

# Surveillance de la santé publique dans le contexte de la COVID-19

Orientations provisoires

16 décembre 2020



## Contexte

Le présent document résume les orientations de santé publique actuelles de l'OMS pour la surveillance de la maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) chez l'homme due à une infection par le coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2) (ci-après désignée « surveillance de la COVID-19 »). Ces orientations regroupent et remplacent deux documents antérieurs : [Surveillance mondiale de la COVID-19 due à une infection humaine par le nouveau coronavirus 2019 : orientations provisoires](#) et [Stratégies de surveillance de l'infection humaine à coronavirus 2019 \(COVID-19\) : orientations provisoires](#) (10 mai 2020).

Les présentes orientations sont à lire en se référant aux orientations de l'OMS sur les [mesures visant à améliorer la préparation, la capacité d'intervention et la riposte](#) et sur la [recherche des contacts](#) pour la COVID-19.

Vous trouverez des informations actualisées et d'autres documents d'orientation sur la COVID-19 sur [la page COVID-19 du site Web de l'OMS](#).

Éléments nouveaux dans la présente version :

- inclusion des tests de diagnostic rapide (TDR) de détection des antigènes dans les définitions de cas, conformément au document d'orientation sur la [Détection des antigènes à l'aide de tests immunologiques rapides pour le diagnostic de l'infection à SARS-CoV-2](#) ;
- actualisation de la classification de la transmission en intégrant les sous-catégories récemment définies dans les [Éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre et de l'ajustement des mesures de santé publique et des mesures sociales dans le cadre de l'épidémie de COVID-19](#) ;
- dans certaines parties du texte, la terminologie a été modifiée pour faire plus clairement la distinction entre la COVID-19 (maladie) et le SARS-CoV-2 (agent étiologique).

## Objet du présent document

Le présent document fournit des orientations aux États Membres sur la mise en œuvre de la surveillance de la COVID-19 et du virus SARS-CoV-2 qui en est responsable, ainsi que sur les exigences de notification à l'OMS.

## Définitions aux fins de la surveillance

### 1. Définition de cas

Les définitions de cas ci-dessous pour les cas suspects et probables ont été révisées afin de tenir compte des dernières données sur les symptômes les plus courants ou prédictifs de la COVID-19, les signes cliniques et radiographiques et les dynamiques de transmission connues. La définition de cas actuelle intègre les connaissances récentes sur les signes et les symptômes de la COVID-19, tirées des sources suivantes :

- publications décrivant le spectre clinique de la COVID-19 chez des patients hospitalisés (p. ex. Guan, 2020 [1], Menni 2020 [2]) et non hospitalisés (p. ex. Spinato 2020[3], Tostamn 2020[4], Struyf 2020[5]), et orientations de l'OMS sur la [prise en charge clinique de la COVID-19](#) ;
- analyses de la sensibilité, de la spécificité et de la valeur prédictive de la plupart des signes et symptômes décrits, réalisées par l'OMS et ses partenaires à partir des données de surveillance ;
- consultations d'experts cliniciens, radiologistes et chercheurs de laboratoire rattachés à des réseaux mondiaux d'experts ayant appuyé la validation de la définition.

Les pays devront éventuellement adapter ces définitions de cas en fonction de leur situation épidémiologique locale et d'autres facteurs. Tous les pays sont invités à publier leurs définitions adaptées en ligne et dans des rapports de situation réguliers et à recenser les mises à jour périodiques des définitions qui sont susceptibles d'influer sur l'interprétation des données de surveillance.

### Cas suspect d'infection à SARS-CoV-2 (trois options, de A à C) :

A. Une personne qui remplit les critères cliniques **ET** épidémiologiques suivants :

#### Critères cliniques :

1. Apparition soudaine de fièvre ET de toux ;

**OU**

2. Apparition soudaine d'AU MOINS TROIS des signes ou symptômes suivants : fièvre, toux, faiblesse/fatigue générale,<sup>1</sup> céphalées, myalgie, mal de gorge, coryza, dyspnée, anorexie/nausées/vomissements, diarrhée, altération de l'état mental.

**ET**

#### Critères épidémiologiques :

1. Séjour ou travail dans un milieu à haut risque de transmission du virus (par exemple, établissements résidentiels fermés et contextes humanitaires, tels que camps ou centres d'accueil pour personnes déplacées) à tout moment au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes ;

**OU**

2. Séjour ou voyage dans une zone de transmission communautaire à tout moment au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes ;

**OU**

3. Travail dans le secteur de la santé, y compris dans les établissements de santé et à domicile, à tout moment au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes.

B. Un patient présentant une infection respiratoire aiguë sévère (IRAS : infection respiratoire aiguë en présence d'antécédents de fièvre ou d'une fièvre mesurée à  $\geq 38$  °C et de toux, apparue au cours des 10 derniers jours et nécessitant une hospitalisation).

C. Une personne asymptomatique ne répondant pas aux critères épidémiologiques, mais qui a obtenu un résultat positif au test de diagnostic rapide de détection des antigènes du SARS-CoV-2 (TDR-Ag).<sup>2</sup>

### Cas probable d'infection à SARS-CoV-2 (quatre options, de A à D) :

A. Un patient qui remplit les critères cliniques ci-dessus **ET** qui a été en contact avec un cas probable ou confirmé ou qui présente un lien avec un groupe de cas de COVID-19.<sup>3</sup>

B. Un cas suspect (selon la description ci-dessus) dont l'imagerie thoracique donne des résultats évocateurs de la COVID-19.<sup>4</sup>

C. Une personne présentant depuis peu une anosmie (perte de l'odorat) ou une agueusie (perte du goût) en l'absence de toute autre cause identifiée.

D. Le décès, sans autre cause connue, d'un adulte qui présentait une détresse respiratoire avant le décès **ET** qui avait été en contact avec un cas probable ou confirmé ou présentait un lien avec un groupe de cas de COVID-19.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Les signes séparés par une barre oblique (/) doivent être comptés comme un seul signe.

<sup>2</sup> Un TAAN est nécessaire pour confirmer le résultat ; voir [Tests diagnostiques pour le dépistage du SARS-CoV-2](#)

<sup>3</sup> Groupe de personnes symptomatiques partageant un lien temporel, géographique et une exposition commune, comptant au moins **un cas confirmé par TAAN** ou au moins **deux** personnes épidémiologiquement liées et symptomatiques (remplissant les critères cliniques de la définition de cas suspect A ou B) ayant obtenu des résultats de **TDR-Ag positifs** (sur la base d'une spécificité de test  $\geq 97$  % et d'une probabilité  $>99,9$  % qu'au moins un résultat positif soit un vrai positif)

<sup>4</sup> Les observations suivantes à l'imagerie thoracique sont généralement évocatrices de la COVID-19 (Manna, 2020 [6]) :

- radiographie thoracique : opacités à contours flous, souvent de morphologie arrondie, réparties à la périphérie et dans la partie inférieure des poumons ;

- tomodensitométrie thoracique : plusieurs hyperdensités en verre dépoli bilatérales, souvent de morphologie arrondie, réparties à la périphérie et dans la partie inférieure des poumons ;

- échographie pulmonaire : épaississement des lignes pleurales, lignes B (multifocales, isolées ou confluentes), signes de condensation avec ou sans bronchogrammes aériens.

### Cas confirmé d'infection à SARS-CoV-2 (trois options, de A à C) :

- A. Une personne ayant obtenu un résultat positif à un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN)
- B. Une personne ayant obtenu un résultat positif à un TDR antigénique du SARS-CoV-2 **ET** répondant soit à la définition de cas probable, soit aux critères A OU B de cas suspect
- C. Une personne asymptomatique qui a obtenu un résultat positif à un TDR antigénique du SARS-CoV-2 **ET** qui a été en contact avec un cas probable ou confirmé.

Remarque: Il convient de faire preuve de discernement et de tenir compte de considérations cliniques et de santé publique pour déterminer s'il est nécessaire de mener un examen plus poussé chez les patients qui ne remplissent pas strictement les critères cliniques ou épidémiologiques. Les définitions de cas aux fins de la surveillance ne sauraient servir de base unique pour guider la prise en charge clinique.

## 2. Définition d'un contact

Un contact est une personne qui a été exposée de l'une des manières suivantes à un cas probable ou confirmé **dans les 2 jours précédant et les 14 jours suivant l'apparition des symptômes** chez ce dernier :

1. contact en face à face avec un cas probable ou confirmé, à moins de 1 mètre de distance et pendant au moins 15 minutes ;
2. contact physique direct avec un cas probable ou confirmé ;
3. soins directement prodigués à un cas probable ou confirmé de COVID-19, sans porter [l'équipement de protection individuelle recommandé](#) ;  
OU
4. autres situations indiquées par les évaluations locales des risques, telles que décrites dans le Tableau 1 du document [Recherche des contacts dans le cadre de la COVID-19](#).

De plus amples informations sur la détermination des contacts sont disponibles dans le document [Recherche des contacts dans le cadre de la COVID-19](#).

Remarque : pour les cas asymptomatiques confirmés, la période de contact est mesurée à partir des 2 jours précédant jusqu'aux 14 jours suivant la date de prélèvement de l'échantillon ayant abouti à la confirmation.

## 3. Définition d'un décès dû à la COVID-19

Aux fins de la surveillance, un décès dû à la COVID-19 se définit comme un décès résultant d'une maladie cliniquement compatible chez un cas probable ou confirmé de COVID-19, à moins qu'il existe une autre cause évidente de décès sans lien avec la COVID-19 (p. ex. un traumatisme). Aucune période de rémission complète ne devrait avoir eu lieu entre la maladie et le décès.

## 4. Recommandations pour le dépistage en laboratoire

Chez les cas suspects et probables, il convient de rechercher la présence éventuelle du virus SARS-CoV-2, conformément aux orientations de l'OMS sur les tests diagnostiques pour le dépistage du SARS-CoV-2. Bien que les activités de riposte recommandées soient en grande partie les mêmes pour les cas probables et confirmés, il demeure utile de soumettre les cas probables à un test de dépistage, si les ressources le permettent, car cela permet d'exclure certains cas et de réduire ainsi la charge de travail associée à l'isolement des patients et à la recherche des contacts.

Selon l'intensité de la transmission dans une zone donnée, le nombre de cas et la capacité des laboratoires, on pourra accorder la priorité à un sous-ensemble de cas suspects ou probables pour le dépistage. L'OMS a émis des recommandations sur la définition des groupes prioritaires pour le dépistage en situation de transmission communautaire dans le document sur la [stratégie de dépistage en laboratoire de la COVID-19](#) (en anglais).

## Recommandations relatives à la surveillance de la COVID-19 par les États Membres

Cette section présente une vue d'ensemble des approches pouvant être adoptées par les États Membres pour assurer une surveillance nationale globale de la COVID-19. Elle souligne la nécessité d'adapter et de renforcer les systèmes nationaux existants, le cas échéant, et d'élargir et d'intensifier les capacités de surveillance si nécessaire.

Lors de l'examen de leurs capacités nationales de surveillance, les États Membres doivent prévoir de faire rapport régulièrement à l'OMS, conformément aux prescriptions ci-dessous.

## 1. Buts et objectifs

La surveillance nationale de la COVID-19 a pour but de permettre aux autorités de santé publique de réduire la transmission du SARS-CoV-2 et, ainsi, de limiter la morbidité et la mortalité associées à la maladie.

Les objectifs de la surveillance de la COVID-19 sont les suivants :

- permettre la détection, l'isolement, le dépistage et la prise en charge rapides des cas ;
- détecter et endiguer les groupes de cas et les flambées, en particulier parmi les populations vulnérables ;
- permettre l'identification, le suivi et la mise en quarantaine des contacts ;
- guider la mise en œuvre et l'ajustement de mesures de lutte ciblées tout en permettant la reprise des activités économiques et sociales en toute sécurité ;
- évaluer les répercussions de la pandémie sur les systèmes de santé et sur la société ;
- surveiller les tendances épidémiologiques à long terme, l'évolution du virus SARS-CoV-2 et la courbe des décès dus à la COVID-19 ;
- contribuer aux connaissances sur la cocirculation du virus SARS-CoV-2, des virus grippaux et d'autres virus respiratoires, ainsi que d'autres pathogènes.

## 2. Approches de la surveillance

La plupart des pays devront renforcer notablement leurs capacités de surveillance pour identifier et prendre en charge rapidement les cas de COVID-19, rechercher leurs contacts et les mettre en quarantaine, et surveiller l'évolution de la maladie au fil du temps. Pour exercer une surveillance nationale globale de la COVID-19, il leur faudra adapter et renforcer les systèmes nationaux existants, le cas échéant, et déployer des capacités de surveillance supplémentaires, si nécessaire. Les technologies numériques, qui permettent d'accélérer la notification des cas, la recherche des contacts et la gestion et l'analyse des données, pourront venir appuyer ces capacités.

Une fois solidement mise en place, la surveillance globale devra être maintenue même dans les zones où la transmission a été éliminée ou maîtrisée, même s'il y a peu ou pas de cas. Il est primordial que les nouveaux cas et groupes de cas d'infection par le SARS-CoV-2 soient détectés aussi tôt que possible, avant qu'une flambée ne se déclenche ou que la maladie ne se propage à grande échelle. La surveillance continue de la COVID-19 est également importante pour comprendre les tendances épidémiologiques à plus long terme, notamment l'incidence et la mortalité dans les différentes tranches d'âge, les groupes de population qui sont les plus exposés au risque de maladie grave et de décès et les variations épidémiologiques potentielles dans le temps.

Les principales mesures à prendre pour la surveillance globale de la COVID-19 sont les suivantes :

- utiliser, adapter et renforcer les systèmes de surveillance existants ;
- renforcer les moyens de laboratoire et les capacités de dépistage ;
- utiliser, adapter et renforcer les effectifs de santé publique pour que la détection des cas, la recherche des contacts et le dépistage puissent être menés à bien ;
- inclure la COVID-19 dans la liste des maladies à déclaration obligatoire ;
- instaurer un système de notification immédiate ;
- établir des systèmes de suivi des activités de recherche des contacts.

Il importe de poursuivre la surveillance syndromique systématique des autres maladies infectieuses, en particulier celles causées par des agents pathogènes respiratoires comme le virus de la grippe et le virus respiratoire syncytial, en maintenant la surveillance du syndrome de type grippal (STG), des infections respiratoires aiguës sévères (IRAS), des pneumonies atypiques et des fièvres inexpliquées, avec un prélèvement d'échantillons et une analyse en laboratoire pour tous les cas ou pour un sous-ensemble de cas. Cette surveillance est cruciale pour suivre les tendances d'autres maladies dont le tableau clinique est similaire afin d'orienter l'adoption de mesures adéquates de préparation des services de santé publique et de prise en charge clinique.

## 3. Surveillance essentielle de la COVID-19

Compte tenu du risque de croissance exponentielle rapide des flambées de COVID-19, les nouveaux cas et groupes de cas doivent être identifiés et notifiés le plus rapidement possible, et les données doivent être intégrées dans les analyses épidémiologiques pertinentes dans les 24 heures suivant le diagnostic. Les autorités nationales doivent inclure la COVID-19 dans la liste des maladies à déclaration obligatoire, avec des exigences de notification immédiate.

Les systèmes de surveillance doivent assurer une couverture géographique complète, et la surveillance des populations vulnérables ou à haut risque doit être renforcée. Cela nécessitera une combinaison des systèmes de surveillance, y compris la recherche des contacts, dans l'ensemble du système de santé, au niveau communautaire, dans les établissements résidentiels fermés et au sein d'autres groupes vulnérables.

Le Tableau 1 montre comment les systèmes de surveillance peuvent être combinés dans différents contextes.

Tableau 1. Systèmes de surveillance dans différents sites/contextes

Site/ Contexte \ Système	Notification immédiate des cas	Recherche des contacts	Surveillance virologique	Enquêtes sur les groupes de cas	Surveillance de la mortalité	Surveillance sérologique
Communauté	X	X		X	X	X
Sites de soins primaires (non sentinelles pour STG/IRA)	X		X	X		
Hôpitaux (non sentinelles pour STG/IRAS)	X		X	X	X	X
Sites sentinelles pour STG/IRA/IRAS	X		X			
Milieus fermés*	X	X		X	X	X
Infection à SARS- CoV-2 associée aux soins de santé	X	X		X	X	X
Voyageurs aux points d'entrée	X	X		X		

\*Comprend, sans s'y limiter, les établissements résidentiels de longue durée, les prisons et les dortoirs.

### 3.1 Approches de la surveillance selon le site/contexte

#### 3.1.1 Surveillance dans la communauté

Dans la mesure du possible, les personnes qui présentent des signes ou des symptômes de COVID-19 et tous les cas suspects doivent pouvoir accéder à une évaluation et à un test de dépistage, idéalement dans une structure de soins primaires. Quand le dépistage au niveau des soins primaires n'est pas possible, les membres de la communauté peuvent jouer un rôle important dans la surveillance de la COVID-19. La surveillance à base communautaire – c'est-à-dire la détection et la notification systématiques des événements importants de santé publique au sein d'une communauté par les membres de cette communauté – peut servir de passerelle entre la communauté et le système de santé. Dans le cadre de la surveillance communautaire, des alertes émises par des volontaires formés sont communiquées aux autorités sanitaires à des fins de vérification et d'intervention, par le biais de mécanismes établis de surveillance et d'orientation. La Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge fournit [ici](#) des conseils supplémentaires sur l'établissement d'une surveillance à base communautaire, y compris des définitions de cas simplifiées pour les alertes.

En participant par ailleurs à la recherche des contacts et aux enquêtes sur les groupes de cas, les individus et les communautés contribuent d'une autre manière, tout aussi importante, à la surveillance de la COVID-19 et à la rupture des chaînes de transmission. La recherche des contacts désigne l'identification et le suivi de toutes les personnes susceptibles d'avoir été en contact avec un sujet infecté par le SARS-CoV-2. Grâce au suivi quotidien de ces contacts pendant une période pouvant aller jusqu'à 14 jours après leur contact avec le cas d'origine, il est possible d'identifier les individus qui sont à haut risque d'être contagieux ou malades et de les placer en quarantaine avant qu'ils ne transmettent l'infection à d'autres personnes. La recherche des contacts peut être combinée à la recherche de cas en porte-à-porte, à un dépistage systématique dans les milieux fermés, tels que les établissements résidentiels, ou à un dépistage régulier chez certains groupes professionnels, comme les agents de santé ou les travailleurs essentiels. Voir les orientations sur la [Recherche des contacts dans le cadre de la COVID-19](#).

#### 3.1.2 Surveillance au niveau des soins primaires

La surveillance dans les structures de soins primaires est une nécessité pour pouvoir détecter les cas et les groupes de cas dans la communauté. Dans la mesure du possible, le dépistage devrait être disponible dans les services de soins primaires. Une option complémentaire consiste à mettre en place des centres communautaires spécialement consacrés au dépistage du SARS-CoV-2,

comme des sites de dépistage au volant (sans descente du véhicule) ou des sites fixes dans des bâtiments communautaires. Les cas probables ou confirmés d'infection à SARS-CoV-2 doivent être notifiés dans les 24 heures suivant leur identification. Il est primordial que les données soient communiquées et analysées rapidement, afin de détecter les nouveaux cas et groupes de cas et de débiter la recherche des contacts. Par conséquent, il convient de recueillir un nombre minimal de caractéristiques pour chaque cas : âge, sexe, lieu de résidence, date d'apparition de la maladie, date de prélèvement de l'échantillon et résultat du test. La communication quotidienne des données aux autorités de santé publique locales ou nationales peut être facilitée par l'utilisation de systèmes de transmission en ligne, via des applications de téléphonie mobile, par SMS ou par téléphone. La notification « zéro cas » – à savoir, la notification même en l'absence de cas détecté – est essentielle pour tous les sites de soins primaires, idéalement tous les jours, pour vérifier que le système de surveillance fonctionne en continu et pour surveiller la circulation du virus.

### 3.1.3 Surveillance en milieu hospitalier

Les patients hospitalisés présentant une COVID-19 probable ou confirmée doivent faire l'objet d'une notification dans les 24 heures suivant leur identification. Même si certaines données essentielles (p. ex. l'issue de la maladie) ne sont pas immédiatement disponibles, la notification aux autorités de santé publique ne doit pas être retardée.

Au minimum, les données essentielles suivantes doivent être communiquées par les établissements hospitaliers :

- âge, sexe/genre et lieu de résidence ;
- date d'apparition de la maladie, date de prélèvement de l'échantillon, date d'hospitalisation ;
- type de test de laboratoire et résultat ;
- si le cas est un agent de santé ou non ;
- gravité de l'état du patient au moment de la notification (hospitalisé et traité par ventilation ou admis en unité de soins intensifs) ;
- issue de la maladie (date de sortie ou de décès).

La notification quotidienne de l'absence de cas par les hôpitaux est essentielle pour vérifier que le système de surveillance fonctionne en continu.

### 3.1.4 Surveillance sur les sites sentinelles (STG/IRA/IRAS)

La surveillance syndromique sur les sites sentinelles est une approche complémentaire des autres formes de surveillance recensées dans le présent document. L'avantage d'un système de surveillance sentinelle est qu'il repose sur une approche systématique standardisée du dépistage et qu'il n'est donc pas affecté par les changements de stratégie de dépistage touchant les autres modes de surveillance de la COVID-19, ce qui permet un suivi plus aisé des tendances.

Les pays qui exercent une surveillance sentinelle dans des structures de soins primaires ou en milieu hospitalier pour le syndrome de type grippal (STG), les infections respiratoires aiguës (IRA), les infections respiratoires aiguës sévères (IRAS) ou la pneumonie devraient poursuivre cette surveillance syndromique et continuer de prélever des échantillons respiratoires par le biais des réseaux sentinelles, en utilisant les définitions de cas existantes. Il convient que les laboratoires continuent d'effectuer des tests virologiques de dépistage de la grippe sur les échantillons prélevés régulièrement par les sites sentinelles, en les soumettant en outre à un dépistage du SARS-CoV-2. Les pays sont encouragés à mener une surveillance sentinelle des syndromes respiratoires aigus tout au long de l'année et à soumettre les échantillons à des tests de dépistage du SARS-CoV-2.

Dans le cadre des systèmes de surveillance existants, les patients sélectionnés pour un dépistage supplémentaire du SARS-CoV-2 devront de préférence être représentatifs de la population et comprendre des personnes de tous âges et des deux sexes. Si possible, on continuera de prélever des échantillons sur les sites sentinelles aussi bien pour le STG que pour les IRAS, de sorte à inclure à la fois les formes légères et graves de la maladie. Il est entendu que, selon la situation locale, les ressources disponibles et l'épidémiologie, les pays pourront choisir de prélever des échantillons en priorité chez les patients hospitalisés (cas d'IRAS ou de pneumonie) afin d'évaluer la circulation du SARS-CoV-2 chez les personnes présentant une forme plus grave de la maladie.

Les infections à SARS-CoV-2 identifiées par la surveillance sentinelle doivent être comptabilisées dans le nombre total de cas de COVID-19/SARS-CoV-2 signalés dans le pays, et notifiées également dans les systèmes propres aux sites sentinelles.

Des conseils supplémentaires sur la surveillance de la COVID-19 sur les sites sentinelles sont fournies dans les [orientations provisoires sur le maintien de la surveillance de la grippe et le suivi de la COVID-19](#) (en anglais).

### 3.1.5 Milieux fermés

Pour certains groupes à haut risque vivant ou travaillant dans des milieux fermés, une surveillance renforcée spécifique est nécessaire afin de détecter les cas et groupes de cas plus rapidement que par la surveillance assurée au niveau des soins primaires ou en milieu hospitalier. Les personnes qui vivent dans des milieux fermés, tels que les prisons, les établissements résidentiels, les maisons de retraite et les structures d'accueil pour personnes handicapées, peuvent être particulièrement vulnérables face à la COVID-19. En effet, ces personnes vivent dans des environnements où la probabilité de transmission peut être plus élevée que dans la population générale et elles peuvent présenter des problèmes de santé ou des facteurs de prédisposition qui augmentent leur risque de maladie grave ou de décès. La surveillance renforcée dans les milieux fermés consiste à mener une recherche active des cas en effectuant un contrôle quotidien pour détecter les signes et symptômes éventuels de COVID-19, notamment par une prise de température quotidienne, et à assurer une notification quotidienne, même en l'absence de cas, pour toutes les personnes appartenant aux groupes à haut risque ciblés par la surveillance.



### 3.2 Infections à SARS-CoV-2 associées aux soins de santé

Dans les pays disposant de systèmes de déclaration obligatoire des infections associées aux soins de santé, l'infection à SARS-CoV-2 devrait figurer parmi les affections à signaler en priorité dans le cadre de ces systèmes, en sus de la notification relevant de la surveillance globale de la COVID-19. Tous les cas et groupes de cas identifiés dans les établissements de soins doivent faire l'objet d'une enquête et donner lieu à des rapports détaillés sur la source et les schémas de transmission, afin de pouvoir juguler rapidement le foyer épidémique concerné. Dans l'idéal, il convient de mettre en place une notification spécifique du nombre de cas de COVID-19 et de décès (y compris des infections asymptomatiques à SARS-CoV-2) parmi le personnel soignant. D'autres ressources sur la COVID-19 chez les agents de santé en milieu de soins sont accessibles [ici](#) et [ici](#).

### 3.3 Surveillance de la mortalité

Le nombre de décès dus à la COVID-19 (voir la définition ci-dessus) survenus dans les hôpitaux doit être notifié quotidiennement. Le nombre de décès dus à la COVID-19 survenus dans la communauté, y compris dans les établissements de soins de longue durée, devrait également être déclaré quotidiennement, si possible, ou au moins une fois par semaine. Que ce soit en milieu hospitalier ou en milieu communautaire, il convient de communiquer l'âge, le sexe et le lieu de décès du patient. La notification des décès aux fins de la surveillance de la COVID-19 est une formalité distincte des obligations légales relatives aux certificats de décès, ces derniers devant être délivrés conformément aux exigences habituelles des systèmes d'enregistrement à l'état civil. Les statistiques d'état civil doivent être utilisées pour suivre la surmortalité toutes causes confondues dans le temps. Les pays devraient également surveiller les décès dus à des causes respiratoires non spécifiques (p. ex. pneumonie d'origine non précisée), qui peuvent représenter des cas de COVID-19 non diagnostiqués, ainsi que l'évolution des taux d'autres causes de mortalité, qui peuvent être liées aux effets de la pandémie de COVID-19 sur les systèmes de santé. Dans les endroits où les systèmes d'enregistrement et de statistiques de l'état civil sont limités ou inexistantes, une surveillance rapide de la mortalité peut être envisagée. Des conseils plus détaillés à ce sujet sont disponibles dans le document (en anglais) sur le [calcul du nombre de victimes de la COVID-19](#).

### 3.4 Surveillance en laboratoire

Les données sur le nombre de personnes ayant subi un dépistage du SARS-CoV-2 doivent être recueillies auprès de tous les laboratoires concernés. Le dépistage par test TAAN constitue la méthode standard de référence pour détecter l'infection à SARS-CoV-2. Si d'autres méthodes de diagnostic sont employées, le nombre de tests effectués et de cas confirmés par chaque méthode de diagnostic devra être consigné et communiqué. Les systèmes de surveillance permettent généralement de recenser le nombre de cas d'infection à SARS-CoV-2, mais il est également important de recueillir des informations sur les critères de dépistage et sur le nombre total de personnes ayant été dépistées pour le SARS-CoV-2 (qui est différent du nombre de tests effectués, ce dernier chiffre n'étant pas toujours un dénominateur fiable car une même personne peut avoir été testée à plusieurs reprises). Le dénominateur relatif aux dépistages peut renseigner sur le niveau d'activité de la surveillance, et la proportion de tests positifs peut renseigner sur l'intensité de la transmission entre les personnes.

- Tests d'amplification des acides nucléiques

Au début de l'épidémie, les tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN), notamment les tests de RT-PCR, étaient la seule méthode recommandée par l'OMS pour la confirmation des cas. Les tests de PCR et autres TAAN peuvent être effectués manuellement ou être automatisés à des degrés divers pour en faciliter la réalisation. Aux fins de la surveillance, tous les tests TAAN sont toutefois considérés comme équivalents. Des informations complémentaires sont fournies dans le document [Tests diagnostiques pour le dépistage du SARS-CoV-2](#).

- Tests de diagnostic rapide antigéniques (TDR-Ag)

Outre les tests TAAN, qui restent la méthode de référence, l'OMS a inclus, dans la présente mise à jour du document, l'utilisation des tests antigéniques de diagnostic rapide à des fins de confirmation. Cette nouvelle méthode de détection du SARS-CoV-2 est beaucoup plus simple et rapide à réaliser que les tests d'amplification des acides nucléiques comme la RT-PCR. Elle repose sur la détection directe des protéines virales du SARS-CoV-2 dans les écouvillons nasaux ou nasopharyngés à l'aide d'un test immunologique à flux latéral (TDR) donnant des résultats dans un délai de 15 à 30 minutes. Bien que ces TDR-Ag soient moins sensibles que les TAAN, ils offrent la possibilité de détecter les infections à SARS-CoV-2 les plus contagieuses de manière rapide et peu coûteuse en situation d'indisponibilité de la PCR ou de délais importants d'obtention des résultats.

Des informations complémentaires sont disponibles dans le document [Détection des antigènes à l'aide de tests immunologiques rapides pour le diagnostic de l'infection à SARS-CoV-2](#).

- Détection des anticorps (tests sérologiques)

Les épreuves sérologiques, qui détectent les anticorps produits par l'organisme en réponse à une infection par le SARS-CoV-2, peuvent être utiles dans différents contextes.

Les études de sérosurveillance fournissent des données pouvant être utiles pour enquêter sur une flambée épidémique en cours ou pour étayer l'évaluation rétrospective du taux d'atteinte ou de l'ampleur d'une épidémie. Étant donné que le SARS-CoV-2 est un nouvel agent pathogène, les connaissances sur la réponse en anticorps induite par le virus sont encore très limitées ; les tests de détection des anticorps doivent donc être utilisés avec prudence et ne peuvent pas servir au diagnostic des infections aiguës.

Les tests non quantitatifs (p. ex. les tests à flux latéral) ne peuvent pas détecter une augmentation des titres d'anticorps, contrairement aux tests semi-quantitatifs ou quantitatifs. Les tests à flux latéral de détection des anticorps (ou d'autres tests non quantitatifs) ne sont actuellement pas recommandés pour le diagnostic aigu et la prise en charge clinique, et leur rôle dans les enquêtes

épidémiologiques est à l'étude. Pour plus d'informations sur l'utilité des tests immunodiagnostiques rapides, consulter le document d'information scientifique de l'OMS fournissant des conseils (en anglais) sur les [tests immunodiagnostiques du SARS-CoV-2 utilisables sur le lieu des soins](#).

La séroconversion immunologique est déterminée en contrôlant la présence (et la concentration) des anticorps dirigés contre diverses protéines du SARS-CoV-2 au stade précoce de la maladie (phase aiguë, correspondant aux premiers jours après l'apparition des symptômes), puis de nouveau quelques semaines plus tard, après la disparition des symptômes (phase de convalescence). Une augmentation sensible des titres d'anticorps entre la mesure initiale et la phase de convalescence permet une confirmation rétrospective du cas. Des informations complémentaires sont fournies dans le document [Tests diagnostiques pour le dépistage du SARS-CoV-2](#).

#### **4. Autres méthodes et approches pour la surveillance de la COVID-19**

D'autres méthodes de surveillance peuvent être employées en complément des composantes essentielles de la surveillance globale de la COVID-19. De nouvelles approches, comme la surveillance environnementale de fragments viraux non infectieux du SARS-CoV-2 dans les eaux usées, sont à l'étude, mais ne sont pas encore suffisamment établies pour être appliquées de manière systématique.

##### **4.1 Surveillance basée sur les événements**

La capacité à identifier rapidement toute évolution de la situation générale de la COVID-19 peut être renforcée par des mécanismes solides de surveillance basée sur les événements. La surveillance basée sur les événements consiste à recueillir des informations non structurées provenant de canaux formels et informels, tels que les contenus en ligne, les émissions de radio et la presse écrite, dans tous les secteurs concernés pour compléter les activités habituelles de surveillance de la santé publique. Le succès de la mise en œuvre de ce type de surveillance nécessite des ressources humaines affectées exclusivement à cette tâche et des processus clairs pour traiter de grands volumes d'informations et filtrer, trier, vérifier, comparer, évaluer et communiquer le contenu pertinent. De nombreux systèmes en ligne ont été élaborés au fil des ans pour soutenir les activités de surveillance basée sur les événements, avec une convergence de nombre de ces systèmes dans le cadre de l'initiative EIOS ([Epidemic Intelligence from Open Sources](#)), dirigée par l'OMS. Il est également important de surveiller l'émergence d'autres événements parallèles potentiels, qui pourraient avoir un impact supplémentaire sur la vie des gens et compromettre les efforts de riposte à la COVID-19. Des conseils complémentaires sur la surveillance basée sur les événements sont disponibles (en anglais) à l'adresse <https://africacdc.org/download/africa-cdc-event-based-surveillance-framework/>.

##### **4.2 Lignes d'assistance téléphonique**

Les lignes d'assistance téléphonique mises à la disposition du public pour donner des conseils et orienter les patients vers les services de santé peuvent donner une première idée de la propagation d'une maladie dans une communauté. Le fonctionnement efficace d'un service d'assistance téléphonique nécessite des ressources affectées à cet effet et un personnel formé pour trier les appels et orienter convenablement les interlocuteurs vers les services de santé ou un autre service adapté.

##### **4.3 Surveillance participative**

La surveillance participative des maladies est une approche dans laquelle les citoyens peuvent déclarer eux-mêmes leurs signes ou leurs symptômes, sans test de laboratoire ni évaluation par un prestataire de soins (Menni, 2020 [2]). La surveillance participative repose sur une déclaration volontaire, généralement à l'aide d'applications spécialisées pour smartphone. Bien que ce type de surveillance ne constitue pas nécessairement un moyen très spécifique d'identifier les cas de COVID-19, l'analyse des tendances des maladies autodéclarées par le public peut mettre en évidence les communautés dans lesquelles une propagation précoce de la maladie pourrait être en cours. Les données recueillies dans le cadre de la surveillance participative peuvent également donner des indications sur les changements de comportement en matière de recours aux soins, qu'il est important de comprendre pour interpréter les données de surveillance issues des établissements de santé.

##### **4.4 Surveillance sérologique**

Les études de la séropositivité aux anticorps dans la population et l'utilisation de tests sérologiques dans des milieux/groupes particuliers peuvent aider à estimer la proportion d'une population qui a été infectée par le virus SARS-CoV-2, mesurée par la présence d'anticorps. En s'appuyant sur une surveillance renforcée, des enquêtes et l'investigation des flambées, il est possible d'évaluer l'étendue de l'infection dans la population générale ou dans certaines sous-populations, notamment dans des tranches d'âge particulières, voire d'estimer la proportion d'infections non identifiées (p. ex. infections asymptomatiques ou subcliniques). De plus amples informations sur l'utilisation des tests sérologiques et des études de séroépidémiologie dans le contexte de la COVID-19 sont disponibles (en anglais) à l'adresse <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/serology-in-the-context-of-covid-19>.

##### **4.5 Surveillance en situation de crise humanitaire et dans d'autres contextes de ressources limitées**

Dans les camps de réfugiés, parmi les populations déplacées et dans d'autres contextes de crise humanitaire ou de ressources limitées, des éléments supplémentaires peuvent être pris en compte pour la mise en œuvre de la surveillance.

Dans ces situations, la détection de l'infection à SARS-CoV-2 peut s'appuyer sur plusieurs stratégies. La surveillance basée sur les événements peut aider à repérer les alertes précoces. Lorsque des systèmes d'alerte et d'intervention rapides ou de surveillance à base communautaire sont en place, on intégrera la COVID-19 à ces systèmes. Une recherche active des cas sera en outre menée



dans la mesure du possible. Dans les établissements de soins, une surveillance syndromique peut être mise en place. La surveillance et la riposte doivent cibler en priorité les groupes vulnérables, notamment les agents de santé, les personnes présentant des facteurs de risque de développer une forme grave de la maladie et les personnes ne disposant pas d'un accès suffisant aux soins de santé, ainsi que les milieux fermés dans lesquels le risque de transmission de la maladie est élevé.

Les stratégies de dépistage doivent cibler les cas suspects selon les définitions de cas de l'OMS. D'autres priorités peuvent être fixées en fonction de la classification de la transmission, des groupes à haut risque et des ressources disponibles.

Des informations complémentaires sont disponibles dans le document du Comité permanent interorganisations fournissant des orientations (en anglais) sur [l'intensification des opérations de préparation et de riposte aux flambées de COVID-19 dans les situations de crise humanitaire](#). D'autres recommandations sur les opérations en situation de crise humanitaire, dans les camps et d'autres contextes de fragilité sont également disponibles [ici](#).

## 5. Notification et analyse des données de surveillance

Les principales données de surveillance de la COVID-19 décrites ci-dessus doivent être communiquées, compilées et analysées quotidiennement, avec une notification assurée même en l'absence de cas. Les données doivent être compilées à l'échelle nationale ou à un niveau administratif approprié (district, province, préfecture, État, par exemple). Des analyses plus approfondies, portant sur l'âge, le sexe, les profils de dépistage et la sévérité de la maladie, doivent également être réalisées périodiquement. Des rapports d'analyse réguliers doivent être transmis à chaque site notificateur du système de surveillance et, dans l'idéal, devraient être accessibles au public par l'intermédiaire d'un site Web gouvernemental. De nombreux organismes de santé publique nationaux et locaux ont élaboré des tableaux de bord en ligne pour communiquer les données de surveillance.

Pour interpréter les données de manière significative dans le contexte de cette nouvelle maladie, l'OMS recommande que l'analyse et la présentation des données de surveillance s'accompagnent de descriptions claires des définitions de cas en vigueur pour les cas probables et confirmés (p. ex. si les personnes ayant obtenu un résultat positif aux tests rapides sont comptabilisées comme des cas confirmés ou non), des stratégies de détection (p. ex. recherche active des cas, détection communautaire) et des stratégies de dépistage (p. ex. dépistage ciblé ou systématique, dépistage limité aux patients hospitalisés), ainsi que des modifications apportées aux définitions ou aux critères au fil du temps. La modification des définitions ou des critères influe sur la détermination des cas et, par conséquent, sur plusieurs paramètres épidémiologiques, tels que la courbe épidémique et le calcul du [taux de létalité](#).

Les données pertinentes devront être notifiées à l'OMS, comme indiqué dans la section ci-dessous, « Communication des données de surveillance de la COVID-19 à l'OMS ».

Les pays sont également encouragés à contrôler la qualité de la surveillance de la COVID-19 en vérifiant, au moyen d'indicateurs de performance, que les données sont fournies en temps utile et sont complètes et représentatives.

## Communication des données de surveillance de la COVID-19 à l'OMS

L'OMS demande aux États Membres de déclarer le nombre quotidien de cas et de décès, ainsi que des chiffres hebdomadaires agrégés à différents niveaux.

### 1. Objectifs de la surveillance mondiale

Les objectifs actualisés ci-dessous reposent sur la surveillance mondiale menée à ce jour. Les objectifs de la surveillance mondiale sont les suivants :

- suivre l'évolution de la COVID-19 aux niveaux national et mondial ;
- suivre la mortalité due à la COVID-19 et indirectement associée à la COVID-19 ;
- estimer la morbidité et la mortalité chez les agents de santé ;
- évaluer l'impact des mesures de lutte contre la pandémie.

### Métadonnées des pays

Les États Membres sont priés de fournir à l'OMS des métadonnées supplémentaires pour faciliter l'interprétation des données de surveillance communiquées :

1. définition de la période/semaine épidémiologique utilisée dans le pays (p. ex. du lundi au dimanche) ;
2. définitions de cas utilisées par le pays, avec leur date d'entrée en vigueur ;
3. stratégie(s) de surveillance/détection en place dans le pays, avec leur date d'entrée en vigueur ;
4. stratégie(s) de dépistage en place dans le pays, avec leur date d'entrée en vigueur ;
5. rapports de situation, lorsqu'ils sont publiés.

Les pays doivent envoyer ces données à l'adresse électronique réservée à la surveillance de la COVID-19 ([covidsurveillance@who.int](mailto:covidsurveillance@who.int)) ou les transmettre par l'intermédiaire du bureau régional de l'OMS dont ils dépendent.

## 2. Collecte quotidienne de données agrégées

Les données sur le nombre quotidien de cas d'infection à SARS-CoV-2/COVID-19 et de décès sont compilées par les bureaux régionaux de l'OMS, lesquels reçoivent ces données directement des États Membres ou les extraient à partir de sources publiques officielles (sites Web des ministères de la santé, par exemple). Les États Membres sont donc encouragés à continuer de fournir systématiquement ces décomptes quotidiens. L'OMS enregistre le nombre quotidien de cas confirmés d'infection et de décès et le publie chaque jour dans des rapports de situation et sur son tableau de bord mondial ([covid19.who.int](https://covid19.who.int)), entre autres.

Ces chiffres se fondent sur les [définitions de cas de l'OMS](#), sauf indication contraire (voir le [registre des mises à jour et errata dans les pays, territoires ou zones](#), en anglais). Toutes les données indiquent la date de notification, et non la date d'apparition des symptômes. Toutes les données sont vérifiées en continu et peuvent changer à la suite de mises à jour rétrospectives visant à refléter l'évolution de la situation ou une modification des définitions de cas ou des pratiques de notification appliquées par les pays. Les principales mises à jour relatives aux données des pays sont signalées dans le [registre des mises à jour et errata dans les pays, territoires ou zones \(en anglais\)](#).

Le nombre de nouvelles infections et de nouveaux décès est calculé en soustrayant du décompte du jour le nombre total cumulé précédent. En raison des variations existantes, en termes de méthodes de notification, d'heure d'arrêt des décomptes, de consolidation des données rétrospectives et de délais de notification, il se peut que le nombre de nouvelles infections ne corresponde pas toujours au nombre total quotidien publié par chaque pays, territoire ou zone.

De plus amples informations sur les données recueillies et publiées sont accessibles [ici](#).

## 3. Notification hebdomadaire de données agrégées

La notification hebdomadaire continue de données agrégées vise à obtenir des informations supplémentaires sur l'évolution mondiale de la COVID-19 en vue d'une analyse plus approfondie. De nouvelles variables ont été ajoutées pour tenir compte de la nouvelle définition de cas (comprenant les cas probables) et des nouveaux objectifs de la surveillance mondiale (nombre de cas et de décès parmi le personnel soignant) ; ces nouvelles variables sont indiquées en **gras** dans la liste ci-dessous :

- Nombre de cas confirmés ;
- **Nombre de cas probables ;**
- Nombre de décès confirmés ;
- **Nombre de décès probables ;**
- Nombre de cas (confirmés et probables) hospitalisés ;
- Nombre de cas (confirmés et probables) sortis de l'hôpital ;
- **Nombre d'agents de santé infectés (cas confirmés et probables), en tant que sous-ensemble du nombre total de cas ;**
- **Nombre d'agents de santé décédés des suites de la COVID-19 (cas confirmés et probables), en tant que sous-ensemble du nombre total de décès ;**
- Nombre de personnes dépistées ;
- **Nombre de personnes dépistées par PCR ;**
- Cas confirmés **et probables** par tranche d'âge et par sexe (voir ci-dessous) ;
- Décès confirmés **et probables** par tranche d'âge et par sexe (voir ci-dessous) ;
- Classification de la transmission.

Les tranches d'âge ont été modifiées dans la dernière version du formulaire, comme suit : 0 à 4 ans, 5 à 9 ans, 10 à 14 ans, 15 à 19 ans, 20 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans, 50 à 59 ans, 60 à 64 ans, 65 à 69 ans, 70 à 74 ans, 75 à 79 ans, 80 ans et plus.

Ces données peuvent être communiquées à l'aide du formulaire Excel intitulé « Global Surveillance of COVID-19: WHO process for reporting aggregated data- V2 », disponible [ici](#). Le formulaire comprend un dictionnaire des données. Les États Membres peuvent également transmettre les données au moyen de la plateforme de surveillance hebdomadaire destinée à la soumission des données. La plateforme de surveillance hebdomadaire pour la collecte des variables minimales au niveau national et de la **classification de la transmission** aux niveaux national et infranational permet aux États Membres de transmettre eux-mêmes leurs données hebdomadaires directement à l'OMS (pour obtenir plus d'informations et des identifiants de connexion ou pour mettre à jour la classification de la transmission en cours de semaine, écrire à l'adresse [covidsurveillance@who.int](mailto:covidsurveillance@who.int)). Il est conseillé d'assurer une notification hebdomadaire de l'absence de cas, le cas échéant. La plateforme comporte un tableau de bord permettant de visualiser directement les nouvelles données saisies.

L'OMS recommande d'utiliser les catégories suivantes pour décrire les schémas de transmission au niveau national (et si possible à l'échelle infranationale) afin d'orienter les décisions sur les mesures relatives à [la préparation, la capacité d'intervention et la riposte](#).

**Tableau 2 : Définition des catégories de schémas de transmission**

Nom de la catégorie	Définition
Aucun cas (actif)	Aucun nouveau cas détecté pendant au moins 28 jours (deux fois la période maximale d'incubation), en présence d'un système de surveillance solide. Cela implique un risque quasiment nul d'infection pour la population générale.
Cas importés/sporadiques	Tous les cas détectés au cours des 14 derniers jours sont des cas importés, sporadiques (p. ex. contractés en laboratoire ou d'origine zoonotique) ou liés à des cas importés ou sporadiques, en l'absence de tout signe manifeste de transmission locale ultérieure. Cela implique un risque minime d'infection pour la population générale.
Groupes de cas (clusters)	Les cas détectés au cours des 14 derniers jours se limitent essentiellement à des groupes de cas bien définis qui ne sont pas directement liés à des cas importés, mais qui partagent tous un lien temporel, géographique <b>et</b> une exposition commune. On présume qu'il existe un certain nombre de cas non identifiés dans la zone concernée. Cela implique un faible risque d'infection d'autres personnes dans la communauté générale, pour autant que l'exposition à ces groupes de cas soit évitée.
Transmission communautaire - niveau 1	<b>Faible incidence</b> de cas largement dispersés résultant d'une transmission locale, détectés au cours des 14 derniers jours et non liés à des groupes de cas spécifiques ; la transmission peut être concentrée dans certains sous-groupes de population. Faible risque d'infection pour la population générale.
Transmission communautaire - niveau 2	<b>Incidence modérée</b> de cas largement dispersés résultant d'une transmission locale, détectés au cours des 14 derniers jours ; la transmission est moins susceptible de se concentrer dans des sous-groupes de population particuliers. Risque modéré d'infection pour la population générale.
Transmission communautaire - niveau 3	<b>Forte incidence</b> de cas largement dispersés résultant d'une transmission locale au cours des 14 derniers jours ; la transmission n'est pas concentrée dans des sous-groupes de population particuliers. Risque élevé d'infection pour la population générale.
Transmission communautaire - niveau 4	<b>Très forte incidence</b> de cas largement dispersés résultant d'une transmission locale au cours des 14 derniers jours. Risque très élevé d'infection pour la population générale.

À titre de référence, consulter le document [Éléments à prendre en considération lors de la mise en œuvre et de l'ajustement des mesures de santé publique et des mesures sociales dans le cadre de l'épidémie de COVID-19](#).

L'OMS demande aux États Membres de signaler la classification pour le niveau administratif 0 en priorité. Si la classification de la transmission n'est pas disponible au niveau national, mais que des classifications ont été déclarées au niveau infranational, l'OMS affectera à l'ensemble du pays la catégorie la plus élevée de transmission signalée dans l'une quelconque des zones de niveau administratif 1. Seuls les principaux scénarios de transmission (à savoir, aucun cas, cas importés/sporadiques, groupes de cas ou transmission communautaire) sont demandés par l'OMS ; la déclaration des sous-catégories de transmission communautaire n'est pas nécessaire.

À mesure de l'évolution de l'épidémie, la classification de la transmission peut être revue à la hausse ou à la baisse en fonction de la situation. En cas de passage d'un scénario de transmission à un autre, l'OMS recommande ce qui suit :

- d'un scénario de transmission inférieur à un scénario supérieur : la modification peut être signalée à tout moment (lors de la mise à jour hebdomadaire suivante) ;
- d'un scénario de transmission supérieur à un scénario inférieur : une période d'observation de 28 jours doit être respectée avant de confirmer le passage au scénario de transmission inférieur.

Avant que la classification de la transmission soit modifiée, l'OMS recommande qu'une consultation soit organisée entre l'État Membre et le bureau de pays de l'OMS pour étudier dans quelle mesure l'efficacité de la surveillance et la stratégie de dépistage influent sur les observations épidémiologiques.

**La date limite de soumission par les États Membres** des données hebdomadaires et de la classification de la transmission pour chaque semaine épidémiologique est fixée au jeudi de la semaine suivante. Il est demandé aux États Membres de transmettre des données hebdomadaires même lorsqu'aucun nouveau cas n'a été signalé au cours de la semaine (notification d'absence de cas).

Les données seront publiées sans être éditées ni filtrées par l'OMS et mises à disposition de tous les États Membres et du grand public sur le site Web de l'OMS ; elles pourront être regroupées avec d'autres données pour guider les opérations internationales de riposte et pourront être publiées périodiquement dans des bulletins de situation de l'OMS ou sous d'autres formes à l'intention de tous les États Membres.

#### 4. Notification de cas individuels

L'envoi à l'OMS de cahiers d'observation pour la notification des cas individuels n'est plus obligatoire.

Les États Membres peuvent choisir de continuer à soumettre les cahiers d'observation à titre volontaire, en concertation avec le bureau régional de l'OMS dont ils dépendent. Les politiques relatives au partage des données sur les cas, des stratégies d'analyse et des résultats seront gérées par le bureau régional concerné.

Bien que l'OMS recommande de cesser la notification des cas individuels aux fins de la surveillance, elle encourage les pays à participer à la notification des données cliniques sur les patients atteints de COVID-19 à l'aide des outils prévus à cet effet, disponibles à l'adresse : <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333231>.

#### 5. Notification des cas de COVID-19 dans le cadre du Système mondial de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS)

L'OMS surveille depuis longtemps les tendances et la virologie de la grippe dans le cadre du Système mondial de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS), qui rassemble des informations sur les cas de STG, d'IRA, d'IRAS et de pneumonie et sur la mortalité associée à ces affections, principalement au moyen de la surveillance sentinelle. Les pays sont encouragés à poursuivre et renforcer la surveillance syndromique sentinelle existante et à effectuer en outre des tests de dépistage du SARS-CoV-2 sur les échantillons prélevés dans le cadre de la surveillance de la grippe (voir [https://www.who.int/influenza/gisrs\\_laboratory/covid19/en/](https://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/covid19/en/)). Les données de la surveillance syndromique sentinelle et du dépistage en laboratoire de la grippe et du SARS-CoV-2 (nombre d'échantillons testés et nombre d'échantillons positifs) provenant des sites du GISRS doivent être communiquées à l'OMS via les plateformes de notification existantes, au même format et à la même fréquence qu'actuellement, aussi bien dans le système GISRS que dans le cadre de la notification des données agrégées sur la COVID-19 (comme décrit ci-dessus). De plus amples informations sur la déclaration au GISRS sont disponibles dans le document [Considérations opérationnelles pour la surveillance de la COVID-19 dans le cadre du GISRS](#).

#### Références bibliographiques

1. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, et al. China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020 Apr 30;382(18):1708-1720. doi: 10.1056/NEJMoa2002032. Epub 2020 Feb 28. PMID: 32109013; PMCID: PMC7092819.
2. Menni C, Valdes AM, Freidin MB, et al. Real-time tracking of self-reported symptoms to predict potential COVID-19. *Nat Med*. 2020 Jul;26(7):1037-1040. doi: 10.1038/s41591-020-0916-2. Epub 2020 May 11. PMID: 32393804.
3. Spinato G, Fabbris C, Polesel J, et al. Alterations in Smell or Taste in Mildly Symptomatic Outpatients With SARS-CoV-2 Infection. *JAMA*. 2020 Apr 22;323(20):2089-90. doi:10.1001/jama.2020.6771. Epub ahead of print. PMID: 32320008; PMCID: PMC7177631.
4. Tostmann A, Bradley J, Bousema T, et al. Strong associations and moderate predictive value of early symptoms for SARS-CoV-2 test positivity among healthcare workers, the Netherlands, March 2020. *Euro Surveill*. 2020 Apr;25(16):2000508. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.16.2000508. PMID: 32347200; PMCID: PMC7189649.
5. Struyf T, Deeks JJ, Dinnes J, et al. Cochrane COVID-19 Diagnostic Test Accuracy Group. Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Jul 7;7:CD013665. doi: 10.1002/14651858.CD013665. PMID: 32633856.
6. Manna S, Wruble J, Maron S, et al. COVID-19: a multimodality review of radiologic techniques, clinical utility, and imaging features. *Radio Cardiothoracic Imaging*. 2020 June 1; 2(3): <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/ryct.2020200210>

L'OMS continue à suivre de près la situation et reste attentive à tout changement susceptible d'avoir une incidence sur ces orientations provisoires. Si certains facteurs devaient évoluer, l'OMS publierait une nouvelle mise à jour. Sinon, les présentes orientations provisoires resteront valables deux ans après leur date de publication.

© Organisation mondiale de la Santé 2020. Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).

WHO reference number: [WHO/2019-nCoV/SurveillanceGuidance/2020.8](#)