

PANDÉMIE DE COVID-19

Mise à jour des données probantes de la DRAE

Faits saillants de la recherche en santé synthétisés par la Direction de la recherche, de l'analyse et de l'évaluation

8 juin 2020

Grandes lignes

[Produits d'analyse de données probantes élaborés en collaboration avec nos partenaires](#)

[Résultats de recherche](#)

[Expérience des différents territoires de compétence](#)

[Ressources fiables](#)

Produits d'analyse de données probantes élaborés en collaboration avec nos partenaires

L'Evidence Synthesis Network pour la COVID-19 réunit des groupes spécialisés dans la synthèse des données probantes et le transfert des connaissances. Le groupe s'est engagé à mettre à contribution son expertise pour fournir des données de recherche synthétisées de haute qualité et pertinentes en temps opportun sur la COVID-19, afin d'informer les décideurs à mesure que progresse la pandémie. Pour lire l'intégralité de ces produits d'analyse de données probantes, veuillez communiquer avec l'[Unité de la synthèse des données probantes](#).

Taux d'infection et de mortalité en raison de la COVID-19 chez les travailleurs de la santé

Une recherche n'a révélé aucun renseignement sur les taux de mortalité en raison de la COVID-19 parmi les travailleurs de la santé, et aucune directive ni politique n'a été trouvée indiquant que les travailleurs de la santé courraient un risque professionnel de développer la COVID-19. Selon certains résultats de recherche, l'incidence des taux d'infection à la COVID-19 chez les travailleurs de la santé dans différents territoires de compétence varie selon les différences dans les intensités épidémiques, les systèmes de santé et les stratégies de santé publique. Par

exemple, quatre études ont signalé des taux d'incidence chez les travailleurs de la santé (de la Chine et des États-Unis) allant de 2,5 à 8,2 %, et quatre études (toutes en Europe) ont décrit des taux d'incidence chez les travailleurs de la santé allant de 10 à 41 %. En outre, une analyse des données provenant de trois territoires de compétence « à faible risque » (les régions autres qu'Hubei en Chine, en Indonésie, aux Philippines) et de trois territoires de compétence « à risque élevé » (Italie, Espagne, province d'Hubei en Chine) a révélé que l'incidence globale des infections à la COVID-19 chez les travailleurs de la santé était plus élevée que celle de la population générale. Les seules données canadiennes trouvées proviennent de l'Alberta, qui signale que le risque global d'infection à la COVID-19 chez les travailleurs de la santé était de 0,13 %, comparativement à 0,1 % dans la population générale de la province. Le risque relatif d'infection plus élevé chez les travailleurs de la santé peut être dû à une plus grande détermination des cas chez les travailleurs de la santé par rapport à la population générale (c.-à-d. des taux plus élevés de quarantaine et de tests chez les travailleurs de la santé) et les différences dans les habitudes de voyage chez les travailleurs de la santé par rapport aux autres populations avant la reconnaissance de la pandémie et la mise en œuvre des restrictions de voyage. Les données de l'Ontario du 15 janvier au 25 mai 2020 semblent indiquer que 4 485 travailleurs de la santé dans les bureaux de santé publique ont été infectés par la COVID-19, ce qui représente 17 % de tous les cas de l'Ontario. Environ 55 % de tous les cas de travailleurs de la santé infectés en Ontario ont été associés à une éclosion déclarée dans un établissement : 51 % dans un foyer de soins de longue durée, une maison de retraite ou un hôpital; 4 % dans d'autres types d'installations (p. ex., un foyer de groupe, un refuge ou un endroit autre ou inconnu). Les autres cas de COVID-19 (c.-à-d. 45 %) est le résultat des voyages, des contacts étroits, de la transmission communautaire ou de sources inconnues. (Produit en collaboration avec Santé Ontario (Qualité) et Santé publique Ontario).

Obstacles auxquels sont confrontées les populations vulnérables pour respecter les mesures de santé publique liées à la COVID-10

On a trouvé peu de renseignements sur les obstacles au respect des mesures de santé publique liées à la COVID-19. Les données préliminaires montrent que les inégalités structurelles et les déterminants sociaux de la santé, tels que la race/l'origine ethnique, l'autochtonité, le sexe/genre, la position socio-économique, la profession (p. ex., emploi précaire), l'incarcération et l'itinérance, peuvent contribuer à augmenter le risque d'exposition à la COVID-19, particulièrement lorsqu'ils limitent la capacité à maintenir la distanciation physique. Les iniquités sociales existantes sur le plan de la santé augmentent le risque de résultats graves liés à la COVID-19 en raison d'une prévalence accrue des affections médicales sous-jacentes ou d'un accès aux soins de santé réduit. L'Ontario démontre l'effet des quatre déterminants sociaux de la santé sur le risque d'exposition à la COVID-19 ou sur les résultats : race/origine

ethnique, itinérance, emploi précaire et dépossession de voisinage. (Produit en collaboration avec [Santé publique Ontario](#)).

Recherche de contacts pour la COVID-19

Aucune ligne directrice pertinente fondée sur des données probantes n'a été déterminée concernant la recherche de contacts pour les personnes qui ont été en contact avec une personne ayant reçu un diagnostic soupçonné ou confirmé de COVID-19. Les pratiques exemplaires qui semblent améliorer l'efficacité de la recherche de contacts dans l'ensemble des territoires de compétence comprennent : 1) une grande capacité de surveillance et de recherche de contacts (p. ex., des équipes de recherche de contacts bien formées avec suffisamment de personnes créées au moyen de la réaffectation et de la formation d'employés/bénévoles dans tous les secteurs) et 2) des approches numériques (p. ex., technologie Bluetooth, système de localisation GPS et technologies infonuagiques). En raison de préoccupations liées à la confidentialité et à l'utilisabilité, les outils numériques pourraient surtout servir de mesures supplémentaires aux approches classiques de recherche de contacts, dans lesquelles les contacts sont identifiés par un examen approfondi des données disponibles (p. ex., entrevues téléphoniques avec la personne infectée, dossiers médicaux, dossiers de voyage ou casiers judiciaires). Les facteurs contextuels qui peuvent améliorer l'efficacité de la recherche de contacts comprennent l'infrastructure de préparation aux situations d'urgence, la collaboration intersectorielle, les bureaux de santé publique locaux pour la mise en œuvre de démarches et la communication stratégique éclairée par des données probantes. Le 27 avril 2020, le gouvernement de l'Ontario a publié son [cadre](#) visant le déconfinement de la province, faisant écho à la nécessité de renforcer la capacité de santé publique à assurer la recherche de contacts et la gestion de cas en temps opportun. Santé publique Ontario, en collaboration avec le ministère de la Santé et le gouvernement fédéral canadien, dirige l'[Initiative de recherche de contacts en lien avec la COVID-19](#). (Produit en collaboration avec l'[Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé](#), l'[Observatoire nord-américain des systèmes et des politiques de santé](#), Santé Ontario (Action cancer Ontario), Santé Ontario (Qualité) et Unity Health – Hôpital St. Michael's).

Résultats de recherche

Les résultats de recherche présentés ci-après ont été sélectionnés dans des revues universitaires très réputées, en fonction de la date de publication et de l'applicabilité potentielle ou de l'intérêt pour le secteur de la santé de l'Ontario.

Corrélation entre l'utilisation prolongée et la réutilisation des masques N95 et la défaillance de l'ajustement dans un service des urgences aux É.-U.

4 juin 2020 Une défaillance d'essai d'ajustement de deux types courants de masques N95 (c.-à-d. les masques en forme de dôme [1860 3M] et les masques à bec de canard [46727 Kimberly-Clark ou 46867 Halyard]) a révélé que les masques à bec de canard avaient un taux de défaillance élevé et que les masques en forme de dôme connaissaient une défaillance avec une utilisation accrue. L'étude a conclu que la défaillance des masques N95 pouvait contribuer à la transmission du SRAS-CoV-2 malgré l'utilisation de l'EPI et que le sujet mérite une étude plus approfondie. [Article.](#)

Hydroxychloroquine en prophylaxie post-exposition à la COVID-19

3 juin 2020 Un essai clinique randomisé, à double insu et avec placebo mené à l'échelle des États-Unis et dans certaines parties du Canada a évalué l'efficacité de l'hydroxychloroquine chez 821 adultes asymptomatiques qui ont été exposés à une personne atteinte de la COVID-19 dans le ménage ou au travail; le médicament n'a pas permis d'empêcher la contraction d'une maladie compatible avec la COVID-19 ou d'une infection confirmée dans les quatre jours suivant l'exposition. [Article.](#)

Incidence de l'origine ethnique sur les résultats cliniques dans le contexte de la COVID-19

3 juin 2020 Un examen systématique des données émergentes sur les relations entre l'origine ethnique et la COVID-19 a révélé que les personnes d'origine noire, d'origine asiatique et d'une ethnie minoritaire courent un risque accru d'infection au SRAS-CoV-2 comparativement aux personnes de race blanche et présentent également de pires résultats cliniques. [Article.](#)

La distanciation physique, les masques et la protection des yeux pour prévenir la transmission de personne à personne du SRAS-CoV-2

1^{er} juin 2020 Les résultats d'un examen systématique et d'une méta-analyse appuient la distanciation physique d'un mètre ou plus et fournissent des estimations quantitatives pour les modèles et la recherche de contacts pour éclairer la politique. L'utilisation optimale des masques, des respirateurs et des lunettes de protection dans les milieux publics et de soins de santé doit être informée par ces constatations et ces facteurs contextuels. [Article.](#)

Innocuité, tolérabilité et immunogénicité du premier essai chez l'humain du vaccin contre la COVID-19

22 mai 2020 À Wuhan, en Chine, un essai clinique non randomisé qui a inscrit et attribué l'un des trois groupes de posologie (c.-à-d. faible, moyen, élevé) à 108 adultes en bonne santé âgés de huit à 60 ans a trouvé le vaccin tolérable et a produit une réponse immunogène 28 jours après la vaccination. [Article.](#)

Les refuges en place et la violence familiale : des données probantes tirées des appels de service pendant la pandémie de COVID-19

22 mai 2020 Une étude qui a examiné la pandémie de COVID-19 et les mesures de santé publique qui l'accompagnent a révélé une augmentation de 10,2 % des incidents de violence familiale signalés dans 15 grandes villes des États-Unis; l'augmentation des incidents signalés semble être attribuable aux ménages sans antécédents de violence familiale. [Article.](#)

Expérience des différents territoires de compétence

Collecte de données et production de rapports sur la COVID-19 fondées sur la race au Canada

Mai 2020 Afin d'aider à harmoniser et à faciliter la collecte de données de haute qualité qui surveillent les inégalités raciales en matière de santé, l'Institut canadien d'information sur la santé propose une norme provisoire pour la collecte de données sur la race qui est fondée sur une consultation des chercheurs, des cliniciens, des organismes représentant les communautés racialisées et des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. Le document s'adresse à tout territoire de compétence ou organisme qui décide de recueillir ce type de données. [Article.](#)

L'Organisation mondiale de la Santé émet des orientations provisoires sur la prise en charge clinique de la COVID-19

27 mai 2020 Ce document d'orientation s'adresse aux cliniciens qui prennent en charge des patients atteints de la COVID-19 à toutes les phases de leur maladie (c.-à-d. du dépistage jusqu'au congé de l'hôpital). Ces lignes directrices mises à jour ont été considérablement enrichies pour répondre aux besoins des cliniciens de première ligne et promouvoir une approche multidisciplinaire à la prise en charge des patients atteints de la COVID-19, notamment ceux qui présentent une forme bénigne, modérée, grave et avec état critique de la maladie. Les sections suivantes sont complètement nouvelles : parcours de soins COVID-19, traitement d'autres infections aiguës et chroniques, prise en charge des manifestations neurologiques et mentales, maladies non transmissibles, réadaptation, soins palliatifs, principes éthiques et la déclaration des décès, tandis que les chapitres précédents ont également été considérablement enrichis. [Article.](#)

Ressources fiables

Une liste complète et à jour des sources, organisées par type de données de recherche, est accessible sur le [site Web](#) COVID-19 Evidence Network to support Decision-making (COVID-END) du McMaster Health Forum.

À propos de la DRAE

Par le financement, le courtage, le transfert et la mise en commun de la recherche, nous promovons une meilleure capacité d'utilisation des données probantes étayant tous les aspects de la politique, des programmes et de la prise de décisions d'investissement en matière de santé. Les services comprennent ce qui suit :

- Analyses documentaires
- Analyses des territoires de compétence
- Analyse économique;
- Planification de l'évaluation
- Gestion des fonds de recherche
- Services de transfert des connaissances

Communiquer avec la DRAE

[Anne Hayes](#), directrice de la DRAE

[Andrea Proctor](#), Unité de la synthèse des données probantes

[Emre Yurga](#), Unité de l'analyse économique et de l'évaluation

[Erika Runions-MacNeil](#), Unité de la planification et de la gestion pour la recherche