

# 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

17 mai 2021

### Grandes lignes

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

[Produits d'analyse de données probantes de nos partenaires de l'Evidence Synthesis Network](#)

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

[Ressources fiables](#)

Nous aimerions savoir qui lit les Mises à jour des données probantes et comment les améliorer! Cliquez ici pour répondre à notre [court sondage](#).

## 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](#).

## L'incidence de la réouverture et de la levée des restrictions liées à la COVID-19

Une collaboration avec le McMaster Health Forum, Santé Ontario, Santé publique Ontario.

- **Les critères de la levée des restrictions** : les données scientifiques fondées sur des études de modélisation semblent indiquer que la réouverture ou la levée des restrictions liées à la COVID-19 dépendent des taux de cas de COVID-19, des taux

d'hospitalisation et de l'évolution des campagnes de vaccination. On indique généralement que les stratégies de déconfinement graduel (p. ex., le déconfinement par paliers) sont efficaces pour éviter d'autres vagues de COVID-19. Les directives des territoires de compétence sont cohérentes : les cas isolés et en nombre faible, la capacité de santé publique et les systèmes de surveillance rigoureux (c.-à-d. le dépistage, la recherche de contacts et le confinement), la capacité adéquate du système de santé, l'éducation et la responsabilisation des membres de la société sur le contrôle des pandémies, ainsi que la prévention de l'importation de cas sont tous des critères nécessaires pour lever les restrictions liées à la COVID-19 et pour éviter les répercussions négatives involontaires.

- **Le décret de levée des restrictions** : la plupart des pays n'ont pas indiqué comment ils comptent lever les mesures de santé publique pour les personnes vaccinées ou lorsqu'une proportion donnée de leur population sera vaccinée.
- **L'incidence de la levée des restrictions** : des études de modélisation semblent indiquer que si les mesures de santé publique (distanciation physique, isolement, recherche de contacts, dépistage/évaluation) ne sont pas maintenues et que les stratégies de déconfinement graduel ne sont pas mises en œuvre, la résurgence du nombre de cas et des vagues futures sont susceptibles de se produire.
- **Les conséquences pour l'Ontario** : L'Ontario a vécu une croissance rapide et incontrôlable du nombre de cas et des hospitalisations aux soins intensifs, et a réintroduit des mesures de santé publique plus strictes ou repoussé la réouverture après la levée des restrictions liées à la COVID-19.

## Produits d'analyse de données probantes de nos partenaires de l'Evidence Synthesis Network

Les partenaires de recherche du ministère collaborent activement avec les principaux organismes au sujet des questions et des outils relatifs à la COVID-19. Les outils suivants ont été mis au point pour évaluer les risques en fonction de la profession des utilisateurs, de leurs activités, de l'endroit où ils se trouvent et d'autres facteurs pertinents. Le réseau COVID-END au Canada, par l'intermédiaire du McMaster Health Forum, a récemment dressé un profil vivant de données probantes :

[Ce que l'on sait sur la façon dont les écoles et les établissements d'enseignement postsecondaire adaptent les mesures pour atténuer la transmission de la COVID-19 à mesure que les taux d'infection changent et que les taux de vaccination augmentent](#) [traduction libre] (en anglais seulement)

Ce profil vivant de données probantes est conçu pour accompagner deux synthèses vivantes de

données vivantes qui ont déjà été produites et qui traitent de la transmission de la COVID-19 dans [les garderies et les écoles](#) (de la maternelle à la 12<sup>e</sup> année) et dans [les établissements d'enseignement postsecondaire](#) (collèges et universités), qui fournissent des synthèses complètes de données empiriques. Les synthèses sont accompagnées de lignes directrices sur le profilage, qui ne sont pas incluses dans ces synthèses déjà produites, et qui décrivent les expériences de sept autres pays et de toutes les provinces et tous les territoires du Canada.

## 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

#### ***New England Journal of Medicine (NEJM) : Acceptation du vaccin contre la COVID-19 dans les prisons de l'État de Californie***

**12 mai 2021.** Entre le 22 décembre 2020 et le 4 mars 2021, le vaccin BNT162b2 ou mRNA-1273 (Pfizer) a été offert aux deux tiers des détenus en Californie, et 66,5 % de ces derniers ont accepté au moins une dose. Le niveau d'acceptation était le plus élevé parmi les résidents hispaniques (72,6 %) et les résidents blancs (72,1 %), et légèrement inférieur chez les résidents autochtones des États-Unis ou de l'Alaska (67,7 %) et les résidents des îles du Pacifique ou asiatiques (67,7 %). Il était le plus faible chez les résidents noirs (54,9 %). Même lorsque la vaccination contre la COVID-19 est accessible à l'ensemble des établissements correctionnels, il est difficile d'obtenir et de maintenir une immunité suffisante au sein de la population pour éviter les grandes éclosions. Un taux élevé et équitable de vaccination est crucial et peut dépendre des efforts déployés pour établir la confiance envers les vaccins et de la relance fréquente auprès des personnes qui ont initialement refusé un vaccin. [Article](#).

#### ***Nature : L'incidence du cancer actif sur la survie à la COVID-19 en Lombardie, en Italie***

**11 mai 2021.** Cette étude a analysé les données cliniques de 557 patients consécutifs atteints de la COVID-19, dont 46 avaient un cancer actif (8 %). L'analyse, qui tient compte de divers facteurs, notamment de comorbidités comme le diabète ( $n=137$ , 25 %), l'hypertension artérielle ( $n=284$ , 51 %) et la coronaropathie ( $n=114$ , 20 %), a révélé que le taux de décès était presque du double chez les patients atteints d'un cancer et de la COVID-19 comparativement aux patients atteints de la COVID-19 qui n'avaient pas de cancer. Les résultats semblent indiquer que le cancer actif a des répercussions négatives sur les résultats cliniques,

indépendamment des comorbidités cliniques préexistantes. [Article](#).

### ***Journal de l'Association médicale canadienne : Facteurs de risque d'éclotions d'infections au SRAS-CoV-2 dans les résidences pour personnes âgées***

**10 mai 2021.** Cette étude a examiné le lien entre les caractéristiques à l'échelle de la résidence et de la collectivité et le risque d'éclotions d'infections au SRAS-CoV-2 dans les résidences pour personnes âgées depuis le début de la première vague de la pandémie de COVID-19 (du 1<sup>er</sup> mars au 18 décembre 2020) en Ontario, au Canada. Parmi les 770 résidences autorisées pour personnes âgées de l'étude, 273 (35,5 %) ont subi une écloison d'infections au SRAS-CoV-2, dont 1 944 résidents (3,5 %) et 1 101 employés (3,0 %). Les cas d'infection au SRAS-CoV-2 étaient répartis inégalement entre les résidences pour personnes âgées, 2 487 cas (81,7 %) chez les résidents et le personnel s'étant produits dans 77 résidences (10 %). Le danger rajusté d'une écloison d'infections au SRAS-CoV-2 dans une résidence pour personnes âgées a été associé positivement à des résidences qui avaient une grande capacité de logement, qui étaient situées dans un établissement de soins de longue durée, qui faisaient partie de grandes chaînes, qui offraient de nombreux services sur place, qui ont observé une augmentation de l'incidence régionale des infections au SRAS-CoV-2 et qui étaient situées dans une région où la concentration ethnique était plus élevée au sein de la collectivité. [Article](#).

### ***The Lancet : La santé mentale et la pandémie de COVID-19***

**6 mai 2021.** Cette étude menée au Royaume-Uni a suivi la santé mentale de 19 763 adultes afin de déterminer les trajectoires de la santé mentale au sein de la population britannique pendant la pandémie. Entre avril et octobre 2020, la santé mentale de la population moyenne s'est détériorée avec l'apparition de la pandémie et n'a commencé à s'améliorer qu'à partir de juillet 2020. Puis, la plupart des adultes au Royaume-Uni ont fait preuve de résilience ou leur santé mentale est revenue à des niveaux pré-pandémiques. La santé mentale d'environ 1 personne sur 9 s'est détériorée ou était constamment chancelante. Les personnes vivant dans des régions confinées, qui ont des difficultés financières, ont des affections préexistantes ou sont infectées au SRAS-CoV-2 pourraient profiter davantage d'interventions précoces. [Article](#).

### ***NEJM : Vaccination contre la COVID-19 : l'efficacité du vaccin NVX-CoV2373 contre le variant B.1.351***

**5 mai 2021.** Cette étude sud-africaine a évalué l'efficacité du vaccin NVX-CoV2373 contre la COVID-19, contre le variant B.1.351 dans le cadre d'une transmission persistante du SRAS-CoV-2. Les adultes séropositifs et séronégatifs au VIH ont été désignés au hasard dans un rapport de 1:1 pour recevoir deux doses du vaccin NVX-CoV2373 ou un placebo. Parmi les 2 684 participants (94 % séronégatifs et 6 % séropositifs au VIH), 15 participants du groupe vaccinal et 29 du groupe placebo ont développé des symptômes légers à modérés de la COVID-

19 (efficacité du vaccin à 49,4 %). Le vaccin NVX-CoV2373 s'est révélé efficace pour prévenir la COVID-19, avec une efficacité accrue chez les participants séropositifs au VIH. [Article](#).

## Analyse, modélisation et mesure des données

### ***Nature* : Rendement prédictif des modèles de prévision mondiale de la mortalité attribuable à la COVID-19**

**10 mai 2021.** Cette étude a évalué le rendement prédictif de sept modèles de prévision mondiale diffusés en octobre 2020, démontrant une erreur médiane absolue de 7 % à 13 % à 6 semaines, ce qui reflète un bon rendement malgré la complexité de la modélisation des réponses comportementales humaines et des interventions gouvernementales. [Le cadre et la base de codes publics](#) peuvent être utilisés pour comparer les prévisions et évaluer le rendement prédictif à l'avenir. [Article](#).

## Mesures de santé publique

### ***Nature* : La faisabilité du dépistage à grande échelle de la population pour détecter le SRAS-CoV-2 par autodépistage à domicile**

**10 mai 2021.** Cette étude a évalué la faisabilité et l'applicabilité d'un système d'autodépistage rapide de l'infection au SRAS-CoV-2 parmi un échantillon aléatoire de 1 022 personnes à Cantabrie, en Espagne. Les résultats ont montré que 96,2 % des participants étaient en mesure d'obtenir un résultat valide sans soutien des services de santé, et 91,3 % ont réussi à obtenir un résultat valide avec la première trousse de dépistage (6,9 % des participants ont eu besoin d'une deuxième trousse). Aucune différence importante n'a été observée entre les résultats de la séroprévalence de l'autodépistage rapide et les résultats de la séroprévalence dans la région de Cantabrie dans le cadre d'une étude nationale portant sur des analyses hors laboratoire au cours de la même période. Le système d'autodépistage évalué dans le cadre de cette étude repose sur la détection des anticorps dans les échantillons de sang; une étude plus approfondie des autres méthodes d'analyse (p. ex., analyses de la salive) est requise. [Article](#).

### ***Lancet* : L'avenir du National Health Service (NHS) : jeter les bases d'un service de santé et de soins équitable et efficace après la pandémie de COVID-19**

**6 mai 2021.** La réponse à la pandémie de COVID-19 met en évidence certaines des faiblesses et des forces des systèmes de soins de santé du Royaume-Uni et de véritables défis de la société en matière de santé. Des manques de leadership, une absence de transparence, une mauvaise intégration entre le NHS et les soins sociaux, un sous-financement chronique des soins sociaux, un service de santé publique fragmenté et désensibilisé, des insuffisances continues en matière de dotation, et les défis liés à la transmission des données en temps réel ont tous été

d'importants obstacles à la coordination d'une réponse complète et efficace à la pandémie. Plus positivement, le montant élevé de protection financière fourni par le NHS et une répartition des ressources qui a explicitement tenu compte des besoins géographiques différents ont, dans une certaine mesure, atténué l'incidence déjà substantielle de la pandémie sur les inégalités en matière de santé. [Article](#).

***Nature* : Le risque économique perçu est associé plus fortement au soutien des mesures préventives liées à la COVID-19 que le risque perçu pour la santé**

**6 mai 2021.** Cette étude a passé en revue les données de 24 pays, dont le Canada, afin de déterminer comment les risques perçus pour la santé et l'économie liés à la pandémie de COVID-19 sont associés au respect des comportements préventifs en matière de santé (lavage des mains, isolement social) et au soutien des politiques de confinement (p. ex., quarantaine obligatoire, vaccination obligatoire). L'étude a révélé que le risque économique perçu est associé de façon positive aux politiques de confinement et constitue le meilleur facteur prédictif des comportements préventifs en matière de santé et de soutien à ces politiques. Certaines mesures préventives de santé, comme le port du masque et la distanciation sociale, n'ont toutefois pas été incluses dans cette étude. [Article](#).

## Prise en charge de la maladie

***Nature* : Une base de données mondiale sur la vaccination contre la COVID-19**

**10 mai 2021.** [Our World in Data](#) est une base de données mondiales publique qui fait le suivi de l'importance du déploiement et du taux de déploiement des vaccins dans le monde entier. Elle est mise à jour régulièrement et comprend des données sur le nombre total de vaccins administrés, les premières et les deuxièmes doses administrées, les taux de vaccination quotidiens et la couverture rajustée en fonction de la population pour tous les pays pour lesquels les données sont disponibles (169 pays au 7 avril 2021). Elle sera actualisée au fur et à mesure que la campagne de vaccination mondiale progressera. Cette ressource aide les décideurs et les chercheurs à comprendre le taux de déploiement actuel et potentiel des vaccins, les interactions avec les réponses politiques non vaccinales, les répercussions potentielles des vaccins sur les résultats pandémiques tels que la transmission, la morbidité et la mortalité et les inégalités mondiales en matière d'accès à la vaccination. [Article](#).

## Compréhension de la maladie

***Lancet* : Effets post-aigus de l'infection au SRAS-CoV-2 chez les personnes qui ne nécessitent pas une hospitalisation**

**10 mai 2021.** Cette étude danoise a examiné les médicaments d'ordonnance et l'utilisation des

soins de santé à la suite d'une infection au SRAS-CoV-2 chez les participants qui n'ont pas nécessité une hospitalisation, entre le 27 février et le 31 mai 2020 Comparativement aux personnes ayant obtenu un résultat négatif au SRAS-CoV-2, les personnes séropositives au SRAS-CoV-2 qui n'ont pas été hospitalisées présentaient un risque légèrement accru de thromboembolie veineuse (c.-à-d. un caillot de sang dans la veine), recevant un diagnostic d'essoufflement à l'hôpital et bénéficiant d'un traitement de bronchodilatateur (aux triptans plus précisément). De plus, les personnes séropositives au SRAS-CoV-2 ont visité leur médecin généraliste et les cliniques de consultation externe après l'infection initiale plus souvent que les personnes qui ont obtenu des résultats négatifs, ce qui pourrait indiquer des symptômes persistants qui ne nécessitaient pas un traitement médicamenteux particulier ou une hospitalisation. [Article](#).

### **Organisation mondiale de la Santé (OMS) : immunité naturelle contre la COVID-19**

**10 mai 2021.** Cette étude scientifique de l'OMS a révélé que dans les quatre semaines suivant l'infection, 90 % à 99 % des personnes infectées au SRAS-CoV-2 développent des anticorps neutralisants détectables. La force et la durée des réponses immunitaires au SRAS-CoV-2 ne sont pas entièrement comprises et les données actuellement disponibles indiquent qu'elles varient en fonction de l'âge de la personne et de la gravité des symptômes. Les données scientifiques disponibles semblent indiquer que chez la plupart des personnes, les réponses immunitaires demeurent robustes et protègent contre une nouvelle infection pendant au moins six à huit mois après l'infection (le suivi le plus long avec des données scientifiques fiables est actuellement d'environ huit mois). Certains variants du SRAS-CoV-2 avec des changements importants dans la protéine de spicule ont une sensibilité réduite à la neutralisation par les anticorps dans le sang. Bien que les anticorps neutralisants ciblent principalement la protéine de spicule, l'immunité cellulaire causée par l'infection naturelle cible également d'autres protéines virales, qui sont susceptibles d'être mieux tolérées dans certains variants que la protéine de spicule. De nombreuses méthodes sérologiques permettent de mesurer la réponse des anticorps à l'infection au SRAS-CoV-2, mais à l'heure actuelle, les corrélations de la protection ne sont pas bien comprises. [Article](#).

### **Lancet : l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens et les résultats d'étude sur la COVID-19**

**7 mai 2021.** Cette étude menée au Royaume-Uni a évalué l'innocuité des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et a déterminé si l'utilisation préexistante de ces médicaments était associée à une augmentation de la gravité de la COVID-19 ou non. À l'admission à l'hôpital, il n'y avait aucune différence importante entre les utilisateurs d'AINS et les non-utilisateurs. L'utilisation d'AINS n'était pas associée à une mortalité hospitalière plus grave, à une hospitalisation en soins intensifs, à une ventilation effractive, à une ventilation non effractive, à



une oxygénation ou à une insuffisance rénale aiguë. Dans l'ensemble, l'utilisation d'AINS n'est pas associée à une mortalité ni à une gravité accrues de la COVID-19. [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 réseau 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 mars, les équipes de synthèse des données probantes au [Canada](#) ont fait part de 17 synthèses de données probantes achevées et de 4 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](#).



### Appel à la participation à une étude de cohorte sur la COVID-19 en Ontario

Les docteurs Allison McGeer, Brenda Coleman, Robert Manunder, Sharon Straus et Susan Bondy (Sinai Health, Unity Health et l'Université de Toronto) mènent une **étude épidémiologique sur la COVID-19 chez les enseignants et les travailleurs du secteur scolaire dans les écoles élémentaires et secondaires de l'Ontario**. L'étude porte sur le nombre de travailleurs du secteur scolaire qui développent une infection à la COVID-19, les facteurs liés au milieu de travail, à la collectivité et aux ménages, l'efficacité de la vaccination contre la COVID-19 (y compris les variants) et les répercussions psychologiques du travail pendant une pandémie.

- **Critères d'admissibilité** : enseignants et autres membres du personnel scolaire qui sont âgés de 18 à 74 ans, et qui travaillent pour un établissement d'enseignement élémentaire ou secondaire de l'Ontario pendant huit heures ou plus par semaine et ne prévoient pas prendre leur retraite, partir en congé, etc., pendant au moins trois mois. L'infection ou la vaccination antérieure à la COVID-19 ne rendent pas une personne inadmissible.
- **Exigences** : des questionnaires au moment de l'inscription, puis toutes les deux semaines (en ligne), ainsi que lors d'un dépistage ou de la vaccination contre la COVID-19 (le cas échéant), des prélèvements d'échantillons de sang du bout du doigt à différents moments au cours de l'étude.
- **Participation** : La participation est volontaire, et les participants peuvent quitter l'étude en tout temps. Les participants recevront une petite marque d'appréciation pour leur participation à l'étude.
- **Coordonnées** : Pour obtenir de plus amples renseignements sur l'étude, visitez le <http://www.tibdn.ca/covid-19/education>.

Si vous avez des questions au sujet de l'étude, veuillez envoyer un courriel au bureau de l'étude à [ccs.2@sinaihealth.ca](mailto:ccs.2@sinaihealth.ca) ou téléphoner au bureau au 416 294-6383.

## 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

[Recherche, planification et gestion](#)