

Section spéciale sur le coronavirus

Canada

Régions du Canada présentant des cas de COVID-19 en date du 25 août 2020, 19 h HAE

Source : Gouvernement du Canada

Province, territoire ou autre	Nombre de cas confirmés	Nombre de cas actifs	Nombre de décès
Canada	125 969	4 829	9 090
Terre-Neuve-et-Labrador	268	0	3
Île-du-Prince-Édouard	44	3	0
Nouvelle-Écosse	1 080	4	65
Nouveau-Brunswick	190	10	2
Québec	61 803	1 207	5 746
Ontario	41 607	1 059	2 800
Manitoba	1 018	399	13
Saskatchewan	1 601	88	23
Alberta	13 083	1 134	235
Colombie-Britannique	5 242	925	203
Yukon	15	0	0
Territoires du Nord-Ouest	5	0	0
Nunavut	0	0	0
Voyageurs rapatriés	13	0	0

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

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

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

Canada

Les hospitalisations continuent d'augmenter alors que la Colombie-Britannique annonce 58 nouveaux cas de COVID-19, sans nouveau décès | Source : CBC News

ID : 1007707212

Les autorités sanitaires de la Colombie-Britannique ont annoncé 58 nouveaux cas de COVID-19 mardi, le deuxième plus faible nombre en deux semaines, après une augmentation constante de nouveaux cas tout au long du mois d'août.

Il n'y a pas eu de nouveaux décès.

Au total, 22 personnes sont actuellement hospitalisées en raison de cette maladie, comparativement à 18 lundi dernier. Parmi ces personnes, sept sont en soins intensifs, soit deux de plus que lundi.

Le nombre de personnes souffrant d'infections actives en Colombie-Britannique s'élève maintenant à 925. Il y a eu au total 5 242 cas et 203 décès depuis le début de la pandémie et 4 114 personnes se sont remises de la maladie.

Le nombre total de cas de la Colombie-Britannique est plus élevé aujourd'hui qu'il ne l'était en mars, lorsque la province a commencé à fermer des services et des entreprises.

Une nouvelle éclosion a été détectée à Bear Creek Villa, dans la région sanitaire de Fraser, ainsi qu'à l'Hôpital Memorial de Langley.

Il y a actuellement dix établissements de soins de longue durée ou de vie assistée qui connaissent des éclosions, et deux établissements de soins actifs.

Selon le Vancouver Coastal Health, toute personne ayant visité le Privé Kitchen and Bar les 3, 6, 7, 8, 15, 16 et 17 août dernier pourrait avoir été exposée au virus responsable de la COVID-19. Toute personne ayant visité ce restaurant est invitée à se surveiller pour détecter les symptômes.

Dans la déclaration commune de mardi, la D^{re} Bonnie Henry, responsable provinciale de la santé, et Adrian Dix, ministre de la Santé, ont déclaré que la collectivité était toujours exposée à la COVID-19 par l'entremise des vols entrants et sortants de la province.

« Le nombre de cas quotidiens récents est supérieur au nombre de personnes avec qui nous nous sentons à l'aise, alors continuons à jouer notre partition à chaque instant de la journée et gardons la COVID-19 là où il faut », précise la déclaration.

« Si nous voulons atteindre l'objectif de zéro cas de COVID-19, nous devons mettre l'accent sur la prévention, la détection et la réponse rapide ».

« Nous avons encore de nombreux mois devant nous »

Malgré les récentes éclosions et les grappes de cas, Henry a déclaré que la fermeture de lundi n'était pas la solution. Par rapport à la période antérieure de la pandémie, a-t-elle déclaré, les responsables ont une meilleure compréhension du virus, notamment la manière de suivre et d'empêcher la transmission du virus.

Selon Henry, la Colombie-Britannique enregistre encore un faible taux de transmission non détectée, ce qui signifie que les responsables de la santé sont en mesure de trouver et d'entrer en contact avec les personnes atteintes de la maladie.

Ces dernières semaines, la Colombie-Britannique a augmenté sa capacité quotidienne de test COVID-19, passant de 4 000 à 5 000 personnes par jour. Selon Henry, le taux de tests positifs reste relativement faible, mais le système de soins de santé doit être prêt à y faire face.

« Nous avons encore de nombreux mois devant nous », a-t-elle déclaré.

<https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/covid19-bc-august-25-1.5699700>

Canada

Un site de test de coronavirus au volant est prévu au parc Raymond-Chabot-Grant-Thornton d'Ottawa

ID : 1007706358

Source : globalnews.ca

Un nouveau site de test de coronavirus au volant devrait bientôt voir le jour à l'est d'Ottawa.

Mardi, le Comité d'intervention pour la COVID-19 de Champlain (CICC) a déclaré, dans un communiqué, que la mise en place d'un nouveau centre d'évaluation COVID-19 a commencé dans le parc Raymond-Chabot-Grant-Thornton (RCGT), situé à la rue Coventry, près de Queensway.

Les tests seront effectués uniquement au volant et sur rendez-vous. L'ouverture des réservations se fera dans les prochains jours sur le site Web de Santé publique Ottawa (SPO).

Il n'y aura pas d'évaluation clinique disponible sur le site : le CICC invite toute personne présentant des symptômes à se rendre plutôt au centre d'évaluation Brewer ou à l'une des deux cliniques de soins des chemins Moodie et Heron.

Le communiqué du CICC indique que « davantage d'options pour les tests mobiles sont actuellement explorées et seront mises en œuvre prochainement ».

Rawlson King, conseiller de Rideau-Rockcliffe, avait auparavant utilisé le stade de baseball inoccupé comme site de test supplémentaire pour les résidents de l'est du pays qui avaient du mal à se rendre dans les centres existants.

Mardi, Santé publique Ottawa a ajouté 16 nouveaux cas de coronavirus au nombre total de cas qu'enregistre Ottawa, entraînant ainsi la mise en place d'un nouveau site de test supplémentaire.

Depuis le début de la pandémie, la ville a enregistré 2 855 cas de virus.

Le nombre de décès liés au virus, le nombre de personnes hospitalisées en raison de la COVID-19 et le nombre d'éclotions de coronavirus à Ottawa n'ont pas changé mardi.

Santé publique Ottawa a signalé qu'il y a 166 cas actifs du virus dans la ville, soit 10 de plus que la veille. <https://globalnews.ca/news/7297437/ottawa-coronavirus-update-aug-25/>

Canada

Le sport amateur en Colombie-Britannique passe à la phase 3 des lignes directrices sur la COVID-19

CBC | British Columbia News

ID : 1007706501

Les ligues de sport amateur de Colombie-Britannique sont sur le point de revenir sur le terrain de jeu à la suite de l'annonce que les athlètes peuvent désormais pratiquer des sports plus organisés.

Dans un communiqué publié lundi, le ministère du Tourisme, des Arts et de la Culture de la Colombie-Britannique a déclaré que la province passait à la phase 3 de ses lignes directrices en matière de sport.

« Les athlètes et leurs familles se sont ennuyés du plaisir de la compétition ces derniers mois », a déclaré la ministre Lisa Beare.

Le ministère a déclaré que le Centre de lutte contre les maladies de la Colombie-Britannique a examiné les lignes directrices sur le retour au sport élaborées par viaSport - l'organisme gouvernemental chargé des programmes sportifs - qui contiennent des recommandations sur la façon dont différents types de sports peuvent progressivement ajouter des activités.

En juin, viaSport a publié ses lignes directrices pour soutenir le redémarrage du sport amateur en Colombie-Britannique.

Dans le cadre de la phase 3, les activités de sport amateur peuvent désormais inclure des entraînements supplémentaires, des jeux et des matchs « modifiés » et, surtout, des matchs de championnat et des compétitions, mais dans des cohortes de 10 à 100 personnes, selon le sport.

« Le jeu d'équipe et la compétition amicale sont au cœur du sport amateur », a déclaré Charlene Krepiakovich, directrice générale de viaSport.

Les lignes directrices montrent que chaque sport progressera à un rythme différent en fonction de ce que Krepiakovich a appelé « la capacité et la préparation de la communauté », les sports impliquant davantage de contacts physiques étant les plus préoccupants.

« Contact en toute sécurité »

Les lignes directrices de viaSport indiquent que la proximité physique doit être réduite au minimum, ce qui signifie que les règles du jeu doivent être modifiées pour maintenir les participants à une distance de sécurité, et que les organisateurs doivent limiter le nombre et la durée des contacts entre les participants lorsque l'éloignement physique n'est pas possible.

Les organisateurs doivent continuer à imposer un éloignement physique pendant la phase 3 dans les zones situées en dehors du terrain de jeu, telles que les vestiaires, les bancs et les couloirs, et, surtout, tout contact physique ne doit avoir lieu qu'au sein d'une cohorte de sportifs, selon les lignes directrices.

Les lignes directrices classent chaque activité sportive en fonction du risque de transmission de la COVID-19, du plus faible au plus élevé, en fonction de la quantité de contacts :

Des exercices de renforcement des compétences ou des formations à domicile, seul ou avec des membres de la famille.

Des exercices de groupe ou d'équipe qui permettent de maintenir un éloignement physique.

Des exercices de groupe ou d'équipe qui nécessitent un contact étroit.

Des activités de compétition sans contact entre les équipes.

Des activités de groupe ou d'équipe qui nécessitent un contact physique.

Des activités de compétition nécessitant un contact physique entre les équipes.

Le ministère et viaSport ont fourni un tableau des activités sportives qui décrit les activités autorisées dans chacune des quatre phases de retour au sport.

<https://www.cbc.ca/news/canada/british-columbia/amateur-sports-phase-3-covid-19-restart-plan-1.5697945?cmp=rss>

Canada

Ottawa donne 82,5 millions de dollars pour le soutien de la santé mentale des Autochtones pendant la COVID-19

Source : Rimbey Review

ID : 1007706354

Résumé : l'accès à de nombreux services de santé mentale au sein des communautés autochtones a été perturbé par la pandémie, tandis que certains services se sont tournés vers des options de traitement virtuel et de télésanté, créant ainsi des obstacles pour les personnes vivant dans des communautés éloignées qui ont une connectivité limitée. Au cours des quatre premiers mois de cette année, la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être, qui offre un soutien téléphonique et en ligne aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis dans plusieurs langues indigènes, a reçu plus de 10 000 appels et conversations de personnes cherchant des services d'intervention en cas de crise. Le ministre des Services aux Autochtones, Marc Miller, a reconnu mardi qu'il existe une disparité entre le soutien au mieux-être mental offert aux Autochtones et celui offert à la population non autochtone au Canada, et a qualifié cette situation d'inacceptable.

Le gouvernement fédéral s'est engagé à verser une somme de 82,5 millions de dollars pour améliorer l'accès et répondre à la demande croissante de services de santé mentale dans les communautés autochtones pendant la pandémie de COVID-19.

L'accès à de nombreux services de santé mentale au sein des communautés autochtones a été perturbé par la pandémie, tandis que certains services se sont tournés vers des options de traitement virtuel et de télésanté, créant ainsi des obstacles pour les personnes vivant dans des communautés éloignées qui ont une connectivité limitée.

Pendant ce temps, la demande de services a explosé.

Au cours des quatre premiers mois de cette année, la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être, qui offre un soutien téléphonique et en ligne aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis dans plusieurs langues indigènes, a reçu plus de 10 000 appels et conversations de personnes cherchant des services d'intervention en cas de crise.

Cela représente une augmentation de 178 % de la demande par rapport à la même période en 2019. De plus, la Régie de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique a signalé le mois dernier que les décès par surdose chez les Premières Nations ont presque doublé entre janvier et mai de cette année.

Le ministre des Services aux Autochtones, Marc Miller, a reconnu mardi qu'il existe une disparité entre le soutien au mieux-être mental offert aux Autochtones et celui offert à la population non autochtone au Canada, et a qualifié cette situation d'inacceptable.

« La pandémie de COVID-19 n'a fait qu'aggraver la situation », a déclaré Miller.

« Un investissement soutenu et ciblé est nécessaire pour garantir que des services de mieux-être mental culturellement sûrs restent disponibles et que les prestations de services de santé mentale, adaptées à la culture et opportunes, sont essentielles au mieux-être de toute personne qui lutte pour faire face au stress et à l'anxiété supplémentaires que la pandémie de COVID-19 a créés ».

LIRE AUSSI : L'isolement et la toxicité des médicaments entraînent une hausse des décès par surdose chez les Premières Nations en pleine pandémie de COVID-19

Le nouveau financement fédéral soutiendra l'accès à des services supplémentaires, tels que la transition de certains services vers des plateformes virtuelles pour répondre à une demande accrue.

Il aidera également les partenaires autochtones à adopter de nouvelles méthodes pour lutter contre la toxicomanie et améliorer l'accès au traitement, et il s'efforcera d'élargir l'accès à des services adaptés à la culture, tels que des activités sur le terrain, des aides sanitaires communautaires et des équipes de bien-être mental.

Ces nouveaux fonds sont une réponse aux appels de nombreux dirigeants des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui réclament davantage de soutien en matière de santé mentale dans leurs communautés, a déclaré Miller.

Les traumatismes intergénérationnels subis par de nombreux peuples autochtones en raison de l'histoire du colonialisme canadien et les mauvais traitements infligés aux Premières Nations du Canada constituent déjà un problème très difficile à résoudre en matière de traitement de santé mentale, a déclaré le Dr Tom Wong, médecin-chef de santé publique de Services aux Autochtones Canada. L'anxiété supplémentaire causée par la pandémie de COVID-19 n'a fait qu'empirer les choses, a-t-il dit. Les effets négatifs des règles d'éloignement physique relatives à la COVID-19 ont également entraîné une augmentation des taux de violence familiale à l'égard des femmes et ont également provoqué un isolement supplémentaire des jeunes autochtones et de ceux des communautés LGBTQ+ et bispirituelles.

« Nous devons tous soutenir les Premières Nations, les Métis et les Inuits pour répondre à la crise du mieux-être et de la santé mentale au Canada. Il est extrêmement important que nous les soutenions afin qu'aucune communauté ne soit laissée pour compte », a déclaré Wong.

Les fonds seront alloués aux communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis sur la base de discussions entre les tables de partenariat nationales et régionales ou les dirigeants régionaux.

Il restera également quelques fonds pour permettre la capacité de pointe et l'adaptation des organisations et services nationaux, tels que la Thunderbird Partnership Foundation, le First Peoples Wellness Circle et la Ligne d'écoute d'espoir pour le mieux-être.

Teresa Wright, La Presse Canadienne

Aimez-nous sur Facebook et suivez-nous sur Twitter.

Souhaitez-vous soutenir le journalisme local pendant la pandémie? Faites un don ici.

<https://www.rimbeyreview.com/news/ottawa-giving-82-5m-for-indigenous-mental-health-support-during-covid-19/>

Canada

Les autorités fédérales aideront les écoles des Premières Nations à se protéger contre la COVID-19 : Miller

Source : CTVNews

ID : 1007706395

ACTUALITÉS -- Le ministre des Services aux Autochtones, Marc Miller, a déclaré qu'Ottawa sera là pour aider les écoles des Premières Nations à se protéger contre la COVID-19, suite aux appels en faveur des fonds dédiés.

La Nation Nishnawbe Aski a accusé le gouvernement fédéral d'ignorer ses demandes urgentes de fournitures et de financement nécessaires à un plan de rentrée scolaire sûr pour ses quelque 9 000 élèves vivant au sein des communautés du nord de l'Ontario.

Le grand chef adjoint, Derek Fox, a déclaré que l'organisation avait demandé 33 millions dollars pour payer les équipements de protection individuelle et les produits sanitaires, mais qu'on lui avait dit que ses plans étaient trop « ambitieux ».

Et il a averti que cela pourrait entraîner le report de la rentrée scolaire dans les 49 communautés des Premières Nations membres, dont beaucoup sont éloignées et ne disposent pas de l'infrastructure Internet fiable nécessaire à l'apprentissage en ligne.

Miller dit qu'il comprend qu'il s'agit d'une préoccupation majeure pour tous les enseignants et parents autochtones, y compris pour ceux dont les enfants fréquentent des écoles en dehors des réserves.

Il affirme que le gouvernement dispose des ressources financières nécessaires pour faciliter un retour à l'école en toute sécurité pour les enfants et les enseignants des Premières Nations.

Ce rapport de La Presse Canadienne a été publié la première fois le 25 août 2020.

<https://www.ctvnews.ca/politics/feds-will-help-first-nations-schools-guard-against-covid-19-miller-1.5078769>

Canada

Impact de la mise en commun des échantillons sur les tests de dépistage de la COVID-19 en Alberta

ID : 1007706338

Source : globalnews.ca

Les services de santé de l'Alberta pilotent une nouvelle façon de tester les échantillons de COVID-19 : le dépistage par groupe.

Le projet pilote, qui vise les échantillons prélevés sur des Albertains asymptomatiques, prévoit de regrouper quatre échantillons lors du test. Le dépistage par groupe se déroule actuellement à Edmonton uniquement.

LISEZ PLUS : Hinshaw invite les enseignants de l'Alberta à effectuer des tests de dépistage de la COVID-19 avant la réouverture des écoles

Ce projet pilote intervient alors que le personnel scolaire est invité à passer des tests asymptomatiques avant de retourner à l'école et que la province continue d'augmenter sa capacité de dépistage, qui avait, à un moment donné, été prévue pour atteindre 20 000 tests par jour. Le nombre total de tests quotidiens oscille actuellement entre 7 000 et 10 000 tests par jour.

Dans le cadre du dépistage en groupe, les échantillons de quatre échantillons COVID-19 sont combinés en un seul spécimen.

Si le test est négatif, les quatre échantillons sont marqués comme tels; si le test est positif, les quatre échantillons sont alors testés individuellement.

« Cela permet à un laboratoire d'augmenter sa capacité sans nécessairement augmenter le nombre de fournitures et de personnes dont il aurait besoin pour effectuer ces mêmes tests », a déclaré Nathan Zelyas, médecin microbiologiste et responsable du programme de dépistage des virus respiratoires chez Alberta Precision Labs.

Zelyas a déclaré que le processus de mise en commun est encore en cours d'affinement dans le cadre du projet pilote et qu'il est difficile pour l'instant de déterminer les répercussions du dépistage par groupe sur les délais des dépistages et les résultats des analyses.

« En fait, je ne m'attendrais pas à ce qu'il améliore au moins ces délais d'exécution immédiatement, mais plus nous rationalisons le processus et plus nous travaillons sur les problèmes, je m'attendrais, je l'espère, à voir une réduction au fil du temps », a-t-il déclaré.

David Evans, virologue et professeur au département de microbiologie médicale et d'immunologie de l'Université de l'Alberta, a déclaré que le dépistage par groupe peut être efficace dans une certaine mesure, ajoutant qu'il fonctionne mieux si le taux de positivité est faible.

« Si vous commencez à avoir une situation où une fraction importante des échantillons est contaminée, vous ne tirez aucun avantage de ces méthodes, car il y a de fortes chances que vous commenciez à obtenir de plus en plus de résultats positifs, que vous devez ensuite vérifier à nouveau de toute façon », a-t-il déclaré.

Toutefois, le dépistage par groupe peut être avantageux lorsqu'il s'agit de conserver les fournitures de laboratoire, selon le Dr Marc Romney, directeur médical de la microbiologie médicale et de la virologie à l'Hôpital St Paul de Vancouver.

« La main-d'œuvre dispose de ressources non renouvelables », a-t-il déclaré.

« Il y a de nombreux composants - dont les réactifs - au-delà des réactifs pour un test particulier. Il y a aussi les autres consommables liés à ces tests. Par exemple, les tubes à essai, les embouts de pipette, et une pénurie d'embouts de pipette peuvent survenir ».

Néanmoins, Romney a déclaré que le dépistage en lui-même est complexe et que le dépistage par groupe augmente le niveau de complexité et, avec lui, l'erreur humaine.

« Chaque fois que vous faites plus de travail manuel, cela augmente le risque que les technologues fassent une erreur. Par exemple, vous pouvez avoir un groupe positif et vous le résolvez et tout est négatif. Que faites-vous donc? Vous êtes coincé », a-t-il dit.

« Cela pourrait être une contamination... cela pourrait être une erreur de machine, une erreur de pipetage. Plus vous incluez d'étapes dans une procédure, plus elle devient manuelle, plus l'ensemble du processus est risqué ».

Zelyas a reconnu que l'erreur humaine est un sujet de préoccupation et a déclaré que le processus en Alberta est automatisé autant que possible.

« Au lieu de laisser les gens pipetter et faire le dépistage par groupe eux-mêmes, nous avons programmé un instrument pour le faire à notre place », a-t-il dit.

« Il ne faut pas tant de personnes pour effectuer le dépistage en groupe et les tests. Nous avons probablement besoin de plus de personnes, autant que possible, pour faire une grande partie de la saisie des données avec des milliers d'échantillons qui arrivent ».

Certains pays, comme l'Allemagne, utilisent depuis un certain temps le dépistage par groupe. Zelyas a déclaré que le laboratoire voulait s'assurer que divers processus étaient mis en place avant d'adopter cette méthode de dépistage.

Le projet pilote a commencé le 14 août. Zelyas a déclaré qu'il faudra peut-être attendre quelques semaines avant de pouvoir déterminer si le projet pilote est un succès et s'il peut être étendu à d'autres parties de la province.

<https://globalnews.ca/news/7297532/alberta-covid-19-pool-testing-pilot/>

Canada

La Saskatchewan n'a signalé aucun nouveau cas de COVID-19 pour la première fois depuis plus de 2 mois

Source : *National Post*

ID : 1007706184

REGINA - Les responsables de la santé de la Saskatchewan ne signalent aucun nouveau cas de COVID-19 pour la première fois cet été.

Les données du gouvernement montrent que la dernière fois où la province n'a pas connu de nouvelles infections est le 7 juin.

Le nombre de cas a commencé à augmenter à la mi-juillet et a atteint un record de 60 cas en une seule journée le 22 juillet, la plupart des infections ayant été constatées sur des colonies huttériennes.

Mardi, le ministère de la Santé a indiqué que 57 des 88 cas actifs se trouvaient dans des centres d'hébergement. Les responsables de la santé affirment qu'une personne de 70 ans a succombé à la COVID-19, ce qui porte à 23 le nombre de décès dus au virus en Saskatchewan.

Quatre personnes sont hospitalisées et 1 490 personnes se sont rétablies.

La province a enregistré un total de 1 601 cas de COVID-19.

Le premier ministre Scott Moe a déclaré sur Twitter que le nombre de cas dans la province s'améliorait et que la Saskatchewan avait le plus faible taux d'infections actives par habitant dans les Prairies.

Ce rapport par La Presse Canadienne a été publié la première fois le 25 août 2020

<https://nationalpost.com/pmnl/news-pmn/canada-news-pmn/saskatchewan-reports-no-new-covid-19-cases-for-the-first-time-in-more-than-2-months>

Canada

Selon un sondage mené par Statistique Canada, certaines Canadiennes et Canadiens s'inquiètent de l'innocuité du vaccin contre la COVID-19

ID : 1007705558

Source : winnipegfreepress.com

Dernière modification : 25 août 2020 14 h 33

OTTAWA - Un nouveau sondage mené par Statistique Canada indique que même si la grande majorité des Canadiennes et Canadiens recevaient un vaccin contre la COVID-19, si et quand celui-ci venait à être disponible, plus d'un sur dix ne le recevrait probablement pas.

Ce sondage intervient alors que les gouvernements du monde entier se précipitent pour mettre au point un vaccin contre cette maladie qui a infecté plus de 23 millions de personnes dans le monde, dont 126 000 au Canada.

Au rang des motifs invoqués par les personnes interrogées pour ne pas vouloir le vaccin figurent des inquiétudes quant à sa sécurité et à ses effets secondaires potentiels, tandis que certains ont déclaré ne pas faire confiance aux vaccins en général.

La D^{re} Theresa Tam, administratrice en chef de la santé publique du Canada, déclare que les autorités ont besoin de plus de renseignements sur les personnes qui s'inquiètent ou s'opposent à un vaccin, afin de s'assurer qu'elles disposent des renseignements appropriés sur la manière dont les vaccins sont approuvés.

Selon elle, même si des efforts sont déployés pour accélérer la mise au point d'un vaccin, le gouvernement fédéral ne prendra pas de raccourcis lorsqu'il s'agira de garantir la sécurité d'un vaccin contre la COVID-19 avant qu'il ne soit approuvé et distribué.

Tam se dit préoccupée par la désinformation qui se répand en ligne sur les vaccins. Elle ajoute que les entreprises d'Internet et des médias sociaux devraient avoir pour devoir de contrôler leurs domaines pour s'assurer que cela n'arrive pas.

Ce rapport de La Presse Canadienne a été publié la première fois le 25 août 2020.

<https://www.winnipegfreepress.com/arts-and-life/life/health/stats-canada-survey-suggests-some-canadians-worried-about-safety-of-covid-19-vaccine-572218052.html>

Canada

Un camp d'été maintient ses activités après qu'un enfant a été déclaré positif à la COVID-19

ID : 1007705988

Source : kitchenertoday.com

25 août

Le médecin en chef de la région affirme que, même si une éclosion a été détectée, l'exposition peut être suffisamment limitée pour permettre au camp de continuer.

Un enfant a été déclaré positif à la COVID-19 dans un camp d'été de la région.

La D^{re} Hsiu-Li Wang, médecin hygiéniste par intérim, a confirmé cette nouvelle mardi lors d'un point de presse hebdomadaire, mais a refusé de donner des renseignements supplémentaires sur l'enfant ou le camp lui-même pour des raisons de confidentialité.

Bien que le ministère de l'Éducation ait précisé qu'un cas dans un service de garde ou un camp de jour constitue une éclosion, le camp a été autorisé à poursuivre ses activités.

« La fermeture d'un tel établissement dépend de l'évaluation des expositions potentielles qui auraient pu se produire et de facteurs, comme la question de savoir si d'autres groupes ne seraient pas touchés s'ils disposaient d'un personnel suffisant pour continuer », a expliqué la D^{re} Wang.

Elle a également noté que le camp appliquait et continue d'appliquer une politique de masque facial, bien qu'il soit possible que l'enfant ait contracté le virus ailleurs.

« L'important est de s'assurer que toutes les familles et le personnel potentiellement touchés sont informés, et que la Direction de la santé publique assure le suivi des cas et des contacts ».

L'éclosion est la première de son genre dans la région. La Direction de la santé publique continue d'enquêter sur la manière dont l'enfant a contracté le virus.

<https://www.kitchenertoday.com/local-news/summer-camp-continues-to-run-after-child-tests-positive-for-covid-19-2663597>

Canada

Le Québec décide de ne pas utiliser l'application fédérale de notification COVID-19 pour le moment

ID : 1007705938

Source : CBC

Le ministre déclare que la province est prête à déployer une application pour smartphone si la situation s'aggrave.

Il y a 1 heure

Le Québec ne demandera pas à ses citoyens de télécharger l'application fédérale de notification COVID-19 pour le moment, a annoncé mardi après-midi le ministre responsable de la Transformation numérique, Éric Caire.

Le gouvernement estime que le système de traçage qu'il utilise actuellement est adéquat, étant donné qu'il y a eu une réduction du nombre de cas signalés dans la province.

Toutefois, M. Caire a déclaré que la province continuera à faire le travail logistique nécessaire pour déployer « immédiatement » une application si le ministère de la Santé le juge nécessaire.

Lancée par le gouvernement fédéral le 31 juillet - et jusqu'à présent opérationnelle seulement en Ontario - l'application Alerte COVID est conçue pour avertir les utilisateurs s'ils ont passé au moins 15 minutes au cours des deux dernières semaines à moins de deux mètres d'un autre utilisateur qui a ensuite été déclaré positif au coronavirus.

Selon Caire, le succès d'une telle application dépend de sa large utilisation par la population.

Il a déclaré que la province a appris, lors de consultations publiques et d'audiences législatives, qu'une bonne compréhension de la technologie utilisée dans l'application - elle repose sur la technologie Bluetooth pour détecter la proximité d'autres utilisateurs et ne recueille pas de données géographiques ou biométriques - rend les Québécois et Québécoises plus ouvertes à son installation.

« Plus on dira aux gens ce qu'elle fait et ce qu'elle ne fait pas, plus ils seront rassurés », a déclaré M. Caire.

Lors de consultations publiques en ligne, la province a entendu 16 456 Québécois et Québécoises sur l'utilisation d'une application de notification COVID-19. 77 % des personnes interrogées pensent qu'une telle application serait utile, et 75 % ont déclaré qu'elles l'installeraient.

L'application fédérale, qui fonctionne sur les appareils Apple et Android fabriqués au cours des cinq dernières années, a reçu des critiques positives de la part des défenseurs de la vie privée, mais des mythes persistent quant aux données qu'elle collecte - et ne collecte pas.

L'administrateur en chef de la santé publique du Canada, la D^{re} Theresa Tam, a déclaré mardi que 2,2 millions d'Ontariens et Ontariennes ont téléchargé l'application jusqu'à présent.

« Du point de vue fédéral, nous voulons que le plus grand nombre possible de Canadiennes et Canadiens participent », a-t-elle déclaré, ajoutant qu'il est « très, très utile » de veiller à ce que les personnes qui voyagent entre les provinces soient informées d'une éventuelle exposition au virus.

Les experts en technologie et en santé publique soulignent que plus il y aura de personnes qui l'utiliseront, mieux ce sera.

Mais la Commission des institutions, le comité législatif de la province chargé d'étudier l'utilité de l'application, a déclaré que les inconvénients l'emportaient sur les avantages.

« Le cadre juridique québécois est inadéquat en matière de protection des données et des renseignements personnels, d'accès à l'information, de consentement éclairé et de lutte contre la discrimination », indique le comité dans son rapport.

Les membres du comité ont reconnu que la quasi-totalité des 18 experts qui ont témoigné lors des auditions ont exprimé de sérieuses réserves quant à l'efficacité et à la fiabilité de ces technologies.

Les populations les plus vulnérables au virus sont celles qui auraient le moins accès aux applications, indique le rapport.

M. Caire a déclaré que la province continuerait à surveiller l'étendue de l'utilisation de l'application en Ontario, tandis que le Québec continue à effectuer ses propres tests.

Le premier ministre de l'Ontario, Doug Ford, a déclaré qu'il demanderait au premier ministre du Québec, François Legault, de revoir la position de son gouvernement.

« Faites-le. Il protège tout le monde », a-t-il déclaré aux journalistes mardi après-midi. « Ce n'est pas compliqué. »

<https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/federal-contact-tracing-app-quebec-1.5698725>

Canada

La majorité des élèves du Upper Canada District School Board assisteront en personne aux cours cet automne

Source : www.ottawamatters.com

ID unique : [1007704272](https://www.ottawamatters.com/local-news/majority-of-students-in-upper-canada-board-attending-class-in-person-this-fall-2662476)

L'UCDSB a reçu la confirmation de l'inscription d'environ 22 500 élèves. Voici les résultats du sondage concernant la manière dont les familles des enfants de l'UCDSB choisissent de poursuivre leurs études en septembre :

18 054 élèves sont confirmés pour une présence en personne à leur école locale

4 452 élèves sont confirmés pour l'enseignement à distance

3 184 élèves du primaire choisissent l'enseignement à distance pour la rentrée scolaire

1 268 élèves de la 9^e à la 12^e année ont choisi l'enseignement à distance

Quatre-vingt-cinq pour cent des parents ont rempli le formulaire d'inscription en ligne pour l'année scolaire 2020-2021.

Les parents qui souhaitent modifier leur choix doivent communiquer avec leur école cette semaine.

<https://www.ottawamatters.com/local-news/majority-of-students-in-upper-canada-board-attending-class-in-person-this-fall-2662476>

Canada

Sans nouveau financement fédéral, certaines Premières Nations de l'Ontario pourraient fermer des écoles jusqu'en 2021

Source : CBC News

ID unique : [1007703286](https://www.ottawamatters.com/local-news/majority-of-students-in-upper-canada-board-attending-class-in-person-this-fall-2662476)

Deux écoles secondaires des Premières Nations du nord-ouest de l'Ontario ne rouvriront pas en septembre en raison d'un manque de financement pour réduire le risque de transmission de la COVID-19, selon la nation Nishnawbe Aski (NAN).

Le centre éducatif de Pelican Falls, situé à proximité de Sioux Lookout, et le lycée Dennis Franklin Cromarty, situé à Thunder Bay, ont repoussé leur ouverture d'automne jusqu'à la fin du mois d'octobre, a déclaré le grand chef adjoint de la NAN, Derek Fox.

Sans financement supplémentaire et sans autres ressources pour mettre en place des protocoles de lutte contre la pandémie, certaines des 49 Premières Nations de la NAN pourraient annuler tout le premier semestre dans les écoles de leurs communautés, a déclaré Fox.

« C'est de la négligence. C'est de la discrimination », a-t-il déclaré, à propos de l'absence de réponse de la nation Nishnawbe Aski à une demande de financement de 33 millions de dollars pour répondre aux préoccupations liées à la COVID-19 dans les écoles.

Fox a déclaré que la proposition avait été soumise il y a environ deux mois, et il est découragé que les éducateurs, les parents et les élèves soient abandonnés à eux-mêmes à l'approche de la rentrée scolaire, d'autant plus que leurs pairs de toute la province reçoivent un soutien.

« Je pense à nos tout-petits et au fait qu'ils ne sont pas traités de la même manière que les autres élèves », a-t-il déclaré. « En tant que dirigeant et parent, c'est très frustrant. »

Le gouvernement de l'Ontario dépense 50 millions de dollars pour la mise à niveau des systèmes de ventilation et 18 millions de dollars pour l'apprentissage en ligne, en raison des inquiétudes concernant la sécurité des élèves pendant la pandémie de COVID-19. Les conseils scolaires provinciaux ont également accès à des fonds de réserve de 500 millions de dollars pour régler la question de l'éloignement physique et d'autres préoccupations.

Pendant ce temps, les dirigeants et les éducateurs des Premières Nations sont obligés de décider s'ils veulent ouvrir des écoles ayant les moyens de suivre les conseils de santé publique, a déclaré Fox.

Depuis le début de la pandémie, l'adhésion à des protocoles stricts dans les Premières Nations a permis de maintenir le taux d'infection à la COVID-19 chez les personnes vivant dans les réserves à environ un quart du taux de la population canadienne en général.

Comment faire pour que les élèves soient à la fois en sécurité et heureux?

Mais il y a un coût à tout cet isolement, a déclaré Fox.

« Les enfants sont impatients de sortir après avoir été isolés pendant si longtemps », a déclaré Fox.

« Nous savons que c'est bon pour leur santé mentale, mais nous devons trouver un équilibre. Comment faire pour que les élèves soient à la fois en sécurité et heureux? C'est le gros défi. »

Les retards dans l'ouverture des écoles entraveront les efforts visant à améliorer les résultats des élèves après des décennies de sous-financement fédéral des écoles des Premières Nations, dans l'ombre du système des pensionnats, a déclaré Fox.

Environ 44 % des membres des Premières Nations vivant dans les réserves (âgés de 18 à 24 ans) ont terminé leurs études secondaires, comparativement à 88 % pour les autres Canadiennes et Canadiens, selon les Services aux Autochtones Canada.

« Cet écart énorme ne fera que s'accroître », a déclaré Fox.

Services aux Autochtones Canada a déclaré qu'il travaillait sur une réponse aux questions de CBC News concernant la proposition de financement de la nation Nishnawbe Aski.

Fox a déclaré qu'il craignait que la réponse soit que chaque Première Nation doive soumettre ses propres propositions, ce qui, selon lui, constituera un fardeau pour les administrateurs scolaires et retardera encore plus les ouvertures d'écoles.

La proposition de la nation Nishnawbe Aski est distincte d'un plan soumis par le Matawa First Nations Management pour un montant de plus de 25 millions de dollars, même si les communautés Matawa font partie de la NAN.

Fox a déclaré que la proposition de Matawa comprend le financement des infrastructures, alors que la NAN a mis l'accent principalement sur les coûts de fonctionnement et d'entretien, tels que le nettoyage accru des écoles et des bus, l'acheminement de matériel par avion pour soutenir l'éloignement physique et l'embauche de personnel supplémentaire nécessaire pour les classes plus petites.

La NAN soutient la proposition de Matawa, a déclaré Fox.

<https://www.cbc.ca/news/canada/thunder-bay/without-new-federal-funding-some-ontario-first-nations-may-close-schools-until-2021-1.5698124?cmp=rss>

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

États-Unis

Débarquements des membres d'équipage des navires de croisière

Source : CDC

Mis à jour le 25 août 2020

Depuis que l'interdiction de naviguer a été prolongée le 15 avril, puis une seconde fois le 16 juillet, le CDC a collaboré avec les compagnies de croisière pour aider des milliers de membres d'équipage à rentrer chez eux en toute sécurité.

Le débarquement en toute sécurité des membres d'équipage a inclus l'obligation pour les compagnies de croisière de présenter une attestation signée et d'utiliser des moyens de transport non commerciaux pour leurs membres d'équipage. La liste de cette page fournit les renseignements les plus récents sur les compagnies de croisière qui ont soumis les attestations signées ayant reçu l'approbation du CDC pour débarquer en toute sécurité les équipages au moyen de transports non commerciaux. Cette liste est mise à jour lorsque de nouvelles attestations non commerciales sont approuvées.

Le CDC aide les voyageurs de navires de croisière
Découvrez ce que réalise le CDC pour aider les voyageurs de navires de croisière pendant la pandémie de COVID-19.

Les navires qui disposent de plans d'intervention complets et précis, conformément à l'ordonnance d'interdiction de croisières, pour protéger les membres d'équipage contre la COVID-19 peuvent désormais débarquer les membres d'équipage pour des voyages non commerciaux sans attestation signée. Les responsables des compagnies de croisières doivent signer une reconnaissance de l'exhaustivité et de l'exactitude de leurs plans d'intervention.

Les navires qui souhaitent débarquer des membres d'équipage au moyen des voyages commerciaux devront remplir certaines conditions d'admissibilité supplémentaires. Pour de plus amples renseignements, consultez le document d'orientation provisoire.

Débarquements médicaux d'urgence

Le CDC continuera à soutenir les évacuations médicales d'urgence des équipages dans les eaux et les ports américains, par ambulance aérienne ou terrestre. Les évacuations médicales d'urgence doivent être coordonnées avec la garde côtière américaine et l'installation médicale d'accueil et ne nécessitent pas l'approbation du CDC. Le CDC a notifié à toutes les compagnies de croisière ainsi qu'aux partenaires fédéraux, étatiques et locaux que l'ordonnance d'interdiction de croisières du 15 avril n'empêchera pas les membres d'équipage de recevoir des soins médicaux d'urgence.

Foire aux questions

Débarquements des membres d'équipage de navires de croisière approuvés par le CDC (du 15 avril 2020 - à ce jour)
Mise à jour le 10 août 2020

Débarquements des membres d'équipage de navires de croisière approuvés par le CDC (du 15 avril 2020 - à ce jour)

Nom du navire	Compagnie de croisière	Société mère	Date de soumission	Nombre de membres d'équipage touchés
Nom du navire	Compagnie de croisière	Société mère	Date de soumission	Nombre de membres d'équipage touchés
Norwegian Jewel	Norwegian Cruise Line	Norwegian Cruise Line Holdings	07-08-20201	États-Unis
Norwegian Bliss	Norwegian Cruise Line	Norwegian Cruise Line Holdings	29-07-20201	États-Unis
Norwegian Spirit	Norwegian Cruise Line	Norwegian Cruise Line Holdings	28-07-20201	États-Unis
Norwegian Encore	Norwegian Cruise Line	Norwegian Cruise Line Holdings	27-07-20201	Panama
Norwegian Epic	Norwegian Cruise Line	Norwegian Cruise Line Holdings	27-07-20201	Guyane
Norwegian Epic	Norwegian Cruise Line	Norwegian Cruise Line Holdings	27-07-20202	Panama
Seven Seas Explorer	Regent Seven Seas Cruises	Norwegian Cruise Line Holdings	27-07-20201	Panama
Norwegian Epic	Norwegian Cruise Line	Norwegian Cruise Line Holdings	23-07-2020141	Île Maurice
Norwegian Epic	Norwegian Cruise Line	Norwegian Cruise Line Holdings	23-07-20202	Royaume-Uni
Norwegian Sun	Norwegian Cruise Line	Norwegian Cruise Line Holdings	23-07-20202	Royaume-Uni

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/travelers/cruise-ship/cruise-ship-member-disembarkations.html>

États-Unis

FDA Des données sur le plasma sanguin « présentées de façon tout à fait inexacte », selon les scientifiques

Source : NY Times
ID unique : [1007703588](#)

De nombreux experts - dont un scientifique ayant travaillé sur l'étude de la clinique Mayo - ont été déconcertés par la provenance d'une statistique essentielle.

Le Dr Stephen M. Hahn, commissaire de la FDA, a déclaré à tort dimanche que le plasma de convalescence aurait permis de sauver 35 % des patients atteints de coronavirus cette année. Crédit... Oliver Contreras pour le New York Times

Lors d'une conférence de presse tenue dimanche pour annoncer l'approbation d'urgence du plasma sanguin pour les patients hospitalisés atteints de COVID-19, le président Trump et deux de ses principaux responsables de la santé ont cité la même statistique : le traitement avait réduit les décès de 35 %.

Trump a qualifié ce chiffre de « formidable ». Son secrétaire à la Santé et aux Services à la personne, Alex M. Azar II, un ancien cadre pharmaceutique, a déclaré : « Je ne veux pas que vous dissimuliez ce nombre ». Et le Dr Stephen M. Hahn, le commissaire de la Food and Drug Administration, a déclaré que 35 patients sur 100 atteints de COVID-19 « auraient été sauvés grâce à l'administration de plasma ». Mais les scientifiques ont été surpris par la façon dont l'administration a encadré ces données, qui semblent avoir été calculées sur la base d'un petit sous-groupe de patients hospitalisés en raison de la COVID-19 dans le cadre d'une étude menée par la clinique Mayo : les personnes âgées de moins de 80 ans, qui n'étaient pas sous respirateur, recevaient du plasma dont on savait qu'il contenait des niveaux élevés d'anticorps utilisés pour lutter contre le virus dans les trois jours suivant le diagnostic. De plus, de nombreux experts - dont un scientifique ayant travaillé sur l'étude de la clinique Mayo - ont été déconcertés par la provenance de ces statistiques. Le nombre n'était pas mentionné dans la lettre d'autorisation officielle délivrée par l'organisme ni dans une note de 17 pages rédigée par des scientifiques de la FDA. Ce n'est pas une analyse menée par la clinique Mayo qui a été fréquemment citée par l'administration.

« Pour la toute première fois, j'ai le sentiment que les fonctionnaires des communications et le commissaire de la FDA ont grossièrement déformé les données concernant une thérapie », a déclaré le Dr Walid Gellad, qui dirige le Centre pour la politique pharmaceutique et la prescription à l'Université de Pittsburgh.

C'est particulièrement inquiétant, a-t-il déclaré, étant donné les préoccupations concernant la façon dont Trump a semblé politiser le processus d'approbation des traitements et des vaccins contre le coronavirus. Au cours des deux prochains mois, à mesure que les données des essais cliniques des vaccins seront disponibles, la sécurité de millions de personnes dépendra du jugement scientifique de la FDA. « C'est un problème s'ils commencent à exagérer les données », a déclaré le Dr Gellad. « C'est le grand problème. »

Lorsqu'on lui a demandé d'où provenait ce chiffre de 35 %, une porte-parole de l'organisme a d'abord dirigé un journaliste vers un graphique de statistiques de survie enfoui dans la demande d'autorisation d'urgence de l'administration Trump. Le graphique, analysant le même minuscule sous-ensemble de patients de l'étude de la clinique Mayo, ne comportait pas de chiffres, mais il semblait indiquer une probabilité de survie à 30 jours d'environ 63 % chez les patients ayant reçu du plasma avec un faible niveau d'anticorps, comparativement à environ 76 % chez ceux ayant reçu un niveau élevé d'anticorps. Voir d'autres mises à jour

Plus de couverture en direct : Marchés

Lundi, le Dr Peter Marks, directeur du Centre d'évaluation et de recherche sur les produits biologiques de la FDA, a déclaré que l'organisme a examiné les études publiées sur le plasma et a effectué sa propre analyse des données du programme de la clinique Mayo pour les patients hospitalisés ayant reçu du plasma. Bien que l'ampleur des avantages varie, il a déclaré dans un communiqué qu'il « semble y avoir une amélioration relative d'environ 35 % des taux de survie des patients » qui ont reçu du plasma avec des niveaux d'anticorps plus élevés par rapport à ceux plus faibles.

« Compte tenu du profil d'innocuité observé, l'ensemble des preuves concernant l'efficacité potentielle a plus que satisfait à la norme "peut être efficace" en vue de l'octroi d'une autorisation d'utilisation d'urgence », a-t-il ajouté.

Le plasma de convalescence, le liquide jaune pâle qui reste après que le sang ait été dépouillé de ses globules rouges et blancs, a fait l'objet pendant des mois de l'enthousiasme de scientifiques, de célébrités et de Trump, dans le cadre de la campagne de l'administration pour les traitements contre les

coronavirus comme palliatifs pendant que les sociétés pharmaceutiques font la course pour terminer des dizaines d'essais cliniques pour les vaccins contre les coronavirus.

Image

Don de plasma de convalescence dans une banque de sang à Seattle cette année. Crédit... Karen Ducey/Getty Images

Bien qu'il y ait eu quelques signes positifs indiquant qu'il peut réduire le nombre de décès chez les patients atteints de la COVID-19, aucun essai randomisé n'a prouvé son efficacité. Un programme d'accès populaire mis en place ce printemps par la FDA et géré par la clinique Mayo a permis de fournir le traitement à plus de 70 000 personnes, mais il a également, selon certains chercheurs, empêché l'inscription aux essais randomisés plus rigoureux qui pourraient prouver définitivement son efficacité. L'autorisation d'urgence délivrée dimanche élargit cet accès.

Les statisticiens et les scientifiques ont déclaré que le Dr Hahn, en affirmant lors de la conférence de presse que 35 patients malades sur 100 auraient été sauvés en recevant du plasma, semblait avoir surestimé les avantages.

Le Dr Robert Califf, qui était commissaire de la FDA sous le président Barack Obama, a déclaré sur Twitter dimanche que le Dr Hahn devrait corriger sa déclaration.

Les données publiées par la clinique Mayo montrent que, dans le groupe plus large de plus de 35 000 patients, lorsque le plasma a été administré dans les trois jours suivant le diagnostic, le taux de mortalité était d'environ 22 %, comparativement à 27 % lorsqu'il a été administré quatre jours ou plus suivant le diagnostic.

Le Dr Eric Topol, professeur de médecine moléculaire à Scripps Research à La Jolla, en Californie, et expert de longue date en matière d'essais cliniques, a déclaré que le plasma de convalescence n'a pas encore montré les avantages décrits par le Dr Hahn - et qu'il devrait apporter une correction.

« Il doit le faire, et tant qu'il ne l'aura pas fait, il n'aura aucune crédibilité en tant que commissaire de la FDA. », a déclaré le Dr Topol.

Mis à jour le 24 août 2020

Quels sont les symptômes du coronavirus?

Au début, le coronavirus semblait être principalement une maladie respiratoire - de nombreux patients avaient de la fièvre et des frissons, étaient faibles et fatigués et toussaient beaucoup. Les personnes qui semblaient les plus malades avaient une pneumonie ou un syndrome de détresse respiratoire aiguë - qui a fait chuter leur taux d'oxygène dans le sang - et recevaient un supplément d'oxygène. Dans les cas graves, ces personnes étaient placées sous assistance respiratoire pour les aider à respirer. À ce jour, les médecins ont recensé beaucoup plus de symptômes et de syndromes. (Et certaines personnes ne présentent pas du tout beaucoup de symptômes). En avril, le CDC a ajouté à la liste des signes précurseurs le mal de gorge, la fièvre, les frissons et les douleurs musculaires. Des troubles gastro-intestinaux, tels que diarrhées et nausées, ont également été observés. Un autre signe révélateur de l'infection peut être une diminution soudaine et profonde de l'odorat et du goût. Les adolescents et les jeunes adultes ont parfois développé des lésions rouges et violettes douloureuses sur leurs doigts et leurs orteils - surnommées « orteil COVID » - mais ont développé peu d'autres symptômes graves. Les cas plus graves peuvent entraîner une inflammation et des lésions organiques, même sans difficulté respiratoire. Il y a eu des cas de caillots sanguins dangereux, d'accidents vasculaires cérébraux et de déficiences cérébrales.

Pourquoi est-il utile de se tenir à un mètre des autres?

Le coronavirus se propage principalement par les gouttelettes provenant de la bouche et du nez, surtout lorsque vous toussiez ou éternuez. Le CDC, l'une des organisations utilisant cette mesure, fonde sa recommandation de six pieds sur l'idée que la plupart des grosses gouttelettes que les gens expulsent lorsqu'ils toussent ou éternuent tomberont sur le sol dans un rayon de six pieds. Mais deux mètres n'a jamais été un chiffre magique qui garantit une protection complète. Selon une étude récente, les éternuements peuvent projeter des gouttelettes à une distance bien supérieure à six pieds. C'est une règle empirique : vous devriez être le plus en sécurité en vous tenant à six pieds de distance à l'extérieur, surtout quand il y a du vent. Mais gardez un masque en permanence, même si vous pensez être suffisamment éloigné.

J'ai des anticorps. Suis-je maintenant immunisé?

Pour l'instant, cela semble probable, pour au moins plusieurs mois. Il y a eu des récits effrayants de personnes souffrant de ce qui semble être une seconde crise de COVID-19. Mais les experts affirment que ces patients peuvent avoir eu un processus d'infection prolongé, car le virus peut évoluer lentement

pendant des semaines, voire des mois, après l'exposition initiale. Les personnes infectées par le coronavirus produisent généralement des molécules immunitaires appelées anticorps, qui sont des protéines protectrices fabriquées en réponse à une infection. Ces anticorps peuvent ne durer dans l'organisme que deux à trois mois, ce qui peut sembler inquiétant, mais c'est parfaitement normal après la disparition d'une infection aiguë, a déclaré le Dr Michael Mina, immunologiste à l'Université Harvard. Il est possible de contracter à nouveau le coronavirus, mais il est très peu probable que cela soit possible dans un court laps de temps après l'infection initiale ou que cela rende les gens plus malades la deuxième fois.

Je suis propriétaire d'une petite entreprise. Puis-je être soulagé?

Le projet de loi de relance économique adopté en mars dernier permet d'offrir une aide aux millions de petites entreprises américaines. Les personnes admissibles à l'aide sont les entreprises et les organisations à but non lucratif comptant moins de 500 travailleurs, y compris les entreprises individuelles, les entrepreneurs indépendants et les pigistes. Certaines grandes entreprises de certains secteurs y sont également admissibles. L'aide offerte, qui est gérée par la Small Business Administration, comprend le programme de protection des salaires (Paycheck Protection Program) et le programme de prêt « catastrophe économique » (Economic Injury Disaster Loan program). Mais beaucoup de gens n'ont pas encore vu les paiements. Même les personnes qui ont reçu de l'aide sont confuses : les règles sont draconiennes, et certains sont bloqués sur de l'argent qu'ils ne savent comment utiliser. De nombreux propriétaires de petites entreprises obtiennent moins que ce qu'ils attendaient ou n'entendent rien du tout.

Quels sont mes droits si je crains de retourner au travail?

<https://www.nytimes.com/2020/08/24/health/fda-blood-plasma.html>

États-Unis

Le chef de la FDA américaine présente ses excuses pour avoir exagéré les effets du plasma sur le virus

Source : CTVNews.ca

ID unique : [1007704281](#)

WASHINGTON -- Répondant à un tollé d'experts en médecine, le commissaire Stephen Hahn de la Food and Drug Administration a présenté ses excuses mardi pour avoir exagéré les bienfaits du traitement des patients atteints de la COVID-19 à l'aide du plasma de convalescence.

Les scientifiques et les experts en médecine se sont élevés contre les affirmations concernant le traitement depuis l'annonce faite dimanche par le président Donald Trump selon laquelle la FDA avait décidé d'émettre une autorisation d'urgence pour le plasma de convalescence riche en anticorps, prélevé sur des patients ayant guéri du coronavirus.

Trump a salué cette décision comme une percée historique, même si la valeur du traitement n'a pas été établie. L'annonce faite par Trump, à la veille de la convention nationale républicaine, a suscité des soupçons quant à sa motivation politique pour contrebalancer les critiques sur la manière dont le président a géré la pandémie.

Abonnement au bulletin d'information : recevez le bulletin sur la COVID-19 envoyé à votre boîte de réception

Hahn s'était fait l'écho de Trump en déclarant que 35 personnes sur 100 survivraient au coronavirus si elles étaient traitées avec le plasma. Cette affirmation a largement surestimé les résultats préliminaires des observations de la clinique Mayo.

Le mea culpa de Hahn arrive à un moment critique pour la FDA qui, sous la pression intense de la Maison-Blanche, est chargée de décider si les prochains vaccins sont sûrs et efficaces pour prévenir la COVID-19.

Ce chiffre de 35 % a été condamné par d'autres scientifiques et certains anciens responsables de la FDA, qui ont demandé à Hahn de rectifier ses propos.

« J'ai été critiqué pour les remarques que j'ai faites dimanche soir sur les bienfaits du plasma de convalescence. La critique est entièrement justifiée. Ce que j'aurais dû mieux dire, c'est que les données montrent une réduction relative du risque et non une réduction absolue du risque », a gazouillé Hahn.

La FDA a pris la décision sur la base des données recueillies par la clinique Mayo auprès des hôpitaux du pays qui utilisaient du plasma sur des patients de manière extrêmement variable – et il n'y avait pas de groupe de comparaison de patients non traités, ce qui signifie qu'aucune conclusion ne peut être tirée

sur la survie globale. Les personnes qui ont reçu du plasma avec les niveaux les plus élevés d'anticorps ont obtenu de meilleurs résultats que celles qui ont reçu du plasma avec moins d'anticorps, et celles traitées plus tôt après le diagnostic ont obtenu de meilleurs résultats que celles traitées plus tard. Hahn et d'autres responsables de l'administration Trump ont présenté la différence comme un avantage de survie absolu, plutôt que comme une différence relative entre deux groupes de traitement. D'anciens responsables de la FDA ont déclaré que l'erreur était inexcusable, en particulier pour un spécialiste du cancer comme Hahn.

« C'est extraordinaire pour moi qu'une personne impliquée dans des essais cliniques puisse faire cette erreur », a déclaré le Dr Peter Lurie, un ancien fonctionnaire de la FDA sous l'administration Obama qui dirige désormais le Centre à but non lucratif pour la science dans l'intérêt public. « C'est époustoufflant ». L'avantage de 35 % a été répété par le secrétaire à la Santé et aux Services sociaux Alex Azar lors du briefing de dimanche et promu sur Twitter par l'équipe de communication de la FDA. Le numéro n'apparaissait pas dans la lettre officielle de la FDA justifiant l'autorisation d'urgence.

Hahn a travaillé pour renforcer la confiance dans le processus scientifique de l'agence, déclarant dans des entretiens et des articles que la FDA n'approuvera qu'un vaccin qui répond aux normes prédéfinies de sécurité et d'efficacité.

Lurie a déclaré que la performance de Hahn lors de la conférence de presse a miné sa crédibilité, en particulier auprès du personnel de la FDA.

« Je pense qu'au sein de l'organisme, sa crédibilité est massivement réduite en conséquence », a déclaré Lurie.

Hahn a repoussé mardi matin contre les suggestions selon lesquelles l'annonce du plasma était programmée pour stimuler Trump avant la convention républicaine.

« Les professionnels et les scientifiques de la FDA ont pris cette décision indépendamment, et je les soutiens totalement », a déclaré Hahn, apparaissant sur *CBS This Morning*.

Trump a récemment accusé certains membres du personnel de la FDA, sans preuve, de bloquer délibérément de nouveaux traitements « pour des raisons politiques ». Et le chef de cabinet de Trump, Mark Meadows, a déclaré au cours du week-end que les scientifiques de la FDA « ont besoin de ressentir la chaleur ».

L'administration a investi de vastes ressources dans la course à un vaccin, et les collaborateurs de Trump espèrent que des progrès rapides pourraient aider le président à l'approche des élections de novembre.

Lors du briefing de dimanche, Hahn n'a pas corrigé la description de Trump de la décision réglementaire comme une « percée ». Il n'a pas non plus contredit l'affirmation non étayée de Trump selon laquelle un effort « d'État profond » au sein de l'agence s'efforçait de ralentir les approbations.

D'anciens responsables de la FDA ont déclaré que la pression politique et les attaques contre la FDA comportaient un risque énorme de saper la confiance dans l'agence au moment où elle en avait le plus besoin. Un vaccin ne sera efficace contre le virus que s'il est largement utilisé par la population américaine.

« Je pense que la pression constante, les insultes, la perception que les décisions sont prises sous pression sont préjudiciables », a déclaré le Dr Jesse Goodman de l'Université Georgetown, qui était auparavant scientifique en chef de la FDA. « Nous avons besoin que le peuple américain ait pleinement confiance dans la sécurité des médicaments et des vaccins ».

Le plasma de convalescence est une approche centenaire du traitement de la grippe, de la rougeole et d'autres virus. Mais les preuves jusqu'à présent n'ont pas été concluantes quant à son efficacité, au moment de son administration et à la dose nécessaire.

L'autorisation d'urgence de la FDA devrait augmenter sa disponibilité dans d'autres hôpitaux. Mais plus de 70 000 Américains ont déjà reçu la thérapie dans le cadre du programme « d'accès élargi » de la FDA. Ce programme suit la réponse des patients, mais ne peut pas prouver si le plasma a joué un rôle dans leur rétablissement.

Certains scientifiques craignent que l'accès élargi de la FDA au traitement ne rende plus difficile la réalisation d'études visant à déterminer si le traitement fonctionne réellement. Ces études nécessitent de randomiser les patients pour recevoir du plasma ou une perfusion factice.

<https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/u-s-fda-chief-apologizes-for-overstating-plasma-effect-on-virus-1.5078192>

Annnonce au titre du Règlement sanitaire international (RSI)

OMS : Invitation à participer à la séance d'information des États membres COVID-19, le jeudi 27 août 2020 (12 h 30-14 h 30), en salle virtuelle (Zoom)

Annnonce affichée à compter du mercredi 26 août 2020 - 12 h 20

*Objet : **Séance d'information sur la COVID-19***

*Date et heure : le **27 août 2020, à 12 h 30**, à Amsterdam, Berlin, Rome, Stockholm, Vienne*

Rejoindre la réunion sur Zoom

<https://who.zoom.us/j/96241463521>

Identifiant de la réunion : 962 4146 3521

*Code d'accès : **Man!C1ty***

Composez selon votre emplacement

+41 22 591 00 05 Suisse

+1 646 558-8656 É.-U. (New York)

1 213 338-8477 US (Los Angeles)

Identifiant de la réunion : 962 4146 3521

*Code d'accès : **72651111***

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

Rejoignez par SIP

96241463521@zoomcrc.com

*Code d'accès : **72651111***

OPS

L'OPS demande aux pays de renforcer la recherche des contacts et les systèmes de données alors que la région commence à rouvrir

25 août 2020

Les infections par la COVID-19 ayant doublé, des mesures locales intelligentes sont nécessaires pour ralentir la propagation

Washington D.C., 25 août 2020 (OPS) - **Les cas de COVID-19 ayant plus que doublé dans la région des Amériques ces dernières semaines, le renforcement de la recherche des contacts et de la gestion des données est essentiel, dans la mesure où nombreux pays rouvrent leurs activités.**

Le nombre de nouvelles infections par la COVID-19 signalées dans les Amériques a plus que doublé, passant de 5,3 millions le 1^{er} juillet à plus de 12 millions de cas aujourd'hui

« Les soins de santé primaires devraient être au centre de la réponse : identifier les cas, agir pour contenir la transmission et fournir des soins en temps utile dans la communauté », a déclaré le directeur de l'Organisation panaméricaine de la santé, la D^{re} Carissa F. Etienne, lors d'une conférence de presse aujourd'hui. « Les autorités sanitaires locales ont un rôle central à jouer dans la production et l'analyse des données, afin d'adapter les mesures de santé publique à la réalité de chaque région ».

Notant qu'au cours des 6 dernières semaines, les décès dans la région ont doublé. « Nous ne pouvons pas arrêter toute transmission, mais si les pays restent vigilants et élargissent les tests et la surveillance, ils peuvent mieux identifier les pics de cas et agir rapidement pour les contenir avant qu'ils ne se répandent de façon incontrôlable », a déclaré la D^{re} Etienne.

Malgré l'augmentation du nombre de cas, les pays ont progressivement assoupli les restrictions, les activités commerciales ont repris et certains se préparent à retourner à l'école. « Dans beaucoup trop d'endroits, il semble y avoir un décalage entre les politiques mises en œuvre et ce que nous disent les courbes épidémiologiques. Ce n'est pas bon signe. Souhaiter que le virus disparaisse ne fonctionnera pas, cela ne fera qu'augmenter le nombre de cas, comme nous l'avons vu au cours des six dernières semaines », a déclaré Etienne.

« Nous disposons aujourd'hui de bons outils : des données qui indiquent où se trouvent les points chauds, des protocoles de recherche des contacts pour ralentir la retransmission et des mesures de santé publique susceptibles de réduire le risque d'exposition. Nous disposerons d'outils encore plus performants à l'avenir : des tests améliorés, des traitements plus efficaces et même des vaccins. Les gouvernements nationaux et locaux doivent être stratégiques quant à la manière dont ils utilisent ces outils - anciens et nouveaux - pour obtenir les résultats souhaités », a-t-elle déclaré.

Incidence de la COVID-19 sur les jeunes

Les données provenant de l'ensemble du continent américain montrent que la majorité des cas sont signalés chez les personnes âgées de 20 à 59 ans, et que près de 70 % des décès sont signalés chez les personnes de plus de 60 ans.

« Cela signifie que les jeunes sont les principaux moteurs de la propagation de la maladie dans notre région. De nombreux jeunes qui contractent le virus ne tombent pas malades ou n'ont pas besoin d'un lit en soins intensifs, mais ils peuvent le transmettre à d'autres personnes qui auront besoin d'un lit en soins intensifs. Cela nous rappelle brutalement que vaincre la COVID-19 est une responsabilité partagée - non seulement entre les pays et les régions, mais aussi entre les personnes, les voisins et les communautés », a ajouté Etienne.

« Si vous ne prenez pas les bonnes mesures pour assurer votre propre sécurité, vous mettez la vie des autres en danger », a-t-elle averti.

Préoccupations et signes encourageants

La D^{re} Etienne s'est dit préoccupée par les nouvelles infections dans les Caraïbes alors que les pays ouvrent leurs frontières. Si les îles des Caraïbes ont évité des épidémies majeures grâce à une forte volonté politique et à un savant dosage de mesures de santé publique, « maintenant que les voyages aériens non essentiels reprennent dans toute la région, plusieurs pays signalent des pics de cas ».

Il y a deux semaines, les Bahamas ont enregistré une augmentation de 60 % par rapport à la semaine précédente, tandis que Saint-Martin, Trinité-et-Tobago et les îles Vierges américaines ont toutes signalé une hausse de 25 %.

« Ce n'est pas seulement le tourisme qui en est la cause, mais aussi les citoyens qui rentrent chez eux après le confinement obligatoire. Nous savons que les pays qui dépendent du tourisme ne peuvent pas rester fermés indéfiniment, mais lorsqu'ils rouvriront, ils devront utiliser toutes les ressources disponibles pour réduire les risques pour leur population », a-t-elle déclaré.

« L'une des stratégies les plus efficaces dont nous disposons est la recherche des contacts », comme le montrent les travaux visant à stopper la chaîne de transmission par l'entremise de la recherche des contacts pour suivre tous les nouveaux cas et limiter la propagation du virus en Dominique, aux Bahamas, en Argentine, au Guatemala et au Suriname, a-t-elle déclaré.

« Cela leur a donné le temps de préparer leurs systèmes pour ce moment-là, et ils se sont dotés des moyens nécessaires pour identifier les cas et retrouver les personnes qui ont pu être exposées. »

La D^{re} Etienne a cité d'autres exemples où les bonnes stratégies peuvent infléchir la courbe de la pandémie. « Pas plus tard qu'en juin, les infections au Chili augmentaient rapidement. Les autorités nationales ont donc examiné les données et ont adapté leur approche : en étendant considérablement les tests, en isolant les cas et en déployant des ordonnances de rester chez soi dans les zones les plus touchées. Cela a fonctionné. Depuis six semaines maintenant, le Chili a vu la propagation de la COVID-19 perdre de la vitesse et signale moins de cas », a-t-elle déclaré.

Le Costa Rica a connu une faible transmission lorsqu'il a mis en œuvre des ordonnances de rester chez soi et a profité de l'occasion pour se préparer, en élargissant les services de dépistage et les capacités hospitalières.

« Même s'il y a maintenant de nouveaux cas, leurs services de santé s'en sortent bien. Ces exemples prouvent que si nous employons des approches fondées sur les données probantes, nous pouvons finalement surmonter cette crise, même dans les endroits où les cas sont en augmentation », a-t-elle déclaré.

« Ce virus va être avec nous pendant un certain temps. Sans vaccin, il sera avec nous pendant des années. Ce ne sera pas un combat que l'on gagne une fois, mais un combat qui se déroulera sur plusieurs rounds. C'est pourquoi nous devons appliquer les leçons tirées des endroits qui ont contrôlé le virus et laisser les données guider nos actions », a ajouté Etienne.

<https://www.paho.org/en/news/25-8-2020-paho-asks-countries-reinforce-contact-tracing-and-data-systems-region-starts-reopen>

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

Brésil

Des scientifiques brésiliens enquêtent sur 20 cas suspects de réinfection par le coronavirus au Brésil

ID : 1007705551

Source : O Dia

Résumé São Paulo - En plus de la première réinfection à la COVID-19 chez un homme de Hong Kong, les institutions brésiliennes enquêtent sur 20 cas possibles de seconde contamination. La semaine dernière, l'Hospital das Clínicas a annoncé qu'il avait réservé un service de soins uniquement aux patients suspectés d'une nouvelle contamination à la COVID-19. C'est le cas de l'infirmière de Ribeirão Preto, qui a déclaré avoir eu des symptômes 38 jours après sa prétendue guérison.

Après la confirmation de la réinfection chez un homme de Hong Kong, les scientifiques s'interrogent sur la mutation du virus et les risques dans la recherche de vaccins

São Paulo - En plus de la première réinfection à la COVID-19 chez un homme de Hong Kong, les institutions brésiliennes enquêtent sur 20 cas possibles de seconde contamination. **Des enquêtes sont menées par l'Université de São Paulo (USP) et la Fondation Oswaldo Cruz (Fiocruz).**

Environ 16 des cas suspects se trouvent à São Paulo, tandis que les quatre autres proviennent de Rio de Janeiro. La semaine dernière, l'Hospital das Clínicas a annoncé qu'il avait réservé un service de soins uniquement aux patients suspectés d'une nouvelle contamination à la COVID-19.

Le premier cas de réinfection par le nouveau coronavirus a été signalé par l'USP. C'est le cas de l'infirmière de Ribeirão Preto, qui a déclaré avoir eu des symptômes 38 jours après sa prétendue guérison.

Cinq jours après avoir ressenti un malaise, de la fièvre, un mal de gorge, une perte de goût et d'odorat, des maux de tête et des douleurs musculaires, elle est revenue à un test positif à la COVID-19. Les symptômes ont persisté pendant 12 jours, et elle a été à nouveau testée positive.

La nouvelle contamination de patients qui avaient déjà contracté la COVID-19 pourrait avoir des répercussions sur la recherche d'un vaccin, car cela pourrait impliquer une faible création d'anticorps chez certaines personnes.

Ainsi, il est possible qu'une seule dose ne soit pas efficace contre la maladie chez certains organismes. Il est également possible que, face à une mutation, la recherche soit compromise.

<https://gphin.canada.ca/cepr/showarticle.jsp?docId=1007705551>

Allemagne

Une étude révèle 2,6 fois plus de cas COVID-19 en Allemagne du Sud qu'auparavant

Source : UrduPoint News

ID : 1007706505

Une étude menée par l'institut allemand Robert Koch a révélé que la municipalité bavaroise de Bad Feilnbach compte 2,6 fois plus de cas de COVID-19 que ce qui a été confirmé précédemment, a déclaré l'institut mardi. L'étude a été menée du 23 juin au 4 juillet, avec un échantillon de 2 153 personnes âgées de plus de 18 ans. Une étude menée par l'institut allemand Robert Koch a révélé que la municipalité bavaroise de Bad Feilnbach compte 2,6 fois plus de cas de COVID-19 que ce qui a été confirmé précédemment, a déclaré l'institut mardi.

Une étude menée par l'institut allemand Robert Koch a révélé que la municipalité bavaroise de Bad Feilnbach compte 2,6 fois plus de cas de COVID-19 que ce qui a été confirmé précédemment, a déclaré l'institut mardi.

MOSCOU (UrduPoint News / Spoutnik - 25 août 2020) Une étude menée par l'institut allemand Robert Koch a révélé que la municipalité bavaroise de Bad Feilnbach compte 2,6 fois plus de cas de COVID-19 que ce qui a été confirmé précédemment, a déclaré l'institut mardi.

L'étude a été menée du 23 juin au 4 juillet, avec un échantillon de 2 153 personnes âgées de plus de 18 ans.

« Au cours des recherches, nous avons détecté 2,6 fois plus de cas d'infection que ce qui était connu jusqu'à présent à Bad Feilnbach », a déclaré l'institut dans un communiqué.

L'institut a également confirmé que 6 % de la population adulte de la commune développent des anticorps anti-SARS-CoV-2. Dans le même temps, 39,9 % des personnes interrogées, qui ont déclaré avoir été déclarées positives à la COVID-19, ne développaient pas d'anticorps.

L'Allemagne a confirmé un total de 234 853 cas, dont 9 277 décès.

<https://www.urdupoint.com/en/world/study-finds-26-times-more-covid-19-cases-in-1011296.html>

Royaume-Uni

Une femme du Nottinghamshire, âgée de 75 ans, pourrait être la première victime connue de COVID-19 au Royaume-Uni

ID : 1007705954

Source : theguardian.com

Mardi 25 août 2020 BST

Des analyses scientifiques indiquent que le coronavirus se serait propagé au Royaume-Uni quelques semaines plus tôt que ce qu'ils pensaient.

Les scientifiques pensent qu'une femme du Nottinghamshire, âgée de 75 ans, a été la première personne connue à contracter le coronavirus au Royaume-Uni et la première à en mourir, car les recherches montrent que la maladie circulait largement dans les communautés au début du mois de février.

Les échantillons analysés par l'Université de Nottingham indiquent que la femme anonyme, qui avait un problème de santé sous-jacent, a été déclarée positive au virus le 21 février.

Elle est admise au Queen's Medical Centre (QMC), à Nottingham, et meurt le 3 mars, deux jours avant le premier décès de COVID-19 enregistré au Royaume-Uni. Les résultats positifs de son test de dépistage au coronavirus n'ont été communiqués que le 16 mars, soit près de deux semaines suivant son décès.

Auparavant, le premier cas détecté au Royaume-Uni était vraisemblablement celui d'un homme du Surrey qui aurait été testé positif le 28 février.

Selon l'étude de l'Université de Nottingham : « Le patient 1 de cette étude est, à notre connaissance, le premier cas de SRAS-CoV-2 d'origine communautaire décrit au Royaume-Uni, admis à l'hôpital le

21 février 2020, et a également été le premier décès par COVID-19 au Royaume-Uni, précédant de deux jours le tout premier décès connu ».

Les scientifiques ont analysé rétrospectivement des échantillons de l'hôpital QMC datant de janvier, et ont découvert que le virus avait circulé dans la région entre début février et mars.

Leur étude a révélé que cela n'avait pas été détecté à l'époque, car le gouvernement était restrictif à la fois dans sa définition des symptômes du coronavirus et sur les personnes pouvant être testées.

Le professeur Jonathan Ball, l'un des auteurs de l'étude, a déclaré « Si les critères de diagnostic de la COVID-19 avaient été élargis plus tôt pour inclure les patients présentant des symptômes compatibles, mais sans antécédents de voyage, il est probable que des infections importées plus tôt auraient été détectées, ce qui aurait pu conduire à un confinement obligatoire plus tôt et à une diminution des décès.

« Toutefois, la capacité de test disponible à l'échelle nationale n'était pas suffisante à l'époque pour traiter le volume de tests requis avec une définition de cas plus large ».

Les premiers tests de dépistage du coronavirus au Royaume-Uni exigeaient qu'un patient ait des antécédents de voyage récents dans la province d'Hubei en Chine ou qu'il ait été en contact avec un cas connu et qu'il présente un ou plusieurs symptômes tels qu'une fièvre, un essoufflement et une toux sèche nouvelle et persistante.

Les critères ont ensuite été révisés pour inclure les personnes ayant voyagé en Chine continentale et dans plusieurs autres pays asiatiques, puis étendus à l'Iran et au nord de l'Italie avant d'être retirés comme critères essentiels pour les dépistages à la mi-mars.

L'Université de Nottingham a déclaré que ses chercheurs procédaient à l'analyse d'échantillons de patients présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19, afin de mieux comprendre la prévalence et l'émergence du virus au Royaume-Uni.

Environ 2 000 échantillons respiratoires prélevés chez les patients de l'hôpital entre janvier et mars ont été testés. Bien que l'étude, qui doit encore être examinée par des pairs, se limite à des échantillons provenant d'un seul hôpital, elle indique que la maladie a été contractée en Grande-Bretagne à l'insu des experts des semaines plus tôt qu'on ne le pensait initialement.

« Leurs résultats ont montré que le virus circulait déjà dans la communauté et a entraîné plusieurs hospitalisations et décès », a déclaré l'université dans un rapport sur les résultats.

Le séquençage de l'ADN effectué dans le cadre de l'analyse par les chercheurs a également montré qu'il y avait eu de multiples cas de ce virus dans les Midlands de l'Est avant le lancement d'une campagne de tests à grande échelle.

L'étude a permis de constater que le premier cas officiel de coronavirus dans la région – un voyageur qui est revenu de Corée du Sud le 28 février – avait probablement contracté le virus à Nottingham plutôt qu'en Corée du Sud comme on le supposait.

<https://www.theguardian.com/world/2020/aug/25/nottinghamshire-woman-75-may-be-first-known-uk-covid-victim>

Pays-Bas

Le nombre de décès dus au coronavirus aux Pays-Bas double en une semaine, tandis que le nombre de nouvelles infections diminue

Source : NL Times

ID unique : [1007703269](#)

Le rapport hebdomadaire officiel de l'Institut national de la santé publique et de l'environnement (RIVM) a indiqué que le nombre de décès dus à la COVID-19 signalés pour la semaine se terminant mardi était le double du total de la semaine précédente. L'institut a confirmé le décès de 32 autres personnes en raison de la COVID-19 au cours des sept derniers jours. Les Pays-Bas ont jusqu'à présent enregistré 6 207 décès dus à la COVID-19.

3 588 tests supplémentaires positifs au coronavirus ont été enregistrés au cours de la période de sept jours qui s'est achevée mardi à 10 heures. C'est 425 de moins que la semaine précédente, ce qui équivaut à une baisse de dix pour cent. Il s'agit de la première baisse hebdomadaire enregistrée par l'institut depuis le début du mois de juillet. Environ 67 543 personnes ont été déclarées positives au nouveau coronavirus SRAS-CoV-2 depuis la fin du mois de février.

Le GGD a testé plus de 140 000 personnes la semaine dernière, ce qui, selon le RIVM, représente une augmentation de 37 % par rapport à la semaine précédente. Environ 2,5 % des tests effectués par le GGD se sont révélés positifs, un chiffre qui était supérieur à 3 % dans les précédents rapports hebdomadaires du RIVM.

« Le pourcentage de tests positifs était le plus élevé (4-5 %) dans les régions de Rotterdam-Rijnmond, Amsterdam et Haaglanden », selon le RIVM. Le taux de reproduction de base (R) du virus a également chuté à 1,0 à l'échelle nationale, ce qui signifie que 100 personnes contagieuses en infecteront 100 autres. Le taux-R est calculé sur la base d'un modèle de virologie avec une marge d'erreur. Pour la première fois en un mois, une partie de cette marge d'erreur était inférieure à 1,0, ce que le Conseil des ministres a qualifié de point de référence d'importance critique pour déterminer les nouvelles mesures socialement restrictives visant à ralentir la propagation du virus.

Les tests de dépistage de la souche de coronavirus ont commencé à augmenter considérablement le 1^{er} juin, lorsque tout membre du public pouvait solliciter un test de dépistage du SRAS CoV-2 par écouvillonnage de mucus en communiquant directement avec leur service de santé publique local (GGD). Certes, les bureaux du GGD ne prennent pas en charge tous les tests aux Pays-Bas, mais ils en traitent la plupart.

Le RIVM a indiqué que 12 126 personnes ont dû être hospitalisées pour COVID-19, dont une augmentation de 84. Le total des hospitalisations hebdomadaires a été bien supérieur à celui de la semaine précédente, au cours de laquelle 50 nouvelles hospitalisations de patients ont été révélées. Même si les nouvelles hospitalisations de patients ont augmenté, 26 personnes atteintes de COVID-19 ont été placées en soins intensifs au cours de la semaine, soit deux de moins que la semaine précédente.

Depuis la fin février, 12 126 résidents des Pays-Bas ont été traités dans les hôpitaux à la suite de la maladie respiratoire COVID-19, causée par la nouvelle souche de coronavirus. Plus de trois mille d'entre ces cas ont nécessité des soins intensifs.

<https://nltimes.nl/2020/08/25/dutch-coronavirus-deaths-double-week-new-infections-fall>

Union européenne

Deux patients européens réinfectés par le coronavirus

Source : *Financial Post*

ID unique : [1007703150](#)

AMSTERDAM/BRUXELLES - Deux patients européens sont confirmés comme ayant été réinfectés par le coronavirus, ce qui soulève des inquiétudes quant à l'immunité des personnes au virus alors que le monde lutte pour maîtriser la pandémie.

Ces cas, en Belgique et aux Pays-Bas, font suite à un rapport publié cette semaine par des chercheurs de Hong Kong concernant un homme qui y avait été réinfecté par une autre souche du virus quatre mois et demi après avoir été déclaré guéri – la première réinfection de ce type à être documentée.

Cela a alimenté les craintes quant à l'efficacité des vaccins potentiels contre le virus, qui a ôté la vie des centaines de milliers de personnes, bien que les experts affirment qu'il faudrait beaucoup plus de cas de réinfection pour que ces cas soient justifiés.

Marc Van Ranst, virologiste belge, a déclaré que le cas belge était celui d'une femme qui avait contracté la COVID-19 pour la première fois en mars, puis à nouveau en juin. D'autres cas de réinfection sont susceptibles de faire surface, a-t-il déclaré.

« Nous ne savons pas s'il y en aura un grand nombre. Je pense que cela n'est pas probable, mais nous verrons bien », a-t-il déclaré à Reuters, en précisant que la COVID-19 n'était présente chez l'humain que depuis moins d'un an.

« Il faudra peut-être répéter un vaccin chaque année, ou dans les deux ou trois ans. Il semble cependant évident que nous n'aurons pas de vaccin efface pendant, disons, dix ans », a-t-il déclaré.

<https://financialpost.com/pmnbusiness-pmn/two-european-patients-re-infected-with-coronavirus>

Hong Kong

L'hôpital pour enfants de Hong Kong annonce un cas positif provisoire d'infection à la COVID-19

Source : porte-parole

ID unique : [1007703372](#)

Le porte-parole de l'hôpital pour enfants de Hong Kong (HKCH) a fait une annonce aujourd'hui (25 août) concernant un patient testé provisoirement positif à la COVID-19 :

Un garçon de 19 mois a été hospitalisé au HKCH hier (24 août) dans l'après-midi pour une intervention chirurgicale non urgente, mais médicalement nécessaire. Une déclaration de santé a été faite lors de son hospitalisation et il ne présentait ni fièvre ni symptômes respiratoires. Le test de prélèvement nasopharyngé a été effectué comme mesure de dépistage. Le résultat publié la nuit dernière était provisoirement positif à la COVID-19. Le patient et sa mère ont été immédiatement placés dans une chambre d'isolement du HKCH, puis transférés au Queen Elizabeth Hospital (QEH) ce matin pour isolement.

Des analyses sanguines ont ensuite été effectuées sur le patient confirmé et sa mère par le HKCH et le QEH respectivement. Les résultats publiés aujourd'hui ont révélé la présence d'anticorps. Ils ont respecté les critères de mise en liberté et ont été libérés directement du QEH.

L'équipe de contrôle des infections de l'hôpital a immédiatement procédé à la recherche des contacts dès qu'elle a appris le résultat positif provisoire. Il s'avère que deux patients sont restés dans le même box que le patient confirmé, et que leurs quatre parents ont visité ce box pour des raisons de compassion. Avec la présence d'anticorps dans les échantillons de sang de la mère et du garçon, ils auraient dû être infectés plus tôt par la communauté et s'en être remis. Après discussion avec le Centre pour la promotion de la santé (CPS), il a été convenu qu'il n'y a pas de risque de transmission à d'autres personnes. Par conséquent, les autres patients et parents du box concerné ne sont pas considérés comme des contacts étroits.

Le personnel du service concerné a été équipé d'un équipement de protection individuelle approprié, conformément aux lignes directrices sur le contrôle des infections. Aucun d'entre eux n'est classé dans la catégorie des contacts étroits.

Un nettoyage et une désinfection approfondis ont été effectués dans les zones de service où le patient confirmé avait séjourné. L'hôpital continuera à suivre de près l'état de santé des patients et du personnel concernés, tout en maintenant une communication étroite avec le CPS.

<https://www.info.gov.hk/gia/general/202008/25/P2020082500615.htm>

Espagne

L'Espagne va acheter le vaccin contre le coronavirus Oxford-AstraZeneca

Source : UrduPoint

ID unique : [1007703152](#)

L'Espagne va acheter le vaccin contre les coronavirus fabriqué au Royaume-Uni, développé par l'Université Oxford et produit par la société pharmaceutique AstraZeneca, a déclaré le ministère espagnol de la Santé dans un communiqué de presse mardi

MADRID (UrduPoint News / Sputnik - 25 août 2020) L'Espagne va acheter le vaccin contre les coronavirus fabriqué au Royaume-Uni, développé par l'Université Oxford et produit par la société pharmaceutique AstraZeneca, a déclaré le ministère espagnol de la Santé dans un communiqué de presse mardi.

« Ce [vaccin] est l'une des options les plus avancées et fait déjà l'objet d'essais cliniques pour garantir sa sécurité et son efficacité. L'Espagne s'est jointe à l'achat collectif de ce vaccin avec d'autres États

membres de l'Union européenne. Le vaccin sera distribué entre les États, sur une base équitable en fonction de la taille de leur population », peut-on lire dans le communiqué de presse.

Le ministère a souligné que l'Union européenne était toujours en pourparlers avec d'autres entreprises développant des vaccins candidats contre la COVID-19.

« Toutes ces négociations s'inscrivent dans le cadre de la stratégie européenne sur les vaccins à laquelle l'Espagne a adhéré en juillet.

Il élabore une position européenne commune qui garantira à chacun un accès égal au vaccin pour la protection de l'humanité », a déclaré le ministère.

Lundi, la Commission européenne a conclu les discussions avec la société pharmaceutique américaine Moderna, cinquième fournisseur potentiel de vaccins, en vue d'un accès rapide à 80 millions de doses dans un premier temps. Les quatre autres sont Sanofi-GSK, Johnson et Johnson, CureVac et AstraZeneca.

Le mois de juin a été marqué par une nouvelle vague de cas de coronavirus en Espagne, qui figurait parmi les trois pires épidémies affectant l'Europe au début de l'année. Rien qu'au cours des quatre derniers jours, les autorités sanitaires ont confirmé plus de 19 400 nouveaux cas, principalement chez des jeunes sans symptômes.

À la date de mardi, l'Espagne a signalé plus de 405 000 cas cumulés, dont près de 29 000 décès.

<https://www.urdupoint.com/en/health/spain-to-purchase-oxford-astrazeneca-coronavi-1010867.html>

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

Canada

Une recherche de l'Université de Toronto pour étudier le racisme dans les soins de santé pendant une pandémie

ID : 1007706182

Source : nationalpost.com

TORONTO — Un nouveau projet de recherche examinera l'impact de la pandémie de la COVID-19 sur les communautés racialisées, ainsi que les préjugés existants dans le système de soins de santé.

Le projet national a été lancé par Roberta Timothy, professeur adjointe à l'Institut des pandémies de l'Université de Toronto.

Selon le Professeur Timothy, de nombreux membres des communautés noires et indigènes évitent déjà d'interagir avec le système de santé, principalement en raison d'expériences de racisme et de préjugés. Pendant une pandémie mondiale, le professeur Timothy déclare que cela peut avoir de graves conséquences pour le bien-être de ces communautés.

« Les gens vont chercher de l'aide en cas d'urgence et il est alors trop tard », dit-elle. « En raison des préjugés, du racisme anti-noir, de la violence qu'ils subissent, leur santé est plus menacée ».

Selon le professeur Timothy, il faut davantage de données pour comprendre efficacement l'impact de la COVID-19 sur les communautés racialisées.

Le gouvernement ontarien a refusé de recueillir des données fondées sur la race plus tôt dans la pandémie, mais il a été contraint de changer de cap en juin. Il impose désormais la collecte de données sur la race, le revenu, la taille du ménage et la langue lors du suivi des personnes infectées par la COVID-19.

Un porte-parole du ministère de la Santé a déclaré que le gouvernement s'engage avec des personnes issues de communautés racialisées et d'autres experts en matière d'équité en santé concernant la collecte de données.

« Nous avons l'intention de partager les résultats de cette collecte de données, informés par cet engagement », a déclaré David Jensen dans un courriel.

Jensen a déclaré que le ministère s'inquiète de la propagation du virus dans « certains groupes de personnes et dans certains quartiers », et qu'il souhaiterait obtenir des informations supplémentaires sur la manière dont la COVID-19 affecte les communautés racialisées.

Les premières données, compilées par le service de santé publique de Toronto, ont montré que 83 % des cas de COVID-19 se produisaient chez des personnes racialisées. Les personnes noires représentent 21 % des cas à Toronto, mais seulement 9 % de la population de la ville.

« Il est de plus en plus évident, en Amérique du Nord et ailleurs, que les personnes racialisées et les personnes vivant dans des ménages à faible revenu sont plus susceptibles d'être touchées par la COVID-19 », a déclaré la D^{re} Christine Navarro, médecin hygiéniste adjointe de Toronto.

« Bien que les raisons exactes de cette situation ne soient pas encore totalement comprises, nous pensons qu'elle est liée à la fois à la pauvreté et au racisme ».

Le projet du professeur Timothy permettra de recueillir davantage de données sur la manière dont les populations noires et autochtones interagissent avec le système de santé, mais aussi sur les impacts économiques, les expulsions, les réseaux de soutien et le travail essentiel effectué par les communautés marginalisées.

« Une partie sous-jacente du projet n'est pas seulement d'apporter de meilleures données, mais de soutenir la communauté dans l'élaboration de stratégies et la recherche d'interventions pour trouver comment nous nous en sortons », a déclaré Timothy.

Rudayna Bahubeshi, résidente de Toronto et étudiante de troisième cycle en politique publique, affirme qu'elle a une expérience directe du racisme dans le système de santé. Lors d'un séjour dans un service pour troubles de l'humeur à 18 ans, M^{me} Bahubeshi a déclaré qu'une infirmière l'avait prise pour une patiente de 30 ans - la seule autre personne noire du service à l'époque - et avait essayé de lui faire prendre les médicaments de l'autre personne.

M^{me} Bahubeshi dit qu'elle a insisté, mais qu'on l'a ignorée, et pense que sa race a joué un rôle dans la façon dont elle a été traitée par le personnel. Elle dit que l'infirmière n'a réalisé l'erreur que lorsque l'autre patient est passé non loin.

Lors d'une autre visite à l'hôpital pendant la pandémie, M^{me} Bahubeshi raconte qu'elle a été emmenée dans un « service COVID » parce qu'elle avait de la fièvre. Elle explique que le personnel ne répond pas à des questions simples sur les risques liés à l'utilisation de toilettes communes ou sur le fait que certains membres du personnel ne portent pas d'EPI.

« La façon dont elle (l'infirmière) s'est entretenue avec moi était vraiment le problème », déclare M^{me} Bahubeshi. « Quand j'ai parlé à un médecin après coup, ils m'ont dit que j'étais tout à fait dans mon droit et que c'était inacceptable. »

Selon M^{me} Bahubeshi, des expériences comme celles-là affaiblissent sa confiance dans le système de santé publique et sa capacité à lui fournir des soins de qualité. Selon elle, la collecte de données supplémentaires sur l'expérience des Noirs en matière de soins de santé sera un premier pas dans la bonne direction.

« Le fait que nous n'ayons pas de données basées sur la race, est une manière de décider que les communautés noires ne sont pas une priorité », a déclaré M^{me} Bahubeshi.

Le projet national du professeur Timothy doit commencer dans quelques mois et comprendra des enquêtes et des groupes de discussion parmi les Canadiens noirs et autochtones.

Cet article de La Presse Canadienne a été publié pour la première fois le 25 août 2020.

<https://nationalpost.com/pmnn/news-pmn/canada-news-pmn/university-of-toronto-research-to-explore-racism-in-health-care-during-pandemic>

Canada

Le médecin en chef de l'Alberta déconseille de fumer et de vapoter dans la bataille contre COVID-19

Source : Global news

ID unique : [1007703458](#)

Le médecin hygiéniste en chef de l'Alberta recommande aux Albertains qui fument ou qui vapotent de prendre des mesures pour abandonner ces habitudes, afin de diminuer l'impact d'une infection à coronavirus.

« Ce que nous avons constaté dans d'autres administrations, c'est qu'il semble y avoir un lien avec des choses comme le fait de fumer ou de vapoter et d'avoir un résultat plus grave après une infection à COVID-19 », a déclaré la D^{re} Deena Hinshaw lundi.

Une étude de l'Université Stanford a révélé que les personnes qui avaient vapoté avaient cinq fois plus de chances d'être diagnostiquées avec la nouvelle variante du coronavirus que les non-utilisateurs. L'étude a incité certains législateurs américains à tenter d'interdire temporairement la vente de cigarettes électroniques, en attendant que des recherches plus approfondies soient menées sur leurs effets. C'est un bon rappel pour ceux qui souhaitent réduire ou arrêter ces pratiques, de consulter les aides disponibles, comme la ligne d'aide « Alberta Quits » », a déclaré la D^{re} Hinshaw.

Une étude de 2016 a trouvé « de nombreuses preuves » que la fumée de cigarette affaiblit la fonction défensive du système immunitaire. L'une d'entre elles, datant de 2017, a révélé que même le tabagisme social ou occasionnel peut causer des dommages considérables à l'organisme d'une personne, entraînant des problèmes, tels que l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie et l'hypertonie. Il existe « des preuves que le tabagisme est associé à un risque accru d'infection virale respiratoire », selon les résultats du rapport du *Surgeon General* de 2014.

La D^{re} Hinshaw a déclaré que son message était particulièrement axé sur les jeunes de l'Alberta.

« C'est évidemment plus pour les adolescents qui vapotent ou qui fument. C'est une excellente occasion de réfléchir aux aides dont ils peuvent bénéficier pour arrêter de fumer, afin de réduire les risques d'un problème plus grave s'ils sont infectés », a déclaré la D^{re} Hinshaw.

Dans un sondage de 2018-2019, le gouvernement fédéral a indiqué que 34 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont déclaré avoir essayé le vapotage. Bien qu'il soit illégal de vendre des cigarettes électroniques aux jeunes au Canada, 54 % des jeunes interrogés ont déclaré qu'il serait « assez facile » ou « très facile » de se procurer une cigarette électronique contenant de la nicotine s'ils en voulaient.

L'étude : <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1054139X20303992>

<https://globalnews.ca/news/7295994/dr-deena-hinshaw-smoking-vaping-covid-19/>

Japon

Propagation de la COVID-19 constatée chez des spectateurs « en bonne santé », deux jours après l'infection

ID : [1007707069](#)

Source : CIDRAP

Des personnes apparemment en bonne santé atteintes de la COVID-19 peuvent transmettre la maladie à d'autres personnes dans les deux jours suivant l'infection, comme le montre l'analyse d'un groupe affecté par le coronavirus provenant de quatre clubs de musique en direct à Osaka, au Japon.

L'étude, publiée aujourd'hui dans le *Journal of Infectious Diseases*, a extrait du site Web du ministère japonais de la Santé, du Travail et de la Protection sociale des données sur les personnes fréquentant les clubs liés à un groupe de 108 personnes. Le premier cas a été identifié le 27 février et l'épidémie a été maîtrisée le 17 mars.

Sur les 51 personnes asymptomatiques infectées par le SRAS-CoV-2, le virus qui provoque la COVID-19, qui n'ont visité qu'une seule fois un club de musique, 10 sont restées asymptomatiques au moment

du diagnostic du coronavirus après, en moyenne, 20 jours. Les 41 amateurs de club présentant des symptômes sont tombés malades 2 à 17 jours après l'exposition.

Trois personnes qui ont assisté à des concerts et qui sont restées asymptomatiques au moment du diagnostic ont chacune transmis le coronavirus à trois membres de leur famille ou à leurs collègues de travail.

Les auteurs ont déclaré que les résultats soulignent la nécessité d'éviter les foules et d'avoir une bonne hygiène personnelle au milieu de la pandémie. Il a été démontré que des activités, comme parler, chanter et crier, génèrent des aérosols contenant des virus qui restent en suspension dans l'air pendant des heures. « Des personnes apparemment en bonne santé pourraient propager le SRAS-CoV-2, lors d'activités soutenues dans des environnements clos sans ventilation suffisante », ont-ils écrit.

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/08/news-scan-aug-25-2020>
<https://academic.oup.com/jid/advance-article/doi/10.1093/infdis/jiaa542/5896928>

Suisse

Une étude identifie les différences de niveaux d'anticorps contre la COVID-19 selon le sexe

ID : [1007707069](#)

Source : CIDRAP

Les concentrations d'anticorps contre le SRAS-CoV-2 ont commencé à diminuer 4 à 5 semaines après le diagnostic chez 159 patients rétablis de la COVID-19, les hommes présentant une réponse immunitaire nettement plus forte que les femmes - ce qui pourrait expliquer les résultats moins bons observés chez les hommes, selon une étude suisse publiée hier dans le *Journal of Infection*.

Les chercheurs ont analysé les concentrations d'anticorps des participants pendant 8 semaines, en commençant 2 semaines après un résultat positif au test de dépistage du coronavirus. Après une période médiane de 5 semaines après le diagnostic, 4,6 % à 6,5 % des participants n'avaient pas développé de niveaux mesurables d'un des trois types d'anticorps coronavirus, ce qui, selon les enquêteurs, pourrait être dû à une réponse immunitaire manquante ou retardée à la COVID-19. « Nous pensons que cela est secondaire à la capacité d'un virus suspecté de modifier ou de supprimer les réponses immunitaires innées », ont-ils écrit.

Le déclin de deux types différents d'anticorps d'immunoglobuline G (IgG) entre les semaines 8 et 10 a été significatif, ce qui, selon les auteurs, contraste fortement avec la réponse immunitaire IgG de 34 semaines ou plus au SRAS-CoV-1, le virus qui cause le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS).

Par rapport aux femmes, les hommes présentaient des taux sensiblement plus élevés de tous les anticorps, mais surtout de l'immunoglobuline A (IgA). Les auteurs ont déclaré que les différences spécifiques au sexe peuvent être dues à une infection persistante chez les hommes.

La baisse précoce des concentrations d'anticorps devrait affecter l'interprétation des résultats sérologiques obtenus à des moments précis, en particulier pour la surveillance des maladies, ont-ils déclaré.

« Après une infection par le CoV-2 du SRAS, le système immunitaire semble produire des quantités différentes d'IgG et d'IgA chez les femmes et les hommes, ce qui pourrait expliquer le risque plus élevé d'effets indésirables du COVID chez les hommes par une réponse plus forte (inflammatoire) », ont écrit les chercheurs. « Si elles sont confirmées sur d'autres cohortes, ces observations doivent être prises en compte, lors de l'évaluation de l'efficacité et de la sécurité des nouveaux candidats vaccins contre le SRAS-CoV-2. »

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/08/news-scan-aug-25-2020>
[https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(20\)30567-3/fulltext](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(20)30567-3/fulltext)

Allemagne

Une étude révèle 2,6 fois plus de cas COVID-19 en Allemagne du Sud qu'auparavant

ID : 1007706505

Source : urdupoint.com

Une étude de l'institut allemand Robert Koch a révélé que la municipalité bavaroise de Bad Feilnbach compte 2,6 fois plus de cas COVID-19 que ce qui a été confirmé précédemment, a déclaré l'institut mardi MOSCOU (UrduPoint News / Sputnik - 25 août 2020) Une étude de l'institut allemand Robert Koch a révélé que la municipalité bavaroise de Bad Feilnbach compte 2,6 fois plus de cas COVID-19 que ce qui a été confirmé précédemment, a déclaré l'institut mardi.

L'étude a été menée du 23 juin au 4 juillet, avec un échantillon de 2 153 personnes âgées de plus de 18 ans.

« Au cours des recherches, nous avons détecté 2,6 fois plus de cas d'infection que ce qui était connu à Bad Feilnbach jusqu'à présent », a déclaré l'institut dans un communiqué.

L'institut a également confirmé que six pour cent de la population adulte de la commune a des anticorps anti-SARS-CoV-2. Dans le même temps, 39,9 % des personnes interrogées, qui ont déclaré avoir été déclarées positives à la COVID-19, n'avaient pas d'anticorps.

L'Allemagne a confirmé un total de 234 853 cas, avec un nombre de décès de 9277.

<https://www.urdupoint.com/en/world/study-finds-26-times-more-covid-19-cases-in-1011296.html>

États-Unis

Indicateurs primaires pour le suivi systématique de l'atténuation et de la réponse COVID-19 - Kentucky, 19 mai-15 juillet 2020

Source : CDC

Publication anticipée / 25 août 2020 / 69

Résumé

Que connaît-on déjà à ce sujet?

Les services de santé des États et des collectivités locales utilisent divers indicateurs pour identifier les changements locaux et régionaux dans le nombre de cas de COVID-19 et les cas graves, y compris les hospitalisations et les décès.

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

Le rapport de suivi des indicateurs (IMR) du Kentucky est un outil utile qui combine plusieurs éléments de données pour générer un score quotidien de statut COVID-19, qui permet une évaluation systématique des efforts d'atténuation, de réponse et de réouverture de l'État. Le département de la santé publique du Kentucky analyse les sources de données accessibles au public et compile l'IMR à l'aide de méthodes normalisées.

Quelles sont les répercussions pour les pratiques de santé publique?

Les services de santé des États et des collectivités locales dans d'autres administrations pourraient bénéficier de la mise en œuvre d'un suivi systématique des indicateurs, pour guider la prise de décision concernant la réouverture, l'atténuation et les efforts de réponse en fonction de la COVID-19.

Les services de santé des États et des collectivités locales aux États-Unis utilisent divers indicateurs pour identifier les différences entre les taux de maladies à coronavirus déclarées 2019 (COVID-19) et les résultats COVID-19 graves, y compris les hospitalisations et les décès. Afin d'éclairer les efforts d'atténuation, le 19 mai 2020, le *Kentucky Department for Public Health* (KDPH) a mis en place un système de rapport pour surveiller cinq indicateurs de l'état COVID-19 au niveau de l'état, afin d'évaluer la capacité à rouvrir en toute sécurité : 1) les données composites de surveillance syndromique, 2) le nombre de nouveaux cas de COVID-19*, 3) le nombre de décès associés à la COVID-19, † 4) les données relatives à la capacité de soins de santé, et 5) la capacité de la santé publique en matière de recherche des contacts (*contact tracing capacity*). En utilisant des méthodes standardisées, le KDPH compile un rapport de suivi des indicateurs (IMR) pour fournir une analyse quotidienne de ces cinq indicateurs, qui sont combinés avec des données disponibles publiquement en un statut composite convivial que le KDPH et les décideurs politiques locaux utilisent pour évaluer le statut de danger COVID-

19 au niveau de l'État. Entre le 19 mai et le 15 juillet 2020, le Kentucky a signalé 12 742 cas de COVID-19, et 299 décès liés à la COVID-19 (1). L'état de risque composite moyen au niveau de l'État entre le 19 mai et le 15 juillet était de 2,5 (moyen à modéré). L'examen de l'IMR a conduit à l'identification de points chauds au niveau des comtés (identification des comtés répondant aux critères d'augmentation temporelle du nombre de cas et de l'incidence) et a facilité la collaboration entre le KDPH et les autorités locales pour les décisions concernant les efforts d'atténuation. Le TMI du Kentucky pourrait facilement être adopté par les services de santé des États et des collectivités locales dans d'autres administrations pour guider la prise de décision concernant l'atténuation, la réaction et la réouverture en fonction de la COVID-19.

Le 6 mars, le Kentucky a signalé son premier cas COVID-19 et a déclaré l'état d'urgence. Au cours des semaines suivantes, les efforts d'atténuation comprenaient la fermeture temporaire des écoles pour l'enseignement en personne, l'arrêt des procédures médicales facultatives et la limitation des visiteurs aux établissements de soins de longue durée; un décret a été publié le 22 mars qui a temporairement fermé toutes les entreprises non essentielles. Le nombre de cas du 6 mars au 8 mai a atteint un sommet pendant la semaine du 4 mai, où 1 446 cas ont été signalés (1). Le Kentucky a commencé à rouvrir le 9 mai grâce au plan progressif « Healthy at Work ». § Pendant la réouverture, le KDPH et d'autres responsables ont cherché à suivre l'évolution des taux de COVID-19 et d'utilisation des ressources de soins de santé signalés afin d'informer les politiques d'atténuation et de réouverture (2). Les épidémiologistes de la KDPH ont développé l'IMR après avoir reconnu la nécessité d'une évaluation en langage clair qui pourrait faciliter la réouverture et la prise de décision en matière de réponse continue s'adressant à de multiples parties prenantes. Les cinq indicateurs primaires ont été sélectionnés sur la base des données disponibles et en consultation avec des experts en matière de surveillance syndromique et de préparation aux situations d'urgence du KDPH et des conseils universitaires de l'Université du Kentucky et du Kentucky Injury Prevention and Research Center. Les mesures ont été élaborées en consultation avec les experts en modélisation du groupe de travail CDC COVID-19 Response. La KDPH a mis en place le processus de l'IMR le 19 mai. L'IMR décrit cinq indicateurs primaires au niveau des États (données de surveillance syndromique, nombre de cas, décès, données sur la capacité de soins de santé et capacité de recherche des contacts), qui sont notés individuellement. Les scores sont combinés en un indicateur composite de statut catégorique au niveau de l'État pour évaluer la prévalence et la gravité de la maladie COVID-19 (données de surveillance syndromique, cas, décès) et l'état de préparation (capacité de soins de santé et capacité de recherche des contacts). Les TMI quotidiens sont normalisés et produits avec des données accessibles au public (3) à l'aide de feuilles de calcul et du logiciel statistique R (version 3.6.3; fondation R). Des rapports sont produits et les résultats sont diffusés du lundi au samedi. Les rapports comprennent des données jusqu'à la date du rapport.

La pente de la moyenne mobile sur 7 jours pour sept variables distinctes, a constitué l'indicateur des données de surveillance syndromique (4). Ces variables au niveau de l'État sont les suivantes : les admissions en hospitalisation, les consultations externes et les visites aux urgences attribuées à une maladie de type COVID-19 (variables 1-3); les admissions en hospitalisation, les consultations externes et les visites aux urgences attribuées aux codes de diagnostic COVID-19 (variables 4-6); et les visites aux urgences attribuées à une maladie de type influenza (variable 7).

L'indicateur du nombre de cas a été évalué comme un composite du nombre de nouveaux cas COVID-19 pour 100 000 habitants déclarés à la KDPH, au cours des 2 semaines précédentes (incidence) et de la pente de la moyenne mobile sur 7 jours (tendance de l'incidence). L'incidence au niveau des États a été classée comme faible (≤ 10 pour 100 000 habitants), modérée ($> 10-49,99$), modérément élevée ($\geq 50-100$) et élevée (> 100). La pente de la moyenne mobile sur 7 jours a été classée comme décroissante (≥ 4 jours avec pente < 0) ou croissante (≥ 4 jours avec pente ≥ 0).

De même, l'indicateur du nombre de décès associés à la COVID-19 a été évalué comme un composite du nombre de nouveaux cas COVID-19 pour 100 000 habitants déclarés à la KDPH au cours des 2 semaines précédentes (incidence) et de la pente de la moyenne mobile sur 7 jours (tendance de l'incidence). Le taux de mortalité au niveau de l'État a été classé comme faible ($\leq 1,5$ pour 100 000), modéré ($> 1,5-2,99$), modérément élevé ($\geq 3-5$) et élevé (> 5). À l'instar de ces cas, la pente de la moyenne

mobile sur 7 jours a été classée comme décroissante (≥ 4 jours avec pente < 0) ou croissante (≥ 4 jours avec pente ≥ 0).

L'indicateur de capacité de soins de santé est une mesure composite qui comprend 1) l'utilisation des hôpitaux au niveau de l'État, en tant que pourcentage de lits de soins intensifs utilisés et le pourcentage de ventilateurs utilisés, tel que rapporté quotidiennement par les établissements de soins de santé du Kentucky à WebEOC (icône <https://www.juvar.com/webeoc/external>), un logiciel de gestion des urgences utilisé par la Direction de la préparation à la santé publique du KDPH, et 2) la fourniture d'équipements de protection individuelle, telle que mesurée par la disponibilité des respirateurs N95 au niveau de l'État, qui est basée sur les informations collectées par le KDPH dans une base de données d'approvisionnement au niveau de l'État. Enfin, l'indicateur de capacité de recherche des contacts a été mesuré comme le pourcentage quotidien d'équipes de recherche des contacts déployées dans chacune des 16 régions de santé publique du Kentucky.

Chacun des cinq indicateurs a été noté sur une échelle de 3 points (3 = excellent, 2 = modéré, 1 = mauvais) (Tableau supplémentaire, <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/91982>). Un état composite quotidien au niveau de l'État COVID-19 a été déterminé par le nombre d'indicateurs individuels qui étaient excellents. Chaque indicateur a été pondéré de manière égale et a représenté 20 % du statut composite. Ce statut quotidien composite COVID-19 a été décrit par un système de notation en 5 points descendant, facile à utiliser, développé autour des recommandations de réouverture (5 = excellent [réouverture/maintien de l'ouverture]; 4 = bon [surveiller, continuer la réouverture/maintien de l'ouverture], 3 = modéré [prudence, améliorer la surveillance], 2 = moyen [augmenter l'atténuation], 1 ou 0 = mauvais [réouverture risquée, réouverture lente ou fermeture]). Le RMI quotidien comprenait les cinq indicateurs, l'état composite COVID-19 au niveau de l'État et les données permettant d'étayer le score de chaque indicateur. Des cartes des points chauds d'incidence au niveau des comtés ont été compilées dans le RMI pour aider à concentrer les efforts d'enquête sur les points chauds au fur et à mesure de leur identification.

Les scores moyens pour chaque indicateur au cours de la période du 19 mai au 15 juillet 2020 ont été calculés en additionnant les produits des scores multipliés par le nombre de jours avec ce score et en divisant par le nombre total de jours évalués. La même méthode a été utilisée pour calculer les moyennes pour le statut composite COVID-19 de l'IMR.

Le KDPH a rapporté 12 742 cas d'incidents COVID-19 et 299 décès liés à la COVID-19 entre le 19 mai et le 15 juillet 2020; 5,705 (44,8 %) sont survenus chez des hommes, et l'âge médian était de 41 ans (fourchette = 0-107 ans). Pendant cette période, le statut moyen de COVID-19 était de 2,5 (moyen à modéré) (fourchette = 2-4) (Figure). Le statut composite était de 4 (bon) pendant 19 jours (38,7 %) et de 3 (modéré) pendant 22 jours (44,8 %). Huit jours ont été classés comme 2 (passable); cinq d'entre eux sont produits après le 29 juin. Aucun jour n'a été noté comme 5 (excellent), 1 (mauvais) ou 0 (mauvais). Du 19 mai au 16 juin, le statut composite moyen au niveau de l'État était de 3 (modéré); du 17 juin au 15 juillet, le statut composite moyen était de 2,5 (moyen à modéré).

Du 19 mai au 15 juillet 2020, le score moyen pour les données de surveillance syndromique était de 2,0 (modéré) (fourchette = 1-3), avec 20 jours consécutifs d'excellent pendant le 19 mai au 12 juin, suivis de périodes de jours non consécutifs où le score était excellent (17 jours), modéré (6 jours) et faible (6 jours), avec des scores faibles sur trois jours consécutifs pendant le 13 juillet au 15 juillet (Tableau). Le score moyen pour l'indicateur du nombre de cas était de 2,5 (faible à modéré) (fourchette = 1-3), avec des scores faibles pendant 22 jours consécutifs du 20 juin au 15 juillet. L'indicateur moyen de décès était de 2,5 (modéré à excellent) (fourchette = 2-3). Les changements de score de l'indicateur de décès ont le plus souvent entraîné un changement du statut composite COVID-19 (13 instances). La capacité moyenne de soins de santé était de 3,0 (excellente) (fourchette = 3), restant inchangée tout au long de la période. La capacité moyenne de recherche des contacts était de 2,0 (modérée) (fourchette = 1-3). Au 2 juin, la capacité de recherche des contacts est passée de 0 à 100 % lorsque les 16 équipes régionales de recherche des contacts Epi ont été déployées dans les régions assignées et disponibles pour mener des enquêtes sur les cas et les contacts.

Exemple choisi d'utilisation du RSI

Le 7 juillet 2020, le score du statut COVID-19 dans le Kentucky était de 3 (modéré), ce qui a incité les épidémiologistes du KDPH à revoir les cartes des taux d'incidence au niveau des comtés incluses dans le RSI. Un point chaud suspect (défini par le KDPH comme un comté ayant un taux d'incidence quotidien moyen sur 7 jours de >25 cas pour 100 000 habitants) a été identifié dans le comté de Bell, un comté qui avait jusqu'alors une faible incidence. L'épidémiologiste de l'État a contacté son homologue régional pour confirmer que des enquêtes étaient en cours. Les enquêtes sur les cas ont révélé quatre groupes spécifiques, mais n'ont pas indiqué une augmentation de la transmission communautaire. L'épidémiologiste régional a indiqué que des mesures appropriées de recherche des contacts et de quarantaine avaient été prises dans les 12 heures suivant la notification et que, comme une action supplémentaire de santé publique au niveau de l'État n'était pas justifiée, les ressources pouvaient être affectées ailleurs.

Discussion

Le RSI du Kentucky et les scores composites de statut COVID-19 au niveau de l'État ont été produits pour faciliter les décisions, concernant la réouverture et la prise de décision en réponse à la COVID-19 en cours parmi les différentes parties prenantes. Le RSI est un outil qui combine plusieurs éléments de données, pour évaluer systématiquement les efforts de réouverture de l'État, mesurés par un score quotidien composite au niveau de l'État. Le statut COVID-19 du Kentucky est communiqué du lundi au samedi à environ 90 parties prenantes au sein et en dehors du gouvernement de l'État, y compris le bureau du gouverneur du Kentucky et les directeurs des départements de santé locaux. Les fonctionnaires ont déclaré qu'ils surveillaient quotidiennement l'état de la situation, sous la forme d'un résumé en langage clair, de multiples indicateurs critiques pour décrire l'état actuel du danger lié à la COVID-19 dans le Kentucky. Les services de santé locaux ont également fait état d'un suivi du statut COVID-19, afin de suivre l'état de la situation dans tout l'État et de rester vigilants face à l'aggravation des conditions afin d'éclairer leurs décisions locales. Les rapports tels que le RSI, qui s'adressent à un public plus large de décideurs, sont des outils importants pour informer et orienter la politique de santé publique alors que la pandémie de COVID-19 se poursuit.

Entre le 19 mai et le 15 juillet, le statut du Kentucky composite COVID-19 s'est aggravé. Au cours de cette période, le statut COVID-19 était 3 (bon : recommander la surveillance) ou 2 (modéré : recommander la prudence) dans 83 % des cas. Dans certains cas, le statut composite COVID-19 était modéré ou bon malgré une incidence croissante, ce qui a été attribué à tous les indicateurs recevant un poids égal dans le système de notation du statut composite. Cependant, des données plus récentes du RSI indiquent une baisse des notations, la majorité des jours ayant un statut de passable (passable : recommander des efforts d'atténuation accrus) se situant entre le 17 juin et le 15 juillet. Dans le Kentucky, l'incidence a continué à augmenter, les taux de mortalité ont fluctué et les données de surveillance syndromique ont démontré une augmentation des visites aux urgences et des hospitalisations attribuées à des maladies de type COVID-19 et à la COVID-19. Ces résultats sont cohérents avec les comtés et régions identifiés comme points chauds et avec l'augmentation de la transmission à l'échelle de l'État (1). La diffusion en temps utile de données de surveillance facilement compréhensibles est essentielle à une réponse rapide et efficace en matière de santé publique (5). Le RSI a soutenu la mise en œuvre d'efforts d'atténuation visant à réduire la transmission, notamment le décret du 9 juillet 2020 imposant le recouvrement des visages dans certains contextes. **

Cinq conditions limitent l'utilisation des conclusions de ce rapport. Premièrement, des changements dans la communication des données ou l'utilisation des soins de santé pourraient influencer l'interprétation des cinq indicateurs (par exemple, une utilisation accrue de la télésanté) (6). Deuxièmement, la capacité des soins de santé peut être affectée par des facteurs non comptabilisés, tels que le nombre de patients par infirmière dans les unités de soins intensifs. Troisièmement, après la mise en œuvre du RSI, des modifications ont été apportées pour améliorer les méthodes de notation des cas, des décès et des données de surveillance syndromique, ce qui pourrait affecter la comparabilité dans le temps. Quatrièmement, des mises à jour supplémentaires pourraient être nécessaires, notamment une évaluation plus détaillée des niveaux pour la recherche des contacts††, qui inclut le délai d'obtention des résultats des tests ou des indicateurs supplémentaires, en fonction de l'évolution des besoins de

réponse. Enfin, comme le score composite a été établi en consultation avec de nombreux experts de différentes disciplines, une évaluation sur le terrain est nécessaire pour valider le système de notation.

Les administrations telles que les départements de santé des États et des collectivités locales pourraient tirer profit de l'utilisation des RSI pour orienter la prise de décision en vue de poursuivre l'atténuation et la réponse COVID-19. Les sources de données incluses dans le RSI du Kentucky sont accessibles au public, les données sont analysées avec un logiciel familier et une méthode standardisée est utilisée pour compiler le rapport, ce qui suggère que le RSI pourrait facilement être adopté par d'autres administrations.

https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6934e3.htm?s_cid=mm6934e3_e&deliveryName=USCDC_921-DM36100

Étude

Le premier examen des modèles d'infection par le CoV-2 du SRAS et la COVID-19 vise à accélérer la recherche

Source : Medical Xpress.

ID unique : [1007696686](#)

Une collaboration internationale entre des scientifiques respiratoires, des immunologues et des cliniciens de premier plan, dirigée par le Centenary UTS Center for Inflammation, a permis de réaliser la première étude exhaustive de tous les modèles animaux et cellulaires pertinents de l'infection par le SRAS-CoV-2 et la COVID-19.

La revue, publiée dans *Mucosal Immunology*, vise à fournir une comparaison directe des modèles de maladies existants, y compris dans le contexte des maladies chroniques prédisposantes, et examine le pipeline pré-clinique pour l'essai de nouvelles préventions et de nouveaux traitements ciblés pour les patients COVID-19.

Les chercheurs affirment que les essais cliniques ont été ralentis par le manque de ce type d'informations issues de la recherche fondamentale.

L'auteur principal, le Dr Matt Johansen du Centenary UTS Center for Inflammation, a déclaré que tout le monde comprend que la COVID-19 est à l'origine d'une « pandémie mondiale unique en son genre » et qu'il y a une course pour développer des vaccins et identifier les traitements les plus efficaces.

« Utiliser des modèles animaux représentatifs de l'infection par le CoV-2 du SRAS, y compris dans le contexte de maladies chroniques, telles que l'obésité et le diabète, avec validation des résultats dans les cellules et tissus humains primaires, est la stratégie la plus efficace », a déclaré le Dr Johansen.

« En discutant de tous les modèles disponibles et de leurs avantages et inconvénients, cela permettra aux autres lecteurs de prendre des décisions éclairées sur les avantages de chaque modèle et l'adéquation à leurs applications », a-t-il déclaré.

Parmi les points clés de l'étude, on peut citer le fait que l'âge est le prédicteur le plus clair de la mortalité, le taux de mortalité augmentant de façon spectaculaire chez les plus de 60 ans. D'autres facteurs prédisposant à une mortalité accrue sont les hommes, le dénuement social et les maladies chroniques, en particulier la broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), les maladies cardiovasculaires (MCV), l'obésité et le diabète.

Le directeur du Centenary UTS Center for Inflammation et auteur principal, le professeur Phil Hansbro, a déclaré : « Comprendre les interactions complexes entre les personnes atteintes de maladies sous-jacentes est essentiel pour trouver les traitements les plus efficaces pour ces personnes sensibles. Une question clé est de savoir pourquoi certains individus évoluent vers une maladie respiratoire inférieure plus grave, mais pas d'autres, et actuellement les scientifiques ne savent pas vraiment pourquoi. Au sein du Centre d'inflammation, l'une des choses que nous essayons de faire est d'utiliser des modèles cellulaires et animaux pour déchiffrer, de manière exhaustive, pourquoi certaines personnes sont atteintes de maladies plus graves que d'autres ».

Plus d'informations : Johansen *et al.*, *Mucosal Immunology* DOI : 10.1038/s41385-020-00340

L'étude : <https://www.nature.com/articles/s41385-020-00340-z>

<https://medicalxpress.com/news/2020-08-sars-cov-covid-infection-aims-fast.html>

Royaume-Uni (Étude)

Le traitement contre la COVID-19 pourrait entraîner une résistance accrue aux antibiotiques, selon une étude britannique : The Tribune India

Source : Tribune India

ID unique : [1007703439](#)

L'utilisation d'antibiotiques chez les personnes atteintes par la COVID-19 pourrait entraîner une augmentation des niveaux de médicaments dans les rivières ou les eaux côtières, ce qui pourrait à son tour entraîner une augmentation de la résistance aux antimicrobiens, selon une étude britannique.

Les patients hospitalisés en raison de la nouvelle infection à coronavirus reçoivent une combinaison de médicaments pour prévenir d'éventuelles infections bactériennes secondaires, ont indiqué les chercheurs de l'Université de Plymouth au Royaume-Uni.

L'étude, publiée dans le Journal of Antimicrobial Chemotherapy, suggère que leur utilisation accrue pendant la pandémie pourrait faire peser une charge supplémentaire sur les travaux de traitement des eaux usées.

Les scientifiques ont noté que cela pourrait entraîner une augmentation des niveaux d'antibiotiques dans les rivières ou les eaux côtières, ce qui pourrait à son tour entraîner une augmentation de la résistance antimicrobienne (RAM), où les bactéries deviennent résistantes à l'action des antibiotiques.

Ce problème serait particulièrement aigu dans les eaux réceptrices des stations d'épuration desservant les grands hôpitaux, ou les hôpitaux d'urgence, où l'on trouve une concentration de patients COVID-19, ont-ils déclaré.

Les résultats sont fondés sur des rapports selon lesquels jusqu'à 95 % des patients hospitalisés affectés par la COVID-19 se voient prescrire des antibiotiques dans le cadre de leur traitement, et les chercheurs craignent qu'une administration de médicaments à si grande échelle puisse avoir des implications environnementales plus larges, selon les chercheurs.

« La COVID-19 a eu un impact sur presque tous les aspects de notre vie. Mais cette étude montre que son héritage pourrait se faire sentir longtemps après que la pandémie actuelle ait été maîtrisée », a déclaré Sean Comber, professeur de chimie environnementale à Plymouth.

« D'après nos recherches antérieures, nous savons que des quantités importantes de médicaments couramment prescrits passent effectivement par les installations de traitement et se retrouvent dans nos cours d'eau.

« En développant une meilleure compréhension de leurs effets, nous pouvons potentiellement informer les futures décisions de prescription pendant les pandémies, mais aussi sur la localisation des hôpitaux d'urgence et sur la gestion plus large des médicaments et des déchets », a déclaré M. Comber.

Le guide de la COVID-19 publié par le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) suggère que les patients atteints par la COVID-19 devraient être traités avec de la doxycycline, ou bien avec de l'amoxicilline, soit avec une combinaison d'autres médicaments si une infection bactérienne est suspectée, mais de suspendre ou d'arrêter les antibiotiques si une infection bactérienne est peu probable, ont déclaré les chercheurs.

« Comme d'autres patients hospitalisés au Royaume-Uni et dans d'autres pays, la majorité de nos patients présentant les symptômes de la COVID se sont vu prescrire des antibiotiques, car il est très difficile de savoir si un patient présentant des symptômes de la COVID a une infection bactérienne sous-jacente ou non », a déclaré Neil Powell, pharmacien consultant à l'hôpital Royal Cornwall.

« Nous avons beaucoup travaillé pour essayer d'identifier les patients qui n'étaient pas susceptibles d'avoir une infection bactérienne compliquant leurs infections virales COVID, afin de réduire le degré d'exposition aux antibiotiques de nos patients et par conséquent celle de l'environnement à ces derniers », a déclaré M. Powell.

Cette recherche a combiné le nombre de patients des hôpitaux d'urgence britanniques installés temporairement dans le pays, avec la capacité de travail de traitement des eaux usées et la dilution de l'eau de rivière disponible desservant l'hôpital d'urgence et la ville associée. DA

L'étude : <https://academic.oup.com/jac/advance-article/doi/10.1093/jac/dkaa350/5896238?searchresult=1>
<https://www.tribuneindia.com/news/world/treating-covid-19-may-lead-to-increased-antibiotic-resistance-uk-study-finds-131228>

Étude

Sérologie du SRAS-CoV-2 (COVID-19) : implications pour la pratique clinique, la médecine de laboratoire et la santé publique

Source : CMAJ
ID unique : [1007703495](#)

Plusieurs tests commerciaux pour les anticorps du coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) ont été approuvés par Santé Canada pour être utilisés comme tests sérologiques, certains fabricants revendiquant une sensibilité d'environ 95 % et une spécificité d'environ 99,5 %. Il n'a pas encore été prouvé que la présence détectable d'anticorps anti-SARS-CoV-2, confère une immunité significative ou durable contre la réinfection. Ainsi, les tests sérologiques ne doivent pas être utilisés pour guider les décisions individuelles concernant les expositions personnelles ou professionnelles, l'utilisation d'équipements de protection individuelle et l'éloignement physique. À l'heure actuelle, les indications cliniques pour les tests sérologiques dans les établissements de santé sont limitées, et les tests sérologiques pour le CoV-2 du SRAS ne jouent aucun rôle dans les soins cliniques de routine.

Pour l'instant, les tests sérologiques devraient être axés sur la recherche concernant l'immunité au CoV-2 du SRAS et sur des études au niveau de la population, afin d'éclairer les réponses de santé publique à l'épidémie de coronavirus 2019 (COVID-19) au Canada.

La présentation clinique chez les personnes infectées par le coronavirus 2, du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) va de l'asymptomatique à la détresse respiratoire potentiellement mortelle qui peut survenir avec la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19).¹ Le diagnostic des cas aigus ou nouveaux, d'infection par le SRAS-CoV-2 repose actuellement sur la détection moléculaire de l'ARN viral dans des échantillons des voies respiratoires supérieures ou inférieures, généralement dans les 2 à 7 jours suivant l'exposition. ^{2,3} Au cours de cette période, l'excrétion virale active se produit et les personnes infectées peuvent transmettre le virus à d'autres. Bien que l'ARN viral puisse encore être détecté dans les échantillons respiratoires et de selles de certaines personnes pendant de nombreuses semaines après leur rétablissement, cela ne semble pas présenter de risque de transmission.^{4,5} Les tests sérologiques impliquent la détection d'anticorps spécifiques à l'infection par le CoV-2 du SRAS dans le sang, le sérum ou le plasma. Le rôle de la sérologie est limité dans le diagnostic de la COVID-19 aiguë, car il faut généralement un minimum de 7 à 14 jours ou plus après l'apparition des symptômes pour développer une réponse anticorps anti-SARS-CoV-2 fiable et mesurable.^{6,7} Toutefois, un intérêt s'est manifesté pour l'application potentielle des tests sérologiques à des fins aussi diverses que l'autorisation de voyages internationaux, la stratification du risque de réinfection sur les lieux de travail et la réduction de l'anxiété du public pour faciliter la reprise de l'activité économique.^{8,9} Nous passons en revue les connaissances actuelles concernant le test sérologique de dépistage du CoV-2 du SRAS - un ensemble de sciences fondamentales et cliniques qui est toujours en évolution (encadré 1); nous examinons ses implications pour les soins cliniques, la mise en place de services appropriés et l'interprétation des tests; et nous donnons des conseils sur l'utilisation appropriée des tests sérologiques à des fins cliniques et de santé publique.

Encadré 1 :

Éléments de preuve utilisés dans le cadre de cet examen

Nous avons cherché dans PubMed des articles publiés à partir du 1^{er} janvier 2020 au 30 juin 2020, en anglais sur le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2), la réponse immunitaire, les diagnostics et la sérologie avec les termes suivants des rubriques médicales : maladie à coronavirus 2019 (COVID-19), anticorps, sérologie, test sérologique, diagnostic, test au point de service, immunoglobuline, immunodosage, test immunoenzymatique, immunité, humoral, réaction croisée, test de neutralisation et syndrome inflammatoire multisystémique chez l'enfant.

Nous avons identifié des articles supplémentaires en effectuant des recherches hebdomadaires dans la base de données LitCOVID sous les catégories « mécanisme » et « diagnostic » du 15 mars 2020 au 30 juin 2020.

Nous avons également identifié des études pertinentes en consultant des experts canadiens et en recherchant les pré-tirages COVID-19 et SARS-CoV-2 dans medRxiv et bioRxiv. En outre, nous avons régulièrement consulté les lignes directrices et les ressources pertinentes d'organisations internationales, notamment l'Organisation mondiale de la Santé, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, la Food and Drug Administration des États-Unis, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis et la Société américaine des maladies infectieuses, ainsi que les conseils générés par les organisations canadiennes participantes.

Quelles sont les réponses des anticorps au CoV-2 du SRAS?

Le génome du SRAS-CoV-2 code pour 4 protéines structurales majeures : la glycoprotéine de surface ou de pointe (S), l'enveloppe, la membrane et la nucléocapside (N).¹⁰ Les tests sérologiques actuellement disponibles détectent les anticorps de divers épitopes sur les protéines structurales S ou N.

Les pics de surface sont la « couronne » observée sur les micrographies électroniques des coronavirus; ils jouent un rôle essentiel dans la pathogenèse virale, et les études ont donc porté sur les anticorps dirigés contre des parties spécifiques de la glycoprotéine S. Chaque protéine de pointe est constituée de deux sous-unités : la sous-unité S1 se lie aux récepteurs de l'enzyme 2 de conversion de l'angiotensine des cellules de plusieurs organes par l'intermédiaire de son domaine de liaison aux récepteurs; et la sous-unité S2 sert de médiateur pour la fusion entre le virus et la membrane cellulaire de l'hôte. Le domaine de liaison au récepteur de la protéine S est un vaccin et une cible thérapeutique importants, car un sous-ensemble d'anticorps ciblant le domaine de liaison au récepteur semble bloquer la liaison virale et neutraliser l'infectivité virale *in vitro*.^{11,12}

La figure 1 présente un schéma de la réponse des anticorps à l'infection par le CoV-2 du SRAS. Bien que l'on considère généralement que les anticorps de l'immunoglobuline M (IgM) et de l'immunoglobuline A (IgA) apparaissent tôt dans la plupart des infections virales aiguës, il n'est pas certain que cela se produise dans le cas d'une infection par le CoV-2 du SRAS.¹³ Dans le cas de la COVID-19, comme dans le cas du SRAS et du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (SRE), les anticorps IgM et IgG apparaissent à des niveaux détectables simultanément environ 2 à 3 semaines, après l'apparition des symptômes ou l'exposition.^{6,7,14,15} Toutefois, dans certains cas légers et asymptomatiques, les anticorps peuvent ne pas être détectés du tout, du moins dans le laps de temps indiqué dans certaines études récentes (< 46 d).¹⁵⁻¹⁷

Figure 1 :

Description et projection de la cinétique de la réponse des anticorps à l'infection causée par le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2). Avec seulement quelques mois d'expérience à ce jour, les projections sur plusieurs années, bien que basées sur l'expérience avec d'autres coronavirus, doivent être considérées comme spéculatives. Les données sur les réponses des immunoglobulines A (IgA) sont encore en cours d'élaboration. Note : IgM = immunoglobuline M, IgG = immunoglobuline G.

Les tests disponibles dans le commerce ciblent un ou plusieurs des trois isotypes d'anticorps (c'est-à-dire IgA, IgM ou IgG) ou l'immunoglobuline totale. Les deux principaux types de tests commerciaux sont décrits dans l'encadré 2. Une liste actualisée des tests de diagnostic clinique approuvés pour les anticorps anti-SARS-CoV-2 est disponible sur le site Web de Santé Canada.²⁰ Bien que plusieurs tests immunologiques en laboratoire aient été approuvés, il n'y a pas suffisamment de preuves pour soutenir l'utilisation de dispositifs de dépistage au point de service pour la sérologie du SRAS-CoV-2 (voir l'encadré 2 pour une description de ces trousse) et, au moment de la rédaction du présent document, aucun test sérologique pour le SRAS-CoV-2 au point de service n'a reçu l'approbation de Santé Canada pour être utilisé.¹⁹ L'utilisation et l'interprétation efficaces des tests au point de service nécessiteront une corrélation constante de leurs résultats avec les tests de laboratoire approuvés, ainsi qu'un approvisionnement sûr en trousse dont la qualité est garantie.

Encadré 2 :

Méthodes de détection des anticorps pour le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère

Matrices d'essai

Les tests énumérés ici sont généralement utilisés pour détecter les anticorps dans les sources de sang. Les immunoessais en laboratoire et les tests de neutralisation spécialisés reposent sur des matrices sanguines (sérum ou plasma). Les tests au point de service utilisent le sang provenant de piqûres de doigts (ou de talons, selon le cas).

Les piqûres de doigts peuvent également être utilisées pour créer des taches de sang séché, qui peuvent être facilement transportées pour des essais immunologiques en laboratoire. Les premiers résultats des tests de dépistage des taches de sang séché sont prometteurs, mais il n'y a pas suffisamment de preuves pour soutenir les tests de dépistage du coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2). Une validation complète par rapport aux résultats des tests, basés sur les prélèvements sanguins par ponction veineuse est en cours dans le monde entier.

La cohérence et l'interprétation de la détection d'anticorps à partir de sources autres que le sang, comme la salive, sont encore incertaines.

Types de tests

Les immunoessais en laboratoire impliquent des tests sur plaques (essais immuno-enzymatiques [ELISAs]) ou des essais immuno-chimioluminescents (CLIA) sur des instruments automatisés à haut débit. Avec la plupart des immunoessais, le signal produit par le test est en corrélation avec le niveau d'anticorps détecté dans l'échantillon du patient. Les réactions croisées avec d'autres coronavirus sont rares, mais se produisent. Pour les tests en laboratoire, la ponction veineuse et le transport vers le laboratoire d'essai sont généralement nécessaires. Les immunoessais disponibles dans le commerce sont semi-quantitatifs (c'est-à-dire qu'ils utilisent un seuil pour déterminer les résultats réactifs [positifs] par rapport aux résultats non réactifs [négatifs]).

Les cassettes de test rapide ou les tests de flux latéral sont souvent appelés tests au point de service. Ces tests sont généralement faciles à utiliser, ne nécessitent qu'une petite quantité de matrice sanguine (par exemple, une piqûre au doigt), ne requièrent pas d'équipement ou de compétences spécialisées et ont des délais d'exécution rapides (10-15 min).¹⁸ La plupart peuvent détecter l'immunoglobuline M et l'immunoglobuline G séparément ou associées. Toutefois, ces essais sont qualitatifs, leur performance varie considérablement et aucun n'a été approuvé par Santé Canada à ce jour. Il n'y a pas d'utilisation actuellement indiquée pour les tests au point de service.¹⁹

Les tests de neutralisation sont considérés comme la référence pour la détection des anticorps en raison de leur grande sensibilité et spécificité, mais ils ne sont pas largement disponibles. Les immunoessais en laboratoire et au point de service sont des « tests d'anticorps de liaison » (c'est-à-dire qu'ils détectent la liaison des anticorps du sang du patient aux antigènes du CoV-2 du SRAS). Les immunoessais en laboratoire et au point de service sont des « tests d'anticorps de liaison » (c'est-à-dire qu'ils détectent la liaison des anticorps du sang du patient aux antigènes du CoV-2 du SRAS). Ces tests nécessitent une expertise spécialisée et des installations de confinement en laboratoire (niveau de confinement 3 pour le SRAS-CoV-2), et ont un débit limité. Cependant, les tests de neutralisation basés sur les pseudo-virus, peuvent détecter les anticorps neutralisants contre le CoV-2 du SRAS, en utilisant des souches virales non infectieuses modifiées et peuvent être effectués dans des laboratoires de niveau de confinement 2. Quelles considérations affectent l'interprétation des tests sérologiques de dépistage du SRAS-CoV-2? Sensibilité, spécificité et prévalence de la maladie

Le potentiel discriminant d'un test est évalué par sa sensibilité et sa spécificité cliniques. La sensibilité est une mesure de la capacité du test à détecter les anticorps dans des matrices telles que le sang, le sérum ou le plasma de patients, atteints d'une infection par le CoV-2 du SRAS (c'est-à-dire un résultat réellement positif). La sensibilité est une mesure de la capacité du test à détecter les anticorps dans des matrices, telles que le sang, le sérum ou le plasma de patients atteints d'une infection par le CoV-2 du SRAS (c'est-à-dire un résultat réellement positif). À l'heure actuelle, Santé Canada recommande une spécificité cible de 98 % ou plus, et le minimum requis pour envisager l'approbation est de 95 %.²¹ La sensibilité et la spécificité sont des éléments inhérents à la performance des tests, mais la valeur prédictive de tout test, dépend de la prévalence de l'infection dans une population donnée. Par exemple, si la prévalence de la maladie dans la population n'est que de 1 %, même un test de diagnostic très spécifique (99 % de spécificité ou un seul résultat faux positif sur 100 résultats obtenus par le patient) devrait entraîner environ un résultat faux positif pour chaque résultat réellement positif.^{9,22}

Au Canada, la prévalence de base de l'infection par le CoV-2 du SRAS au 9 juillet 2020 a été estimée à 0,3 %, sur la base des cas confirmés de COVID-19 106 805.²³ Toutefois, le nombre de Canadiens infectés est probablement plusieurs fois supérieur à celui indiqué par le nombre de cas confirmés, et ce pour plusieurs raisons. Les tests actuels d'acide nucléique ont une sensibilité modérée, et les tests effectués chez les patients atteints d'une infection peuvent avoir donné un résultat négatif dans certains cas. En outre, les indications et la couverture des tests ont varié au fil du temps et selon les régions, et certaines personnes infectées par le CoV-2 du SRAS ne présentent pas de symptômes; par conséquent, de nombreuses personnes infectées n'ont peut-être pas demandé de tests ou ne se sont pas qualifiées pour en subir. La prévalence de l'infection asymptomatique mesurée dans d'autres juridictions varie largement en fonction de la population cible testée, de la localisation géographique et de l'âge des patients.^{14,24-27}

Nous pensons que la prévalence dans la plupart des endroits canadiens est probablement assez faible, pour que de très petites réductions de la spécificité des tests fassent augmenter la proportion de faux positifs qui sont signalés. Cette situation peut être corrigée a posteriori dans les estimations de la prévalence des infections à CoV-2 du SRAS au niveau de la population, mais elle crée des problèmes dans l'application des résultats de la sérologie au niveau individuel - un défi aggravé par les incertitudes biologiques.

Corrélation entre les anticorps anti-SARS-CoV-2 et la neutralisation du virus

Les tests sérologiques disponibles dans le commerce détectent et déterminent de manière semi-quantitative la quantité d'anticorps se liant aux différents antigènes du CoV-2 du SRAS. (La quantification peut être utile, lorsqu'un niveau croissant suggère une infection récente et une séroconversion positive associée). Selon la cible antigénique utilisée, les anticorps liés détectés peuvent être en corrélation avec la détection d'anticorps neutralisants qui, comme indiqué ci-dessus, sont des anticorps qui bloquent la liaison virale et neutralisent l'infection virale in vitro (d'où le terme, anticorps neutralisants). Les anticorps neutralisants peuvent fournir une meilleure indication de l'immunité, mais le débat se poursuit sur la question de savoir si les anticorps neutralisants constituent le principal mécanisme de protection immunitaire contre l'infection par le CoV-2 du SRAS^{22,28-30}. Il pourrait plutôt être plus pertinent de recourir à une réponse immunitaire à médiation cellulaire, connue pour être un élément clé de la lutte contre le CoV-1 du SRAS et le CoV MERS³¹⁻³³. Des études supplémentaires sont donc nécessaires, pour évaluer la corrélation entre les tests commerciaux d'anticorps anti-SARS-CoV-2 et la capacité de neutralisation, le potentiel de réponses immunitaires à médiation cellulaire dépendantes des anticorps et la séroprotection.^{34,35}

Durée de la réponse des anticorps

Dans les cas bénins et asymptomatiques, les réponses anticorps peuvent ne pas se développer de manière constante ou atteindre des niveaux suffisants pour être détectables par les tests d'anticorps.³⁶ La recherche se poursuit sur l'étendue et la durée des réponses anticorps dans le contexte d'infections allant d'asymptomatiques à graves, et dans différentes populations, âges, origines génétiques et comorbidités. Les niveaux d'anticorps dirigés contre les coronavirus diminuent avec le temps.^{37,38} La persistance d'anticorps neutralisants mesurables pendant au moins un an a été signalée chez des patients qui se sont rétablis de la maladie du MERS-CoV et du SRAS-CoV-1, malgré une baisse des titres.^{39,40} Cependant, des études évaluant la réponse immunologique au SRAS-CoV-2 ont suggéré qu'une proportion substantielle de patients asymptomatiques sont IgG négatifs pendant la phase de convalescence de l'infection, ³⁶ et des preuves émergent que les anticorps neutralisants contre le SRAS-CoV-2 diminuent chez les patients convalescents 2 à 3 mois après l'infection.^{36,41} En revanche, une persistance pluriannuelle des réponses des lymphocytes T mémoires a été rapportée pour le MERS-CoV et le SRAS-CoV-1,^{32,33} ce qui suggère que la diminution des titres d'anticorps ne présage pas de perte de immunité. La relation entre les anticorps mesurés et la durabilité de la protection reste donc floue.

Positivité et infectiosité des tests sérologiques

Un résultat positif pour les anticorps ne peut être assimilé à un état non infectieux. En particulier pour les anticorps non neutralisants, la présence d'anticorps n'empêche pas l'excrétion active du virus par les sécrétions respiratoires.^{42,43} Ainsi, des facteurs tels que l'apparition des symptômes, leur résolution et le nombre de jours écoulés depuis leur apparition ou leur résolution, devraient guider les conseils en matière d'infectiosité.

Quelles sont les implications pour les praticiens et les décideurs politiques?

Examiner les performances des tests

Les laboratoires doivent s'efforcer de mettre en œuvre des tests sérologiques de dépistage du SRAS-CoV-2, dont la sensibilité revendiquée par le fabricant est de 95 % ou plus et la spécificité de 99,5 % ou plus, sur la base d'échantillons obtenus, 14 jours ou plus, après l'apparition des symptômes ou d'un résultat positif à un test d'ARN. Des tests sérologiques dans un cadre réel, sont nécessaires pour confirmer que les tests se déroulent comme prévu. Pour maximiser la spécificité dans les populations où la probabilité de maladie avant le test est faible (c'est-à-dire où la prévalence communautaire est faible), il peut être nécessaire d'utiliser un test orthogonal, de sorte que les patients ayant un résultat positif pour un test, soient systématiquement soumis à un second test pour confirmer le résultat.

Lors de l'interprétation des résultats sérologiques, les laboratoires peuvent avoir besoin de prendre en compte, le temps écoulé depuis l'apparition des symptômes ou le temps écoulé depuis l'exposition au CoV-2 du SRAS, s'ils sont connus. Les laboratoires cliniques et les médecins prescripteurs doivent également tenir compte de la probabilité d'un résultat positif ou négatif avant le test, compte tenu du lieu du test et de la population de patients (par exemple, probabilité plus élevée d'un résultat positif en milieu hospitalier par rapport à un dépistage de séroprévalence en ambulatoire).

Des études de recherche supplémentaires, sur la réalisation de tests sérologiques seront nécessaires avec des individus de différents groupes d'âge, à différents moments après l'exposition et pour déterminer la durée de l'anticorps détectable après l'infection.

Quand et qui tester

À l'heure actuelle, l'utilisation des tests sérologiques de dépistage du CoV-2 du SRAS, devrait viser à informer la réponse de santé publique à l'épidémie canadienne, plutôt qu'à estimer la sensibilité actuelle ou future d'un individu à l'infection. Les tests sérologiques doivent être réservés en priorité à la recherche clinique et à l'évaluation, au niveau de la population, de la prévalence d'une infection antérieure par le CoV-2 du SRAS.

Comme indiqué précédemment, les tests sérologiques ne sont ni adéquats ni appropriés pour être utilisés comme outil principal de diagnostic de l'infection ou de confirmation de la non-infectiosité. En d'autres termes, l'état actuel des connaissances ne permettrait pas de disposer de tests d'anticorps anti-SARS-CoV-2 largement disponibles. En l'absence de test ARN positif ou de preuve de séroconversion (mesurée par un niveau d'anticorps qui augmente avec le temps), la sérologie ne doit pas être utilisée pour diagnostiquer une infection aiguë par le CoV-2 du SRAS. En de rares occasions, les tests sérologiques peuvent être utiles comme test de diagnostic complémentaire, lorsque les tests moléculaires sont négatifs à plusieurs reprises, mais que la suspicion clinique est élevée et que les symptômes persistent.^{7,13,44-46} Dans ces cas, le temps écoulé depuis l'exposition (s'il est connu) ou depuis l'apparition des symptômes, doit être considéré comme une séropositivité qui ne survient que 7 à 14 jours ou plus après l'apparition des symptômes.

Les tests sérologiques peuvent aider à l'évaluation des patients qui présentent des manifestations cliniques atypiques, telles que des syndromes inflammatoires (par exemple, trouble inflammatoire multisystémique chez les enfants et les adolescents, orteils COVID ou thrombose inexplicée).^{47,48} L'encadré 3, traite des tests de détection des anticorps dans le contexte du syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants et les adolescents, sur la base des données actuelles limitées^{13,49-54}.

Encadré 3 :

Utilisation de la sérologie dans les cas suspectés de syndrome inflammatoire multisystémique chez les enfants et les adolescents, en relation temporelle avec une maladie à coronavirus 2019

Les définitions de cas pour le syndrome inflammatoire multisystémique chez l'enfant (MIS-C) ont été définies par plusieurs organisations, dont l'Organisation mondiale de la Santé, les Centers for Disease Control and Prevention, le Royal College of Paediatrics and Child Health au Royaume-Uni et la Société canadienne de pédiatrie,⁴⁸⁻⁵¹ et comprennent l'utilisation de la sérologie du coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2).

Des séries de cas ont fait état de pourcentages élevés de patients ayant obtenu des résultats positifs aux tests sérologiques de dépistage du SRAS-CoV-2, avec des taux de positivité plus faibles pour les écouvillons de gorge et les échantillons de selles lors des tests d'amplification en chaîne par polymérase⁵²⁻⁵⁴.

Plusieurs provinces canadiennes sont en train d'adopter ces critères de cas et ont identifié le MIS-C, comme une maladie à déclaration obligatoire, qui exige la déclaration des cas aux autorités locales de santé publique.⁵⁵⁻⁵⁷

Malgré l'inclusion des tests sérologiques dans les définitions de cas de la MIS-C, les performances des tests sérologiques chez les enfants et chez les patients atteints de MIS-C restent mal caractérisées. D'autres études sont nécessaires, notamment des études de validation des tests de détection des anticorps anti-SARS-CoV-2 chez les enfants et dans les cas suspectés de MIS-C.

Comment communiquer les résultats des tests sérologiques

Un récent rapport du Royaume-Uni⁵⁸, a montré que l'interprétation clinique des résultats de la sérologie du SRAS-CoV-2 variait, notamment en ce qui concerne l'immunité inférée et le statut infectieux des individus. La cohérence des messages et la prévention des interprétations erronées des résultats des tests sérologiques, dépendent de l'harmonisation des rapports entre les laboratoires, combinée à une communication proactive de la part du personnel de laboratoire, des microbiologistes médicaux et des praticiens des maladies infectieuses. L'encadré 4 fournit des suggestions de formulation interprétative à l'usage provisoire des laboratoires cliniques et de santé publique, pour la notification de la sérologie du SRAS-CoV-2.

Encadré 4 :

Suggestions pour la communication des résultats des tests par les laboratoires cliniques (inclure les commentaires en annexe)

Déclaration des résultats réactifs/positifs

La présence d'anticorps contre le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS-CoV-2) indique une infection actuelle ou antérieure. Des résultats faussement positifs peuvent se produire, en

raison d'une réaction croisée des anticorps ou d'autres causes. Actuellement, on ignore si les anticorps indiquent une immunité protectrice et pour combien de temps.

La présence d'anticorps anti-SARS-CoV-2 ne doit pas être utilisée pour déduire le statut infectieux d'un individu ou son immunité.

Signaler les résultats négatifs/non réactifs

L'absence d'anticorps anti-SARS-CoV-2 ne doit pas être utilisée pour déduire le statut infectieux d'un individu ou son immunité.

Communication de résultats non concluants/indéterminés

Un résultat peu concluant n'exclut pas une infection antérieure par le CoV-2 du SRAS.

Utilisations potentielles de la sérologie du SRAS-CoV-2 du point de vue de la santé publique et de la recherche

À l'heure actuelle, sur la base des éléments que nous avons examinés, les résultats des tests sérologiques ne devraient pas être utilisés pour orienter la prise de décision au niveau du patient concernant les mesures de lutte contre l'infection, notamment l'utilisation d'équipements de protection individuelle, le moment du retour au travail ou les politiques locales d'éloignement physique.

Toutefois, les études de séroprévalence du SRAS-CoV-2 peuvent être utilisées pour estimer les taux d'exposition et la transmission géographique du virus au sein des communautés et des populations, ainsi que dans les installations, les lieux de travail et les foyers au fil du temps. Ces informations peuvent être utilisées par les modélisateurs d'épidémies pour aider à orienter les politiques de santé publique, par les planificateurs de programmes de vaccination pour aider à établir les priorités et par les praticiens de santé publique de première ligne, pour déterminer quelles communautés ou quels lieux de rassemblement présentent une exposition passée minimale au CoV-2 du SRAS et, par conséquent, peuvent être plus exposés à un risque de propagation rapide. À l'interface des applications cliniques et de santé publique, alors que le rôle diagnostique des tests d'anticorps est strictement complémentaire, les études de séroprévalence peuvent être utiles dans la recherche des contacts lorsque les tests d'ARN sont indéterminés.

Les études longitudinales de séroprévalence peuvent fournir des informations sur la nature et la durabilité des réponses des anticorps chez les patients dont l'infection est confirmée. Le but de ces études peut être de déterminer si une infection COVID-19 et une séropositivité antérieure sont associées à une protection contre une réinfection ultérieure; des tests sérologiques spécialisés, tels que des tests de neutralisation, seront particulièrement utiles dans ce contexte. De même, le dépistage sérologique des dons de sang peut révéler quels échantillons de sang contiennent des niveaux adéquats d'anticorps neutralisants, pour permettre leur utilisation dans des essais contrôlés randomisés qui étudient l'efficacité du traitement par pool de plasma de convalescence pour les patients atteints de COVID-19 grave. Les études sur l'efficacité du vaccin contre le SRAS-CoV-2 peuvent utiliser les résultats des tests sérologiques comme marqueur de l'immunité, dans des études de cohorte qui explorent les corrélations entre la protection et le risque de réinfection.

Conclusion

Compte tenu des incertitudes de mesure et d'interprétation des tests, les indications cliniques du test sérologique du SRAS-CoV-2 sont limitées, à quelques exceptions près. Ces tests seront utiles dans divers contextes de recherche et pour l'élaboration de politiques de santé publique, mais ne devraient pas être utilisés à des fins cliniques générales sur la base des données actuelles. Il est important d'interpréter et de communiquer avec soin les résultats des tests. L'état actuel des connaissances ne permet pas de tirer des conclusions définitives sur l'immunité et la probabilité de réinfection sur la base des résultats des tests sérologiques, et les tests ne peuvent donc pas être utilisés pour éclairer les décisions individuelles sur la modification de l'exposition professionnelle, l'utilisation d'équipements de protection individuelle, les recommandations sur l'éloignement physique des membres du public ou les conseils sur les voyages internationaux.

Notes de bas de page

Des intérêts concurrents : Paul Van Caesele est le directeur du laboratoire de santé publique de la province de Cadham (Manitoba Health). Mel Kraiden a reçu des subventions versées à son institution par Roche, Hologica et Siemens. Aucun autre intérêt concurrent n'a été déclaré. Pour les intérêts concurrents des membres des 5 groupes d'auteurs, voir l'annexe 1, disponible sur <https://www.cmaj.ca/lookup/doi/10.1503/cmaj.201588/tab-related-content>.

Contributeurs : Tous les auteurs ont contribué à la création et à la conception de l'étude; ils ont relu le manuscrit, qui a d'abord été rédigé par Dana Bailey et Mel Kraiden, pour un contenu intellectuel

important; ils ont donné leur approbation finale à la version à publier; et ils ont accepté de s'occuper de tous les aspects ayant traités à ce travail. Paul Van Caesele est coprésident du Réseau des laboratoires de santé publique du Canada. Dana Bailey est l'auteur correspondant désigné pour le groupe de travail sur les intérêts significatifs de la Société canadienne de chimie clinique COVID-19. Sarah Forgie est présidente de l'Association de microbiologie médicale et des maladies infectieuses du Canada. Tanis Dingle est présidente de l'Association canadienne de microbiologie clinique et de maladies infectieuses. Mel Krajden dirige le groupe de travail sur les tests du groupe de travail sur l'immunité COVID-19. Membres du Réseau canadien des laboratoires de santé publique : Mike Drebot Ph.D.*, Jean Longtin MD*, Tim Booth Ph.D.† (Laboratoire national de microbiologie); Graham Tipples Ph.D.*, Jamil N. Kanji MD† (Alberta); Inna Sekirov MD Ph.D.*, Muhammad Morshed Ph.D.†, Paul N. Levett Ph.D. DSc† (Colombie-Britannique); Paul Van Caesele MD* (auteur correspondant du RLSPC), Derek Stein Ph.D.† (Manitoba); Richard Garceau MD* (Nouveau-Brunswick); Lei Jiao MD Ph.D.* (Terre-Neuve-et-Labrador); Todd F. Hatchette MD*, Jason LeBlanc Ph.D.† (Nouvelle-Écosse); Julianne Kus Ph.D.*, Jonathan Gubbay MBBS MMedSc† (Ontario); Greg J. German MD Ph.D.†, Jason Robinson Ph.D.† (Île-du-Prince-Édouard); Michel Roger MD Ph.D.* (Québec); Amanda Lang Ph.D.* (Saskatchewan); *auteurs; †collaborateurs.

Membres de la Société canadienne des chimistes cliniques (groupe de travail COVID-19 sur les intérêts significatifs) : auteurs : Dana Bailey MSc Ph.D. (auteur correspondant du CSCC), Danijela Konforte Ph.D. (présidente du groupe d'intérêt significatif du CSCC COVID-19), Vilte E. Barakauskas Ph.D., Vathany Kulasingam Ph.D., Paul M. Yip Ph.D.; collaborateurs : Lori Beach Ph.D., Ivan Blasutig Ph.D., Peter Catomeris Ph.D., Mari L. DeMarco Ph.D., Yanping Gong MD Ph.D., Peter A. Kavsak Ph.D., Ed Randell Ph.D., Julie Shaw Ph.D., Jennifer Taher Ph.D., Nicole White-AI Habeeb Ph.D.

Membres de l'Association de microbiologie médicale et des maladies infectieuses du Canada : auteur : Sarah E. Forgie MD MEd (auteur correspondant de l'AMMI); collaborateurs : Isabelle Chiu MD, Yves Longtin MD, LeeAnne M. Luft MD MSc, Shariq Haider MD, Susy Hota MD MSc, Philippe Lagace-Wiens MD, Kelly MacDonald MD, Andrew Simor MD, Karina Top MD MS, Terence C. Wuerz MD, Deborah Yamamura MD.

Membres de l'Association canadienne de microbiologie clinique et des maladies infectieuses : auteurs : Tanis C. Dingle Ph.D. (auteur correspondant de CACMID), Carmen L. Charlton Ph.D., Samir Patel Ph.D., Prameet Sheth Ph.D., Vanessa Tran Ph.D.; collaborateurs : Ramzi Fattouh Ph.D., Danielle Brabant-Kirwan Ph.D., Rob Kozak Ph.D., Chris Lowe MSc MD, Esther Nagai BBA MLS, Valentina Russell BSc MLS.

Membres du groupe de travail sur l'immunité COVID-19 : auteurs : Mel Krajden MD (auteur correspondant du CITF), C. David Naylor MD Ph.D. (coordonnateur de la rédaction), Timothy G. Evans DPhil MD, Catherine A. Hankins MD, James D. Kellner MD, Allison D. McGeer MD, Caroline Quach-Thanh MD; collaborateurs : James Talbot MD Ph.D., Gina Ogilvie MD MSc, Vivek Goel MD MSc MS, Scott Halperin MD, Jutta Preiksaitis MD.

<https://www.cmaj.ca/content/192/34/E973>

Événements nationaux d'intérêt

Canada

Un Torontois contracte le virus du Nil occidental; premier résident infecté en 2020

Source : www.cp24.com

ID unique : [1007704537](https://doi.org/10.1007/704537)

Un Torontois a contracté le virus du Nil occidental, devenant ainsi la première personne à obtenir un résultat positif au test de dépistage de l'infection cette année dans la ville.

Dans un communiqué de presse, le service de santé publique de Toronto (TPH) a déclaré qu'un résident adulte avait contracté le virus.

La maladie causée par le virus du Nil occidental est une infection, qui se transmet aux humains principalement par la piqûre d'un moustique infecté.

« Bien que la probabilité d'être infecté par le virus du Nil occidental soit faible dans notre ville, c'est le bon moment pour rappeler aux résidents les gestes simples qu'ils peuvent poser lorsqu'ils profitent du plein

air, afin de minimiser davantage le risque », a déclaré le médecin hygiéniste de Toronto, le Dr Eileen de Villa, dans le communiqué de presse.

« Ces actions comprennent le port de vêtements insectifuges et de couleur claire, de pantalons longs et de chemises à manches longues pour éviter d'être piqué par un moustique infecté ».

Les symptômes provoqués par le virus du Nil occidental apparaissent généralement entre deux et 14 jours après qu'une personne ait été piquée par un moustique infecté.

Les symptômes peuvent comprendre de la fièvre, des maux de tête, des nausées, des vomissements, des douleurs corporelles, des éruptions cutanées et un gonflement des glandes lymphatiques.

En 2019, la TPH a signalé neuf cas humains confirmés en laboratoire du virus du Nil occidental et dix tests de dépistage des moustiques positifs.

<https://www.cp24.com/news/torontonian-contracts-west-nile-virus-first-resident-infected-in-2020-1.5078266>

Canada

La Colombie-Britannique marque le troisième mois consécutif avec plus de 170 décès par overdose

ID : 1007706507

Source : CBC

Il y a 4 heures

« Augmentation soutenue » des décès dus à la toxicité des drogues illicites, détectés depuis le premier pic de la pandémie : Service des médecins légistes de la Colombie-Britannique.

La Colombie-Britannique a presque égalé son record mensuel d'overdoses mortelles de drogues illicites, avec 175 décès au cours du mois de juillet.

Le service des médecins légistes de la Colombie-Britannique a enregistré 177 décès en juin, ce qui dépasse le record précédent de 174 décès en mai. Le service a initialement fait état de 175 décès pour le mois de juin, mais a mis à jour ce chiffre mardi.

Selon un communiqué, le service a détecté « une augmentation soutenue » des décès, dus à la toxicité des drogues illicites depuis le premier pic de la pandémie en mars, et il confirme maintenant cinq mois consécutifs avec plus de 100 décès de ce type.

La D^{re} Bonnie Henry, responsable provinciale de la santé, qui a dirigé la réponse aux crises sanitaires concomitantes de la province, à savoir les overdoses et le nouveau coronavirus, a déclaré que la pandémie avait entraîné une augmentation du nombre de personnes consommant et mourant seules.

« Il est consternant de savoir que tout le travail que nous avons accompli pour répondre à la COVID-19 a contribué au nombre de décès dus à l'approvisionnement en médicaments toxiques en Colombie-Britannique et au Canada », a-t-elle déclaré lors d'une conférence de presse mardi.

La consommation de substances illicites, qu'il s'agisse de fentanyl, de cocaïne ou de méthamphétamine, ne doit se faire qu'en présence d'une autre personne », a-t-elle déclaré.

Un peu moins de 80 % des personnes qui sont mortes d'une overdose en Colombie-Britannique cette année étaient des hommes. Quatre-vingt-cinq pour cent des décès se sont produits à l'intérieur. Aucun décès n'a été signalé dans les sites d'injection supervisés ou les sites de prévention des surdoses de drogue.

La lutte contre la crise des surdoses doit faire plus que cibler les opioïdes sur ordonnance, selon une étude

De janvier à mai, le nombre d'indigènes morts d'une overdose illicite a augmenté de 93 %. Les autochtones représentent 3,4 % de la population de la Colombie-Britannique, mais ont été à l'origine de

16 % des surdoses au cours de cette période - un taux cinq fois plus élevé que celui des autres résidents de la Colombie-Britannique.

Le fentanyl reste le principal responsable du nombre élevé de décès dans toutes les catégories démographiques. Des opioïdes ont été trouvés parmi tous ceux qui sont morts, ainsi que de la cocaïne et des stimulants, à savoir méthamphétamine et amphétamine.

Sécurité de l'approvisionnement, décriminalisation cruciale : les fonctionnaires

Les dirigeants du monde médical, les médecins et les défenseurs des droits de l'homme qui se sont exprimés mardi ont tous appelé aux mêmes mesures pour sauver des vies. Ils ont fait pression en faveur de la décriminalisation, d'un approvisionnement sûr pour les usagers et de l'effacement de la stigmatisation entourant la consommation de substances.

« Étant donné la toxicité de l'approvisionnement en drogues, il est temps pour nous tous de faire preuve de compassion et d'empathie », a déclaré M. Lapointe.

Lapointe et Henry ont décrit la toxicité actuelle de l'approvisionnement comme « extrême », rendue plus toxique que jamais en raison de la pandémie de COVID-19.

Les autorités ont déclaré que la fermeture des frontières pendant la pandémie a perturbé le flux habituel de fentanyl en Colombie-Britannique, ce qui a conduit à remplacer l'approvisionnement par une substance instable et imprévisible produite localement par des personnes qui pourraient être inexpérimentées.

« Le contrôle de la qualité n'a jamais été effectué avec le fentanyl, mais c'est encore pire maintenant, quand les trafiquants et les revendeurs de drogue jettent l'évier de la cuisine et tout ce qu'ils ont pour fabriquer le produit », a déclaré le D^r Dan Kalla, chef du service de médecine d'urgence de l'hôpital St Paul dans le centre-ville de Vancouver.

Kalla a également exhorté les responsables à agir en faveur de la dépénalisation et de la sécurité de l'approvisionnement.

« Je vous jure que vous ne mettrez pas fin à la consommation d'une personne en gardant cela criminel et en poursuivant les personnes qui utilisent comme des criminels, plutôt que des personnes ayant des problèmes de santé et de dépendance », a déclaré le D^r Kalla.

Le mois dernier, le premier ministre de la Colombie-Britannique, John Horgan, a demandé un plan national pour aider à endiguer la crise des surdoses, en soutenant l'Association canadienne des chefs de police dans sa demande de décriminalisation de la possession de petites quantités de drogues illégales.

La Colombie-Britannique ajoute des services pour aider les personnes menacées par l'approvisionnement en drogues illicites toxiques

En Colombie-Britannique, plus de personnes meurent d'overdoses de drogues illicites que d'homicides, d'accidents de véhicules à moteur, de suicides et de COVID-19 combinés.

Environ 5 000 personnes en Colombie-Britannique sont mortes d'overdoses de drogues illicites depuis que l'urgence sanitaire a été déclarée en 2016.

Judy Darcy, ministre de la Santé mentale et des Dépendances de la Colombie-Britannique, a déclaré que la province a intensifié sa réponse à la crise des surdoses dans un effort pour « contrer les effets de la pandémie ».

« Les Britanno-Colombiens ont montré au monde ce que nous pouvions faire en ce qui concerne COVID-19... Nous devons faire de même pour l'urgence de santé publique en matière d'overdose dans cette province et nous devons le faire maintenant », a-t-elle déclaré dans une déclaration.

Événements internationaux d'intérêt

OMS

L'initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite félicite la Région africaine de l'OMS, certifiée exempte de poliomyélite sauvage

L'appui des gouvernements nationaux et des donateurs mondiaux a été déterminant pour vaincre la poliomyélite sauvage dans la région et il doit être maintenu pour libérer le monde de la poliomyélite sauvage

Source : OMS

25 août 2020 Communiqué de presse

GENÈVE

Aujourd'hui, la Commission régionale de certification pour l'Afrique a certifié que la Région africaine de l'OMS était exempte de poliomyélite sauvage après 4 années sans aucun cas. Maintenant que cette étape historique est franchie, 5 des 6 régions de l'OMS – représentant plus de 90 % de la population mondiale – sont désormais exemptes de poliovirus sauvage et l'éradication mondiale de la poliomyélite est de plus en plus proche.

Dans l'ensemble du monde, la transmission du poliovirus sauvage se poursuit dans seulement 2 pays, le Pakistan et l'Afghanistan.

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite (IMEP) félicite les instances nationales des 47 pays de la Région africaine de l'OMS du succès remporté aujourd'hui.

« La victoire sur le poliovirus sauvage en Afrique est l'une des plus grandes réalisations de santé publique de notre temps qui nous encourage tous vivement à finir d'éradiquer la poliomyélite dans le monde », a déclaré le Directeur général de l'OMS, le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus. « Je remercie et je félicite les gouvernements, les agents de santé, les bénévoles locaux, les chefs traditionnels et religieux et les parents de toute la Région qui ont agi ensemble pour bouter la poliomyélite sauvage hors d'Afrique. ».

Un leadership résolu et un important travail d'innovation ont contribué à faire barrage au poliovirus sauvage dans la Région. Les pays ont su coordonner leurs efforts pour surmonter les principaux obstacles à la vaccination des enfants, comme les fréquents mouvements de population, les conflits et l'insécurité qui entravent l'accès aux services de santé, ou encore le pouvoir qu'a le virus de se propager rapidement et de traverser les frontières.

De plus, la générosité constante et la volonté commune des donateurs – gouvernements, secteur privé, institutions multilatérales et organisations philanthropiques – de libérer le monde de la poliomyélite ont facilité la mise en place des infrastructures qui ont permis à la région africaine de vacciner plus d'enfants que jamais auparavant et de mettre la poliomyélite sauvage en échec.

« En cette année où la santé mondiale est mise à mal, la certification de l'absence de poliovirus sauvage dans la région africaine est un signe d'espoir et de progrès qui montre ce que la collaboration et la persévérance permettent d'accomplir », a commenté le Président de Rotary International, M. Holger Knaack. « Depuis 1996, année où Nelson Mandela s'est allié au Rotary, à l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite et aux gouvernements de la région africaine, nous avons accompli quelque chose de remarquable. Le tournant d'aujourd'hui nous montre qu'il est possible d'éradiquer la poliomyélite, à condition que l'ensemble du monde reste décidé à mener cette entreprise à bien. Œuvrons ensemble et unissons nos forces pour surmonter les dernières difficultés et remplir notre promesse de libérer le monde de la poliomyélite. »

Les ressources et les compétences mises à profit pour éliminer le poliovirus sauvage ont apporté une contribution notable aux systèmes africains de santé publique et de riposte aux flambées épidémiques. Le programme de lutte contre la poliomyélite a de multiples retombées positives sur la santé des communautés locales, notamment il facilite la réponse de la région africaine à la COVID-19 et renforce la vaccination systématique contre d'autres maladies à prévention vaccinale.

Certes, le succès est remarquable, mais il ne faut pas relâcher les efforts. L'engagement continu à renforcer la vaccination et les systèmes de santé dans la région africaine est essentiel pour ne pas remettre en cause la victoire remportée sur la poliomyélite sauvage et pour endiguer la propagation du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2), qui est présent dans 16 pays de

la région. Comme il existe des poches de faible immunité, ces souches demeurent une menace, et le risque est augmenté par les interruptions de la vaccination causées par la COVID-19, qui rendent les communautés plus vulnérables aux flambées épidémiques dues au PVDVc2.

L'IMEP appelle les pays et les donateurs à rester vigilants face à toutes les formes de poliomyélite. Tant que toutes les souches ne seront pas éradiquées dans le monde, les progrès incroyables faits contre la poliomyélite seront menacés.

La victoire de la Région africaine de l'OMS contre la poliomyélite sauvage montre qu'on peut progresser dans la lutte contre certains des plus gros problèmes de santé publique mondiaux. L'IMEP remercie tous les individus, partenaires, donateurs et pays qui ont contribué à cet extraordinaire succès.

L'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite est un partenariat public-privé dirigé par les gouvernements nationaux avec six grands partenaires : l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), Rotary International, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique (CDC), l'UNICEF, la Fondation Bill et Melinda Gates et l'Alliance Gavi.

Pour de plus amples informations et une documentation multimédia sur l'action menée dans la Région africaine de l'OMS pour éradiquer la poliomyélite sauvage, veuillez consulter le site africakicksoutwildpolio.com. Pour plus d'informations sur l'effort mondial visant à éradiquer la polio, consultez polioeradication.org.

<https://www.who.int/fr/news/item/25-08-2020-global-polio-eradication-initiative-applauds-who-african-region-for-wild-polio-free-certification>

Sénégal

La fièvre jaune infecte un enfant sénégalais

Source : OMS

Le Sénégal a signalé son premier cas de fièvre jaune depuis début 2018, qui concerne une fillette de 5 ans d'une région où la couverture vaccinale est faible, a indiqué le Bureau régional africain de l'OMS dans son rapport hebdomadaire sur les flambées et les urgences sanitaires.

Les symptômes de la jeune fille ont commencé le 24 juin, et elle a d'abord été vue et traitée par un guérisseur traditionnel. Elle est originaire du quartier Darou Marnane Ndia de Touba, la deuxième ville du Sénégal, qui se trouve dans la partie centrale du pays.

Lorsque sa maladie a persisté, elle a été traitée dans un centre de santé, où un échantillon de sang a été prélevé et testé dans le cadre de la surveillance du syndrome des arbovirus à l'Institut Pasteur de Dakar. Les tests ont été retardés en raison des exigences de la réponse face à la COVID-19.

L'enquête a révélé que la jeune fille n'était pas à jour dans ses vaccinations. La recherche active de cas n'a pas permis d'identifier d'autres cas, et dix enfants du domicile du patient ont été vaccinés.

Une étude larvaire des sources d'eau proches du domicile du patient a révélé des taux d'infestation par les moustiques supérieurs à 22 %, et une forte proportion d'entre eux étaient *Aedes aegypti*, un porteur connu du virus de la fièvre jaune. L'OMS a noté que cette détection est la première au Sénégal depuis février 2018. Les responsables de l'OMS ont salué l'action des autorités de Touba, notant qu'un suivi continu est nécessaire.

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/08/news-scan-aug-25-2020>

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333969/OEW34-1723082020.pdf>

RD Congo

La variole du singe en RDC augmente de 1 000 cas supplémentaires

ID : 1007706778

Source : outbreaknewstoday.com

La République démocratique du Congo (RDC) a connu 1 000 autres cas de variole du singe au cours du mois dernier, passant de 2 591 cas le 5 juillet à 3 567 le 9 août, selon l'Organisation mondiale de la Santé.

Le nombre de décès dus à la variole du singe en RDC est également passé à 132 jusqu'au 9 août.

L'OMS note que l'un des principaux défis de la RDC face à l'urgence actuelle consiste à obtenir le financement nécessaire pour répondre à toutes les multiples épidémies en cours dans le pays, dont le virus Ebola, la COVID-19, le choléra et d'autres.

La variole du singe est une maladie rare qui se manifeste dans des régions reculées d'Afrique centrale et occidentale, souvent à proximité des forêts tropicales humides. Elle se transmet par contact avec le virus de la variole du singe provenant d'un animal ou d'un être humain (vivant ou mort), ou avec des matériaux contaminés par le virus.

Les symptômes commencent par de la fièvre, des maux de tête, des douleurs musculaires, un gonflement des ganglions lymphatiques et de l'épuisement, et sont suivis d'une éruption cutanée. Les patients sont généralement malades pendant 2 à 4 semaines. La variole du singe est mortelle chez 10 % des personnes qui en sont atteintes.

<http://outbreaknewstoday.com/monkeypox-in-drc-rises-by-another-1000-cases-81864/>

Recherches, politiques et lignes directrices

Étude

12 % des adultes hospitalisés pour la grippe ont des problèmes cardiaques aigus, selon une étude
Source : CIDRAP

Une étude publiée aujourd'hui dans les *Annals of Internal Medicine* montre que des événements cardiovasculaires aigus, notamment l'insuffisance cardiaque et les cardiopathies ischémiques, surviennent chez près de 12 % des patients adultes hospitalisés pour cause de grippe. L'étude était basée sur plus de 80 000 patients américains, dont les résultats ont été suivis par le biais du réseau américain de surveillance des hospitalisations dues à la grippe pendant les saisons grippales 2010-2011 à 2017-2018.

Selon les auteurs, le vieillissement, le tabagisme, les maladies cardiovasculaires sous-jacentes, le diabète et les maladies rénales sont associés de manière significative à un risque accru d'événements cardiovasculaires. Parmi les 11,7 % de patients ayant subi des événements cardiovasculaires, l'insuffisance cardiaque aiguë (6,2 %) et la cardiopathie ischémique aiguë (5,7 %) étaient les plus fréquentes. Les adultes vaccinés contre la grippe étaient nettement moins susceptibles de souffrir d'un accident cardiaque.

Selon les auteurs, « Les événements cardiovasculaires aigus sont des facteurs importants de morbidité et de mortalité liés à la grippe. Près d'un tiers des patients ayant subi un événement cardiovasculaire aigu ont été admis à l'unité de soins intensifs, et 7 % (6 % en excluant ceux ayant subi un choc cardiogénique) sont finalement morts au cours de leur hospitalisation ».

Dans un commentaire d'accompagnement, Chandini Raina MacIntyre, Ph.D., a déclaré que l'étude offre des preuves solides pour évaluer la santé cardiovasculaire et le statut vaccinal de tous les patients adultes atteints de la grippe.

« La grippe peut démasquer des maladies cardiovasculaires non diagnostiquées et peut exacerber des maladies connues », écrit MacIntyre. « Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de morbidité et de mortalité dans le monde. En prévenant une partie des événements cardiovasculaires aigus, la vaccination contre la grippe aura un effet bénéfique important sur la santé publique et sera probablement rentable ».

Cette étude est la dernière d'une série de recherches détaillant le risque de crise cardiaque en cas de grippe, dont une étude de 2018 qui a montré que le risque de crise cardiaque était six fois plus élevé au cours des sept premiers jours de grippe.

<https://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2020/08/news-scan-aug-25-2020>

25 août *Ann Intern Med* [étude](#)

25 août *Ann Intern Med* [commentaire](#)

25 janvier 2018, CIDRAP News story « [Une étude renforce le lien entre grippe et crise cardiaque](#) »