



COVID-19



WEAR A MASK



STAY 6 FEET APART



AVOID CROWDS



GET A VACCINE

Recommandations sur l'identification des cas suspects de COVID-19 chez le personnel soignant et les patients hospitalisés

Updated Mar. 12, 2021

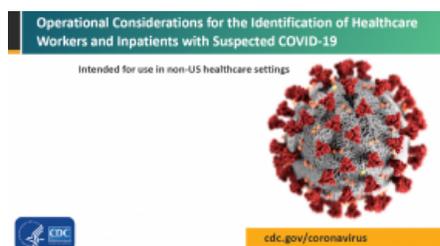
[Print](#)

Les Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) travaillent en étroite collaboration avec des partenaires internationaux pour lutter contre la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19). Les CDC fournissent une assistance technique pour aider d'autres pays à accroître leur capacité à prévenir, détecter et répondre aux menaces sanitaires, y compris le COVID-19.

Ce document est distribué par les CDC en collaboration avec l'OMS et destiné aux structures sanitaires en dehors des États-Unis.

Diapositives de formation

Ce diaporama sert de référence au contenu de cette page et peut être utilisé pour la formation



1. Vue d'ensemble

Ce document fournit des conseils sur l'identification ou le dépistage du PS^[1], et des patients hospitalisés et suspectés de COVID-19. Les raisons, les exigences et les considérations seront examinées pour trois grandes stratégies d'identification des cas :

- **Stratégies passives**: Les signalements/alertes sont initiés par la source de données (par exemple, un membre du personnel soignant ou un clinicien traitant) en fonction d'un ensemble de règles ou de règlements connus.
- **Stratégies passives améliorées**: Les signalements/alertes sont initiés par la source de données et assortis d'un mécanisme supplémentaire pour déclencher la collecte, l'examen et/ou le signalement des données.
- **Stratégies actives**: Les signalements/alertes sont initiés par l'autorité sanitaire centralisée (par exemple, le Ministère de la santé, l'intervenant dédié à la prévention des infections, l'administration de l'établissement) selon un ensemble de règles ou de règlements connus.

En appui de ces stratégies, ce document fournit une première discussion sur l'importance de définir les signes/symptômes des personnes atteintes de COVID-19, les meilleures pratiques générales et les capacités de surveillance.

2. Signes et symptômes indicatifs du COVID-19

L'incertitude demeure quant à la définition d'un ensemble généralisable de signes et symptômes indicatifs du COVID-19. Au mieux, les preuves actuelles suggèrent une variabilité substantielle allant de légère à sévère et basée sur des facteurs propres au patient qui ne sont que partiellement décrits. Les signes et symptômes les plus fréquemment rapportés dans la littérature actuelle sont les suivants :

- Fièvre
- Toux
- Difficultés respiratoires

Cependant, d'autres symptômes non spécifiques ou atypiques sont également présents :

- Maux de gorge
- Diarrhée
- Myalgie (douleurs musculaires, courbatures)
- Fatigue

De plus, les patients âgés peuvent présenter des symptômes différents de ceux des populations plus jeunes.

Compte tenu de ces limites, les établissements doivent définir un ensemble normalisé de signes et de symptômes (par exemple, fièvre et/ou toux/essoufflement) pour dépister le PS et les patients en cas de suspicion de COVID-19. Un niveau élevé de suspicion est essentiel pour garantir que les cas ne passent pas inaperçus en raison de la proportion probablement importante de patients et de membres du personnel soignant présentant des symptômes atypiques ou minimes.

3. Meilleures pratiques générales

Outre la mise en place d'une stratégie spécifique pour l'identification des cas suspects de COVID-19, il existe des meilleures pratiques générales qui améliorent le dépistage du COVID-19 chez le personnel soignant et les patients hospitalisés. Citons les exemples suivants :

Former et éduquer le personnel soignant

- Fournir au personnel soignant une éducation et une formation spécifiques à l'emploi ou à la tâche, y compris une formation d'appoint sur l'identification et la prévention de la transmission d'agents infectieux
- Veiller à ce que le personnel soignant ait été éduqué, formé et ait pratiqué l'utilisation appropriée des équipements de protection individuelle (EPI) avant les soins aux patients
- Fournir des mémos et des documents de référence à jour
- Encourager et soutenir un indice élevé de suspicion chez le personnel soignant concernant les cas suspectés de COVID-19

Surveiller et gérer le personnel de santé malade et exposé

- Les établissements et organisations de santé doivent mettre en œuvre à l'intention du personnel soignant des politiques de congé maladie non punitives, flexibles et conformes aux directives de santé publique
- Les décisions relatives aux déplacements et à la surveillance du personnel soignant exposé au COVID-19 doivent être prises en consultation avec les autorités de santé publique

Établir des rapports pour les établissements de santé en interne et en externe ainsi qu'à destination des autorités de santé publique

- Mettre en œuvre des mécanismes et des politiques qui favorisent la connaissance de la situation par le personnel de l'établissement concernant les patients suspects ou positifs au COVID-19 et les plans d'intervention de l'établissement, parmi lesquels :
 - Contrôle de l'infection
 - Épidémiologie des soins de santé

- Direction de l'établissement
- Santé au travail
- Laboratoire clinique
- Personnel en première ligne
- Communiquer et collaborer avec les autorités de santé publique
- Communiquer les informations relatives aux patients suspects ou positifs au COVID-19 au personnel approprié avant de les transférer vers d'autres services de l'établissement ou d'autres établissements de santé

4. Capacités de surveillance

La surveillance en établissement des infections associées aux soins, y compris les infections chez le personnel soignant et les patients hospitalisés, est l'un des huit éléments fondamentaux de l'OMS pour la prévention et le contrôle des infections. Bien que la surveillance soit un élément essentiel de la fourniture de soins sans danger, il est important de reconnaître qu'elle nécessite une expertise, des données de qualité et un programme établi de prévention et de contrôle des infections et qu'elle peut mettre un certain temps avant d'être mise en place[2]. C'est pourquoi, lors des interventions d'urgence en santé publique, les établissements de santé sont encouragés à mettre en place, dans un premier temps, un système de recherche (surveillance) des cas suspects de COVID-19 dans les établissements compatible avec les capacités de surveillance existantes.

La capacité de surveillance des établissements de santé varie considérablement, même au sein des systèmes de santé. Une évaluation réaliste des capacités peut permettre d'identifier la meilleure stratégie pour un contexte donné. Une description générale des capacités de surveillance sur la base des activités de surveillance existantes des IAS est fournie à titre indicatif.

Capacité de surveillance	Définitions/méthodes standardisées des cas d'IAS	Personnel de surveillance dédié	Données disponibles/accessibles au niveau du patient
Élevé: Les ressources nécessaires aux entretiens détaillés avec les patients et/ou à l'examen des dossiers sont	OUI	OUI	OUI

facilement accessibles			
Moyen: Une certaine expérience de la collecte de données standardisées avec une disponibilité limitée du personnel et des données	OUI	PARTIELLE	PARTIELLE
Faible à très faible: Peu ou pas d'expérience dans la collecte de données standardisées au niveau des patients, disponibilité limitée du personnel et des données à réaffecter aux activités de recherche de cas	PARTIELLE	NON	NON

5. Identification des cas suspects de COVID-19 chez le personnel de santé

Objectif : Prévenir l'exposition des patients et du personnel hospitalier à risque au personnel soignant positif au COVID-19.

Stratégie passive

L'ensemble du personnel soignant doit s'auto-évaluer à la recherche de fièvre ou d'un ensemble défini de symptômes récents indicatifs du COVID-19. En cas de fièvre ou de symptômes respiratoires, le personnel soignant :

- Doit se

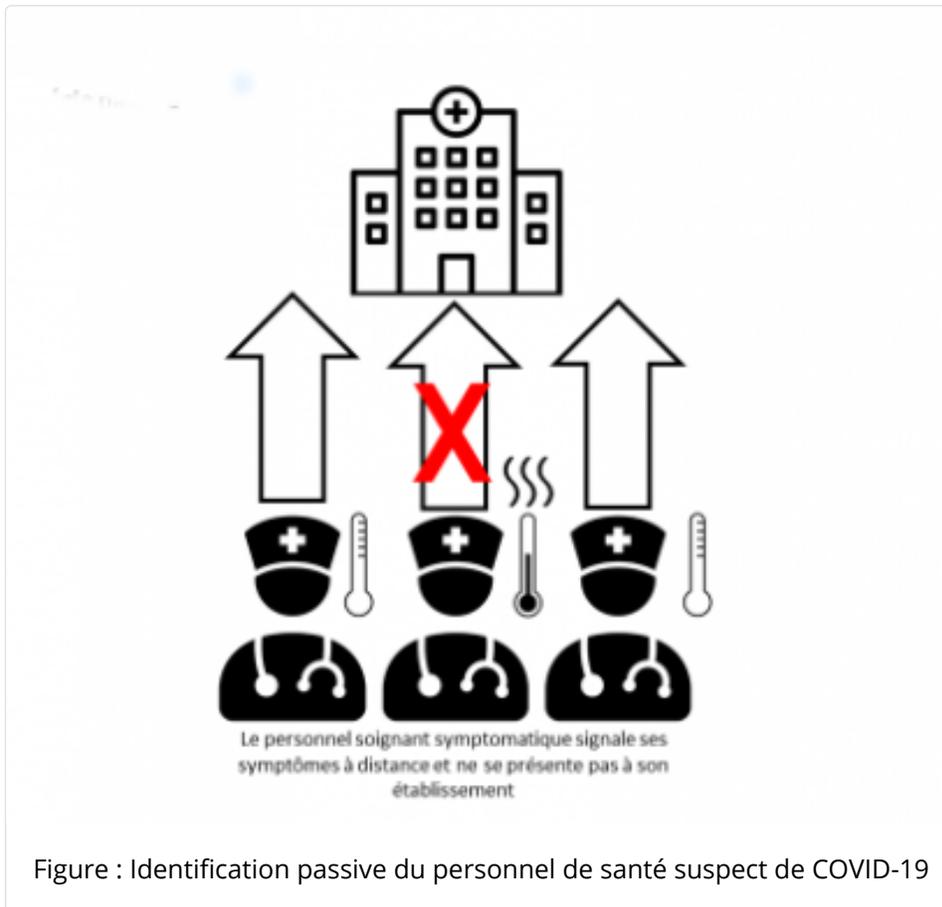


Figure : Identification passive du personnel de santé suspect de COVID-19

signaler à distance

- Ne doit pas se présenter sur son lieu de travail
- Doit faire l'objet d'une évaluation médicale immédiate et de mesures de suivi

Justifications :

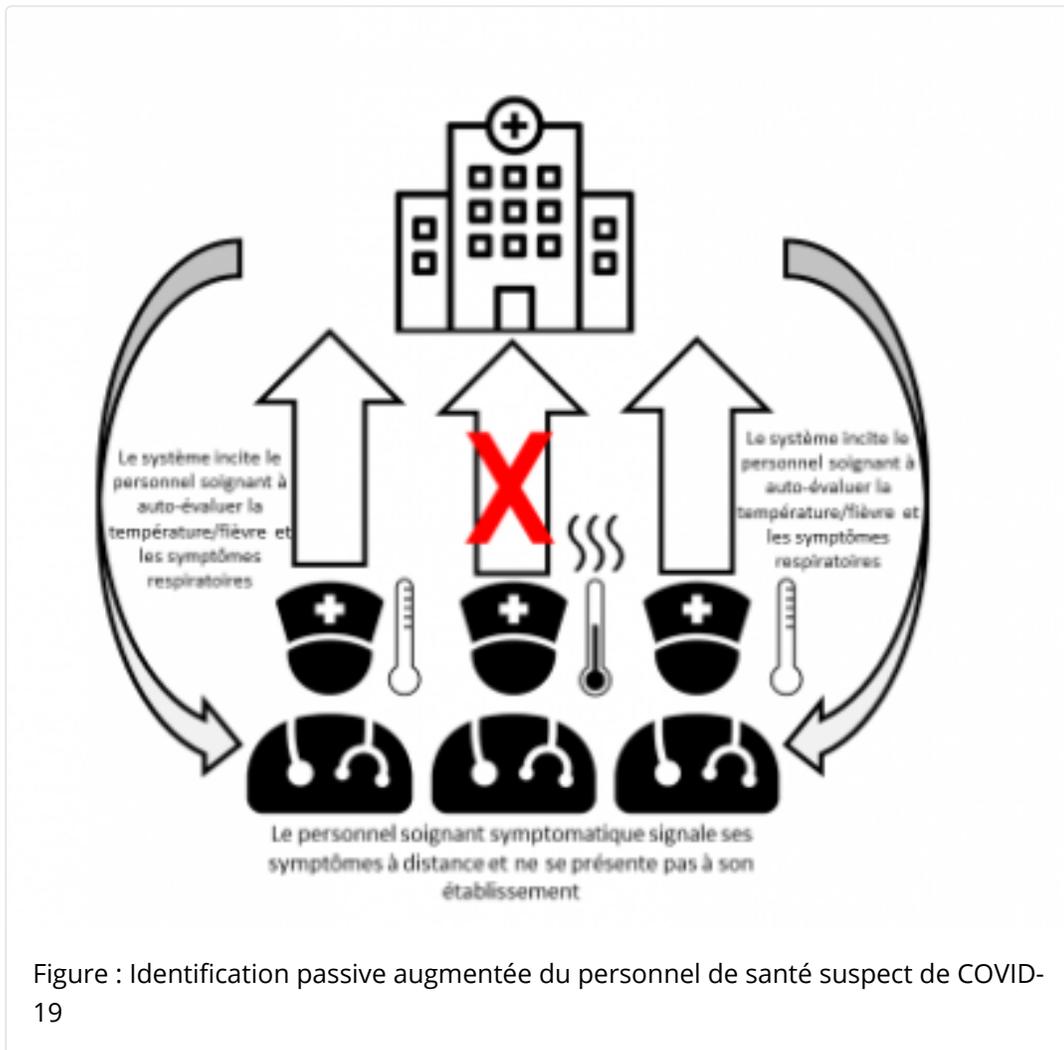
Établit des mécanismes pour l'identification du personnel soignant ayant une probabilité accrue d'infection avec un minimum de ressources.

Exigences :

- Liste des symptômes et thermomètre pour l'autoévaluation.
 - Personnel et mécanisme (par exemple, ligne téléphonique) pour le signalement à distance de fièvre et/ou de la présence de symptômes indicatifs du COVID-19. Idéalement, ce système doit toujours être disponible pour une évaluation médicale rapide.⁵
 - Algorithmes de décision en réponse aux signalements du personnel soignant et aux résultats de l'évaluation secondaire.
 - Formulaires standardisés d'évaluation médicale et de suivi des déplacements.

Considérations :

- L'adhésion dépend fortement de la motivation du personnel soignant et d'une autoévaluation appropriée des risques.
- Peut entraîner une réduction des effectifs, en particulier dans certaines catégories critiques de personnel.
- L'octroi de congés maladie payés/d'une indemnisation pour l'ensemble du personnel soignant non autorisé à travailler est souvent essentielle, ce qui nécessite des ressources importantes.



Stratégie passive améliorée

En plus de la stratégie passive, cette stratégie établit un plan pour rappeler ou inciter le personnel à s'autoévaluer à la recherche de symptômes indicatifs du COVID-19. Les méthodes de rappel les plus courantes sont les SMS ou les appels téléphoniques automatisés.

Justifications :

Il est prouvé que l'utilisation de simples rappels automatiques permet d'accroître l'adhésion.

Exigences :

- Toutes les exigences relatives à la *stratégie passive*
- Système automatisé (par exemple, envoi groupé de SMS) ou manuel (messagerie directe ou appels téléphoniques) permettant de contacter le personnel soignant pour l'autoévaluation

Exigences (système automatisé):

- - Service d'envoi groupé de SMS permettant l'envoi simultané de SMS à un ou plusieurs groupes de personnes. Les services d'envoi groupé de SMS sont parfois fournis par des prestataires indépendants ou, dans certains cas, par les opérateurs mobiles.
- Base de données de contacts (c.-à-d. personnel soignant sous surveillance). En plus du numéro de contact, les champs de la base de données peuvent inclure le nom, le poste, l'unité/le service et la date de fin de la surveillance.
- Un SMS groupé efficace et informatif, incluant la fréquence d'envoi des messages, le moment de l'envoi et l'interactivité des interventions⁶.

Exigences (système manuel) :

- Base de données de contacts (c.-à-d. personnel soignant sous surveillance). En raison de l'effort requis dans les systèmes manuels, cette base de données doit être soigneusement ciblée pour minimiser la charge de travail et maximiser les bénéfices. Les considérations pour le ciblage peuvent inclure les personnes suivantes :
- Personnel soignant ayant une exposition documentée au COVID-19
- Personnel soignant en contact avec une population à haut risque de complication liées au COVID-19
- Personnel disponible pour contacter le personnel soignant sous surveillance et envoyer des rappels.
- Ligne téléphonique et crédit téléphonique pour les messages et/ou les appels.

Considérations :

- Identique à la *stratégie passive*
- Un financement peut être nécessaire pour l'envoi groupé de SMS

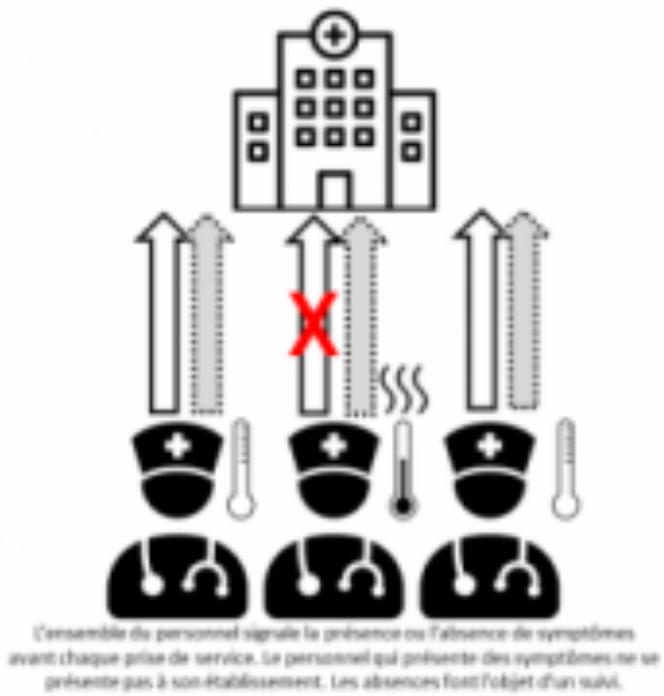
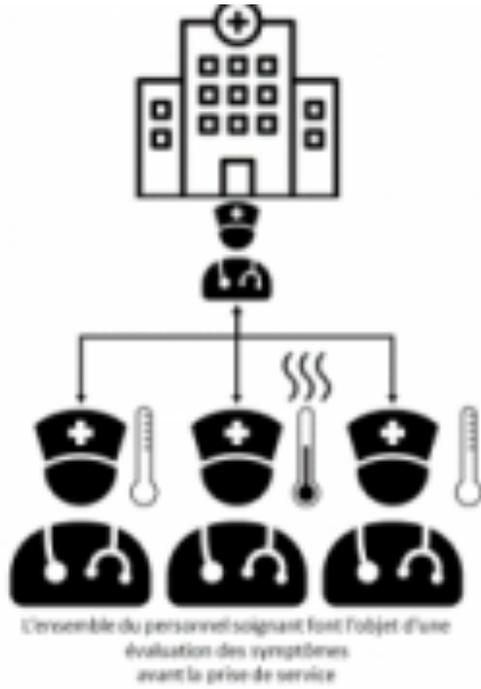


Figure: identification active des professionnels de la santé suspectés de COVID-19

Stratégie active

Tous les travailleurs de la santé se présentent pour une évaluation en personne des symptômes et de la fièvre avant chaque prise de service. Si des symptômes indicatifs du COVID-19 sont signalés ou observés, le personnel soignant doit bénéficier de mesures de suivi immédiates.

Stratégie active à distance

L'ensemble du personnel soignant signale à distance (par téléphone ou SMS) l'absence ou la présence de symptômes indicatifs du COVID-19 chaque jour. Le personnel qui signale ou non des symptômes fait l'objet d'un suivi.

Justifications :

Bien qu'il existe peu de preuves concernant le bénéfice d'une surveillance active du personnel soignant, les stratégies actives entraîneront théoriquement une plus grande adhésion du personnel soignant à l'autoévaluation des symptômes ce qui contribue à améliorer la protection des patients.

Exigences (stratégie active en personne) :

- Toutes les exigences relatives à la *stratégie passive*
- Personnel dédié pour évaluer le personnel soignant avant la prise de service (surveillance active) ou pour répondre et surveiller les signalements du personnel soignant
- Mise à disposition d'un espace physique pour les évaluations du personnel dans le respect des distances physiques (c'est-à-dire au moins un mètre selon les recommandations de l'OMS (le CDC préconise une distance d'au moins 6 pieds (1,8 mètre)) équipé de stations d'hygiène des mains appropriées (savon et eau courante, ou gel hydroalcoolique)
- Thermomètres sans contact
- Plan de mise en œuvre comprenant une méthode pour garantir la présence du personnel à un endroit donné pour l'évaluation avant la prise de service
- Système de responsabilisation garantissant l'évaluation de l'ensemble du personnel soignant (par exemple, signature d'une fiche de travail)

Exigences (stratégie active à distance) :

- Toutes les exigences relatives à la stratégie passive

- Système de responsabilisation permettant de s'assurer que l'ensemble du personnel soignant se signale à distance avant la prise de service

Considérations :

- Identiques à la stratégie passive.
- La surveillance active du personnel soignant peut nécessiter beaucoup de ressources. Les preuves d'une efficacité accrue dans la prévention de la transmission nosocomiale au-delà des stratégies passives sont limitées.
- L'acceptation par le personnel peut être limitée par la perception d'une méfiance dans la capacité à surveiller et à signaler les symptômes de manière appropriée.
- Une surveillance active peut réduire la probabilité que le personnel soignant surveille de lui-même les signes et les symptômes. Idéalement, le personnel soignant vérifie lui-même sa température et ses symptômes et ne se présente pas si ce n'est pas indiqué. Toute action diminuant l'autosurveillance doit être mise en œuvre avec prudence.
- Pour réduire la charge de travail et à la condition que les responsabilités puissent être maintenues, les tâches suivantes peuvent être déléguées aux superviseurs d'unité/de niveau intermédiaire (par exemple, personnel infirmier en chef, chefs de département) :
 - Réception des signalements de symptômes/température
 - Surveillance du personnel pour la *stratégie active à distance*

6. Identification des patients hospitalisés suspects de COVID-19

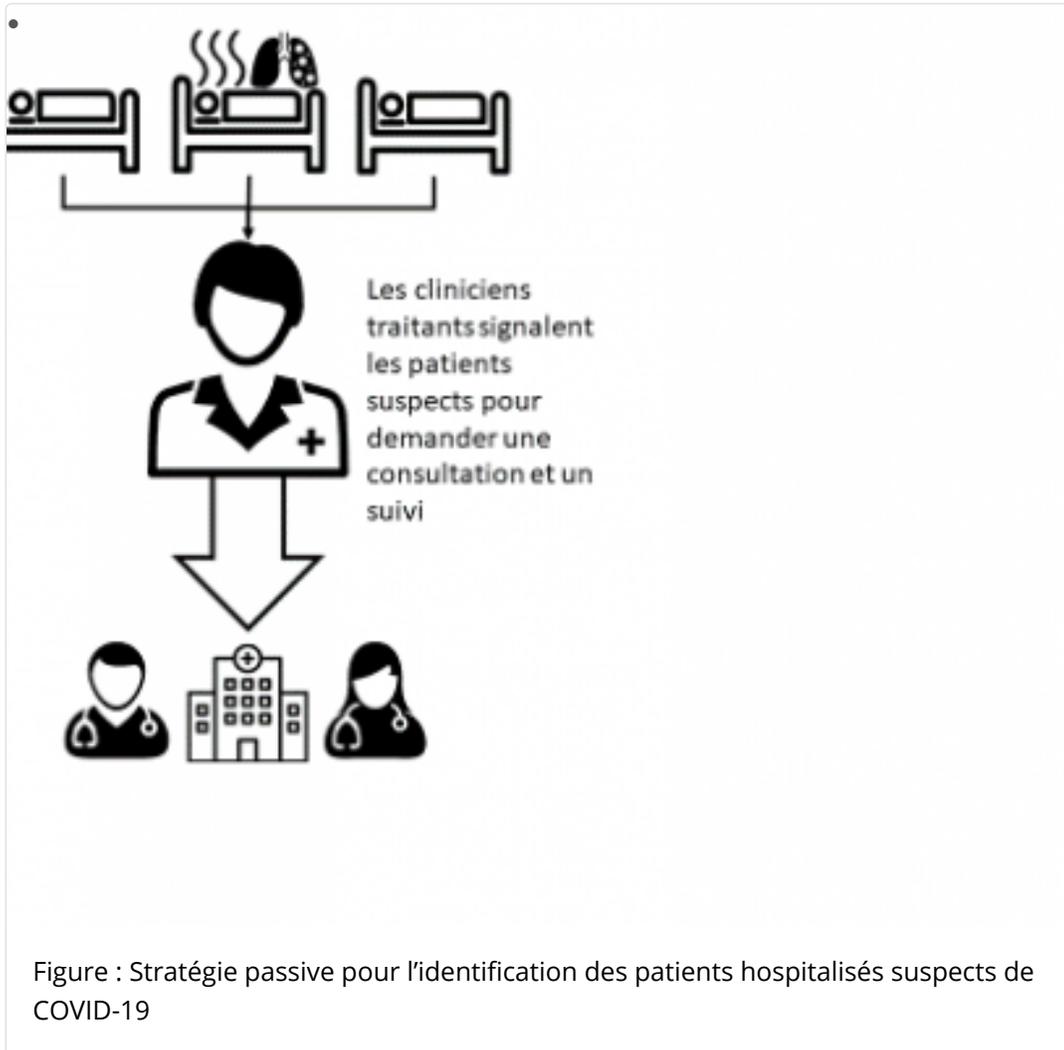
Le développement d'une infection respiratoire aiguë et pneumonie associée aux soins de santé sont des complications fréquentes de l'hospitalisation. Cependant, il est important que les cliniciens maintiennent un niveau élevé de suspicion de COVID-19 lorsqu'il existe une présentation compatible. Étant donné que les établissements de santé rassemblent souvent des personnes à haut risque d'infection et d'événements indésirables, le potentiel d'épidémie et de préjudice pour les patients exige de réaliser des efforts particulier pour garantir l'identification des cas de COVID-19 chez les patients hospitalisés.

L'objectif de l'identification des patients hospitalisés suspects de COVID-19 est de guider les stratégies de prévention et de contrôle des infections et prévenir la transmission dans les structures sanitaires. Voir les directives provisoires de l'OMS [ici](#) .

Stratégie passive :

Les cliniciens sont régulièrement tenus informé(s)⁸ sur les points suivants :

- Définitions de cas de COVID-19 actuelles



Dernière description de la présentation clinique de COVID-19

- Épidémiologie locale pertinente, y compris les groupes à risque et l'association avec les voyages ou la zone de résidence
- Triage des admissions COVID-19 dans l'établissement et pratiques de cohorte

Les cliniciens doivent également être informés des mesures à prendre en cas de suspicion de COVID-19 chez un patient hospitalisé, notamment les précautions d'isolement, l'utilisation d'EPI, le signalement au personnel de prévention et de contrôle des infections de l'établissement et des autorités de santé publique, et la manière d'obtenir des tests, le cas échéant

Niveau de capacité de surveillance recommandé :

Applicable à tous les niveaux de capacité de surveillance des IAS (c.-à-d. très faible à élevée)

Justifications :

Perturbation minimale de la pratique clinique existante et aucune nécessité de recueillir des données normalisées ni de remplir des formulaires. Cette stratégie vise à encourager la reconnaissance et le signalement par des *cliniciens avisés*.

Exigences :

- Matériel pédagogique et mémos à jour fournis et accessibles aux cliniciens
- Définitions de cas de COVID-19 actuelles⁹
- Procédures opérationnelles standard (POS) pour la réponse aux cas suspects identifiés (par exemple, isolement, cohorte, EPI). Voir les orientations provisoires de l'OMS ([ici](#) ) pour connaître les recommandations à suivre
- Voies de communication et de signalement acceptables pour l'administration hospitalière et les autorités de santé publique

Considérations :

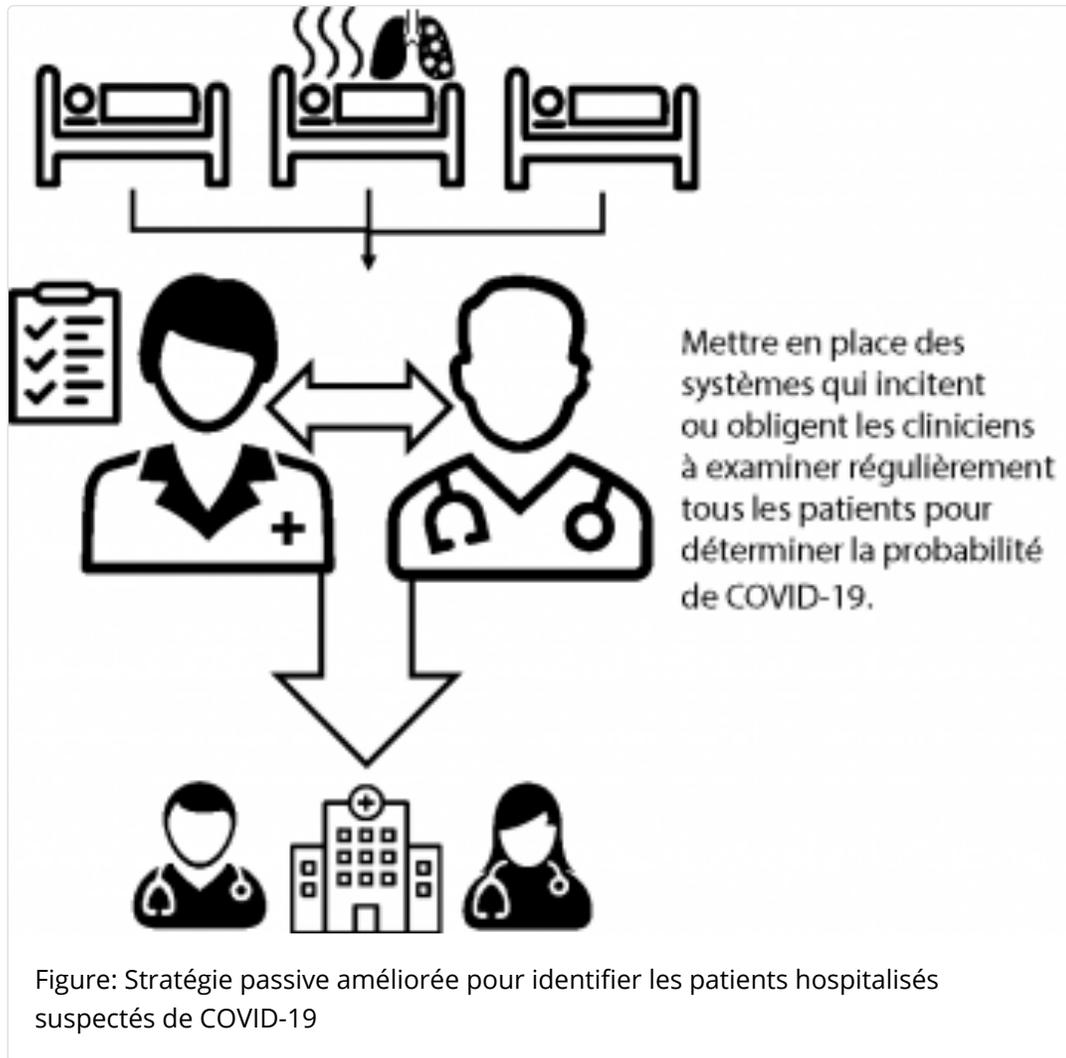
- Cette stratégie dépend de la participation et des compétences des cliniciens disponibles ainsi que de la compréhension de l'épidémiologie locale et de la présentation clinique du COVID-19, qui peut varier selon les populations.
- L'accès limité, voire inexistant, aux tests viraux complique son exécution, la stratégie la plus conservatrice étant de traiter tous les cas suspects comme des cas confirmés (détermination empirique des cas), ce qui pourrait entraîner un gaspillage de ressources et, si les cas sont cohortés, le mélange de patients positifs et négatifs pendant de longues périodes.
 - Le degré de gaspillage des ressources et le mélange de patients dépendront de la précision de la détermination empirique des cas.
 - Encourager la détermination empirique des cas par la formation des cliniciens et des mémos (tel que décrit) peut contribuer à améliorer la précision du diagnostic clinique de COVID-19.

Stratégie passive améliorée :

La stratégie passive peut être améliorée en établissant des systèmes qui incitent ou obligent les cliniciens à examiner régulièrement tous les patients quant à leur probabilité de contracter le COVID-19. Voici des exemples de stratégies passives améliorées :

- Intégration de la prise en compte du COVID-19 dans les rapports de sortie
- Obligation pour les unités de fournir une liste quotidienne des cas suspects établie par les cliniciens, y compris en l'absence de cas
- Demande quotidienne spécifique aux cliniciens de signaler et de discuter des patients rencontrés présentant des symptômes/antécédents indicatifs du COVID-19

Niveau de capacité de surveillance recommandé :



Applicable à la plupart des niveaux de capacité de surveillance des IAS (très faible à élevée)

Justifications :

Le dialogue et la responsabilisation en matière de recherche et de notification des cas peuvent améliorer la détermination empirique des cas, garantir que des évaluations de patients n'ont pas été oubliées et à éviter la complaisance des cliniciens sur le long terme

Exigences :

- Toutes les exigences relatives à la *stratégie passive*
- Stratégie pour inciter et/ou assurer l'examen par le clinicien : les exigences dépendront de la stratégie choisie

Considérations :

- Les stratégies efficaces seront spécifiques au contexte, ce qui nécessitera une

réflexion et des efforts pour leur conception et leur mise en œuvre

- Les changements possibles dans la pratique actuelle peuvent limiter l'adhésion

Stratégie active :

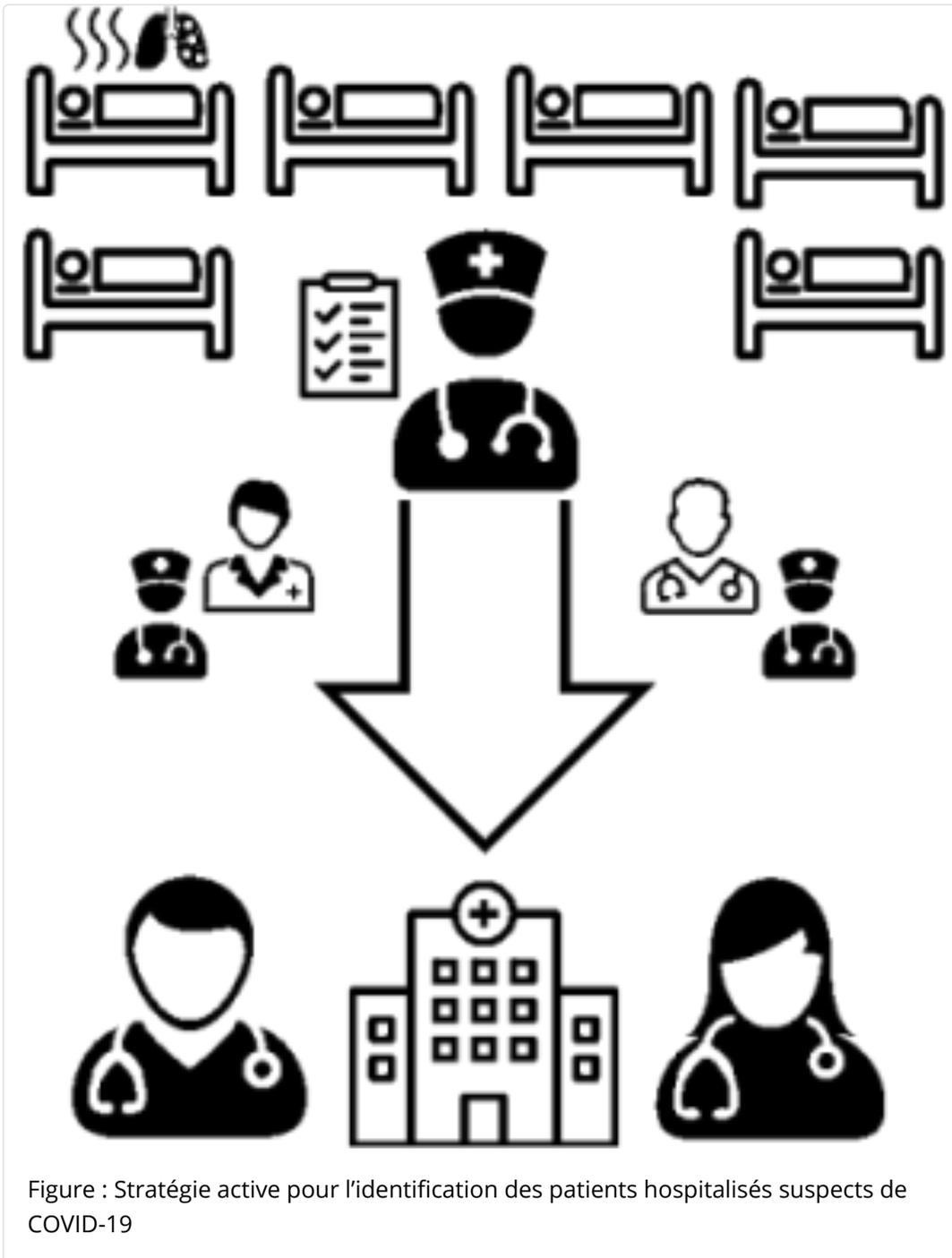


Figure : Stratégie active pour l'identification des patients hospitalisés suspects de COVID-19

L'identification active des cas implique la collecte ciblée de données et l'examen des informations sur les patients par des groupes spécifiquement responsables de l'identification des cas suspects de COVID-19. Voici quelques exemples de groupes responsables de l'identification des cas et de l'identification active des cas :

- Ministère de la Santé
- Autorités infranationales/locales de santé publique
- Équipes de prévention et de contrôle des infections de l'établissement

Niveau de capacité de surveillance recommandé :

Capacité de surveillance existante élevée ou capacité moyenne avec mise à disposition de ressources supplémentaires

Justifications :

Une équipe plus réduite et plus centralisée, chargée d'identifier les cas, peut améliorer la qualité globale grâce à une formation spécifique, un engagement accru, la limitation des objectifs concurrents et la normalisation des méthodes

Exigences :

- Équipe ayant accès aux informations et ayant les ressources et l'expérience nécessaires à l'examen systématique des informations sur les patients afin d'appliquer correctement les définitions standardisées des cas suspects
- Groupe(s) ayant la disponibilité et la responsabilité de la collecte de données, de leur analyse/présentation et du partage d'informations
- Groupe(s) ayant la disponibilité et la responsabilité de l'examen des informations de recherche de cas avec l'autorité et la volonté de prendre les mesures appropriées

Considérations :

- Très gourmande en ressources
- Il peut être difficile de constituer des équipes possédant les compétences requises en cas d'épidémie
- Sépare la recherche de cas des soins aux patients, ce qui peut réduire l'adhésion et la durabilité de l'impact
- La valeur de la recherche active de cas de patients hospitalisés, en particulier dans le contexte de tests viraux limités, doit être soigneusement étudiée

7. Définitions des cas

CONSULTER LE SITE DE L'OMS [ICI](#) CONCERNANT LA SURVEILLANCE ACTUELLE DU COVID-19 ET LES DÉFINITIONS DES CAS

Définitions des cas suspects

Définitions des cas suspects		
A. Symptômes + antécédents de voyage	B. Symptômes + lien épidémiologique	C. Symptômes graves
<p>Un patient présentant TOUS les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> maladie respiratoire aiguë sévère aucune autre étiologie qui explique pleinement la présentation clinique un historique de voyage ou de résidence dans un pays, une zone ou un territoire ayant signalé une transmission locale du COVID-19 au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes 	<p>Un patient présentant TOUS les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> toute maladie respiratoire aiguë sévère contact d'un cas confirmé ou probable de COVID-19 au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes 	<p>Un patient présentant TOUS les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> infection respiratoire aiguë sévère nécessite une hospitalisation aucune autre étiologie qui explique pleinement la présentation clinique

Reportez-vous à la page Web suivante : [https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-for-human-infection-with-novel-coronavirus-(2019-ncov))  pour en savoir plus.

Définition du cas confirmé

À l'heure actuelle, un cas confirmé désigne une personne présentant une infection de COVID-19 confirmée en laboratoire, quels que soient les signes et symptômes cliniques.

Considérations

- Si les tests ne sont pas disponibles ou sont très limités, le nombre de cas confirmés ne reflétera pas la charge de morbidité réelle. Dans cette situation, il convient de faire preuve de prudence dans l'utilisation du nombre de cas pour la prise de décision.
- La définition de cas suspect C. (symptômes graves) s'applique à la recherche de cas hospitalisés mais peut révéler une proportion importante de faux positifs. Lorsque les tests viraux sont limités, en particulier, l'évaluation des antécédents de voyage et des liens/contacts épidémiologiques peut être utile.

Remerciements

Le CDC tient à remercier April Baller, MD, responsable de la prévention et du contrôle des infections du Programme d'urgence sanitaire mondial et Maria Clara Padoveze RN, PhD, responsable technique de l'unité de prévention et de contrôle des infections de l'Organisation mondiale de la santé.

Notes de bas de page

^[1] L'expression « personnel soignant » désigne toutes les personnes dont l'activité principale consiste à améliorer l'état de santé des patients. Ces personnes fournissent des services médicaux (comme les médecins, les soignants, les pharmaciens et les techniciens de laboratoire), ou assurent la prise en charge des patients (comme les comptables, les cuisiniers, les chauffeurs et les agents d'entretien).

^[2] Furukawa NW, Brooks JT, Sobel J. Evidence supporting transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 while presymptomatic or asymptomatic. *Emerg Infect Dis.* 2020 Jul [Aug 2020]. <https://doi.org/10.3201/eid2607.201595> 

^[3] Le personnel de surveillance dédié surveille les IAS dans le cadre régulier des tâches qui lui sont attribuées

^[4] Dans certains cas, le signalement des symptômes à distance peut induire des frais pour le personnel soignant qui limitent l'observance. Tous les frais de surveillance à sa charge doivent être pris en compte dans la planification de la mise en œuvre.

^[5] Hall, Amanda K., Heather Cole-Lewis, and Jay M. Bernhardt. "Mobile Text Messaging for Health: A Systematic Review of Reviews." [In eng]. *Évaluation annuelle de la santé publique* 36 (2015): 393-415. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122855> 

^[6] Les méthodes d'information sur le COVID-19 peuvent comprendre des formations dédiées, des services internes, des conférences pédagogiques, des aide-mémoires, des sites Web et des exposés écrits

Last Updated Mar. 12, 2021

Content source: [National Center for Immunization and Respiratory Diseases \(NCIRD\), Division of Viral Diseases](#)