

Section spéciale sur le coronavirus

Canada

Régions du Canada présentant des cas de COVID-19 en date du 27 octobre 2020 à 19 h (HAE)

Source : Gouvernement du Canada

Province, territoire ou autre	Nombre de cas confirmés	Nombre de cas actifs	Nombre de décès
Canada	222 887	26 422	10 001
Terre-Neuve-et-Labrador	291	4	4
Île-du-Prince-Édouard	64	1	0
Nouvelle-Écosse	1 102	6	65
Nouveau-Brunswick	334	55	6
Québec	101 882	8 927	6 172
Ontario	7 2051	7 418	3 103
Manitoba	4 532	2 238	58
Saskatchewan	2 841	652	25
Alberta	26 155	4 738	309
Colombie-Britannique	13 588	2 375	259
Yukon	22	7	0
Territoires du Nord-Ouest	9	1	0
Nunavut	0	0	0
Voyageurs rapatriés	13	0	0

Un [sommaire épidémiologique](#) détaillé est disponible.

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

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

Canada

L'hôpital Toronto Western suspend temporairement les nouvelles admissions dans l'unité COVID pour tenter de contenir une éclosion

Source : The Star

ID unique : [1008129881](#)

L'unité COVID-19 de l'hôpital Toronto Western a temporairement suspendu les nouvelles admissions et a été relocalisée à un autre étage pour tenter de contenir une éclosion.

Il s'agit de la sixième éclosion depuis le mois d'avril pour l'hôpital situé à l'intersection des rues Dundas et Bathurst; au total, 38 patients et 68 employés sont infectés.

L'unité, qui est située au huitième étage, est adjacente à une autre unité où des patients non atteints de la COVID étaient traités pour des problèmes de santé généraux ne nécessitant pas d'intervention chirurgicale. Jusqu'à présent, trois d'entre eux ont été infectés, ainsi que sept membres du personnel. Un huitième membre du personnel a obtenu un résultat positif lundi, mais on ne sait pas encore avec certitude si le cas est lié à l'éclosion, a déclaré la D^{re} Susy Hota, directrice médicale de la prévention et du contrôle des infections à l'University Health Network.

« Nous voulons nous assurer que l'unité COVID est tenue à l'écart des autres unités », a-t-elle dit, ajoutant que les deux zones étaient reliées par un couloir et que le personnel partageait un vestiaire. « Il est certain que le fait que les unités 8A et 8B sont rapprochées l'une de l'autre et la façon dont le modèle de dotation fonctionne, ce n'est probablement pas la bonne façon de faire les choses. »

Entre-temps, les nouveaux patients ont été redirigés vers l'hôpital Toronto General, qui fait également partie de l'University Health Network.

Selon la D^{re} Hota, l'hôpital s'efforce aussi maintenant d'éviter le déplacement de personnel « dans la mesure du possible ».

La décision a été prise peu après la déclaration de l'éclosion le 15 octobre, a-t-elle ajouté.

L'unité 8A, où étaient traités les patients atteints de la COVID, a été « entièrement nettoyée », et la nouvelle unité sera ouverte à un étage différent. La D^{re} Hota a indiqué que les quelques patients qui ont toujours la COVID ont été transférés à l'unité 8B en attendant que la nouvelle unité soit prête, mais on les garde à l'écart des autres patients.

L'idée derrière le fait d'avoir deux unités rattachées était que si la première était débordée, le personnel pouvait facilement passer à la seconde. On ne souhaitait pas non plus mettre trop de patients atteints de la COVID dans la même pièce en raison du « désavantage théorique que cela représente en termes de risque de transmission en présence d'un énorme fardeau de COVID dans une zone physique donnée. »

Certains patients atteints de la COVID se trouvaient dans l'unité 8B au cours de la première vague, a fait remarquer la D^{re} Hota, mais jusqu'à présent, il n'a pas été nécessaire de les y placer au cours de la seconde vague.

L'équipe s'était également penchée sur la question de la ventilation, mais, dans ce cas, « il s'agit d'une éclosion plus traditionnelle que tout ce que nous avons imaginé auparavant », a-t-elle dit.

Une éclosion avait également eu lieu dans les unités 8A et 8B à la fin d'avril, laquelle avait été déclarée terminée à la mi-mai.

Quatre autres éclosions ont eu lieu à l'hôpital Toronto Western, dont une au service d'urgence, mais elles ont toutes été déclarées terminées en juin. Il n'y a eu aucune éclosion à l'hôpital Toronto General.

On déclare une éclosion dans un hôpital lorsque deux cas ou plus sont enregistrés sur une période de quatorze jours et qu'il y a lieu de croire que les infections se sont produites à l'hôpital.

C'est « bizarre » que certains hôpitaux, comme l'hôpital Toronto Western, qui se place au deuxième rang pour le nombre d'éclosions déclarées à Toronto, après le St. Joseph's Health Centre, qui en compte sept, voient plus d'éclosions que d'autres, a dit la D^{re} Hota.

Selon la D^{re} Hota, il y a eu plus de patients atteints de la COVID-19 dans l'ensemble à l'hôpital Toronto Western (180 patients hospitalisés, dont 30 patients aux soins intensifs au cours de la pandémie), mais il y a eu des périodes où il y en a eu plus à l'hôpital Toronto General, « de sorte qu'on ne doit pas avoir tout pris en compte. »

Cela pourrait être attribuable à la culture hospitalière ou à son aménagement physique, d'où le besoin de déplacer l'unité.

« Nous faisons preuve de diligence raisonnable dans tout ce que nous entreprenons parce que nous sommes très conscients du fait que nous avons eu des éclosions par le passé à l'hôpital Toronto Western et voilà que nous sommes touchés par une autre », a dit la D^{re} Hota.

« Bien sûr, nous faisons ce que nous faisons normalement, en plus d'essayer de voir tout ce que nous pouvons faire d'autre pour y contribuer. »

Jusqu'à présent, neuf patients se sont retrouvés à l'hôpital Toronto General à la suite de ce changement. En moyenne, une ou deux personnes par jour se présentent à l'urgence et ont besoin d'être admises, ce nombre fluctuant de temps à autre.

« À l'heure actuelle, nous devons surveiller la situation de très près chaque jour, étant donné que nous avons une capacité plus limitée que d'habitude quant à l'admission de ces patients », a ajouté la D^{re} Hota. Le St. Joseph's Health Centre compte maintenant deux unités au sein desquelles il y a des éclosions actives, a déclaré la porte-parole, Hayley Mick, dans un courriel. Quatre patients et un membre du personnel atteints de la COVID sont liés à l'éclosion.

Deux autres éclosions ont été déclarées terminées le 23 octobre dans le même établissement.

« St. Joseph's demeure un endroit sécuritaire où il est possible de recevoir des soins et des services d'urgence, a déclaré M^{me} Mick. « Nous avons pris de nombreuses mesures pour nous assurer que l'environnement est sécuritaire, notamment en suspendant les nouvelles admissions dans les unités touchées, en améliorant davantage les procédures de contrôle des infections et en ajoutant une précaution supplémentaire sur le port obligatoire d'écrans faciaux en tout temps dans les espaces cliniques. »

Après avoir déclaré une éclosion dimanche, l'hôpital North York General a décidé de reporter toute intervention chirurgicale non urgente.

« Deux membres du personnel qui ont obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 semblent y être liés », a indiqué l'hôpital dans sa déclaration lundi. « Aucun cas n'a été détecté chez les patients à ce jour. »

Selon l'hôpital, une enquête et une recherche des contacts sont en cours.

« Pour limiter la propagation du virus, nous reporterons les interventions chirurgicales non urgentes », selon la déclaration émise. « Les cabinets de médecins communiquent avec les patients pour les informer que leur intervention chirurgicale sera reportée. »

L'hôpital dit qu'il « travaille en étroite collaboration » avec la Santé publique de Toronto et son équipe de prévention des infections, qui a mis en place des mesures comme « une surveillance accrue, des tests, des protocoles de nettoyage améliorés et des mesures de sécurité supplémentaires. »

Selon la D^{re} Hota, le public devrait garder à l'esprit que, même si le mot « éclosion » peut sembler effrayant, il ne faut que deux cas en deux semaines pour sonner l'alarme.

« C'est un peu comme les films hollywoodiens dans lesquels on ne représente malheureusement pas ce que constitue une véritable pandémie », a-t-elle dit. « Dans ces films, la pandémie se termine toujours très rapidement. »

Article rédigé à l'aide de documents fournis par Manuela Vegas

<https://www.thestar.com/news/gta/2020/10/26/toronto-western-hospital-temporarily-closes-covid-ward-to-new-patients-as-it-tries-to-contain-outbreak.html>

Canada

On demande à quelque 150 personnes de passer un test de dépistage après qu'un cas de COVID-19 a participé à une collecte de sang à Chatham-Kent

Source : CTV News

ID RMISP : 1008131302

WINDSOR (ONTARIO) – Le bureau de santé publique de Chatham-Kent mentionne qu'on a demandé à quelque 150 personnes de passer un test de dépistage de la COVID-19 après qu'un cas confirmé a participé à une collecte de sang de la région.

La collecte de la Société canadienne du sang a eu lieu mardi dernier au centre YMCA de Chatham.

« Nous pouvons confirmer qu'un membre du personnel qui a récemment travaillé à une collecte de sang mobile organisée au centre YMCA de Chatham en Ontario a obtenu un résultat positif au test de dépistage de la COVID-19 », a dit Delphine Denis de la Société canadienne du sang.

Le bureau de santé travaille à la recherche de contacts de concert avec la Société canadienne du sang.

« Nous avons envoyé un courriel de masse (comme l'a aussi fait la Société canadienne du sang) vendredi soir, puis samedi, nous avons effectué un suivi par téléphone auprès de toutes les personnes touchées. On a conseillé à tout le monde de se soumettre à un test cette semaine », a déclaré la porte-parole du bureau de santé publique de Chatham-Kent, Stephanie Egerton.

Les collectes prévues samedi, dimanche, lundi et mardi dans les régions de Chatham-Kent et de Windsor ont été annulées en raison d'un manque de ressources.

« La sécurité de nos donateurs, de notre personnel et de nos bénévoles constitue une priorité; c'est pourquoi la Société canadienne du sang a mis en place des mesures de sécurité solides dans ses installations et lors des collectes partout au pays, dont le port du masque obligatoire, le port d'EPI supplémentaire, un nettoyage accru, l'installation de points de contrôle sanitaire et le respect de la distanciation physique pour protéger nos équipes, nos donateurs et nos opérations », a déclaré M^{me} Denis.

M^{me} Denis ajoute que tous les employés, bénévoles et donateurs doivent être interrogés à un point de contrôle sanitaire et que tous les centres ont des protocoles de nettoyage stricts à suivre.

<https://windsor.ctvnews.ca/about-150-people-told-to-get-tested-after-covid-19-case-at-chatham-kent-blood-donor-clinic-1.5162695>

Canada

Le premier ministre indique que le gouvernement fédéral fournira des documents sur la COVID-19, mais qu'il faut tenir compte des risques liés à la communication de renseignements de nature délicate

Source : CTV News

ID : 1008133382

Rachel Aiello, productrice en ligne, Bureau de nouvelles d'Ottawa

Publié le mardi 27 octobre 2020, 16 h 45 (HNE)

PARTAGER

OTTAWA – **Le premier ministre Justin Trudeau indique que son gouvernement fournira « autant de renseignements [...] que possible » au Comité de la santé de la Chambre des communes, qui a entrepris, à la demande des conservateurs, une étude sur la réponse du gouvernement à la COVID-19 jusqu'à présent, mais il y aura une limite quant à la quantité de renseignements qui pourra être divulguée.**

« En ce qui concerne la motion des conservateurs, un certain nombre d'acteurs importants du secteur privé nous ont fait part de leurs préoccupations au sujet de la concurrence et de la confidentialité des contrats, et nous travaillerons comme nous l'avons toujours fait afin d'être aussi transparents que possible sans compromettre la vie ou le bien-être des Canadiens », a déclaré M. Trudeau.

La motion demandant au Comité d'entreprendre un examen approfondi de la réponse du gouvernement fédéral à la pandémie et des progrès réalisés en matière de tests, d'approvisionnement et de vaccins a été adoptée lundi avec l'appui de tous les partis de l'opposition.

Bulletin de nouvelles Capital Dispatch : Restez au fait des dernières nouvelles de la Colline du Parlement Les partis ont convenu d'entreprendre l'étude en dépit des préoccupations des libéraux et des intervenants au sujet de la motion visant à rendre publics des renseignements de nature délicate liés à des contrats qui pourraient compromettre la capacité du Canada de signer des ententes pour des vaccins ou de l'équipement de protection à l'avenir.

En guise de défense de sa motion, la porte-parole du Parti conservateur en matière de santé, Michelle Rempel Garner, signale que l'étude est nécessaire, surtout dans le contexte de la deuxième vague du virus au pays, et qu'on ne devrait pas attendre que le virus soit derrière nous pour le faire, puisque les députés pourraient découvrir des choses qui pourraient être corrigées en temps réel.

Inscription au bulletin : Recevez le bulletin « The COVID-19 Brief » dans votre boîte de réception

Le chef du NPD, Jagmeet Singh, a dit mardi qu'il semble que les libéraux ne veulent pas être tenus responsables. « C'est une chose assez normale que l'opposition veuille savoir "Avons-nous le meilleur rapport qualité-prix?" Obtenir de l'information pour être en mesure de s'assurer que les meilleures décisions sont prises... Il s'agit là de questions raisonnables », a déclaré M. Singh.

DES LEÇONS ONT « TOUT À FAIT » DÉJÀ ÉTÉ TIRÉES

Mardi, M. Trudeau a dit que le gouvernement en apprend quotidiennement au sujet du virus et qu'il y a « tout à fait » des choses qu'il souhaite voir traitées différemment, mais que ces leçons éclairent déjà la réponse du pays à la deuxième résurgence du nouveau coronavirus.

« Évidemment, nous apprenons que certaines choses fonctionnent mieux que d'autres, et cela fait partie du processus visant à nous assurer que nous allons de l'avant de la meilleure façon qu'il soit », a-t-il dit.

« Nous travaillerons avec le Parlement pour nous assurer que nous leur transmettons le plus d'information possible tout en ne mettant pas les Canadiens en danger. »

Dans les derniers propos qu'elle a émis à des journalistes sur la Colline du Parlement, la ministre de la Santé, Patty Hajdu, a déclaré qu'elle pense qu'il faudrait un jour examiner la façon dont « l'ensemble du pays » a réagi à la pandémie, ce qui comprend tous les paliers du gouvernement.

« Je ne peux qu'imaginer le genre de recommandations que les experts auront au moment d'examiner la réponse du Canada à la pandémie mondiale », a-t-elle dit, ajoutant que le gouvernement veillera à ce qu'il ne divulgue pas de renseignements confidentiels, et que le travail est déjà en cours à Santé Canada afin de recueillir des documents et d'archiver les décisions qui ont été prises.

« À l'heure actuelle, cependant, je suis très déterminée à aider les Canadiens à traverser cette vague de la pandémie », a-t-elle mentionné.

<https://www.ctvnews.ca/politics/pm-says-feds-will-provide-covid-19-docs-but-will-be-mindful-of-sensitive-info-risk-1.5163246>

États-Unis – Maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) – Ressources de communication (sources officielles et médias)

États-Unis

Protocole d'enquête commun pour enquêter sur une réinfection présumée par le SRAS-CoV-2

Source : CDC

Mis à jour le 27 octobre 2020

Résumé du protocole : Ce protocole est conçu pour appuyer une enquête de santé publique commune sur les cas présumés de réinfection par le SRAS-CoV-2 dans l'ensemble des administrations. Afin de pouvoir confirmer la réinfection par le SRAS-CoV-2, un soutien diagnostique avancé fondé sur une planification avancée est nécessaire pour mettre en œuvre ce protocole, ou une version adaptée sur le plan local de celui-ci; les prélèvements doivent par la suite être envoyés aux réseaux de laboratoire de soutien. Les données recueillies dans le cadre de ce protocole permettront de déterminer les cas possibles de réinfection, de mieux comprendre l'épidémiologie du SRAS-CoV-2 et d'éclairer l'intervention en matière de santé publique.

Introduction

État actuel des connaissances : La confirmation idéale de réinfection par le SRAS-CoV-2 exigera la confirmation de la détection initiale de l'infection et du virus sur deux périodes distinctes et sera accompagnée des données de séquençage génétique nécessaires pour appuyer une conclusion de forte probabilité de réinfection. La réinfection possible par le SRAS-CoV-2 pourrait être différenciée de la propagation virale persistante grâce à une variété de paramètres de laboratoire, de la symptomatologie du patient et/ou des liens épidémiologiques¹. Toutefois, la réinfection ne peut être confirmée sans prélèvements cliniques de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19).

La réinfection peut survenir par l'entremise d'autres coronavirus humains². Une étude menée au Kenya a révélé que de 4 à 21 % des personnes infectées par des coronavirus endémiques (HCoV-229E, NCoV-NL63 et HCoV-OC43) ont eu au moins 2 épisodes d'infection avec la même espèce virale au cours d'une période de 6 mois³. Une autre étude sur les coronavirus humains ayant recours à l'augmentation des anticorps comme indicateur de réinfection a révélé que les réinfections se produisaient dans un délai médian de 30 mois, mais qu'elles pouvaient se produire dans les 6 mois suivant la première infection⁴. Toutefois, les données immunologiques sur la durabilité de l'immunité au SRAS-CoV-2 sont limitées⁶. Il convient de noter que la Corée du Sud a documenté des cas de COVID-19 confirmés par RT-PCR devenus indétectables par RT-PCR, puis qui ont obtenu de nouveau un résultat positif par RT-PCR dans les 35 jours

en raison de la détection de cas présumés de génomes viraux incomplets (défectueux), ce qui donne à penser que la réinfection n'a pas été détectée pendant cette période⁵.

Les CDC sont au fait des récents rapports scientifiques et médiatiques sur des cas présumés de réinfection par le SRAS-CoV-2 chez des personnes qui avaient préalablement reçu un diagnostic de COVID-19⁷⁻⁹. Toutefois, ces rapports ont recours à différentes méthodes d'analyse pour étayer la réinfection. Puisqu'il est nécessaire de parvenir à une compréhension commune de ce qui constitue une réinfection, les CDC proposent ce protocole d'enquête commun pour identifier les cas chez qui l'on soupçonne fortement une réinfection et recommandent l'analyse de prélèvements appariés à l'aide des approches suivantes.

Justification : La détection des réinfections confirmées ou présumées par le SRAS-CoV-2 est essentielle au contrôle de la santé publique et aux évaluations des risques connexes. La possibilité de réinfection pourrait présenter des défis quant au contrôle de la transmission virale au sein des communautés ou au sein de populations vulnérables particulières. Une meilleure compréhension de la réinfection et de la réponse immunitaire au SRAS-CoV-2 est également nécessaire pour éclairer les efforts de planification de la vaccination.

Utilisation prévue des résultats de l'étude : Les résultats sur la probabilité de réinfection serviront à orienter les futures directives en matière de surveillance de la santé publique et de prévention de la COVID-19. De plus, la détection de cas confirmés ou présumés de réinfection par le SRAS-CoV-2 peut servir à éclairer les recherches futures sur l'immunité des hôtes du SRAS-CoV-2 et la mise au point de vaccins.

Plan d'étude : Ce protocole décrit le recours à la surveillance de la santé publique des cas présumés de réinfection par le SRAS-CoV-2 pour enquêter systématiquement sur ces derniers et guider l'intervention de santé publique. Le protocole peut être utilisé pour enquêter à la fois sur les cas signalés passivement et sur ceux détectés au moyen de requêtes de routine sur des données de surveillance fondées sur des cas dans lesquelles des personnes ayant de multiples résultats de tests de dépistage font l'objet d'un suivi dans le temps. Le protocole comprend des tests diagnostiques d'échantillons disponibles provenant d'épisodes distincts de positivité au SRAS-CoV-2 par RT-PCR, ainsi que des directives de laboratoire et des normes de qualité pour l'analyse génomique.

Objectifs : 1. Déterminer la fréquence à laquelle se produit la réinfection par le SRAS-CoV-2 chez les personnes qui semblent s'être rétablies cliniquement de la COVID-19. 2. Caractériser les cas présumés de réinfection par le SRAS-CoV-2 et les données de laboratoire qui en découlent afin de mieux comprendre l'histoire naturelle de l'infection par le SRAS-CoV-2 et d'orienter l'intervention de santé publique. 3. Déterminer l'intervalle entre la maladie initiale et la réinfection.

Questions : Quelle est la fréquence de réinfection par le SRAS-CoV-2 chez l'humain? Quel est l'intervalle entre l'infection initiale et la réinfection, et quel est le parcours clinique? Parmi les cas confirmés de réinfection, quelle est la durée de positivité du test par RT-PCR et de la propagation du virus apte à la réplication? Quelle est la réponse sérologique à la réinfection?

Approche générale : L'épidémiologie descriptive jumelée à des tests génomiques pourrait être utilisée pour identifier ou appuyer la réinfection par le SRAS-CoV-2. La détermination des anticorps en série et les données à l'appui d'une réplication virale active pourraient être utilisées pour fournir un soutien supplémentaire et caractériser davantage les réinfections par le SRAS-CoV-2.

Procédures/méthodes

PLAN

Déclaration de l'objectif : Cette trousse est conçue afin de fournir aux services de santé étatiques et locaux les outils nécessaires pour enquêter sur les cas présumés de réinfection par le SRAS-CoV-2.

Comment le plan expérimental permet-il d'atteindre les objectifs? Cette trousse peut être utilisée conjointement avec la surveillance (passive ou active) des cas présumés de réinfection par le SRAS-CoV-2.

Une fois que la population étudiée aura été cernée, l'abstraction des dossiers et l'examen des rapports de surveillance existants seront utilisés pour caractériser les cas présumés. Les prélèvements appariés pourraient également être soumis aux analyses suivantes pour démontrer la réinfection : test RT-PCR de confirmation, culture virale, ARNm subgénomique et séquençage génomique.

Description des risques : Cette recherche comporte peu ou pas de risques pour les participants. Le respect de la règle de confidentialité de la HIPAA et la désidentification des données recueillies garantissent l'anonymat des participants. Si l'on prélève d'autres échantillons par lavage nasal, les effets indésirables devraient être légers, mais pourraient inclure des saignements de nez et une irritation nasale. Si du sérum supplémentaire est prélevé, les effets indésirables devraient être légers, mais pourraient inclure des hématomes ou des contusions. Le risque pour les professionnels de la santé est également minime. Pour les sous-études sur le prélèvement d'échantillons supplémentaires, nous recommandons de suivre les précautions universelles et les lignes directrices élaborées pour la COVID-19 relativement à la collecte et au transport des échantillons (Interim Guidelines for Collecting, Handling, and Testing Clinical Specimens for COVID-19).

Description des avantages perçus pour les participants à la recherche : Nous prévoyons que les participants à la recherche profiteront des lignes directrices améliorées sur la prévention de la COVID-19 qui découleront de cette recherche.

Description du ratio entre les risques potentiels et les avantages perçus : Les risques potentiels que pose le prélèvement d'échantillons sont compensés par l'avantage sociétal et individuel que procurent une meilleure surveillance et des lignes directrices améliorées en matière de prévention qui pourraient réduire la transmission du SRAS-CoV-2 dans la communauté.

POPULATION ÉTUDIÉE

Description et source de la population étudiée : La population à l'étude peut comprendre toutes les personnes chez qui la COVID-19 a été présumée ou confirmée dans la zone de surveillance ou dans le secteur de compétence du département de la santé.

Critères d'enquête :

Accorder la priorité aux personnes chez qui l'ARN du SRAS-CoV-2 a été détecté dans les 90 jours suivant la première infection par le SRAS-CoV-2 :

Les personnes chez qui l'ARN du SRAS-CoV-2 a été détecté dans les 90 jours suivant la première détection de l'ARN du SRAS-CoV-2, qu'elles aient présenté des symptômes ou non.

ET

Des prélèvements respiratoires appariés (un pour chaque épisode d'infection) sont disponibles.

* Si détecté par RT-PCR, inclure uniquement si la valeur Ct est non disponible ou inférieure à 33.

Prendre en compte les personnes qui présentaient des symptômes semblables à ceux de la COVID-19 et chez qui l'ARN du SRAS-CoV-2 a été détecté de 45 à 89 jours suivant la première infection par le SRAS-CoV-2 :

Personnes chez qui l'ARN du SRAS-CoV-2 a été détecté 45 jours suivant la première détection de l'ARN du SRAS-CoV-2.

ET

Personnes présentant un deuxième épisode symptomatique et n'ayant aucune autre étiologie évidente pour les symptômes similaires à ceux de la COVID-19 OU personnes ayant eu un contact étroit avec une personne chez qui la COVID-19 a été confirmée en laboratoire.

ET

Des prélèvements respiratoires appariés (un pour chaque épisode d'infection) sont disponibles.

Si détecté par RT-PCR, inclure uniquement si la valeur Ct est non disponible ou inférieure à 33.

Considérations en matière d'adaptation

- Si les ressources sont limitées, accordez la priorité à l'échantillonnage des personnes des groupes à risque élevé (p. ex. les travailleurs de la santé).
- Si vous enquêtez sur des cas présumés de réinfection chez des personnes ayant une immunodéficience sévère, envisagez de faire une étude prospective consacrée à cette population, car les résultats ne pourront pas être appliqués à la population générale.

Critères d'exclusion des participants :

- Le prélèvement de laboratoire du premier ou du deuxième épisode de maladie n'est pas disponible.

Nombre estimatif de participants : On s'attend à ce que le nombre estimé d'inscriptions mensuelles varie en fonction de l'administration, de la durée de l'intensité des éclosions locales et des facteurs opérationnels liés aux tests de référence. Tenir compte de ces facteurs, ainsi que du nombre antérieur de cas présumés d'infection par le SRAS-CoV-2 signalés, pendant l'adaptation du protocole local.

Échantillonnage : Aucun échantillonnage a priori ne sera effectué; au lieu, tous les cas présumés signalés feront l'objet d'une enquête conformément au protocole. Au besoin, les critères d'admissibilité peuvent être réduits en fonction des facteurs d'adaptation fournis dans ce protocole d'enquête commun.

Recrutement et inscription : Les options d'inscription sont les suivantes :

1. Surveillance passive : Cas signalés au département de la santé qui répondent aux critères d'admissibilité.
2. Surveillance active : Analysez régulièrement les données RT-PCR avec des identifiants uniques individuels au fil du temps pour identifier les personnes qui présentent des résultats positifs récurrents au-delà des intervalles de temps donnés.
3. Une fois les cas identifiés, inscrivez les cas-patients dans une sous-étude afin de caractériser l'évolution clinique des événements de réinfection.
4. Si vous souhaitez étudier la durée de l'excrétion virale, la présence de virus capable de réplication et la réponse sérologique à une réinfection présumée, vous pouvez inscrire les cas-patients dans une sous-étude pour prélever des échantillons sériques et respiratoires en série.

Description et justification des remboursements ou des incitatifs qui seront utilisés : Tout remboursement ou incitatif accordé aux participants est à la discrétion de l'établissement qui utilise ce protocole.

État des coûts supplémentaires pour les participants en raison de leur participation à l'étude : Les participants peuvent engager des dépenses supplémentaires sous forme de frais de déplacement et de temps consacré pour participer aux entrevues. Ces coûts ne seront engagés que si les participants consentent au prélèvement d'échantillons nasaux supplémentaires et aux entrevues de suivi.

Procédures pour la mise en œuvre et la documentation du consentement éclairé : S'il y a lieu, obtenir le consentement éclairé des participants auprès de qui les entrevues sont nécessaires pour la collecte des données, remplir un registre des symptômes sur 14 jours ou les inscrire à une sous-étude en vue du prélèvement subséquent d'échantillons respiratoires et sériques.

VARIABLES/INTERVENTIONS

Variables

Données démographiques : Âge (années), sexe, race, origine ethnique, emploi et lieu de résidence

Antécédents médicaux : Agents immunomodulateurs et état d'immunomodulation, maladies concomitantes, médicaments reçus pour le premier épisode et l'épisode subséquent

Évolution clinique : Date d'apparition initiale de la maladie, date de la résolution clinique initiale, date d'apparition des symptômes ou d'obtention d'un test positif pour la réinfection présumée, niveau de soins reçus, durée de l'isolement et complications

Résultats des tests diagnostiques : Dates, type de test, plateforme ou analyse de laboratoire utilisée, siège de prélèvement des échantillons et résultats (y compris la valeur Ct) pour tous les tests diagnostiques du SRAS-CoV-2

Données épidémiologiques : Antécédents d'exposition et fait de résider dans un lieu d'hébergement collectif ou d'avoir visité un lieu de rassemblement

Extraire ces données des dossiers médicaux, des dossiers de surveillance de la santé publique ou des entrevues, et utiliser l'épidémiologie descriptive pour caractériser les cas présumés de réinfection

Prélèvement des échantillons

Envisager le prélèvement d'échantillons sériques et respiratoires en série pour les cas présumés de réinfection (voir les détails ci-dessous).

Prélèvement d'échantillons respiratoires en série : Si le participant est inscrit à une sous-étude visant à étudier l'excrétion virale et la transmissibilité, prélever des échantillons respiratoires tous les jours pendant sept jours, puis tous les deux jours pendant sept jours supplémentaires après la date de la réapparition du symptôme ou du diagnostic de réinfection présumée (si le patient est asymptomatique).

Prélèvement d'échantillons sériques en série : Prélever du sérum qui a été entreposé lors du premier épisode, prélever du sérum entre le premier et le second épisode (si disponible), et prélever du sérum lors de la réinfection présumée. Prélever du sérum au 3^e jour, au 7^e jour, au 14^e jour, au 21^e jour, ainsi que 6 semaines après la réinfection présumée.

Instruments de l'étude

Formulaire de rapport de cas (FRC) et dictionnaire de données : Fournis pour faciliter la collecte systématique des données [annexe 1].

Formation pour tout le personnel de l'étude :

Avant d'utiliser le FRC, examiner le dictionnaire de données correspondant pour s'assurer que toutes les données sont recueillies correctement.

TRAITEMENT ET ANALYSE DES DONNÉES

Plan d'analyse des données : Enquêter sur tous les cas présumés signalés, recueillir les dossiers médicaux des personnes inscrites, résumer les dossiers médicaux à l'aide du FRC ci-joint et demander la soumission de prélèvements appariés pour chaque cas de réinfection présumée. Les données peuvent être extraites des dossiers médicaux, des données de surveillance existantes ou des entrevues avec les patients. Le FRC doit être rempli par le personnel formé du département de santé de l'État ou de la région ou par des partenaires cliniques et universitaires. En ce qui concerne les renseignements personnels identifiables,

l'établissement qui utilise ce protocole doit suivre ses règles institutionnelles sur la façon de recueillir, de recevoir, de stocker et de transmettre ces données afin de protéger la vie privée des personnes. L'épidémiologie descriptive devrait être utilisée pour caractériser l'évolution clinique de l'infection primaire et de la réinfection, ainsi que l'intervalle entre les épisodes et les diagnostics.

Collecte de données : Utiliser le FRC figurant à l'annexe 1 pour effectuer l'examen des dossiers. Le FRC peut être imprimé et rempli à la main, ou il peut être intégré à une plateforme de collecte de données électroniques (EpiInfo, redcap, Microsoft Access, etc.). Si les données sont recueillies à la main, il faudra saisir celles-ci dans une base de données électronique.

Logiciels de gestion et d'analyse de l'information : Les logiciels de gestion et d'analyse des données peuvent comprendre EpiInfo, redcap, Microsoft Access, Microsoft Excel, SAS, SPSS, STATA, Python, R, entre autres.

Biais dans la collecte, la mesure et l'analyse des données : Un biais peut être introduit dans ce protocole lorsque les données sont recueillies par différents responsables de l'extraction des données ou différents établissements. Assurer la prestation d'une formation à tout le personnel responsable de la collecte de données sur l'utilisation appropriée du FRC et du dictionnaire de données avant la mise en œuvre de ce protocole facilitera la collecte systématique des données. Le dépouillement de dossiers de différents systèmes médicaux peut entraîner un biais dans la qualité des dossiers ou la gestion médicale entre les établissements. La stratification par responsable de l'extraction des données et par système médical aidera à évaluer et à contrôler ces biais potentiels.

Limites de l'étude : Ce protocole sera limité par l'exclusion des personnes qui demeurent asymptomatiques ou qui présentent des symptômes légers et qui ne se soumettent pas à un test de dépistage du SRAS-CoV-2. Une autre limite importante constitue la disponibilité de prélèvements appariés dans un cadre rétrospectif, car les prélèvements pourraient ne pas être conservés systématiquement pendant plus de trois mois. Ce protocole pourrait ne pas être en mesure d'identifier les personnes qui ont obtenu des soins auprès de différents établissements médicaux pour leurs épisodes distincts de COVID-19. La qualité des données recueillies sur l'évolution clinique dépendra également de la qualité des dossiers médicaux. L'utilisation de ce protocole pour faciliter une série de cas entraînera probablement un échantillon de petite taille à partir d'un échantillon de commodité et ne fournira pas un échantillon représentatif pour l'examen des facteurs de risque de réinfection. Enfin, le protocole ne comprend pas le prélèvement d'échantillons qui permettraient d'examiner l'excrétion et la transmissibilité pendant la réinfection.

Produits prévus : Nous prévoyons que les données recueillies à l'aide de cette trousse seront utilisées pour orienter les efforts de la santé publique dans le contexte de la pandémie de COVID-19.

TESTS DE LABORATOIRE ET INTERPRÉTATION

Tests de laboratoire

Les prélèvements respiratoires doivent être analysés par RT-PCR ou par d'autres tests d'amplification des acides nucléiques pour détecter l'ARN viral (valeurs Ct rapportées) et le séquençage génomique pour comparer les souches entre les épisodes. La culture virale et l'ARNm subgénomique peuvent être utilisés pour déterminer la présence ou l'absence de virus capable de répliquer. Si du sérum est disponible, envisager également des tests sérologiques pour déterminer la réponse immunologique à l'infection initiale et à la réinfection présumée.

Si vous souhaitez enquêter sur des cas où le prélèvement initial de la maladie n'est pas disponible, envisagez le même test de laboratoire, à l'exception du séquençage génomique. Le séquençage génomique du prélèvement de réinfection présumée, en l'absence d'un prélèvement respiratoire apparié ou d'une connaissance détaillée des souches en circulation du SRAS-CoV-2 au cours de la première maladie ou infection par le SRAS-CoV-2, n'est pas recommandé.

Le séquençage génomique de prélèvements appariés – qui répondent aux critères de qualité ci-dessous – est nécessaire pour étudier la réinfection. L'analyse du polymorphisme mononucléotidique à elle seule pourrait ne pas être suffisante pour distinguer la réinfection de la propagation à long terme, car la variation intrahôte du taux de mutation du SRAS-CoV-2 est mal comprise. Cependant, l'identification de prélèvements appariés de lignées distinctes (telles que définies dans Nextstrain ou GISAID) constitue une preuve de meilleure qualité d'une réinfection par le SRAS-CoV-2. Les critères de qualité pour les tests et les niveaux de preuve sont décrits plus en détail ci-dessous.

Les tests génomiques doivent répondre aux critères de qualité suivants pour la recherche de réinfection par le SRAS-CoV-2 :

- Profondeur de séquençage supérieure à 100 par position de base recommandée pour la génération de consensus.
- Indice Q du consensus supérieur à 30 avec 99 % du génome couvert.
- 1 000 x la profondeur de séquençage moyenne recommandée pour l'analyse des variations mineures.
- Élimination de la contamination de l'appât de l'amplificateur.
- Utilisation de plateformes de séquençage haute fidélité (indice Q par lecture supérieur à 30) de préférence pour la génération de consensus.
- Si des plateformes de séquençage basse fidélité (indice Q par lecture inférieur à 30) sont utilisées, la vérification des polymorphismes mononucléotidiques au moyen d'une autre méthode de séquençage est encouragée.

D'autres données, comme l'analyse de l'ARNm en culture ou subgénomique (pour détecter la présence de virus capable de se reproduire) ou la sérologie, peuvent appuyer la recherche d'une réinfection, mais elles ne sont pas définitives, ce qui pourrait être utile pour documenter une réponse sérologique au SRAS-CoV-2. Outre les données de laboratoire, les autres données à l'appui de la réinfection pourraient comprendre l'évolution clinique (symptômes semblables à ceux de la COVID-19) et des liens épidémiologiques avec un cas confirmé.

Données de laboratoire

Les niveaux de preuve pour les réinfections à l'aide de données génomiques sont les suivants :

Données probantes de la meilleure qualité

Clades différents du SRAS-CoV-2 définis dans Nextstrain et GISAID entre la première et la deuxième infection, idéalement associés à d'autres signes d'infection réelle (p. ex. titres viraux élevés dans chaque échantillon ou résultats positifs pour l'ARN subgénomique, et culture).

Données probantes de qualité modérée

Plus de deux différences nucléotidiques par mois* dans le consensus entre les séquences qui répondent aux paramètres de qualité ci-dessus, idéalement couplées à d'autres preuves d'infection réelle (p. ex. titres viraux élevés dans chaque échantillon ou résultats positifs pour l'ARNm subgénomique, et culture).

Données probantes de qualité médiocre, mais possibles

Deux différences nucléotidiques ou moins par mois* dans le consensus entre les séquences qui répondent aux paramètres de qualité ci-dessus, ou plus de deux différences nucléotidiques par mois* dans le consensus entre les séquences qui ne répondent pas aux paramètres de qualité ci-dessus, idéalement couplées à d'autres preuves d'infection réelle (p. ex. titres viraux élevés dans chaque échantillon ou résultats positifs pour l'ARNm subgénomique, et culture).

- Le taux de mutation du SRAS-CoV-2 est estimé à deux différences nucléotidiques par mois; par conséquent, si l'on soupçonne que la réinfection survient 90 jours après l'infection initiale, les données probantes de qualité modérée nécessiteraient plus de six différences nucléotidiques.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/reinfection.html>

États-Unis

Directives cliniques provisoires pour la prise en charge des patients chez qui la maladie à coronavirus (COVID-19) est confirmée

Source : CDC

Mis à jour le 27 octobre 2020

Les présentes directives provisoires s'adressent aux cliniciens qui s'occupent de patients atteints d'une infection confirmée par le coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 (SRAS-CoV-2), le virus causant la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19). Les CDC mettront à jour les présentes directives provisoires à mesure que des renseignements seront disponibles.

Tableau clinique

Période d'incubation

On croit que la période d'incubation de la COVID-19 s'étend à 14 jours, avec un délai médian de 4 à 5 jours entre l'exposition et l'apparition des symptômes¹⁻³. Une étude a révélé que 97,5 % des personnes atteintes de la COVID-19 qui développent des symptômes le feront dans les 11,5 jours suivant l'infection par le SRAS-CoV-2³.

Présentation

Les signes et les symptômes de la COVID-19 présents au début de la maladie varient, mais au cours de la maladie, la plupart des personnes atteintes de la COVID-19 éprouveront les symptômes suivants ^{1,4-9} :

- Fièvre ou frissons
- Toux
- Essoufflement ou difficulté à respirer
- Fatigue
- Douleurs musculaires ou courbatures
- Maux de tête
- Nouvelle perte de goût ou de l'odorat
- Maux de gorge
- Congestion ou écoulement nasal
- Nausées ou vomissements
- Diarrhée

Les symptômes peuvent varier selon la gravité de la maladie. Par exemple, la fièvre, la toux et l'essoufflement sont plus souvent signalés chez les personnes hospitalisées en raison de la COVID-19 que chez les personnes présentant une forme légère de la maladie (patients non hospitalisés). Les présentations atypiques sont fréquentes, et les personnes âgées et les personnes ayant une comorbidité peuvent présenter des symptômes respiratoires et de la fièvre plus tard^{10,14}. Dans une étude portant sur 1 099 patients hospitalisés, la fièvre n'était présente que dans 44 % des cas admis à l'hôpital, mais a fini par apparaître dans 89 % des cas au cours de l'hospitalisation¹. La fatigue, les maux de tête et les douleurs musculaires (myalgie) figurent parmi les symptômes les plus fréquemment signalés chez les personnes qui ne sont pas hospitalisées. Les maux de gorge et la congestion ou l'écoulement nasal (rhinorrhée) peuvent également être des symptômes dominants. De nombreuses personnes atteintes de la COVID-19 présentent des symptômes gastrointestinaux, notamment des nausées, des vomissements ou de la diarrhée, parfois même avant l'apparition de la fièvre et des signes et symptômes des voies respiratoires inférieures⁹. La perte de l'odorat (anosmie) ou du goût (agueusie) avant l'apparition des symptômes respiratoires a été fréquemment signalée dans les cas de COVID-19, surtout chez les femmes et les jeunes patients ou les patients d'âge moyen n'ayant pas nécessité d'hospitalisation ^{11,12}. Bien que de nombreux symptômes de la COVID-19 soient semblables à ceux d'autres maladies respiratoires ou virales, l'anosmie semble être plus spécifique à la COVID-19¹².

Plusieurs études ont révélé que, chez les enfants, les signes et les symptômes de la COVID-19 sont similaires à ceux éprouvés chez les adultes, varient selon l'âge de l'enfant et sont habituellement plus légers que chez les adultes¹⁵⁻¹⁹. Pour obtenir de plus amples renseignements sur le tableau clinique et l'évolution de la maladie chez les enfants, consulter la page « Information for Pediatric Healthcare Providers ».

Infection asymptomatique et présymptomatique

Plusieurs études ont rapporté une infection par le SRAS-CoV-2 chez des patients qui n'ont jamais présenté de symptômes (asymptomatiques) et chez des patients qui n'ont pas encore de symptômes (présymptomatiques)^{16,18,20-30}. Puisque les personnes asymptomatiques ne font pas l'objet de tests systématiques, la prévalence de l'infection asymptomatique et la détection de l'infection présymptomatique ne sont pas encore bien comprises. Une étude a révélé que jusqu'à 13 % des cas d'infection par le SRAS-CoV-2 confirmés par RT-PCR (épreuve de transcription inverse-amplification en chaîne par polymérase) chez les enfants étaient asymptomatiques¹⁶. Une autre étude portant sur des résidents de foyers de soins infirmiers qui ont été infectés à la suite d'un contact avec un travailleur de la santé atteint de la COVID-19 a démontré que la moitié des résidents étaient asymptomatiques ou présymptomatiques au moment de la recherche des contacts, de l'évaluation et du dépistage²⁷. Les patients peuvent présenter des anomalies au thorax lors de tests d'imagerie avant même l'apparition des symptômes^{21,22}.

Transmission asymptomatique et présymptomatique

De plus en plus d'études épidémiologiques font état de la transmission du SRAS-CoV-2 pendant la période d'incubation présymptomatique^{21,31-33}. Des études virologiques utilisant la détection par RT-PCR ont rapporté des tests avec des seuils de cycle bas, ce qui indique que de plus grandes quantités d'ARN viral et de virus viable ont été cultivées chez les personnes atteintes d'une infection par le SRAS-CoV-2 asymptomatique et présymptomatique^{25,27,30,34}. Le risque de propagation et de transmission de l'ARN viral du SRAS-CoV-2 n'est pas encore clair. La proportion de transmission du SRAS-CoV-2 attribuable à une infection asymptomatique ou présymptomatique par rapport à l'infection symptomatique n'est pas claire³⁵.

Évolution clinique

Gravité de la maladie

La plus grande cohorte déclarée de plus de 44 000 personnes atteintes de la COVID-19 en Chine montre que la gravité de la maladie peut varier de légère à sévère.

- Légère à modérée (symptômes légers jusqu'à une pneumonie) : 81 %
- Sévère (dyspnée, hypoxie ou atteinte pulmonaire à plus de 50 % à l'imagerie médicale) : 14 %
- Critique (insuffisance respiratoire, choc ou défaillance multiviscérale) : 5 %

Dans cette étude, tous les décès sont survenus chez des patients atteints d'une forme grave de la maladie, et le taux global de décès était de 2,3 %³⁶. Le taux de mortalité chez les patients atteints d'une forme grave de la maladie était de 49 %³⁶. Chez les enfants en Chine, la gravité de la maladie était plus faible, alors que 94 % d'entre eux étaient atteints d'une forme asymptomatique, légère ou modérée de la maladie, 5 % présentaient une forme grave et moins de 1 % présentait une forme critique¹⁶. Parmi les cas de COVID-19 aux États-Unis dont l'issue était connue, la proportion de personnes hospitalisées était de 19 %³⁷. La proportion de personnes atteintes de la COVID-19 admises aux soins intensifs était de 6 %³⁷.

Évolution clinique

Chez les patients ayant développé une forme grave de la maladie, le délai médian entre l'apparition de la maladie ou des symptômes et l'apparition d'une dyspnée variait de 5 à 8 jours, le délai médian entre l'apparition de la maladie ou des symptômes et l'apparition d'un syndrome de détresse respiratoire aiguë variait de 8 à 12 jours, tandis que le délai médian entre l'apparition de la maladie ou des symptômes et l'admission aux soins intensifs variait de 10 à 12 jours^{5,6,10,11}. Les cliniciens doivent garder à l'esprit la

possibilité que l'état de certains patients se détériore rapidement une semaine après l'apparition de la maladie. Parmi tous les patients hospitalisés, de 26 % à 32 % ont été admis aux soins intensifs^{6,8,11}. Parmi tous les patients, de 3 % à 17 % ont développé un syndrome de détresse respiratoire, comparativement à une proportion de 20 % à 42 % chez les patients hospitalisés et de 67 % à 85 % chez les patients admis aux soins intensifs^{1,4-6,8,11}. La mortalité chez les patients admis aux soins intensifs varie de 39 % à 72 % selon l'étude et les caractéristiques de la population de patients^{5,8,10,11}. La durée médiane de l'hospitalisation chez les survivants était de 10 à 13 jours^{1,6,8}.

Facteurs de risque de maladie grave

L'âge est un facteur de risque important de maladie grave, de complications et de décès^{1,6,8,14,36-40}. Parmi plus de 44 000 cas confirmés de COVID-19 en Chine, le taux de décès était le plus élevé chez les personnes âgées : 80 ans et plus, 14,8 %; 70 à 79 ans, 8,0 %; 60 à 69 ans, 3,6 %; 50 à 59 ans, 1,3 %; 40 à 49 ans, 0,4 %; moins de 40 ans, 0,2 %^{36,41}. Selon les premières données épidémiologiques des États-Unis, le taux de décès était le plus élevé chez les personnes âgées de 85 ans et plus (de 10 % à 27 %), suivies des personnes âgées de 65 à 84 ans (de 3 % à 11 %), des personnes âgées de 55 à 64 ans (de 1 % à 3 %) et des personnes âgées de moins de 55 ans (moins de 1 %)³⁷.

Les patients en Chine qui n'avaient pas de problèmes de santé sous-jacents à signaler présentaient un taux de mortalité global de 0,9 %. Le taux de décès était plus élevé chez les patients présentant une comorbidité : 10,5 % chez les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire, 7,3 % chez celles atteintes de diabète et environ 6 % chez celles ayant une maladie respiratoire chronique ou un cancer^{1,6,14,36,38,41,42}. Des antécédents d'accident vasculaire cérébral, de diabète, de maladie pulmonaire chronique ainsi que de maladie rénale chronique ont tous été associés à une augmentation de la gravité de la maladie et à des résultats défavorables. Les maladies cardiaques graves, dont l'insuffisance cardiaque, les coronaropathies, les cardiopathies congénitales, les cardiomyopathies et l'hypertension pulmonaire, peuvent accroître le risque de maladie grave attribuable à la COVID-19. Les personnes atteintes d'hypertension peuvent présenter un risque accru de maladie grave attribuable à la COVID-19 et doivent continuer de prendre leurs médicaments tels qu'ils ont été prescrits.

À l'heure actuelle, les personnes dont le seul problème de santé sous-jacent est l'hypertension ne sont pas considérées comme présentant un risque accru de maladie grave attribuable à la COVID-19^{43,44}.

Compte tenu des différences d'âge et de prévalence de la maladie sous-jacente, la mortalité associée à la COVID-19 déclarée aux États-Unis est semblable à celle signalée en Chine^{26,37,39}.

Réinfection

À ce jour, les rapports de réinfection sont rares. À l'instar d'autres coronavirus humains pour lesquels des études ont démontré la réinfection, la probabilité de réinfection par le SRAS-CoV-2 devrait augmenter avec le temps après le rétablissement de l'infection initiale en raison de la diminution de l'immunité et possiblement de la dérive génétique. Le risque de réinfection dépend de la probabilité de réexposition aux cas infectieux de COVID-19. À mesure que la pandémie de COVID-19 progresse, nous nous attendons à voir plus de cas de réinfections.

Tests viraux

Le diagnostic de la COVID-19 exige que l'ARN du SRAS-CoV-2 soit détecté par RT-PCR (épreuve de transcription inverse-amplification en chaîne par polymérase). La détection de l'ARN viral du SRAS-CoV-2 est meilleure dans les échantillons prélevés dans le nasopharynx que dans les échantillons prélevés dans la gorge^{34,50}. Les échantillons prélevés dans les voies respiratoires inférieures peuvent avoir un meilleur rendement que les échantillons prélevés dans les voies respiratoires supérieures^{34,50}. L'ARN du SRAS-CoV-2 a également été détecté dans les selles et le sang^{15,45,47,51}. La détection du SRAS-CoV-2 dans le sang peut être un marqueur de maladie grave⁵². L'excrétion d'ARN viral peut persister sur de plus longues périodes chez les personnes âgées et chez celles atteintes d'une forme grave de la maladie

nécessitant une hospitalisation (la durée médiane d'excrétion virale chez les patients hospitalisés est de 12 à 20 jours)^{34,38,45,46,53}.

Une infection par le SRAS-CoV-2 et d'autres virus respiratoires a été signalée; la détection d'un autre agent pathogène respiratoire n'exclut pas la COVID-19⁵⁴.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les tests de dépistage et la collecte, la manipulation et l'entreposage des échantillons, consulter la page « Evaluating and Testing Persons for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) » et la page « Frequently Asked Questions on COVID-19 Testing at Laboratories ».

Résultats des tests de laboratoire et des examens radiographiques

Résultats des tests de laboratoire

La lymphopénie est le résultat de test de laboratoire le plus courant dans les cas de COVID-19, et elle est présente chez jusqu'à 83 % des patients hospitalisés^{1,5}. Une lymphopénie, une neutrophilie, des concentrations sériques élevées d'alanine aminotransférase et d'aspartate aminotransférase, ainsi que des taux élevés de lacticodehydrogénase, de CRP (protéine C-réactive) et de ferritine peuvent être associés à une forme plus grave de la maladie^{1,5,6,8,38,55}. Un taux élevé de D-dimères et une lymphopénie ont été associés à la mortalité^{8,38}. La procalcitonine est habituellement normale à l'admission, mais elle peut augmenter chez les personnes admises à une unité de soins intensifs⁴⁻⁶. Les patients atteints d'une forme critique de la maladie présentaient des concentrations plasmatiques élevées d'agents inflammatoires, ce qui tend à indiquer un dérèglement immunitaire potentiel^{5,56}.

Résultats des examens radiographiques

Les radiographies thoraciques de patients atteints de la COVID-19 démontrent généralement une consolidation bilatérale de l'espace aérien, bien que les patients puissent avoir des radiographies thoraciques ordinaires au début de la maladie^{1,5,57}. Les tomodensitogrammes thoraciques de patients atteints de la COVID-19 montrent généralement une hyperdensité bilatérale périphérique en verre dépoli^{4,8,36,58-67}. Comme ce cliché de tomodensitométrie thoracique n'est pas spécifique et chevauche d'autres infections, la valeur diagnostique découlant de la tomodensitométrie thoracique en ce qui a trait à la COVID-19 peut être faible et dépend de l'interprétation radiographique⁵⁹. Une étude a révélé que 56 % des patients qui se sont présentés dans les deux jours suivant le diagnostic avaient un tomodensitogramme normal⁶⁰. Inversement, d'autres études ont révélé des anomalies de tomodensitométrie thoracique chez les patients avant la détection de l'ARN du SRAS-CoV-2^{58,69}. Compte tenu de la variabilité des résultats des examens d'imagerie thoracique, la radiographie thoracique et la tomodensitométrie thoracique seules ne sont pas recommandées à des fins de diagnostic de la COVID-19. L'American College of Radiology ne recommande pas non plus la tomodensitométrie pour le dépistage ou comme test de première intention pour le diagnostic de la COVID-19. (Consulter les recommandations de l'American College of Radiology icône externe )

Prise en charge clinique et traitement

Les National Institutes of Health ont publié des lignes directrices sur la prophylaxie, le dépistage et la prise en charge chez les patients atteints de la COVID-19. Pour obtenir de plus amples renseignements, consulter le document « Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines » icône externe  des National Institutes of Health. Les recommandations sont fondées sur des données scientifiques et des avis d'experts et seront mises à jour à mesure que d'autres données seront disponibles.

Forme légère à modérée de la maladie

Les patients qui présentent de légers symptômes de la maladie (absence de pneumonie virale et d'hypoxie) peuvent ne pas avoir besoin d'hospitalisation au départ, et de nombreux patients pourront se soigner à domicile. La décision de surveiller un patient en milieu hospitalier ou externe doit être prise en fonction du

cas. Cette décision dépendra du tableau clinique, des soins de soutien requis, des facteurs de risque potentiels de maladie grave et de la capacité du patient à s'isoler à la maison. Les patients qui présentent des facteurs de risque de maladie grave (voir la page « People Who Are at Higher Risk for Severe Illness ») doivent être surveillés de près étant donné le risque possible de progression vers une forme grave de la maladie, en particulier au cours de la deuxième semaine suivant l'apparition des symptômes^{5,6,14,38}.

Pour obtenir des renseignements sur les recommandations en matière de prévention et de contrôle des infections, consulter la page « Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) or Persons Under Investigation for COVID-19 in Healthcare Settings ».

Forme grave de la maladie

Certains patients atteints de la COVID-19 auront une forme grave de la maladie qui nécessitera une hospitalisation pour sa prise en charge. La prise en charge des patients hospitalisés s'articule autour de la prise en charge des complications les plus courantes de la forme grave de la COVID-19, soit la pneumonie, l'insuffisance respiratoire hypoxémique/le syndrome de détresse respiratoire aiguë, la septicémie et le choc septique, la cardiomyopathie et l'arythmie, les lésions rénales aiguës et les complications découlant d'une hospitalisation prolongée, y compris les infections bactériennes secondaires, la thromboembolie, les hémorragies digestives et la polyneuropathie/myopathie liée à une maladie grave ^{1,4-6,14,36,38,70-73}.

De plus amples renseignements se trouvent dans le document « Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines » icône externe  des National Institutes of Health et la page « Healthcare Professionals: Frequently Asked Questions and Answers ». D'autres ressources et documents d'orientation sur le traitement et la prise en charge de la COVID-19, y compris la prise en charge des patients hospitalisés gravement malades, sont fournis ci-dessous.

Hypercoagulabilité et COVID-19

Certains patients atteints de la COVID-19 peuvent développer des signes d'hypercoagulabilité et présenter un risque accru de thrombose veineuse et artérielle de gros et de petits vaisseaux ^{74,75}. Les anomalies de laboratoire couramment observées chez les patients hospitalisés atteints d'une coagulopathie associée à la COVID-19 comprennent les suivantes :

- Thrombocytopénie légère
- Augmentation des taux de D-dimères
- Augmentation des produits de dégradation de la fibrine
- Temps de prothrombine prolongé

Des taux élevés de D-dimères ont été fortement associés à un risque accru de décès ^{74,76-79}.

Plusieurs cas de patients hospitalisés présentant des complications thrombotiques, le plus souvent une thrombose veineuse profonde et une embolie pulmonaire, ont été signalés⁸⁰⁻⁸². D'autres manifestations signalées comprennent les suivantes :

- Thrombose microvasculaire des orteils
- Coagulation des cathéters
- Blessure myocardique avec élévation du segment ST
- Accident vasculaire cérébral ischémique

La pathogenèse de l'hypercoagulabilité associée à la COVID-19 demeure inconnue. Toutefois, l'hypoxie et l'inflammation systémique secondaires à la COVID-19 peuvent entraîner des taux élevés de cytokines inflammatoires et l'activation de la voie de coagulation.

Peu de données sont disponibles pour éclairer la prise en charge clinique de la prophylaxie ou du traitement de la thromboembolie veineuse chez les patients atteints de la COVID-19.

Plusieurs associations professionnelles nationales fournissent des ressources pour obtenir des renseignements à jour sur l'hypercoagulabilité associée à la COVID-19, y compris la prise en charge de l'anticoagulation. Il s'agit d'un sujet qui évolue rapidement, et de nouveaux renseignements sont publiés souvent.

De plus amples renseignements sur l'hypercoagulabilité et la COVID-19 sont disponibles auprès de l'American Society of Hematology [icône externe](#) et dans le document « Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Treatment Guidelines – Antithrombotic Therapy in Patients with COVID-19 » [icône externe](#) des National Institutes of Health.

Prise en charge des patients pédiatriques

Chez les patients pédiatriques atteints de la COVID-19, la maladie est généralement moins grave que chez les adultes. La plupart des enfants présentent des symptômes d'infection des voies respiratoires supérieures. Cependant, des résultats graves ont été signalés chez les enfants, y compris des décès. Les données tendent à indiquer que les nourrissons (enfants âgés de moins de 12 mois) peuvent être plus susceptibles d'être atteints d'une maladie grave causée par la COVID-19 que les enfants plus âgés¹⁶. Les CDC et leurs partenaires étudient également les rapports sur le syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants (SIG-C) associé à la COVID-19.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la prise en charge des enfants atteints de la COVID-19 et des complications connexes, consulter les pages « Evaluation and Management Considerations for Neonates At Risk for COVID-19 », « Information for Pediatric Healthcare Providers » et « Surviving Sepsis Campaign International Guidelines for the Management of Septic Shock and Sepsis-Associated Organ Dysfunction in Children » [icône externe](#).

Traitements expérimentaux

Les National Institutes of Health ont publié des lignes directrices provisoires pour la prise en charge médicale de la COVID-19, lesquelles comprennent de l'information sur les options thérapeutiques pour la COVID-19 qui sont actuellement à l'étude. Aucun médicament approuvé par la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis n'a démontré son innocuité et son efficacité dans le cadre d'essais contrôlés randomisés lorsqu'il est utilisé pour traiter des patients atteints de la COVID-19, bien que la FDA ait accordé une autorisation d'utilisation d'urgence pour l'administration du remdésivir dans le traitement des cas graves [icône externe](#). L'utilisation de traitements expérimentaux contre la COVID-19 devrait idéalement se faire dans le contexte d'essais contrôlés randomisés afin que l'on puisse déterminer les médicaments qui sont bénéfiques. Pour obtenir les renseignements les plus récents, consulter la page « Information for Clinicians on Therapeutic Options for COVID-19 Patients ». Pour obtenir des renseignements sur les essais enregistrés aux États-Unis, consulter le site [ClinicalTrials.gov](https://clinicaltrials.gov) [icône externe](#).

Interruption des précautions fondées sur la transmission ou de l'isolement à domicile

Les patients qui se sont rétablis cliniquement et qui sont en mesure de quitter l'hôpital, mais qui n'ont pas été autorisés à mettre fin à la prise de précautions fondées sur la transmission, peuvent continuer de s'isoler à leur lieu de résidence jusqu'à ce qu'ils soient autorisés à mettre fin à leur isolement.

Pour obtenir des recommandations sur l'interruption des précautions fondées sur la transmission ou de l'isolement à domicile chez les patients qui se sont rétablis de la COVID-19, consulter les documents suivants :

- « Interim Guidance for Discontinuation of Transmission-Based Precautions and Disposition of Hospitalized Patients with COVID-19 »
- « Interim Guidance for Discontinuation of In-Home Isolation for Patients with COVID-19 »

Ressources des CDC

- « Healthcare Professionals: Frequently Asked Questions and Answers »
 - « Information for Pediatric Healthcare Providers »
 - « Evaluating and Testing Persons for Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) »
 - « Frequently Asked Questions on COVID-19 Testing at Laboratories »
 - « Infection Control Guidance for Healthcare Professionals about COVID-19 »
 - « Interim Infection Prevention and Control Recommendations for Patients with Suspected or Confirmed Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) or in Healthcare Settings »
- <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html>

États-Unis

Recommandations de voyage relatives à la COVID-19 par destination

Source : CDC

Le 26 octobre 2020, les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont mis à jour leurs [directives sur les voyages](#) pendant la pandémie de COVID-19, ainsi que les [recommandations de voyage élaborées par destination](#). Les CDC ont également mis à jour leurs directives sur les [voyages pendant la pandémie de COVID-19](#). Interdiction d'entrée aux États-Unis pour les voyageurs : À quelques exceptions près, les voyageurs étrangers qui se sont rendus dans l'un des pays suivants au cours des 14 derniers jours se verront possiblement interdire l'entrée aux États-Unis : [Chine](#); [Iran](#); la plupart des pays européens (Allemagne, Autriche, Belgique, République tchèque, Danemark, Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Portugal, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, Monaco, Saint-Marin, État du Vatican); [Royaume-Uni](#) (Angleterre, Écosse, pays de Galles, Irlande du Nord); [Irlande](#); [Brésil](#).

- **Niveau 3** : Les risques liés à la COVID-19 sont élevés – veuillez consulter la liste publiée sur la page.
- **Niveau 2** : Les risques liés à la COVID-19 sont modérés. Les CDC recommandent que les personnes âgées, les personnes de tout âge ayant certains [problèmes de santé sous-jacents](#) et les [autres personnes présentant un risque accru de maladie grave](#) retardent tout voyage non essentiel vers les destinations suivantes : [Dominique](#), [Maurice](#), [Papouasie-Nouvelle-Guinée](#), [Saint-Pierre-et-Miquelon](#) et [Seychelles](#).
- **Niveau 1** : Les risques liés à la COVID-19 sont faibles. Les CDC recommandent que les personnes âgées, les personnes de tout âge ayant certains problèmes de santé sous-jacents et les autres personnes présentant un risque accru de maladie grave en parlent à leurs fournisseurs de soins de santé avant de se rendre aux destinations suivantes : [Îles Caïmans](#), [Guernsey](#), [Île de Man](#), [Nouvelle-Calédonie](#), [Nouvelle-Zélande](#), [Saint-Vincent-et-les Grenadines](#) et [Thaïlande](#).
- **Aucun avis de santé aux voyageurs** : Les risques liés à la COVID-19 sont très faibles : Samoa américaine, Anguilla, Bermudes, Brunei, Cambodge, Îles Malouines, Fidji, Groenland, Grenade, Laos, Macao RAS, Îles Marshall, Micronésie, Mongolie, Montserrat, Commonwealth des Mariannes du Nord, Palau, Saint-Kitts-et-Nevis, Sainte-Lucie, Taïwan, Timor-Leste et Viêtnam. De plus :
- **Niveau 3** : Aucune donnée sur les risques liés à la COVID-19 n'est disponible; le risque est inconnu. Les CDC recommandent aux voyageurs d'éviter tout voyage non essentiel vers les destinations suivantes étant donné que ces pays n'ont pas partagé de données sur la COVID-19 et que le risque est inconnu : [Îles Cook](#), [Kiribati](#), [Nauru](#), [Niue](#), [Corée du Nord](#), [Îles Pitcairn](#), [Samoa](#), [Îles Salomon](#), [Tokelau](#), [Tonga](#), [Turkménistan](#), [Tuvalu](#) et [Vanuatu](#).

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

États-Unis

Questions et réponses sur la COVID-19 : À l'intention des personnes qui consomment des drogues ou qui sont atteintes d'un trouble lié à la consommation d'une substance

Source : CDC

Mis à jour le 27 octobre 2020

Bien que le risque de maladie grave associée à la COVID-19 chez les personnes qui consomment des drogues ou qui ont un trouble lié à la consommation d'une substance ne soit pas connu, les personnes qui consomment des drogues peuvent avoir des problèmes de santé sous-jacents qui les exposent à un risque accru de maladie grave attribuable à la COVID-19, en plus d'avoir des préoccupations et des questions liées à ce risque.

Il s'agit d'une situation émergente qui évolue rapidement, et les CDC fourniront des renseignements à jour à mesure que ceux-ci seront disponibles.

Sur cette page

- [À l'intention des personnes qui consomment des drogues ou qui sont atteintes d'un trouble lié à la consommation d'une substance](#)
- [À l'intention des professionnels de la santé](#)

À l'intention des personnes qui consomment des drogues ou qui sont atteintes d'un trouble lié à la consommation d'une substance

Est-ce que je présente un risque plus élevé d'infection à la COVID-19 si je consomme des drogues?

Que dois-je faire si j'ai un trouble lié à la consommation d'une substance et que je n'ai plus accès à mon programme de traitement en raison de la COVID-19?

Je consomme des drogues et je souhaite arrêter, mais j'hésite à obtenir de l'aide en raison de la COVID-19. Que puis-je faire?

À cause du stress de la pandémie, je veux recommencer à boire de l'alcool ou à consommer des drogues. Que puis-je faire?

On m'a dit de ne pas consommer seul, mais on m'a aussi dit de garder une distance physique entre moi et les autres ou de me mettre en quarantaine. Que dois-je faire?

Je continue à consommer. Comment puis-je réduire mon risque d'infection à la COVID-19?

À l'intention des professionnels de la santé

Je me soucie de mon patient qui s'est mis à consommer plus d'alcool ou de drogues pendant la pandémie. Quelles sont les ressources que je peux mettre à sa disposition?

Les patients qui consomment des drogues ou qui ont un trouble lié à la consommation d'une substance sont-ils plus à risque d'être atteints de la COVID-19?

Si un patient fait une surdose d'opioïdes, puis-je tout de même lui administrer de la naloxone sans augmenter mon risque d'exposition à la COVID-19?

Mon patient n'a plus accès à son programme de traitement. Que dois-je faire?

Puis-je prescrire des médicaments pour un trouble lié à l'utilisation des opioïdes par télémédecine?

[Haut de la page](#)

Dernière mise à jour : 27 octobre 2020

Source du contenu : [National Center for Immunization and Respiratory Diseases \(NCIRD\), Division of Viral Diseases](#)

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/other-at-risk-populations/people-who-use-drugs/QA.html>

États-Unis

Critères d'enquête pour les cas de réinfection présumée par le SRAS-CoV-2

Source : CDC

Mis à jour le 27 octobre 2020

Les CDC sont au fait des récents rapports scientifiques et médiatiques sur des cas présumés de réinfection par le SRAS-CoV-2 chez des personnes qui avaient préalablement reçu un diagnostic de COVID-19¹⁻³. Il n'existe actuellement aucune définition largement acceptée de ce qui constitue une réinfection par le SRAS-CoV-2, et étant donné que les rapports utilisent des méthodes d'analyse différentes, le diagnostic de réinfection est difficile à établir. Pour parvenir à une compréhension commune de ce qui constitue une réinfection par le SRAS-CoV-2, les CDC proposent d'utiliser :

- 1) des critères d'enquête permettant d'identifier les cas présentant un indice de suspicion de réinfection supérieur;
- 2) des tests génomiques de prélèvements appariés.

Les CDC ont examiné les périodes appropriées suivant l'infection ou la maladie initiale par le SRAS-CoV-2 pour enquêter sur la réinfection. Depuis août 2020, les CDC recommandent d'éviter de soumettre à un nouveau test les personnes qui ont une infection asymptomatique dans les 90 jours suivant l'infection ou la maladie initiale par le SRAS-CoV-2, car les données probantes à ce jour indiquent que la réinfection n'a habituellement pas lieu au cours de cette période (« CDC Guidance on Duration of Isolation and Precautions for Adults with COVID-19 »).

À l'heure actuelle, nous proposons deux périodes d'enquête, indiquées ci-dessous :

- a. Pour les personnes qui présentent ou non des symptômes semblables à ceux de la COVID-19, 90 jours ou plus après l'infection ou la maladie initiale;
- b. Pour les personnes présentant des symptômes semblables à ceux de la COVID-19, de 45 à 89 jours après l'infection ou la maladie initiale.

Pour les personnes chez qui l'ARN du SRAS-CoV-2 a été détecté à partir d'un prélèvement respiratoire 90 jours ou plus après l'infection ou la maladie initiale par le SRAS-CoV-2 confirmée en laboratoire, nous appliquons un ensemble normalisé de critères, tels que décrits en détail ci-dessous. Il est également important d'enquêter sur les cas très suspects de COVID-19 au cours de la période de 45 à 89 jours. Cependant, les critères proposés sont plus stricts lorsqu'il s'agit de sélectionner les cas dans cette période antérieure en utilisant un indice de suspicion de réinfection supérieur. Si des preuves de réinfection sont relevées pendant cette période, elles éclaireront davantage les efforts de prévention futurs et l'élaboration de lignes directrices.

Les CDC font remarquer que la réinfection par le SRAS-CoV-2 est un domaine de recherche qui évolue rapidement. Cet ensemble initial de critères proposés pourrait ne pas englober tous les cas de réinfection; nous offrons ces critères d'enquête initiaux afin de mieux comprendre le risque de réinfection. Cet ensemble initial de critères proposés sera peaufiné si de nouvelles données probantes laissent entrevoir d'autres pistes d'enquête, afin de créer une définition normalisée des cas de réinfection par le SRAS-CoV-2.

1. Enquêter sur les cas qui répondent aux critères A ou B

- a. Pour les personnes chez qui l'ARN du SRAS-CoV-2 a été détecté 90 jours ou plus après l'infection initiale par le SRAS-CoV-2.

Les personnes chez qui l'ARN* du SRAS-CoV-2 a été détecté 90 jours ou plus suivant la première détection de l'ARN du SRAS-CoV-2, qu'elles aient présenté des symptômes ou non.

ET

Des prélèvements respiratoires appariés (un pour chaque épisode d'infection) sont disponibles.

* Si détecté par RT-PCR, inclure uniquement si la valeur Ct est non disponible ou inférieure à 33.

- b. Pour les personnes qui présentaient des symptômes semblables à ceux de la COVID-19 et chez qui l'ARN du SRAS-CoV-2 a été détecté de 45 à 89 jours suivant la première infection par le SRAS-CoV-2.

Personnes chez qui l'ARN du SRAS-CoV-2 a été détecté 45 jours suivant la première détection de l'ARN du SRAS-CoV-2.

ET

Personnes présentant un deuxième épisode symptomatique et n'ayant aucune autre étiologie évidente pour les symptômes similaires à ceux de la COVID-19 OU personnes ayant eu un contact étroit avec une personne chez qui la COVID-19 a été confirmée en laboratoire.

ET

Des prélèvements respiratoires appariés (un pour chaque épisode d'infection) sont disponibles. * Si détecté par RT-PCR, inclure uniquement si la valeur Ct est non disponible ou inférieure à 33.

Dans des contextes où la capacité de dépistage génomique est limitée, les CDC suggèrent d'accorder la priorité à l'enquête auprès des personnes se trouvant dans la période de 90 jours ou plus étant donné que l'intervalle de temps plus long entre la première et la deuxième infection pourrait présenter une plus grande probabilité de réinfection.

2. Décider des tests de laboratoire à effectuer

Le séquençage génomique de prélèvements appariés – qui répondent aux critères de qualité ci-dessous – est nécessaire pour étudier la réinfection. L'analyse du polymorphisme mononucléotidique à elle seule pourrait ne pas être suffisante pour distinguer la réinfection de la propagation à long terme, car la variation

intrahôte du taux de mutation du SRAS-CoV-2 est mal comprise. Cependant, l'identification de prélèvements appariés de lignées distinctes (telles que définies dans Nextstrain ou GISAID) constitue une preuve de meilleure qualité d'une réinfection par le SRAS-CoV-2. Les critères de qualité pour les tests et les niveaux de preuve sont décrits plus en détail ci-dessous. Les tests génomiques doivent répondre aux critères de qualité suivants pour la recherche de réinfection par le SRAS-CoV-2 :

- Profondeur de séquençage supérieure à 100 par position de base recommandée pour la génération de consensus.
- Indice Q du consensus supérieur à 30 avec 99 % du génome couvert.
- 1 000 x la profondeur de séquençage moyenne recommandée pour l'analyse des variations mineures.
- Élimination de la contamination de l'appât de l'amplificateur.

De plus :

- Utilisation de plateformes de séquençage haute fidélité (indice Q par lecture supérieur à 30) de préférence pour la génération de consensus.
- Si des plateformes de séquençage basse fidélité (indice Q par lecture inférieur à 30) sont utilisées, la vérification des polymorphismes mononucléotidiques au moyen d'une autre méthode de séquençage est encouragée.

Les niveaux de preuve pour les réinfections à l'aide de données génomiques sont les suivants :

Données probantes de la meilleure qualité

Clades différents du SRAS-CoV-2 définis dans Nextstrain et GISAID entre la première et la deuxième infection, idéalement associés à d'autres signes d'infection réelle (p. ex. titres viraux élevés dans chaque échantillon ou résultats positifs pour l'ARN subgénomique, et culture).

Données probantes de qualité modérée

Plus de deux différences nucléotidiques par mois* dans le consensus entre les séquences qui répondent aux paramètres de qualité ci-dessus, idéalement couplées à d'autres preuves d'infection réelle (p. ex. titres viraux élevés dans chaque échantillon ou résultats positifs pour l'ARNm subgénomique, et culture).

Données probantes de qualité médiocre, mais possibles

Deux différences nucléotidiques ou moins par mois* dans le consensus entre les séquences qui répondent aux paramètres de qualité ci-dessus, ou plus de deux différences nucléotidiques par mois* dans le consensus entre les séquences qui ne répondent pas aux paramètres de qualité ci-dessus, idéalement couplées à d'autres preuves d'infection réelle (p. ex. titres viraux élevés dans chaque échantillon ou résultats positifs pour l'ARNm subgénomique, et culture).

* Le taux de mutation du SRAS-CoV-2 est estimé à deux différences nucléotidiques par mois; par conséquent, si l'on soupçonne que la réinfection survient 90 jours après l'infection initiale, les données probantes de qualité modérée nécessiteraient plus de six différences nucléotidiques.

À l'heure actuelle, seuls les prélèvements appariés sont analysés pour déterminer la réinfection, car il n'existe pas encore de protocole pour déterminer la réinfection à partir d'un seul prélèvement.

D'autres données, comme l'analyse de l'ARNm en culture ou subgénomique (pour détecter la présence de virus capable de se reproduire) ou la sérologie, peuvent appuyer la recherche d'une réinfection, mais elles ne sont pas définitives, ce qui pourrait être utile pour documenter une réponse sérologique au SRAS-CoV-2. Outre les données de laboratoire, les autres données à l'appui de la réinfection pourraient comprendre l'évolution clinique (symptômes semblables à ceux de la COVID-19) et des liens épidémiologiques avec un cas confirmé.

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/php/invest-criteria.html>

Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Mise à jour épidémiologique hebdomadaire – 27 octobre 2020

Source : OMS

Mises à jour hebdomadaires importantes

• « Nous sommes à un moment charnière de cette pandémie... Nous exhortons les dirigeants à prendre des mesures immédiates afin d'éviter d'autres décès inutiles, l'effondrement des services de santé essentiels ou une nouvelle fermeture des écoles », a souligné le D^r Tedros, directeur général de l'OMS, dans le cadre du point de presse régulier sur la COVID-19 du 23 octobre. Le D^r Tedros a expliqué qu'avec l'arrivée de l'hiver dans l'hémisphère nord, les cas s'accroissent, en particulier en Europe et en Amérique du Nord. Les prochains mois vont être très difficiles et certains pays sont sur une voie dangereuse.

L'OMS demande aux gouvernements d'appliquer les cinq mesures fondamentales suivantes :

1. Évaluez la situation actuelle de l'épidémie dans votre pays en fonction des données les plus récentes.
2. Pour les pays qui connaissent une augmentation du nombre de cas et d'hospitalisations, ainsi que des taux d'occupation des soins intensifs, faites les ajustements nécessaires et corrigez le cap le plus rapidement possible.
3. Il est important de faire preuve de clarté et d'honnêteté à l'égard du grand public quant à la situation de la pandémie dans votre pays et à propos de ce que l'on attend de chaque citoyen pour traverser cette pandémie ensemble.
4. Mettez en place des systèmes pour que les citoyens puissent plus facilement respecter les mesures recommandées.
5. Améliorez les systèmes de suivi des contacts et concentrez-vous sur l'isolement de tous les cas et la mise en quarantaine des contacts, afin d'éviter les confinements généralisés obligatoires.

• L'OMS a mis à jour son projet de portrait des vaccins candidats contre la COVID-19, qui énumère 44 vaccins candidats qui en sont au stade de l'évaluation clinique. Lors d'un point de presse la semaine dernière, la D^{re} Soumya Swaminathan, scientifique en chef de l'OMS, a déclaré : « Nous envisageons que le début de l'année prochaine sera le moment où nous pourrions obtenir les données de nombreux essais, malgré que nous en voyions peut-être un ou deux avant la fin de l'année, mais ce n'est qu'au début de 2021 que la majorité commencera à rendre compte de leurs résultats.

De nombreuses entreprises fabriquent déjà plusieurs millions de doses, de sorte que dès que les résultats seront connus, s'ils sont prometteurs, les entreprises pourront commencer à fournir ces doses au mécanisme COVAX, qui les distribuera ensuite en fonction du cadre d'allocation équitable que nous avons élaboré... »

• L'OMS a publié un outil d'évaluation à l'intention des laboratoires qui mettent en œuvre des tests de dépistage du SRAS-CoV-2 afin d'évaluer la capacité des laboratoires qui ont mis en œuvre ou qui ont l'intention de mettre en œuvre des tests de dépistage du SRAS-CoV-2, le virus causant la maladie à coronavirus (COVID-19).

• La 10^e édition annuelle de la Semaine mondiale de l'éducation aux médias et à l'information aura lieu du 24 au 31 octobre 2020, sous le thème « Résister à la désinformation : L'éducation aux médias et à l'information pour tous et par tous ». Tout au long de la Semaine mondiale de l'éducation aux médias et à l'information, l'UNESCO et l'OMS unissent leurs forces pour lutter contre la désinformation. L'OMS et la Wikimedia Foundation, l'organisme sans but lucratif qui administre Wikipédia, ont également annoncé une collaboration visant à élargir l'accès du public aux renseignements les plus récents et les plus fiables sur la COVID-19.

• Le Sommet mondial de la santé, une conférence mondiale de premier plan sur la santé et un réseau de la société civile, du milieu universitaire, des milieux politiques et du secteur privé, se déroulera cette semaine sous la forme d'une conférence entièrement numérique et interactive avec un programme de visionnement gratuit. Dans le cadre de l'événement, un nouveau livre intitulé « Health: A Political Choice – Act Now, Together » a été lancé, appelant les dirigeants et les politiciens mondiaux à unir leurs efforts pour répondre à la pandémie de COVID-19 et à d'autres menaces pour la santé et l'économie mondiale.

• Alors que de nombreux pays se préparent à célébrer la Journée des morts ou la Commémoration de tous les fidèles défunts le 2 novembre, l'OMS souhaite rappeler aux gens l'importance de garder une distance physique avec les autres, de porter un masque, de se laver les mains, de tousser prudemment dans leur coude, d'éviter les foules et de rencontrer les gens à l'extérieur, dans la mesure du possible, et lorsqu'ils sont à l'intérieur avec d'autres personnes, d'ouvrir les fenêtres pour assurer une bonne ventilation dans les milieux où l'air ne circule pas bien.

<https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---27-october-2020>

International – Éclotions et conséquences de la maladie à coronavirus (COVID-19) (médias)

Hong Kong

Le plasma sanguin pourrait faire baisser le taux de mortalité attribuable à la COVID-19, selon un expert de l'Université de Hong Kong

Source : South China Morning Post

ID RMISP : 1008130043

Le taux de mortalité attribuable à la COVID-19 pourrait être réduit chez les patients les plus malades grâce à un traitement au plasma sanguin, déclare un expert de l'Université de Hong Kong. En effet, le professeur Ivan Hung explique que le traitement peut être efficace s'il est administré rapidement. Cependant, les réserves de sang de la ville sont faibles et il ne reste plus qu'assez de sang pour aider 40 personnes.

<https://www.scmp.com/news/hong-kong/health-environment/article/3107089/covid-19-death-rate-could-be-lowered-among>

Union européenne (UE)

L'UE prévient qu'il n'y aura pas suffisamment de vaccins contre la COVID pour vacciner toute l'Europe avant 2022

Source : Reuters

ID : 1008132161

BRUXELLES (Reuters) – Seule une partie de la population de l'UE pourra être inoculée contre le nouveau coronavirus avant 2022, ont déclaré les responsables de l'UE lors d'une réunion interne, étant donné que le nombre de vaccins que le bloc obtiendra pourrait ne pas s'avérer efficace ou être fabriqué en doses suffisantes.

Le bloc des 27 pays, comptant une population de 450 millions d'habitants, a réservé plus d'un milliard de doses de vaccins potentiels contre la COVID-19 auprès de trois entreprises pharmaceutiques. L'UE négocie actuellement l'achat anticipé d'un autre milliard de fioles auprès d'autres entreprises.

« Il n'y aura pas suffisamment de doses de vaccins contre la COVID-19 pour l'ensemble de la population avant la fin de 2021 », a déclaré un représentant de la Commission européenne à des diplomates d'États de l'UE lors d'une réunion à huis clos lundi, selon ce qu'une personne qui était présente a déclaré à Reuters. Un deuxième fonctionnaire a confirmé la déclaration. Un porte-parole de la Commission européenne n'était pas disponible pour commenter.

La Commission européenne avait déjà déclaré que les vaccins seraient limités « au cours des premières étapes du déploiement », mais n'avait jamais précisé combien de temps durerait la phase initiale.

Il n'existe toujours pas de vaccin efficace contre la COVID-19, mais les premiers vaccins pourraient être disponibles au début de l'année prochaine, a déclaré la Commission plus tôt en octobre.

Compte tenu d'un approvisionnement probablement limité, la Commission exhorte depuis plusieurs mois les gouvernements de l'UE à élaborer des plans de vaccination qui accorderaient la priorité aux groupes vulnérables et essentiels, tels que les travailleurs de la santé, les personnes âgées ou les personnes souffrant de maladies chroniques.

Mais outre un consensus sur l'inoculation des médecins et des infirmières, « il n'y a pas de ligne commune avec les autres groupes », a déclaré le représentant de la Commission lors de la réunion interne de cette semaine.

En juillet, un document approuvé par la Commission et les gouvernements de l'UE a déclaré qu'au moins 40 % de la population de l'UE devrait être vaccinée dans la première phase.

Certains pays de l'UE souhaitent réserver des doses pour l'ensemble de leur population dans le but de les déployer d'ici la mi-2021.

Un troisième représentant de l'UE a déclaré que cet objectif audacieux pourrait être atteint si l'UE parvenait à des accords d'approvisionnement avec au moins sept candidats vaccins.

Jusqu'à présent, l'UE a obtenu des doses des vaccins potentiels mis au point par AstraZeneca, Sanofi et Johnson & Johnson. Elle a également indiqué être en pourparlers avec Moderna, Pfizer et CureVac.

<https://www.reuters.com/article/idUSKBN27C2DQ>

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

Royaume-Uni

Moins de 5 % des Britanniques sont susceptibles d'être immunisés, alors que les anticorps « déclinent rapidement »

Source : The Independent

ID unique : [1008128306](#)

L'immunité à la COVID-19 « diminue assez rapidement » en Angleterre, selon des scientifiques, à la suite des résultats de l'une des plus grandes études mondiales sur les niveaux d'anticorps du coronavirus.

Selon une étude menée par l'Imperial College de Londres auprès de 365 000 personnes, le nombre de personnes ayant des anticorps détectables a chuté de 26 % en Angleterre au cours des trois mois précédant septembre.

Les résultats de l'étude React-2 soulignent la nécessité d'un vaccin pour endiguer la pandémie et montrent que « nous sommes très loin de tout ce qui ressemble à l'immunité collective », ont déclaré les experts de l'Imperial College.

Alors que seulement 6 % des personnes présentaient des anticorps à la fin de juin, ce pourcentage est tombé à 4,8 % en août et même à 4,4 % à la mi-septembre.

Ces résultats donnent à penser que moins d'une personne sur vingt en Angleterre avait un niveau détectable d'anticorps alors que commençait la deuxième vague actuelle d'infections.

On a constaté que les anticorps commençaient à diminuer de trois à quatre semaines après leur détection initiale, diminuant de façon plus marquée chez les personnes âgées et les personnes atteintes d'infections asymptomatiques.

L'étude a également révélé que les niveaux d'anticorps diminuaient plus lentement chez les travailleurs de la santé et les fournisseurs de soins à domicile.

Cela pourrait indiquer une « exposition répétée » ou une « transmission continue » dans ces contextes, a déclaré Helen Ward, professeure en santé publique à l'Imperial College.

Les scientifiques de l'équipe React ont déclaré que rien ne permet d'établir que ce virus agit différemment des autres coronavirus, tels que le rhume, qui rendent les personnes vulnérables à la réinfection de six à douze mois plus tard.

« Nous soupçonnons que la façon dont le corps réagit à l'infection par ce nouveau coronavirus est assez semblable à cette situation », a déclaré hier la professeure Wendy Barclay, responsable du département des maladies infectieuses à l'Imperial College.

« Chaque virus a son propre livre de stratégies selon lesquelles il a évolué au fil des ans grâce à un hôte qui interfère avec le fonctionnement de notre système immunitaire, et ce groupe de virus semble être bon pour nous empêcher de fabriquer des anticorps efficaces à long terme », a ajouté la professeure Barclay.

« Voilà ce qui pourrait être leur stratégie évolutive. »

Les scientifiques ont souligné qu'on ne sait toujours pas quel niveau d'anticorps est nécessaire pour assurer l'immunité contre la réinfection, mais ont averti qu'il est possible que les personnes ayant été réinfectées puissent « soutenir l'épidémie ».

« [Selon] certaines des réinfections qui ont été documentées, malgré que seule une poignée d'entre elles font actuellement l'objet de recherches, la quantité de virus propagé est assez élevée, ce qui laisse entrevoir la possibilité d'une transmission future et donne à penser que les personnes réinfectées pourraient soutenir l'épidémie », a déclaré la professeure Barclay.

Les experts de l'Imperial College ont avancé que le niveau d'anticorps requis pour pouvoir être détecté par les tests à domicile utilisés dans l'étude est similaire au seuil de protection.

Les résultats soulignent le besoin d'un vaccin, ont déclaré les experts, ajoutant que l'immunité décroissante dans la communauté ne se traduira pas nécessairement par la durée d'efficacité d'un vaccin.

Selon la professeure Barclay, « tous les vaccins qui font actuellement l'objet d'essais sont basés sur des mécanismes complètement différents de stimulation de la réponse immunitaire par rapport à l'infection par un virus. »

« Il n'est pas certain que juste parce que l'immunité naturelle diminue assez rapidement, qu'un bon vaccin fera également la même chose. »

« Un bon vaccin peut très bien être meilleur que l'immunité naturelle; il y a énormément de nouvelles technologies de vaccin qui sont mises à l'essai et nous espérons qu'elles peuvent induire des anticorps durables – qui n'ont peut-être pas besoin d'être stimulés aussi fréquemment que si vous utilisiez une infection naturelle pour créer l'immunité. »

Nous devons mieux comprendre quel est le niveau d'anticorps nécessaire pour assurer l'immunité contre la réinfection, ont déclaré les scientifiques, mais les chercheurs devraient être en mesure de répondre à cette question au cours des prochains mois.

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1008128306>

Canada

Les symptômes sévères de la COVID-19 pourraient durer pendant 20 jours, selon une nouvelle étude

Source : Pretoria News

ID unique : [1008127420](https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1008127420)

D'après les chercheurs, les personnes présentant une infection grave à la COVID-19 pourraient transmettre le virus et donc être infectieuses pendant une période pouvant aller jusqu'à 20 jours.

L'infection ne dure pas plus de neuf jours chez les personnes qui présentent des symptômes légers ou aucun symptôme du virus. L'examen a été publié dans le journal *Infection Control and Hospital Epidemiology*. L'examen de dizaines d'études menées par des chercheurs de l'Oregon Health and Science University et de l'Oregon State University révèle que les gens pourraient transmettre le virus pendant des périodes prolongées.

Ces résultats concordent avec les directives fournies par les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) des États-Unis et viennent confirmer les recommandations relatives à la durée pendant laquelle les personnes devraient s'isoler à la suite d'une infection par le SRAS-CoV-2.

« La détection de l'ARN viral pourrait ne pas correspondre à l'infectivité, car les données disponibles sur la culture virale laissent entrevoir des durées plus courtes de la propagation d'un virus viable », expliquent les chercheurs.

Les chercheurs ont décidé d'effectuer cette étude afin d'obtenir plus d'informations sur la transmission et d'aider à éclairer les pratiques de contrôle des infections, a déclaré la coauteure Monica Sikka, omnipraticienne et professeure adjointe de médecine (maladies infectieuses) à la OHSU School of Medicine.

« Même si les gens peuvent propager le virus pendant une période prolongée, les études que nous avons examinées indiquent que le virus vivant, qui peut permettre de prédire l'infectiosité, n'a été détecté que pendant neuf jours chez les personnes qui présentaient des symptômes légers », a déclaré la D^e Sikka.

Les chercheurs ont passé au peigne fin 77 études dans le monde.

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1008127420>

<https://www.cambridge.org/core/journals/infection-control-and-hospital-epidemiology/article/understanding-viral-shedding-of-sarscov2-review-of-current-literature/994F79458DCB4ED8597F141550598B69>

États-Unis

Une étude de cartographie des protéines révèle de précieux indices pour la mise au point d'un médicament visant à traiter la COVID-19

Source : NIH Director's Blog
ID RMISP : 1008131282

Une façon de lutter contre la COVID-19 consiste à utiliser des médicaments qui ciblent directement le SRAS-CoV-2, le nouveau coronavirus causant la maladie. Il s'agit de la stratégie utilisée par le remdésivir, le seul médicament antiviral actuellement autorisé par la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis pour traiter la COVID-19. Une autre stratégie prometteuse constitue les médicaments qui ciblent les protéines des cellules humaines que le virus doit infecter, multiplier et propager.

Dans le but de mettre au point de tels médicaments antiviraux ciblant les protéines, une grande équipe internationale de chercheurs, financée en partie par les NIH, a cartographié avec précision et exhaustivité toutes les interactions qui se produisent entre les protéines SRAS-CoV-2 et les protéines humaines présentes dans les cellules hôtes infectées. Les chercheurs ont fait la même chose pour les coronavirus apparentés : le SRAS-CoV-1, le virus responsable des épidémies du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), qui a pris fin en 2004, et le MERS-CoV, le virus qui cause le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS), maintenant devenu rare.

L'objectif, selon ce qui a été rapporté dans le journal *Science*, consistait à utiliser ces « interactomes » protéiques pour découvrir les vulnérabilités partagées par les trois coronavirus. L'espoir est que les nouvelles connaissances sur ces protéines communes, et les voies d'accès auxquelles elles appartiennent, éclaireront les efforts visant à mettre au point de nouveaux types de traitements antiviraux à large spectre pour les épidémies actuelles et futures de coronavirus.

Facilitée par le Quantitative Biosciences Institute Research Group, l'équipe, composée de David E. Gordon et de Nevan Krogan, de la University of California à San Francisco, et de centaines d'autres scientifiques du monde entier, a réussi à cartographier près de 400 interactions entre les protéines du SRAS-CoV-2 et les protéines humaines.

Vous pouvez voir l'une de ces interactions dans la vidéo ci-dessus. La vidéo commence par une image de la protéine Orf9b du SRAS-CoV-2, qui est normalement composée de deux molécules liées (bleu et orange). Mais les chercheurs ont découvert que la protéine Orf9b se dissocie en une seule molécule (orange) lorsqu'elle interagit avec la protéine humaine TOM70 (sarcelle). Grâce à une analyse structurale détaillée utilisant la cryo-microscopie électronique, l'équipe a prédit que cette interaction pourrait perturber une interaction clé entre la protéine TOM70 et une autre protéine humaine appelée HSP90.

Bien qu'une étude plus approfondie soit nécessaire pour comprendre tous les détails et leurs implications, les résultats donnent à penser que cette interaction pourrait altérer des aspects importants de la réponse immunitaire humaine, y compris le blocage des signaux d'interféron qui sont cruciaux pour que le corps puisse sonner l'alarme afin de prévenir les maladies graves. Bien qu'il n'y ait pas de médicament disponible pour cibler les protéines Orf9b ou TOM70 à l'heure actuelle, les résultats indiquent que cette interaction est une cible potentiellement précieuse pour le traitement de la COVID-19 et d'autres maladies causées par les coronavirus.

Il ne s'agit que d'un exemple intrigant des 389 interactions entre le SRAS-CoV-2 et les protéines humaines qui ont été découvertes dans la nouvelle étude. Les chercheurs ont également identifié 366 interactions entre les protéines humaines et le SRAS-CoV-1, et 296 pour le MERS-CoV. Ils s'intéressaient particulièrement aux interactions partagées entre certaines protéines humaines et les protéines correspondantes dans les trois coronavirus.

Pour en savoir plus sur l'importance de ces interactions protéine-protéine, les chercheurs ont mené une série d'études pour découvrir comment la perturbation de chacune des protéines humaines influence la capacité du SRAS-CoV-2 à infecter les cellules humaines. Ces études ont permis de réduire la liste à 73 protéines humaines que le virus doit reproduire.

Parmi elles se trouvait le récepteur d'une molécule de signalisation inflammatoire appelée IL-17, qui a été évoquée comme indicateur de la gravité de la COVID-19. Deux autres protéines humaines, PGES-2 et SIGMAR1, étaient particulièrement intéressantes parce qu'elles constituent la cible de médicaments existants, y compris l'indométacine anti-inflammatoire pour la protéine PGES-2 et les médicaments antipsychotiques comme l'halopéridol pour la protéine SIGMAR1.

Afin de relier les données de niveau moléculaire aux informations cliniques existantes chez les personnes atteintes de la COVID-19, les chercheurs ont examiné les données de facturation médicale de près de 740 000 Américains qui avaient été traités pour la COVID-19. Ils se sont ensuite concentrés sur les personnes qui avaient également été traitées avec des médicaments ciblant les protéines PGES-2 et SIGMAR1. Et les résultats ont été assez remarquables.

Ils ont constaté que les patients atteints de la COVID-19 qui prenaient de l'indométacine étaient moins susceptibles d'avoir besoin d'un traitement à l'hôpital que celles qui prenaient un anti-inflammatoire ne ciblant pas la protéine PGES-2. De même, les patients atteints de la COVID-19 qui prenaient des médicaments antipsychotiques, comme l'halopéridol, qui cible la protéine SIGMAR1, étaient deux fois moins susceptibles d'avoir besoin d'une ventilation mécanique que ceux prenant d'autres types de médicaments antipsychotiques.

De plus amples recherches sont nécessaires avant que nous puissions envisager de mettre à l'essai ces médicaments ou des médicaments semblables contre la COVID-19 dans le cadre d'essais cliniques menés sur des humains. Malgré tout, ces résultats démontrent remarquablement la façon dont les résultats moléculaires et biologiques structuraux de base peuvent être combinés à des données cliniques afin de produire de nouveaux indices précieux pour le traitement de la COVID-19 et d'autres maladies virales, peut-être en adaptant des médicaments existants. Non seulement la science fondamentale soutenue par les NIH est-elle essentielle pour relever les défis de la pandémie actuelle, mais elle permet également de bâtir une base solide de connaissances fondamentales qui nous permettra de mieux nous préparer à faire face aux menaces de maladies infectieuses à l'avenir.

Soutien des NIH : National Institute of Allergy and Infectious Diseases; National Institute of Neurological Disorders and Stroke; National Institute of General Medical Sciences
<https://directorsblog.nih.gov/2020/10/27/protein-mapping-study-reveals-valuable-clues-for-covid-19-drug-development/>

Chine

Une étude chinoise appuie la théorie selon laquelle du saumon importé a causé l'écllosion de COVID à Beijing en juin

Source : Undercurrent News
ID RMISP : 1008131326

Une nouvelle étude sur l'écllosion de coronavirus qui a eu lieu dans la capitale chinoise, Beijing, plus tôt cet été, menée par le Center for Disease Prevention and Control (CDC) de Beijing, a finalement révélé que la transmission de l'environnement à l'humain par du saumon importé contaminé constituait la source la plus probable.

Il s'agit d'un revirement par rapport à la position initiale du CDC en juin, lorsque celui-ci a nié l'existence de preuves établissant un lien entre le saumon importé et l'écllosion. Cela entraînera tout un coup sur les fournisseurs de fruits de mer du pays.

L'étude, publiée le 23 octobre, s'est penchée sur les circonstances de la grappe de cas de coronavirus signalés à Beijing en juin au marché d'alimentation Xinfadi (XFDM) de la ville.

Selon le journal, les efforts de dépistage initiaux du CDC de Beijing ont testé plus de 10 millions de résidents de la ville, ce qui a permis de dépister 368 cas positifs. De ce nombre, 169 avaient travaillé au marché de Xinfadi. Les enquêtes rétrospectives ont permis de retracer les premiers symptômes d'un patient en amont jusqu'au 4 juin.

En outre, le CDC a constaté que 20,9 % des employés travaillant dans le sous-sol de la salle de marché ont obtenu un résultat positif au coronavirus, ce qui est considérablement plus élevé que la moyenne de

1,7 % qui avaient fréquenté d'autres aires du marché. Les dates d'apparition des symptômes pour les cas travaillant au sous-sol étaient également plus précoces, ce qui tend à indiquer que la propagation avait commencé à partir de là.

Avec ces informations, les chercheurs ont remarqué que les caisses dans le sous-sol étaient extrêmement rapprochées les unes des autres, surtout dans la section des fruits de mer. Le dépistage de 3 294 visiteurs entre le 20 et le 31 mai a révélé 5 cas positifs d'anticorps pour le coronavirus, et tous avaient visité le stand n° 14. Les sept employés du stand n° 14 ont également obtenu des résultats positifs (voir ci-dessous).

Aucun de ces employés ne s'était rendu dans des zones à risque moyen ou élevé pour la COVID-19, ce qui a amené l'équipe de recherche du CDC à supposer que la source du virus devait être liée à une voie environnementale.

« Le saumon était le seul produit importé vendu au stand n° 14 », a écrit le CDC. « Nous avons examiné tous les saumons dans l'emballage scellé d'origine dans l'entrepôt frigorifique situé à l'extérieur de XFDM, et 6 échantillons sur 3 582 se sont révélés positifs. » Cinq de ces échantillons auraient été fournis par la même entreprise, laquelle n'a pas été dévoilée.

Une étude plus approfondie des 72 séquences du génome du coronavirus issues de l'éclosion a montré que toutes les séquences partageaient une combinaison des 8 mêmes mutations. Ces séquences étaient « manifestement différentes » de celles d'autres éclosions dans le pays, ce qui a amené le CDC à conclure que « la souche XFDM était peu susceptible d'être dérivée de souches circulant précédemment en Chine. » En revanche, les séquences ancestrales avec sept de ces huit mutations ont été principalement identifiées en Europe. « Nous avons donc supposé que la souche XFDM devait probablement être une souche importée. »

Le séquençage du génome à partir d'un écouvillon de l'un des cas de saumon positifs a montré trois positions mutées identiques à la souche XFDM, avec une probabilité de sept mutations identiques ou plus déterminée à 60 %.

« Compte tenu des faits susmentionnés, nous supposons que la résurgence de la COVID-19 à Beijing a probablement été déclenchée par une transmission de l'environnement à l'humain provenant d'aliments importés contaminés par l'entremise de la logistique de la chaîne du froid », a écrit le CDC.

Le rapport de recherche fait état d'une étude préliminaire récente distincte menée par une équipe du National University Health System de Singapour, laquelle n'a pas encore été examinée par un comité de lecture et n'est donc pas concluante, selon laquelle le coronavirus ne montre aucune diminution de l'infectivité après trois semaines à 4 °C et -20 °C sur la surface du poulet, du saumon et du porc.

« Bien qu'il soit difficile de déterminer si la charge virale du saumon est suffisante pour établir une infection, il y a un risque de contamination par les aliments et l'environnement », ajoute le rapport.

« L'approvisionnement en saumon contaminé et l'exposition des premiers patients au stand n° 14 se sont tous deux produits le 30 mai, ce qui porte à croire que la co-exposition a engendré le stade précoce de l'infection. »

« Nos constats sont particulièrement importants pour les pays où les transmissions communautaires sont contenues ou non divulguées. Le virus pourrait être réintroduit par le transport d'articles contaminés dans la chaîne du froid et pourrait déclencher une éclosion. Même avec une faible probabilité, une telle transmission virale pourrait causer des épidémies à grande échelle si elle n'était pas immédiatement atténuée après les premiers cas », a conclu l'équipe du CDC.

Le texte intégral du rapport de recherche peut être lu ici.

Beijing lance une plateforme de suivi numérique

À la suite d'autres éclosions semblables de COVID-19 liées à des produits de la mer importés en Chine, Beijing a également annoncé son intention de mettre en place un système de suivi numérique pour suivre les routes d'importation de la viande et des fruits de mer congelés qui entrent au pays, a annoncé Sixth Tone.

Dans une annonce faite le 26 octobre, les autorités de Beijing ont déclaré qu'à compter du 11 novembre, toute entreprise transportant ou entreposant des aliments congelés importés serait tenue de téléverser les détails de ses produits, y compris leur provenance et leurs itinéraires de transport, sur une plateforme gouvernementale.

Les exploitants de la chaîne du froid de la ville ont reçu l'ordre de ne pas acheter, vendre ou utiliser des produits qui ne satisfont pas aux exigences du nouveau règlement.

Tous les emballages de viande et de fruits de mer congelés importés devront maintenant afficher un code QR, lequel permettra aux consommateurs de connaître la date de production et la source. Les

exploitants devront également avoir en leur possession de la documentation sur les tests de dépistage du virus.

Un directeur de la chaîne de supermarchés Wumart aurait déclaré à Sixth Tone qu'ils espéraient que les nouvelles mesures contribueraient à regagner la confiance des clients qui se sentent préoccupés par le risque perçu de contracter le coronavirus des fruits de mer importés.

<https://www.undercurrentnews.com/2020/10/27/chinese-study-supports-theory-imported-salmon-caused-beijings-june-covid-outbreak/>

États-Unis

L'aspirine pourrait constituer le premier traitement en vente libre contre la COVID, selon une étude

Source : CE NoticiasFinancieras

ID : 1008133148

D'après une nouvelle étude menée par la University of Maryland School of Medicine (UMSOM), une aspirine par jour pourrait réduire le risque de maladie grave chez les personnes hospitalisées en raison du coronavirus.

L'étude a révélé qu'une pilule d'aspirine à faible dose quotidienne réduit de 40 % la probabilité de devoir brancher un patient infecté par le coronavirus à un ventilateur ou d'être admis à l'unité de soins intensifs.

L'étude indique que l'aspirine pourrait également réduire de près de la moitié le risque de mourir de l'infection. Ces estimations ont été réalisées en comparant l'évolution de la maladie chez les patients qui n'avaient pas pris d'aspirine.

Malgré cette étude, les chercheurs de la University of Maryland ont déclaré que ces résultats devraient être interprétés avec prudence. Si ces résultats sont prouvés, l'aspirine pourrait être le premier traitement contre le coronavirus disponible en vente libre et accessible pour la population pouvant être achetée dans les pharmacies, les supermarchés et les stations-service.

L'aspirine est habituellement utilisée en cas de maux de tête légers, de fièvre, de douleurs menstruelles, de blessures musculaires, de rhume, de grippe et d'arthrite. Le médicament est également utilisé pour prévenir les crises cardiaques, car il aide à empêcher la coagulation sanguine, laquelle pourrait être un autre avantage possible contre la COVID-19, étant donné que cette maladie peut causer d'importants caillots dans les artères.

L'aspirine est classée parmi les anti-inflammatoires non stéroïdiens, lesquels sont soupçonnés d'aggraver les symptômes du coronavirus.

L'étude visant à déterminer l'efficacité de l'aspirine chez les patients hospitalisés atteints du coronavirus a été menée par le Dr Jonathan Chow, professeur adjoint d'anesthésiologie à la UMSOM, qui a examiné les dossiers médicaux de 412 patients hospitalisés en raison du coronavirus, lesquels étaient âgés de 55 ans en moyenne.

Les patients ont été traités au University of Maryland Medical Center, à Baltimore, et dans trois autres hôpitaux dans l'est des États-Unis. On a constaté qu'environ le quart des patients prenaient de l'aspirine en faibles quantités (81 milligrammes) avant d'être admis ou plus tard pour contrôler leur maladie cardiovasculaire.

Les chercheurs ont constaté que la consommation d'aspirine entraînait une réduction de 44 % du risque d'être branché à un ventilateur, une réduction de 43 % du risque d'admission aux soins intensifs et une réduction de 47 % du risque de décès par rapport à la non-consommation d'aspirine.

Michael Masseffi, coauteur de l'étude, a indiqué que les patients atteints du coronavirus peuvent prendre de l'aspirine à faible dose, pourvu qu'ils consultent leur médecin.

D'après Texas.org, l'aspirine est un agent antiplaquettaire, ce qui signifie qu'elle empêche les cellules sanguines appelées plaquettes de se coller les unes aux autres et de former des caillots. C'est pourquoi l'on recommande à certains patients qui se remettent d'une crise cardiaque de prendre de l'aspirine – il faut empêcher chez eux la formation d'autres caillots sanguins dans les artères coronaires. L'aspirine réduit également les substances dans l'organisme qui causent de la douleur et de l'inflammation.

Lorsque vous prenez de l'aspirine, vous devez éviter les boissons alcoolisées, car l'alcool, combiné à l'aspirine, peut endommager la paroi de l'estomac. Avant de subir une intervention chirurgicale ou dentaire, prenez soin de mentionner à votre médecin ou à votre dentiste que vous prenez de l'aspirine. L'aspirine

réduit la capacité de coagulation sanguine; la prise d'aspirine avant une intervention chirurgicale ou dentaire peut donc entraîner une perte sanguine excessive.

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1008133148>

Étude

Plus de 80 % des patients hospitalisés en raison de la COVID-19 présentaient une carence en vitamine D, selon une étude

Source : CTV News

ID : 1008131325

Publié le mardi 27 octobre 2020 à 9 h (HNE)

PARTAGER

TORONTO – Selon une nouvelle étude, plus de 80 % des patients atteints de la COVID-19 dans un hôpital en Espagne présentaient une carence en vitamine D.

Des chercheurs de l'hôpital universitaire Marques de Valdecilla de Santander, en Espagne, ont étudié les niveaux de vitamine D de 216 patients admis à l'hôpital à des fins de traitement du coronavirus entre le 10 et le 31 mars.

Dans le cadre de l'étude, les niveaux de vitamine D des 216 patients hospitalisés ont été comparés à ceux d'un groupe témoin de 197 personnes d'âge et de sexe semblables issues d'une cohorte fondée sur la population dans la même région géographique.

Inscription au bulletin : Recevez le bulletin « The COVID-19 Brief » dans votre boîte de réception

Sur les 216 patients hospitalisés, 19 qui avaient pris des suppléments de vitamine D par voie orale pendant plus de 3 mois avant leur admission ont été analysés comme un groupe distinct.

Les chercheurs ont découvert que 82 % des patients hospitalisés en raison de la COVID-19 (qui ne prenaient pas de suppléments) présentaient une carence en vitamine D, tandis que 47 % du groupe témoin présentaient la même carence.

L'étude a également relevé que les niveaux de vitamine D étaient « particulièrement plus bas » chez les hommes atteints de la COVID-19 comparativement aux femmes.

Le Dr Jose Hernandez, coauteur de l'étude et professeur agrégé de neurophysiologie à l'Université de Cantabria en Espagne, a déclaré qu'il existe de nombreux facteurs qui pourraient expliquer pourquoi les hommes atteints de la COVID-19 présentaient des niveaux de vitamine D inférieurs à ceux des femmes, notamment le mode de vie ou les habitudes alimentaires et les différentes maladies concomitantes.

Les auteurs de l'étude se sont particulièrement intéressés à l'étude de la vitamine D étant donné qu'il y avait des preuves indiquant que celle-ci joue un rôle dans l'infection par la COVID-19.

La vitamine D est une hormone produite par les reins, qui contrôle la concentration de calcium dans le sang et touche le fonctionnement du système immunitaire.

Une carence en vitamine D a également été associée à des problèmes de santé comme les maladies cardiaques, le diabète, le cancer et la sclérose en plaques.

Selon l'étude, il existe également des « preuves convaincantes » d'un lien épidémiologique entre de faibles niveaux de vitamine D et des infections comme la grippe, le VIH et le virus de l'hépatite C.

« De nombreux éléments de preuve dans la littérature appuient l'effet bénéfique de la vitamine D sur le système immunitaire, particulièrement en ce qui concerne la protection contre les infections, y compris les infections virales », a déclaré le Dr Hernandez dimanche dans un courriel envoyé à CTVNews.ca.

Bien que les chercheurs aient signalé une prévalence plus élevée de carence en vitamine D chez les patients hospitalisés en raison de la COVID-19 par rapport au groupe témoin, aucun lien n'a été trouvé entre les niveaux de vitamine D et la gravité de la maladie, comme le besoin d'admission aux soins intensifs, la ventilation mécanique, ou même la mort.

Et, bien qu'ils n'aient pas établi de lien entre la carence en vitamine D et la gravité de la COVID-19, les auteurs de l'étude ont signalé que le groupe de patients hospitalisés qui avaient pris des suppléments oraux avant leur admission avaient des résultats légèrement plus favorables que ceux qui n'avaient pas pris de suppléments avant l'admission à l'hôpital, y compris des taux de ferritine plus faibles, une diminution du besoin de tocilizumab – un médicament immunosuppresseur – et une diminution du nombre d'admissions aux unités de soins intensifs.

L'étude a révélé que les patients ayant une carence en vitamine D présentaient également des concentrations sériques plus élevées de marqueurs inflammatoires, comme la ferritine et les D-dimères.

« Les formes les plus graves de la COVID-19 sont caractérisées par un état hyperinflammatoire, ce qu'on appelle la "tempête cytokinique", qui survient au cours de la première semaine de symptômes, et qui mène

au syndrome de détresse respiratoire aiguë et à d'autres complications des organes causant une augmentation de la mortalité », a expliqué le Dr Hernandez.

« Nous avons constaté que les patients atteints de la COVID-19 chez qui les taux sériques de vitamine D étaient plus faibles avaient des taux sériques supérieurs de ferritine et de D-dimères, qui sont des marqueurs de cette réaction hyperinflammatoire. »

En plus de ne pas établir de lien entre les faibles niveaux de vitamine D et la gravité de la COVID-19, y compris la mortalité, les auteurs de l'étude ont également reconnu que leur recherche ne montre pas que la carence en vitamine D est un facteur de risque pour contracter la maladie.

« Nous devons attendre les résultats des grandes études en cours et bien conçues pour déterminer si la vitamine D peut prévenir l'infection par le SRAS-COV-2 ou en réduire la gravité », a déclaré le Dr Hernandez.

Compte tenu de l'innocuité et du faible coût des traitements à la vitamine D, le Dr Hernandez a indiqué qu'il serait raisonnable de traiter les personnes les plus à risque de carence en vitamine D, comme les personnes âgées et celles ayant une comorbidité, et qui sont également les plus à risque de développer des symptômes graves de la COVID-19.

L'étude a été publiée mardi dans la revue *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* de l'Endocrine Society.

<https://www.ctvnews.ca/health/more-than-80-per-cent-of-hospitalized-covid-19-patients-had-vitamin-d-deficiency-study-1.5162396>

Événements nationaux d'intérêt

Sans objet

Événements internationaux d'intérêt

Pérou

Premier cas de diphtérie confirmé au Pérou, 20 ans après la disparition de la maladie

Source : CE NoticiasFinancieras

ID : 1008136085

En pleine lutte contre la pandémie de COVID-19, le ministère de la Santé du Pérou a signalé le premier cas de diphtérie en 20 ans, sonnante ainsi l'alarme pour que reprenne la vaccination contre les maladies évitables.

Le cas est une fillette de cinq ans qui habite dans une zone frontalière entre le périmètre de Lima et le district de La Victoria, un territoire très pauvre au centre de la capitale.

Restez informé par l'entremise de notre canal Google News

Que Dieu vous bénisse

« Sa famille est originaire du département de Loreto (en Amazonie), mais, il y a un an, elle est arrivée à Lima, elle n'avait reçu que le vaccin administré à la naissance et n'en avait pas reçu d'autre », a expliqué le sous-ministre de la Santé publique, Luis Suarez.

Après avoir eu de la fièvre et des maux de gorge, la fillette a été transportée à l'hôpital Dos de Mayo, où elle a été hospitalisée et où l'on a confirmé le diagnostic de diphtérie, une maladie qui n'avait pas été vue au Pérou depuis l'an 2000.

Alors qu'une enquête se poursuit sur un deuxième cas possible, M. Suarez a signalé qu'il y a une deuxième fille, membre de la même famille, faisant l'objet d'une enquête en tant que deuxième cas soupçonné.

En raison de cette situation, des brigades ont été déplacées dans la région touchée « pour faire enquête sur chaque foyer et identifier les enfants qui n'ont pas été vaccinés » et « certains enfants qui n'avaient pas reçu leur vaccin complet ont été identifiés à des fins de vaccination immédiate », a déclaré le sous-ministre.

Il y a quelques jours, le ministère de la Santé a lancé une campagne nationale de vaccination contre les maladies évitables dans le but de rétablir le calendrier qui avait été suspendu dans les centres de santé en raison de la pandémie de COVID-19.

Dans un premier temps, la campagne vise à vacciner les enfants de moins de cinq ans, les femmes enceintes, les personnes âgées et les travailleurs de la santé.

Alors que les autorités péruviennes tentent de contenir la progression d'autres maladies, la pandémie a infecté plus de 890 000 personnes à ce jour, dont 1 923 cas confirmés au cours des 24 dernières heures. À l'heure actuelle, plus de 5 500 patients sont hospitalisés, soit 20 de moins que lundi, et 1 048 patients sont hospitalisés dans des unités de soins intensifs et reçoivent une ventilation mécanique, soit 22 de moins que la veille.

En outre, la COVID-19 a tué 34 257 Péruviens, soit 60 de plus que lundi, et 814 204 personnes ont eu leur congé de l'hôpital une fois que la maladie était passée.

Qu'est-ce que la diphtérie?

La diphtérie est une infection due à la bactérie *Corynebacterium diphtheriae*. Les signes et les symptômes se manifestent habituellement de 2 à 5 jours après l'exposition et leur gravité va de légère à sévère. Les symptômes se manifestent souvent progressivement, il s'agit tout d'abord d'un mal de gorge et de fièvre. Dans les cas sévères, la bactérie produit un poison (toxine) qui provoque une épaisse tache grise ou blanche au fond de la gorge. Cela peut bloquer les voies respiratoires, rendant difficile la capacité à respirer ou à déglutir, et peut provoquer également une toux rauque. Le cou peut gonfler en partie du fait de ganglions lymphatiques enflés.

La toxine peut également s'introduire dans la circulation sanguine, entraînant des complications parmi lesquelles on trouve notamment une inflammation et une atteinte du muscle cardiaque, une inflammation des nerfs, des problèmes rénaux et des problèmes de saignements dus à une baisse de la numération des plaquettes sanguines. L'atteinte du muscle cardiaque peut entraîner une fréquence cardiaque anormale et l'inflammation des nerfs peut provoquer une paralysie.

Comment la diphtérie se propage-t-elle? La diphtérie se propage facilement entre individus par un contact direct ou par l'air, avec des gouttelettes respiratoires émises lorsqu'une personne tousse ou éternue. La maladie peut également se propager par le contact avec des vêtements ou des objets contaminés.

Société

Comment la diphtérie est-elle diagnostiquée? Le diagnostic clinique de la diphtérie repose généralement sur la présence d'une membrane grisâtre recouvrant la gorge. Bien qu'une confirmation en laboratoire des cas suspects soit recommandée, il convient de démarrer le traitement immédiatement.

Comment traiter la diphtérie? L'infection diphtérique est traitée par l'administration d'une antitoxine diphtérique par injection intraveineuse ou intramusculaire. Des antibiotiques sont également administrés pour éliminer la bactérie et la production de toxine, et pour empêcher la transmission à d'autres personnes. Les vaccins antidiphtériques sont-ils recommandés? Tous les enfants doivent être vaccinés contre la diphtérie. Les 3 doses de primovaccination administrées durant la petite enfance servent de base à l'acquisition d'une immunité à vie contre la maladie. En outre, les programmes de vaccination doivent veiller à ce que 3 doses de rappel d'anatoxine diphtérique soient administrées au cours de l'enfance et de l'adolescence. Quel que soit leur âge, les personnes non vaccinées ou partiellement vaccinées contre la diphtérie devraient recevoir les doses nécessaires pour achever la série de vaccination.

Les récentes flambées de diphtérie apparues dans plusieurs pays sont le signe d'une couverture vaccinale insuffisante montrant à quel point il est important de maintenir un haut niveau de couverture dans le cadre des programmes de vaccination infantile. Les personnes non vaccinées sont exposées à un risque quel que soit le contexte. On estime que 86 % des enfants du monde reçoivent les 3 doses recommandées de vaccin contenant l'anatoxine antidiphtérique, les 14 % restants étant soit non vaccinés, soit partiellement vaccinés.

Le personnel de la santé doit-il prendre des précautions supplémentaires? Dans les régions d'endémie et en cas de flambées, le personnel de la santé peut être exposé à un risque plus élevé de contracter la diphtérie par rapport à la population générale. Par conséquent, une attention particulière devrait être accordée à la vaccination des soignants susceptibles d'être exposés à *Corynebacterium diphtheriae* dans le cadre de leur travail.

D'après des informations communiquées par l'EFE et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1008136085>

Canada

La plupart des Canadiens ne veulent pas d'élections fédérales avant au moins 2022, selon un sondage

Source : National Post

ID unique : [1008130235](#)

OTTAWA – Selon un nouveau sondage, la plupart des Canadiens ne veulent pas d'élections fédérales pendant la deuxième vague de la pandémie de COVID-19, ou même dans l'année suivante.

Les résultats indiquent que 47 % des répondants souhaitent que les prochaines élections aient lieu à l'automne 2023, soit 4 ans après les dernières élections, tandis que 10 % souhaitent qu'une élection ait lieu en 2022.

Vingt-cinq pour cent des répondants disent qu'ils souhaiteraient que les élections aient lieu au printemps prochain, alors que 18 %, l'automne prochain.

« Le contexte de la pandémie tend à favoriser la stabilité », a déclaré le vice-président exécutif de Léger, Christian Bourque.

« Je crois qu'il s'agit probablement d'une réaction naturelle ou normale dans le contexte d'une pandémie. » Il y avait de fortes variations régionales.

Au total, 53 % des répondants du Québec et 51 % des répondants de l'Ontario souhaitent que les libéraux gouvernent jusqu'en 2023, tandis que 42 % des Albertains et 36 % des Manitobains et des Saskatchewanais souhaitent voter le printemps prochain.

Le moment choisi varie également selon les partis, puisque près de la moitié des partisans conservateurs disent vouloir des élections au printemps prochain, tandis que 70 % des partisans libéraux ont choisi 2023. Le sondage en ligne réalisé auprès de 1 523 Canadiens adultes a eu lieu du 23 au 25 octobre et ne peut se prévaloir d'une marge d'erreur étant donné que les sondages par Internet ne sont pas considérés comme étant aléatoires

<https://nationalpost.com/pmnews-pmn/canada-news-pmn/most-canadians-dont-want-federal-election-until-at-least-2022-new-poll-suggests>

Canada

Adoption de la motion visant à étudier la réponse du gouvernement fédéral à la COVID-19, malgré les objections des libéraux

Source : CTV News

ID unique : [1008129879](#)

OTTAWA – Dans un geste de solidarité de l'opposition, la motion des conservateurs demandant au Comité de la santé d'étudier la réponse du gouvernement fédéral à la COVID-19 et la divulgation de ce qui pourrait être des milliers de pages de documents sur la pandémie a été adoptée lundi, malgré les objections des libéraux.

Avec le vote du Bloc québécois, du NPD et du Parti vert en faveur de la proposition, le Comité sera mis sur pied d'ici quelques jours, et divers ministères et organismes seront invités à fournir une quantité énorme d'information sur la réponse des libéraux à la pandémie à ce jour.

Cette mesure visant à approfondir la façon dont le gouvernement gère la crise de santé qui perdure est prise en dépit des préoccupations exprimées par la ministre des Services publics et de l'Approvisionnement, l'honorable Anita Anand, et la ministre de la Santé, l'honorable Patty Hajdu, au sujet de la portée et des répercussions de la motion. Les libéraux ont fait valoir que le milieu de la deuxième vague n'est pas le moment d'évaluer ce qui a mal fonctionné pendant la première vague.

Dans le cadre d'une enquête convenue, on demande au gouvernement de divulguer une foule de courriels, de documents, de notes et d'autres documents provenant du Cabinet du premier ministre, du Bureau du Conseil privé, de Santé Canada, de l'Agence de la santé publique du Canada, ainsi que des cabinets de ministres depuis la mi-mars.

La motion a été adoptée par 176 voix contre 152.

GRAVES PRÉOCCUPATIONS DES INTERVENANTS FÉDÉRAUX

Dans une dernière tentative pour convaincre les partis de l'opposition de rejeter la motion, juste avant le vote, la ministre Anand a fait valoir que l'adoption de la motion telle qu'elle est rédigée nuirait aux négociations contractuelles en cours et menacerait la capacité du Canada d'obtenir de futures fournitures contre la COVID-19, en plus de dissuader les principales entreprises médicales de faire des affaires au pays.

« Je m'inquiète beaucoup du fait que ces contrats soient menacés, que ces négociations soient menacées et que les fournisseurs hésitent à conclure des contrats avec le gouvernement fédéral. Ce froid sur nos relations avec nos fournisseurs sape et annule possiblement notre capacité à nous procurer de l'EPI supplémentaire, à acheter des vaccins supplémentaires et des trousseaux de dépistage rapides supplémentaires », a dit la ministre Anand.

« Ce qui est en jeu ici, c'est la vie des Canadiens. Voilà le but ultime de nos achats; c'est ce que nous essayons de protéger... Ces achats n'ont pas été conclus du jour au lendemain. Cela n'a pas été facile. Nous avons eu un été incroyablement difficile, et nous avons réussi à le traverser grâce aux achats que nous avons conclus pour les Canadiens. Ça me fait mal au cœur de penser qu'ils seraient menacés », a dit la ministre.

Dans la foulée de la conférence de presse de la ministre Anand, la motionnaire, la députée conservatrice et porte-parole en matière de santé, Michelle Rempel Garner, a qualifié les propos de la ministre d'« hyperbole » et de « propos alarmistes » et a déclaré que les demandes de son parti étaient tout à fait légitimes et nécessaires.

« Ce sont des éléments d'information que le public canadien doit connaître pour avoir de la stabilité, ce sont des questions raisonnables que le Parlement doit poser », a déclaré M^{me} Rempel Garner.

Citant le nombre record récent de nouveaux cas de COVID-19 dans de nombreuses provinces, M^{me} Rempel Garner a indiqué qu'il est maintenant temps que le Parlement « se penche sur un questionnement calme et sensé de l'approche du gouvernement face à cette pandémie. »

À partir du moment où la motion a été proposée, les libéraux l'ont rejetée, affirmant qu'il s'agissait non seulement d'une demande fastidieuse, mais aussi d'une réduction des ressources ministérielles dans le cadre de la réponse quotidienne à la pandémie de COVID-19, qui sévit toujours. Les libéraux ont également dit qu'ils estiment avoir fait preuve de transparence en informant régulièrement les Canadiens de l'état d'avancement des achats et de la recherche de nouvelles options de dépistage et de traitement.

Au cours de la fin de semaine, l'opposition du gouvernement à l'étude a été appuyée par une série d'intervenants qui ont exprimé leurs préoccupations au sujet de la divulgation de l'information demandée par les conservateurs dans le cadre de cette étude.

Parmi les intervenants empreints d'hésitation, mentionnons les fabricants et les exportateurs canadiens, les membres du groupe de travail fédéral sur les vaccins et la compagnie pharmaceutique Pfizer.

En général, tous ont été avertis que si les renseignements commerciaux confidentiels, exclusifs ou de nature délicate sont rendus publics, leur dévoilement aura des répercussions négatives « très » graves sur le travail en cours et pourraient nuire aux négociations contractuelles. Cela nuirait également à la réputation mondiale du Canada en tant qu'endroit où faire des affaires.

Pfizer Canada a demandé aux députés d'envisager de modifier la motion pour y inclure un libellé plus ferme afin de protéger les données scientifiques et les renseignements commerciaux de nature délicate, et ordonner explicitement au légiste parlementaire qui s'occuperait du caviardage de consulter les tierces parties touchées au sujet de l'information divulguée, comme le veut la norme en vertu des procédures actuelles d'accès à l'information.

Toutefois, ces préoccupations n'ont pas suffi à entraîner d'autres changements à la motion ou à amener les partis de l'opposition à changer leur position avant le vote. Il est possible qu'une fois que le Comité aura été constitué, d'autres modalités de l'étude puissent être établies.

QUELS RENSEIGNEMENTS SONT DEMANDÉS?

Les renseignements que la motion demande aux ministères de transmettre comprennent les suivants :

- le processus d'approbation, les plans d'approvisionnement et le protocole de distribution liés aux tests de dépistage rapides à domicile, ainsi qu'aux vaccins;
- les directives fédérales en matière de santé publique et les données utilisées pour les éclairer, y compris les protocoles actuels en lien avec la COVID-19 des établissements de soins de longue durée, ainsi que la stratégie de communication de l'Agence de la santé publique du Canada;

la disponibilité de produits thérapeutiques et de dispositifs de traitement pour les Canadiens ayant reçu un diagnostic de COVID-19, ainsi que la disponibilité de l'équipement de protection individuelle;
le système d'alerte rapide et le Réseau mondial d'information en santé publique;
les progrès réalisés par le gouvernement en matière d'évaluation rapide des voyageurs avant et après leur arrivée, ainsi que les répercussions du report de la fermeture des frontières du Canada;
la décision du gouvernement de ne pas invoquer la *Loi sur les mesures d'urgence*;
la disponibilité de congés de maladie payés pour les personnes dans le besoin, y compris la mise en quarantaine et l'isolement volontaire;
l'élaboration, l'efficacité et l'utilisation des données liées à l'application Alerte COVID du gouvernement ainsi qu'au protocole de dépistage des contacts du gouvernement;
le niveau de préparation du Canada en vue d'une autre pandémie et l'information liée aux discussions avec l'Organisation mondiale de la Santé.

Non seulement la motion des conservateurs a-t-elle été adoptée, mais une modification a aussi été proposée pour prolonger à 30 jours le délai dont dispose le gouvernement pour répondre à la demande, ainsi que pour permettre au gouvernement de demander une autre prolongation de 7 jours.

La modification visait également à préciser que les procès-verbaux des réunions du Cabinet sont exemptés de cette divulgation. La motion précise déjà des exclusions pour les renseignements personnels et la sécurité nationale.

En ce qui a trait à la modification, les députés libéraux se sont abstenus, avant de voter contre la motion principale en tant que telle.

Une fois les documents présentés, le Comité aurait la possibilité de convoquer différents ministres du Cabinet afin qu'ils puissent témoigner pour une période de trois heures chacun.

<https://www.ctvnews.ca/politics/motion-to-study-feds-covid-19-response-passes-despite-liberal-objections-1.5160622>

La plus grande étude auprès d'organismes bénévoles révèle les effets financiers dévastateurs de la COVID-19

Source : Phys.org — les dernières nouvelles en matière de sciences et de technologies
ID RMISP : 1008130987

Les premiers résultats du nouveau sondage « COVID-19 Voluntary Sector Impact Barometer » montrent que deux organismes de bienfaisance et groupes communautaires sur cinq (39 %) signalent maintenant une détérioration de leur situation financière.

Plus de la moitié (56 %) des organismes s'attendent à ce que la demande de services augmente au cours du prochain mois, au fur et à mesure que l'impact des mesures de confinement local et de la hausse du chômage se fera sentir dans les collectivités. De nombreux organismes bénévoles sont forcés d'adapter leur mode de fonctionnement s'ils veulent pouvoir continuer à répondre aux besoins des personnes qu'ils soutiennent dans l'avenir.

L'étude a également révélé que la grande majorité des organismes du secteur bénévole craignent que la COVID-19 ne perturbe leurs plans au cours de l'année à venir. Huit organismes sur dix (80 %) ont prédit une incidence négative sur la réalisation de leurs objectifs prévus au cours des douze prochains mois, tandis qu'un organisme sur dix (10 %) croit qu'il sera probablement forcé de fermer ses portes.

Soixante pour cent des organismes ont répondu que les mesures de sécurité liées à la COVID-19 ont fait augmenter leurs coûts d'exploitation.

Les chercheurs ont aussi trouvé de nombreux exemples d'organismes bénévoles qui font preuve de créativité et d'ingéniosité pour innover en réponse aux nouveaux défis que la pandémie pose. De nombreux organismes ont également démontré leur capacité d'adapter, d'élargir et de transformer leurs services. Qu'il s'agisse de transférer les services en personne existants en ligne ou de fournir des licences Zoom aux organismes de bienfaisance locaux, il est clair que la COVID-19 accélère la transformation numérique dans le secteur bénévole, 92 % des organismes ayant déclaré une augmentation de la prestation de leurs services en ligne.

Le sondage « COVID-19 Voluntary Sector Impact Barometer » fait partie d'une nouvelle étude d'envergure qui utilise des données en temps réel pour explorer comment les organismes bénévoles seront touchés par la pandémie de coronavirus au cours de la prochaine année.

Le plus important projet de recherche en son genre, Barometer a permis de sonder près de 700 organismes bénévoles au cours du dernier mois au moyen d'un sondage en ligne. Le projet est un partenariat entre la Nottingham Trent University, le National Council for Voluntary Organizations (NCVO) et la Sheffield Hallam University.

Karl Wilding, directeur général du NCVO, a indiqué : « Non seulement les organismes de bienfaisance et les bénévoles sont essentiels pour aider les gens à traverser des crises comme celle de la COVID-19, mais ils sous-tendent aussi une grande partie de la vie communautaire et rassemblent les gens. Que ce soit en raison de la baisse des revenus des organismes de bienfaisance et des activités de collecte de fonds, ou d'une augmentation drastique de la demande de services de la part de personnes qui souffrent de la pandémie, les organismes de bienfaisance sont confrontés à des pressions comme jamais auparavant. Plus tôt cette année, nous avons été témoins d'un engagement communautaire incroyable. Bon nombre des organismes ont changé du jour au lendemain la façon dont ils exploitent ou numérisent leurs services servant à sauver des vies. Avec l'arrivée d'une période hivernale difficile et des conditions d'isolement plus strictes à l'échelle locale, les organismes de bienfaisance doivent encore une fois prendre la relève au moyen de leurs services et soutenir ceux qui en ont besoin. Étant donné que les organismes de bienfaisance sont confrontés à un déficit de financement estimé à 10 milliards de livres sur 6 mois, le secteur caritatif est en sérieuse difficulté. Les fonds publics sont incroyablement sollicités, ce qui exige que le gouvernement fasse preuve de créativité quant aux sources éventuelles de fonds destinés à soutenir les collectivités dans le besoin; cela pourrait se faire en transformant 500 millions de livres du Fonds national en fonds d'urgence pour appuyer le secteur bénévole ou en créant une fondation à plus long terme de 2 milliards de livres pour soutenir les communautés défavorisées à partir de capital national et d'actions non réclamés. »

Becky Jenner, PDG de Rett UK, un organisme de bienfaisance national qui soutient les familles touchées par le syndrome de Rett, une affection neurologique rare, a déclaré : « Au début du confinement, nous avons vu nos revenus provenant des collectes de fonds axées sur les événements disparaître du jour au lendemain. Sept mois plus tard, nous voilà dans une position financière plus sûre, grâce à un appel d'urgence, des subventions d'urgence et une réduction drastique au niveau de nos dépenses. En annulant nos événements et en transférant nos services en ligne, nous avons réussi à faire plus d'économies. Mais, alors que les subventions d'urgence s'évaporent, nous demeurons préoccupés par la viabilité financière à moyen et à long terme de l'organisme de bienfaisance, et nous sommes encore plus inquiets des répercussions que cela entraînera sur la santé mentale et le bien-être des familles très vulnérables que nous soutenons. »

Les données en temps réel du sondage sont accessibles au moyen d'un tableau de bord interactif en ligne, ce qui permet aux praticiens, aux décideurs et aux chercheurs d'explorer plus en détail les répercussions ayant lieu dans différentes régions, comme celles qui font l'objet de différents niveaux d'alerte à la COVID-19 locaux.

Le sondage constitue une composante d'un nouveau projet de recherche important intitulé « Respond, Recover, Reset: The Voluntary Sector and COVID-19 », lequel est dirigé par la Nottingham Trent University, le National Council for Voluntary Organizations (NCVO) et la Sheffield Hallam University. En plus du sondage mensuel, au cours des 14 prochains mois, les chercheurs mèneront également des entretiens approfondis avec plus de 300 organismes bénévoles et produiront régulièrement des rapports d'information pour informer les décideurs et les praticiens.

Daniel King, professeur d'études organisationnelles à la Nottingham Trent University et chef de projet, a déclaré : « Nos études confirment ce que plusieurs personnes issues du secteur bénévole savent déjà : les organismes de bienfaisance et organismes communautaires sont confrontés au plus grand défi connu au cours d'une génération; la réalité est que certains d'entre eux seront obligés de fermer. Malgré tout,

dans ce contexte, il y a des signes encourageants de résilience, de créativité et d'innovation au fur et à mesure que les organismes de bienfaisance transforment leur approche. Le secteur bénévole comprend des milliers de bénévoles, d'employés et d'organismes passionnés, et nous espérons que nos recherches continueront de fournir des exemples de pratiques exemplaires à suivre. »

Le prochain sondage « Voluntary Sector Impact Barometer » est actuellement ouvert; les résultats sont prévus à la mi-novembre.

<https://phys.org/news/2020-10-largest-voluntary-organisations-reveals-devastating.html>

Japon

Le gouvernement du Japon appuie le projet de loi consistant à offrir gratuitement des vaccins contre la COVID-19

Source : Xinhua

ID RMISP : 1008131090

TOKYO, 27 octobre (Xinhua) – Le gouvernement japonais a appuyé mardi dernier le projet de loi visant à rendre la vaccination contre le nouveau coronavirus gratuite à tous ses résidents.

Le projet de loi indemniser les fournisseurs des vaccins advenant des effets secondaires graves et offrira des soins de santé gratuits aux personnes chez qui le vaccin aura occasionné des effets indésirables.

Le projet de loi vise à modifier la loi actuelle sur la vaccination et suit de près le premier ministre Yoshihide Suga dans son premier discours politique au Parlement depuis son arrivée au pouvoir le mois dernier, prononcé un jour plus tôt en disant que le gouvernement veillera à l'obtention d'un nombre suffisant de vaccins pour tous les Japonais.

Une fois que l'innocuité des vaccins aura été confirmée au moyen d'essais cliniques et que les approbations réglementaires auront été fournies, M. Suga indique que le gouvernement compte obtenir suffisamment de vaccins pour tous les résidents du Japon au premier semestre de l'année prochaine. La coalition dirigée par le Parti libéral-démocrate (PLD) au pouvoir vise à faire adopter une loi pour se procurer des vaccins contre le coronavirus d'ici la fin de la présente session de la Diète, le 5 décembre, et a affecté un budget de 671,4 milliards de yens (6,4 milliards de dollars américains) à cette fin.

Des ententes ont été conclues entre le gouvernement japonais et l'entreprise pharmaceutique britannique AstraZeneca Plc., ainsi qu'avec la société pharmaceutique américaine Pfizer Inc.

Dans les deux cas, le Japon a accepté de recevoir 120 millions de doses de vaccin de chaque entreprise, à condition que les vaccins soient mis au point avec succès.

Le Japon est également en pourparlers avec la société américaine Moderna Inc. en ce qui a trait à l'obtention d'au moins 40 millions de doses de vaccin.

Le projet de loi exhorte le public à faire des efforts concertés pour se faire vacciner, tandis que les municipalités locales offriront les vaccins, les coûts étant entièrement couverts par le gouvernement central.

Alors que le gouvernement japonais espère que les sociétés pharmaceutiques seront en mesure de mettre au point un vaccin local, jusqu'à présent, les fabricants locaux de médicaments participant à la mise au point d'un vaccin contre la COVID-19 n'en sont qu'aux premières étapes des essais cliniques.

Mardi, le gouvernement a également appuyé un projet de loi distinct visant à réviser les lois sur la quarantaine afin que les mesures d'isolement pour les personnes dont le test de dépistage du virus est positif à l'entrée au Japon puissent être maintenues après février de l'année prochaine.

Ce projet de loi devrait également être adopté au cours de la présente session de la Diète.

http://www.china.org.cn/world/Off_the_Wire/2020-10/27/content_76849566.htm