

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

19 avril 2021

Grandes lignes

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

Produits d'analyse de données probantes élaborés avec nos partenaires

Résultats de recherche et expérience des différents territoires de compétence

Ressources fiables

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

Pour lire l'intégralité de ces réponses rapides, veuillez communiquer avec l'[Unité de la synthèse des données probantes](#).

Détection de la COVID-19 par des chiens

Des études ont démontré que des chiens ayant été entraînés pour détecter des maladies constituent des outils efficaces pour déceler la COVID-19 avec une sensibilité de test supérieure à 80 % et une spécificité supérieure à 90 % (c.-à-d. que le test générerait un petit nombre de résultats faussement positifs). Les résultats sont comparables ou supérieurs à ceux obtenus avec les procédures standard de RT-PCR et de tests antigéniques, bien qu'il existe des inquiétudes quant à la possibilité de transmission de la COVID-19 aux chiens ou par les chiens et quant au fait que le recours aux chiens détecteurs exigera le dépistage fréquent de la COVID-19 chez les chiens et leurs maîtres. La durée de l'entraînement varie d'une semaine à plus d'un an selon l'expérience antérieure du chien, et du temps supplémentaire peut être nécessaire pour l'adaptation à de nouveaux environnements (p. ex., les aéroports). Le recours aux chiens détecteurs est une méthode de dépistage préliminaire appropriée; toutefois, elle ne peut pas être considérée comme un substitut aux tests de diagnostic moléculaire très sensibles. Le dépistage de la COVID-19 par les chiens convient à divers milieux, notamment les hôpitaux, les

établissements de soins pour personnes âgées, les écoles, les universités, les aéroports et même lors de grands rassemblements publics pour des événements sportifs et des concerts. D'autres recherches s'avèrent nécessaires pour déterminer les mesures normalisées concernant les meilleurs fluides à tester, les procédures de dépistage, les risques associés à l'exposition aux chiens et les pratiques exemplaires pour la mise en place.

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](#).

Plans de rétablissement du système de santé à la suite des interventions contre les vagues 2 et 3 de la COVID-19

(Élaborés en collaboration avec Santé Ontario [Action Cancer Ontario])

Les comptes rendus de recherche pris en compte et les expériences des différents territoires de compétence ont permis de mettre en évidence le fait que les leçons tirées de la pandémie de COVID-19 jusqu'à présent ont amené des occasions sans précédent de réformer le système de santé dans un grand éventail de domaines. La plupart des plans de rétablissement établis par les territoires de compétence du Canada, des États-Unis, du Royaume-Uni, de l'Europe et de l'Australie, ainsi que les organismes internationaux, ne se penchent pas seulement sur le rétablissement du système de santé, mais aussi sur les priorités du rétablissement des systèmes économique et social.

- **Enjeux à aborder** : Voici certains de ces enjeux : la gestion des éclosoins de COVID-19 (p. ex., vaccination, recherche des contacts), la santé publique, les soins primaires, les hôpitaux, les systèmes de surveillance, la santé mentale, les soins communautaires et sociaux, les systèmes de santé intégrés, l'infrastructure, la chaîne d'approvisionnement, les laboratoires et les diagnostics, les médicaments et les appareils médicaux abordables, les capacités d'adaptation d'urgence, les listes d'attente, les systèmes de santé électroniques, les technologies numériques, le recrutement et le maintien en poste d'une main-d'œuvre en santé, les inégalités en matière de santé chez les populations vulnérables (p. ex., les personnes à faible revenu, les collectivités autochtones, les personnes âgées), les mesures de rendement, les ensembles de données en santé, la recherche scientifique, la collaboration internationale et la gouvernance.
- **Leçons retenues** : D'après les données probantes et les expériences antérieures avec d'autres crises et la pandémie de COVID-19 en cours, les considérations suivantes

ont permis d'éclairer les plans de rétablissement : les systèmes de surveillance, les options de travail souples, l'élargissement des champs d'exercice, le bien-être mental, les partenariats, la gestion de projet, la résilience communautaire, la confiance envers le gouvernement et les besoins des populations vulnérables. De plus, des mesures de santé basées sur le bon sens (p. ex., la vaccination et la prévention et le contrôle des infections) demeurent généralement en place et permettent d'orienter les plans de rétablissement.

- **Obstacles à la réussite** : Ces obstacles sont notamment les suivants : les fluctuations constantes dans la crise de la COVID-19, les ressources financières, la capacité et les compétences, l'accès à des commodités et à des fournitures essentielles, l'augmentation du coût de la vie, la croissance démographique, le changement climatique, les problèmes de justice sociale, les autres situations de crise concurrentes (p. ex., les feux de forêt, les manifestations pour la justice raciale, les cyberattaques des systèmes gouvernementaux), la désinformation et la « fatigue décisionnelle » des dirigeants.
- **Gouvernance** : La planification du rétablissement est gérée principalement par des groupes consultatifs intersectoriels dirigés par le gouvernement et (ou) des experts externes au moyen de démarches de planification basées sur des scénarios et de classement des risques par priorité.
- **Analyse de l'Ontario** : Depuis le 4 mars 2021, Santé Ontario collabore avec le ministère de la Santé pour renouveler l'accent mis sur la modernisation du système de santé et planifier le rétablissement de l'accès courant aux services de soins de santé non liés à la COVID-19, compte tenu de l'amélioration des tendances des indicateurs clés de santé publique.

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.

Équité en matière de santé et populations vulnérables

***The Lancet* : « Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic » (Tendances suicidaires dans les premiers mois de la pandémie de COVID-19)**

13 avril 2021. Cette étude a évalué l'effet précoce de la pandémie de COVID-19 sur les taux de suicide partout dans le monde à l'aide de données en temps réel provenant de 21 pays (16 à revenu élevé et 5 à revenu moyen supérieur) entre le 1^{er} septembre et le 1^{er} novembre 2020. Il n'existe aucune preuve d'une augmentation importante du risque de suicide dans un pays ou une région quelconque depuis le début de la pandémie. Dans les pays à revenu élevé et à revenu moyen supérieur, le nombre de suicides est demeuré inchangé ou a diminué au cours des premiers mois de la pandémie. [Article](#).

***The Lancet* : « Socioeconomic inequalities and vulnerabilities and health system response to COVID-19 in Brazil » (Inégalités et vulnérabilités socioéconomiques et intervention du système de santé face à la COVID-19 au Brésil)**

12 avril 2021. Cette étude a évalué les relations entre l'état de préparation du système de santé, les interventions contre la COVID-19 et le schéma de propagation de la COVID-19 au Brésil. Les résultats ont indiqué que ce sont les inégalités socioéconomiques actuelles, plutôt que l'âge, l'état de santé et d'autres facteurs de risque de la COVID-19, qui ont eu une incidence sur le cours de la pandémie, avec un fardeau indésirable disproportionné sur les États et les municipalités présentant une vulnérabilité socioéconomique élevée. Les interventions de l'administration locale et le comportement de la population dans les États et les municipalités présentant une vulnérabilité socioéconomique élevée ont aidé à limiter les répercussions de la pandémie. Des politiques et des mesures ciblées sont donc nécessaires pour protéger les régions qui sont plus vulnérables sur le plan socioéconomique. [Article](#).

***International Long-Term Care Policy Network* : « The use of information and communications technology and data sharing in long-term care » (L'utilisation de la technologie de l'information et des communications et partage des données dans les soins de longue durée)**

12 avril 2021. Ce rapport provisoire résume les données probantes émergentes de 21 études portant sur la façon dont les technologies de l'information et des communications (TIC) ainsi que les interventions de partage de données ont été utilisées dans les établissements de soins de longue durée en réponse à la pandémie de COVID-19, notamment pour ce qui suit : 1) fournir ou maintenir des soins (p. ex., en Italie, les consultations par téléphone et vidéoconférence assistées par du personnel infirmier ont remplacé les consultations en psychologie en personne); 2) surveiller à distance les patients ayant contracté la COVID-19 (p. ex., en Espagne, l'utilisation de dossiers de santé électroniques a permis de surveiller en temps réel les infections dans les établissements); 3) fournir de la formation et de l'orientation aux aidants informels et professionnels (p. ex., au Royaume-Uni, une maison de soins a utilisé

l'application WhatsApp pour permettre au personnel de communiquer des conseils pour les soins des patients atteints de démence); 4) combattre l'isolation (p. ex., à Malaga, en Espagne, un système technologique appelé [AssistDem](#) a été adapté pour stimuler les personnes ayant des déficiences cognitives et fournir des renseignements de soins de base, des fonctions de connexion sociale et des renseignements sur l'activité physique); 5) assurer le suivi de l'exposition à la COVID-19, ainsi que d'autres applications. [Article](#).

***International Journal of Clinical and Health Psychology* : « Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak » (Prévalence de la dépression pendant la pandémie de COVID-19)**

De janvier à avril 2021. Cet examen systématique de 12 études communautaires sur la dépression qui ont été menées pendant la pandémie de COVID-19 (du 1^{er} janvier au 8 mai 2020) a révélé des taux de prévalence de la dépression variant entre 7,45 et 48,30 %. La prévalence de la dépression combinée s'élevait à 25 %. Comparativement à la prévalence de la dépression estimée globale de 3,44 % en 2017, la prévalence combinée de 25 % de l'étude semble être sept fois plus élevée, ce qui laisse supposer une incidence importante de la pandémie de COVID-19 sur la santé mentale des gens. [Article](#).

Prise en charge de la maladie

***UK Royal Colleges* : « Factors affecting nurses' intention to accept the COVID-19 vaccine » (Facteurs qui influencent l'intention du personnel infirmier d'accepter le vaccin contre la COVID-19)**

12 avril 2021. Cette étude a mesuré la confiance de 693 membres du personnel infirmier en Palestine à l'égard du vaccin contre la COVID-19 et leur volonté de se faire vacciner. Les résultats ont indiqué que 40 % des membres du personnel infirmier prévoyaient se faire vacciner dès que possible, 41 % se feraient vacciner éventuellement lorsqu'une protection et une sécurité adéquates auront été présentées, et 18 % ne se feraient jamais vacciner. L'âge, le manque de connaissances à propos du vaccin, les inquiétudes concernant les effets secondaires à long terme, la préférence pour l'immunité naturelle, les déclarations inexactes dans les médias et la crainte d'attraper la COVID-19 par le vaccin ont été considérés dans l'intention de vaccination. Cela démontre que des mesures sont nécessaires pour surmonter les craintes des membres du personnel infirmier et accroître leur confiance, car leurs décisions quant à la vaccination peuvent influencer l'acceptation du vaccin auprès du public. [Article](#).

***The Lancet* : « Genomic characteristics and clinical effect of the emergent SARS-CoV-2 B.1.1.7 lineage in London, UK » (Caractéristiques génomiques et effets cliniques de la lignée de SRAS-CoV-2 B.1.1.7 émergente à Londres, au R.-U.)**

12 avril 2021. S'appuyant sur des données recueillies auprès d'une cohorte de 341 patients hospitalisés ayant la COVID-19 le 20 décembre 2020 ou avant cette date, cette étude laisse supposer que la transmission accrue du variant préoccupant du SRAS-CoV-2, B.1.1.7, n'était pas liée à une gravité accrue de la maladie (définie comme correspondant à la gravité du point six ou plus sur l'échelle ordinale de l'OMS dans les 14 jours suivant l'apparition des symptômes ou l'obtention d'un résultat de test positif) ni à la mort dans les 28 jours suivant un résultat de test positif. [Article](#).

***UK Royal Colleges* : « Management of patients presenting to the emergency department/acute medicine with symptoms after receiving the Oxford AstraZeneca COVID-19 vaccine » (Prise en charge des patients qui se présentent au service des urgences/soins intensifs et qui ont des symptômes après l'administration du vaccin AstraZeneca-Oxford contre la COVID-19)**

10 avril 2021. Au Royaume-Uni, le Royal College of Emergency Medicine, la Society for Acute Medicine et le Royal College of Physicians ont produit des directives à l'intention des médecins qui rencontrent des patients ayant des inquiétudes à propos des symptômes suivant l'administration du vaccin AstraZeneca-Oxford. Selon les directives, toute personne qui présente des symptômes évoquant une thrombocytopénie thrombotique immunitaire induite par le vaccin (TTIV) contre la COVID-19 (p. ex., des maux de tête graves, un essoufflement, des membres inférieurs froids) doit subir une numération formule sanguine pour vérifier le niveau de plaquettes. Les directives indiquent que la TTIV est peu probable si le nombre de plaquettes est supérieur à $150 \times 10^9/L$; toutefois, s'il est inférieur à ce niveau, un test de coagulation sanguine et de D-dimères doit être exigé et la TTIV doit être soupçonnée si le fibrinogène est faible. Les patients chez qui on soupçonne une TTIV et qui présentent des symptômes sous forme de maux de tête doivent subir une imagerie des thromboses veineuses cérébrales et une tomographie par ordinateur ou une veinographie par résonance magnétique. [Article](#).

***Ontario Science Advisory Table* : « Guidance on Clinical Treatment of VIPIT » (Lignes directrices sur le traitement clinique de la TTIV)**

Avril 2021. Le Science Advisory Table (SAT) de l'Ontario a publié des lignes directrices sur le traitement clinique de la TTIV dans ses publications Science Brief concernant les [professionnels de la santé dans les services des urgences et les milieux hospitaliers](#), les [professionnels de la santé dans les milieux externes](#), et un [résumé vulgarisé sur la TTIV suivant l'administration du vaccin AstraZeneca contre la COVID-19](#). [Article](#).

Analyse, modélisation et mesure des données

***The Lancet* : « Risk of COVID-19 epidemic rebound and the reopening of international borders in Vietnam » (Risque de reprise épidémique de la COVID-19 et réouverture des frontières internationales au Vietnam)**

12 avril 2021. Cette étude a révélé qu'un nombre plus élevé de tests de dépistage chez les personnes symptomatiques améliorerait l'intervention contre la COVID-19 déjà fructueuse au pays. Si la population du Vietnam continue de se conformer aux politiques de port du masque dans une grande proportion, les prévisions indiquent que l'épidémie resterait sous contrôle même si un petit flux régulier d'infections provenant de l'étranger échappait à la quarantaine pour se propager dans la collectivité. Si le laisser-aller augmente et que les taux de dépistage sont relativement bas (10 % des personnes symptomatiques sont testées), l'épidémie pourrait reprendre de nouveau. [Article](#).

Mesures de santé publique

***Nature* : « Genetic evidence for the association between COVID-19 epidemic severity and timing of non-pharmaceutical interventions (NPIs) » (Preuve génétique de l'association entre la gravité de l'épidémie de COVID-19 et la synchronisation des interventions non pharmaceutiques [INP])**

12 avril 2021. Cette étude a analysé plus de 29 000 génomes entiers de séquences de SRAS-COV-2 accessibles publiquement depuis 57 régions (24 en Europe, 20 en Amérique du Nord, 5 au Moyen-Orient, 6 en Asie, 1 en Amérique du Sud et 1 en Afrique). L'étude a indiqué que le temps écoulé entre le début de l'épidémie et l'intervention maximale (p. ex., le confinement) est associé aux différentes mesures de la gravité de l'épidémie et explique 11 % de l'écart dans les décès signalés un mois après l'intervention la plus rigoureuse. Les régions où des interventions non pharmaceutiques (INP) robustes ont été mises en œuvre plus tôt ont connu des taux de morbidité et de mortalité attribuables à la COVID-19 beaucoup moins élevés pendant la période de l'étude (de janvier à juin 2020). [Article](#).

***Organisation mondiale de la Santé (OMS)* : « Strengthening population health surveillance » (Renforcer la surveillance de la santé de la population)**

2021. Cette ligne directrice fournit un outil pour sélectionner les indicateurs permettant de signaler et de surveiller les répercussions de la pandémie de COVID-19 à plus grande échelle. Elle comprend ce qui suit : 1) une liste des mécanismes par lesquels la pandémie de COVID-19 influence la santé de la population et les domaines d'indicateurs connexes; 2) un ensemble d'éléments importants à prendre en compte dans la surveillance des répercussions de la pandémie à plus grande échelle, mettant l'accent sur les inégalités en matière de santé, les

sources de données et le travail avec les tendances, et 3) une liste des indicateurs de base qui peuvent servir de point de départ pratique pour surveiller les répercussions de la pandémie à plus grande échelle. [Article](#).

Travailleurs de première ligne

***The Lancet* : « Post-vaccination COVID-19 among health care workers in Israel » (La COVID-19 après la vaccination chez les travailleurs de la santé en Israël)**

Avril 2021. Les symptômes de la COVID-19 peuvent être confondus avec les effets secondaires du vaccin pendant les premiers jours suivant la vaccination. Parmi les 4 081 travailleurs de la santé vaccinés en Israël, 22 (0,54 %) ont contracté la COVID-19 entre un à dix jours après la vaccination (médiane de 3,5 jours). Les cliniciens ne doivent pas considérer les symptômes suivant la vaccination comme étant liés au vaccin et doivent rapidement passer un test de dépistage de la COVID-19. [Article](#).

***The Lancet* : « SARS-CoV-2 infection rates of antibody-positive compared with antibody-negative health care workers » (Comparaison du taux d'infection au SRAS-CoV-2 chez les travailleurs de la santé porteurs d'anticorps positifs et négatifs)**

9 avril 2021. Cette étude menée en Angleterre visait à déterminer si les anticorps contre le SRAS-CoV-2 étaient associés à un risque moindre de nouvelle infection chez les personnes symptomatiques et asymptomatiques entre le 18 juin 2020 et le 11 janvier 2021. Au total, 155 infections ont été détectées dans la cohorte porteuse d'anticorps positifs (n=8 278 participants, 7,6 nouvelles infections par 100 000 jours-personnes) par rapport à 1 704 nouvelles infections positives par un test PCR dans la cohorte porteuse d'anticorps négatifs (n=17 383 participants, 57,3 infections primaires par 100 000 jours-personnes). Un antécédent a été associé à une réduction du risque d'infection de 84 %, avec un effet protecteur médian observé sept mois après l'infection primaire, démontrant que l'infection précédente au SRAS-CoV-2 induit une immunité efficace contre les infections futures chez la plupart des personnes. [Article](#).

Prévention et lutte contre les infections dans des milieux particuliers

***Institut canadien d'information sur la santé* : The first six months of long-term care (LTC) and COVID-19 in Canada (Les six premiers mois des soins de longue durée [SLD] et de la COVID-19 au Canada)**

30 mars 2021. Ce rapport examine les répercussions de la COVID-19 sur les résidents et le personnel des établissements de SLD pendant les six premiers mois de la pandémie (1^{re} vague)

et établit des comparaisons précoces entre la première et la deuxième vague (jusqu'au 15 février 2021) sur le plan des éclosions, des cas et des décès. Les principales conclusions révèlent notamment que : 1) les cas de COVID-19 chez les résidents des établissements de SLD et les maisons de retraite ont augmenté de près du deux tiers pendant la 2^e vague par rapport à la 1^{re} vague; 2) comparativement aux années avant la pandémie, dans la 1^{re} vague, les résidents des établissements de SLD avaient moins de consultations chez le médecin, moins de transferts dans des hôpitaux et moins de contact avec les amis et la famille, et 3) dans toutes les provinces où il a été possible de le mesurer, le nombre total de décès de résidents était plus élevé que la normale pendant cette période, même dans les endroits où le nombre de décès liés à la COVID-19 était inférieur. Des recommandations semblables ont été formulées dans les enquêtes provinciale et nationale (à ce jour) sur la COVID-19, lesquelles ont abordé les préoccupations de longue date dans le secteur. [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.
- L'[Ontario COVID-19 Science Advisory Table](#) est un groupe d'experts scientifiques et de dirigeants du système de santé qui évaluent et rendent compte des données probantes émergentes relativement à la pandémie de COVID-19, afin de guider la réponse de l'Ontario à la pandémie.
- Le *COVID-19 Evidence Network to support Decision-making (COVID-END)* au Canada :
 - COVID-END est un réseau à durée limitée qui rassemble plus de 50 des principaux groupes mondiaux de synthèse des données probantes, d'évaluation des technologies et d'élaboration de lignes directrices pour soutenir le processus décisionnel. En plus des Living Evidence Profiles, COVID-END produit des faits saillants et des analyses prospectives canadiens et mondiaux sur les questions émergentes et héberge un inventaire des meilleures synthèses des données probantes sur la COVID-19 provenant de partout dans le monde. Une liste complète et à jour des sources, organisées par type de données de recherche, est accessible sur le [site Web](#) COVID-END du McMaster Health Forum.
 - Les faits saillants relatifs aux données probantes sur la COVID-19 que publie COVID-END fournissent des renseignements à jour sur les interventions contre la COVID-19 grâce à trois types de produits de COVID-END au Canada : 1) les faits saillants canadiens, 2) les faits saillants mondiaux et 3) les analyses prospectives. Les

interventions contre la COVID-19 peuvent comprendre l'ensemble des mesures de santé publique, la gestion clinique, les dispositions relatives au système de santé et les interventions économiques et sociales. Au cours de la première moitié de mois d'avril, les équipes de synthèse des données probantes au [Canada](#) ont partagé 14 synthèses de données probantes achevées et 5 questions qu'elles ont récemment abordées. De plus, [à l'échelle mondiale](#), il y a un certain nombre de questions émergentes liées à la COVID-19 pour lesquelles des synthèses de données probantes sont ou seront nécessaires ([voir ici](#)). Pour recevoir un courriel contenant des hyperliens vers ces produits deux fois par mois, [abonnez-vous ici](#).

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