



Covid-19 et infection au SARS-CoV-2

Manuel de procédures de veille et de riposte

Version Novembre 2020

Ce document regroupe les procédures actualisées de surveillance et de gestion des cas de Covid-19.

Des mises à jour régulières auront lieu à la lumière des recommandations du comité scientifique et technique, de l'état d'avancement des connaissances sur le virus SARS-CoV-2 et de la situation épidémiologique nationale.

Plan

Surveillance de la Covid-19

Évaluation du niveau de criticité de la transmission du virus SARS-CoV-2

Prise en Charge des cas

Gestion des contacts

Investigation des clusters

Indications et interprétation des différents tests

I. Définitions des cas au 13/11/2020

Cas suspect	Toute personne présentant : 1. Des signes d'infection respiratoire aiguë (Toux, mal de gorge, difficulté respiratoire...etc.) avec ou sans fièvre ; <u>ou</u> 2. Une fièvre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ non expliquée par une autre étiologie évidente, accompagnée de myalgies ou d'asthénie ou de céphalées ; <u>ou</u> 3. Une infection respiratoire aiguë sévère ; <u>ou</u> 4. Une perte de l'odorat ou du goût ou une odynophagie d'installation brutale et sans étiologie évidente.
Cas confirmé	1. Toute personne chez qui une infection au SARS-CoV-2 a été confirmée par examen moléculaire (RT-PCR ou test équivalent) ou par un test antigénique rapide. 2. Tout cas suspect avec les <u>2 critères suivants</u> : a. Images à la TDM évocatrices de COVID-19 ; <u>et</u> b. Contexte épidémiologique évocateur : • Contact avec un cas confirmé pendant la période de contagiosité ; <u>ou</u> • Lien épidémiologique avec un cluster ; <u>ou</u> • Professionnel de santé exerçant dans une structure de soins ou dans un laboratoire.

II. Définitions d'un décès COVID-19

Cas possible de décès par COVID-19	Tout décès sans cause évidente, survenu suite à un tableau clinique correspondant à un cas suspect de COVID-19.
Cas confirmé de décès par COVID-19	Tout décès a. Survenant chez un cas confirmé de COVID-19, conformément à la définition ci-dessus ; <u>et</u> b. En l'absence de toute autre cause évidente pouvant expliquer le décès en dehors de l'infection à SARS-CoV-2, (e.g. un traumatisme) ; <u>et</u> c. Sans période de guérison complète entre la maladie et le décès, selon les critères de guérison en vigueur.

III. Processus de surveillance

- Tout cas prélevé pour RT-PCR doit être saisi sur la plateforme E-labs et un minimum d'informations doit y être renseigné ;
- Tous les laboratoires (publics et privés) doivent s'acquitter du renseignement des résultats des tests RT-PCR ;
- Tous les cas confirmés (que ce soit par test antigénique, par PCR ou par TDM et contexte épidémiologique) doivent être rapportés dans le système agrégé de surveillance ;
- Chaque jour à 15h30, les Directions Régionales de la Santé notifient au CNOUSP les données agrégées de 24 heures, arrêtées au plus tard à 14h00 ;
- Chaque lundi à 12h00, les Directions Régionales de la Santé notifient au CNOUSP les données agrégées de la semaine, arrêtées au dimanche de la veille ;
- Toutes les données doivent être rapportées par province et préfecture de la région ;
- La notification se fait via la plate-forme conçue par la Division de l'Informatique et des Méthodes, en cours de mise en fonctionnement ; en attendant, cette notification va se faire via un fichier Excel ;

Les données quotidiennes comportent :

- Nouveaux cas confirmés de 24 heures, par type de confirmation (test antigénique rapide, PCR, preuves radiologiques et contexte épidémiologique) ;
- Nouveaux décès de 24 heures ;
- Nouveaux guéris de 24 heures dont ceux ayant séjourné en réanimation ou soins intensifs ;
- Cas actifs : cas non encore déclarés guéris, qu'ils soient suivis à l'hôpital ou à domicile ;
- Les cas de soins intensifs et de la réanimation : cas prévalent, nouvelles admissions de 24 heures, cas sous ventilation mécanique, cas sous ventilation non invasive ;

Un line-listing des décès (identité, âge, sexe, lieu de décès, province d'origine et comorbidité) doit être complété avant minuit ;

Les données hebdomadaires comportent :

- Répartition des cas de la semaine selon :
 - Tranche d'âge : < 5 ans - 5 à 17 - 18 à 39 - 40 à 64 - 65 ans et plus ;
 - Sexe ;
 - Tableau clinique à l'admission : asymptomatique, bénin, modérée, sévère ou critique ;
 - Lieu de prise en charge : Domicile, Hôpital, structure non conventionnelle.
- Total des tests de confirmation réalisés : PCR et antigénique ;
- Line-listing des décès.

Figure1 : Logigramme d'utilisation des tests de confirmation des cas suspects Covid-19

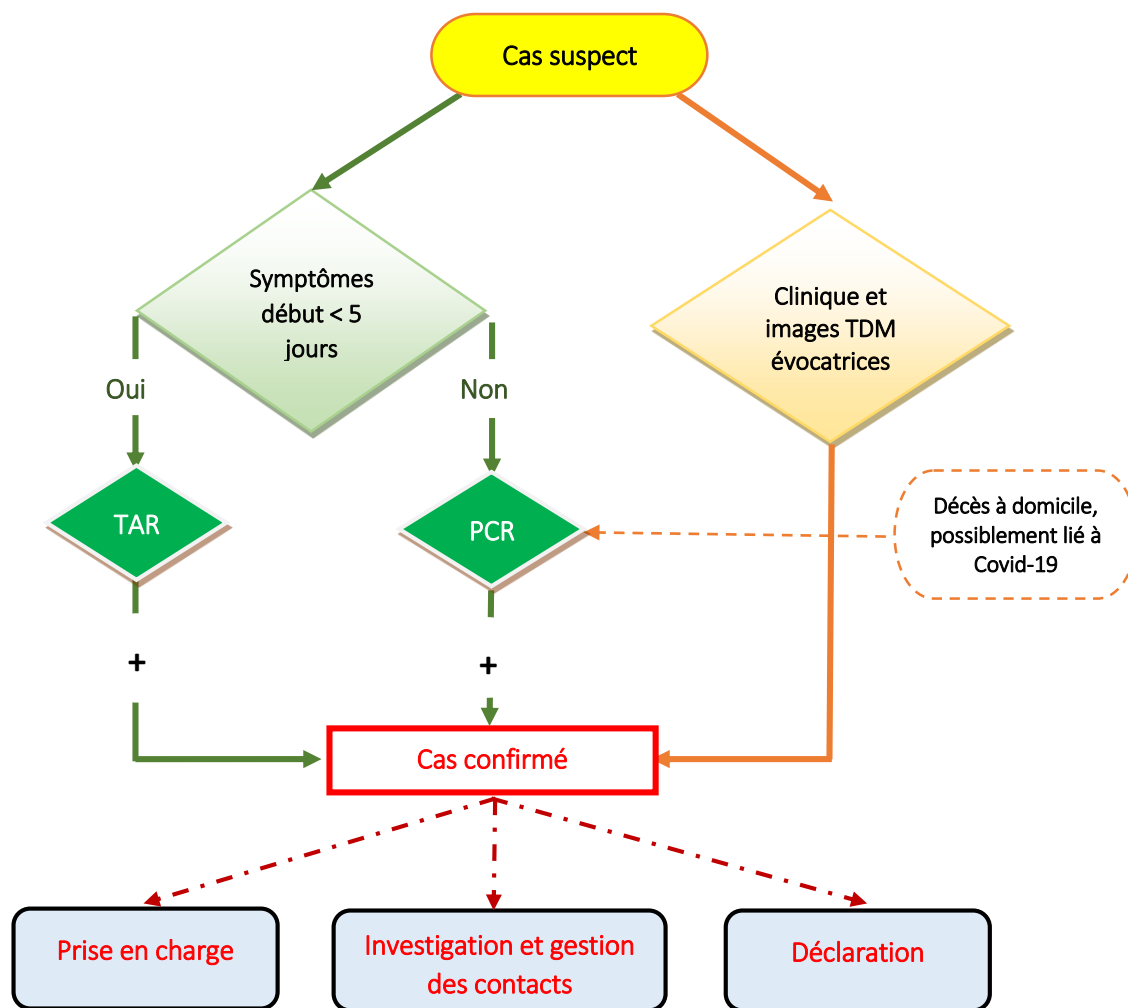
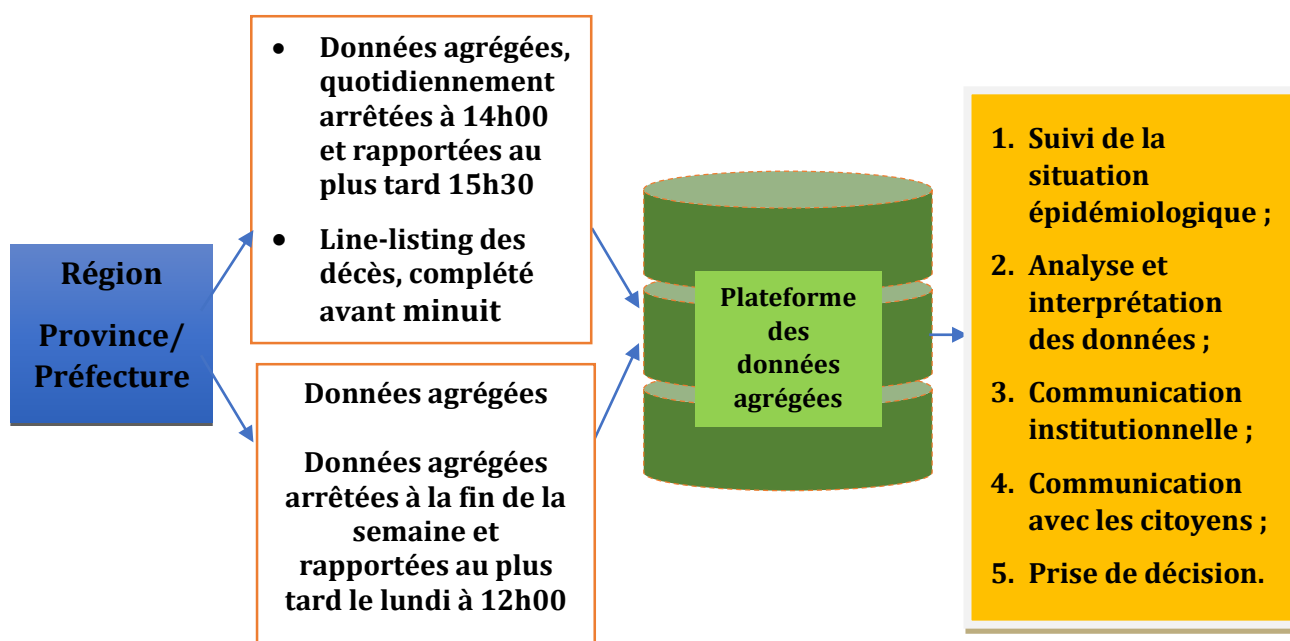


Figure 2 : Processus de collecte, d'analyse et de diffusion de l'information



Évaluation du niveau de criticité de transmission du virus SARS-CoV-2 au niveau provincial/préfectoral

Cette évaluation porte sur le suivi hebdomadaire de trois indicateurs essentiels

I. Indicateurs

- Incidence hebdomadaire ;
- Taux couverture par tests de confirmation du diagnostic ;
- Taux de positivité des tests de confirmation.

II. Calcul

Critères	Numérateur	Dénominateur	Unité
Incidence Hebdomadaire	Total de cas positifs notifiés durant la semaine	Population générale	*100.000 Hts
Taux de positivité hebdomadaire	Total* des TAR** et PCR positifs rapportés durant la semaine	Total* de TAR** et PCR réalisés durant la semaine	%
Taux de couverture hebdomadaire par tests de confirmation	Total* de TAR** et PCR réalisés durant la semaine	Population générale	*100.000 Hts

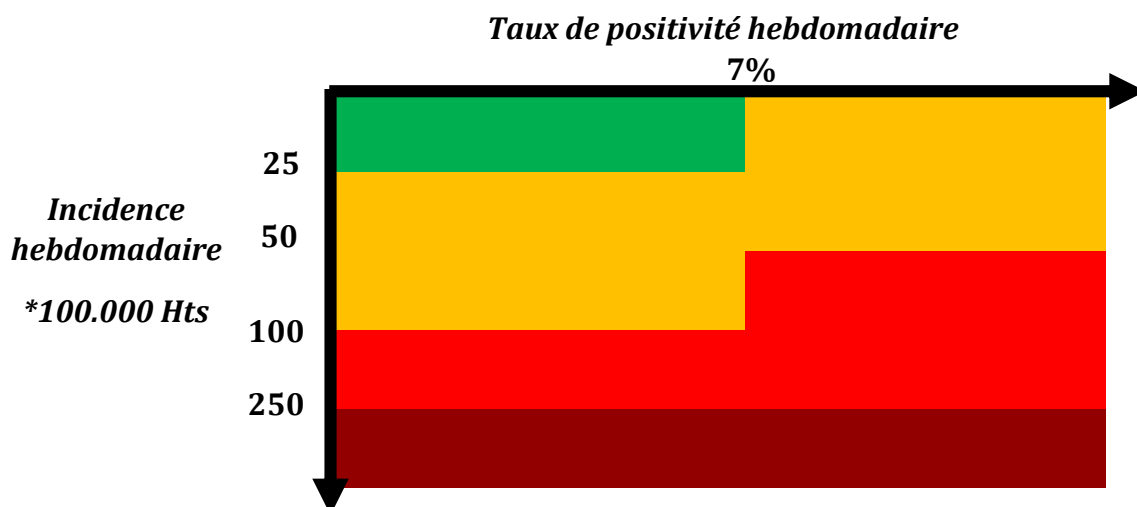
* Sont comptabilisés les tests réalisés dans le cadre de la confirmation.

** Il faut se conformer impérativement aux indications d'utilisation des TAR (voir page 13)

III. Niveaux de criticité

1. **Vert : niveau faible**
2. **Orange : niveau modéré**
3. **Rouge I : niveau élevé**
4. **Rouge II : niveau très élevé**
5. **Gris : niveau impossible d'évaluer**

IV. Modalités de classification



Si le taux de couverture hebdomadaire par tests de confirmation < 300/100.000 Hts ou si les informations ne sont pas disponibles

Prise en charge des cas

I. Classification clinique des cas

Catégorie	Définition
Asymptomatique	Aucune manifestation clinique
Bénin	Symptômes évocateurs de COVID-19 sans signes de pneumonie
Modéré	Pneumonie, sans signes de gravité ; ou Cas bénin avec un ou plusieurs facteurs de risque
Sévère	Signes de gravité nécessitant une hospitalisation en soins intensifs sans assistance respiratoire
Critique	Nécessité d'une assistance respiratoire (Invasive ou non invasive)

II. Rôles des structures sanitaires dans la prise en charge (Circulaire N° 073/DHSA/DELM/2020 du 16/09/2020)

1. Etablissements des Soins de Santé Primaire :

- Identification des cas suspects et leur orientation vers les structures de référence de proximité ;
- Suivi des cas traités à domicile ;
- Participation avec les Equipes d'Intervention Rapide à l'investigation autour des cas confirmés afin d'identifier les contacts et les orienter vers les structures de référence selon leur état de santé ;
- Participation avec les Equipes d'Intervention Rapide à l'investigation des clusters ;
- Coordination avec les autorités pour l'isolement des cas et des contacts suivis à domicile.

2. Structures de référence de proximité COVID-19 (SRP-COVID-19) :

- Identification et triage des cas référés par les ESSP, le secteur privé et autres structures ;
- Orientation des cas ayant des facteurs de risque et/ou présentant des signes de gravité vers les structures de prise en charge hospitalières ;
- Prélèvements pour PCR ou réalisation du Test Antigénique¹ sur place si indication ;
- Prescription et dispensation des médicaments pour les cas éligibles au traitement à domicile après réalisation d'un ECG.

3. Structures hospitalières :

Les patients éligibles à une éventuelle hospitalisation sont transférés vers la structure hospitalière de référence pour une prise en charge, selon le circuit fixé à cet effet. Les centres de consultation spécialisée externe (CCSE) continuent à assurer leurs fonctions

¹ Se conformer strictement aux mesures de biosécurité/bio sûreté, lors de l'utilisation des tests antigéniques rapides.

d'accueil, de triage et d'orientation qui leur ont été attribuées dans le cadre de la riposte à COVID-19.

Par ailleurs, les laboratoires des différentes structures hospitalières doivent réaliser les tests antigéniques rapides.

III. Principes de base pour le traitement

Le traitement doit être prescrit conformément au protocole recommandé et il doit être démarré le plus rapidement possible, avant réception du résultat de confirmation.

IV. Traitement

Un bilan pré-thérapeutique, comportant notamment un ECG, doit être fait au préalable pour éliminer toute contre-indication au traitement.

- Les cas **asymptomatiques** sont mis sous traitement pendant une durée de **7 jours**, avec un isolement d'une durée totale de **10 jours** ;
- Les cas **symptomatiques** sont mis sous traitement et isolés pendant une durée de **10 jours**. La durée de traitement peut être prolongée de 5 jours. En cas de non amélioration, le dossier du patient doit être staffé par l'équipe médicale pour décision thérapeutique.
- **Le traitement de 2^{ème} intention à base de Lopinavir-Ritonavir, n'ayant pas démontré son efficacité, est retiré du protocole national. En revanche, d'autres traitements peuvent être utilisés pour des indications particulières, notamment chez certains cas graves.**
- Le traitement chez l'adulte comporte :
 1. Sulfate d'hydroxy-chloroquine : 200 mg 3 fois/j ou Chloroquine 500 mg 2 fois /j ;
 2. Azithromycine : 500 mg à J1, puis 250 mg/jour de J2 à J7 ;
 3. Vitamines C et D ;
 4. Sulfate de Zinc ;
 5. Antibiothérapie, si signes de surinfections bronchiques ;
 6. Anticoagulants à dose préventive, si alitement ;
 7. Traitement symptomatique, selon l'état clinique du cas.

V. Modalités de prise en charge

1. En ambulatoire :

Sont pris en charge à domicile les cas asymptomatiques ou symptomatiques bénins, **sans aucun facteur de risque**.

Un suivi régulier de l'état de santé doit être assuré par le centre de santé de desserte, afin de détecter précocement tout signe d'aggravation ou effet indésirable du traitement.

Seront orientés systématiquement à l'hôpital, en plus des cas admis d'emblée sévères ou critiques, les cas montrant une aggravation de leur état clinique.

2. En milieu hospitalier :

Sont pris en charge en milieu hospitalier :

- Les cas asymptomatiques ou symptomatiques bénins avec un ou plusieurs facteurs de risque ;
- Les cas modérés, sévères ou critiques ;
- Les cas bénins initialement pris en charge à domicile et dont l'état de santé s'est aggravé.

3. Critères d'admission en soins intensifs et en réanimation :

- **Admission en soins intensifs** : en présence d'un des critères suivants :
 - SpO2 < 92% sans signes d'insuffisance respiratoire sévère ;
 - Patient COVID positif présentant un état clinique nécessitant une surveillance continue (comorbidité décompensée ...).
- **Admission en réanimation** : en présence d'un des critères suivants :
 - Besoin de ventilation invasive ou non invasive (SpO2 < 90% avec signes d'insuffisance respiratoire sévère, SpO2 < 92% sous 8l/min d'O2 ou sous masque haute concentration depuis plus d'une 1 heure, ...) ;
 - Présence d'autres défaillances aiguës mettant en jeu le pronostic vital.

VI. Critères de guérison

- **Pour un cas asymptomatique** : La guérison ne peut être évoquée qu'à l'issue des 07 jours de traitement, sans l'apparition du moindre symptôme évocateur de la maladie ;
- **Pour un cas symptomatique** : La guérison est déclarée à l'issue de la période du traitement de 10 jours, avec absence totale de signes cliniques et apyrexie pendant 3 jours consécutifs.

Gestion des contacts

I. Considérations générales

- La période d'incubation maximale, dans la plupart des cas, est de 14 jours ;
- La durée d'incubation moyenne est de 5 à 6 jours ;
- La durée de contagiosité est d'environ 12 jours ; elle commence 2 jours avant l'apparition du premier symptôme et se termine en moins de 10 jours après. Pour les cas asymptomatiques, cette durée est considérée du 2^{ème} jour avant la date du prélèvement pour diagnostic au 10^{ème} jour après celui-ci ;
- L'investigation dans l'entourage des cas confirmés est une urgence de Santé Publique ;
- Seuls les contacts à risque élevé doivent faire l'objet de mesures d'isolement, de dépistage et de suivi ;
- Les personnes, ayant déjà eu une infection confirmée, par le SARS-CoV-2, au cours des 3 derniers mois, sont exclues de la procédure de gestion des contacts.

II. Contact à risque élevé qui doivent être considérés

- Contact sans protection avec un cas confirmé, en face à face à moins de 1,5 m, pour une durée cumulée d'au moins 15 minutes, par exemple lors d'une conversation ;
- Contact direct et sans protection avec un cas confirmé, en face à face au moment d'une toux ou d'un éternuement, quel que soit la distance ou la durée ;
- Contact physique avec le cas confirmé ;
- Les personnes du même ménage ;
- Les collègues du même bureau de travail, en l'absence de moyens de protection ;
- Les personnes ayant un contact direct avec les sécrétions ou les fluides corporels du cas confirmé ;
- Partage d'un transport collectif, sans protection, pendant plus de 15 min et à moins de 1 mètre (à déterminer si siège disponible sinon seul une investigation approfondie pourra répondre à ce critère) ; pour les taxis et petits véhicules, tous les passagers sont considérés à haut risque ;
- Personnel de santé ayant prodigué des soins à un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats, y compris les ambulanciers ;
- Personnel de laboratoire ayant manipulé des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats.

III. Conduite à tenir

- Isolement à domicile **pendant 10 jours**, à compter de la date du dernier contact avec le cas indexé ;
- Auto-surveillance et test antigénique rapide dès l'apparition d'un signe clinique ;
- Dépistage chez les contacts asymptomatiques, par PCR à J5-6 de la date du dernier contact avec le cas indexé, ou dès identification de celui-ci si cette date ne peut pas être précisée ;

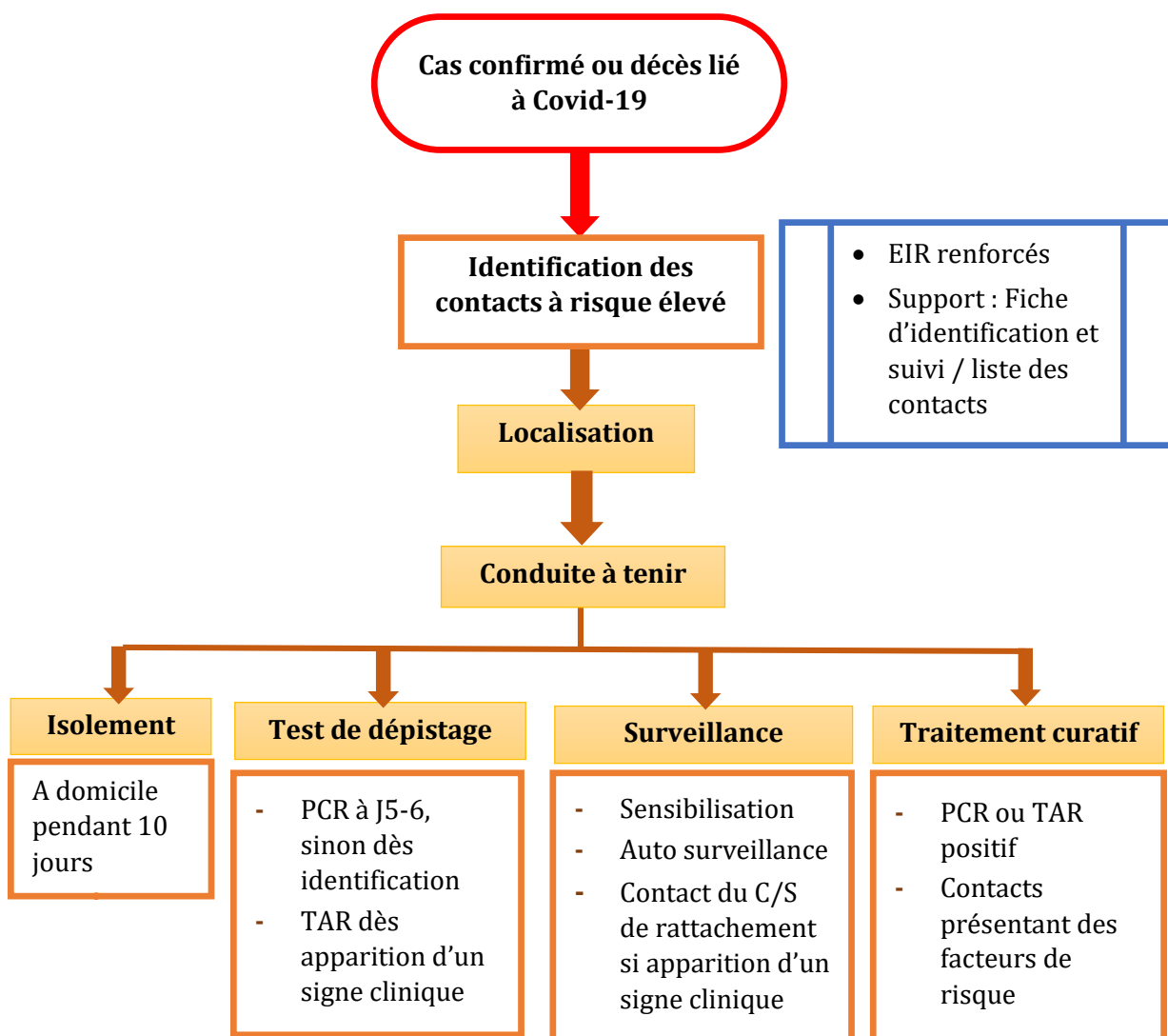
- Traitement prophylactique des contacts avec facteurs de risque ;
- Sensibilisation sur la maladie, le traitement et l'importance du respect de l'isolement et des mesures barrières et d'hygiène.

N.B : la sensibilisation doit concerner l'ensemble des contacts, y compris ceux qui ne sont pas à risque élevé.

IV. Application Wiqaytna

- Cette application de détection des contacts demeure un moyen très utile d'identification des contacts non reconnus en tant que tel par le cas indexé ;
- Les signaux émanant de cette application sont évalués par les EIR selon les mêmes critères de distance et de durée.

Figure 3 : Logigramme d'investigation et de suivi des contacts des cas confirmés Covid-19



Investigation des clusters

I. Définitions

1. **Cluster** : C'est la survenue dans un intervalle de 7 jours d'au moins 3 cas confirmés, appartenant à une même communauté ou ayant participé à un même rassemblement de personnes.
2. **Chaîne de transmission** : est définie par les 3 critères suivants :
 - Identification d'au moins 3 cas successifs : un à un ou bien un cas puis 2 autres ;
 - Au moins un cas est confirmé ;
 - Chronologie cohérente avec une transmission du virus entre les cas (délai entre 2 cas d'environ 4 à 7 jours : délai habituellement observé entre la survenue de 2 générations de cas).
3. **Cluster clôturé** : en présence des 2 critères suivants :
 - Aucun nouveau cas n'a été rapporté après le délai de 14 jours depuis la date de début des signes du dernier cas rattaché au cluster (ou de prélèvement s'il s'agissait d'un cas asymptomatique) ;
 - Tous les contacts ont terminé la période d'isolement.
4. **Cluster non maîtrisé** : est défini par un des critères suivants :
 - Pas de diminution du nombre de nouveaux cas confirmés ;
 - Augmentation du nombre de contacts et difficulté de leur isolement ;
 - Persistance de chaînes de transmission non identifiées.

II. Evaluation du niveau de criticité de propagation de la COVID-19 au niveau d'une collectivité, milieu professionnel, universitaire, etc.

Dès la confirmation du signal, une investigation active doit être menée pour définir le niveau de criticité de propagation de la COVID-19 au sein de la communauté :

Critères	A	B	C
Proportion/nombre de cas confirmés	< 0,5 % sans dépasser 4 cas	[0,5-1%[sans dépasser 10 cas	>1 % et/ou plus de 10 cas
Nombre de chaînes de transmission	1	2	≥3
Cas sévères ou critiques	0	≤4	≥5
Décès	0	0	1 ou plus
Délai de découverte du premier cas	≤ 7 jours	8-14 jours	> 14 jours
	Risque faible	Risque modéré	Risque élevé
	Si uniquement des critères A	Si un des critères B	Si un des critères C

III. Riposte

1. Systématiquement :

- Gestion des cas selon les procédures en vigueur ;
- Investigation et dépistage, ciblé ou large selon les résultats de l'investigation ;
- Gestion des contacts selon les procédures en vigueur ;
- Analyse de l'évolution et du niveau de maîtrise du cluster ;
- Renforcement des mesures d'hygiène ;
- Surveillance active jusqu'à clôture de cluster.

2. Selon le niveau du risque :

- La réponse doit être coordonnée avec l'autorité locale et les différents intervenants
- La non maîtrise d'un cluster doit être signalée sans délais ;
- **À titre indicatif, au niveau universitaire :**

Risque faible	Risque modéré	Risque élevé
Mesures générales	• Mesures générales + • Suspension des cours en présentiel pour les groupes en contact pendant 10 jours	• Mesures générales + • Suspension des cours en présentiel pour tout l'établissement pendant 10 jours

Indications et interprétation des différents tests

Tests	Résultats attendus	Population	Période de positivité	Signification d'un résultat positif	Signification d'un résultat négatif
Tests moléculaires	Confirmation du diagnostic	Cas suspects	7 à 8 jours après l'exposition au virus jusqu'à 7 jrs après l'apparition des 1 ^{ers} symptômes (voire 3 mois)	Présence d'une infection au SARS-CoV-2	- Absence de l'infection au moment du prélèvement - Faux négatif : test réalisé trop précocement, faible charge virale, qualité du prélèvement...
	Contrôle de la transmission	Personnes asymptomatiques ayant un contact rapproché avec un cas confirmé			
	Dépistage	Personnes asymptomatiques et hors contexte d'exposition		Présence d'une infection au SARS-COV-2 ; ou bien	
	Etude (Intérêt de santé publique)	Population générale, ou groupes spécifiques		Infection au cours des 3 derniers mois	
Tests antigéniques	Confirmation du diagnostic	Cas suspects	Premiers 4 jrs de la phase symptomatique	Présence d'une infection au SARS-CoV-2	- Absence de l'infection au moment du prélèvement - Faux négatif : faible concentration d'antigènes, qualité du prélèvement...
Tests sérologiques	Rattrapage diagnostique	Patients hospitalisés avec un tableau clinique grave, mais dont le test moléculaire est négatif	IgM : de 7 à 10 jrs après l'apparition des 1 ^{ers} symptômes jusqu'à 6 semaines	Histoire d'exposition au virus	- Absence d'infection - Infection sans séroconversion - Infection avec disparition des anticorps
	Etude (Intérêt de santé publique)	Population générale, ou groupes spécifiques	IgG : de 14 ^{ème} jr après l'apparition des 1 ^{ers} symptômes jusqu'à ?? (durée inconnue)		