

COVID-19 : Définitions et conduite à tenir

Ce présent document révisé et complète les définitions et conduites à tenir devant un cas suspect, un cas sous-investigation, un cas probable, un cas confirmé, et un contact étroit d'un cas confirmé ou probable ainsi que les indications du prélèvement **nasopharyngé pour les analyses de laboratoire par un test RT-PCR** à la recherche du SARS-CoV-2¹, les indications des Tests de Diagnostic Rapides à Antigène (TDR) ainsi que les indications de la quarantaine, de l'isolement et de la levée de l'isolement des patients COVID-19².

I. Symptômes et signes évocateurs de la COVID-19 dans une démarche diagnostique :

La présentation clinique typique est celle d'un syndrome grippal. Les symptômes décrits comprennent :

Signes majeurs :

- ✓ **Des signes respiratoires** : détresse respiratoire aiguë, toux sèche, dyspnée, difficultés respiratoires, oppression thoracique, douleurs thoraciques, brûlures rétro-sternales.
- ✓ **Une fièvre**
- ✓ **Des frissons**
- ✓ **Une asthénie, une fatigabilité**
- ✓ **Des céphalées**
- ✓ **Des arthromyalgies**
- ✓ **Une anosmie sans obstruction nasale**
- ✓ **Une agueusie**

Autres signes :

- ✓ Une diarrhée
- ✓ Une sécheresse de la gorge
- ✓ Une rhinorrhée
- ✓ Des douleurs abdominales
- ✓ Des nausées et des vomissements
- ✓ Un exanthème
- ✓ Une conjonctivite
- ✓ Un syndrome d'inflammation systémique (Kawasaki-like) chez les enfants et les adolescents.

L'absence de ces signes n'élimine pas l'infection en présence d'une forte **suspicion clinique et épidémiologique** par ailleurs.

Chez le sujet âgé la symptomatologie peut être atypique. Elle peut associer confusion et altération de l'état général même en l'absence de fièvre.

¹L'appellation SARS-CoV-2 (pour *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) est utilisée pour désigner le nouveau coronavirus,

²Le terme COVID-19 (pour *Coronavirus Disease 2019*) désigne l'infection causée par ce virus.

II. Les définitions :

A. Définitions de cas COVID-19 à des fins de surveillance, d'investigation et d'intervention :

La définition du cas est susceptible d'évoluer selon l'évolution de l'épidémie et des connaissances sur le virus et l'infection.

Un cas suspect COVID-19 :

1. Toute personne qui répond aux critères cliniques **ET** épidémiologiques suivants :

Critères cliniques : Toute personne présentant **de façon aiguë** :

- Une fièvre et une toux

Ou

- Trois ou plus des signes ou symptômes suivants : fièvre, toux, dyspnée, frissons, asthénie, fatigabilité, arthro-myalgies, céphalées, nausées, vomissements, diarrhée, anorexie, confusion.

ET

Critères épidémiologiques :

- Personne ayant résidé ou voyagée dans une région avec une transmission communautaire dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes ;
- Professionnel de santé ayant été exposé dans les 14 jours précédant ; en milieu professionnel ou en milieu communautaire, à une personne Covid-19 positive, **sans protection adéquate**.

2. Toute personne présentant des signes de détresse respiratoire aiguë nécessitant une hospitalisation.

3. Des cas groupés (**dans le temps et dans l'espace**) d'Infection Respiratoire Aiguë.

Cas Probable :

1. Tout cas suspect ayant eu un **contact étroit** avec un cas probable ou confirmé COVID-19, ou lié épidémiologiquement à un cluster contenant au moins un cas confirmé par RT-PCR ou au moins deux personnes symptomatiques liées épidémiologiquement confirmés par TDR positifs

2. **Une personne avec apparition récente d'anosmie ou d'agueusie en l'absence de toute autre cause identifiée.**

3. **Tout cas suspect avec des images thoraciques scannographiques évocatrices de la COVID-19 :** multiples opacités bilatérales en verre dépoli, souvent de morphologie arrondie, avec distribution pulmonaire périphérique et inférieure

Cas confirmé :

Toute personne avec une confirmation d'infection par le SARS-CoV-2 par RT-PCR ou TDR.

Décès COVID-19 :

1. Tout décès résultant d'un tableau clinique compatible avec un cas COVID-19 **confirmé par RT-PCR ou TDR, non déclaré guéri de son vivant, sans autre cause directe** du décès
2. Tout décès d'un cas suspect ou probable avec confirmation par un test (RT-PCR ou TDR) post mortem **sans autre cause directe** du décès.
3. Tout décès COVID-19 certifié par un médecin sur la base **des images scannographiques évocatrices de la COVID-19 sans preuve virologique (pas de RT-PCR ou TDR positive en pré ou post mortem).**

Personne sous investigation : un cas suspect ou probable ayant eu un prélèvement nasopharyngé pour un test RT-PCR, **dans l'attente du résultat.**

Le contact tracing : Le processus de recherche active des contacts étroits autour des cas confirmés doit être mis en œuvre immédiatement après la confirmation du cas index par RT-PCR.

La période de recherche des contacts étroits d'un cas confirmé :

- **Cas confirmé symptomatique** : Contacts étroits ayant eu lieu dans les 48 heures précédant l'apparition des symptômes du cas index et jusqu'à 10 jours après la date de début des signes.
- **Cas confirmé asymptomatique** : Contacts étroits ayant eu lieu dans les 48 heures précédant la date de prélèvement du cas index et jusqu'à 10 jours après la date de prélèvement.

Définition du contact étroit : toute personne qui

- ✓ A partagé le même environnement **clos** (le lieu de travail, la salle de classe, le lieu d'hébergement, les rassemblements, la salle d'attente, les moyens de transports, etc.) avec un cas confirmé pendant **une période ≥ 15 minutes avec une distance inférieure à 1,5 mètre sans protection individuelle adéquate.**
- ✓ A fourni des soins directs à un cas confirmé **en l'absence d'équipements de protection individuelle adéquats.**

B. Définition et gestion des clusters:

Définition et mesures prises devant l'émergence des clusters :

- ✓ Un cluster est défini par la survenue d'au moins **3 cas confirmés ou probables**, groupés dans le temps et dans l'espace :
 - Le temps : les cas sont survenus dans une période de 7 jours,
 - L'espace : les cas appartiennent à une même communauté ou ont participé à une même activité, à un même rassemblement ou évènement.
 - Ces situations incluent de manière non exhaustive des cas groupés familiaux, en milieu professionnel, dans un lieu d'enseignement, dans un lieu d'hébergement, dans les lieux de détention, dans les lieux de loisir fermés ou chez des personnes habitant une unité géographique de petite taille ou qui ont voyagé ensemble pour une longue durée (plus d'une heure de voyage).
- ✓ Mesures prises pour maîtriser les clusters : devant tout cluster il faut :
 - Mise en quatorzaine de tous les contacts étroits des cas confirmés ou probables
 - Mise en isolement de tous les cas identifiés,
 - Investigation et fermeture immédiate des lieux de clusters avec arrêt de l'activité concernée jusqu'à la maîtrise du cluster
 - Pour les clusters communautaires : les mesures peuvent aller d'une limitation à l'arrêt des activités ou au confinement sectorisé en fonction de la taille et gravité du cluster.

Évolution favorable d'un cluster : lorsque la survenue de nouveaux cas a fortement diminué :

- ✓ Diminution régulière du nombre de cas confirmés et probables,
- ✓ Diminution du nombre de contacts,
- ✓ Mesures d'isolement respectées,
- ✓ Maîtrise des chaînes de transmission.

Maîtrise du cluster : un cluster est maîtrisé :

- ✓ Si **aucun nouveau cas** n'a été rapporté après le **décal de 14 jours** depuis la date de début des signes (ou de diagnostic) du dernier cas rattaché au cluster et que la quatorzaine de tous les contacts est terminée, la levée des mesures peut être envisagée.
- ✓ Le signal est clôturé
- ✓ Les activités peuvent reprendre.

Situation d'échappement du cluster

- ✓ Pas de diminution du nombre de nouveaux cas confirmés et probables,
- ✓ Augmentation du nombre de contacts et difficulté de mise en œuvre de leur isolement
- ✓ Persistance de chaînes de transmission non identifiées,
- ✓ Peu d'efficacité des mesures de gestions pour contenir le cluster.

Dans ses situations, il faut proposer des mesures de « confinement sectorisé » de 14 jours renouvelables en fonction de la maîtrise du cluster

III. Analyse des situations et classification des niveaux de risque :

La classification des niveaux de risque au niveau national, régional et local se base sur un ensemble d'indicateurs :

- Taux de dépistage : nombre de sujets testés par Million d'habitants
- Taux de positivité : nombre de tests positifs parmi les tests réalisés
- Taux d'incidence : nombre de sujets positifs par 100 000 Habitants
- Taux de mortalité : nombre de décès par 100 000 Habitants
- La létalité : Nombre de décès pour 100 cas confirmés

Les régions de la Tunisie, **sont classées en différents niveaux de risque et d'alerte** par les autorités sanitaires selon le tableau ci-dessous :

Niveau d'alerte	Incidence les 14 derniers jours	Incidence les 7 derniers jours
Niveau d'alerte Très élevé	$\geq 100/100000$ H	$\geq 50/100000$ H
Niveau d'alerte élevé	Entre 50 et 100 / 100000H	Entre 25 et 50 / 100000H
Niveau d'alerte Moyen	Entre 10 et 50 /100000H	Entre 5 et 25 /100000H
Niveau d'alerte Faible	inf 10/100000H	inf 5/100000H

IV. Les indications du prélèvement à des fins de surveillance et d'investigation :

Les indications actuelles du prélèvement pour un test RT-PCR sont définies et adaptées au cours du temps selon l'évolution de l'épidémie, les connaissances et découvertes scientifiques, l'avis d'experts et des sociétés savantes, en tenant compte des moyens disponibles.

Les indications actuelles d'un prélèvement nasopharyngé pour RT-PCR sont :

Les prélèvements nasopharyngés pour analyse virologique doivent être réalisés pour :

- Tout cas suspect.
- Tout cas probable.
- Tout professionnel de la santé, **contact étroit**, qu'il soit symptomatique ou asymptomatique.
- Tout sujet **en lien avec un cluster** contenant au moins un cas confirmé par RT-PCR ou au moins deux personnes symptomatiques liées épidémiologiquement confirmées par TDR dans le cadre de la recherche active des cas dans les zones avec une transmission communautaire soutenue avec un niveau de risque élevé ou très élevé.
- Tout décès chez un sujet répondant à la définition d'un cas suspect ou d'un cas probable³.
- **Tout** décès, sans autre explication, chez un sujet souffrant de détresse respiratoire avant le décès ET qui était en contact étroit avec un cas probable ou confirmé ou lié à un cluster contenant au moins un cas confirmé par RT-PCR ou au moins deux cas symptomatiques, liées épidémiologiquement avec TDR positif

Les indications actuelles des TDR sont :

1. Les indications les plus appropriées d'utilisation des TDR-Ag sont **le dépistage actif** dans les clusters et **le diagnostic** des cas suspects ou probables dans les régions avec une transmission communautaire généralisée :
 - i) Les TDR peuvent être utilisés dans les institutions, les communautés fermées, les établissements de santé, les établissements d'enseignement, les prisons, les lieux de travail, les foyers universitaires, les structures sanitaires publiques et privées
 - ii) Les TDR peuvent être utilisés pour le contact tracing « recherche active de contacts » symptomatiques
2. Les TDR-Ag peuvent aussi être utilisés à visée **diagnostique** dans les situations d'urgence.

³Selon la définition de la mort suspecte COVID-19.

V. Les critères de suivi des cas confirmés :

Le contrôle virologique des cas confirmés par un **test RT-PCR, n'est plus préconisé** pour lever l'isolement.

VI. Le lieu de l'isolement des cas confirmés :

Trois situations se présentent pour le lieu d'isolement :

- ✓ À domicile : en l'absence de signes de gravité et si les conditions socio-économiques le permettent⁴.
- ✓ Dans un centre d'isolement dédié : si les conditions socio-économiques ne permettent pas l'isolement à domicile.
- ✓ Dans une structure de soins : en présence d'indications médicales d'hospitalisation.

L'auto-isolement à domicile doit se faire avec l'application stricte des mesures de prévention : l'hygiène des mains, les mesures barrières (port de masque, distanciation physique), le traitement des déchets.

En cas d'isolement ou de quarantaine, il est interdit de quitter le lieu d'isolement ou de quarantaine, sauf urgence vitale. Dans ce cas, il est strictement interdit d'utiliser les transports en commun et de se mêler aux rassemblements, tout en respectant les mesures barrières.

VII. Durée de l'isolement et indications de sa levée :

A. Des cas confirmés :

L'isolement des cas confirmés est obligatoire :

- **Pour les sujets symptomatiques : Pendant 10 jours à partir de la Date de Début des Signes** à la condition d'une absence de symptômes aigus les 72 dernières heures.
- **Pour les sujets asymptomatiques : Pendant 10 jours à partir de la date de prélèvement.**

Les cas confirmés, isolés dans un Centre dédié, et qui continuent à avoir des symptômes aigus jusqu'au 14^{ème} jour, peuvent quitter le Centre mais doivent continuer l'isolement à domicile pendant encore sept (7) jours en respectant strictement les mesures barrières et d'hygiène. Au terme des sept (7) jours d'auto-isolement, le sujet peut reprendre son activité sociale et professionnelle en respectant les mesures barrière appliquées à la population.

La levée de l'isolement des cas confirmés est déclarée par l'autorité sanitaire de tutelle. Pour le retour au travail, se référer aux protocoles spécifiques.

⁴ voir le guide d'isolement du ministère de la santé

B. Des contacts étroits d'un cas confirmé (cas probables) :

Les contacts étroits d'un cas confirmé doivent s'auto-isoler pendant 14 jours à partir du dernier contact à risque et appliquer strictement les mesures barrières.

C. Des cas suspects :

L'auto-isolément doit être indiqué pour tout cas suspect en attendant l'investigation clinique et épidémiologique.

D. Des contacts asymptomatiques des cas suspects :

L'auto-isolément des contacts domiciliaires asymptomatiques des cas suspects n'est pas indiqué, mais ils devraient auto-surveiller la survenue des symptômes.

E. Des sujets rapatriés / voyageurs en provenance des zones à risque :

- ✓ Tous les sujets rapatriés et tous les voyageurs quel que soit le motif du voyage, doivent être mis en quarantaine à partir de la date d'entrée en Tunisie.
 - La période de quarantaine est de 14 jours pour les longs séjours
 - La période de quarantaine est de 7 jours pour les courts séjours

VIII. Organisation du contact tracing :

Ce paragraphe décrit les étapes clés de la recherche active des contacts, y compris l'identification des contacts étroits, la liste et le suivi des contacts étroits, dans le contexte de la réponse COVID-19.

Le but de l'identification et de la gestion des contacts étroits des cas COVID-19 confirmés est d'identifier rapidement les cas secondaires qui peuvent survenir après la transmission à partir des cas index afin d'intervenir et d'interrompre la chaîne de transmission.

Afin d'interrompre la chaîne de transmission du virus, la recherche active de cas, y compris la recherche des contacts, est une priorité afin de réduire le risque propagation.

Le contact tracing se base sur :

- L'identification rapide des **contacts étroits** d'un cas confirmé COVID-19.
- Dans les zones à risque élevé, avec des « cas groupés » ou des « clusters », **un dépistage actif des cas symptomatiques** doit aussi être envisagé afin de réduire la transmission, ceci en association avec le renforcement des mesures de distanciation physique, des mesures barrières, des mesures d'hygiène et des mesures spécifiques dans les clusters.
- **Dans le cadre d'investigation de clusters, on utilisera les tests rapides à antigène selon les protocoles spécifiques en vigueur.**

A. Étapes clés d'identification et liste des contacts :

Immédiatement après l'identification d'un cas confirmé, les prochaines étapes concernant la recherche des contacts comprennent :

- **Interroger le cas index** pour recueillir des informations sur les antécédents cliniques et lister les contacts possibles qui se sont produits entre 72 heures avant le début des symptômes ou la date de confirmation s'il est asymptomatique, et l'isolement du cas. Cela devrait être effectué par un appel téléphonique lorsque cela est possible par les membres de la cellule régionale de veille sanitaire correspondante avec un appui de l'ONMNE. Pour les cas hospitalisés, le personnel soignant se charge de la collecte d'informations directement auprès du cas ou des membres de sa famille.
- **Tracer et investiguer les contacts** listés moyennant le formulaire « Contact Tracing » (papier/électronique) : **Nom et prénom, date de naissance, numéro de téléphone, adresse de résidence, date de dernier contact avec le cas index, niveau d'exposition (type de contact) et présence ou non d'une symptomatologie évocatrice.**
- **A l'issue de cette investigation, les contacts seront classés en fonction du niveau d'exposition en : exposition à haut risque (« contact étroit »⁵) ou à faible risque.**
- **Prendre des dispositions pour signaler et tester tous les contacts étroits symptomatiques.**
- **Sensibiliser tous les contacts étroits identifiés aux mesures d'auto-isolement, à l'auto-surveillance des symptômes, et au respect des précautions standard d'hygiène.**

B. Suivi des contacts :

En fonction du niveau de risque d'exposition, plusieurs actions doivent être envisagées :

➤ **Contacts étroits :**

Les contacts étroits, symptomatiques ou asymptomatiques, doivent être mis sous quarantaine et activement surveillés par les responsables de la cellule régionale de veille régionale correspondante selon les protocoles en vigueur.

- Pour les contacts étroits symptomatiques et qui ont été testés (par les TDR ou RT-PCR en fonction du protocole en vigueur) :
 - **Si le test est positif, le contact est classé en cas confirmé et on applique le protocole du cas confirmé.**
 - **Si le test est négatif, il faut continuer la surveillance jusqu'à 14 jours après la date du dernier contact avec le cas index et appliquer rigoureusement les mesures barrières.**

⁵ Voir définition contact étroit

- Pour les contacts étroits asymptomatiques :
 - L'apparition de symptômes évocateurs pendant la période de surveillance maximale de 14 jours, amène à poser l'indication de la réalisation d'un prélèvement pour un test RT-PCR.
- **Contacts classés à faible risque :**

On n'applique pas d'auto-isolement mais ils doivent s'auto-surveiller et appliquer les mesures barrières et d'hygiène standards.

IX. Rôle des intervenants dans la réalisation des prélèvements et le contact tracing :

La gestion du travail des équipes d'intervention rapide et des équipes régionales de veille sanitaire, se fait sous la responsabilité du Directeur Régional de la Santé en coordination avec les réseaux SAMU/SMUR de référence de la zone sanitaire considérée, l'Unité de Médecine d'Urgence, le Shocroom et l'Observatoire National des Maladies Nouvelles et Emergentes :

- Les prélèvements des cas suspects et probables peuvent être réalisés, selon les situations, par les équipes de préleveurs de la première ligne (CSB ou Médecin de libre pratique), par les équipes d'urgence dans les structures sanitaires, par les laboratoires publics ou privés ou par les équipes d'intervention rapide en coordination avec le directeur régional de la santé.
- Le contact tracing et le dépistage actif, y compris les prélèvements indiqués dans ce cadre, sont réalisés par les équipes d'intervention rapide et les équipes de veille régionales.