

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

27 juillet 2020

Grandes lignes

[Réponses rapides de la DRAE pour le secteur de la santé de l'Ontario](#)

[Résultats de recherche](#)

[Expérience des différents territoires de compétence](#)

[Ressources fiables](#)

Réponses rapides de la DRAE pour le secteur de la santé de l'Ontario

Plans de surveillance de la COVID-19

La surveillance de la maladie comprend la collecte, l'analyse et l'interprétation continues et systématiques des données sur l'occurrence de la maladie dans la population. De nombreux territoires de compétence ont publié des plans de surveillance de la COVID-19 pour surveiller et évaluer les cas afin d'atténuer la propagation actuelle et de limiter les prochaines éclosions, notamment en Alberta, en Colombie-Britannique, aux États-Unis, en Angleterre, en Australie, en Nouvelle-Zélande et à Taïwan.

Limites : Il n'existe aucune donnée probante sur l'efficacité des plans de surveillance de la COVID-19, probablement parce qu'il n'y a pas assez de données pour évaluer leur incidence.

Méthode de surveillance : La plupart des territoires de compétence mettent en œuvre des approches de surveillance syndromique, mais les démarches de surveillance sentinelle, de surveillance basée sur le risque et de surveillance aléatoire répétée peuvent également être efficaces. De nombreux plans ont été adaptés à partir des plans

de surveillance antérieurs pour le syndrome respiratoire aigu sévère et (ou) le syndrome respiratoire du Moyen-Orient. Les leçons apprises (p. ex., partage de données, capacité de laboratoire pour des tests diagnostiques rapides) de ces éclosions de maladies peuvent avoir été incorporées dans les plans pour la COVID-19.

Sources des données : La surveillance efficace repose sur de multiples formes de données provenant de diverses sources, notamment : la surveillance virologique en laboratoire, la surveillance des hospitalisations, les données sur la mortalité et la surmortalité, la surveillance syndromique, la surveillance sentinelle, les enquêtes ponctuelles, la sérosurveillance, le dépistage regroupé, la surveillance environnementale (p. ex., surveillance des eaux usées), la surveillance des médias sociaux et d'Internet, la surveillance en milieu de travail, le suivi par système de localisation GPS et l'exploration de données.

Efficacité : Les recherches indiquent que les pays d'Asie orientale peuvent être les meilleurs exemples de réussite pour la gestion de la COVID-19. Un des principaux facteurs contributifs à de telles réussites est probablement la reconnaissance rapide de la menace de la COVID-19 et les interventions rapides avec des stratégies de surveillance axées sur la collectivité (p. ex., les équipes d'intervention, les programmes de laboratoire, les programmes de dépistage pour les voyageurs, les mises à jour de la définition des cas, les tests diagnostiques).

Difficultés : Les difficultés peuvent comprendre les suivantes : un nombre de tests limité (surtout au début), une collecte de données et une production de rapports incomplètes ou incohérentes, une définition de cas non précise, un manque de rapidité et de régularité dans la production des rapports, l'absence d'infrastructure intégrée de production de rapports (p. ex., des dossiers de santé électroniques), la définition du rôle de la sérosurveillance et la surveillance continue d'autres maladies.

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.

La mortalité chez les résidents atteints de la COVID-19 dans les établissements de soins de longue durée en Ontario, au Canada

22 juillet 2020 Selon une étude réalisée sur 269 personnes décédées de la COVID-19 dans 627 établissements de soins de longue durée, les résidents des établissements de soins de longue durée auraient un risque de décès 13 fois plus élevé que celui des adultes vivant en milieu communautaire âgés de plus de 69 ans. Le risque de décès est associé à l’entassement, à l’utilisation des espaces communs, à un faible taux de personnel et à des besoins élevés en soins. [Article.](#)

Séroprévalence des anticorps contre le SRAS-CoV-2 aux É.-U.

21 juillet 2020 Une étude des tests sérologiques a révélé que le nombre d’infections à la COVID-19 dans 10 sites américains était beaucoup plus élevé que le nombre de cas signalés. Ce résultat s’explique par les infections asymptomatiques ou légères qui ne sont pas traitées dans le secteur des soins de santé, et les personnes symptomatiques qui n’ont pas obtenu de soins ou qui vivent dans des régions où les tests virologiques pour le SRAS-CoV-2 n’étaient pas effectués. [Article.](#)

Nuits blanches pendant le confinement : les différences dans la perte de sommeil pendant la pandémie de COVID-19 au R.-U.

21 juillet 2020 Selon une étude qui explore les déterminants sociaux de la perte de sommeil signalée par la population générale au R.-U., la COVID-19 a élargi la disparité de la privation de sommeil entre les différents groupes. Les analyses ont montré qu’être une femme, la présence de jeunes enfants dans la maison, les difficultés financières perçues et le fait d’être un travailleur essentiel en lien avec la COVID-19 étaient tous des facteurs prédictifs de la perte de sommeil. [Article.](#)

La COVID-19 et les changements dans l’offre, le prix et l’utilisation de drogues illicites et d’alcool

21 juillet 2020 D’après 185 réponses de professionnels de la santé dans le secteur de la lutte contre les dépendances de 77 pays entre avril et mai 2020, une étude a révélé une diminution de l’approvisionnement en drogues (69,0 %) et une augmentation des prix (95,3 %). En ce qui concerne les changements dans les habitudes d’utilisation, une augmentation de la consommation de l’alcool (71,7 %), du cannabis (63,0 %), des opiacés délivrés sur ordonnance (70,9 %) et des sédatifs/hypnotiques (84,6 %) a été signalée alors que l’utilisation des amphétamines (59,7 %), de cocaïne (67,5 %) et d’opiacés (58,2 %) a diminué. [Article.](#)

La dexaméthasone chez des patients atteints de la COVID-19 peut réduire la mortalité

17 juillet 2020 Selon les résultats préliminaires d'un essai comparant les traitements chez les patients hospitalisés atteints de la COVID-19, l'utilisation de la dexaméthasone a entraîné une mortalité de 28 jours inférieure chez les personnes qui faisaient uniquement l'objet d'une ventilation artificielle invasive (29,3 % comparativement à 41,4 %) ou qui recevaient uniquement de l'oxygène (23,2 % comparativement à 26,2 %), mais pas chez les personnes qui ne recevaient aucun soutien respiratoire. [Article.](#)

Données sur la recherche des contacts analysées en Corée du Sud

16 juillet 2020 La Corée du Sud a adopté un programme rigoureux de recherche des contacts en utilisant l'épidémiologie traditionnelle et de nouvelles méthodes pour faire la recherche des contacts en reliant de grandes bases de données (p. ex., système de localisation GPS, transactions par carte de crédit et système de télévision en circuit fermé). Les chercheurs des Korea Centers for Disease Control and Prevention ont analysé les données de recherche de contacts pour 5 706 cas index et ont constaté que 11,8 % des contacts dans le ménage et 1,9 % des personnes qui ne sont pas dans le ménage étaient atteints de la COVID-19. Les taux de COVID-19 les plus élevés pour les contacts dans un ménage étaient chez les contacts des enfants d'âge scolaire. [Article.](#)

Facteurs associés au décès chez les patients gravement malades atteints de la COVID-19 aux É.-U.

15 juillet 2020 Une étude multicentrique menée auprès de 2 215 adultes atteints de la COVID-19 admis dans des unités de soins intensifs a indiqué que la mortalité des patients était associée à plusieurs facteurs au niveau patient (p. ex., âge avancé, sexe masculin, indice de masse corporelle plus élevé, coronaropathie, cancer actif) et à des facteurs au niveau de l'hôpital (p. ex., données limitées de haute qualité sur la pratique clinique, variation des ressources hospitalières, variation de la disponibilité de certains médicaments [p. ex., le remdésivir]), et a constaté que le traitement et les résultats variaient considérablement d'un hôpital à l'autre. [Article.](#)

Expérience des différents territoires de compétence

Le taux de COVID-19 de l'Espagne a triplé en trois semaines après l'assouplissement du confinement

20 juillet 2020 Les données du ministère de la Santé de l'Espagne montrent que 201 nouvelles grappes de COVID-19 ont apparu après la levée des restrictions de déplacements, avec de nouvelles infections passant de 8 pour 100 000 personnes à 27 pour 100 000 personnes. En réponse à cette augmentation, certaines régions ont mandaté le port du masque et imposé un confinement obligatoire. [Article.](#)

L'Ontario Medical Association (OMA) s'oppose à l'ouverture des bars

17 juillet 2020 Alors que certaines régions de la province avancent vers la phase 3 de la réouverture, l'OMA a publié une déclaration demandant au gouvernement de repenser l'ouverture des bars intérieurs, affirmant que de récentes éclosions de COVID-19 ont été associées aux bars intérieurs à Montréal, en Espagne, en Angleterre et aux É.-U. [Article.](#)

Un rapport de modélisation du R.-U. prévoit une deuxième vague de COVID-19 à l'hiver 2020-2021 qui pourrait être pire que la première

14 juillet 2020 Selon un rapport de l'Academy of Medical Sciences au R.-U., dans l'un des scénarios « raisonnables » les plus pessimistes, les chercheurs prédisent 24 500 à 251 000 décès liés au virus dans les hôpitaux seulement entre septembre 2020 et juin 2021, la pointe étant en janvier et en février. Les experts s'inquiètent que le système de santé du R.-U. sera soumis à une contrainte extrême, non seulement en raison d'une résurgence de la COVID-19, mais aussi en raison de la grippe saisonnière et d'un arriéré de soins réguliers qui ne sont pas liés à la COVID-19. [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 promouvons 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