

FICHE

Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19

Prise en charge de premier recours des patients suspectés de Covid-19

Validée par le Collège le 1er juin 2020

Mise à jour le 4 novembre 2021

L'essentiel

Cette fiche a pour objectif d'accompagner les médecins, pharmaciens, infirmiers dans la prise en charge de premier recours des patients suspectés de Covid-19.

Avec la vaccination, la définition des personnes contact a été revue (cf. annexe 5) et la stratégie d'isolement a été modifiée.

La question principale lors de la période de circulation active des virus hivernaux est de distinguer les infections SARS Cov 2 des autres infections respiratoires (grippe, autres coronavirus, VRS, rhinovirus, etc.).

- **Réponse rapide n°1** : la majorité des patients atteints de la Covid-19 relève d'une prise en charge ambulatoire.
- **Réponse rapide n°2** : l'évaluation clinique initiale et de suivi est à effectuer préférentiellement en présentiel.
- **Réponse rapide n°3** : l'examen clinique inclut notamment :
 - le questionnement du patient sur son statut vaccinal anti-Covid-19 en lui faisant préciser la date de la dernière injection de vaccin (plus ou moins de 6 mois) ;
 - la mesure de la saturation en O₂ qui confirme ou infirme la décision de la prise en charge ambulatoire (SpO₂ > 94 %).
- **Réponse rapide n°4 : PRATIQUE DES TESTS**
 1. **CHEZ UN PATIENT SYMPTOMATIQUE** (cf. figure 1) et sans signes de gravité qui modifieraient la prise en charge (cf. annexe 1)
De J1 à J7 après le début des symptômes :
 - Prescrire un test RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé¹. Le test doit être réalisé au plus près de la prescription médicale.

- Cas particulier :

Réaliser un test antigénique sur prélèvement nasopharyngé si le patient est vu en consultation entre J1 et J4 après le début des symptômes et sans facteur de risque de forme grave de Covid-19. **Attention** : si le test de détection antigénique est positif, considérer le patient comme un cas et prescrire un second prélèvement, en vue d'un test RT-PCR de criblage.

De J8 à J13 : un test RT-PCR n'a de valeur que si positif ; et s'il est négatif : sérologie à partir de J14 chez le patient non vacciné

À partir de J14 :

- Un test sérologique (automatisable ou rapide), pourra être pratiqué chez le patient non vacciné en cas de négativité de la PCR ou de non-réalisation de celle-ci.

2. CHEZ UNE PERSONNE CONTACT (cf. figure 2)

- Pour l'ensemble des contacts à risque de Covid-19, un test de détection antigénique ou un test RT-PCR¹ doit être réalisé immédiatement pour réduire au maximum le risque d'exposition avec l'entourage.

Attention :

Si le test de détection antigénique est positif, considérer le patient comme un cas confirmé et prescrire un second test RT-PCR de criblage.

→ Réponse rapide n°5 : ISOLEMENT

La prise en charge globale ambulatoire d'un patient est identique pour les patients en attente du résultat de la RT-PCR, les patients ayant un test RT-PCR positif, ou un test antigénique positif, et ceux à forte suspicion de Covid-19 ayant un test RT-PCR négatif : **dans tous ces cas l'isolement est indispensable (sauf pour les personnes contact à risque modéré (immunocompétentes vaccinées cf. encadré p 8))**.

La personne est isolée en attente des résultats du test (sauf les personnes contact à risque modéré qui ne sont pas isolées).

CAS : un isolement de 10 jours² est indiqué :

- pour les cas suspects à partir du jour du début des symptômes, sans attendre les résultats du test ;
- pour les cas asymptomatiques à partir du jour de la date du prélèvement dont le résultat revient positif ;

CONTACT : en fonction du statut vaccinal et de l'existence ou non d'une immunodépression : l'isolement est débuté à partir du jour du contact avec un cas confirmé sans attendre les résultats du test pour les **personnes-contact à risque élevé**, suivi d'un deuxième test RT-PCR ou de détection antigénique :

- réalisé au 5^e /7^e jour d'isolement s'il s'agit d'un contact non étroit, hors foyer ;

¹ Si le prélèvement nasopharyngé est difficilement ou non réalisable en raison d'une situation physiologique ou pathologique particulière :

- **CHEZ UN PATIENT SYMPTOMATIQUE** : prescrire un test RT-PCR sur prélèvement salivaire ;
- **CHEZ UNE PERSONNE CONTACT** : prescrire un test RT-PCR sur prélèvement oropharyngé ou sur prélèvement salivaire ou réaliser le test de détection antigénique sur prélèvement nasal

² La durée de 10 jours pleins est un compromis entre acceptabilité, effectivité et contagiosité.

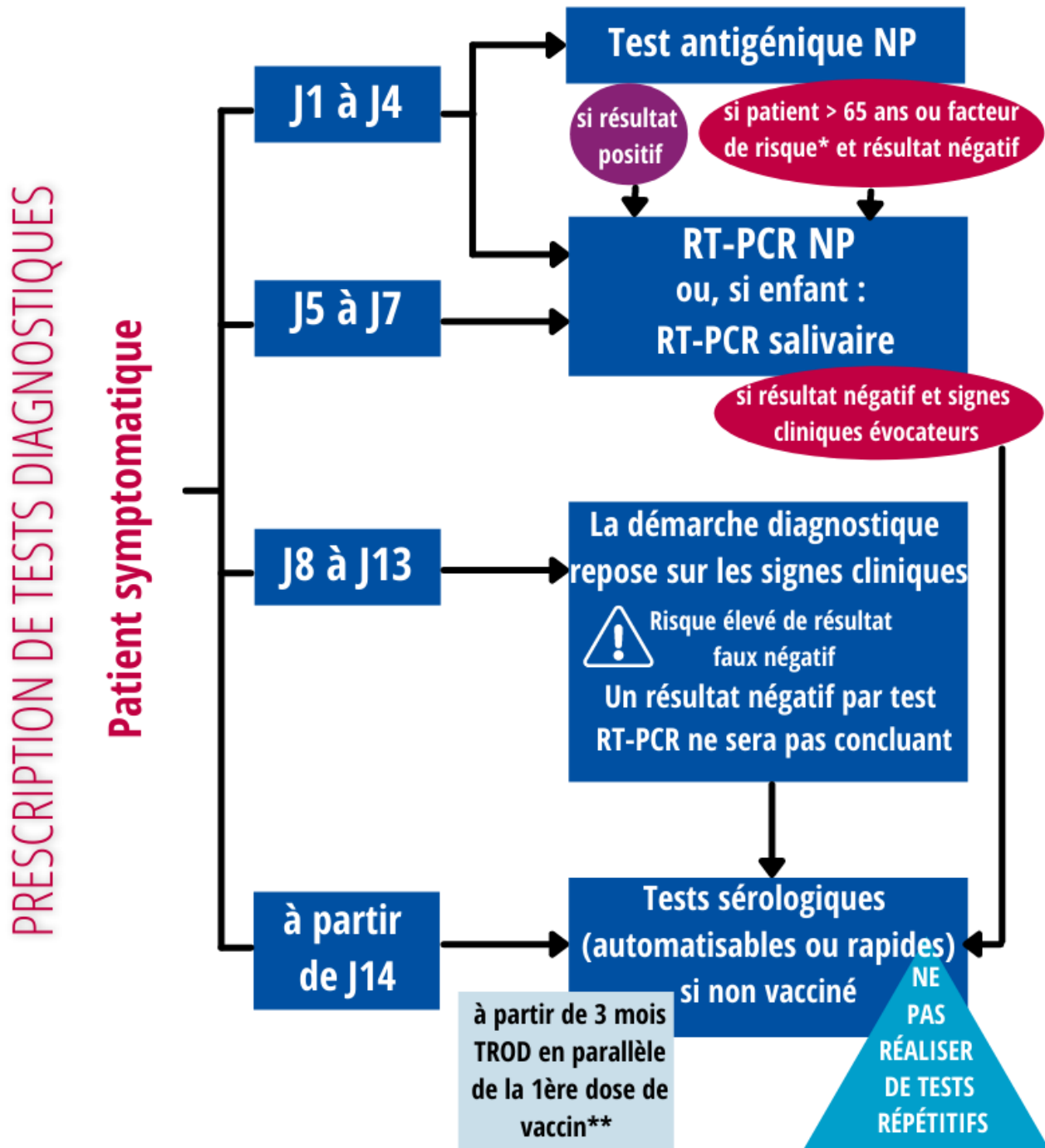
- réalisé 7 jours après la guérison du cas confirmé (soit à J17 (J10+7)) s'il s'agit d'un contact étroit ;
- isolement qui sera poursuivi 10 jours si le résultat du test est positif (cf. figure 3a pour les personnes contacts).

Pour les **personnes-contact à risque modéré**, pas d'isolement et dépistage selon le même schéma que les personnes-contact à risque élevé (cf. figure 3b).

→ **Réponse rapide n°6 : SURVEILLANCE ET TRAITEMENT**

- Chez un patient symptomatique, mettre en place un traitement symptomatique et une surveillance. Renforcer la surveillance entre J6 et J12 (notamment, chez les personnes de 65 ans et plus et/ou avec un facteur de risque connu).
 - Il n'y a pas d'indication à une antibiothérapie en dehors d'une infection bactérienne diagnostiquée.
 - En l'état actuel des connaissances, l'introduction des corticoïdes est un facteur d'aggravation chez les patients ayant une forme de Covid-19 non oxygène-requérante et donc contre indiquée. Si le patient est traité par corticothérapie au long cours pour une autre pathologie, il faut contacter le médecin prescripteur, mais sauf cas particulier, ne pas les arrêter.
 - Une anticoagulation préventive est indiquée chez des patients alités ou à risque thromboembolique.
- **Réponse rapide n°7** : en prévision d'une visite à une personne à risque de forme grave de Covid-19 (surtout s'il s'agit d'une personne immunodéprimée non répondeuse à la vaccination) la nécessité des mesures barrières n'est pas levée quelle que soit la situation vaccinale.

Figure 1 : Prescription de tests diagnostiques chez un patient symptomatique



Un résultat positif prévaut sur un résultat négatif, ceci est valable pour tout type de test.

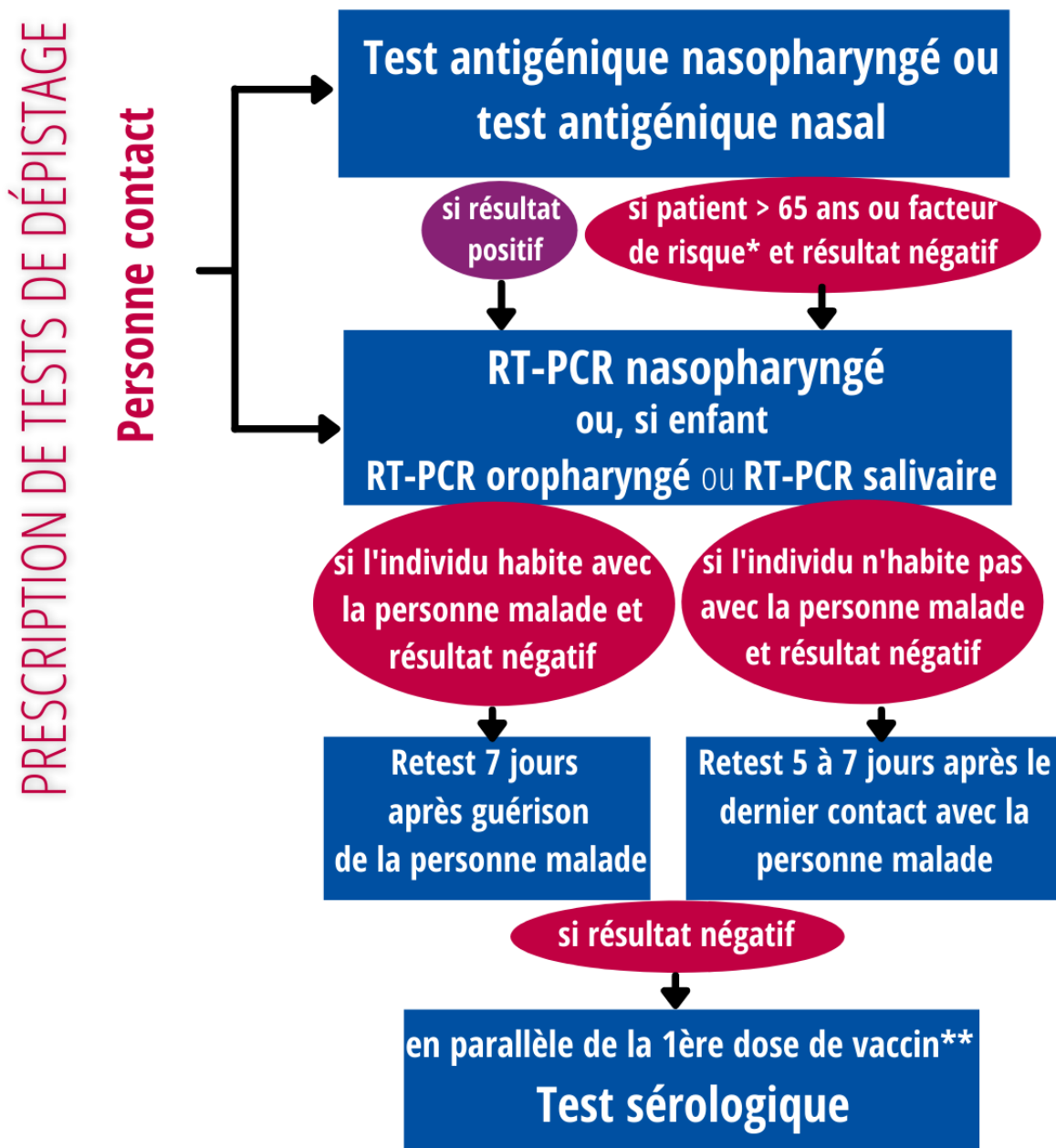
J1 est le jour d'apparition des symptômes

NP : nasopharyngé

*Facteur de risque de développer une forme grave de la maladie

**Si personne immunocompétente et sans facteurs de risque* et sans COVID-19 confirmé par examen biologique

Figure 2. Prescription de tests de dépistage chez une personne contact

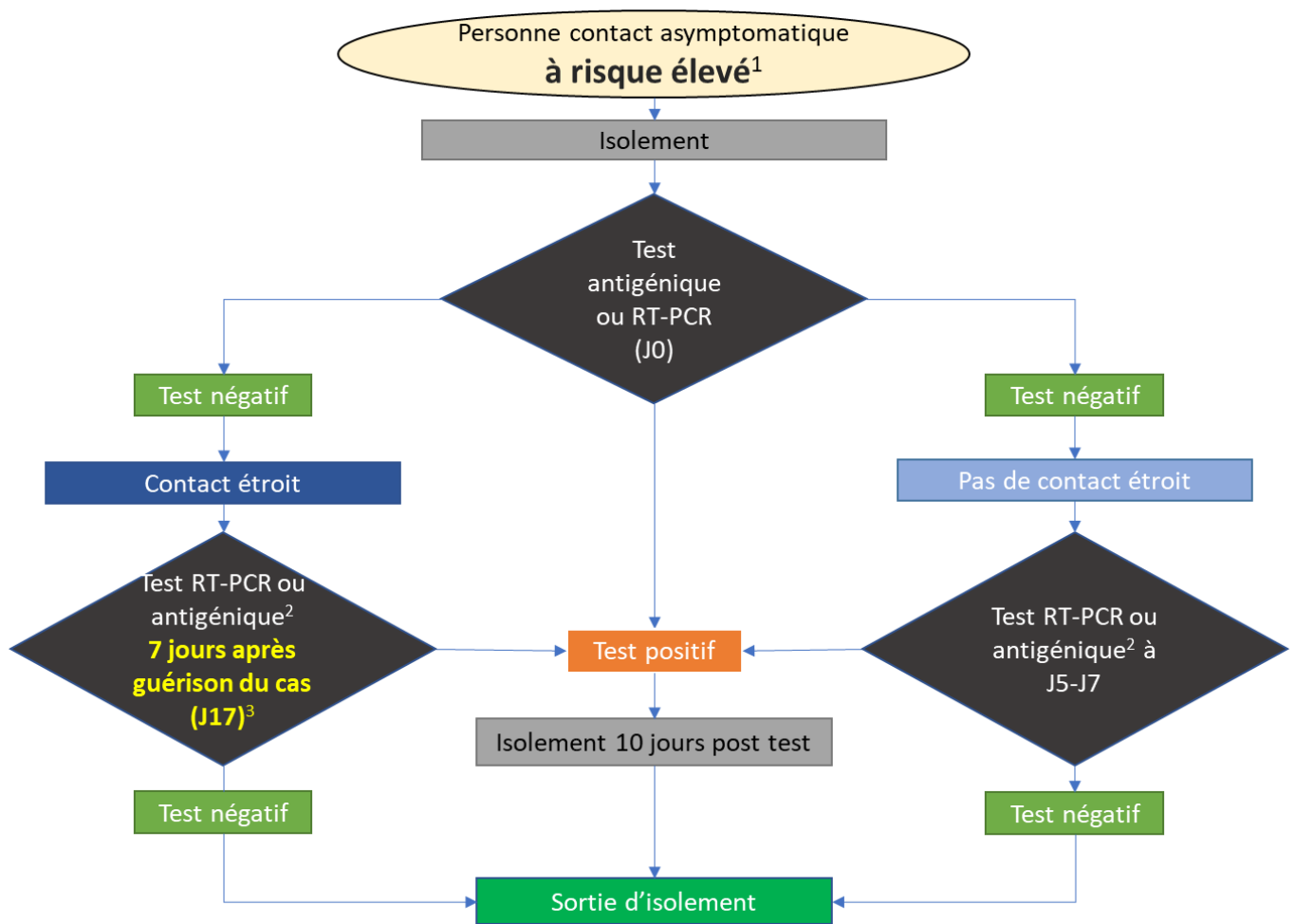


Un résultat positif prévaut sur un résultat négatif, ceci est valable pour tout type de test.

*Facteur de risque de développer une forme grave de la maladie

**Si personne immunocompétente et sans facteurs de risque* et sans COVID-19 confirmé par examen biologique

Figure 3a : Isolement des personnes contacts à risque élevé

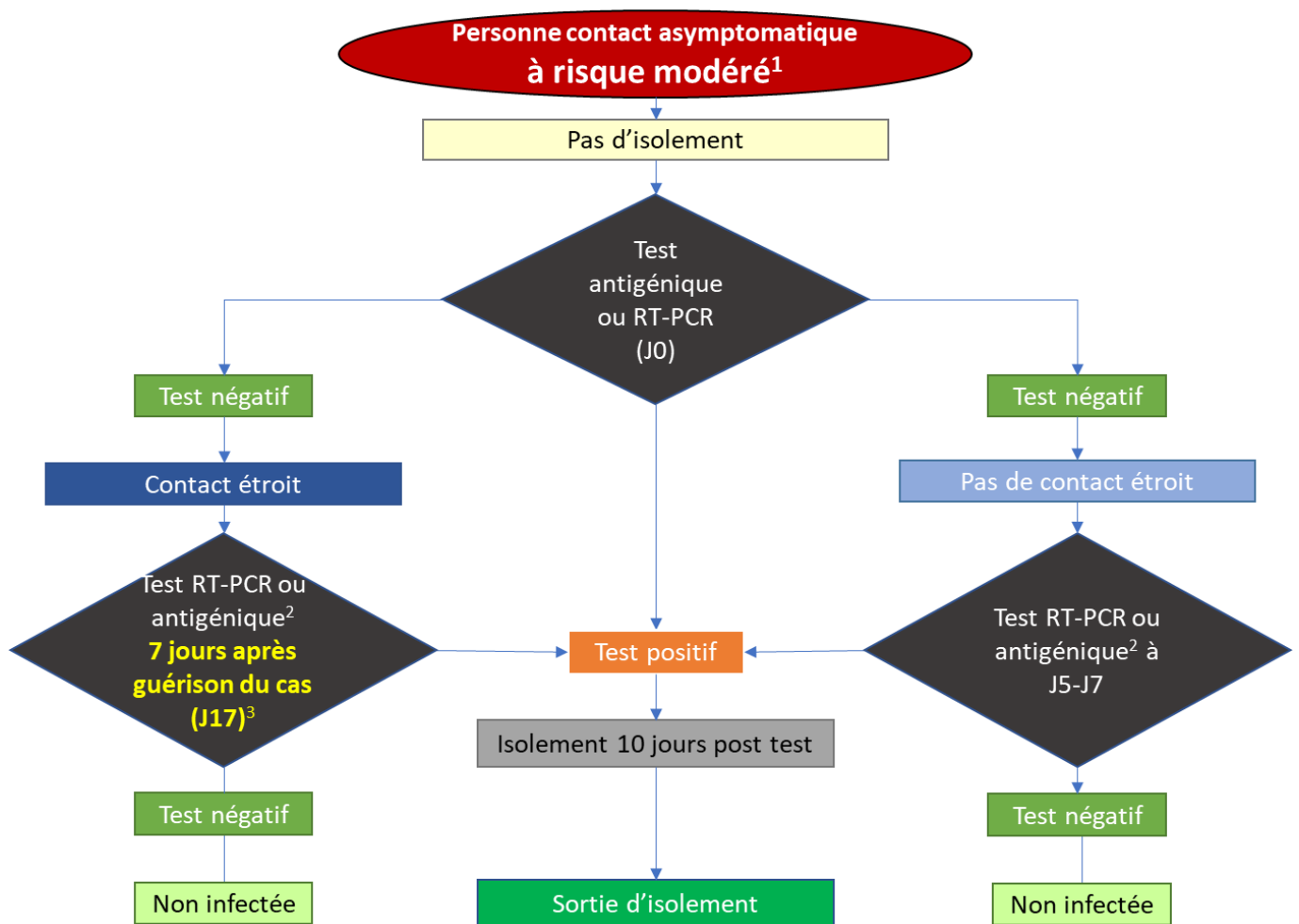


1 : la survenue de symptômes pendant les 7 jours suivant le contact à risque prolonge l'isolement pendant 10 jours ET 48h après la fin de la fièvre quel que soit le résultat des tests éventuellement réalisés.

2 : l'isolement doit être maintenu en attendant les résultats des tests.

3 : J17 soit (10 jours après l'apparition des symptômes chez le cas confirmé et 48h sans fièvre) + (7 jours)

Figure 3b : Isolement des personnes contacts à risque modéré



1 : la survenue de symptômes pendant les 7 jours suivant le contact à risque prolonge l'isolement pendant 10 jours ET 48h après la fin de la fièvre quel que soit le résultat des tests éventuellement réalisés.

2 : l'isolement doit être maintenu en attendant les résultats des tests.

3 : J17 soit (10 jours après l'apparition des symptômes chez le cas confirmé et 48h sans fièvre) + (7 jours)

Personne contact³

En l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact :

- **Personne contact à risque élevé** : toute personne n'ayant pas reçu un schéma complet de primo-vaccination⁴ **OU** ayant reçu un schéma complet de primo-vaccination depuis moins de 7 jours **OU** atteinte d'une immunodépression grave, c'est-à-dire présentant une affection le rendant éligible à une 3^e dose de primo-vaccination, même si celle-ci a déjà été administrée (liste d'affections définies dans l'avis du Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale du 6 avril 2021)^{5,6} **ET**
 - Ayant eu un contact direct avec un cas confirmé ou probable, en face-à-face, à moins de 2 mètres, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, contact physique). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace, même en l'absence de port de masque, sont considérées comme des personnes-contacts à risque négligeable, ou ;
 - Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins à un cas confirmé ou probable, ou ;
 - Ayant partagé un espace intérieur (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel, salle de restaurant, ...) pendant au moins 15 minutes consécutives ou cumulées sur 24h avec un cas confirmé ou probable ou étant resté en face-à-face avec un cas confirmé ou probable durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement.
- **Personne contact à risque modéré** : toute personne sans immunodépression grave ayant reçu un schéma complet de primo-vaccination⁸ depuis au moins 7 jours **ET**
 - Ayant eu un contact direct avec un cas confirmé ou probable, en face-à-face, à moins de 2 mètres, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, contact physique). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace, même en l'absence de port de masque, sont considérées comme des personnes-contacts à risque négligeable, ou ;
 - Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins à un cas confirmé ou probable, ou ;
 - Ayant partagé un espace intérieur (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel, salle de restaurant, ...) pendant au moins 15 minutes consécutives ou cumulées sur 24 h avec un cas confirmé ou probable ou étant resté en face-à-face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement.

Dans cette fiche, les contacts étroits concernent les personnes ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable.

³ D'après Santé publique France – Mise à jour le 22/07/2021

⁴ Soit une, deux ou trois doses selon le vaccin, un éventuel antécédent documenté d'infection et l'existence d'une immunodépression grave

⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_du_cosv_6_avril_2021pdf.pdf

⁶ Il s'agit du délai durant lequel le risque de réinfection par le SARS-CoV-2 paraît négligeable à ce jour pour. Il pourra évoluer en fonction des informations disponibles. Ce délai diffère de celui du pass sanitaire qui a un objectif différent, collectif et préventif, de limiter les risques lors de rassemblements de personnes, pour lesquelles une exposition à un cas n'est pas certaine.

Sommaire

Contexte	10
Conduite à tenir en fonction du délai après l'apparition des symptômes	11
FICHE 1a : Patient symptomatique (adolescent ≥ 11 ans et adulte)	11
FICHE 1b : Patient symptomatique (enfant < 11 ans)	13
Conduite à tenir en fonction du délai après l'exposition	15
FICHE 2 : Personne contact asymptomatique	15
FICHE 3 : Conduite à tenir selon les résultats du test RT-PCR/détection antigénique	17
FICHE 4 : Conduite à tenir selon les résultats des tests sérologiques	19
Récapitulatif	20
Foire aux questions	24
Persistance d'un test RT-PCR positif à distance	24
Patient ayant eu une Covid-19 confirmée guérie, ou vacciné qui revient pour fièvre et toux	24
Réception de résultats RT-PCR positif sans consultation préalable	24
Questions sans réponse actuellement	24
Annexes	25
Annexe 1. Les facteurs de risque de formes graves et de décès associés à la Covid-19	25
Annexe 2. Première consultation clinique	27
Annexe 3. Prescription de tests diagnostiques et de dépistage	29
Prescription de tests diagnostiques chez un patient symptomatique (cf. figure 1)	29
Prescription de tests de dépistage chez une personne contact (cf. figure 2)	30
Annexe 4. Interprétation des résultats et prise en charge globale	31
Annexe 5. Définitions de cas d'infection au SARS-CoV-2 (Covid-19)	36
Ressources	39
Références bibliographiques	40
Méthode d'élaboration et avertissement	43

Contexte

Ces réponses rapides concernent des patients suspects de Covid-19 dans le cadre des soins de premiers recours.

La durée médiane d'incubation de la Covid-19 est de 5 à 6 jours (14 jours au maximum).

La phase contagieuse est de 8 jours en moyenne et commence environ 2 jours avant le début des symptômes.

La Covid-19 est responsable d'une atteinte le plus souvent respiratoire, mais d'autres manifestations sont possibles (neurologiques, cognitives, cardiovasculaires, digestives, hépatiques, rénales, métaboliques, musculo-squelettiques, psychiatriques, dermatologiques, etc.), et/ou la décompensation d'une maladie chronique.

Il existe différentes formes cliniques de Covid-19 :

- les formes asymptomatiques ;
- les formes paucisymptomatiques ;
- les formes avec pneumonie sans signe de gravité ;
- les formes graves se manifestant soit d'emblée, soit secondairement par des aggravations à la fin de la première ou pendant la deuxième semaine avec des tableaux rapidement évolutifs nécessitant une hospitalisation conventionnelle ou en réanimation.

Les formes asymptomatiques ou paucisymptomatiques sont les plus fréquentes (85 % des patients).

La prise en charge de ces patients doit prendre en compte la contagiosité de l'infection virale qui nécessite de maintenir les mesures de protection, et la fragilité des patients susceptibles de présenter des décompensations rapides à type de défaillance respiratoire, de complications thrombo-emboliques ou cardiovasculaires.

La majorité des patients atteints de la Covid-19 relève d'une prise en charge en ambulatoire.

Rappel

Ces réponses rapides élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

Conduite à tenir en fonction du délai après l'apparition des symptômes

Remarque : J1 est le jour d'apparition des symptômes.

FICHE 1a : Patient symptomatique (adolescent \geq 11 ans et adulte)



Un patient présentant ou ayant présenté des symptômes évocateurs de COVID-19 arrive en consultation.



Le médecin doit rechercher une possible exposition et dater le début de symptômes. « *Quand les symptômes ont-ils commencé ? Avez-vous été en contact avec un patient COVID-19 (quel que soit le virus SARS-Cov-2 natif ou variant) ?* » (cf. annexe 2).

Questionner le patient sur son statut vaccinal anti-Covid-19 et préciser la date de la dernière injection de vaccin



L'examen clinique réalisé par le médecin doit inclure : la prise de la température, du pouls, la tension artérielle, la fréquence respiratoire, la mesure de la saturation en oxygène, l'auscultation.

La question : « Êtes-vous essoufflé ? » ne suffit pas. L'hypoxie n'est pas toujours ressentie par le patient. Attention aux signes de gravité ! (cf. annexe 2).



- Si le patient consulte entre J1 et J7 à partir du début des symptômes, prescrire un test RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé (cf. annexe 3).

Réaliser un test antigénique sur prélèvement nasopharyngé si le patient est vu en consultation entre J1 et J4 après le début des symptômes et sans facteur de risque de forme grave de Covid-19.

Remarque 1 : si le prélèvement nasopharyngé est difficilement ou pas réalisable en raison d'une situation physiologique ou pathologique (patients atteints d'hémophilie), prescrire un test RT-PCR sur prélèvement salivaire.

Remarque 2 : si le test de détection antigénique est positif, considérer le patient comme un cas confirmé et prescrire un second prélèvement, en vue d'un test RT-PCR de criblage.

- Si le patient consulte après 7 jours, et s'il n'est pas vacciné : prescription d'un test sérologique (automatisable ou rapide) à réaliser 14 jours à partir du début des symptômes, ne pas prescrire un test RT-PCR.



Isoler le patient pendant 10 jours à partir de l'apparition des symptômes ET 48 heures sans fièvre (cf. annexe 4).

Prescription de masques chirurgicaux (14 masques/sem. ; cf. annexe 4).

Rappeler l'importance du respect des mesures barrière.

Encourager la recherche de personnes contacts.

Isoler et dépister les personnes contacts du foyer en cas de suspicion forte chez le patient.

Si le résultat du test est positif mettre en place le *contact-tracing* et surveiller de près le patient.



Mettre en place un traitement symptomatique et une surveillance si besoin (cf. annexe 4).

Pas d'indication à prescrire une antibiothérapie en dehors d'une infection respiratoire bactérienne diagnostiquée.

L'utilisation des corticoïdes systémiques est délétère chez les patients ayant une forme non sévère de COVID-19 ne nécessitant pas une oxygénothérapie et donc contre indiquée.

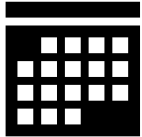
Anticoagulation préventive indiquée chez des patients alités ou à risque thrombo-embolique (selon les recommandations).

Inciter les patients à participer aux essais cliniques en soins de santé primaires.

FICHE 1b : Patient symptomatique (enfant < 11 ans)



Un enfant présentant ou ayant présenté des symptômes évocateurs de COVID-19 arrive en consultation (*en l'absence de signes de gravité*).



Le médecin doit rechercher une possible exposition et dater le début de symptômes. « *Quand les symptômes ont-ils commencé ? L'enfant a-t-il été en contact avec un patient COVID-19 (quel que soit le virus SARS-Cov-2 natif ou variant ?* » (cf. annexe 2).

Rechercher l'existence d'une personne à risque de forme grave de COVID-19 dans l'entourage.



L'examen clinique réalisé par le médecin doit inclure : la prise de la température, du pouls, la fréquence respiratoire, la mesure de la saturation en oxygène si possible, l'auscultation.

Recherche d'une étiologie infectieuse autre que le COVID-19.



Prescription d'un test diagnostique du SARS-Cov-2 si :

- fièvre sans autre cause identifiée chez l'enfant de plus de 6 ans ;
- fièvre sans cause identifiée persistant au troisième jour chez l'enfant de moins de 6 ans ;

Le test RT-PCR est réalisé sur prélèvement salivaire si l'enfant est vu en consultation entre J1 et J7 à partir du début de symptômes.

Si l'enfant consulte entre J1 et J4 à partir du début des symptômes, il est possible de réaliser un test de détection antigénique sur prélèvement nasopharyngé.

Remarque : si le test de détection antigénique est positif, considérer le patient comme un cas confirmé et prescrire un second prélèvement, en vue d'un test RT-PCR de criblage.



Isoler l'enfant pendant 10 jours à partir de l'apparition des symptômes ET 48 heures sans fièvre.

L'apprentissage des gestes barrière et de l'hygiène des mains est essentielle chez tout enfant quel que soit son âge.

La distanciation physique, le port du masque et son acceptabilité doivent s'adapter à l'âge de l'enfant.

Le masque est proscrit chez les nourrissons et jeunes enfants. Seuls les adultes s'en occupant portent un masque chirurgical. Il n'est pas porté chez les enfants de maternelle.



Mettre en place un traitement symptomatique et une surveillance si besoin (cf. annexe 4).

Pas d'indication à prescrire une antibiothérapie en dehors d'une infection respiratoire bactérienne diagnostiquée.

Conduite à tenir en fonction du délai après l'exposition

FICHE 2 : Personne contact asymptomatique

Remarque : J1 est le (dernier) jour de l'exposition.



Un sujet asymptomatique arrive en consultation car il a été en contact avec un patient COVID-19 (quel que soit le virus SARS-Cov-2, natif ou variant), confirmé ou fortement suspect.

Attention : si la personne contact présente des symptômes, se reporter à la Fiche 1a.



Recueillir la date probable d'exposition (cf. annexe 2).

Questionner le patient sur son statut vaccinal anti-Covid-19 et préciser la date de la dernière injection de vaccin



Examen clinique : prise de la température, du pouls, la tension artérielle, la mesure de la saturation en oxygène, la fréquence respiratoire, l'auscultation. (cf. annexe 2).



Pour l'ensemble des contacts à risque (risque modéré ou risque élevé (cf. annexe 5) ; contact étroit - résident au sein du même foyer -, ou sans contact étroit), un test de détection antigénique ou RT-PCR doit être réalisé immédiatement par prélèvement nasopharyngé, pour réduire au maximum le risque d'exposition avec l'entourage.

Si le test de détection antigénique est positif, considérer le patient comme un cas confirmé et prescrire un second prélèvement, en vue d'un test RT-PCR de criblage.

Remarque : si le prélèvement nasopharyngé est difficilement ou pas réalisable, en raison d'une condition physiologique ou pathologique (c'est à dire petits enfants, patients atteints d'hémophilie) :

- - prescrire un test RT-PCR sur prélèvement oropharyngé (c'est-à-dire prélèvement pharyngé par voie orale) ou sur prélèvement salivaire ;
- ou réaliser le test antigénique sur prélèvement nasal.

Pour l'interprétation des résultats (voir la fiche 3).



Pour les personnes contact à risque élevé sans contact étroit :

- si test de détection antigénique positif, isolement 10 jours après la date du test ;

- si test négatif, refaire la RT-PCR ou le test de détection antigénique à J5/J7, isolement indispensable en attendant ; un résultat négatif de ce 2^e test permet la levée de l'isolement.
- Informer le patient qu'en cas d'apparition des symptômes le test RT-PCR ou de détection antigénique doit être réalisé avant J5/J7.

Pour les personnes contact à risque élevé du domicile du patient COVID confirmé (ayant un contact étroit) :

- si test de détection antigénique positif ; isolement 10 jours après la date du test ;
- si négatif : refaire la RT-PCR ou le test de détection antigénique 7 jours après la guérison du cas confirmé (soit à J10+7) et en l'absence de symptômes évocateurs de la Covid-19. Isolement indispensable en attendant.

Prescription de masques chirurgicaux (14 masques/sem. ; cf. annexe 4).

Pour les personnes contact à risque modéré :

- pas d'isolement ;
- stratégie diagnostique identique à celle des personnes à risque élevé ;
- port du masque dans l'espace public et limitation des interactions sociales.

Inciter la personne contact (qu'elle soit à risque élevé ou modéré ; contact étroit ou non étroit), à informer, elle-même, les personnes (contacts secondaires) avec lesquelles elle a été en contact à risque, depuis sa dernière exposition avec le cas.



Aucun traitement n'est indiqué.

FICHE 3 : Conduite à tenir selon les résultats du test RT-PCR/détection antigénique

Résultat du test RT-PCR positif ou du test de détection antigénique positif si patient symptomatique



Si le test antigénique est positif, prescrire un second prélèvement, en vue d'un test RT-PCR de criblage.



Maintenir l'isolement.

Prescription de masques chirurgicaux (14 masques/sem. ; cf. annexe 4).

En cas d'impossibilité d'isolement effectif au domicile et/ou de présence de personnes à risque, il convient d'organiser une prise en charge en lien avec une organisation territoriale d'appui si elle existe et/ou l'ARS. Le cas échéant, le lien doit être fait vers des ressources de soutien psychologique des personnes souffrant de cet isolement.



- 1) Déclaration du cas RT-PCR + / détection antigénique + sur la plateforme Contact-Covid de l'Assurance Maladie.
- 2) Déclaration des autres membres du foyer sur la plateforme de l'Assurance Maladie.
- 3) Encourager le patient à informer ses contacts et leur conseiller de faire immédiatement le test RT-PCR ou le test de détection antigénique, et de s'isoler en attendant le résultat du test si elles sont personnes contact à risque élevé.
- 4) Encourager le patient à déclarer ses personnes contacts extra-familiales au délégué d'Assurance Maladie.



Renforcer la surveillance entre J6 et J12 (notamment, chez les personnes de 65 ans et plus et /ou avec un facteur de risque connu). Avertir le patient des éléments de surveillance pouvant évoquer une aggravation. Le médecin jugera s'il a besoin de voir le patient ou s'il peut le suivre par téléconsultation et/ou l'inscrire sur une plateforme de télésuivi. Organiser une surveillance de la saturation en oxygène biquotidienne en fonction des signes respiratoires et des facteurs de risque de forme grave de COVID-19 (former le patient à l'utilisation de l'oxymètre en cas d'autosurveillance).

Résultat du test RT-PCR négatif ou du test de détection antigénique négatif



Si le test antigénique est négatif, retester avec une RT-PCR entre J2 et J7 si le patient est âgé de plus de 65 ans et/ou à risque de développer une forme grave de COVID-19.



Le médecin devra prendre en compte les raisons pour lesquelles un résultat faux négatif peut survenir lors d'un test RT-PCR :

- Mauvaise technique du prélèvement (l'écouvillonnage n'a pas été assez profond).
- Le test a été réalisé trop tard et le virus ne peut plus être isolé à partir d'un prélèvement nasopharyngé (risque élevé de résultat faux négatif pour des tests réalisés à partir de J8).



Si suspicion forte : maintenir les mesures d'isolement et encourager la recherche de personnes contacts. Prescrire des masques chirurgicaux (14 masques/sem. ; cf. annexe 4).

FICHE 4 : Conduite à tenir selon les résultats des tests sérologiques

Résultat positif de la sérologie



Vérifier que la technique et /ou le kit utilisé corresponde à l'un des tests homologués par le Ministère (<https://covid-19.sante.gouv.fr/>). Cette information doit obligatoirement apparaître dans le compte-rendu de biologie médicale (cf. annexe 4).



Expliquer le résultat au patient (cf. annexe 4) :

Les tests sérologiques, automatisables ou rapides, permettent uniquement de déterminer si une personne a produit des anticorps en réponse à une infection par le virus SARS-CoV-2. La présence d'anticorps n'est pas synonyme de protection immunitaire (= immunité). En effet, si la présence d'anticorps neutralisants a pu être observée chez des patients, il n'existe pas encore de corrélat de protection. Une protection certaine à moyen terme, durable ou définitive n'est pas garantie.

Les tests disponibles actuellement ne permettent pas de déterminer si les anticorps détectés ont une activité neutralisante.

Les tests sérologiques ne permettent pas de statuer si la personne est contagieuse ou pas.

- IgM+/IgG- Infection en cours (infection plutôt débutante)
- IgM+/IgG+ Infection en cours ou récente
- IgM-/IgG+ Le patient a produit des anticorps en réponse à l'infection par SARS-Cov2.

Résultat négatif de la sérologie



Plusieurs facteurs pourraient expliquer un faux négatif. Le médecin peut :

- vérifier la qualité du test et /ou le kit utilisé soient performants d'après l'information fournie par le Ministère (<https://covid-19.sante.gouv.fr/>) ;
- s'interroger sur la sensibilité du test ;
- s'interroger sur la précocité de la prescription du test sérologique ;
- remettre en cause le diagnostic de COVID-19.

Récapitulatif

Tableau 1. Récapitulatif de la prise en charge diagnostique de la Covid-19

Patient	À quel moment*	Prescrire	En attente des résultats	Interprétation des résultats de tests
Symptomatique sans facteur de risque de forme grave	J1-J4	Détection antigénique sur prélèvement nasopharyngé	Isolement 4 masques chirurgicaux Traitement si besoin Surveillance si besoin	Détection antigénique positif : prescrire second prélèvement pour RT-PCR de criblage patient malade , maintenir l'isolement, 14 masques chirurgicaux/sem. (cf. annexe 4), contacter l'entourage pour organiser le dépistage de personnes contacts*. Contact Covid site Ameli Pro Surveillance renforcée si besoin Notamment chez les sujets âgés de 65 ans et plus et/ou facteur de risque connu.
				Détection antigénique négatif : non concluant
Symptomatique	J1-J7	RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé (sur prélèvement salivaire si prélèvement nasopharyngé est difficilement ou pas réalisable en raison d'une condition physiologique ou pathologique)	Isolement 4 masques chirurgicaux Traitement si besoin Surveillance si besoin	RT-PCR positif : patient malade, maintenir l'isolement, 14 masques chirurgicaux/sem (cf. annexe 4), contacter l'entourage pour organiser le dépistage de personnes contacts*. Contact Covid site Ameli Pro Surveillance renforcée si besoin
				RT-PCR négatif : non concluant – >J14 : sérologie (par test automatisable ou rapide), cf. ci-dessous
Personne contact à risque élevé avec notion d'exposition étroite*** et répétée	Immédiatement	Détection antigénique sur prélèvement nasopharyngé ou nasal (RT-PCR sur prélèvement oropharyngé ou salivaire si prélèvement nasopharyngé difficile ou impossible)	Isolement 4 masques chirurgicaux Aucun traitement	Détection antigénique positif prescrire second prélèvement pour RT-PCR de criblage maintenir l'isolement 10 jours après la date du test, 14 masques chirurgicaux/sem. (cf. annexe 4), contacter l'entourage pour organiser le dépistage de personnes contacts**. Contact Covid site Ameli Pro
				Détection antigénique négatif : refaire test de détection antigénique 7 jours après la guérison du cas confirmé (J10+7), isolement indispensable en attendant
Personne contact à risque élevé	Immédiatement	RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé	Isolement 4 masques chirurgicaux	RT-PCR positif : maintenir l'isolement 10 jours après la date du test, 14 masques chirurgicaux/sem. (cf. annexe 4), contacter l'entourage pour organiser le dépistage de personnes contacts**. Contact Covid site Ameli Pro

Patient	À quel moment*	Prescrire	En attente des résultats	Interprétation des résultats de tests
avec notion d'exposition étroite*** et répétée		(oropharyngé ou salivaire si prélèvement nasopharyngé difficile ou impossible)	Aucun traitement	RT-PCR négatif : refaire RT-PCR 7 jours après la guérison du cas confirmé (J10+7), isolement indispensable en attendant.
Personne contact à risque élevé Sans contact étroit	Immédiatement	Détection antigénique sur prélèvement nasopharyngé ou nasal (RT-PCR sur prélèvement oropharyngé ou salivaire si prélèvement nasopharyngé difficile ou impossible) ?	Isolement 4 masques chirurgicaux Aucun traitement	Détection antigénique positif : prescrire second prélèvement pour RT-PCR de criblage. maintenir l'isolement 10 jours après la date du test, 14 masques chirurgicaux/sem. (cf. annexe 4), contacter l'entourage pour organiser le dépistage de personnes contacts**. Contact Covid site Ameli Pro Détection antigénique négatif : refaire RT-PCR à J5/J7, isolement indispensable en attendant
Personne contact à risque élevé Sans contact étroit	Immédiatement	RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé (oropharyngé ou salivaire si prélèvement nasopharyngé difficile ou impossible)	Isolement 4 masques chirurgicaux Aucun traitement	RT-PCR positif : maintenir l'isolement 10 jours après la date du test, 14 masques chirurgicaux/sem. (cf. annexe 4), contacter l'entourage pour organiser le dépistage de personnes contacts**. Contact Covid site Ameli Pro RT-PCR négatif : refaire RT-PCR à J5/J7, isolement indispensable en attendant
Personne contact à risque modéré avec notion d'exposition étroite*** et répétée	Immédiatement	Détection antigénique sur prélèvement nasopharyngé ou nasal (RT-PCR sur prélèvement oropharyngé ou salivaire si prélèvement nasopharyngé difficile ou impossible)	Pas d'isolement 4 masques chirurgicaux Aucun traitement	Détection antigénique positif prescrire second prélèvement pour RT-PCR de criblage isolement 10 jours après la date du test, 14 masques chirurgicaux/sem. (cf. annexe 4), contacter l'entourage pour organiser le dépistage de personnes contacts**. Contact Covid site Ameli Pro Détection antigénique négatif : Pas d'isolement refaire test de détection antigénique 7 jours après la guérison du cas confirmé (J10+7)
Personne contact à risque modéré avec notion d'exposition étroite*** et répétée	Immédiatement	RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé (oropharyngé ou salivaire si prélèvement nasopharyngé difficile ou impossible)	Pas d'isolement 4 masques chirurgicaux Aucun traitement	RT-PCR positif : isolement 10 jours après la date du test, 14 masques chirurgicaux/sem. (cf. annexe 4), contacter l'entourage pour organiser le dépistage de personnes contacts**. Contact Covid site Ameli Pro RT-PCR négatif : Pas d'isolement refaire RT-PCR 7 jours après la guérison du cas confirmé (J10+7)

Patient	À quel moment*	Prescrire	En attente des résultats	Interprétation des résultats de tests
Personne contact à risque modéré Sans contact étroit	Immédiatement	Détection antigénique sur prélèvement nasopharyngé ou nasal (RT-PCR sur prélèvement oropharyngé ou salivaire si prélèvement nasopharyngé difficile ou impossible) ?	Pas d'isolement 4 masques chirurgicaux Aucun traitement	Détection antigénique positif : prescrire second prélèvement pour RT-PCR de criblage. isolement 10 jours après la date du test, 14 masques chirurgicaux/sem. (cf. annexe 4), contacter l'entourage pour organiser le dépistage de personnes contacts**. Contact Covid site Ameli Pro <hr/> Détection antigénique négatif : Pas d'isolement refaire RT-PCR à J5/J7
Personne contact à risque élevé Sans contact étroit	Immédiatement	RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé (oropharyngé ou salivaire si prélèvement nasopharyngé difficile ou impossible)	Pas d'isolement 4 masques chirurgicaux Aucun traitement	RT-PCR positif : isolement 10 jours après la date du test, 14 masques chirurgicaux/sem. (cf. annexe 4), contacter l'entourage pour organiser le dépistage de personnes contacts**. Contact Covid site Ameli Pro <hr/> RT-PCR négatif : Pas d'isolement refaire RT-PCR à J5/J7

* Fait référence au jour de consultation, J1 est le jour d'apparition des symptômes (si patient symptomatique) ou le jour de l'exposition chez la personne contact.

** Personne contact :

En l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact :

- ➔ Personne contact à risque élevé : toute personne n'ayant pas reçu un schéma complet de primo-vaccination OU ayant reçu un schéma complet de primo-vaccination depuis moins de 7 jours (vaccins Cominarty® de Pfizer, Spikevax® de Moderna®, OU atteinte d'une immunodépression grave, c'est-à-dire présentant une affection le rendant éligible à une 3e dose de primo-vaccination, même si celle-ci a déjà été administrée (liste d'affections définies dans l'avis du Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale du 6 avril 2021) ET
 - Ayant eu un contact direct avec un cas confirmé ou probable, en face-à-face, à moins de 2 mètres, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, contact physique). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace, même en l'absence de port de masque, sont considérées comme des personnes-contacts à risque négligeable, ou ;
 - Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins à un cas confirmé ou probable, ou ;
 - Ayant partagé un espace intérieur (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel, salle de restaurant, ...) pendant au moins 15 minutes consécutives ou cumulées sur 24h avec un cas confirmé ou probable ou étant resté en face-à-face avec un cas confirmé ou probable durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement.
- ➔ Personne contact à risque modéré : toute personne sans immunodépression grave ayant reçu un schéma complet de primo-vaccination⁸ depuis au moins 7 jours (vaccins Cominarty® de Pfizer, Spikevax® de Moderna®,) ET
 - Ayant eu un contact direct avec un cas confirmé ou probable, en face-à-face, à moins de 2 mètres, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, contact physique). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de

manière fugace, même en l'absence de port de masque, sont considérées comme des personnes-contacts à risque négligeable, ou ;

- Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins à un cas confirmé ou probable, ou ;
- Ayant partagé un espace intérieur (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel, salle de restaurant, ...) pendant au moins 15 minutes consécutives ou cumulées sur 24 h avec un cas confirmé ou probable ou étant resté en face-à-face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement.

*** : Contact étroit : résident au sein du même foyer induisant des contacts répétés au sein d'une période donnée

Foire aux questions

Persistance d'un test RT-PCR positif à distance

Il est possible que le virus persiste dans le tractus nasopharyngé pendant 6 à 8 semaines. En l'état actuel des connaissances, ne pas refaire de test RT-PCR si un test est revenu positif pour juger de la guérison. La fin de la contagiosité ne doit pas être affirmée par un test PCR négatif.

Patient ayant eu une Covid-19 confirmée guérie, ou vacciné qui revient pour fièvre et toux

Retester le patient. Une réinfection est possible.

Ainsi, la survenue de nouveaux cas en EHPAD doit faire retester même les pensionnaires qui ont été testés positifs à la Covid.

Pour les patients vaccinés ayant des symptômes entre les 2 doses cf. fiche démarche vaccinale⁷.

Réception de résultats RT-PCR positif sans consultation préalable

Appeler le patient a minima.

S'enquérir des symptômes / histoire de la maladie / jour d'apparition des symptômes / contacts / personnes vivant à domicile et FDR de formes graves.

Tracing sur la plateforme Ameli pro.

Quand décider de convoquer le patient au cabinet pour une évaluation clinique ? Si présence de facteurs de risque de formes graves.

Questions sans réponse actuellement

Perspective de mise à jour ultérieure du document en fonction des données de la littérature qui seront disponibles pour les points ci-dessous.

Tableau clinique typique de Covid-19 et 2 tests RT-PCR négatifs à 7 jours d'intervalle. Symptômes typiques Covid-19 et sérologie négative.

Symptômes persistants : possibilité d'adresser ces malades aux consultations dédiées mises en place dans les services spécialisés⁸.

Corrélat de protection

⁷ Cf. Fiche réponses rapides dans le cadre de la Covid-19. Réponses rapides dans le cadre de la COVID-19 - Démarche médicale pour la vaccination contre la Covid-19 – Premières phases. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3227126/fr/reponses-rapides-dans-le-cadre-de-la-covid-19-demarche-medical-pour-la-vaccination-contre-la-covid-19-premieres-phases

⁸ Cf. Fiche réponses rapides dans le cadre de la Covid-19. Symptômes prolongés suite à une Covid-19 de l'adulte - Diagnostic et prise en charge. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237041/fr/symptomes-prolonges-suite-a-une-covid-19-de-l-adulte-diagnostic-et-prise-en-charge

Annexes

Annexe 1. Les facteurs de risque de formes graves et de décès associés à la Covid-19

La HAS a procédé à l'actualisation de la revue de la littérature des facteurs de risque de formes graves et de décès associés à la Covid-19.

La revue actualisée des études épidémiologiques françaises et internationales confirme le **rôle majeur et prépondérant de l'âge dans la survenue des décès liés à la Covid-19. L'âge est également de loin le principal facteur de risque de formes graves.**

La revue actualisée des études confirme également **l'influence des comorbidités qui, s'elle est marquée et significative, apparaît nettement moindre que celle de l'âge.**

Les pathologies/comorbidités identifiées par la HAS comme à risque avéré d'hospitalisation ou de décès sont les suivantes (cf. stratégie de vaccination contre le Sars-Cov-2 de la HAS du 1er mars 2021) :

Les pathologies déjà identifiées dans son rapport du 30 novembre à savoir :

1) Pour les pathologies **à très haut risque de décès** (RR > 3 dans la majorité des études) :

- Les personnes atteintes de trisomie 21 surtout à partir de l'âge de 40 ans ;
- le fait d'avoir une transplantation d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques ;
- l'insuffisance rénale chronique terminale (insuffisants rénaux dialysés) ;

Pour les personnes présentant des affections préexistantes **rares et graves ou des handicaps graves**, le risque de formes graves ne peut être explicitement identifié à partir de la revue de la littérature. Dans ces situations, il n'existe pas de preuves scientifiques suffisantes concernant l'évolution d'une maladie Covid-19 mais un risque sensiblement accru est identifié par les spécialistes.

2) D'autres pathologies sont également **à haut risque de décès** (RR compris entre 1,5 et 3 dans la majorité des études) :

- le diabète (de type 1 et de type 2), et pour lequel il apparaît que le risque associé pourrait être plus élevé chez les diabétiques plus jeunes ;
- l'obésité (IMC > 30 kg/m²), ce risque augmente avec l'IMC (IMC > 40 kg/m²) et pourrait être plus élevé chez les plus jeunes ;
- les cancers en particulier s'il s'agit d'un cancer récent et/ou en progression et/ou sous chimiothérapie. Les personnes atteintes de cancers hématologiques semblent plus à risque encore ;
- la BPCO et l'insuffisance respiratoire ;
- l'insuffisance cardiaque ;
- l'hypertension artérielle compliquée.

À ces comorbidités à haut risque de décès, s'ajoutent les pathologies suivantes dont les résultats concordent désormais dans la plupart des études identifiées :

- les maladies hépatiques chroniques et en particulier la cirrhose ;
- les troubles psychiatriques ;
- la démence ;

- les personnes présentant un antécédent d'accident vasculaire cérébral.

La HAS confirme également que, si l'influence des comorbidités identifiées ci-dessus est marquée, le cumul de ces comorbidités mérite également d'être considéré dans la priorisation des personnes à vacciner. Si quelques études renseignent sur l'influence des polyopathologies chroniques (≥ 3 comorbidités) sur le risque de décès, **toutes indiquent que les personnes polyopathologiques dans une tranche d'âge donnée ont un risque de décéder proche des personnes de la tranche d'âge supérieure ne présentant pas de polyopathologies.** Les personnes polyopathologiques qui sont atteintes des comorbidités identifiées ci-dessus apparaissent donc particulièrement à risque de décès, et ce d'autant plus qu'elles sont âgées.

Enfin, les nouvelles données issues d'une étude américaine portant sur les femmes enceintes indiquent désormais que la grossesse est un facteur de risque indépendant de développer des formes graves qu'il s'agisse des hospitalisations ou des décès associés à la Covid-19. Bien que ce risque soit plus faible (RR de l'ordre de 1,7) que pour les patients âgés ou présentant des comorbidités, celui-ci semble augmenter avec l'âge de la mère (>35 ans) et avec la présence de comorbidités telles que l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires.

D'autres comorbidités ont un rôle encore discutable et ne sont donc pas à ce stade prises en considération pour la priorisation. Il s'agit :

- des personnes présentant une coronaropathie ;
- des personnes atteintes d'une maladie inflammatoire et/ou auto-immune qui pourraient également être à risque, mais les arguments sont moins robustes, sauf peut-être en ce qui concerne la présence d'une corticothérapie ;
- des personnes vivant avec le VIH ; en effet, il apparaît dans plusieurs études que ce risque découlerait plutôt de la plus grande fréquence chez ces personnes de certaines comorbidités elles-mêmes à risque. La lymphopénie T CD4+ présente ou passée pourrait toutefois avoir un impact délétère.

Annexe 2. Première consultation clinique

Cette consultation sera effectuée au mieux en présentiel.

Questionnement du patient

Il est important de questionner le patient afin de :

- rechercher une possible exposition (métier exposé [contact direct avec le public, existence d'un risque infectieux au poste de travail], transports en commun, éventuels déplacements, entourage familial, vie communautaire) et d'en préciser la date, prendre en compte l'importance de l'épidémie dans le département/région où habite le patient ;
- préciser la date d'apparition des symptômes et leur évolution ;
- préciser les antécédents médicaux en particulier les facteurs de risque associés au développement d'une forme grave de la maladie Covid-19 (cf. annexe 1) ;
- rechercher la présence de personnes fragiles dans le foyer.

Signes cliniques

L'examen clinique comporte la prise de la température, du pouls, de la tension artérielle, la mesure de la saturation en oxygène, la fréquence respiratoire, l'auscultation.

Manifestations cliniques de la Covid-19

Selon le HCSP1, les signes cliniques évocateurs de Covid-19 sont une infection respiratoire aiguë avec une fièvre ou une sensation de fièvre, ou toute autre manifestation clinique suivante de survenue brutale (au 23 juillet 2020) :

En population générale : asthénie inexplicée, myalgies inexplicées, céphalées en dehors d'une pathologie migraineuse connue, anosmie ou hyposmie sans rhinite associée, agueusie ou dysgueusie.

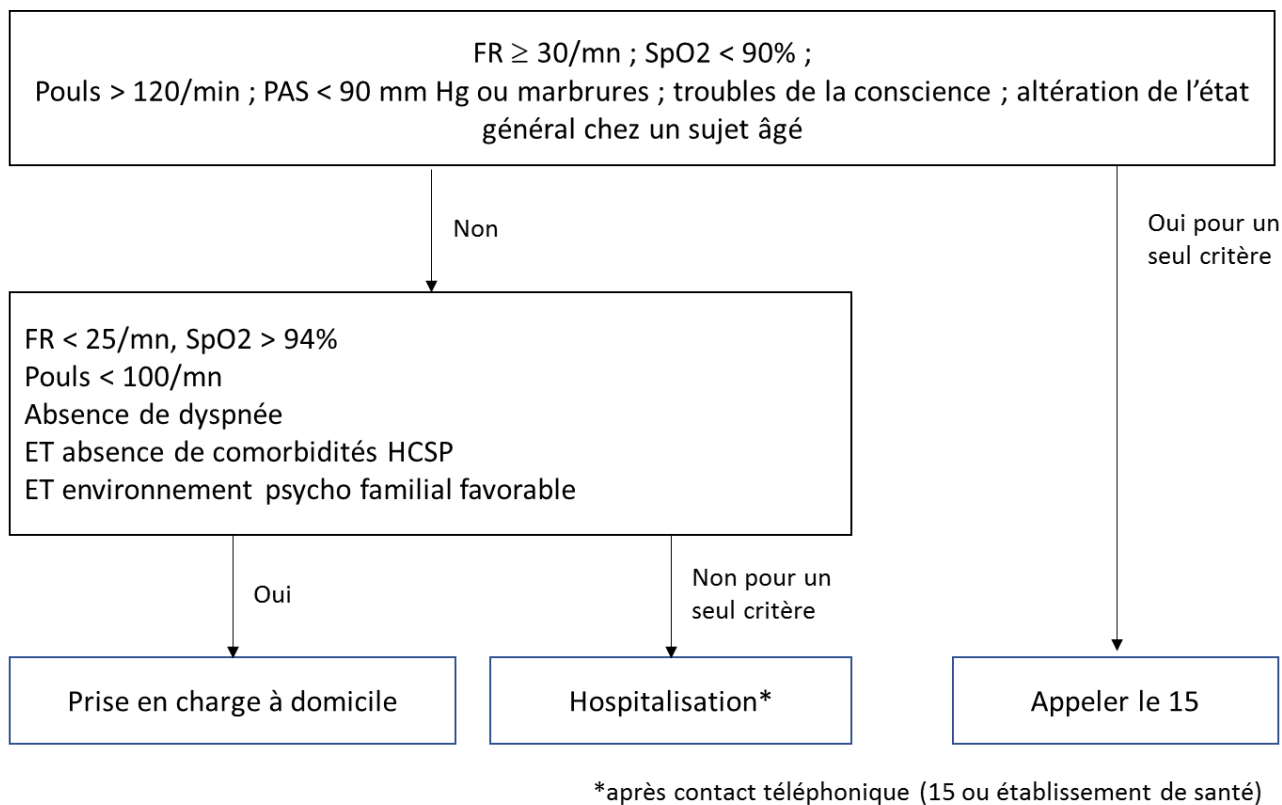
Chez les personnes de plus de 80 ans : altération de l'état général, chutes répétées, apparition ou aggravation de troubles cognitifs, syndrome confusionnel, diarrhée, décompensation d'une pathologie antérieure.

Chez les enfants : tous les signes sus-cités en population générale, altération de l'état général, diarrhée, fièvre isolée chez l'enfant de moins de 3 mois.

Chez les patients en situation d'urgence : troubles du rythme cardiaque récents ; atteintes myocardiques aiguës ; évènement thromboembolique grave.

Signes de gravité

Les signes d'alerte dans le diagramme ci-dessous sont des indications d'appel au Samu-Centre 15 ou des critères d'hospitalisation.



L'évaluation par téléphone ou au cabinet ne doit pas faire oublier de tester la parole sans pause (« Comptez sans reprendre votre respiration ») ou l'essoufflement inhabituel à la marche. Le questionnement de « Êtes-vous essoufflé ? » ne suffit pas. L'hypoxie n'est pas toujours ressentie par le patient.

La prise en charge d'un malade oxygéno-requérant peut être mise en place en dehors d'un établissement de santé à domicile. Elle doit être exceptionnelle et réservée au contexte épidémique actuel.

Diagnostic différentiel

La suspicion de Covid-19 doit conduire à envisager compte tenu du contexte épidémique et du polymorphisme des symptômes, les diagnostics différentiels avec d'autres maladies infectieuses et non infectieuses. Mais dans un contexte épidémique, tout malade présentant des manifestations cliniques évocatrices est considéré comme Covid-19+ jusqu'à preuve du contraire.

Point d'attention

Quel que soit le diagnostic, la prise en charge globale d'un patient est identique pour les patients en attente des résultats du test RT-PCR, les patients ayant un test RT-PCR positif, et ceux à forte suspicion de Covid-19 avec un test RT-PCR négatif.

Annexe 3. Prescription de tests diagnostiques et de dépistage

Prescription de tests diagnostiques chez un patient symptomatique (cf. figure 1)

Première semaine : de J1 à J7

Un test RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé est prescrit si le patient est vu en consultation entre J1 et J7 (cf. tableau 2).

Chez un patient sans facteur de risque de forme grave vu en consultation entre J1 et J4, un test antigénique sur prélèvement nasopharyngé peut être réalisé. Si le test de détection antigénique est positif, considérer le patient comme un cas confirmé et prescrire un second prélèvement, en vue d'un test RT-PCR de criblage afin de rechercher les mutations spécifiques des variantes d'intérêt.

Cas particuliers

- Femmes enceintes : la conduite à tenir diagnostique est la même qu'en population générale.
- Enfants : réaliser un test RT-PCR sur prélèvement salivaire :
 - chez les enfants de moins de 6 ans :
 - si l'enfant a eu un contact avec un cas Covid-19 ou s'il habite avec une personne de plus de 65 ans et/ou avec facteur de risque ;
 - si fièvre sans cause identifiée persistant au troisième jour ;
 - chez les enfants de 6 ans et plus : si fièvre sans cause identifiée.

Deuxième semaine : de J8 à J13

La démarche diagnostique repose sur les signes cliniques. Étant donné que la charge virale diminue à partir de J8 au niveau nasopharyngé, il y a un risque élevé de résultat faux négatif pour des tests réalisés à partir de J8. Un résultat négatif par test RT-PCR ne sera pas concluant.

Troisième semaine et plus : à partir de J14

Le test RT-PCR n'est pas recommandé.

À partir de J14, une sérologie (recherche d'IgG + IgM ou Ig totales)⁹ par tests automatisables (ELISA) ou rapides (Test Diagnostique Rapide (TDR) ou Test Rapide d'Orientation Diagnostique (TROD)) est réalisée sur prescription médicale dans les indications suivantes :

- diagnostic initial de patients symptomatiques non vaccinés sans signe de gravité suivis en ville si tableau clinique évocateur et test RT-PCR négatif ;
- diagnostic de rattrapage de patients rapportant une symptomatologie évocatrice d'infection par le SARS-CoV-2 (y compris de COVID-19 long) sans signe de gravité pour lesquels un diagnostic biologique initial n'a pas été établi.

⁹ La Haute Autorité de santé recommande, en contexte de dépistage pré-vaccinal, l'utilisation préférentielle des tests de détection des anticorps sériques anti-SARS-CoV-2 (recherche d'IgG ou d'Ig totales) utilisant comme cible virale de détection :

- soit la protéine virale S (ou ses composantes) ;
- soit les protéines virales S et N (détection combinée).

En parallèle de la première dose de vaccin, si aucun diagnostic biologique n'a été établi, proposer un TROD sérologique aux personnes immunocompétentes, sans facteurs de risque de développer une forme grave de la maladie. La positivité du test permettra de décider d'un schéma à une seule dose, quelle que soit la date à laquelle s'est produite l'infection.

Prescription de tests de dépistage chez une personne contact (cf. figure 2)

Tests virologiques

Un test antigénique nasopharyngé ou nasal est réalisé immédiatement, ou un test RT-PCR avec prélèvement nasopharyngé (ou oropharyngé ou salivaire) est prescrit.

Si le résultat du test antigénique est positif, un contrôle par test RT-PCR est prescrit pour identifier s'il s'agit d'un variant.

Si la personne contact habite avec le cas confirmé, si le résultat du premier test est négatif, un autre test RT-PCR (sur prélèvement nasopharyngé ou oropharyngé ou salivaire) ou antigénique (sur prélèvement nasopharyngé ou nasal) est réalisé 7 jours après la guérison du cas confirmé.

Si la personne contact n'habite pas avec le cas confirmé, si le résultat du premier test est négatif, un deuxième test RT-PCR (sur prélèvement nasopharyngé ou oropharyngé ou salivaire) ou antigénique (sur prélèvement nasopharyngé ou nasal), est prescrit. Il doit être réalisé 5 à 7 jours après le dernier contact de la personne contact avec le cas confirmé.

Tests sérologiques En parallèle de la première dose de vaccin, proposer un TROD sérologique aux personnes immunocompétentes, sans facteurs de risque de développer une forme grave de la maladie et sans antécédent confirmé d'infection au SARS-CoV-2. La positivité du test permettra de décider d'un schéma à une seule dose, quelle que soit la date à laquelle s'est produite l'infection.

Quand ne pas prescrire une sérologie Covid

Étant donnée l'absence de connaissances détaillées sur les variations des titres d'anticorps au cours de l'infection Covid-19 et compte tenu de l'absence à ce jour de prises en charge thérapeutiques/préventives (médicaments ou vaccination) disponibles pour la Covid-19, il n'y a pas lieu, à ce jour, de réaliser des tests sérologiques dans les cas suivants :

- confirmation d'un diagnostic biologique RT-PCR positif ;
- diagnostic initial des personnes-contacts d'un patient confirmé ou suspecté ;
- suivi des patients Covid-19 ; entrée ou sortie hospitalière ;
- dépistage systématique des patients à risque de forme grave de Covid-19 ;
- dépistage systématique des groupes professionnels ;
- obtention du passe sanitaire (ce dernier ne pouvant être obtenu sur la base d'une sérologie sans vaccination) ;
- suivi de la séropositivité (tests itératifs).

Annexe 4. Interprétation des résultats et prise en charge globale

En attente des résultats du test, le patient doit être isolé :

- si les symptômes sont présents et ont débuté moins de 7 jours avant la consultation ;
- si l'exposition a eu lieu moins de 7 jours avant la consultation pour les sujets asymptomatiques (personnes contacts à risque élevé).

À ce stade, les propositions de conduite à tenir vis-à-vis de l'entourage (isolement, dépistage...) reviennent au clinicien, et dépendent du niveau de suspicion chez le patient (signes cliniques, notion d'exposition, contexte épidémique), et des caractéristiques de l'entourage (fragilité, profession...).

Le médecin doit remettre au patient 4 masques chirurgicaux permettant au cas possible de protéger son entourage le temps d'obtenir le résultat du test (ou prescription dans le cas d'une téléconsultation ou si le médecin ne dispose pas de masques) et prescription pour des masques supplémentaires en cas de positivité. En phase de sortie du confinement, les malades, les personnes-contacts bénéficient de la distribution de masques sanitaires par l'Etat (masques chirurgicaux). Les malades atteints de Covid-19 et les personnes-contacts sont dotés de 14 masques/sem., à retirer en une fois en officine; pour les personnes atteintes du virus Covid-19, la délivrance de masques se fait sur prescription médicale et sur présentation d'un résultat positif à un test virologique Covid-19 ; pour les personnes ayant été identifiées comme une personne contact, la délivrance de masques se fera sur indication de l'Assurance maladie via son téléservice dédié sur la plateforme Ameli Pro).

Le résultat du test RT-PCR doit être communiqué par le laboratoire de biologie médicale dans les 24 heures¹⁰ au patient et au médecin prescripteur.

- Un résultat positif confirme la Covid-19.
- Un résultat négatif n'exclut pas d'emblée une Covid-19 étant donné que jusqu'à 29 % des patients pourraient avoir un premier résultat faux négatif.
- Si le résultat est négatif et en cas de forte suspicion, un deuxième test RT-PCR devra être réalisé si possible entre J2 et J7.
- Un résultat positif prévaut sur un résultat négatif, ceci est valable pour tout type de test.

Test RT-PCR / détection antigénique positif

Mesures de prévention de la transmission

1. Isolement du patient

Les conditions d'isolement du patient à son domicile sont évaluées en prenant en compte son autonomie, les conditions locales permettant ou non un isolement effectif de la personne infectée, et la présence de personne(s) à risque de formes sévères de Covid-19 au domicile.

- a) En cas de conditions réunies pour que l'isolement soit effectué à domicile, les précautions visant à éviter la transmission de la Covid-19 à domicile sont :

¹⁰ Référence Arrêté du 12 mai 2020 portant modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (inscription de la détection du génome du SARS-CoV-2 par RT PCR) <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2020/5/12/SSAZ2011557A/jo/texte>

- information du patient et de son entourage sur les mesures de précaution vis-à-vis du SARS-CoV-2 :
 - importance de l'isolement : le patient reste dans sa chambre, toilettes et salle de bains idéalement séparées, repas pris dans la chambre ou une pièce séparée ; port du masque si proximité (double port du masque de préférence) ;
 - importance des mesures barrières, de la distanciation physique et de l'hygiène des mains, aération régulière des pièces ;
 - port d'un masque chirurgical par le patient lors des contacts avec les soignants.
- b) En cas d'impossibilité d'isolement effectif au domicile et/ou de présence de personnes à risque, il convient d'organiser une prise en charge en lien avec une organisation territoriale d'appui si elle existe et/ou l'ARS et en accord avec le patient. Le cas échéant, le lien doit être fait vers des ressources de soutien psychologique des personnes souffrant de cet isolement.

2. Dépister les personnes vivant au domicile, les personnes-contacts et leur proposer de s'isoler.

- Déclaration du cas RT-PCR + / détection antigénique + sur la plateforme Contact-Covid de l'Assurance maladie.
- Déclaration des autres membres du foyer sur la plateforme de l'Assurance maladie.
- Encourager le patient à informer ses contacts et leur conseiller de se faire tester immédiatement.
- Encourager le patient à déclarer ses personnes-contacts extra-familiales au délégué d'Assurance maladie.

L'ensemble des personnes contact à risque de Covid-19 doivent être testées immédiatement. Un isolement est proposé dans l'attente du résultat du test aux personnes contact à risque élevé.

Si le test est positif, la personne est isolée comme un cas Covid-19+.

Si le test est négatif, la personne symptomatique est isolée comme un cas Covid-19+. La personne contact à risque élevé asymptomatique est isolée pendant 7 jours. En cas d'apparition secondaire de symptôme évocateur de Covid-19, l'isolement est prolongé comme un cas Covid-19+.

Si la personne de l'entourage n'est pas isolée du malade, elle devra poursuivre l'isolement 7 jours de plus à compter de la date de guérison du malade.

Si le test n'a pu être effectué, la personne contact à risque élevé est isolée pour une durée de 7 jours après le dernier contact, avec surveillance de la température 2 fois par jour et surveillance des signes respiratoires. En cas d'apparition de symptôme évocateur de Covid-19 l'isolement est prolongé comme un cas Covid-19.

Test RT-PCR / détection antigénique négatif

Les patients symptomatiques de 65 ans et plus ou avec un facteur de risque connu ayant un test antigénique négatif devront être retestés avec un test RT-PCR.

Le médecin devra prendre en compte les raisons pour lesquelles un résultat faux négatif peut survenir lors d'un test RT-PCR :

- mauvaise technique du prélèvement (pas assez profond) ;
- le test a été réalisé trop tard et le virus ne peut plus être isolé à partir d'un prélèvement nasopharyngé.

Dans tous les cas, un résultat négatif n'est pas concluant.

Sérologie positive (IgG, IgM, Ig totales)

Dans les comptes rendus des biologistes, il faudra vérifier que la technique et/ou le kit utilisés soient performants d'après l'information fournie par le ministère (<https://covid-19.sante.gouv.fr/>).

Les tests sérologiques permettent uniquement de déterminer si une personne a produit des anticorps en réponse à une infection par le virus SARS-CoV-2 (cf. tableau 3).

Toutefois, la présence d'anticorps n'est pas synonyme de protection immunitaire (= immunité). En effet, si la présence d'anticorps neutralisants a pu être observée chez des patients, il n'existe pas encore de corrélat de protection. Une protection certaine à moyen terme, durable ou définitive n'est pas garantie.

La présence des anticorps détectée par les tests disponibles actuellement ne permet pas de déterminer leur activité neutralisante.

Les tests sérologiques ne permettent pas de statuer si la personne est contagieuse ou pas. En effet, il n'y a pas de corrélation établie entre la production d'anticorps et la présence du virus infectieux.

Un résultat positif permettra d'établir un schéma vaccinal à une seule dose.

Tableau 3. Interprétation des résultats des isotypes IgG et IgM

IgM	Négatif	Positif	Positif	Négatif
IgG	Négatif	Négatif	Positif	Positif
Interprétation	Patient jamais infecté ou infection trop récente pour être détectée	Infection en cours (infection plutôt débutante)	Infection en cours ou récente	Le patient a produit des anticorps en réponse à l'infection par SARS-Cov2

Sérologie négative

Plusieurs facteurs pourraient expliquer un faux négatif. Le médecin peut :

- vérifier que la qualité du test et/ou du kit utilisés soit performante d'après l'information fournie par le ministère (<https://covid-19.sante.gouv.fr/>) ;
- s'interroger sur la sensibilité du test ;
- s'interroger sur la précocité de la prescription du test sérologique ;
- révoquer le diagnostic de Covid-19.

Traitement médicamenteux et surveillance

Traitement médicamenteux

Des essais cliniques en cours pourront faire évoluer la prise en charge spécifique de la Covid-19. Le médecin pourra inciter les patients à participer aux essais cliniques en soins de santé primaires.

Le traitement de la Covid-19 est symptomatique, et adapté selon les signes cliniques présentés. En cas de fièvre ou de douleur, le paracétamol est le traitement de première intention. Il est recommandé de ne pas avoir recours aux anti-inflammatoires non stéroïdiens compte tenu de la possible association entre leur utilisation et la survenue d'une forme sévère de la maladie.

Les patients avec des maladies chroniques ne doivent pas arrêter leur traitement sans avis médical. Il n'y a pas lieu de recommander un arrêt systématique des inhibiteurs de l'enzyme de conversion, des sartans, des corticoïdes oraux ou inhalés utilisés en traitement de fond pour des maladies chroniques.

Il n'y a aucune indication d'antibiothérapie en dehors d'une infection bactérienne.

Une anticoagulation préventive est indiquée chez des patients alités ou à risque thromboembolique. Il n'y a pas d'autre indication en l'état actuel des connaissances. Compléter O2.

En l'état actuel des connaissances, l'usage des corticoïdes est délétère chez les patients ayant une forme de Covid-19 non oxygénorequérante et donc contre indiqué.

Dans le contexte épidémique actuel, certains malades atteints de Covid-19 oxygéo-requérants ou qui sortent de l'hôpital sous oxygène, peuvent être pris en charge exceptionnellement hors milieu hospitalier, à domicile (cf. RR HAS oxygénothérapie).

Vaccinations

Les indications de la vaccination contre la grippe pour la campagne 2020-2021 restent celles des recommandations habituelles :

- chez les personnes âgées de 65 ans et plus ;
- chez les personnes à risque de grippe sévère ou compliquée. Elle n'est pas indiquée chez l'enfant en dehors de cette situation.

Mise en place de la surveillance

Le rôle de coordination du médecin traitant est essentiel. Il prescrit les éventuels examens complémentaires, les actes infirmiers et autres prises en charge thérapeutiques nécessaires selon les besoins du patient et selon ses capacités fonctionnelles, en coordination avec les différents acteurs (infirmier, kinésithérapeute, diététicien, psychologue, orthophoniste, etc.).

Le suivi doit être attentif pendant les deux premières semaines d'évolution, correspondant à la période pendant laquelle une aggravation rapide est susceptible de survenir. Un suivi plus rapproché ou plus prolongé peut parfois être nécessaire notamment chez les patients présentant des facteurs de risque de formes graves, dont la fréquence est à adapter selon l'évolution du patient. Cette surveillance peut être réalisée par le médecin équipé d'un oxymètre de pouls, par un(e) infirmier(e) de ville équipé(e) d'un oxymètre de pouls, ou selon l'organisation territoriale des soins et les ressources en professionnels de santé.

La surveillance des paramètres physiologiques au repos et à l'effort, en particulier respiratoires, est nécessaire :

- fréquence respiratoire ;
- saturation en oxygène ;

- fréquence cardiaque ;
- température.

En cas d'aggravation le patient devra contacter le médecin traitant.

Place de la téléconsultation pour l'évaluation clinique : le médecin jugera s'il a besoin de voir le patient ou s'il peut le suivre par téléconsultation. La téléconsultation a une place possible dans la surveillance comme un outil parmi d'autres mais ne peut remplacer une évaluation clinique en présentiel.

Place des examens complémentaires dans le suivi :

- dans les formes non sévères, il n'y a pas lieu de réaliser d'examens complémentaires biologiques ou radiologiques ;
- les examens biologiques sont demandés dans le cadre du diagnostic différentiel ou d'un bilan de décompensation d'une pathologie préexistante.

Guérison et levée de l'isolement

Un isolement de 10 jours est indiqué :

- à partir du jour du début des symptômes pour les cas suspects, sans attendre les résultats du test ;
- à partir du jour du prélèvement positif pour les cas asymptomatiques.

L'isolement des cas confirmés ou probables symptomatiques est levé au bout de 10 jours et 48 heures sans fièvre.

La fin de l'isolement doit s'accompagner du port rigoureux du masque chirurgical ou grand public de filtration supérieure à 90 % et du strict respect des mesures barrière et de la distanciation physique durant les 7 jours suivant la levée de l'isolement, en évitant les personnes à risque de forme grave de Covid19, et en favorisant dans la mesure du possible le télétravail.

Annexe 5. Définitions de cas d'infection au SARS-CoV-2 (Covid-19)¹¹

Cas possible

Toute personne, quel que soit son statut vaccinal, ayant ou non été en contact à risque (voir définition ci-dessous) avec un cas confirmé dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes, présentant des signes cliniques évocateurs de COVID-19 : infection respiratoire aiguë avec une fièvre ou une sensation de fièvre, ou toute autre manifestation clinique suivante, de survenue brutale, selon l'avis du HCSP relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du COVID-19 :

- en population générale : asthénie inexpliquée ; myalgies inexpliquées ; céphalées en dehors d'une pathologie migraineuse connue ; anosmie ou hyposmie sans rhinite associée ; agueusie ou dysgueusie ;
- chez les personnes âgées de 80 ans ou plus : altération de l'état général ; chutes répétées ; apparition ou aggravation de troubles cognitifs ; syndrome confusionnel ; diarrhée ; décompensation d'une pathologie antérieure ;
- chez les enfants : tous les signes sus-cités en population générale ; altération de l'état général ; diarrhée ; fièvre isolée chez l'enfant de moins de 3 mois
- chez les patients en situation d'urgence ou de réanimation : troubles du rythme cardiaque récents ; atteintes myocardiques aiguës ; évènement thromboembolique grave.

Cas probable

Toute personne présentant des signes cliniques et des signes visibles en tomodensitométrie thoracique évocateurs de COVID-19

Cas confirmé

Toute personne, symptomatique ou non, avec un résultat biologique confirmant l'infection par le SARS-CoV-2, par amplification moléculaire (RT-PCR), test antigénique (TAG) naso-pharyngé ou sérologie (dans le cadre d'un diagnostic de rattrapage, conformément aux recommandations de la HAS).

En cas de résultat positif par un TAG, une RT-PCR de diagnostic doit être réalisée dans les 24h suivant le TAG (RT-PCR de diagnostic simple ou RT-PCR de diagnostic simple couplée à une RT-PCR de criblage). Si le résultat de diagnostic obtenu par cette RT-PCR et celui du TAG sont discordants, c'est celui de la RT-PCR qui doit être retenu. Un TAG nasal (« auto-test ») positif ne doit pas être considéré comme une confirmation du diagnostic, et doit être suivi dans les 24h d'un test RT-PCR pour confirmer ou infirmer l'infection.

Personne-contact

En l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact :

- **Personne-contact à risque élevé** : toute personne n'ayant pas reçu un schéma complet de primo-vaccination¹² **OU** ayant reçu un schéma complet de primo-vaccination depuis moins de 7 jours **OU** atteinte d'une immunodépression grave, c'est-à-dire présentant une affection le rendant éligible à une 3e dose de primo-vaccination, même si celle-ci a déjà été administrée (liste

¹¹ D'après Santé publique France – Mise à jour le 22/07/2021

¹² Soit une, deux ou trois doses selon le vaccin, un éventuel antécédent documenté d'infection et l'existence d'une immunodépression grave

d'affections définies dans l'avis du Conseil d'orientation de la stratégie vaccinale du 6 avril 2021)^{13,14} **ET**

- Ayant eu un contact direct avec un cas confirmé ou probable, en face-à-face, à moins de 2 mètres, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, contact physique). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace, même en l'absence de port de masque, sont considérées comme des personnes-contacts à risque négligeable, ou ;
 - Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins à un cas confirmé ou probable, ou ;
 - Ayant partagé un espace intérieur (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel, salle de restaurant, ...) pendant au moins 15 minutes consécutives ou cumulées sur 24h avec un cas confirmé ou probable ou étant resté en face-à-face avec un cas confirmé ou probable durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement.
- ➔ **Personne contact à risque modéré** : toute personne sans immunodépression grave ayant reçu un schéma complet de primo-vaccination⁸ depuis au moins 7 jours **ET**
- Ayant eu un contact direct avec un cas confirmé ou probable, en face-à-face, à moins de 2 mètres, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, contact physique). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace, même en l'absence de port de masque, sont considérées comme des personnes-contacts à risque négligeable, ou ;
 - Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins à un cas confirmé ou probable, ou ;
 - Ayant partagé un espace intérieur (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel, salle de restaurant, ...) pendant au moins 15 minutes consécutives ou cumulées sur 24h avec un cas confirmé ou probable ou étant resté en face-à-face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement.
- ➔ **Personne-contact à risque négligeable** :
- Toute personne ayant un antécédent d'infection par le SARS-CoV-2 confirmé par amplification moléculaire (RT-PCR), TAG naso-pharyngé ou sérologie datant de moins de 2 mois ;
 - Toutes les autres situations de contact.

Sont considérés comme des mesures de protection efficaces :

- séparation physique isolant la personne contact du cas confirmé ou probable en créant deux espaces indépendants (vitre, Hygiaphone®) ;
- masque chirurgical ou FFP2 ou en tissu « grand public filtration supérieure à 90 % » (correspondant à la catégorie 1 (AFNOR)), porté par le cas confirmé ou probable OU la personne contact ;

Ne sont pas considérés comme mesures de protection efficaces¹⁵ :

- masques en tissu grand public de catégorie 2 ;
- masques en tissu « maison » ou de fabrication artisanale ne répondant pas aux spécifications AFNOR ;
- visières et masques en plastique transparent portés seuls ;

¹³ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_du_cosv_6_avril_2021pdf.pdf

¹⁴ Il s'agit du délai durant lequel le risque de réinfection par le SARS-CoV-2 paraît négligeable à ce jour pour. Il pourra évoluer en fonction des informations disponibles. Ce délai diffère de celui du pass sanitaire qui a un objectif différent, collectif et préventif, de limiter les risques lors de rassemblements de personnes, pour lesquelles une exposition à un cas n'est pas certaine.

¹⁵ Pour plus d'information sur la protection conférée par les différents types de masques, voir l'avis du HCSP Covid-19 : contrôle de la diffusion des nouveaux variants du virus (complément) du 20/01/2021

- plaque de plexiglas posée sur un comptoir, rideaux en plastique transparent séparant clients et commerçants.

Ces définitions de contacts à risque ne s'appliquent pas à :

- l'évaluation des contacts à risque d'un professionnel de santé hospitalier survenus dans un contexte de soins, pour lequel une évaluation spécifique doit être réalisée par le médecin du travail et l'équipe opérationnelle d'hygiène ;
- l'évaluation des contacts à risque dans le milieu scolaire. Pour plus d'information, consulter le protocole sanitaire de l'Education Nationale et la conduite à tenir en cas de cas confirmé(s) parmi les élèves ainsi que les avis relatifs au milieu scolaire du HCSP.

Ces définitions sont susceptibles d'évoluer à tout moment en fonction des informations disponibles.

Ressources

Ces réponses rapides évolueront avec le développement des connaissances sur la COVID-19. Elles viennent compléter les sites, documents et guides développés par les sociétés savantes.

Voir toutes les [réponses rapides dans le cadre du COVID-19](#) de la Haute Autorité de santé.

Pour les professionnels

Lien vers le site internet de la Société de pathologie infectieuse de langue française : https://www.infectiologie.com/fr/actualites/COVID-19-nouveau-coronavirus_-n.html

Lien vers le site du Collège de la médecine générale (CMG) Coronacliv : <https://lecmg.fr/coronacliv/>

Documents des CNP/sociétés savantes/ministère/etc.

Lien vers le site du ministère des Solidarités et de la Santé : <https://solidarites-sante.gouv.fr/>

Lien vers le site du Haut conseil de la Santé publique : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/PointSur/2>

Références bibliographiques

1. Arevalo-Rodriguez I, Buitrago-Garcia D, Simancas-Racines D, Zambrano-Achig P, del Campo R, Ciapponi A, et al. False- negative results of initial rt-pcr assays for covid-19: A systematic review [Preprint] medRxiv 2020. <https://www.medrxiv.org/content/medrxiv/early/2020/04/21/2020.04.16.20066787.full.pdf>
2. Caisse nationale d'assurance maladie. Contact COVID. Guide des fonctionnalités du service à destination des médecins. Version du 7 au 18 juin. [En ligne] 2020. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/684472/document/contact_covid_guide_methodologique_medecins.pdf
3. Conseil Scientifique, Delfraissy JF, Atlani-Duault L, Benamouzig D, Bouadma L, Casanova JL, et al. Note "Enfants, écoles, et environnement familial dans le contexte de la crise COVID-19, 24 avril 2020 [En ligne]. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020. https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/684472/document/contact_covid_guide_methodologique_medecins.pdf
4. Conseil Scientifique, Delfraissy JF, Atlani-Duault L, Benamouzig D, Bouadma L, Casanova JL, et al. Avis du 3 septembre 2020 relatif à la stratégie et aux modalités d'isolement. Paris [3 septembre]. [En ligne]. Paris : Ministères des solidarités et de la santé ; 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/covid-19-conseil-scientifique>
5. Groupe de pathologie infectieuse pédiatrique, Association française de pédiatrie ambulatoire, Groupe francophone de réanimation et d'urgences pédiatriques, Groupe de pédiatrie générale sociale et environnementale. Propositions des sociétés savantes de Pédiatrie pour les indications de la PCR Covid-19 chez les enfants. 12 mai 2020. Paris : AFPA; 2020. <https://afpa.org/2020/05/12/propositions-societes-savantes-de-pediatrie-indications-de-pcr-covid-19-chez-enfants/>
6. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis du 8 avril 2020 relatif à la prise en charge à domicile1 ou en structure de soins des cas de COVID-19 suspectés ou confirmés (complémentaire aux avis des 5 et 23 mars 2020) [8 avril]. Paris : HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=793>
7. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis du 18 mai 2020 relatif à l'usage des anti-infectieux dans le Covid-19 [18 mai]. Paris : HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=849>
8. Haut Conseil de la Santé Publique. Actualisation de l'avis du 20 avril 2020 relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrière spécifiques à ces publics [20 avril]. Paris : HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=807>
9. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis du 20 avril 2020 relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du Covid- 19 [20 avril]. Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=812>
10. Haut Conseil de la Santé Publique. Avis du 16 mars 2020 relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2 [16 mars]. Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=781>
11. Haute Autorité de Santé. Pendant l'épidémie de COVID-19. Téléconsultation et télésoin. 7 mai 2020. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2020. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=781>
12. Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 -Prise en charge des patients COVID-19, sans indication d'hospitalisation, isolés et surveillés à domicile. Validée par le Collège le 30 avril 2020. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/prise_en_charge_des_patients_covid-19_sans_indication_dhospitalisation_isoles_et_surveilles_a_domicile.pdf
13. Haute Autorité de Santé. Place des tests sérologiques dans la stratégie de prise en charge de la maladie COVID-19. Validé par le Collège le 1er mai 2020 [1 mai]. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/rapport_indications_tests_serologiques_covid-19.pdf
14. Haute Autorité de Santé. Avis n°2020.0020/AC/SEAP du 6 mars 2020 du collège de la HAS relatif à l'inscription sur la LAP mentionnée à l'article L. 162-1-7 du CSS, de la détection du génome du coronavirus SARS-CoV-2 par technique de transcription inverse suivie d'une amplification [6 mars]. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3161218/fr/avis-n2020-0020/ac/seap-du-6-mars-2020-du-college-de-la-has-relatif-a-l-inscription-sur-la-lap-mentionnee-a-l-article-l-162-1-7-du-css-de-la-detection-du-genome-du-coronavirus-sars-cov-2-par-technique-de-transcription-inverse-suivie-d-une-amplification
15. Haute Autorité de Santé. Cahier des charges définissant les modalités d'évaluation des performances des tests sérologiques détectant les anticorps dirigés contre le SARS-CoV-2 [16 avril]. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-04/cahier_des_charges_test_serologique_covid19.pdf

16. Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 -Accompagner les patients ayant une maladie chronique et/ou à risque de forme grave de COVID-19 dans la levée du confinement. Mise à jour le 23 juin 2020. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/rr_covid_mal_chron_deconfinement_miseenligne_vd.pdf
17. Haute Autorité de Santé. Avis n° 2020.0034/AC/SEESP du 20 mai 2020 du collège de la Haute Autorité de santé relatif au maintien de la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière 2020/2021 dans le contexte de l'épidémie de COVID-19 en France [20 mai]. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3186689/en/avis-n2020-0034/ac/seesp-du-20-mai-2020-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-relatif-au-maintien-de-la-campagne-de-vaccination-contre-la-grippe-saisonniere-2020/2021-dans-le-contexte-de-l-epidemie-de-covid-19-en-france
18. Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Accompagner les enfants et les adolescents dont ceux vivant avec une maladie chronique lors de la levée du confinement [20 mai 2020]. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3185131/fr/accompagner-les-enfants-et-les-adolescents-dont-ceux-vivant-avec-une-maladie-chronique-lors-de-la-leeve-du-confinement
19. Haute Autorité de Santé. Veille sur les médicaments de la COVID-19 [23 septembre]. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3186049/fr/veille-des-etudes-cliniques-publiees-pour-certains-medicaments-du-covid-19
20. Haute Autorité de santé. Stratégie de vaccination contre le SARS-CoV-2 - Vaccination des personnes ayant un antécédent de Covid-19. Validée par le collège le 11 février 2021. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237271/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-sars-cov-2-vaccination-des-personnes-ayant-un-antecedent-de-covid-19
21. Haute Autorité de Santé. Avis n° 2021.0029/AC/SEAP du 23 avril 2021 du collège de la Haute Autorité de santé relatif à la détection antigénique rapide du virus SARS-CoV-2 sur prélèvement nasal (TDR, TROD et autotest). Saint-Denis La Plaine : HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3263368/fr/avis-n-2021-0029/ac/seap-du-23-avril-2021-du-college-de-la-has-relatif-a-la-detection-antigenique-rapide-du-virus-sars-cov-2-sur-prelevement-nasal-tdr-trod-et-autotest
22. Haute Autorité de Santé. Avis n° 2021.0042/AC/SEAP du 17 juin 2021 du collège de la HAS relatif aux modifications des conditions d'inscription sur la LAP mentionnée à l'article L. 162-1-7 du CSS, de la détection des anticorps sériques dirigés contre le coronavirus SARS-CoV-2. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3272801/fr/avis-n-2021-0042/ac/seap-du-17-juin-2021-du-college-de-la-has-relatif-aux-modifications-des-conditions-d-inscription-sur-la-lap-mentionnee-a-l-article-l-162-1-7-du-css-de-la-detection-des-anticorps-seriques-diriges-contre-le-coronavirus-sars-cov-2
23. Haute Autorité de santé. Avis n° 2021.0055/AC/SEAP du 26 juillet 2021 du collège de la Haute Autorité de santé relatif aux tests de détection des anticorps sériques dirigés contre le coronavirus en contexte de dépistage pré-vaccinal. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2021. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/ac_2021_0055_tests_serologie_covid-19_prevaccinal.pdf
24. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). COVID-19. Usage des corticostéroïdes systémiques. Québec : INESSS; 2020. https://www.INESSS.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_Corticosteroides_outil_clinique.pdf
25. Ministère des solidarités et de Santé. Fiche professionnelle de santé prise en charge par les médecins de ville des patients atteints de covid-19 en phase de déconfinement [13 mai]. Paris ; 2020. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche_medecin_v16032020finalise.pdf
26. Ministère des solidarités et de Santé. Distributions de masques sanitaires par l'Etat en sortie de confinement, 27 mai 2020 [27 mai]. Paris ; 2020. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_distribution_masque_sortie_confinement.pdf
27. Ministère des solidarités et de Santé. Coronavirus (COVID-19). Contact-COVID et SI-DEP, les outils numériques du dépistage COVID-19 [29 mai] [En ligne]. Paris 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/article/depistage-tousanticovid-mesconseilcovid-les-outils-numeriques-contre-la-covid>
28. Ministère des solidarités et de Santé. Consignes et recommandations applicables au déconfinement progressif des structures médico-sociales accompagnant des enfants et adultes en situation de handicap. [9 mai] Paris ; 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/deconfinement-consignes-essms-covid-19.pdf>

29. RECOVERY Collaborative Group, Horby P, Lim WS, Emberson JR, Mafham M, Bell JL, et al. Dexamethasone in hospitalized patients with Covid-19 - preliminary report. New Engl J Med 2020. <https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa2021436>
30. Santé Publique France. <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/covid-19-outils-pour-les-professionnels-de-sante> - Mise à jour le 30/08/2021. Saint- Maurice : SPF; 2021. <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/covid-19-outils-pour-les-professionnels-de-sante> file:///C:/Users/m.dhenain/Downloads/COVID-19_definition_cas_20210121.pdf
31. Santé Publique France. J'ai été en contact avec une personne malade du COVID-19 [22 septembre] Saint-Maurice : SPF; 2020. <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/covid-19-outils-pour-les-professionnels-de-sante>
32. Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting diagnostic tests for SARS-CoV-2. JAMA 2020. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.8259>
33. World Health Organization. Corticosteroïd for Covid-19[2 septembre]. Geneva: WHO; 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Corticosteroids-2020.1>
34. Ye Z, Rochweg B, Wang Y, Adhikari NK, Murthy S, Lamontagne F, et al. Can Med J 2020;192(43):E1323-E33. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.200648-f>

Méthode d'élaboration et avertissement

La méthode retenue pour cette réponse rapide est basée sur une synthèse narrative des données disponibles les plus pertinentes, les recommandations nationales et internationales, ainsi que sur une consultation des parties prenantes (par voie électronique).

Ce document a été élaboré collégialement entre la HAS et les référents du Collège national des généralistes enseignants et du Collège de la médecine générale et relu par la Société de pathologie infectieuse de langue française.

Validation par le collège de la HAS en date du 1er juin 2020

Validation de la mise à jour par le Collège de la HAS en date du 4 novembre 2021.

Liste des participants

Haute Autorité de santé : Chantal Andriamanga, chef de projet SEAP ; Sabine Benoliel, chef de projet SBP ; Sophie Blanchard, chef de projet SBP ; Emmanuelle Blondet, documentaliste ; Muriel Dhénain, chef de projet SBP ; Andrea Lasserre, chef de projet SESPEV ; Maud Lefevre, assistante documentaliste ; Patricia Minaya Flores, chef de projet SEAP.

Experts : Dr Éric Drahi (médecine générale) ; Pr Serge Gilberg (médecine générale) ; Dr Pauline Jean-Mougin (médecine générale) ; Dr Josselin Le Bel (médecine générale) ; Dr Aline Ramond-Roquin (médecine générale) ; Pr Pierre Tattevin (maladies infectieuses).

Sociétés savantes : Collège de la médecine générale ; Collège national des généralistes enseignants ; Société de pathologie infectieuse de langue française.

Ces réponses rapides sont élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication, elles sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

Ces réponses rapides sont fondées sur ce qui apparaît souhaitable ou nécessaire au moment où elles sont formulées. Elles ne prennent pas en compte les capacités d'approvisionnement en équipements de protection individuelle.