

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

30 novembre 2020

Grandes lignes

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

[Produits d'analyse de données probantes de nos partenaires](#)

[Résultats de recherche et expérience des différents territoires de compétence](#)

[Ressources fiables](#)

Produits d'analyse de données probantes élaborés 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](#).

Stratégies visant à encourager l'acceptation d'un vaccin et à réduire l'hésitation à vacciner

(Produit en collaboration avec le [McMaster Health Forum](#)).

Les résultats de recherche indiquent que l'acceptation d'un vaccin est encouragée et que l'hésitation à vacciner est réduite par les moyens suivants : 1) des stratégies communautaires à volets multiples qui comprennent généralement des renseignements, de la sensibilisation et des interventions de rappel et 2) la disponibilité des vaccins dans des endroits connus et

accessibles (p. ex., les pharmacies). Des interventions ciblées pour des groupes de population spécifique peuvent être pratiques, par exemple :

Grand public : Des études mondiales ont indiqué plusieurs facteurs pour faciliter l'adoption d'un vaccin contre la COVID-19, dont le soutien politique, des niveaux élevés de confiance envers les renseignements des sources gouvernementales et des messages qui mettent l'accent sur les risques pour la santé individuels et les conséquences collectives sur la santé de l'absence de vaccination.

Parents et enfants : Pour favoriser l'adoption des vaccins chez les enfants, les parents bénéficient d'un accès à des renseignements accessibles et objectifs sur les risques, car ils peuvent trouver difficile de savoir les sources d'information auxquelles se fier. Les parents ont tendance à considérer les travailleurs de la santé comme des sources de renseignements importantes, mais une mauvaise communication et des relations négatives peuvent influencer les décisions concernant la vaccination.

Personnes qui hésitent à vacciner ou s'opposent à la vaccination : Il peut s'avérer efficace de mettre en place des cliniques de vaccination dans des endroits connus et facilement accessibles et de bénéficier de partenaires communautaires pour la sensibilisation.

Les recommandations des experts pour vaincre l'hésitation à vacciner et accroître l'adoption du vaccin comprennent la sensibilisation du public et la transparence, des endroits appropriés pour la vaccination qui se basent sur les programmes de vaccination existants, une répartition éthique, la responsabilisation pour signaler la mésinformation, des partenariats intersectoriels et la formation des fournisseurs de soins de santé.

Le Canada (y compris l'Ontario), l'Australie, la Chine, la Nouvelle-Zélande, le Royaume-Uni et les États-Unis ont lancé des campagnes de vaccination par des moyens courants (p. ex., en personne, à la télévision et sur les réseaux sociaux), ont fait participer les fournisseurs de soins de santé pour fournir des renseignements et répondre aux préoccupations pendant les visites cliniques et ont lutté contre la mésinformation par l'engagement communautaire et la transparence.

Recherche de contacts pour la COVID-19 (mise à jour de juin 2020)

(Produit en collaboration avec le [North American Observatory](#), l'[Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé](#), Santé Ontario et Unity Health).

Les pratiques exemplaires qui semblent améliorer l'efficacité de la recherche de contacts comprennent les suivantes :

Délai de réponse : Des délais de réponse rapides (p. ex., deux à trois jours) dans des cas d'isolement et de quarantaine pour au moins 80 % des contacts peuvent être associés à un meilleur contrôle de la COVID-19. Lorsque le nombre de nouveaux cas est contrôlé, il est important de maintenir la recherche de contacts pendant plusieurs mois et de combiner la recherche de contact à d'autres mesures publiques.

Capacité de surveillance et de recherche de contacts accrue : Des équipes de recherche de contacts avec suffisamment de personnel bien formé sont essentielles pour une intervention proactive en cas de pandémie. Même si l'approche privilégiée est la recherche de contacts manuelle, elle demande énormément de ressources et peut rapidement devenir accablante. Pour obtenir la capacité nécessaire en ressources humaines pour la recherche de contacts dans la plupart des juridictions, il est nécessaire de recourir au redéploiement et à la formation des employés et des bénévoles dans tous les secteurs (p. ex., les travailleurs de la santé, les forces armées et les services de police).

Approches numériques de recherche de contacts : La technologie Bluetooth, les systèmes mondiaux de localisation et les technologies infonuagiques peuvent être des outils pratiques pour appuyer la recherche de contacts, plus particulièrement dans les zones densément peuplées où les personnes infectées peuvent ne pas connaître toutes les personnes avec qui elles sont entrées en contact. L'efficacité de ces approches est en grande partie inconnue, mais ces dernières peuvent aider à freiner la croissance de l'épidémie si elles sont combinées à de solides efforts de la part de la santé publique. En raison de préoccupations liées à l'adoption, à la confidentialité et à la convivialité, 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 semblent améliorer l'efficacité de la recherche de contacts dans l'ensemble des territoires de compétence comprennent les suivants :

Préparation aux situations d'urgence : L'infrastructure d'urgence en cas de désastre naturel ou de pandémie préexistante facilite l'intervention rapide de l'ensemble du gouvernement.

Collaboration intersectorielle : Une approche qui fait participer tout le monde facilite l'intégralité d'une intervention rapide et soutient les besoins en matière de ressources humaines et de redéploiement pour la recherche de contacts.

Bureaux de santé publique locaux : Ces bureaux sont essentiels pour mettre en œuvre des protocoles de recherche de contacts, maintenir le nombre de cas à un niveau gérable, établir des rapports avec la collectivité et mettre à l'essai de nouvelles approches de sensibilisation (p. ex., surveillance des symptômes ou dépistage à domicile).

Communication stratégique axée sur la science : Une communication transparente fondée sur des données probantes à l'intention du public et fournie par les experts accroît la confiance du public et peut faciliter la coopération avec ce dernier dans le cadre des stratégies de recherche de contacts.

Implications de la mise en œuvre :

La recherche de contacts manuelle à grande échelle est essentielle dans la plupart des situations, mais peut être effectuée par des approches de recherche de contacts numériques si les limites de confidentialité et de convivialité sont prises en compte.

Les codes QR comme approche pour la recherche de contacts pour la COVID-19 (mise à jour de juillet 2020)

(Produit en collaboration avec le [North American Observatory](#) et le McMaster Health Forum).

Les codes QR, des codes à barres pouvant être numérisés par les téléphones intelligents, sont un type de méthode de recherche numérique des contacts basée sur l'emplacement. Certains résultats de recherche semblent indiquer que les codes QR peuvent être efficaces si leur utilisation et adoption est suffisante dans la population et (ou) s'ils sont utilisés en combinaison avec d'autres stratégies. Ils sont faciles à utiliser et ont une grande précision d'emplacement. Ils peuvent être plus efficaces lorsqu'ils doivent être utilisés par tous les clients d'un emplacement ou d'un service particulier et liés à un échange précis (p. ex., billet pour entrer dans un lieu, billet pour le transport en commun). Les limites potentielles sont principalement liées à l'adoption par l'utilisateur, par exemple : les utilisateurs peuvent ne pas être à l'aise avec une application qui suit leur emplacement en temps réel; puisqu'ils doivent numériser plusieurs points d'entrée ou de sortie, les utilisateurs peuvent se sentir las au fil du temps et choisir de cesser de participer à la recherche ou être dissuadés d'y participer; les erreurs de numérisation et de connexion des codes peuvent entraîner des résultats faussement négatifs. Sept territoires

de compétence désignés utilisent les codes QR dans le cadre de leurs stratégies de gestion de cas et de recherche de contacts :

Méthode : En Australie (Nouvelle-Galles-du-Sud), en Chine, en Nouvelle-Zélande et à Singapour, les utilisateurs numérisent les codes QR à l'aide de leur téléphone intelligent aux points de contrôle d'entrée et de sortie pour faire le suivi des endroits visités et (ou) pour vérifier l'autorisation d'entrer dans des lieux publics en fonction de leur profil à risque faible ou élevé de contracter la COVID-19. En Israël, quatre centres de dépistage fixes dans d'importants centres métropolitains et huit centres de dépistage au volant utilisent des codes QR pour identifier les patients. À Taïwan, les personnes qui voyagent à Taïwan doivent remplir un formulaire de déclaration de santé relatif à la COVID-19 à leur arrivée à l'aéroport en numérisant un code QR.

Utilisation obligatoire/volontaire : Utilisation obligatoire en Australie, en Chine, à Singapour et à Taïwan, et utilisation volontaire en Nouvelle-Zélande.

Emplacements utilisés : Immeubles de bureaux, centres commerciaux, systèmes de transport (p. ex., taxis, autobus, trains, aéroports), secteur hospitalier, écoles/universités, parcs, hôpitaux et centres de dépistage.

Renseignements recueillis : Nom, numéro de téléphone, courriel, adresse du domicile, état de santé déclaré par l'intéressé, antécédents de voyage, lien avec les cas confirmés ou soupçonnés et date de la visite au lieu public.

Gouvernance : Les gouvernements autorisent et supervisent l'approche de recherche des contacts, souvent en partenariat avec les entreprises de technologie qui ont élaboré les applications de code QR.

Protection de la vie privée : Singapour se conforme à sa loi sur la protection des données personnelles, tandis que le système de la Nouvelle-Zélande a été élaboré en consultation avec le commissaire à la protection de la vie privée, a des protocoles d'authentification par mot de passe, permet la suppression automatique des renseignements et exige l'autorisation des utilisateurs pour partager les renseignements avec le gouvernement.

Produits d'analyse de données probantes de nos partenaires

Les partenaires de recherche du ministère collaborent activement avec les principaux organismes et les principales organisations au sujet des questions relatives à la COVID-19.

L'ACMTS a récemment créé un [produit](#) :

Note d'information sur l'examen des technologies de la santé de l'ACMTS relatif aux systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation dans les lieux publics

Les systèmes de chauffage, de ventilation et de climatisation (CVC) sont des parties courantes et importantes dans le fonctionnement d'un bâtiment dans les milieux de soins de santé et autres.

Les systèmes CVC ont une incidence sur la distribution de l'air et peuvent influencer la transmission des virus de maladies infectieuses en suspension dans l'air, tout en réduisant simultanément le risque par la dilution des particules, surtout dans les espaces fermés comme les ascenseurs et les zones inactives dans les coins de salle, les atriums ou les couloirs.

L'ajout de stratégies de purification d'air à la ventilation peut diminuer davantage les risques. La filtration, la ventilation naturelle, la lumière ultraviolette, ainsi que l'oxydation et l'ionisation photocatalytiques peuvent jouer un rôle dans la purification d'air. Il faut toutefois faire davantage de recherche pour s'assurer que les nouvelles options de purification d'air ne comprennent pas de sous-produits dangereux avec des effets imprévus sur la santé.

Le SRAS-CoV-2 se trouve dans un spectre concentré de grosses gouttelettes, dispersées en plus petites gouttelettes ou en aérosol. Plus la gouttelette est grosse, plus elle sera susceptible à la gravité et plus elle tombera près de sa source; elle sera donc infectieuse pour les autres par l'entremise d'un contact étroit ou d'un contact en surface. Les aérosols peuvent parcourir une plus grande distance tout en restant dilués et en suspension dans l'air pendant une période donnée. L'importance de leur rôle est un domaine d'étude et de débat actif.

Une grande partie des données probantes disponibles proviennent d'études menées dans des laboratoires expérimentaux et peuvent ne pas refléter ce qui est observé dans la pratique clinique. Des données probantes plus fiables, publiées et révisées par les pairs permettront de

clarifier le rôle potentiel des systèmes CVC dans l'atténuation des risques de transmission du virus et permettront de fournir des recommandations plus concrètes fondées sur des données probantes.

Jusqu'à ce que les données probantes en indiquent le contraire, le risque de transmission le plus important du SRAS-CoV-2 est par le contact étroit personnel. Par conséquent, les recommandations de la santé publique demeurent essentielles en ce qui concerne l'hygiène des mains, l'étiquette respiratoire, la distanciation physique, le port de masques chirurgicaux ou non ou de couvre-visage lorsqu'il n'est pas possible de maintenir une distance physique, et le nettoyage et la désinfection des surfaces et des objets avec les bons produits et selon les méthodes appropriées.

Résultats de recherche et expérience des différents territoires de compétence

Les résultats de recherche présentés ci-après ont été sélectionnés dans des revues universitaires très réputées et la littérature grise, 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.

Compréhension de la maladie

Journal of the American Medical Association (JAMA) : Protection des yeux pour les patients atteints de la COVID-19 qui ont besoin d'une ventilation dans une position couchée prolongée

19 novembre 2020 Cette étude a démontré que la position couchée prolongée des patients atteints de la COVID-19 (la tête du patient tournée dans un angle de 45° à la position latérale pour permettre le port d'un tube endotrachéal, rendant un œil dans une position plus dépendante que l'autre pendant au moins 16 heures) peut être associée à l'augmentation de la pression intraoculaire provenant de l'œdème périorbitaire, de la compression directe de l'œil et de l'augmentation de la pression veineuse orbitale. Il est possible d'éviter le syndrome des loges orbitaires en utilisant un coussin de protection autour des yeux et en maintenant la position de la tête du patient plus haut que la hauteur du cœur dans la position couchée. Les patients atteints de la COVID-19 peuvent également développer une papillophlébite accompagnée d'un œdème papillaire et d'hémorragies rétiniennes qui peuvent être associés à une hypercoagulation causée par la COVID-19. Ces observations proposent une sensibilisation à la présence potentielle de ces résultats ophtalmiques dans le traitement des patients gravement atteints de la COVID-19. [Article](#).

Prise en charge de la maladie

New England Journal of Medicine (NEJM) : Un essai randomisé du plasma de convalescent pour traiter la pneumonie grave causée par la COVID-19

24 novembre 2020 Cette étude qui porte sur l'utilisation de plasma de convalescent pour traiter les patients adultes hospitalisés atteints d'une pneumonie grave causée par la COVID-19 n'a révélé aucune différence dans l'état clinique ou le taux de mortalité global entre les patients traités avec le plasma de convalescent (titre médian de 1:32000 pour les anticorps du SRAS-CoV-2 totaux) et ceux qui ont reçu le traitement placebo. Le taux de mortalité global était de 10,96 % pour le groupe qui a été traité avec le plasma de convalescent et de 11,43 % pour le groupe qui a été traité avec le placebo, une différence de risque de -0,46 point de pourcentage.

Les effets indésirables et les effets indésirables graves étaient semblables dans les deux groupes. [Article](#).

NEJM : Un essai randomisé de l'hydroxychloroquine pour la prévention de la COVID-19

24 novembre 2020 Cette étude menée auprès de 2 314 contacts asymptomatiques de 672 patients étant des cas de COVID-19 confirmés par un test par réaction en chaîne de la polymérase en Catalogne, en Espagne, indique qu'un traitement post-exposition avec l'hydroxychloroquine (c.-à-d. un dose unique de 800 mg, suivie de 400 mg tous les jours pendant six jours) n'a pas permis de prévenir le développement de l'infection causée par le SRAS-CoV-2 ou de la COVID-19 avec symptômes chez les personnes en santé exposées à un patient déclaré positif par un test par réaction en chaîne de la polymérase. De plus, l'hydroxychloroquine n'a pas été associée à une incidence inférieure de la transmission du SRAS-CoV-2 par rapport aux soins habituels (18,7 % et 17,8 %, respectivement). [Article](#).

NEJM : Effet de l'hydroxychloroquine chez des patients hospitalisés atteints de la COVID-19

19 novembre 2020 Cet essai clinique randomisé a servi à comparer un grand nombre de traitements différents aux soins habituels chez les patients hospitalisés atteints de la COVID-19 et a montré que le taux de décès chez les patients hospitalisés atteints de la COVID-19 qui ont reçu de l'hydroxychloroquine (n=1 561) n'avait pas d'incidence inférieure après 28 jours par rapport à ceux qui ont reçu des soins habituels (n=3 155). [Article](#).

Mesures de santé publique

BMC Public Health : Effet des ordonnances de confinement en attendant d'atteindre le sommet du fardeau de la COVID-19 et du nombre de décès

23 novembre 2020 Cette étude menée d'avril à mai 2020 a analysé le temps entre la date à laquelle le premier cas de COVID-19 a été signalé et la mise en œuvre d'un mandat de confinement dans 43 États aux États-Unis et dans 41 pays connus ayant reçu ces ordonnances. Une association a été constatée entre le moment où l'ordonnance de confinement a été donnée et le moment où le nombre maximal de cas et de décès a été atteint dans les pays et les États des États-Unis. Pour les régions où ces mandats ont été mis en œuvre tardivement, le délai avant que le nombre maximal de cas et de décès par jour soit atteint a été plus long. [Article](#).

Infection, prévention et contrôle dans des milieux particuliers

PLoS One : Un point de vue intégré sur la préparation de la société et la réaction initiale à la COVID-19

23 novembre 2020 Cette étude proposait un cadre d'évaluation intégré qui englobe six dimensions de préparation et de réactions initiales (c.-à-d. la capacité de préparation, les interventions du gouvernement, les facteurs de risque pour la santé, les politiques en matière de dépistage, la confiance envers les institutions et la réduction des déplacements) dans les pays européens. Les résultats révèlent qu'il est possible de s'attendre à ce que les résultats soient moins graves seulement lorsque la préparation d'un pays est appuyée par une réaction sociétale appropriée. [Article](#).

American Journal of Surgery : Conséquence des mesures de confinement dans les hôpitaux sur la sécurité des chirurgiens et des patients

12 novembre 2020 Cet examen systématique a permis d'examiner 61 études pour évaluer les résultats postopératoires chez les patients et (ou) la protection du personnel chirurgical pendant les mesures de confinement (c.-à-d. l'annulation d'interventions chirurgicales non urgentes et les cliniques de consultations externes) et a révélé que : 1) le taux de complications postopératoires combiné pendant les épidémies mondiales, dont la COVID-19, était de 21,0 % pour 2 095 chirurgies et 2) parmi 31 études qui ont suivi l'état de santé du personnel chirurgical, la majorité ne révélait aucun effet indésirable lorsque les bonnes mesures de sécurité étaient en place. [Article](#).

Équité en matière de santé et populations vulnérables

JAMA : Évaluations des patients pédiatriques testés pour le SRAS-CoV-2 aux États-Unis

23 novembre 2020 Les dossiers de santé électroniques de 135 794 patients pédiatriques aux États-Unis provenant de sept systèmes de santé pour enfants ont indiqué que le risque de SRAS-CoV-2 semblait plus faible pour la plupart des patients, mais qu'il y avait plus de préoccupations pour les patients ayant des conditions médicales complexes ou chez les patients d'une race ou d'une ethnicité minoritaire. [Article](#).

Clinical Obesity : Conséquences de l'ordonnance de confinement pour la COVID-19 sur la santé mentale des gens en surpoids

20 novembre 2020 Les données en ligne recueillies auprès de 1 857 adultes brésiliens sur le comportement lié à la santé, sur la santé mentale (c.-à-d. l'anxiété, la dépression, l'estime de soi, la tristesse et le stress), et sur la santé en général entre le 5 et le 17 mai 2020 montrent que les femmes, plus particulièrement celles qui sont en surpoids (c.-à-d. un indice de masse

corporelle $\geq 25 \text{ kg/m}^2$), sont plus vulnérables aux effets délétères des ordonnances de confinement et de distanciation sociale en ce qui concerne la santé mentale pendant la pandémie de COVID-19. [Article](#).

Travailleurs de première ligne

Preventive Medicine : Les travailleurs des établissements de soins de longue durée et leur risque de développer une maladie grave de la COVID-19 aux États-Unis

18 novembre 2020 À l'aide des données représentatives sur le plan national de la National Health Interview Surveys américaine en 2017 et 2018 sur les adultes qui ont déclaré travailler dans les établissements de soins de longue durée (1 % ou 552/52 159), cette étude a examiné la mesure dans laquelle les travailleurs dans les établissements de soins de longue durée présentent un risque accru de développer une maladie grave attribuable à la COVID-19, y compris l'hospitalisation, l'intubation ou la mort. Les travailleurs des établissements de soins de longue durée représentaient une population disproportionnée de personnes noires, de femmes et de personnes ayant un faible revenu. La moitié des travailleurs des établissements de soins de longue durée (50 %) présentait un risque accru de développer une maladie grave attribuable à la COVID-19 et un autre 19,6 % présentait potentiellement un risque accru. Malgré le degré élevé de vulnérabilité aux maladies graves attribuables à la COVID-19 des résidents et des travailleurs dans les établissements de soins de longue durée, pour un bon nombre de ces établissements aux États-Unis, l'approvisionnement en équipement de protection individuelle et en tests de dépistage de la COVID-19 est toujours inadéquat. [Article](#).

Ressources fiables

L’Evidence Synthesis Network (ESN) est une initiative de collaboration lancée en réponse à la COVID-19 par la communauté ontarienne de la recherche et de la production de connaissances. Le [site Web de l’ESN](#) est un portail où l’on peut faire des demandes sur les données de recherche; il comprend en outre des notes d’information de l’ESN préalablement remplies.

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.

L’[Ontario COVID-19 Science Advisory Table](#) est un groupe d’experts scientifiques et de dirigeants du système de santé qui évaluent et signalent les données probantes émergentes relativement à la pandémie de COVID-19, afin de guider la réponse de l’Ontario à la pandémie.

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](#)