La proportion plus élevée de personnes AÉU/AA dans cette analyse est également le résultat des données plus complètes sur l'ethnicité dans ces États.

Les traumatismes historiques et les inégalités raciales persistantes ont contribué aux disparités en matière de santé et de facteurs socio-économiques entre les AÉU/AA et les populations blanches qui ont eu des effets néfastes sur les communautés AÉU/AA; ces facteurs contribuent probablement à l'incidence élevée de COVID-19 observée au sein de la population AÉU/AA (6). L'incidence élevée au sein de ce groupe pourrait également refléter les différences de dépendance à l'égard du transport partagé, l'accès limité à l'eau courante, la taille des ménages et d'autres facteurs susceptibles de faciliter la transmission de COVID-19 au sein de la communauté (6). Bien que la prévalence élevée des problèmes de santé sous-jacents chez les personnes AÉU/AA soit bien documentée (7,8), dans cette analyse, les données sur les problèmes de santé sous-jacents étaient inconnues ou manquantes pour 91,6 % des patients AÉU/AA contre 72,7 % des patients blancs, ce qui a empêché l'examen de l'association entre les problèmes de santé sous-jacents et l'incidence de COVID-19. L'absence exagérée de données parmi les personnes AÉU/AA représente une lacune importante dans les données de santé publique concernant les personnes AÉU/AA et suggère un besoin de ressources supplémentaires pour soutenir l'infrastructure d'enquête et de déclaration des cas dans les communautés AÉU/AA.

Les conclusions de ce rapport sont soumises à au moins trois limitations. Premièrement, les données sont présentées telles qu'elles ont été communiquées aux CDC par le biais d'un système de surveillance passive des cas. Les données sur les cas sont communiquées volontairement au CDC par les États qui n'ont pas de système actif de détection des cas. La forte prévalence de données manquantes sur les symptômes, les conditions de santé sous-jacentes, l'hospitalisation, l'admission en soins intensifs et le décès a empêché l'analyse de ces caractéristiques et résultats. Les données manquantes reflètent probablement la capacité des autorités sanitaires des États, des collectivités locales et des tribus à collecter ces données, compte tenu de leur charge de travail actuelle, de leur déclaration incomplète aux CDC, ou des deux. Deuxièmement, cette analyse représente une sous-estimation de l'incidence réelle de la COVID-19 chez les personnes AÉU/AA pour plusieurs raisons. On sait que les États ne communiquent pas aux CDC des données détaillées sur les cas. C'est pourquoi cette analyse a été limitée à 23 États qui communiquent des données plus complètes sur la race et l'origine ethnique. En conséquence, l'analyse n'a porté que sur la moitié des cas de COVID-19 confirmés en laboratoire parmi les personnes AÉU/AA à l'échelle nationale, et les États examinés représentent environ un tiers de la population nationale d'AÉU/AA.*** En outre, les personnes AÉU/AA sont souvent classées à tort dans les ensembles de données épidémiologiques et administratives comme des personnes de races et d'origines ethniques non AÉU/AA, ce qui conduit à une sous-estimation de la morbidité et de la mortalité chez les AÉU/AA (9). Enfin, on sait que les estimations des populations métissées du NCHS, utilisées comme dénominateurs de la population, gonflent la population hispanique d'AÉU/AA aux États-Unis, entraînent une sous-estimation des taux de mortalité parmi les populations AÉU/AA qui comprennent des personnes AÉU/AA hispaniques (10).

Malgré ces limites, ces résultats suggèrent que la population AÉU/AA dans les 23 États examinés, en particulier les personnes AÉU/AA âgées de moins de 65 ans, a été affectée de manière disproportionnée par la pandémie de COVID-19, par rapport à la population blanche. Des informations plus complètes sur les cas sont nécessaires pour orienter plus efficacement la réponse de la santé publique à la COVID-19 au sein de la population AÉU/AA. La collecte de ces informations peut être facilitée par une collecte et une déclaration plus cohérentes, complètes et précises de la part des prestataires, des laboratoires de déclaration et des praticiens de la santé publique au niveau local, étatique, fédéral et tribal, et en garantissant les ressources nécessaires à cette fin. Les données relatives à l'origine ethnique doivent être

collectées conformément aux meilleures pratiques de collecte de données sur les AÉU/AA, notamment en permettant la déclaration de races et d'origines ethniques multiples et en dispensant une formation adéquate sur la manière de poser des questions sur la race et l'origine ethnique en tenant compte des spécificités culturelles.^{§§§} Du reste, parmi les tribus reconnues au niveau fédéral, l'origine ethnique AÉU/AA est un statut politique qui confère l'accès aux services de soins de santé en vertu des obligations conventionnelles du gouvernement des États-Unis^{†††}. Ces conclusions soulignent l'importante contribution de ressources adéquates en matière de soins de santé et d'infrastructures de santé publique aux efforts de santé publique adaptés aux spécificités culturelles visant à soutenir les points forts des communautés AÉU/AA.

[Haut de page](#)

Remerciements

Le personnel des services de santé des États, des collectivités locales, des tribus et des territoires : William Duck, Adam Langer, Ellyn Marder, Jason Price, Kala Raz, Jessica Rinsky, Benjamin Silk, Erin Sizemore, Danielle Tack.

[Haut de page](#)

Autrice correspondante : Sarah M. Hatcher, eocevent458@cdc.gov.

[Haut de page](#)

¹CDC COVID-19 Response Team; ² Association of Schools and Programs of Public Health, Washington, DC; ³Oak Ridge Institute for Science and Education, Oak Ridge, Tennessee; ⁴Albuquerque Area Southwest Tribal Epidemiology Center, Albuquerque, New Mexico; ⁵Alaska Native Tribal Health Consortium's Alaska Native Epidemiology Center, Anchorage, Alaska; ⁶California Rural Indian Health Board, Inc., California Tribal Epidemiology Center, Roseville, California; ⁷Great Lakes Inter-Tribal Epidemiology Center, Lac du Flambeau, Wisconsin; ⁸ Inter Tribal Council of Arizona, Inc., Tribal Epidemiology Center, Phoenix, Arizona; ⁹Northwest Portland Area Indian Health Board, Northwest Tribal Epidemiology Center, Portland, Oregon; ¹⁰Portland Area Indian Health Service, Portland, Oregon; ¹¹Seattle Indian Health Board, Urban Indian Health Institute, Seattle, Washington; ¹²United South and Eastern Tribes, Inc., Tribal Epidemiology Center, Nashville, Tennessee; ¹³Indian Health Service, Rockville, Maryland; ¹⁴SciMetrika, LLC, McLean, Virginia.

[Haut de page](#)

Tous les auteurs ont rempli et soumis le formulaire du Comité international des rédacteurs de revues médicales pour la divulgation de conflits d'intérêts potentiels. Aucun conflit d'intérêts potentiel n'a été mentionné.

[Haut de page](#)

* Sur la base des estimations du recensement américain de 2 018 pour les AÉU/AA non hispaniques (<https://wonder.cdc.gov/Single-Race-v2018.HTML> [en anglais]). Cela représente un sous-ensemble de la population AÉU/AA. La population totale d'AÉU/AA (AÉU/AA uniquement ou en combinaison avec d'autres races ou origines ethniques) constitue 1,4 % de la population des États-Unis (<https://wonder.cdc.gov/Bridged-Race-v2019.HTML> [en anglais]). Certains ont estimé que la population AÉU/AA constitue jusqu'à 1,7 % de la population des États-Unis (<https://www.census.gov/history/pdf/c2010br-10.pdf> [pdf icon](#) [external icon](#) [en anglais]).

† Le premier cas confirmé en laboratoire dans les 23 États analysés a été signalé le 31 janvier 2020.

§ Alabama, Alaska, Floride, Iowa, Kansas, Kentucky, Maine, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, Nouveau-Mexique, Caroline du Nord, Ohio, Oregon, Tennessee, Utah, Wisconsin et Wyoming.

¶ <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/reporting-pui.html> [en anglais].

** <https://wwwn.cdc.gov/nndss>; <https://wwwn.cdc.gov/nndss/covid-19-response.html> [en anglais].

†† Un cas de COVID-19 confirmé en laboratoire a été défini comme une personne ayant obtenu un résultat positif au test de dépistage du SRAS-CoV-2, le virus qui provoque la COVID-19, à partir d'un échantillon du système respiratoire, en utilisant le test d'amplification en chaîne par polymérase à transcription inverse en temps réel.

§§ Selon la déclaration de position du Conseil des épidémiologistes d'État et des territoires Interim 20-Numéro d'identification-01, un cas probable doit 1) répondre aux critères cliniques et aux critères épidémiologiques sans qu'aucun test de laboratoire de confirmation ne soit effectué; 2) présenter des preuves de laboratoire présomptives, y compris la détection d'un antigène ou d'un anticorps spécifique dans un échantillon clinique, et répondre aux critères cliniques ou aux critères épidémiologiques; ou 3) répondre aux critères des registres d'état civil sans qu'aucun test de laboratoire de confirmation ne soit effectué. (https://cdn.ymaws.com/www.cste.org/resource/resmgr/2020ps/interim-20-id-01_covid-19.pdfpdf [iconexternal icon](#) [en anglais])

††† Le Nouveau-Mexique compte 6 130 (68 %) des cas chez les AÉU/AA, mais 16 % de la population totale AÉU/AA des 23 États analysés.

*** <https://wonder.cdc.gov/Bridged-Race-v2018.html> [en anglais].

§§§ [https://www.uihi.org/resources/best-practices-for-american-indian-and-alaska-native-data-collection/external icon](https://www.uihi.org/resources/best-practices-for-american-indian-and-alaska-native-data-collection/external-icon) [en anglais].

†††† [https://www.ihs.gov/aboutihs/external icon](https://www.ihs.gov/aboutihs/external-icon) [en anglais].

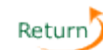
[Haut de page](#)

Références

1. Stokes EK, Zambrano LD, Anderson KN, et al. Coronavirus disease 2019 case surveillance—United States, January 22–May 30, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020;69:759–65. [CrossRefexternal icon](#) [PubMedexternal icon](#) [en anglais]
2. National Institute of Infectious Diseases. Field briefing: Diamond Princess COVID-19 cases. Tokyo, Japan: National Institute of Infectious Diseases; 2020. <https://www.niid.go.jp/niid/en/2019-ncov-e/9407-covid-dp-fe-01.htmlexternal icon> [en anglais]
3. Norris T, Vines PL, Hoeffel EM. The American Indian and Alaska Native population: 2010. Suitland, MD: US Department of Commerce, US Census Bureau; 2012. <https://www.census.gov/prod/cen2010/briefs/c2010br-10.pdfpdf> [iconexternal icon](#) [en anglais]
4. Hanley JA, Negassa A, Edwardes MD, Forrester JE. Statistical analysis of correlated data using generalized estimating equations: an orientation. *Am J Epidemiol* 2003;157:364–75. [CrossRefexternal icon](#) [PubMedexternal icon](#) [en anglais]
5. CDC, National Center for Health Statistics. Vintage 2018 bridged-race postcensal population estimates. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC, National Center for Health Statistics; 2019. https://www.cdc.gov/nchs/nvss/bridged_race/data_documentation.htm [en anglais]
6. Sequist TD. The disproportionate impact of COVID-19 on communities of color. *NEJM Catalyst* 2020. Epub July 6, 2020. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0370external icon> [en anglais]
7. CDC. Vital Signs: Native Americans with diabetes. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, CDC; 2017. <https://www.cdc.gov/vitalsigns/aian-diabetes/index.html> [en anglais]
8. Melkonian SC, Jim MA, Haverkamp D, et al. Disparities in cancer incidence and trends among American Indians and Alaska Natives in the United States, 2010–2015. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2019;28:1604–11. [CrossRefexternal icon](#) [PubMedexternal icon](#) [en anglais]
9. Haozous EA, Strickland CJ, Palacios JF, Solomon TGA. Blood politics, ethnic identity, and racial misclassification among American Indians and Alaska Natives. *J Environ Public Health* 2014;2014:321604. [CrossRefexternal icon](#) [PubMedexternal icon](#) [en anglais]
10. Jim MA, Arias E, Seneca DS, et al. Racial misclassification of American Indians and Alaska Natives by Indian Health Service contract health service delivery area. *Am J Public Health* 2014;104(Suppl 3):S295–302. [CrossRefexternal icon](#) [PubMedexternal icon](#) [en anglais]

TABLEAU. Caractéristiques démographiques et qualité des données parmi les cas de COVID-19

confirmés en laboratoire, par origine ethnique — 23 États*, du 31 janvier au 3 juillet 2020



Caractéristique	Nombre (%)	
	Autochtone des États-Unis ou d'Alaska† (N = 9 072)	Blanc, non hispanique (N = 138 960)
Groupes d'âge, en années		
Médiane (EI)	40 (26–56)	51 (32–67)
0–18	1 171 (12,9)	6 000 (4,3)
19–44	4 091 (45,1)	50 772 (36,5)
45–54	1 384 (15,3)	19 923 (14,3)
55–64	1 284 (14,2)	22 518 (16,2)
≥65	1 141 (12,6)	39 737 (28,6)
Information non disponible	1 (—)	10 (—)
Genre		
Femmes	4 819 (53,5)	72 921 (52,6)
Hommes	4 181 (46,5)	65 701 (47,4)
Information non disponible	72 (—)	338 (—)
Symptômes connus§		
Oui	998 (11,0)	39 225 (28,2)
Non	8 074 (89,0)	99 735 (71,8)
Conditions médicales sous-jacentes connues¶		
Oui	762 (8,4)	37 993 (27,3)
Non	8 310 (91,6)	100 967 (72,7)
Statut d'hospitalisation** connu††		
Oui	2 197 (24,2)	109 638 (78,9)
Non	6 875 (75,8)	29 322 (21,1)
Statut d'admission à l'USI connu††		
Oui	855 (9,4)	37 150 (26,7)
Non	8 217 (90,6)	101 810 (73,3)
Statut de décès connu††		
Oui	2 039 (22,5)	103 371 (74,4)
Non	7 033 (77,5)	35 589 (25,6)

Abréviations : COVID-19 = maladie à coronavirus 2019; USI = unité de soins intensifs; EI = écart interquartile

*Alabama, Alaska, Floride, Iowa, Kansas, Kentucky, Maine, Michigan, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nebraska, Nevada, New Hampshire, Nouveau-Mexique, Caroline du Nord, Ohio, Oregon, Tennessee, Utah, Wisconsin et Wyoming. †Uniquement ou en combinaison avec d'autres races ou origines ethniques. §Les symptômes ont été classés comme « connus » si l'un des symptômes suivants était signalé comme présent ou absent : fièvre (mesurée >100,4 °F [38 °C] ou subjective), toux, essoufflement, respiration sifflante, difficulté à respirer, frissons, rigueurs, myalgie, rhinorrhée, mal de gorge, douleurs thoraciques, nausées ou vomissements, douleurs abdominales, maux de tête, fatigue,

diarrhée (≥3 selles molles sur une période de 24 heures), ou autre symptôme non spécifié par ailleurs sur le formulaire. †Les problèmes de santé sous-jacents étaient classés comme « connus » si l'une des affections suivantes était signalée comme présente ou absente — diabète sucré, maladie cardiovasculaire (y compris l'hypertension), obésité grave (indice de masse corporelle ≥40 kg/m²), maladie rénale chronique, maladie hépatique chronique, maladie pulmonaire chronique, état immunodéficient, état auto-immun, état neurologique (y compris déficience neurodéveloppementale, intellectuelle, physique, visuelle ou auditive), état psychologique/psychiatrique et autre état médical sous-jacent non spécifié par ailleurs. **Comprend l'hospitalisation avec ou sans admission aux soins intensifs. ††L'hospitalisation, l'admission aux soins intensifs et le statut de décès étaient considérés comme connus si la réponse était « oui » ou « non » (et non « information non disponible » ou « inconnu »).

[Haut de page](#)

Citation suggérée pour cet article : Hatcher SM, Agnew-Brune C, Anderson M, et coll. COVID-19 Among American Indian and Alaska Native Persons — 23 States, January 31 — July 3, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* ePub : 19 August 2020. DOI : http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6934e1external_icon [en anglais].

Le MMWR et le Morbidity and Mortality Weekly Report sont des marques de service du ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis.

L'utilisation de noms commerciaux et de sources commerciales est uniquement destinée à l'identification et n'implique pas l'approbation du ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis.

Les références à des sites Internet autres que ceux des CDC sont fournies à titre de service aux lecteurs du *MMWR* et ne constituent ni n'impliquent l'approbation de ces organismes ou de leurs programmes par les CDC ou le ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis. Les CDC ne sont pas responsables du contenu des pages de ces sites. Les adresses URL figurant dans le *MMWR* étaient à jour à la date de publication.

Toutes les versions HTML des articles du *MMWR* sont générées à partir des épreuves finales par un processus automatisé. Cette conversion peut entraîner une traduction des caractères ou des erreurs de format dans la version HTML. Les utilisateurs sont invités à consulter la version électronique PDF (<https://www.cdc.gov/mmwr> [en anglais]) ou la version papier originale du *MMWR* pour les versions imprimables des textes officiels, des figures et des tableaux.

Les questions ou commentaires concernant les erreurs de formatage doivent être adressés à mmwrq@cdc.gov.

Voir la page en format [PDF \[215K\]](#) [en anglais]

Dernière révision de la page : 19 août 2020

https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6934e1.htm?s_cid=mm6934e1_e&deliveryName=USCDC_921-DM35683 [en anglais]

États-Unis

Une étude menée par Hackensack Meridian Health Observational identifie un médicament qui améliore la survie des patients COVID-19 les plus malades

Source : Hackensack Meridian Health

Numéro d'identification unique : 1007665578

EDISON (New Jersey), 19 août 2020 /PRNewswire/ — Des chercheurs de Hackensack Meridian Health, le réseau de santé le plus important et le plus étendu du New Jersey, ont utilisé sa base de données d'observation au niveau de l'état de plus de 5 000 patients COVID-19 hospitalisés pour montrer qu'un médicament normalement utilisé dans le traitement de l'arthrite rhumatoïde et du cancer, le tocilizumab, améliore la survie à l'hôpital des patients gravement malades admis à l'unité de soins intensifs (USI).

Les résultats ont été publiés dans *The Lancet Rheumatology* le 14 août, et les chercheurs de Hackensack Meridian Health ont informé la Food and Drug Administration des États-Unis et d'autres responsables nationaux des résultats afin d'accélérer le processus d'amélioration des résultats.

« Nos cliniciens et chercheurs à Hackensack Meridian Health ont agi rapidement et intelligemment depuis le début de cette crise sanitaire mondiale », indique Robert C. Garrett, FACHE, directeur général de Hackensack Meridian Health. « Leur travail pour combattre ce terrible virus, et en apprendre plus chaque jour, continue d'aider des milliers de patients dans le contexte de la pandémie qui sévit toujours. »

L'étude a porté sur 630 patients qui ont été admis dans les unités de soins intensifs de 13 hôpitaux de Hackensack Meridian Health entre le 1^{er} mars et le 22 avril, soit au plus fort de la pandémie dans le New Jersey. Parmi les autres traitements, le tocilizumab a été envisagé pour une utilisation non conforme à l'étiquette pour les patients dont les symptômes respiratoires étaient en déclin, et dont un bon nombre avait besoin d'un ventilateur mécanique. Au cours de l'étude d'observation, 210 patients ont reçu du tocilizumab, et les 420 autres n'en ont pas reçu.

La COVID-19 se déroule en trois phases : la phase précoce ou virale (avec une répllication virale rapide), la phase pulmonaire (marquée par l'inflammation et la pneumonie alors que l'organisme tente de combattre le virus dans les poumons) et la phase inflammatoire (dans laquelle une inflammation excessive atteint et affecte de nombreux organes et les patients se trouvent souvent dans l'unité de soins intensifs). Lors des phases pulmonaire et inflammatoire, le système immunitaire est « surchargé » et sécrète dans le sang de nombreuses cytokines, en particulier l'interleukine (IL)-6, qui provoque une nouvelle inflammation. Le tocilizumab est un anticorps monoclonal qui se lie au récepteur de l'interleukine (IL)-6, le bloque et contribue à amortir la réponse inflammatoire. L'activité du tocilizumab a été démontrée pour la première fois dans la thérapie des cellules T du récepteur d'antigène chimérique (CAR), où un phénomène similaire de cellules T suractives et en croissance induit une « tempête de cytokines ». Cela a justifié l'essai du tocilizumab chez des patients atteints de COVID-19.

Les résultats ont révélé une diminution statistiquement significative des décès hospitaliers parmi les patients qui ont reçu le tocilizumab : une diminution d'environ 36 % de la mortalité hospitalière parmi les patients de l'unité de soins intensifs qui ont reçu le médicament, par rapport aux patients de l'unité de soins intensifs qui ne l'ont pas reçu. Les données des résultats ont été ajustées pour tenir compte de multiples facteurs, y compris les comorbidités, et ont été évaluées à l'aide de modèles statistiques de survie.

Il est apparu que des niveaux plus élevés d'un marqueur sanguin de l'inflammation, la protéine C réactive, pouvaient prédire quels patients des unités de soins intensifs pourraient bénéficier le plus de la thérapie au tocilizumab, ce qui permettrait aux médecins d'adapter la thérapie à ceux qui en ont le plus besoin.

« Ces résultats en temps réel nous ont aidés à nous orienter vers l'avenir », explique Ihor Sawczuk, M.D., FACS, président régional de Hackensack Meridian Health, Northern Market et directeur de la recherche. « Nos cliniciens et scientifiques ont été à la pointe de la recherche sur la COVID dès le début de la pandémie ».

Les résultats sont basés sur les preuves recueillies dans la base de données d'observation universelle de HMH pour la COVID-19, ou RE-COV-RY, qui compile les résultats de 13 hôpitaux de Hackensack Meridian Health à travers le New Jersey, en utilisant les dossiers de santé électroniques (DSE).

La division des résultats du John Theurer Cancer Center (JTCC) du centre médical de l'université de Hackensack, sous la direction du Dr Stuart Goldberg et du Dr Andrew Ip, a créé une base de données pour guider l'analyse de plus de 3 000 patients admis dans les installations de Hackensack Meridian Health pour des soins urgents. La base de données a été utilisée pour évaluer en permanence les traitements contre la COVID-19 au cours des derniers mois, y compris les médicaments et les interventions les plus prometteurs et les plus connus.

« Nous devons en savoir plus dès que possible », affirme le docteur Stuart Goldberg, hématologue-oncologue et chef de la division des résultats et de la recherche sur la valeur au John Theurer Cancer Center du centre médical de l'université de Hackensack dans le New Jersey. « Notre base de données nous a permis d'étendre rapidement nos connaissances sur la COVID-19 à l'ensemble du réseau hospitalier Meridian Health de Hackensack. Nous avançons rapidement pour aider à guider les interventions — et potentiellement sauver des vies ».

Les coauteurs principaux de cette étude sont le docteur Andrew Ip, hématologue-oncologue du John Theurer Cancer Center, de la Division of Outcomes and Value Research, et le docteur Noa Biran, de la Division of Myeloma. Tous deux ont fait l'expérience du tocilizumab dans le cadre du programme de transplantation de cellules CAR-T actives du JTCC et ont reconnu le potentiel de cette thérapie immunomodulatrice pour la COVID-19.

« C'est un excellent exemple de l'impact de notre science bien au-delà du cancer », note Andre Goy, M.D., M.S., médecin en chef du département d'oncologie de Hackensack Meridian Health.

Le travail de recherche a été effectué en partenariat avec le département de biostatistique de l'université de Georgetown, dans le cadre de la collaboration avec le Georgetown Lombardi Comprehensive Cancer Center et son consortium désigné par l'Institut national du cancer (NCI), dont Hackensack Meridian Health fait partie.

Selon les auteurs, les résultats sont observationnels et n'ont pas encore été entièrement prouvés. Un vaste essai clinique multinational de phase 3 (randomisé et contrôlé par placebo) du tocilizumab est en cours, avec la participation des chercheurs de HMM. Mais l'étude observationnelle en situation réelle de Hackensack Meridian Health offre des indicateurs précoces de l'efficacité potentielle de l'anticorps monoclonal.

SOURCE Hackensack Meridian Health

/CONTACT : Seth Augenstein, 908 447-3705, seth.augenstein@hackensackmeridian.org

/Site Web : <http://www.hackensackmeridianhealth.org> [en anglais]

<https://www.hackensackmeridianhealth.org/press-releases/2020/08/19/hackensack-meridian-health-observational-study-identifies-drug-that-improves-survival-in-sickest-covid-19-patients/> [en anglais]

États-Unis

Les méthodes de décontamination peuvent endommager les masques N95

Source : Infectious Disease News

Publié le : 19-08-2020 20 h 15 UTC

Reçu le : 19-08-2020 20 h 16 UTC (+1 minute)

Numéro d'identification unique : 1007666369

Certaines méthodes de décontamination — en particulier les méthodes utilisant de fortes concentrations de gaz plasma de peroxyde d'hydrogène — peuvent endommager considérablement les masques N95 après un seul traitement, selon les données d'une étude publiée dans *Infection Control & Hospital Epidemiology*.

« Lorsque cette pandémie s'est installée, il était clair que nos chaînes d'approvisionnement étaient incapables de répondre à la demande de masques N95, nécessaires pour assurer la sécurité des travailleurs cliniques de première ligne. La FDA a donc approuvé une série de méthodes de décontamination, pratiquement du jour au lendemain, sans qu'aucun autre test de rendement des masques n'ait été effectué », souligne M. Heelio Richard E. Peltier, Ph. D., professeur associé en sciences de la santé environnementale à l'université du Massachusetts.

« Ces masques sont, et ont toujours été, conçus pour être jetés après usage », explique M. Peltier. « En tant que scientifique, à la fois chimiste de l'atmosphère et spécialiste de la santé environnementale, j'étais sceptique quant à l'efficacité de toutes ces méthodes que la FDA estimaient sûres. Il s'avère que certaines méthodes endommagent les masques et laissent passer des particules à travers le matériau du masque N95, et quelqu'un qui porterait un masque ainsi décontaminé ne le saurait jamais. »

Pour leur étude, M. Peltier et ses collègues ont obtenu des masques N95 — principalement des modèles 1860 ou 1860S de la marque 3M — auprès d'hôpitaux qui utilisaient diverses techniques de décontamination. Pour tester les effets de la décontamination sur les masques, les chercheurs ont placé

les masques sur un mannequin recouvert de mousse à l'intérieur d'une chambre d'exposition « et l'ont vaporisé d'un aérosol de combustion polydispersé. »

« De l'air a été échantillonné à travers le masque à 85 L/minute, en alternant les échantillons en chambre et dans le masque, ce qui correspond à la méthode utilisée dans nos travaux antérieurs », écrit-il. « Les échantillons d'aérosols ont été envoyés à un appareil de mesure de la mobilité des particules par balayage (...) qui a caractérisé la distribution de la taille des particules de 16,8 nm à 650 nm et qui fournit des informations beaucoup plus détaillées sur les performances du masque que les tests standard d'efficacité de filtration. »

Ils ont brûlé de l'encens dans une chambre de combustion séparée et ont diffusé un aérosol d'encens dilué dans la chambre d'exposition. Ils ont décontaminé les masques hors site en utilisant des protocoles hospitaliers standard.

L'étude a démontré que des méthodes de décontamination, y compris les traitements à la lumière ultraviolette, sont sans danger pour le traitement des masques pendant plusieurs cycles répétés, selon M. Peltier. Cependant, après neuf nettoyages, les masques commencent à se détériorer. M. Peltier a déclaré que certaines méthodes qui utilisent du gaz plasma de peroxyde d'hydrogène à haute concentration, une « méthode de décontamination très intense », peuvent endommager les masques immédiatement.

« Mais il existe peut-être encore une douzaine d'autres types de traitements de décontamination utilisés par des groupes hospitaliers et des entrepreneurs gouvernementaux qui n'ont pas été évalués de manière adéquate », souligne M. Peltier. « Et j'entends par là une évaluation indépendante du rendement des masques. »

Il ajoute que les travailleurs et les hygiénistes du travail qui suivent les maladies « doivent être vigilants dans le suivi du rendement des masques. »

« L'utilisation d'équipements de protection individuelle qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation indépendante pourrait présenter un risque pour les utilisateurs de ces masques. Nous savons que certaines méthodes de décontamination causent des dommages irréparables, il serait donc sage d'être plus proactif dans la protection de notre ligne de front contre ce danger, et ce, pour toutes les techniques de décontamination. »

<https://www.healio.com/news/infectious-disease/20200818/decontamination-methods-can-damage-n95-masks> [en anglais]

États-Unis

Les chercheurs du MIT ont créé un masque réutilisable qui fonctionne comme un masque N95

Source : CTV News

Numéro d'identification : 1007667127

Scottie Andrew

Contact

Publié le mercredi 19 août 2020 12 h 21 EDT

Un prototype de l'iMASC, un nouveau masque en silicone qui peut être réutilisé en toute sécurité sans crainte de contamination.

(MIT)

PARTAGEZ

Les infirmières et les médecins ont fait preuve d'une très grande ingéniosité pour réutiliser les mêmes masques, gants et blouses nécessaires au traitement des patients contagieux atteints du coronavirus. Mais si un prototype de masque créé par les chercheurs s'avère largement efficace, il pourrait constituer une alternative plus sûre pour les travailleurs de la santé.

Des chercheurs du Massachusetts Institute of Technology et du Brigham and Women's Hospital de Boston ont mis au point l'iMASC, un nouveau masque en silicone qui peut être réutilisé en toute sécurité sans crainte de contamination. Les chercheurs doivent encore analyser l'efficacité avec laquelle il capture les particules virales, mais il s'agit d'une étape prometteuse pour remédier à la grave pénurie de fournitures dans le milieu de la santé.

L'iMASC offre un niveau de protection comparable à celui des masques N95, affirment ses créateurs. Cela est dû en partie au fait qu'il utilise un filtre N95 sans les matériaux supplémentaires des masques N95 qui capturent les particules.

Inscrivez-vous à l'infolettre : recevez le *COVID-19 Brief* dans votre boîte de réception

Les masques sont également basés sur la forme d'un masque N95 typique, mais ils sont fabriqués avec un caoutchouc de silicone qui peut être stérilisé après chaque utilisation. Les doubles filtres qui couvrent la bouche peuvent également être remplacés après chaque utilisation, ont indiqué les chercheurs.

Dans une étude sur l'iMASC publiée dans le *British Medical Journal Open*, les chercheurs ont déclaré que la pénurie d'équipements de protection individuelle (ÉPI) dans les hôpitaux créait un « besoin critique » d'équipements de sécurité réutilisables.

Ils se sont donc essayés à la fabrication d'un masque de type N95. Ils ont imprimé le matériel en 3D et ont testé son utilisation auprès d'infirmières et de médecins, qui ont bien noté le masque pour sa respirabilité, son ajustement et la facilité de remplacement du filtre.

Les chercheurs ont demandé aux travailleurs de la santé, tous du Brigham and Women's Hospital, comment le masque s'était positionné par rapport au masque N95 qui a fait ses preuves, et la plupart d'entre eux ont répondu qu'ils n'avaient aucune préférence ou qu'ils préféreraient le nouveau masque, ont indiqué les chercheurs dans un communiqué.

La pénurie d'ÉPI oblige les médecins à réutiliser des équipements contaminés

Les masques N95 sont considérés comme les plus efficaces pour couvrir le visage et peuvent capturer jusqu'à 95 % des particules. Mais ils ne sont pas faits pour être stérilisés et réutilisés.

Néanmoins, les travailleurs de la santé ont dû les réutiliser de toute façon en raison de la pénurie de masques et d'autres ÉPI, comme les blouses et les gants. Les médecins ont dû réutiliser des équipements potentiellement contaminés, ce qui pourrait les exposer ou exposer leurs patients au coronavirus. C'est l'alternative à l'absence totale de protection, même si la réutilisation des ÉPI présente un risque.

C'est un risque que les chercheurs ne veulent pas que les travailleurs de la santé prennent. Peter Tsai, l'homme qui a inventé le tissu filtrant du masque N95, est sorti de sa retraite pour tester les méthodes de stérilisation. Un groupe de chercheurs de l'Université de Duke a développé sa propre méthode de décontamination en mars dernier en utilisant du peroxyde d'hydrogène.

La méthode de biocontamination de l'équipe de Duke prend des heures, nécessite un équipement que beaucoup d'hôpitaux n'ont pas et ne peut être utilisée que jusqu'à 20 fois pour le même masque. Les chercheurs du MIT ont déclaré qu'ils savaient qu'ils devaient créer un procédé — ou un produit — plus polyvalent.

Les réponses à vos questions sur le coronavirus pour la rentrée

« L'une des choses essentielles que nous avons identifiées très tôt est que pour aider à répondre à la demande, nous devons vraiment nous limiter à des méthodes qui pouvaient se généraliser », raconte le

Dr Giovanni Traverso, professeur adjoint d'ingénierie mécanique au MIT et gastro-entérologue au Brigham and Women's Hospital.

Les chercheurs ont utilisé plusieurs méthodes de stérilisation différentes sur les iMASC, notamment en les faisant passer dans un autoclave (stérilisateur à vapeur), en les mettant dans un four et en les faisant tremper dans de l'eau de Javel et de l'alcool isopropylique.

Le matériau en silicone est resté intact après chaque test.

L'équipe du MIT travaille sur une nouvelle version du masque, qu'elle va tester pour voir s'il peut filtrer efficacement les particules virales. En attendant, les employés des hôpitaux — et les personnes qui travaillent dans les entreprises et les écoles essentielles qui prévoient de rouvrir — pressent les dirigeants locaux, étatiques et fédéraux de fournir plus d'ÉPI pour protéger leur santé.

24-27 août : Convention nationale républicaine

14 septembre : Élection au Nouveau-Brunswick

23 septembre : Discours du Trône

<https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/mit-researchers-created-a-reusable-face-mask-that-works-like-an-n95-respirator-1.5070575> [en anglais]

Chine

Les taux d'anticorps COVID-19 sont très variables chez les patients guéris

Source : CIDRAP

Numéro d'identification : 1007666716

Une étude publiée hier dans *JAMA Internal Medicine* sur 175 patients qui se sont remis d'une légère COVID-19 révèle une grande variation dans les niveaux d'anticorps contre le nouveau coronavirus, allant de niveaux très élevés chez 2 patients à des niveaux indétectables chez 10, mais aucune différence significative dans la durée de la maladie.

Des chercheurs de l'université Fudan de Shanghai, en Chine, ont mesuré les niveaux d'anticorps chez les patients atteints de COVID-19 sortis du centre clinique de santé publique de Shanghai après avoir été hospitalisés du 24 janvier au 26 février.

Sur les 175 patients, 165 (94 %) avaient des taux d'anticorps COVID-19 considérablement plus élevés que 13 témoins non infectés en phase de convalescence de l'infection. Les niveaux d'anticorps étaient moyennement bas chez 29 patients (17 %), moyennement élevés chez 69 patients (39 %) et élevés chez 25 patients (14 %).

Âge, sexe, réaction inflammatoire

Les chercheurs ont détecté des anticorps neutralisants chez les patients 4 à 6 jours après l'apparition des symptômes, et les niveaux ont atteint un pic 4 à 11 jours plus tard. Les niveaux d'anticorps étaient nettement plus élevés chez les 56 sujets plus âgés (60 à 85 ans) et les 63 sujets d'âge moyen (40 à 59 ans) que chez les 56 patients plus jeunes (15 à 39 ans). Les 10 patients présentant des anticorps indétectables étaient plus jeunes (âge médian, 34 ans), et 8 d'entre eux étaient des femmes.

À la sortie de l'hôpital, des taux d'anticorps nettement plus élevés ont été constatés chez les 82 hommes (47 %) que chez les 93 femmes (53 %).

Parmi les 117 patients pour lesquels les données de suivi à deux semaines étaient disponibles, le niveau médian d'anticorps était sensiblement inférieur au niveau médian à la sortie de l'hôpital, et les 56 hommes (48 %) avaient encore des niveaux d'anticorps très élevés par rapport aux 61 femmes (52 %). Les taux d'anticorps des patients dont les taux d'anticorps étaient indétectables à la sortie de l'hôpital restaient indétectables au moment du suivi.

À l'admission à l'hôpital, les taux d'anticorps étaient corrélés avec ceux de la protéine C réactive (indiquant une réponse inflammatoire), mais pas avec le nombre de lymphocytes (indiquant une réponse immunitaire à l'infection). Un faible nombre de lymphocytes et un taux élevé de protéine C réactive ont été associés à des symptômes de COVID-19 plus sévères.

Par rapport aux sujets plus jeunes, les patients plus âgés et d'âge moyen avaient un nombre de lymphocytes singulièrement plus faible et des niveaux de protéine C réactive plus élevés lors de l'hospitalisation, ce qui indique une réponse immunitaire plus faible et une réponse inflammatoire plus forte au coronavirus.

Rôle du plasma de convalescence et des vaccins dans l'immunité

Bien que les anticorps neutralisants soient considérés comme importants pour le rétablissement de la maladie infectieuse et la protection contre une infection future, on ignore s'ils confèrent une immunité contre une nouvelle infection à la COVID-19 et combien de temps cette immunité pourrait durer.

L'utilisation de plasma de convalescence, ou le transfert de plasma sanguin de patients ayant été atteints de COVID-19 puis guéris vers des patients non infectés pour leur conférer une immunité, est basée sur le principe que les anticorps COVID-19 peuvent fournir une protection contre l'infection, mais sa durabilité est inconnue.

Les auteurs ont déclaré que la variabilité des taux d'anticorps neutralisants chez les patients ayant récupéré de la COVID-19 souligne la nécessité d'évaluer et d'ajuster les taux d'anticorps dans le plasma de convalescence avant l'inoculation, si celle-ci s'avère efficace.

Ils ont également souligné que leur constatation que les patients plus âgés atteints de COVID-19 ont tendance à avoir des niveaux d'anticorps plus élevés, mais des résultats plus mauvais, les amène à remettre en question l'hypothèse selon laquelle les anticorps protègent contre une nouvelle infection par le coronavirus. « Les implications cliniques potentielles de ces résultats pour le développement de vaccins et la protection future contre l'infection sont inconnues », écrivent-ils.

Dans une note de l'éditeur du même journal, Mitchell Katz, MD, de NYC Health + Hospitals, a noté que les patients plus âgés, les hommes et ceux qui ont des réponses inflammatoires plus fortes — qui ont généralement eu des symptômes plus sévères de COVID-19 — avaient des taux d'anticorps plus élevés que les autres sujets de l'étude, « suggérant que les titres d'anticorps plus élevés ne conduisent pas nécessairement à un taux de guérison plus élevé. »

M. Katz a demandé que des recherches soient menées pour déterminer si certains groupes de personnes ont besoin de taux d'anticorps plus élevés pour récupérer et si des taux d'anticorps plus élevés se traduisent par une meilleure protection vaccinale contre le virus.

« Dans cette étude, 10 des 175 patients avaient des niveaux d'anticorps indétectables malgré une infection documentée », explique-t-il. « Ces patients sont-ils susceptibles d'être infectés à l'avenir, ou bénéficient-ils d'une protection basée sur leurs cellules T tueuses ou leurs cellules B mémoires qui sont sensibilisées à l'infection? Les réponses à ces questions pointues peuvent conduire à une meilleure protection face à cet adversaire encore largement inconnu. »

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/08/covid-19-antibody-levels-vary-widely-recovered-patients> [en anglais]

Cuba

Les essais d'un vaccin cubain contre la COVID-19 vont bientôt commencer | Miami Herald

Source : Miami Herald

Numéro d'identification unique : 1007666676

Résumé : Le vaccin, Soberana 01, a été produit par le Finlay Institute of Vaccines et sera testé au cours d'un essai de phase I et II impliquant 676 adultes âgés de 19 à 80 ans. Cuba commencera à tester son propre candidat vaccin contre la COVID-19 la semaine prochaine, selon le registre officiel cubain des essais cliniques. Si les résultats sont bons, le processus peut se poursuivre jusqu'à un essai de phase II pour déterminer si le médicament est efficace.

Cuba va commencer à tester son propre candidat vaccin contre la COVID-19 la semaine prochaine, selon le registre officiel cubain des essais cliniques.

Le vaccin, Soberana 01, a été produit par le Finlay Institute of Vaccines et sera testé au cours d'un essai de phase I et II impliquant 676 adultes âgés de 19 à 80 ans. Les résultats ne seront pas publiés avant février 2021.

Un essai clinique de phase I évalue les effets secondaires et la toxicité d'un médicament. Si les résultats sont bons, le processus peut passer à un essai de phase II pour déterminer si le médicament est efficace.

On ne sait pas si un essai clinique avancé de phase III, impliquant généralement des milliers de personnes pour tester l'efficacité et l'innocuité d'un vaccin sur une population plus large, suivra. Selon les données publiées dans le registre, l'étude cubaine évaluera à la fois la sécurité et la réponse immunitaire qui en résultera.

L'étude sera un « essai contrôlé randomisé en double aveugle », ce qui signifie que les médecins et les participants ne sauront pas à qui sera injecté le candidat vaccin. Les bénéficiaires seront choisis au hasard. Ceux du groupe témoin recevront un autre vaccin produit à Cuba contre la méningite.

www.miamiherald.com [en anglais]

<https://www.miamiherald.com/news/nation-world/world/americas/cuba/article245076330.html> [en anglais]

Événements d'intérêt national

Ontario (Canada)

Le gouvernement fédéral finance deux sites d'approvisionnement sécuritaire en drogues à Toronto, dans un contexte d'aggravation de la crise des surdoses d'opiacés

Source : CBC | Toronto News

Numéro d'identification : 1007666719

Le gouvernement fédéral est sur le point d'annoncer le financement de deux nouveaux programmes d'approvisionnement sécuritaire en drogues à Toronto — un geste qui survient au milieu d'une crise de surdose d'opiacés qui s'aggrave et qui a fait des dizaines de morts dans la ville cette année seulement.

Le programme Emergency Safer Supply et le programme Downtown East Collaborative Emergency Safer Supply sont de « nouvelles approches innovantes de réduction des méfaits » basées à Toronto, selon un communiqué de presse de fonctionnaires fédéraux publié mercredi.

Les deux sites, gérés par les organisations communautaires Parkdale Queen West Community Health Centre et South Riverdale Community Health Centre, fournissent aux clients des opioïdes pharmaceutiques fiables comme alternative aux drogues illégales potentiellement mortelles, peut-on lire.

Jusqu'à présent, l'année 2020 a été particulièrement meurtrière pour les décès liés aux opioïdes à Toronto.

Plus de 130 décès par surdose ont été signalés jusqu'à présent cette année par le service de santé publique de Toronto, dont 27 pour le seul mois de juillet, ce qui constitue un nouveau et sinistre record depuis que la ville a commencé à recueillir ces données.

« Nous sommes très préoccupés par l'approvisionnement en drogues toxiques et par les surdoses croissantes que nous avons constatées à Toronto », a déclaré mercredi la médecin-hygiéniste adjointe de la Ville, la Dre Vinita Dubey, notant que son équipe a fait pression pour que davantage d'initiatives soient prises pour enrayer la crise.

En réponse aux questions de CBC News, le maire John Tory a qualifié ces décès de « tragiques » et « évitables », et a déclaré qu'il se félicitait de l'annonce fédérale anticipée concernant les sites d'approvisionnement sécuritaire.

« Mais il y a encore beaucoup à faire », a-t-il ajouté, suggérant que tous les niveaux de gouvernement doivent mettre en place davantage de programmes de traitement et d'autres aides pour les consommateurs de drogue.

Les drogues se révèlent « plus toxiques » pendant la pandémie

Plus tôt cette année, la médecin-hygiéniste de Toronto, la Dre Eileen de Villa, a publiquement demandé au gouvernement fédéral d'augmenter le financement d'un « éventail d'initiatives d'approvisionnement plus sûr », parallèlement à d'autres mesures visant à atténuer la crise des opioïdes qui a fait des milliers de victimes dans tout le pays.

Jason Altenberg, PDG du centre de santé communautaire de South Riverdale, qui fournit des services de réduction des risques dans l'est de Toronto, a précédemment déclaré à CBC News qu'il existe un lien évident entre la pandémie de COVID-19 et le pic des décès par surdose.

Les drogues sont devenues « plus puissantes, plus toxiques, plus imprévisibles » à mesure que les chaînes d'approvisionnement mondiales s'effondraient, ce qui a fait en sorte que des combinaisons de drogues potentiellement mortelles circulent dans la communauté, disait-il en juin.

La pandémie a également entraîné une augmentation du nombre de personnes consommant des drogues en solitaire, les services locaux de réduction des risques ayant fermé ou réduit leur capacité, a ajouté M. Altenberg.

Compte tenu du nombre de décès, les défenseurs de la lutte antidrogue réclament depuis longtemps des sites d'approvisionnement sécuritaire afin d'offrir aux consommateurs de drogues des options fiables pour réduire les décès par surdose.

La pandémie de COVID-19 a entraîné une hausse sans précédent des surdoses d'opiacés au Canada, avec une augmentation de 25 % en Ontario et de 39 % en Colombie-Britannique. 1:59

En Colombie-Britannique, où de nouvelles directives concernant l'approvisionnement sécuritaire en drogues ont été publiées au début de la pandémie, plus de 1 300 personnes ont jusqu'à présent eu accès à des solutions de rechange sécuritaires aux drogues illégales.

En Ontario, les responsables provinciaux n'ont pas opté pour la voie de l'approvisionnement sécuritaire, mais financent plus d'une douzaine de sites de consommation où les clients peuvent consommer leurs propres drogues sous la supervision du personnel.

Le montant du financement fédéral pour les deux nouveaux sites d'approvisionnement sécuritaire de Toronto n'a pas encore été divulgué, l'annonce officielle étant prévue pour jeudi matin.

Les députés locaux Arif Virani pour Parkdale-High Park, Adam Vaughan pour Fort York, Julie Dzerowicz pour Davenport et Nathaniel Erskine-Smith pour Beaches-East York seront tous présents aux côtés du conseiller municipal de Toronto et président du conseil de la santé Joe Cressy.

<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/feds-funding-2-safe-drug-supply-sites-in-toronto-amid-worsening-opioid-overdose-crisis-1.5692191?cmp=rss> [en anglais]

Ontario (Canada)

En 2020, une grande partie de London and Middlesex sera classée comme zone à risque pour la maladie de Lyme

Source : Global News

Numéro d'identification : 1007667591

L'unité sanitaire de Middlesex-London affirme qu'une augmentation annuelle massive de la présence de tiques à pattes noires a eu pour conséquence d'ajouter une grande partie de la région à la carte des zones à risque de la province pour la maladie de Lyme.

Selon l'unité sanitaire, le nombre de tiques à pattes noires, également appelées tiques du chevreuil, observé dans la région a presque été multiplié par huit en trois ans, passant de 12 en 2018 à 95 en 2020. Ce nombre est basé sur les tiques à pattes noires signalées à l'unité de santé et celles trouvées par « traînage », une mesure de surveillance qui consiste à « traîner un tissu de flanelle blanche sur la végétation où des tiques peuvent être présentes et autour de celle-ci ».

En 2019, la région couverte par le MLHU ne figurait pas comme point chaud sur la carte annuelle des zones à risque de la maladie de Lyme de Santé publique Ontario, mais un cercle jaune couvre désormais une grande partie de la région sur la carte 2020 de la province.

Selon les responsables de l'unité de santé, cette augmentation rappelle qu'il faut se méfier des tiques lorsqu'on profite du plein air. Les autorités sanitaires recommandent d'utiliser un insectifuge contenant du DEET pour se protéger.

Chaque année, le #MLHU trouve de plus en plus de #tiques à pattes noires. C'est pourquoi une grande partie de London et de @CountyMiddlesex est désormais identifiée comme une « zone à risque » de maladie de Lyme par @PublicHealthON. Un plus grand nombre de tiques à pattes noires = un risque plus élevé de #MaladieDeLyme. /1 pic.twitter.com/07M0xJOePh

Mike Maris, spécialiste des parasites et professeur au Fanshawe College, note que ce n'est pas parce qu'une personne est piquée par une tique qu'elle contracte nécessairement la maladie de Lyme.

« De la même manière que nous savons que certains moustiques sont porteurs du virus du Nil occidental, mais ce n'est pas le cas de tous les moustiques. Et les gens se font piquer par des moustiques tout le temps sans contracter le virus du Nil occidental. Il est important de se rappeler que la plupart des piqûres de tiques ne conduisent pas forcément à la maladie de Lyme », a-t-il expliqué à Global News.

« Le problème est que les enjeux sont assez élevés, n'est-ce pas? Parce que la maladie de Lyme peut être une infection très débilitante. »

Selon M. Maris, les tiques sont généralement présentes dans les zones boisées et les herbes hautes. Il recommande également d'utiliser un insectifuge contenant du DEET.

« Après être sorti dans ces zones — si vous vous promenez dans les bois ou dans l'herbe haute —, assurez-vous simplement que vous repérez d'éventuelles tiques. Il peut être délicat d'essayer de les trouver, car elles peuvent être assez petites. Nous parlons d'une tique avant qu'elle ne s'engouffre et ne commence à se nourrir. Elle aura la taille d'une graine de sésame, par exemple », dit-il.

« Vous devrez peut-être demander à un ami de vous aider à les chercher, en particulier sur le cuir chevelu et dans d'autres zones que vous ne pourriez pas voir vous-même. »

Vous trouverez de plus amples informations sur le site Web du MLHU.

<https://globalnews.ca/news/7286511/mlhu-london-middlesex-lyme-disease-risk-2020/> [en anglais]

Ontario (Canada)

Cliniques de vaccination proposées après des cas d'hépatite A à Burk's Falls, Sundridge et South River

Source : CBC | Sudbury News

Numéro d'identification : 1007667589

L'unité de santé du district de North Bay Parry Sound organise des cliniques de vaccination, après une augmentation du nombre de cas d'hépatite A dans les régions de South River, Sundridge et Burk's Falls.

Habituellement, le district enregistre trois cas tous les cinq ans, mais depuis janvier, il y en a eu six, explique Elizabeth Mete, responsable temporaire du programme des maladies évitables par la vaccination.

L'hépatite A est un virus qui affecte le foie. Elle se propage lorsque les gens négligent de se laver les mains après être allés aux toilettes ou avoir changé une couche et qu'ils contaminent les aliments, les boissons ou les surfaces avec des excréments.

« Donc essentiellement, si une personne infectée manipulait des aliments ou des boissons, ou touchait une surface que vous avez ensuite touchée, et que vous avez touché par inadvertance votre bouche ou vos muqueuses, c'est ainsi que cela se transmet », explique M. Mete.

Selon M. Mete, le virus se propage également par les rapports sexuels et le partage de matériel de consommation de drogue.

L'unité de santé n'a pas identifié de liens entre les cas dans la région.

M. Mete rappelle que l'hygiène des mains est importante et que la vaccination est le meilleur moyen de prévenir l'infection.

L'unité de santé du district de North Bay Parry Sound organisera deux cliniques de vaccination, l'une à South River le 26 août et l'autre à Burk's Falls le 31 août.

<https://www.cbc.ca/news/canada/sudbury/vaccines-hepatitis-a-north-bay-hygiene-feces-contamination-1.5692859?cmp=rss> [en anglais]

Événements d'intérêt international

États-Unis (mise à jour)

Les infections à la *Salmonella* de souche Newport liées aux oignons

Source : CDC

Illustration avec un triangle et un point d'exclamation et texte indiquant « Food Safety Alert »

Actualisé le 18 août 2020 à 18 h HNE

Le CDC, les responsables de la santé publique et de la réglementation de plusieurs États, du Canada et de la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis enquêtent sur une épidémie multiétatique d'infections à *Salmonella* de souche Newport liées aux oignons. Consultez la liste des oignons rappelés et des aliments contenant des oignons rappelés ici.

Rappels et conseils aux consommateurs, aux restaurants et aux détaillants
Illustration d'un bloc-notes avec des cases à cocher.

En un coup d'œil
Cas signalés : 869
États : 47
Hospitalisations : 116
Décès : 0
Rappel : Oui

Plusieurs oignons sur une table en bois.

Ne pas manger, servir ou vendre des oignons rappelés de Thomson International, inc. et d'autres sociétés ou des aliments fabriqués avec des oignons rappelés. Les types d'oignons rappelés comprennent les variétés rouges, blanches, jaunes et jaune sucré.

Les aliments contenant des oignons rappelés, tels que les trempettes ou les tartinades au fromage, les salsas et les salades de poulet, ont également fait l'objet d'un rappel. Les aliments étaient vendus dans plusieurs chaînes d'épicerie. Consultez la liste des oignons et des aliments rappelés ici.

Vérifiez chez vous pour la présence d'oignons ou d'aliments rappelés de Thomson International, inc. et d'autres sociétés, notamment ceux de Food Lion, Giant Eagle, Kroger, Publix, Ralph's, Trader Joe's et Walmart.

Si vous ne savez pas d'où viennent vos oignons, ne les mangez pas. Jetez-les.

Si vous avez utilisé des oignons rappelés pour préparer d'autres aliments ou si vous ne savez pas d'où viennent ces oignons, ne les mangez pas. Jetez-les, même si vous en avez mangé une partie et que personne n'est tombé malade.

Lavez et désinfectez toutes les surfaces qui ont pu entrer en contact avec les oignons ou leur emballage, comme les comptoirs, les bacs de rangement, les tiroirs de réfrigérateur, les couteaux et les planches à découper.

Lorsque vous commandez de la nourriture dans un restaurant ou un magasin d'alimentation, vérifiez auprès du restaurant ou de l'épicerie qu'ils ne servent ni ne vendent des oignons rappelés de Thomson International, inc. ou d'autres sociétés, ni aucun aliment préparé avec des oignons rappelés, y compris des aliments tels que des salades, des sandwiches, des tacos, des salsas et des trempettes.

S'ils ne savent pas d'où viennent leurs oignons, n'achetez pas leurs produits et ne commandez pas leur nourriture.

Conseils aux restaurants, aux détaillants et aux fournisseurs

Les restaurants et les détaillants ne doivent pas servir ou vendre des oignons rappelés ou des aliments préparés avec ces oignons.

Consultez la liste des produits rappelés.

Si vous ne savez pas d'où viennent vos oignons, ne les servez pas et ne les vendez pas.

Nettoyez et désinfectez toutes les surfaces avec lesquelles les oignons sont entrés en contact, y compris les planches à découper, les comptoirs, les trancheuses, les ustensiles et les bacs de stockage.

Les fournisseurs, distributeurs et autres intervenants de la chaîne d'approvisionnement ne doivent pas expédier ou vendre des oignons rappelés de Thomson International, inc. ou d'autres entreprises.

Les fournisseurs et les distributeurs qui transforment des oignons crus doivent nettoyer et désinfecter toutes les surfaces et les bacs de stockage qui ont pu entrer en contact avec les oignons rappelés.

Consultez la liste des oignons et des aliments rappelés ici.

Symptômes de l'infection à la salmonelle

Illustration d'une personne ayant des douleurs abdominales.

La plupart des personnes infectées par la salmonelle développent une diarrhée, de la fièvre et des crampes d'estomac 6 heures à 6 jours après avoir été exposées à la bactérie.

La maladie dure généralement de 4 à 7 jours et la plupart des personnes se rétablissent sans traitement.

Chez certaines personnes, la maladie peut être si grave que le patient doit être hospitalisé. L'infection à la salmonelle peut se propager des intestins à la circulation sanguine, puis à d'autres endroits du corps.

Les enfants de moins de 5 ans, les adultes de 65 ans et plus et les personnes dont le système immunitaire est affaibli sont plus susceptibles de présenter des symptômes graves.

Pour plus d'informations, voir la rubrique Symptômes de l'infection à la salmonelle.

Prenez les mesures suivantes si vous présentez des symptômes d'une infection à la salmonelle :

Parlez-en à votre professionnel de la santé.

Notez ce que vous avez mangé la semaine précédant le début de votre maladie.

Signalez votre maladie au service de santé local.

Le service de santé vous appellera probablement pour vous interroger au sujet des aliments que vous avez mangés au cours de la semaine précédant votre maladie.

Aidez les enquêteurs de la santé publique en répondant à leurs questions lorsqu'ils vous contactent.

Dernières informations sur l'éclosion

Illustration d'un mégaphone.

Depuis la dernière mise à jour du décompte des cas, le 7 août 2020, 229 personnes malades supplémentaires ont été enregistrées en lien avec cette éclosion, dont 9 provenant de 4 nouveaux États : l'Arkansas, Hawaii, le Rhode Island et le Texas.

Le 12 août, des trempettes et des tartinades au fromage ont été rappelées dans les commerces suivants : Kroger, Kroger Mid-Atlantic, Kroger Delta Division, Fry's Food Stores, Fred Meyer et Smith's.

Voir la liste complète des oignons et des aliments rappelés.

Au total, 869 personnes infectées par la Salmonella de souche Newport ont été signalées dans 47 États.

116 hospitalisations ont été rapportées. Aucun décès n'a été constaté.

Les informations épidémiologiques et de traçabilité ont montré que les oignons rouges sont une source probable de cette épidémie. En raison de la façon dont les oignons sont cultivés et récoltés, d'autres types d'oignons, tels que les oignons blancs, jaunes ou jaune sucré, peuvent également être contaminés.

Cette enquête est en cours. Les CDC fourniront de plus amples informations dès qu'elles seront disponibles.

Détails de l'enquête

18 août 2020

Au 18 août 2020, un total de 869 personnes infectées par la Salmonella de souche Newport ont été signalées dans 47 États. Une liste des états et du nombre de cas dans chacun d'eux se trouve sur la page Carte des cas signalés.

Les infections sont apparues entre le 19 juin 2020 et le 4 août 2020. L'âge des personnes malades varie de moins de 1 an à 102 ans, l'âge médian étant de 40 ans. Cinquante-six pour cent des personnes malades sont des femmes. Sur les 468 personnes malades pour lesquelles des informations sont disponibles, 116 hospitalisations ont été signalées. Aucun décès n'a été rapporté.

Il se peut que des infections ne soient pas encore déclarées en raison du temps qui s'écoule entre le moment où une personne tombe malade et celui où l'infection est déclarée. Cela prend en moyenne 2 à 4 semaines. Pour plus de détails, veuillez consulter le calendrier de déclaration des cas d'infection à la salmonelle.

L'analyse du séquençage du génome entier de 48 isolats provenant de personnes malades n'a pas permis de prédire une quelconque résistance aux antibiotiques. Les tests standard de sensibilité aux antibiotiques de 3 isolats cliniques effectués par le laboratoire du National Antimicrobial Resistance Monitoring System (NARMS) des CDC n'ont également révélé aucune résistance.

L'analyse du séquençage du génome entier montre qu'une épidémie d'infections à Salmonella de souche Newport au Canada est génétiquement liée à l'éclosion aux États-Unis. Cela signifie que les personnes touchées par ces deux éclosions sont susceptibles de partager une source d'infection commune.

Enquête sur cette éclosion

Les informations épidémiologiques et de traçabilité [PDF — 1 page] indiquent que les oignons rouges sont une source probable de cette épidémie. En raison de la manière dont les oignons sont cultivés et récoltés, d'autres types d'oignons, tels que les oignons blancs, jaunes ou jaune sucré, peuvent également être contaminés.

Lors des entretiens, les personnes malades ont répondu à des questions sur les aliments qu'elles avaient consommés et sur d'autres expositions au cours de la semaine précédant le début des symptômes. Parmi

les personnes interrogées, 88 % ont déclaré avoir mangé des oignons ou des plats contenant probablement des oignons au cours de la semaine précédant le début des symptômes. Sur les 68 personnes interrogées sur les types d'oignons qu'elles ont mangés, 46 (68 %) ont mangé des oignons blancs, 45 (66 %) des oignons rouges et 33 (49 %) des oignons jaunes dans la semaine précédant le début des symptômes. La plupart des personnes malades ont mangé plus d'une sorte d'oignon dans la semaine précédant le début des symptômes.

Beaucoup de personnes malades ont été identifiées comme faisant partie de grappes de cas. Une grappe de cas est définie comme deux personnes ou plus qui ne vivent pas dans le même ménage et qui déclarent avoir mangé au même restaurant, assisté à un événement commun ou fait leurs courses dans la même épicerie la semaine précédant le début des symptômes. L'enquête sur les grappes peut fournir des indices essentiels sur la source d'une épidémie. Si plusieurs personnes malades sans lien de parenté ont mangé ou fait des achats au même endroit dans un restaurant ou un commerce à plusieurs jours d'intervalle, cela suggère que l'aliment contaminé y a été servi ou vendu.

Vingt-huit grappes de cas de maladie ont été répertoriées dans dix États. Des informations ont été recueillies sur 21 des 28 grappes dans des restaurants et des épiceries. Les informations provenant de ces grappes montrent que de nombreuses personnes malades mangeaient des oignons rouges et d'autres types d'oignons. Les enquêtes menées par les États et la FDA ont montré que les 21 restaurants et épiceries servaient ou vendaient des oignons rouges, jaunes ou blancs. Seize des 21 groupes servaient des oignons rouges, 12 des oignons jaunes et 10 des oignons blancs.

Les informations de traçabilité recueillies auprès de plusieurs de ces groupes de cas de maladie ont permis d'identifier Thomson International, inc. de Bakersfield, en Californie, comme une source probable d'oignons rouges. En raison de la façon dont les oignons sont cultivés et récoltés, d'autres types d'oignons, tels que les oignons blancs, jaunes ou jaune sucré, peuvent également être contaminés. L'enquête est en cours pour déterminer si d'autres oignons sont liés à cette éclosion.

Le 1er août 2020, Thomson International, inc. a volontairement rappelé les oignons rouges, jaunes, blancs et jaune sucré en raison de leur éventuelle contamination par la salmonelle.

D'autres entreprises ont également rappelé des oignons ou des aliments fabriqués avec des oignons rappelés. Voir la liste complète des produits rappelés ici.

Les consommateurs, les restaurants et les détaillants ne doivent pas manger, servir ou vendre des oignons rappelés par Thomson International, inc. ou d'autres entreprises, ni manger ou vendre d'autres aliments préparés avec des oignons rappelés.

Les CDC fourniront des mises à jour lorsque de plus amples informations seront disponibles.

<https://www.cdc.gov/salmonella/newport-07-20/index.html> [en anglais]

États-Unis

L'épidémie de salmonellose aux États-Unis liée aux oignons gagne du terrain

Source : www.freshplaza.com

Publié le : 19-08-2020 15 h 31 UTC

Reçu le : 19-08-2020 15 h 31 UTC (0 minute)

Numéro d'identification unique : 1007664595

47 États signalent maintenant des cas — rappel de davantage de produits

Une éclosion de salmonellose aux États-Unis, liée à des oignons rappelés, s'est étendue à 47 États. Les cas et les hospitalisations ont augmenté. Mardi, la Food & Drug Administration a déclaré qu'elle analysait des échantillons prélevés chez Thomson International de Bakersfield, en Californie, qui a rappelé tous les oignons rouges, blancs, jaunes et jaune sucré expédiés dans les 50 États et le District de Columbia du 1er mai au 1er août.

Dans sa mise à jour de mardi, les Centers for Disease Control and Prevention ont indiqué que le nombre de cas de Salmonella de souche Newport avait atteint 869 cas, avec 116 hospitalisations dans 47 États (seuls l'Oklahoma, la Louisiane et le Vermont n'ont pas été touchés). Aucun décès n'a été rapporté.

Le premier rappel concernait des oignons en vrac distribués à des grossistes, des restaurants et des commerces de détail dans les 50 États sous des bannières telles que Thomson Premium, TLC Thomson International, Kroger, Food Lion et Onions 52.

Source : eu.usatoday.com

<https://www.freshplaza.com/article/9241776/us-salmonella-outbreak-linked-to-onions-expanding/> [en anglais]

OMS

Journée mondiale de l'aide humanitaire 2020 : hommage aux travailleurs humanitaires en première ligne

Source : OMS

Numéro d'identification : 1007664090

19 août 2020 Communiqué de presse Genève/New York

Face à une pandémie mondiale, à des besoins sans précédent et à une insécurité croissante, les travailleurs humanitaires et les professionnels de la santé sont présents et apportent leur aide aux personnes les plus vulnérables du monde.

La dernière année a été la plus violente jamais enregistrée pour les travailleurs humanitaires, avec 483 attaques, 125 morts, 234 blessés et 124 enlèvements. Les Nations Unies condamnent toutes les attaques contre les travailleurs humanitaires.

L'OCHA et ses partenaires présentent les histoires inspirantes des #RealLifeHeroes qui se mobilisent pour relever les défis.

Aujourd'hui, Journée mondiale de l'aide humanitaire, le monde rend hommage à tous les travailleurs humanitaires — dont beaucoup œuvrent dans leur propre communauté — qui font des efforts extraordinaires en des temps extraordinaires pour aider les femmes, les hommes et les enfants dont la vie est bouleversée par les crises et la pandémie mondiale de COVID-19.

Le dévouement, la persévérance et l'abnégation de ces héros de la vie réelle représentent le meilleur de l'humanité alors qu'ils répondent à la crise de la COVID-19 et à l'augmentation massive des besoins humanitaires que celle-ci a déclenchée.

Les premiers intervenants sont souvent des personnes dans le besoin elles-mêmes — réfugiés, membres d'organisations de la société civile et travailleurs sanitaires locaux. Ils apportent nourriture, abri, soins de santé, protection et espoir aux autres au milieu des conflits, des déplacements, des catastrophes et des maladies.

Mais les travailleurs humanitaires sont mis à l'épreuve comme jamais auparavant, se débattant avec des restrictions de mouvement sans précédent et des ressources insuffisantes, car les besoins dépassent les fonds.

Et trop souvent, ils risquent leur propre vie pour sauver celle des autres.

Rien que ces dernières semaines, des attaques ignobles ont tué des travailleurs humanitaires au Niger et au Cameroun, et, depuis le début de la pandémie, des dizaines de travailleurs de la santé ont été attaqués dans le monde entier.

Selon la base de données sur la sécurité des travailleurs humanitaires de Humanitarian Outcomes, le nombre d'attaques contre les travailleurs humanitaires l'année dernière a dépassé toutes les années précédentes. Au total, 483 travailleurs humanitaires ont été attaqués, 125 tués, 234 blessés et 124

kidnappés dans 277 incidents distincts. Cela représente une augmentation de 18 % du nombre de victimes par rapport à 2018.

C'est la onzième Journée humanitaire mondiale, désignée par l'Assemblée générale des Nations Unies. Elle tombe le jour de l'attaque du complexe des Nations Unies à Bagdad, le 19 août 2003, qui a coûté la vie à 22 personnes, dont le représentant spécial du secrétaire général pour l'Irak, Sergio Vieira de Mello. Depuis lors, près de 5 000 travailleurs humanitaires ont été tués, blessés ou enlevés, et la décennie 2010-2019 a connu une augmentation de 117 % des attaques par rapport à la période 2000-2009.

Une recrudescence des attaques contre les travailleurs de la santé a été enregistrée en 2019, notamment des frappes contre les médecins en Syrie et des fusillades sur des soignants d'Ebola en République démocratique du Congo (RDC).

La plupart des attaques ont eu lieu en Syrie, suivie du Soudan du Sud, de la RDC, de l'Afghanistan et de la République centrafricaine. Le Mali et le Yémen ont tous deux connu deux fois plus d'attaques importantes que l'année précédente. L'ONU condamne ces attaques. Elle demande que les auteurs soient tenus de rendre des comptes et que justice soit rendue pour les survivants. Les travailleurs humanitaires ne peuvent être pris pour cible.

Mark Lowcock, le secrétaire général adjoint aux affaires humanitaires et coordonnateur des secours d'urgence a déclaré : « Aux travailleurs humanitaires du monde entier qui accomplissent un travail important et courageux sur les lignes de front, nous disons merci. Vous sauvez des vies chaque jour, et alors que de nouveaux défis et de nouvelles crises s'ajoutent à ceux qui existent déjà, votre persévérance est une source d'inspiration. Votre protection est également primordiale pour nous permettre de venir en aide aux personnes qui en ont le plus besoin. La meilleure façon de rendre hommage aux travailleurs humanitaires est de financer leur travail et d'assurer leur sécurité ».

Cette année, la Journée mondiale de l'aide humanitaire intervient alors que le monde lutte contre la pandémie de COVID-19. Pour rendre hommage aux efforts des travailleurs humanitaires, OCHA et ses partenaires présentent les histoires personnelles de certains des #RealLifeHeroes qui se mobilisent pour relever les défis, en particulier les travailleurs humanitaires locaux.

Il s'agit notamment de réfugiés qui, en tant que travailleurs de la santé, jouent un rôle essentiel dans la réponse à la pandémie, de soignants d'Ebola qui interviennent dans la lutte contre la COVID-19, et de médecins et d'infirmières qui continuent à fournir des soins de santé essentiels aux femmes et aux enfants.

Lisez leurs histoires inspirantes ici : <https://2020.worldhumanitarianiday.org/fr/>

Pour les médias : Photos, vidéos et médias sociaux

À propos de la Journée mondiale de l'aide humanitaire

En 2008, l'Assemblée générale des Nations unies a désigné le 19 août comme Journée mondiale de l'aide humanitaire afin de sensibiliser le public à l'aide humanitaire dans le monde entier et de rendre hommage aux personnes qui risquent leur vie pour la fournir. La Journée mondiale de l'aide humanitaire a été commémorée pour la première fois le 19 août 2009.

<https://www.who.int/fr/news/item/19-08-2020-world-humanitarian-day-2020-a-tribute-to-aid-workers-on-the-front-lines>

Europe

Augmentation des cas de peste porcine africaine dans certaines installations de production porcine en Europe de l'Est

Source : Agriland.ie

www.agriland.ie

Publié le : 19-08-2020 12 h 20 UTC

Reçu le : 19-08-2020 12 h 20 UTC (0 minute)

Numéro d'identification unique : 1007662979

Le nombre de cas de peste porcine africaine en Europe est en augmentation après la découverte de foyers à grande échelle de la maladie dans des installations porcines d'Europe de l'Est.

Un rapport du ministère britannique de l'Environnement, de l'Alimentation et des Affaires rurales indique que la Pologne a signalé 19 foyers d'infection dans des élevages de porcs domestiques.

Selon le rapport Pig Progress (juillet 2020), la peste porcine africaine est présente sur « un tiers de la superficie polonaise. »

La Russie aurait annoncé que les cas étaient quatre fois plus nombreux en juillet, passant de seulement six cas confirmés à 25.

La Roumanie est actuellement le pays qui compte de loin le plus grand nombre de cas, avec 395 cas confirmés de peste porcine africaine à ce jour en 2020. La Russie est la deuxième sur la liste.

La peste porcine africaine en Irlande

Ici, en Irlande, le ministère de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Marine a déclaré que « l'Irlande est indemne de peste porcine africaine et il est dans notre intérêt à tous qu'elle le reste, car une épidémie de la maladie aurait un impact énorme sur l'industrie porcine irlandaise. »

Le ministère a également expliqué que bien que la peste porcine africaine « n'affecte pas les humains ou d'autres espèces animales et que la viande des porcs affectés ne présente aucun risque pour la sécurité alimentaire, le virus peut survivre pendant des mois, voire des années, dans le porc et les produits à base de viande de porc, y compris les salaisons, les jambons, les saucisses et les salamis. »

Selon le ministère, si les porcs consomment des déchets alimentaires contenant de la viande infectée, cela « provoquera une épidémie. »

Le ministère a annoncé les précautions suivantes pour réduire la propagation de la peste porcine africaine :

Ne pas introduire en Irlande des produits à base de viande provenant de pays extérieurs à l'UE;

Ne pas introduire de viande ou de produits à base de viande dans les élevages de porcs irlandais;

Toujours utiliser une poubelle sécurisée pour éliminer les déchets alimentaires, de sorte que les animaux d'élevage, les animaux sauvages ou les oiseaux sauvages ne puissent pas y accéder.

Le ministère a également affirmé qu'il est illégal de donner des déchets alimentaires contenant de la viande à des animaux d'élevage, car ils peuvent propager la peste porcine africaine ainsi que d'autres maladies telles que la fièvre aphteuse.

<https://www.agriland.ie/farming-news/outbreak-of-african-swine-fever-cases-in-pig-facilities-across-europe/> [en anglais]

États-Unis

Les autorités sanitaires établissent un lien entre l'épidémie de salmonellose et les pêches fraîches

Source : KAAL-TV

Numéro d'identification : 1007667340

Mise à jour : 19 août 2020 22 h 42

(ABC 6 News) — Les autorités sanitaires et de sécurité alimentaire de l'État demandent aux consommateurs du Minnesota et de l'Iowa de ne pas consommer de pêches fraîches et entières fournies par Wawona Packing Company et achetées dans des commerces de détail, dont Aldi et Target, après avoir établi un lien entre les infections à la salmonelle et ces fruits.

Les centres américains de contrôle et de prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention), la Food and Drug Administration américaine et plusieurs États enquêtent sur une épidémie multiétatique d'infections à Salmonella de souche Enteritidis liée à la consommation de pêches fraîches et entières fournies par Wawona Packing Company.

Au total, 68 cas d'infection à Salmonella de souche Enteritidis ont été identifiés dans neuf États, dont 23 au Minnesota seulement. L'enquête est en cours et d'autres cas pourraient être détectés.

Les autorités sanitaires recommandent de jeter ou de renvoyer les pêches fraîches et entières fournies par la société Wawona Packing Company. Les autres pêches (y compris les pêches congelées ou en conserve) ne sont pas concernées.

Environ 700 à 975 infections à la salmonelle sont signalées chaque année au Minnesota.

<https://www.kaaltv.com/rochester-minnesota-news/minnesota-iowa-peaches-recall-latest/5833167/?cat=10151> [en anglais]

Recherches, politiques et lignes directrices

États-Unis

Le HHS élargit l'accès aux vaccins pour enfants pendant la pandémie de COVID-19

Source : U.S. Department of Health and Human Services

POUR DIFFUSION IMMÉDIATE

19 août 2020

Contact : HHS Press Office

202 690-6343

media@hhs.gov

Le ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (Health and Human Services — HHS) a [publié un troisième amendement — PDF](#) [en anglais] à la Déclaration en vertu de la loi sur la préparation du public et la protection civile (PREP Act) afin d'accroître l'accès aux vaccins infantiles vitaux et de réduire le risque d'épidémies de maladies évitables par la vaccination lorsque les enfants, partout aux États-Unis, retourneront à la garderie, à la maternelle et à l'école.

« La mesure annoncée aujourd'hui facilitera l'accès à des vaccins cruciaux pour nos enfants. Nous cherchons à garantir que les taux de vaccination restent élevés pendant la pandémie de COVID-19 », a déclaré le secrétaire du ministère de la Santé, Alex Azar. « L'administration Trump s'est efforcée de permettre aux pharmaciens — ainsi qu'à tous les héroïques travailleurs de la santé américains — d'exercer au mieux de leur capacité, offrant ainsi au public davantage d'options pour protéger leur santé et leur bien-être. »

L'amendement autorise les pharmaciens et les stagiaires en pharmacie autorisés par l'État ou inscrits au State Board of Pharmacy à commander et à administrer des vaccins aux personnes âgées de 3 à 18 ans, sous réserve de plusieurs exigences :

- Le vaccin doit être approuvé ou autorisé par la Food and Drug Administration (FDA).

- La vaccination doit être ordonnée et administrée conformément aux calendriers de vaccination du Comité consultatif sur les pratiques d'immunisation (ACIP) des CDC.
- Le pharmacien agréé doit suivre un programme de formation pratique d'au moins 20 heures, approuvé par l'Accreditation Council for Pharmacy Education (ACPE). Ce programme de formation doit comprendre une technique d'injection pratique, l'évaluation clinique des indications et contre-indications des vaccins, ainsi que la reconnaissance et le traitement en urgence des réactions aux vaccins.
- Le stagiaire en pharmacie agréé ou inscrit doit suivre un programme de formation pratique approuvé par l'ACPE. Ce programme de formation doit comprendre une technique d'injection pratique, l'évaluation clinique des indications et contre-indications des vaccins, ainsi que la reconnaissance et le traitement en urgence des réactions aux vaccins.
- Le pharmacien diplômé et le stagiaire en pharmacie diplômé ou agréé doivent être titulaires d'un certificat valide en réanimation cardio-pulmonaire de base.
- Le pharmacien agréé doit suivre au moins deux heures de formation pharmaceutique continue liée à la vaccination et approuvée par l'ACPE au cours de chaque période d'agrément de l'État.
- Le pharmacien agréé doit se conformer aux exigences de l'autorité sous laquelle il administre des vaccins en matière de tenue de dossiers et de rapports, notamment en informant le fournisseur de soins de santé primaires du patient lorsqu'il est présent, en communiquant les informations requises sur la vaccination au système national ou local d'information sur la vaccination (registre des vaccins), en se conformant aux exigences relatives à la notification des effets indésirables et en se conformant aux exigences selon lesquelles la personne administrant un vaccin doit examiner le registre des vaccins ou d'autres dossiers de vaccination avant d'administrer un vaccin.
- Le pharmacien agréé doit informer les enfants vaccinés et leurs accompagnateurs de l'importance pour les enfants en bonne santé de faire une visite de suivi avec un pédiatre ou un autre prestataire de soins primaires agréé et orienter les patients au besoin.

Les exigences ci-dessus sont conformes à celles de nombreux États qui autorisent déjà les pharmaciens agréés à commander et à administrer des vaccins aux enfants.

Un rapport de mai 2020 des Centers for Disease Control and Prevention (CDC) a constaté une baisse inquiétante des vaccinations de routine des enfants parce que les familles restent à la maison. Le fait que les familles respectent les directives de santé publique sur les sorties a eu un effet malencontreux : de nombreuses vaccinations de routine n'ont pas eu lieu au moment prévu. Cette baisse des taux de vaccination des enfants est une menace pour la santé publique et représente un dommage collatéral causé par la pandémie de COVID-19.

« En tant que médecin pédiatrique spécialisé dans les soins intensifs et ayant traité des enfants gravement malades souffrant de maladies évitables par la vaccination, je sais de première main les ravages que peut causer à l'enfant — ainsi qu'à sa famille et à sa communauté — un décès ou de graves lésions cérébrales qui auraient pu être évités grâce à un vaccin sûr et efficace », a déclaré le médecin Brett P. Giroir, secrétaire adjoint à la santé du ministère de la Santé. « La pierre angulaire de la santé publique, les vaccins, permet de prévenir ces maladies redoutables. Alors que nous élargissons les options pendant la lutte contre la COVID-19, nous rappelons également aux parents, aux grands-parents et aux personnes qui s'occupent des enfants qu'il n'y a pas de substitut à une visite chez un pédiatre ou un autre prestataire de soins primaires agréé, lorsque c'est possible, même pour un enfant en bonne santé – ces consultations revêtent une importance cruciale ».

Le HHS élargit l'accès aux vaccins pour enfants afin de prévenir les maladies évitables chez les enfants, les pressions supplémentaires sur le système de santé et toute nouvelle augmentation des conséquences néfastes pour la santé — en particulier si ces complications coïncident avec une résurgence supplémentaire de COVID-19.

Pour les conseils des CDC sur la vaccination de routine pendant l'épidémie de COVID-19, cliquez [ici](#) [en anglais].

Pour plus d'informations sur le Mois national de sensibilisation à la vaccination, cliquez [ici](#) [en anglais].

Pour consulter le dernier calendrier de vaccination des CDC, cliquez [ici](#) [en anglais].
Pour les ressources cliniques sur les vaccins, y compris la formation continue sur les meilleures pratiques, cliquez [ici](#) [en anglais].
Pour consulter l'avis de modification, cliquez [ici — PDF](#) [en anglais].*
* Ce contenu est en cours de révision selon l'article 508. Si vous avez besoin d'une assistance immédiate pour accéder à ce contenu, veuillez soumettre une demande à digital@hhs.gov. Le contenu sera mis à jour en attendant les résultats de la révision selon l'article 508.

###

<https://www.hhs.gov/about/news/2020/08/19/hhs-expands-access-childhood-vaccines-during-covid-19-pandemic.html> [en anglais]

États-Unis

La FDA publie le plan stratégique du NARMS et annonce la réunion publique virtuelle du NARMS d'octobre 2020

Source : U.S. Food and Drug Administration

18 août 2020

Aujourd'hui, la Food and Drug Administration des États-Unis, en coopération avec les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) et le Food Safety and Inspection Service (USDA-FSIS) du ministère de l'Agriculture des États-Unis, ses partenaires au sein du National Antimicrobial Resistance Monitoring System (NARMS), publie le [plan stratégique du NARMS : 2021-2025](#) [en anglais]. Le programme NARMS examine les bactéries isolées chez l'homme (grâce aux données du CDC), les viandes crues au détail (grâce aux données de la FDA) et les animaux à l'abattage (grâce aux données de l'USDA-FSIS) afin d'analyser et de rendre compte des schémas de résistance aux agents antimicrobiens les plus importants.

En outre, la FDA annonce que les inscriptions sont désormais ouvertes pour la réunion publique 2020 du système national de surveillance de la résistance aux antimicrobiens, qui se tiendra virtuellement les 13 et 14 octobre 2020. L'objectif de la réunion publique 2020 du NARMS est de partager le plan stratégique du NARMS : 2021-2025 avec les parties prenantes et d'encourager la discussion.

Le plan stratégique du NARMS : 2021-2025 énumère les buts et objectifs stratégiques du programme, ainsi que ses défis et opportunités. Un thème central du nouveau plan stratégique du NARMS est « Une seule santé » ([One Health](#) [en anglais]), qui est une approche collaborative, multisectorielle et transdisciplinaire de la santé — travaillant aux niveaux local, régional, national et mondial — dans le but d'atteindre des résultats de santé optimaux en reconnaissant l'interconnexion entre les personnes, les animaux, les plantes et leur environnement commun. Conformément aux principes de One Health, le NARMS étend ses tests pour inclure des échantillons d'eau de l'environnement grâce à une collaboration avec l'Agence américaine de protection de l'environnement et des agents pathogènes des animaux grâce à des collaborations avec le réseau d'investigation et d'intervention des laboratoires vétérinaires (Vet-LIRN) de la FDA et le service d'inspection sanitaire des animaux et des plantes (APHIS) de l'USDA. Le plan stratégique du NARMS : 2021-2025 est une feuille de route pour les activités du NARMS au cours des cinq prochaines années.

Les inscriptions sont maintenant ouvertes pour la réunion publique de NARMS des 13 et 14 octobre 2020 et le resteront jusqu'au 22 septembre 2020 à 16 heures (heure de l'Est). En raison de la pandémie de COVID-19, la réunion publique sera diffusée en direct sur le Web.

La réunion sera consacrée aux commentaires du public et la FDA a ouvert un dossier (numéro de dossier : FDA-2020-N-1764) pour des commentaires supplémentaires. Les commentaires seront acceptés à partir du 19 août 2020. Pour plus d'informations et pour vous inscrire à la réunion publique virtuelle, visitez la [page Web de la réunion publique du NARMS 2020](#) [en anglais].

Informations complémentaires :

- [Plan stratégique du NARMS : 2021-2025](#) [en anglais]
- [Réunion publique du NARMS 2020](#) [en anglais]
- [Système national de surveillance de la résistance aux antimicrobiens](#) [en anglais]
- [Soutenir la gestion des antimicrobiens en milieu vétérinaire : objectifs pour les exercices financiers 2019-2023](#) [en anglais]

https://www.fda.gov/animal-veterinary/cvm-updates/fda-releases-narms-strategic-plan-announces-october-2020-narms-virtual-public-meeting?utm_campaign=8-18-2020-NARMS&utm_medium=email&utm_source=Eloqua [en anglais]

Japon

Une thérapie combinée peut prévenir les complications vasculaires chez les enfants atteints du syndrome de Kawasaki

Source : medicalxpress.com

Publié le : 19-08-2020 12 h 28 UTC

Reçu le : 19-08-2020 12 h 28 UTC (0 minute)

Numéro d'identification unique : 1007663086

L'ajout de corticostéroïdes au traitement standard par immunoglobulines intraveineuses (IV) pour les enfants atteints du syndrome de Kawasaki jugés plus à risque de développer des complications vasculaires a permis d'améliorer le succès du traitement initial et de prévenir ces complications, selon une nouvelle étude publiée aujourd'hui dans le Journal of the American Heart Association, une revue en libre accès de l'Association américaine de cardiologie.

« Un diagnostic précoce et un traitement rapide sont importants pour les enfants atteints du syndrome de Kawasaki afin de prévenir le développement de complications cardiaques », affirme l'auteur, le docteur Ryusuke Ae, professeur-assistant au département de santé publique du Centre de médecine communautaire de l'Université médicale Jichi à Shimotsuke, au Japon. L'étude a été menée en 2018-2019 alors que le Dr Ae était chercheur invité aux Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis et est une collaboration entre les CDC et l'Université médicale de Jichi.

Le syndrome de Kawasaki, qui se manifeste le plus souvent chez les enfants de moins de 5 ans, provoque une inflammation des vaisseaux sanguins, en particulier des artères coronaires qui acheminent le sang vers le muscle cardiaque. Dans les pays développés, le syndrome de Kawasaki est l'une des principales causes de maladies cardiaques chez les enfants nés sans malformation cardiaque et sa cause est inconnue. Le diagnostic est posé lorsqu'un enfant a de la fièvre pendant cinq jours ou plus (sauf si elle est interrompue par un traitement) et présente de nombreux autres symptômes caractéristiques, notamment une éruption cutanée sur l'abdomen, des mains et des pieds rouges et enflés, des yeux injectés de sang, des glandes lymphatiques enflées, ainsi que des rougeurs et des gonflements de la bouche, des lèvres, de la gorge et de la langue. Le syndrome de Kawasaki touche les enfants de toutes les origines ethniques, mais il est plus fréquent chez les enfants asiatiques, quel que soit leur lieu de résidence.

« Lorsque la paroi du vaisseau sanguin s'élargit, l'intérieur du vaisseau peut se rétrécir. Des caillots sanguins peuvent se former, bloquant l'artère et pouvant conduire à une crise cardiaque. Les enfants qui présentent de telles complications de la paroi des vaisseaux peuvent nécessiter un suivi à long terme après l'apparition du syndrome de Kawasaki », a déclaré le Dr Ae.

Le traitement habituel du syndrome de Kawasaki comprend des immunoglobulines IV avec de l'aspirine. Cependant, pour environ 17 % des patients atteints de ce syndrome, le traitement initial par immunoglobulines IV n'est pas efficace, ce qui augmente le risque de complications cardiaques. Ces dernières années, il est devenu plus courant d'ajouter des corticostéroïdes au traitement initial. Cependant, les chercheurs ne s'entendent pas tous sur la meilleure approche à adopter.

Dans cette étude, la plus vaste de ce type à ce jour, les chercheurs ont analysé des données réelles sur des enfants atteints du syndrome de Kawasaki au Japon afin de déterminer si l'approche combinée plus intensive pourrait guérir les enfants plus rapidement et prévenir les complications cardiaques chez ceux qui sont considérés comme plus vulnérables à l'échec du traitement et aux complications à long terme. Dans cette étude, les patients ont été jugés plus à risque si on prédisait que le traitement initial serait inefficace sur la base de systèmes de notation établis, si l'enfant avait moins d'un an ou si les résultats des analyses sanguines étaient élevés.

Les chercheurs ont identifié 1 593 patients de moins de 18 ans atteints du syndrome de Kawasaki qui ont d'abord été traités par des immunoglobulines IV standard avec de l'aspirine. Les résultats ont été comparés à un autre ensemble de 1 593 patients atteints du syndrome de Kawasaki qui avaient probablement été traités initialement avec des corticostéroïdes en combinaison avec la thérapie standard. Les patients ont été jumelés en fonction de leur âge, de leur genre et de la rapidité avec laquelle le traitement a été commencé après l'apparition des symptômes, en prenant soin de tenir compte d'autres facteurs susceptibles de fausser les résultats.

Par rapport au traitement standard par immunoglobulines IV, les chercheurs ont constaté que :

Le traitement initial combiné (immunoglobuline plus aspirine et corticostéroïdes) a réduit de 35 % la nécessité d'un deuxième traitement.

Le traitement initial combiné a réduit le risque d'anomalies des artères coronaires de 47 %.

L'administration d'une faible dose de corticostéroïdes pendant plusieurs jours a été plus bénéfique qu'une forte dose échelonnée sur moins de jours, voire une seule journée.

« Il était surprenant de voir les résultats spectaculaires de notre analyse. Les cliniciens devraient envisager un traitement initial combiné avec des corticostéroïdes à doses multiples pour les patients à haut risque atteints du syndrome de Kawasaki », a souligné le Dr Ae.

Les limites de l'étude comprenaient le fait que les chercheurs ne disposaient pas d'informations précises sur le type, la dose et la durée de la corticothérapie en raison de la manière dont les données initiales étaient enregistrées.

Le même traitement combiné d'immunoglobuline et de corticostéroïdes a récemment été utilisé pour traiter les enfants atteints du syndrome inflammatoire multisystémique (MIS-C), une nouvelle condition associée à l'infection par la COVID-19 qui présente certains symptômes semblables au syndrome de Kawasaki. Bien que le MIS-C soit observé chez des enfants atteints de COVID-19, il est rare.

Pour en savoir plus : Ryusuke Ae et coll., *Corticosteroids Added to Initial Intravenous Immunoglobulin Treatment for the Prevention of Coronary Artery Abnormalities in High-Risk Patients With Kawasaki Disease*, Journal of the American Heart Association (2020). DOI : 10.1161/JAHA.119.015308
<https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/JAHA.119.015308>

Fourni par l'American Heart Association

<https://medicalxpress.com/news/2020-08-combo-therapy-blood-vessel-complications.html> [en anglais]

Chine

Le nouveau vaccin chinois contre l'encéphalite virale offre une double protection

Source : UrduPoint

Publié le : 19-08-2020 12 h 24 UTC

Reçu le : 19-08-2020 12 h 24 UTC (0 minute)

Numéro d'identification unique : 1007663030

WUHAN (UrduPoint/Pakistan Point News — 19 août 2020) — Des chercheurs de l'Institut de virologie de Wuhan, sous la direction de l'Académie chinoise des sciences, ont annoncé qu'ils avaient développé un

nouveau vaccin contre l'encéphalite, et des tests en laboratoire suggèrent qu'il peut protéger contre deux maladies mortelles transmises par les moustiques avec une seule dose.

Le candidat vaccin peut cibler à la fois le virus de l'encéphalite japonaise (VEJ) et le virus du Nil occidental (VNO). Selon les chercheurs, il a induit des réponses immunitaires robustes chez les souris, démontrant ainsi des niveaux élevés de sécurité et d'efficacité.

L'étude a été publiée au début du mois dans npj Vaccines, un journal en ligne en libre accès appartenant à Nature Research.

Le VEJ est la principale cause d'encéphalite virale dans la région Asie-Pacifique, causant près de 68 000 cas d'encéphalite japonaise chaque année, avec un taux de mortalité moyen d'environ 30 %.

Même ceux qui survivent à la maladie souffrent souvent de troubles neuronaux permanents tels que des déficiences cognitives, motrices et comportementales.

Il n'existe pas de traitement antiviral efficace contre le VEJ, et les vaccins sont donc la seule approche efficace pour prévenir l'infection par le VEJ. Cependant, les vaccins VEJ actuels nécessitent des doses répétées pour obtenir une protection adéquate, est-il écrit.

Le VNO est une maladie transmise à l'homme principalement par les piqûres de moustiques. Selon les chercheurs, il peut provoquer des maladies graves chez les personnes âgées et les personnes immunodéprimées. Depuis son apparition à New York en 1999, le virus a été signalé dans de nombreuses autres régions, notamment en Afrique, en Europe et en Asie occidentale.

<https://www.urdupoint.com/en/miscellaneous/new-chinese-viral-encephalitis-vaccine-shows-1005591.html>
[en anglais]

États-Unis

Le coronavirus pourrait être à l'origine de 1,5 million d'avortements non médicalisés dans le monde, selon un rapport

Source : www.newsweek.com

Publié le : 19-08-2020 14 h 54 UTC

Reçu le : 19-08-2020 14 h 54 UTC (0 minute)

Numéro d'identification unique : 1007664312

La pandémie du nouveau coronavirus pourrait, selon de nouvelles estimations, forcer au moins 1,5 million de femmes supplémentaires dans le monde à recourir à des avortements à risque.

Ce chiffre est apparu dans un rapport publié mardi par Marie Stopes International (MSI), une organisation mondiale spécialisée dans les soins de santé sexuelle et reproductive qui fournit des moyens de contraception et des avortements sûrs aux femmes dans 37 pays. Les mesures de confinement mises en place en réponse à la COVID-19 ayant rendu plus difficile l'accès aux services habituels de l'organisation, près de 2 millions de femmes et de jeunes filles se sont retrouvées sans possibilité de bénéficier de soins de santé sexuelle et reproductive légitimes.

Les données figurant dans le rapport de MSI suggèrent que la perte de services entre janvier et juin pourrait entraîner jusqu'à 900 000 grossesses non désirées et 3 100 décès liés à la grossesse dans le monde, en plus des avortements à risque. Ces chiffres s'ajoutent aux nombres qui existaient déjà avant la crise sanitaire mondiale, et ne tiennent compte que des obstacles à l'accès aux programmes de MSI.

En Inde, les femmes ont subi les conséquences les plus importantes de la perte des services offerts auparavant par MSI. Le rapport de mardi a noté que 1,3 million de femmes en moins avaient accès aux soins de santé sexuelle et reproductive, et qu'environ 920 000 femmes en moins avaient accès à des services d'avortement et de post-avortement sécuritaires, en raison de la fermeture du pays. L'organisation

s'attend à ce qu'un million de femmes supplémentaires subissent des avortements à risque en Inde et que 2 600 autres meurent de complications liées à la grossesse.

« Les besoins des femmes ne s'arrêtent pas ou ne diminuent pas soudainement en cas d'urgence — ils deviennent plus importants. Et en tant que médecin, je n'ai que trop souvent vu les mesures drastiques que prennent les femmes et les jeunes filles lorsqu'elles ne peuvent pas avoir accès à la contraception et à un avortement sûr », souligne la Dre Rashmi Ardey, directrice des services cliniques pour les initiatives de MSI en Inde, dans une déclaration accompagnant le dernier rapport de l'organisation.

« Cette pandémie a mis à rude épreuve les services de santé dans le monde entier, mais les soins de santé sexuelle et reproductive étaient déjà tellement sous-prioritaires qu'une fois de plus, ce sont les femmes qui font les frais de cette calamité mondiale », poursuit-elle.

En partenariat avec les gouvernements et les organisations à but non lucratif de plusieurs pays, MSI s'est efforcé d'élargir l'accès aux soins de santé sexuelle et reproductive pendant la pandémie, en plaidant pour que l'avortement sans risque et les services post-avortement soient considérés comme un travail essentiel. Cependant, avec des lois limitant fortement l'accès à l'avortement, ou l'interdisant complètement, toujours en vigueur dans des dizaines de pays, l'organisation a déclaré que les dirigeants mondiaux doivent faire plus pour protéger la santé des femmes.

« Les gouvernements doivent prendre des mesures immédiates pour renverser les codes pénaux restrictifs et coloniaux qui limitent l'accès légal des femmes à l'avortement », déclare Bethan Cobley, directrice de la politique et des partenariats chez MSI, dans une déclaration à Newsweek mercredi. « Tant que ces barrières légales ne seront pas levées, les systèmes de santé ne pourront pas s'adapter pour répondre à des pandémies telles que celle de COVID-19 et les femmes devront endurer l'indignité d'une grossesse non désirée ou risquer leur vie en ayant recours à des procédures dangereuses. »

La pandémie a touché un certain nombre de grandes organisations de soins de santé sexuelle et reproductive. Planned Parenthood, le plus grand fournisseur de soins de santé sexuelle et reproductive aux États-Unis, a modifié bon nombre de ses services pour privilégier les consultations à distance, les cliniques ayant fermé au début de l'année.

Certains sites de Planned Parenthood ont réduit leurs heures d'ouverture ou suspendu les consultations sans rendez-vous en raison de la persistance de la pandémie, tandis que d'autres ont entièrement fermé et ont commencé à orienter les patients vers d'autres sites ou prestataires de soins. L'organisation décrit les procédures encore offertes et partage les ressources sur la manière et le lieu pour recevoir des services de contraception et d'avortement en toute sécurité dans des conseils partagés sur son site Web.

Newsweek a demandé à Planned Parenthood de lui faire part de ses commentaires, mais n'a pas reçu de réponse à temps pour la publication.

Rapport :

<https://www.mariestopes.org/news/2020/8/press-release-19m-clients-lost-access-to-our-services-due-to-covid-19/?page=0> [en anglais]

https://www.newsweek.com/coronavirus-could-result-15-million-unsafe-abortion-worldwide-report-finds-1526155?utm_source=Public&utm_medium=Feed&utm_campaign=Distribution [en anglais]

États-Unis

Une étude révèle comment l'utilisation d'opioïdes peut entraîner la surdité

Source : Free Press Journal

Numéro d'identification unique : [1007665452](#)

Une étude révèle comment l'utilisation d'opioïdes peut entraîner la surdité

Par Sneha

Les opioïdes sont une classe de drogues qui comprend les drogues illégales comme l'héroïne, les opioïdes synthétiques comme le fentanyl et les analgésiques disponibles légalement sur ordonnance, comme l'oxycodone, l'hydrocodone, la codéine, la morphine et bien d'autres.

Une étude révèle comment l'utilisation d'opioïdes peut entraîner la surdité

New York : L'utilisation d'opioïdes — en particulier à fortes doses — peut être très nocive, affirment les chercheurs, ajoutant que les récepteurs d'opioïdes dans l'oreille interne peuvent provoquer une perte auditive partielle ou totale.

Les opioïdes sont une classe de drogues qui comprend la drogue illégale qu'est l'héroïne, des opioïdes synthétiques tels que le fentanyl, et des analgésiques disponibles légalement sur ordonnance, tels que l'oxycodone, l'hydrocodone, la codéine, la morphine, et bien d'autres.

L'étude, publiée dans le *Journal of Medical Toxicology*, a examiné les dossiers du centre antipoison du New Jersey de 1999 à 2018 afin de déterminer le lien entre la consommation d'opioïdes et le degré de perte auditive.

L'équipe de recherche de l'université Rutgers (RU) aux États-Unis a recensé 41 personnes exposées aux opioïdes qui ont subi une perte auditive totale ou partielle ou des acouphènes, probablement causés par une toxicité au niveau de l'oreille.

Selon l'équipe, plus de la moitié avaient consommé de l'héroïne, suivie de l'oxycodone, de la méthadone et du tramadol; 88 % n'avaient consommé une ou l'autre de ces substances qu'une seule fois.

Les résultats ont montré que la plupart des personnes ont déclaré que l'affection affectait les deux oreilles, avec 12 personnes atteintes de surdité, 15 de perte partielle ou totale de l'acuité auditive, 10 d'acouphènes et quatre d'un mélange de symptômes.

Si certaines personnes peuvent retrouver leur audition, la perte peut être permanente chez d'autres : 21 % des personnes ayant déclaré cette condition n'avaient aucune amélioration de l'audition à leur sortie de l'hôpital.

« Les structures délicates de l'oreille interne sont très sensibles aux blessures si l'apport en oxygène est insuffisant, ainsi qu'à l'effet direct de toxines comme les opioïdes » explique le coauteur Lewis Nelson de l'Université du Rhode Island.

Bien que l'étude ait révélé un lien avec l'héroïne, la toxicité pour l'oreille peut se produire avec chaque opioïde. « Cette étude confirme ce qui a été constaté dans les études sur les animaux, à savoir que tout opioïde peut provoquer une perte auditive », explique l'autrice de l'étude, Diane Calello, du Centre antipoison du New Jersey.

« Cela pourrait être dû au fait que nous avons déjà des récepteurs d'opioïdes intégrés, ou des sites de liaison, dans l'oreille interne. Leur activation peut déclencher cette lésion chez certains patients », ajoute-t-elle. Les chercheurs ont déclaré que les professionnels de la santé devraient être conscients du lien avec l'utilisation d'opioïdes lorsqu'ils évaluent un patient souffrant d'une perte auditive.

(Pour accéder à notre document électronique, veuillez cliquer [ici](#). Pour toutes les dernières nouvelles, Mumbai, Divertissement, Cricket, Affaires et Nouvelles en vedette, consultez le Free Press Journal. Suivez-nous également sur Twitter et Instagram et aimez notre page Facebook pour des mises à jour continues.)

<https://www.freepressjournal.in/health/study-reveals-how-opioid-use-can-trigger-deafness> [en anglais]

L'étude : <https://link.springer.com/article/10.1007/s13181-020-00785-5> [en anglais]