

**FICHE**

Réponses rapides dans le cadre du COVID-19

Prise en charge de premier recours des patients suspectés de COVID-19 après la levée du confinement

Validée par le Collège le 18 juin 2020

L'essentiel

- **Réponse rapide n°1** : La majorité des patients atteints du 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 incluant notamment la mesure de la saturation en O₂ confirme ou infirme la décision de la prise en charge ambulatoire.
- **Réponse rapide n°4** : Chez un patient **symptomatique** :
 - Si le patient est vu en consultation entre J1 et J7 après le début des symptômes, prescrire un test RT-PCR sur un prélèvement nasopharyngé.
 - Si ce 1^{er} test RT-PCR est négatif, en cas de forte suspicion : refaire un test RT-PCR entre J2 et J7 après le début des symptômes ou à défaut prescrire un test sérologique à faire à partir de J14.
 - Si le patient est vu en consultation à partir de J8 après le début des symptômes : prescrire un test sérologique à réaliser à partir de J14 uniquement. Ne pas prescrire un test RT-PCR.
- **Réponse rapide n°5** : Chez un patient **asymptomatique** :
 - Si le patient consulte entre J1 et J10 à partir de la date d'exposition : Prescription d'un test RT-PCR à faire à partir de J3 et dès que possible avant J10.
 - Si le patient consulte après J10 à partir de la date d'exposition : Prescription d'un test sérologique à réaliser à partir de J20, ne pas prescrire de test RT-PCR.

- **Réponse rapide n°6** : 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, et ceux à forte suspicion de COVID-19 ayant un test RT-PCR négatif.
- **Réponse rapide n°7** : L'isolement du patient est débuté en attente du résultat de la RT-PCR. 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...).

Sommaire

| | |
|--|-----------|
| L'essentiel | 1 |
| Sommaire | 3 |
| Contexte | 5 |
| Conduite à tenir en fonction du délai après l'apparition des symptômes | 6 |
| FICHE 1 : Patient symptomatique | 6 |
| Conduite à tenir en fonction du délai après l'exposition | 7 |
| FICHE 2 : Sujet asymptomatique | 7 |
| FICHE 3 : Interprétation des résultats du test RT-PCR | 8 |
| FICHE 4 : Interprétation des résultats de tests sérologiques | 9 |
| Récapitulatif | 10 |
| Questions sans réponse actuellement | 11 |
| Annexes | 12 |
| Annexe 1 : Première consultation clinique | 12 |
| Signes cliniques | 12 |
| Signes de gravité | 12 |
| Diagnostic différentiel | 13 |
| Annexe 2. Prescription d'examens de biologie médicale | 14 |
| Première semaine : de J1 à J7 | 14 |
| Deuxième semaine : de J8 à J14 | 14 |
| Troisième semaine et plus : à partir de J15 | 14 |
| Annexe 3. Interprétation des résultats et prise en charge globale | 15 |
| Test RT-PCR positif | 15 |
| Test RT-PCR négatif | 18 |
| Sérologie positive (IgG, IgM, Ig totales) | 18 |
| Sérologie négative | 19 |
| Guérison et levée de l'isolement | 19 |
| Annexe 4. Définitions de cas d'infection au SARS-CoV-2 (COVID-19) | 21 |
| Cas possible | 21 |
| Définition d'un contact | 21 |
| Cas confirmé | 22 |
| Annexe 5. Algorithme d'aide à la décision pour définir les indications de la PCR-Sars-CoV-2 chez l'enfant en collectivité | 23 |

| | |
|---|-----------|
| Ressources | 24 |
| Références bibliographiques | 24 |
| Méthode d'élaboration et avertissement | 26 |

Contexte

La France est entrée le 14 mars 2020 en stade 3 de l'épidémie de COVID-19. Ces réponses rapides concernent des patients suspects de COVID 19 dans le cadre des soins de premiers recours après la levée du confinement.

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

La phase contagieuse est de 8 jours en moyenne et commence 1 à 2 jours avant le début des symptômes.

Le COVID-19 est responsable d'une atteinte le plus souvent respiratoire, mais d'autres manifestations sont possibles (neurologiques, cognitives, cardio-vasculaires, 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 pauci symptomatiques ;
- 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 du 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

FICHE 1 : Patient symptomatique

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



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 ?* » (cf. annexe 1).



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 : « *Etes-vous essoufflé ?* » ne suffit pas. L'hypoxie n'est pas toujours ressentie par le patient. Attention aux signes de gravité ! (cf. annexe 1).



- Le patient consulte entre J1 et J7 à partir du début de symptômes : Prescription d'un test RT-PCR (cf. annexe 2).

- Le patient consulte entre J8 et J14 : Aucun des tests RT-PCR ou sérologique n'est à prescrire.

- Le patient consulte après 14 jours à partir du début des symptômes : Prescription d'un test sérologique, ne pas prescrire un test RT-PCR.



Isoler le patient si les symptômes sont présents et ont débuté moins de 14 jours avant la consultation. (cf. annexe 3).

Prescription de masques chirurgicaux (14 masques/sem. ; cf. annexe 3).

Encourager la recherche de personnes contacts.

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



Mettre en place un traitement symptomatique et une surveillance si besoin (cf. annexe 3).

Pas d'indication à prescrire une antibiothérapie.

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

Conduite à tenir en fonction du délai après l'exposition

FICHE 2 : Sujet asymptomatique

Remarque : J1 est le jour de l'exposition.



Un sujet asymptomatique arrive en consultation car il a été en contact avec un patient COVID-19 confirmé ou fortement suspect.

Attention cependant : si la personne contact présente des symptômes (voir Fiche 1).



Recueillir la date probable d'exposition (*cf.* annexe 1).



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 1).



Si le patient consulte à J1 ou à J2 à partir de la date d'exposition : prescrire un test RT-PCR à faire à partir de J3* (et avant J10).

Si le patient consulte entre J3 et J10 à partir de la date d'exposition : prescrire un test RT-PCR à faire dès que possible et avant J10 (*cf.* annexe 2).

Si le patient consulte après J10 de l'exposition : Prescription d'un test sérologique à partir de J20, ne pas prescrire de test RT-PCR.

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



Isoler le patient si l'exposition a eu lieu moins de 14 jours avant la consultation. (*cf.* annexe 3).

Prescription de masques chirurgicaux (14 masques/sem. ; *cf.* annexe 3).

Encourager la recherche des personnes contacts.



Aucun traitement n'est indiqué.

* : En tenant compte de la durée d'incubation et de l'augmentation de la charge virale.

FICHE 3 : Interprétation des résultats du test RT-PCR

Résultat du test RT-PCR positif



Maintenir l'isolement (*cf.* tableau 3).

Prescription de masques chirurgicaux (14 masques/sem. ; *cf.* annexe 3).

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 + 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 s'isoler pendant 14 jours.
- 4). Encourager le patient à déclarer ses personnes contacts extra-familiales au délégué d'Assurance Maladie.



Renforcer la surveillance entre J6 et J12. 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.

Résultat du test RT-PCR négatif



Si suspicion forte de COVID-19 : Refaire un test RT-PCR entre J2 et J7 ou à défaut prescrire un test sérologique à partir de J14.



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 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 3).

FICHE 4 : Interprétation des résultats de 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 3).



Expliquer le résultat au patient (cf. annexe 3) :

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. 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 du COVID-19

| Patient | À quel moment* | Prescrire | En attente des résultats | Interprétation des résultats de tests |
|--|----------------------------|---------------------------|---|---|
| Symptomatique | J1-J7 | RT-PCR | Isolement, 4 masques chirurgicaux Traitement si besoin Surveillance si besoin | RT-PCR Positif : patient malade, maintenir l'isolement (cf. Tableau 3), 14 masques chirurgicaux/sem. (cf. annexe 3), contacter l'entourage pour organiser le dépistage de personnes contacts*. Tracing Ameli |
| | | | | RT-PCR Négatif Si suspicion forte : – Entre J2-J7 : Retest RT-PCR – >J14 : sérologie, cf. ci-dessous |
| Symptomatique | A partir de J8 | Sérologie à partir de J14 | Rien de particulier | Vérifier la performance du test sérologique du LBM sur le site https://covid-19.sante.gouv.fr/ Résultats possibles : IgM-/IgG- test précoce/ non infecté IgM+/IgG- infection en cours IgM+/IgG+ infection en cours ou récente IgM-/IgG+ Le patient a produit des anticorps en réponse à l'infection par SARS-Cov2. |
| Patient ayant eu des symptômes de COVID-19 | Après la fin des symptômes | Sérologie | Rien de particulier | Vérifier la performance du test sérologique du LBM sur le site https://covid-19.sante.gouv.fr/ Résultats possibles : IgM-/IgG- non infecté IgM+/IgG- infection en cours IgM+/IgG+ infection en cours ou récente IgM-/IgG+ Le patient a produit des anticorps en réponse à l'infection par SARS-Cov2. |
| Personne contact | J1-J10 | RT-PCR | Isolement, 4 masques chirurgicaux Aucun traitement | RT-PCR Positif maintenir l'isolement (cf. Tableau 3), 14 masques chirurgicaux/sem. (cf. annexe 3), contacter l'entourage pour organiser le dépistage de personnes contacts**. Contact COVID site Ameli Pro RT-PCR négatif : maintenir l'isolement sans refaire de test RT-PCR. |

| | | | | |
|------------------|-----------|--|---------------------|---|
| Personne contact | Après J10 | Sérologie à partir de J20 Ne pas prescrire RT-PCR | Rien de particulier | Vérifier la performance du test sérologique du LBM sur le site https://covid-19.sante.gouv.fr/ Résultats possibles : IgM-/IgG- non infecté IgM+/IgG- infection en cours IgM+/IgG+ infection en cours ou récente IgM-/IgG+ Le patient a produit des anticorps en réponse à l'infection par SARS-Cov2. |
|------------------|-----------|--|---------------------|---|

* 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

** Contact à risque, toute personne :

- Ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable ;
- Ayant eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, flirt, accolades, embrassades). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace ne sont pas considérées comme des personnes-contacts à risque ;
- Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ;
- Ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel ...) sans port de masque pendant au moins 15 minutes avec un cas ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ;
- Étant élève ou enseignant de la même classe scolaire (maternelle, primaire, secondaire, groupe de travaux dirigés à l'université).

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 suivants :

Tableau clinique typique de Covid-19 et 2 tests RT-PCR négatifs

Symptômes typiques Covid-19 et sérologie négative

Contact, symptômes anciens : sérologie ?

Symptômes persistants

Persistance d'un test RT-PCR positif à distance

Patient ayant eu un COVID-19 confirmé guéri qui revient pour fièvre et toux

Annexes

Annexe 1 : 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-19¹.

Signes cliniques

Examen clinique

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 du COVID-19

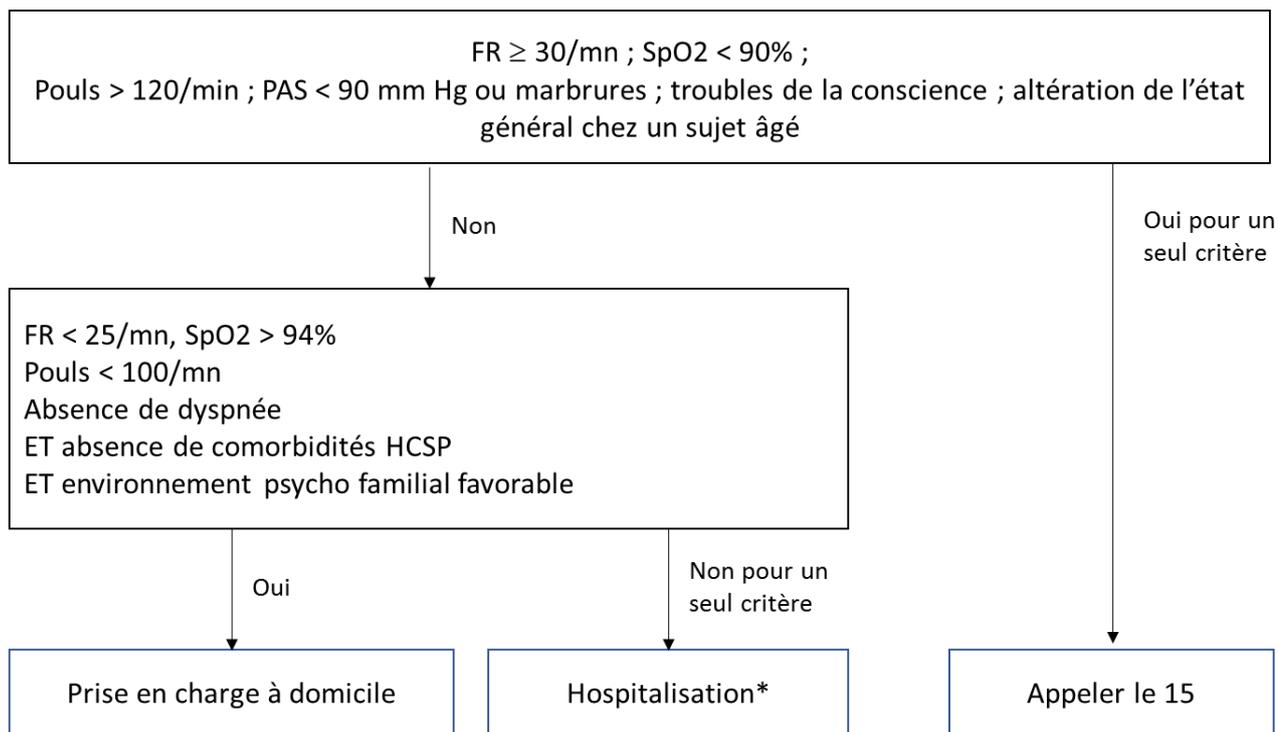
Le HCSP recommande de considérer qu'en dehors des signes infectieux (fièvre, frissons) et des signes classiques des infections respiratoires (fièvre, toux, dyspnée), les manifestations cliniques suivantes, de survenue brutale, constituent des éléments d'orientation diagnostique du Covid-19 dans le contexte épidémique actuel (au 20 avril 2020) :

- 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 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 aigües ; 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.

¹ Avis du HCSP du 20 avril 2020. Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=807>



*après contact téléphonique (15 ou établissement de santé)

L'évaluation par téléphone ou au cabinet ne doit pas faire oublier de tester la parole sans pause 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.

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 2. Prescription d'examens de biologie médicale

Première semaine : de J1 à J7

Un test RT-PCR sur un prélèvement nasopharyngé doit être prescrit si le patient est vu en consultation entre J1 et J7.

Cas particuliers

- Femmes enceintes : La conduite à tenir est la même qu'en population générale.
- Enfants : La conduite à tenir est la même que pour les adultes en prenant en compte la particularité de la technique de prélèvement pour le test diagnostique chez les jeunes enfants (de la maternelle au CM2). Note du Conseil Scientifique COVID-19 du 24 avril 2020.
- Afin de clarifier la prise en charge actuelle des jeunes enfants malades la société française de pédiatrie a proposé un algorithme d'aide à la décision pour définir les indications de la RT-PCR-Sars-CoV-2 (cf. annexe 5).

Deuxième semaine : de J8 à J14

La démarche diagnostique repose sur les signes cliniques. Étant donné que la charge virale diminue à partir de J8 au niveau nasopharyngé, la probabilité qu'un test soit positif est très faible et rend la prescription à ce stade peu utile.

Troisième semaine et plus : à partir de J15

Le test RT-PCR n'est pas recommandé.

Après J15, une sérologie par tests automatisables ELISA (IgG + IgM ou Ig totales) est à réaliser dans un laboratoire de biologie médicale dans les indications suivantes :

- Diagnostic initial de patients symptomatiques sans signes de gravité suivis en ville si tableau clinique évocateur et test RT-PCR négatif.
- Diagnostic de rattrapage chez des patients symptomatiques ayant reçu un diagnostic clinique par un médecin, mais n'ayant pas été en mesure de réaliser un test RT-PCR dans l'intervalle des sept jours suivant l'apparition des symptômes.

Non-indications de la sérologie

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 le 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 avant J20 de l'exposition ;
- Suivi de l'infection COVID-19 ;
- Dépistage systématique des résidents d'hébergements collectifs non symptomatiques, notamment sociaux et médicosociaux ;
- Dépistage systématique des patients à risque de forme grave de COVID-19 ;
- Dépistage systématique des groupes socio-professionnels confinés ou non confinés (à l'exception des professionnels de santé et des personnels des établissements médico-sociaux) ;
- Dépistage systématique des patients en vue d'une hospitalisation.

Annexe 3. 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 14 jours avant la consultation ou si l'exposition a eu lieu moins de 14 jours avant la consultation pour les sujets asymptomatiques (personnes contacts).

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 contact sont dotés de 14 masques/sem., soit 28 masques pour deux semaines, 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 heures**² au patient et au médecin prescripteur.

- Un résultat positif confirme un COVID-19.
- Un résultat négatif n'exclut pas d'emblée un 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 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 du COVID-19 à domicile sont :

- Information du patient et de son entourage sur les mesures de précaution vis-à-vis du SARS-CoV-2 :

² 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>

- 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 masque de préférence) ;
- importance des mesures barrières, de la distanciation sociale ;
- 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 contact et leur proposer de s'isoler.

- 1) Déclaration du cas RT-PCR + 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 s'isoler pendant 14 jours.
- 4) Encourager le patient à déclarer ses personnes contacts extra-familiales au délégué d'Assurance Maladie

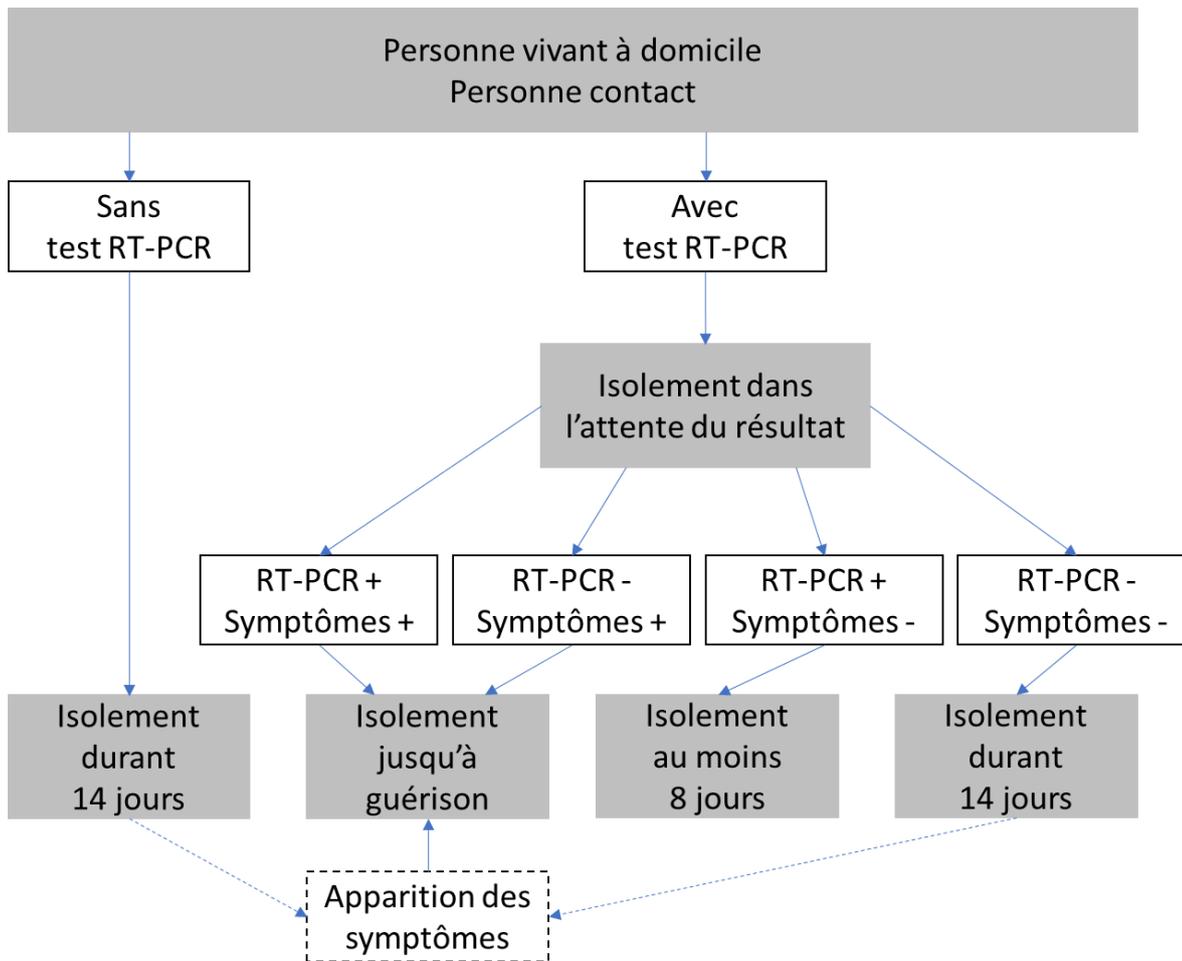
Les personnes vivant au domicile doivent être testées par RT-PCR immédiatement. Celles qui ont été en contact ponctuellement avec le cas doivent être testées par RT-PCR. Un isolement leur est proposé dans l'attente du résultat du test. (cf. diagramme ci-dessous).

→ 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 asymptomatique est isolée pendant 14 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 14 jours de plus à compter de la date de guérison du malade (cf. paragraphe : Guérison et levée de l'isolement).

Si le test n'a pu être effectué, la personne est isolée pour une durée de 14 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+.



Traitement médicamenteux

Il n'existe pas de traitement ayant démontré à ce jour une efficacité sur la réduction de complications ou la durée des symptômes avec un niveau de preuve suffisant. Des essais cliniques en cours pourront faire évoluer la prise en charge spécifique du COVID-19. Le médecin pourra inciter les patients à participer aux essais cliniques en soins de santé primaires.

Le traitement du 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.

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, 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) 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.

Test RT-PCR négatif

- Cas des patients fortement suspects de COVID 19 (le niveau de suspicion dépend notamment des signes cliniques, d'une notion d'exposition et du contexte épidémique) : Prescrire un deuxième test RT-PCR à réaliser entre J2 et J7, la prise en charge en attente des résultats est la même que pour un cas confirmé (y compris si 2ème test RT-PCR négatif).
- Cas des patients avec suspicion faible de COVID-19 : on tiendra compte pour décider de la levée de l'isolement, de l'évolution clinique du patient.
- 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.

Sérologie positive (IgG, IgM, Ig totales)

Dans les comptes rendus des biologistes, il faudra vérifier que la technique et /ou le kit utilisé 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.

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.

Tableau 2. 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 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
- Révoquer le diagnostic de COVID-19

Guérison et levée de l'isolement

Tableau 3. Récapitulatif des divers délais et durées en fonction des situations cliniques et virologiques

| | |
|--|---|
| Isolement | Délai |
| Levée de l'isolement Malades asymptomatiques RT-PCR+ | Au plus tôt le 8 ^e jour après la date de la RT-PCR+ |
| Guérison et levée de l'isolement Malades symptomatiques RT-PCR+ ou RT-PCR- Population générale | Au plus tôt le 8 ^e jour après le début des symptômes ET au plus tôt 48 heures après la disparition de la fièvre ET au plus tôt 48 heures après la disparition de la dyspnée * |
| Guérison et levée de l'isolement Malades symptomatiques RT-PCR+ ou RT-PCR- Personnes immunodéprimées | Au plus tôt le 10 ^e jour après le début des symptômes ET au plus tôt 48 heures après la disparition de la fièvre ET au plus tôt 48 heures après la disparition de la dyspnée * |
| Isolement Entourage, Contacts RT-PCR+ | Idem malade Covid+ |
| Isolement Entourage, Contacts sans test RT-PCR | 14 jours |
| Isolement | Idem malades Covid+ symptomatiques |

| | |
|---|--|
| Entourage, Contacts symptomatiques RT-PCR- | |
| Isolement Entourage, Contacts asymptomatiques RT-PCR- | 14 jours |
| Évitement des contacts rapprochés avec des personnes à risque de forme grave, après la levée de l'isolement | 7 jours suivants la levée de l'isolement |

* : la réalisation de deux tests RT-PCR à 48 h d'intervalle pour signer la guérison n'est pas justifiée

Annexe 4. Définitions de cas d'infection au SARS-CoV-2 (COVID-19)³

Cas possible

Toute personne, ayant ou non été en contact à risque 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.

Définition d'un contact

En l'absence de mesures de protection efficaces pendant toute la durée du contact : hygiaphone ou autre séparation physique (vitre) ; masque chirurgical ou FFP2 porté par le cas ou le contact ; masque grand public fabriqué selon la norme AFNOR ou équivalent porté par le cas et le contact,

Contact à risque

Toute personne :

- Ayant partagé le même lieu de vie que le cas confirmé ou probable ;
- Ayant eu un contact direct avec un cas, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée (ex. conversation, repas, flirt, accolades, embrassades). En revanche, des personnes croisées dans l'espace public de manière fugace ne sont pas considérées comme des personnes-contacts à risque ;
- Ayant prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins ;
- Ayant partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel ...) pendant au moins 15 minutes avec un cas ou étant resté en face à face avec un cas durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ;
- Étant élève ou enseignant de la même classe scolaire (maternelle, primaire, secondaire, groupe de travaux dirigés à l'université).

Contact à risque négligeable

- Toutes les autres situations de contact ;
- Cas de COVID-19 déjà identifié, confirmé par RT-PCR ou sérologie dans le cadre d'un diagnostic de rattrapage, guéri ou encore malade, en tenant compte des instructions s'appliquant aux cas confirmés si le patient est toujours malade.

³ D'après Santé Publique France - Mise à jour le 07/05/2020

Ces définitions 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.

Cas confirmé

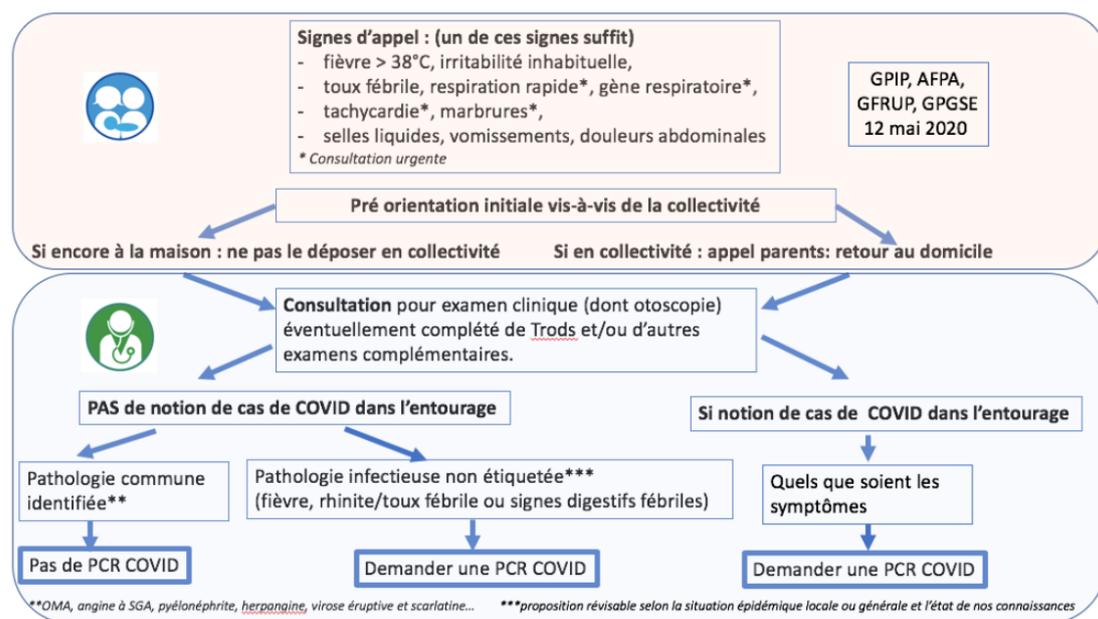
Toute personne, symptomatique ou non, avec un résultat biologique confirmant l'infection par le SARS-CoV-2, par RT-PCR ou par sérologie dans le cadre d'un diagnostic de rattrapage, conformément aux recommandations de la HAS.

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

Annexe 5. Algorithme d'aide à la décision pour définir les indications de la PCR-Sars-CoV-2 chez l'enfant en collectivité

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

Algorithme : indications de la PCR COVID-19 chez l'enfant malade en collectivité (crèches, écoles maternelles et élémentaires)



Ressources

Ces réponses rapides évolueront avec le développement des connaissances sur le 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.

Liens vers les sites des sociétés savantes

- 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] 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 7 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 : Ministères des solidarités et de la santé; 2020. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/note_enfants_ecoles_environnements_familiaux_24_avri_2020.pdf
4. 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/>
5. 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>
6. 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>
7. 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>
8. 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>
9. 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>

10. Haute Autorité de Santé. Pendant l'épidémie de COVID-19. Téléconsultation et télésoin. 7 mai 2020. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2020. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-05/has_fiche_teleconsultation_7_mai_2020.pdf
11. 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_surveillees_a_domicile.pdf
12. 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
13. 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
14. 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
15. 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. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183783/fr/accompagner-les-patients-ayant-une-maladie-chronique-et/ou-a-risque-de-forme-grave-de-covid-19-dans-la-leeve-du-confinement
16. 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
17. 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
18. 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/tout-savoir-sur-le-covid-19/article/contact-covid-et-si-dep-les-outils-numeriques-du-depistage-covid-19>
19. 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>
20. Santé Publique France. Définition de cas d'infection au SARS-CoV-2 (COVID-19) - Mise à jour le 07/05/2020. Saint-Maurice: SPF; 2020. https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IlJl7JpW8loJ:https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/228073/file/COVID-19_definition_cas_20200403.pdf+&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=fr&client=firefox-b-d
21. Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting diagnostic tests for SARS-CoV-2. JAMA 2020. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.8259>

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 collégalement 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 18 juin 2020.

Liste des participants

Haute Autorité de santé : Sabine Benoliel, chef de projet SBPP ; Sophie Blanchard, chef de projet SBPP ; Emmanuelle Blondet, documentaliste ; Muriel Dhénain, chef de projet SBPP ; Andrea Lasserre, chef de projet SEESP ; 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).

Sociétés savantes : Collège National des Généralistes Enseignants ; Collège de la Médecine Générale ; 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.