

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

6 décembre 2021

Grandes lignes

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

Approches efficaces de prestation de soins virtuels aux adultes ayant des problèmes de santé mentale et de dépendance

(Produit en collaboration avec McMaster Health Forum, SPOR Evidence Alliance et l'ACMTS)

- **Efficacité** : La prestation virtuelle de la psychothérapie est généralement aussi efficace que des soins en personne pour les personnes qui ont des troubles de l'humeur, d'anxiété et de stress traumatique; cela dit, la relation entre le thérapeute et le client peut être plus faible qu'avec les soins en personne. L'efficacité des interventions à distance menées par les cliniciens est toutefois moins bien connue pour les personnes qui ont une maladie mentale grave (p. ex., troubles alimentaires, troubles de la personnalité), néanmoins, le taux d'acceptation est élevé et les rappels de médication à distance pour cette population

peuvent s'avérer efficaces. La prestation de soins virtuels en groupe menée par les cliniciens est également réalisable et efficace. Des données probantes importantes appuient l'évaluation cognitive virtuelle pour diagnostiquer la démence, bien qu'il y ait des écarts critiques dans la certitude du diagnostic.

- **Approches de mise en œuvre** : La télépsychiatrie asynchrone est potentiellement un élément clé des interventions par étape pour la santé mentale qui est offerte dans les soins primaires. Aux États-Unis, il existe quatre modèles de prestation de soins de télésanté : 1) le réseau en étoile; 2) les soins intégrés; 3) le modèle direct au consommateur et 4) les applications mobiles.
- **Rentabilité** : La télépsychiatrie n'est pas plus coûteuse que les services de santé mentale offerts en personne et, dans la plupart des études analysées, est même plus rentable. La thérapie cognitivo-comportementale administrée par Internet (TCCI) est également un bon rapport coût-efficacité.
- **Acceptation et accès équitable** : Les personnes atteintes de dépression ou de troubles anxieux légers à modérés signalent que la TCCI offre un meilleur contrôle du temps, du rythme et du lieu de traitement, en plus d'améliorer l'accès. Les personnes atteintes de démence sont constamment satisfaites des consultations par télémédecine pendant la COVID-19. Pour les membres de la collectivité autochtone, les services virtuels de santé mentale sont difficiles d'accès pendant la COVID-19 et ne sont pas satisfaisants.
- **Difficultés** : Les fournisseurs de soins en santé mentale soulignent les obstacles persistants aux soins virtuels pendant la COVID-19, notamment les changements nécessaires dans les flux de travail et les horaires, la configuration initiale, la résolution de problème et d'autres problèmes technologiques, ainsi que l'effort accru des fournisseurs.

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.

Prise en charge de la maladie

Journal of the American Medical Association (JAMA) : « Effect of high-titer convalescent plasma (CP) on progression to severe respiratory failure or death in hospitalized patients with COVID-19 pneumonia »

29 novembre 2021. Cette étude a montré que, chez les patients atteints d'une pneumonie modérée à grave causée par la COVID-19, le plasma de convalescent à titre élevé anti-SRAS-CoV-2 n'a pas réduit la progression de la maladie vers une insuffisance respiratoire grave ou la mort dans les 30 jours, par rapport à un groupe témoin qui a reçu un traitement standard unique (p. ex., Remdesivir ou glucocorticoïdes). [Article](#).

JAMA : « Assessment of four doses of SARS-CoV-2 mRNA-based vaccine in recipients of a solid organ transplant »

24 novembre 2021. Cette étude française a révélé qu'il y a un lien entre les receveurs d'organe plein qui ont reçu une quatrième dose d'un vaccin contre le SRAS-CoV-2 et l'amélioration légère de la réponse humorale chez les patients qui ont une réponse faible après trois doses, et qu'il n'y avait pas d'amélioration chez les patients sans réponse après trois doses. Aucun effet indésirable grave ou rejet aigu n'a été observé après la quatrième dose. Une limite de l'étude était le petit nombre de patients (n=37). [Article](#).

Centres for Disease Control and Prevention (CDC) : « Incidence of SARS-CoV-2 infection, emergency department (ED) visits, and hospitalizations because of COVID-19 among persons aged ≥12 Years, by COVID-19 vaccination status in Oregon and Washington (July 4 to September 25, 2021) »

19 novembre 2021. Parmi les personnes âgées de 12 ans et plus inscrites à un régime de santé du Nord-Ouest du Pacifique, les personnes non vaccinées atteintes du SRAS-CoV-2 étaient environ deux fois plus susceptibles de recevoir des soins au SU ou d'être hospitalisées que les personnes vaccinées atteintes de la même maladie. Parmi les personnes non vaccinées atteintes du SRAS-CoV-2, 18,5 % ont été aux SU et 9,0 % ont été hospitalisées, par rapport à 8,1 % et 3,9 %, respectivement, pour les patients vaccinés. Les résultats de ce rapport appuient la recommandation actuelle des CDC qui stipule que toutes les personnes âgées de 5 ans et plus doivent recevoir le vaccin complet contre la COVID-19, y compris les doses supplémentaires et les doses de rappel. [Article](#).

Analyse, modélisation et mesure des données

***BMC Infectious Disease* : « Vaccination threshold for SARS-CoV-2 depends on the indoor setting and room ventilation »**

26 novembre 2021. Cette étude de modélisation a estimé que si les taux de vaccination sont limités à au moins deux tiers de la population, il faudra une ventilation supérieure aux normes minimales pour une qualité de l'air acceptable afin de réduire la fréquence et la gravité des événements de superpropagation du SRAS-CoV-2 dans les environnements intérieurs à haut risque. Le risque d'infection dans l'air a été calculé dans trois établissements (une classe, un bloc de cellule de prison et un restaurant) avec des niveaux de ventilation se situant entre un faible 40 % pour une ventilation mécanique dans une classe à un fort 85 % pour une ventilation naturelle dans un restaurant. [Article](#).

Répercussions sur le système de santé***JAMA* : « Assessment of patient preferences for telehealth in post-COVID-19 pandemic health care »**

1^{er} décembre 2021. Dans cette étude menée auprès de 2 080 adultes, la plupart des répondants étaient prêts à avoir des rendez-vous par vidéo à l'avenir, cela dit, lorsqu'on leur a donné le choix entre un rendez-vous en personne ou un rendez-vous par vidéo pour des soins non urgents, la plupart préféraient des soins en personne. La volonté de payer pour des modes de rendez-vous préférés était plus élevée chez les personnes qui préféraient les soins en personne, tandis que celles qui préféraient les rendez-vous par vidéo étaient plus préoccupées par les coûts déboursés. Les résultats de cette étude suggèrent que la connaissance des préférences des patients aidera à définir le rôle des soins de santé à distance dans le système de santé des États-Unis après la pandémie de COVID-19. [Article](#).

***Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* : « Impact of the COVID-19 pandemic on drug overdose-related deaths in the US and Canada »**

29 novembre 2021. En septembre 2020, cet examen systématique a révélé que les décès liés à une surdose après l'apparition de la COVID-19 étaient plus élevés par rapport aux mois qui précédaient la pandémie en 2020 et aux mois comparatifs en 2019. Les décès liés à une surdose ont augmenté de 2 à 60 % aux États-Unis et de 58 % au Canada par rapport au T2 et au T1 de 2020. La situation actuelle nécessite une approche pluridisciplinaire qui englobe l'accès élargi au traitement des troubles de l'usage d'une substance, l'accès sans interruption aux services de réduction des méfaits, l'accent sur les stratégies de réduction du risque, l'approvisionnement sécuritaire de drogues et la décriminalisation de l'usage d'une substance. [Article](#).

***Journal de l'Association médicale canadienne* : « Incidence of childhood cancer in Canada during the COVID-19 pandemic »**

29 novembre 2021. S'appuyant sur des données recueillies entre mars 2016 et novembre 2020 dans un centre d'oncologie pédiatrique canadien, cette étude n'a relevé aucun changement statistiquement significatif par rapport à l'incidence du cancer pédiatrique ou dans la proportion d'enfants qui participent à un essai clinique et qui présentent une maladie métastatique (p. ex., le cancer qui s'est répandu à partir du site primaire où il s'est manifesté) ou qui sont décédés tôt au cours des neuf premiers mois de la pandémie de COVID-19. Ces résultats semblent indiquer que la pandémie de COVID-19 n'a pas considérablement réduit l'accès aux soins de santé en oncologie pédiatrique au Canada. [Article](#).

***BMC Family Practice* : « High-performing primary care practices during the COVID-19 pandemic in the US »**

25 novembre 2021. Les données recueillies à la suite d'entrevues auprès de 44 fournisseurs et membres du personnel dans 22 cabinets de soins primaires entre mars et mai 2020 suggèrent que les structures et les processus de soins primaires élaborés pour la gestion et les soins de prévention des maladies chroniques à distance ont évolué rapidement pendant le début de la pandémie de COVID-19. Les nouveaux processus de soins adaptés, en particulier la prestation de soins à distance, sont prometteurs et peuvent perdurer après la pandémie. Toutefois, les populations vulnérables, comme les patients ayant peu de ressources, une faible littératie en matière de santé ou un âge avancé, étaient difficiles à rejoindre et à prendre en charge au début de la pandémie, ce qui laisse envisager que des problèmes d'équité doivent être réglés. [Article](#).

Mesures de santé publique

***Family Practice* : « Development of a patient decision aid for COVID-19 vaccination with the Comirnaty vaccine »**

26 novembre 2021. Le Collège national des généralistes enseignants en France a élaboré un outil d'aide à la décision pour les patients francophones à utiliser dans les établissements de soins primaires. Il est destiné à aider les personnes à décider si elles recevront le vaccin Pfizer-BioNTech Comirnaty. La première partie de l'outil permet aux patients de déterminer leurs propres facteurs de risque et la deuxième partie fournit des renseignements sur les avantages et les risques, des données inconnues et des explications techniques sur le vaccin. L'élaboration de l'outil d'aide à la décision pour les patients a été basée sur une analyse de la littérature, des entrevues semi-structurées auprès de 17 patients et de groupes d'experts composés de patients et de médecins. [Article](#).

Travailleurs de première ligne

JAMA : « Factors associated with COVID-19 vaccine receipt by health care personnel (HCP) at a major academic hospital during the first months of vaccine availability »

1^{er} décembre 2021. Dans cette étude menée auprès de 12 610 membres du personnel de la santé dans un hôpital universitaire important aux États-Unis, deux tiers ont reçu une première dose dans les quatre premiers mois et 98 % de ces personnes ont reçu une deuxième dose. Le vaccin étant ajusté en fonction de l'âge, du sexe, de l'emploi et de la vulnérabilité sociale du secteur, le personnel de la santé de race noire ou d'origine africaine américaine et multiraciale était moins susceptible de recevoir le vaccin par rapport au personnel de la santé de race blanche, avec des disparités plus étroites observées chez le personnel infirmier et aucune disparité entre les médecins. Ces résultats indiquent la présence de disparités raciales et ethniques dans l'administration du vaccin chez le personnel de la santé, sauf chez les médecins. [Article](#).

JAMA : « Morally injurious experiences and emotions of HCP during the COVID-19 pandemic before vaccine availability »

24 novembre 2021. Dans cette étude menée auprès de 1 344 membres du personnel de la santé, les répondants ont signalé des changements significatifs dans leurs vies personnelles et professionnelles pendant la pandémie. Les sujets communs étaient le sentiment d'isolement des professionnels qui ne font pas partie du système de santé, d'éloignement des patients et de trahison des collègues, des administrateurs et du public. Les blessures morales peuvent être causées par des facteurs de stress chroniques dans des environnements moralement néfastes; la direction doit cerner et gérer ces facteurs pour soutenir efficacement les professionnels de la santé alors que la COVID-19 continue de mettre à rude épreuve les ressources physiques, mentales et émotionnelles du personnel. [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 héberge une collection 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 au moyen de trois types de produits de COVID-END au Canada : 1) les faits saillants canadiens, 2) les faits saillants mondiaux et 3) les analyses prospectives. Pour recevoir un courriel contenant des hyperliens vers ces produits deux fois par mois, [abonnez-vous ici](#).
 - Au cours de la deuxième moitié de novembre, des équipes contributives de synthèse des données probantes canadiennes ont fait part de huit synthèses nouvellement achevées. Dans la taxonomie COVID-END, elles portent sur les mesures de santé publique (n = 6), la gestion clinique (n = 1) et les dispositions du système de santé (n = 1). Veuillez visiter le site [Canadian Spotlight 11.2](#) pour consulter les données probantes, ou consulter les [faits saillants canadiens antérieurs relatifs aux données probantes](#). Vous trouverez une liste complète des produits [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

[Hadi Karsoho](#), Unité de la planification et de la gestion pour la recherche