

IMPACT DES NOUVEAUX VARIANTS DU SARS-COV-2 SUR L'ISOLEMENT ET LA QUARANTAINE

RAG - 19/01/2021

1. Question et contexte

Début décembre, le RAG avait revu les [recommandations](#) portant sur la durée de l'isolement sur base de la littérature internationale disponible et des recommandations internationales.

Avec l'identification de variants plus contagieux du SARS-CoV-2 (en particulier le "variant britannique" B.1.1.7 et le "variant sud-africain" 501 Y.V2), la prévention et le contrôle de cette infection sont encore plus importants. Dans un projet pilote réalisé à Anvers, les personnes suspectées d'être infectées par le variant B.1.1.7 (sur base d'un résultat positif en PCR, d'une charge virale élevée et d'une perte de détection du gène S au test ThermoFisher TaqPath) ont été invitées à rester en isolement pendant une période plus longue et à subir un nouveau test après un minimum de 7 jours.

Il a été demandé au RAG de remettre un avis sur la nécessité de modifier les lignes directrices actuelles concernant la durée de l'isolement des personnes infectées par le SARS-CoV-2 (y compris en termes de tests) et la quarantaine pour les contacts à haut risque. Si des modifications sont nécessaires, doivent-elles être différentes pour des cas suspects d'infection par le nouveau variant ou ne devrait-il y avoir qu'une seule ligne directrice d'application?

2. Recommandations

- Tant dans l'intérêt d'une communication claire que pour des raisons pragmatiques, **il n'est pas conseillé d'appliquer des règles différentes** aux personnes présentant le variant "sauvage" ou (une suspicion de) le nouveau variant. D'après les résultats préliminaires et limités du projet pilote à Anvers, il apparaît que tant pour les personnes infectées par le variant britannique, que pour les personnes infectées par le variant "sauvage", des valeurs de Ct faibles (indication possible d'infectiosité) peuvent être observées au 7^e jour de la quarantaine ou plus tard.
- Durée de l'isolement : **il est recommandé d'augmenter la durée de l'isolement à 10 jours pour les personnes (ambulatoires) atteintes de COVID-19**. La ligne directrice actuelle est de 7 jours dont au moins 3 jours sans fièvre et une forte amélioration des symptômes respiratoires. Dans la pratique, cependant, cette dernière précision n'est pas toujours prise en compte, et les patients mettent donc fin trop tôt à l'isolement. Dans le contexte d'une éventuelle augmentation de la circulation d'un variant plus infectieux et pendant cette période hivernale (avec, en tout cas, un risque de transmission plus élevé car les gens restent plus à l'intérieur et ventilent moins), c'est un risque qu'il faut limiter. Un délai de 10 jours est également conforme à la recommandation de l'ECDC et de l'OMS (au moins 10 jours), et à la pratique de la plupart des pays européens.

- Pour les personnes asymptomatiques ayant un résultat de test positif (PCR ou Ag), la durée de l'isolement est de 10 jours également, à compter du jour suivant le résultat positif. Pour les personnes hospitalisées et dans les collectivités, la durée de l'isolement ne change pas.
- Test à la fin de l'isolement : un test à la fin de l'isolement pour décider si l'isolement peut être interrompu n'est pas recommandé car un test PCR peut rester positif pendant une longue période. Pour différencier la contagiosité et non-contagiosité, l'utilisation d'une valeur Ct n'est pas appropriée (dépendante du laboratoire, pas de corrélation entre la valeur Ct et la viabilité du virus...). L'utilisation d'un test rapide antigénique n'est pas possible actuellement pour des raisons logistiques.
- Durée de la quarantaine et des tests : les mesures concernant les contacts à haut risque et les voyageurs ne sont pas modifiées. La durée de la quarantaine est maintenue à 10 jours, avec une réduction à un minimum de 7 jours, à condition qu'un résultat de test négatif soit disponible (effectué au plus tôt le 7e jour après la dernière exposition). Le test PCR au 7e jour permet aussi d'identifier les personnes pré-symptomatiques et couvre donc une période d'environ 10 jours.
- Pour les situations de cas groupés dus à un nouveau variant, les protocoles existants doivent être appliqués, avec une attention particulière pour la recherche des contacts, une extension du testing si nécessaire et un suivi du respect des mesures. Pour les épidémies dans les collectivités, les décisions sont prises en premier lieu par le médecin responsable, en consultation avec les autorités sanitaires régionales si nécessaire. Le RAG est chargé de donner un avis sur la politique de dépistage des épidémies dans les écoles. Pour les épidémies dans les hôpitaux, un avis séparé suivra.
- Le changement de stratégie et sa raison d'être doivent être clairement communiqués aux médecins et au grand public. Une communication continue est également nécessaire sur l'importance de se faire tester le plus tôt possible lorsqu'on est malade, même avec des symptômes très légers. Enfin, les personnes devraient être encouragées de manière plus positive à suivre les mesures d'isolement et de quarantaine, par exemple par des contacts téléphoniques réguliers avec les personnes chargées de la recherche des contacts.

3. Lignes directrices actuelles en Belgique

- Pour les cas bénins, la durée de l'isolement en Belgique est actuellement de 7 jours, dont au moins 3 jours sans fièvre et une forte amélioration des symptômes respiratoires (voir annexe 1 pour plus d'informations)¹.
- La durée de la quarantaine en Belgique est actuellement de 10 jours après le dernier contact à haut risque. Ce délai peut être ramené à 7 jours, à condition qu'un résultat de test négatif soit disponible (effectué au plus tôt le 7e jour après la dernière exposition). Tous les contacts à haut risque devraient également être testés dès que possible après leur identification, ce qui permettrait l'identification rapide d'autres contacts à haut risque en cas de résultat positif (*prévu à partir du 25/01/21*).

4. Considérations

- Aucune information n'est disponible sur l'impact des nouveaux variants sur la période d'incubation. Toutefois, la stratégie de quarantaine actuelle accepte un risque faible, en vertu duquel on considère qu'un meilleur suivi des mesures l'emporte sur le risque résiduel de réinsertion d'une personne infectée dans la société (voir également le point 7.2). Le même risque résiduel peut avoir des conséquences plus graves dans le cas d'un variant plus infectieux ou pour lequel la protection par les vaccins actuels serait moindre, en particulier pendant la saison où les virus respiratoires se propagent traditionnellement plus facilement.
- D'autre part, l'avantage d'une période d'isolement et de quarantaine plus longue doit être soigneusement pesé par rapport au risque de réduire l'adhésion des individus aux mesures de test, d'isolement et de quarantaine. Il existe déjà des signes que les personnes présentant des symptômes légers ne sont pas suffisamment testées et que le respect de l'isolement et de la quarantaine est limité.
- Le pic d'infectiosité se situe autour de l'apparition des symptômes. Il n'y a aucune raison de croire que cela est différent pour les nouveaux variants.
- Le variant britannique est associée à des charges virales plus élevées au moment de la réalisation du test (1).
- Bien qu'il y ait encore peu de données, le principe de précaution peut exiger une action rapide et rigoureuse.

¹ La recommandation précédente du RAG stipulait que le RAG ? accepterait une extension de la période d'isolement à 10 jours s'il y avait une volonté politique de parvenir à des directives uniformes dans l'UE.

- Pour le suivi des contacts et l'application des mesures, il est essentiel que les résultats soient disponibles rapidement. Le séquençage prend trop de temps (au moins plusieurs jours). Les résultats de PCR sont disponibles rapidement. Une PCR commerciale est maintenant disponible pour la détection du variant britannique et certaines indications peuvent également être utilisées (S-gene drop out + charge virale élevée). Toutefois, cela ne concerne pas le variant sud-africain ni aucun autre variant futur.
- L'Irlande et le Royaume-Uni ne testent pas systématiquement les contacts à haut risque asymptomatiques. Bien que la situation à Londres ait été dramatique, le nombre de cas semble diminuer. Le pic d'incidence était inférieur au pic de la deuxième vague à Liège (voir figure en annexe 9.2 pour la situation au 15/01/2021).
- L'isolement au sein du ménage implique que la personne doit pouvoir garder une distance avec les membres de sa famille, ce qui n'est pas toujours possible (surtout s'il y a de jeunes enfants). Si les mesures ne peuvent être respectées, une période d'isolement de 10 jours signifie que la quarantaine pour les contacts à haut risque au sein du ménage ne peut commencer qu'après le 10^e jour d'isolement du cas index, ce qui donne un total de 10+10 (si aucun test) ou 10+7 (si test réalisé au J7) jours de quarantaine. Ceci est très long et difficile à respecter dans la pratique. Toutefois, il est important que les procédures soient sans ambiguïté, et la recommandation est donc de ne pas travailler avec une durée de quarantaine différente dans de telles situations. Il est toutefois recommandé de proposer des solutions pour que les personnes qui ne peuvent pas respecter l'isolement à domicile puissent utiliser (gratuitement et si elles le veulent) des infrastructures où elles peuvent rester pendant la durée de l'isolement.
- Un deuxième test PCR pour les cas de COVID n'est pas recommandé en raison de la difficulté d'interprétation du résultat. Il n'y a pas suffisamment d'indications montrant une corrélation entre les valeurs de Ct et la viabilité du virus, les valeurs de Ct ne peuvent pas être comparées entre différents laboratoires et tous les laboratoires ne peuvent pas les communiquer. En décembre, le RAG a recommandé un rapportage semi-quantitatif des résultats de PCR, mais cela n'a pas encore été mis en œuvre dans tous les laboratoires (implémentation difficile). Même en cas d'implémentation, un 2^e test pour tous les cas représente un défi logistique important dont les avantages potentiels ne l'emportent pas sur les inconvénients..
- Même si un test à la fin de l'isolement au moyen d'un test rapide antigénique pourrait théoriquement avoir une valeur ajoutée (parce que le test identifiera les personnes fortement infectées), il n'est pas applicable dans la pratique. Seuls quelques centres de test pilotes disposent actuellement de tests rapides.
- La durée de la quarantaine n'a pas été prolongée car elle est déjà conforme aux recommandations européennes (10 jours, éventuellement plus court si un résultat négatif est disponible le 5^e ou le 7^e jour). Des études montrent également que le respect de la durée de la quarantaine est encore plus faible que pour l'isolement, parce que les individus ne sont pas malades.

5. Circulation des nouvelles variantes en Belgique

- Il est prouvé que la "variant britannique" ainsi que la variant "sud-africain" circulent (dans une mesure limitée) en Belgique et également dans les pays voisins tels que les Pays-Bas et la France.
- Les cas n'ont pas toujours un historique de voyage, il y a donc une transmission locale.
- Les résultats préliminaires du projet pilote mené à l'UAntwerpen chez 23 individus ayant une charge virale élevée (Ct <25-27 pour le gène N/ORF) et présentant une déficience du gène S en PCR, montrent que environ un tiers des individus infectés, qu'ils le soient par le variant britannique ou par un autre variant non spécifié, ont encore une valeur Ct < 25 après 7 jours d'infection ou plus, même pour les sujets asymptomatiques. Il n'y a pas de corrélation avec la valeur de Ct au premier jour. Même si l'étude présente un certain nombre de limitations (faibles nombres, pas de comparaison avec des individus sans déficience du S, pas de données sur la viabilité du virus à 7 jours, etc.), les résultats indiquent néanmoins un risque quand l'isolement s'arrête après 7 jours.

6. Recommandations dans d'autres pays

Durée de la quarantaine - contacts					Durée de l'isolement - cas				
7d	10d		14d	Aucune information	7	10		14	Aucune information
DK	AT	PL	CY	HU	BE	AT	LU	BG	LI
FR	BE	SI	EE	LI	DK	CR	LV	CY	
LU	BG	ES	LE	RO	FR	CZ	EL		
	HR	NON	EL	SK	FR	FI	PL	EE	
	CZ	CH	LV	SE	SE	LE	PT	IE	
	FI		LT			HR	SK	MT	
	IE		MT			HU	ES	RO	
	IT		PT			IT	UK	SI	
	FR		IS			LT	NON	IS	
			UK				CH		

7. Contexte scientifique

7.1. PÉRIODE INFECTIEUSE POUR LE SRAS-COV-2 (GÉNÉRAL)

Voir l'aperçu récent dans l'[avis du RAG de décembre](#). Les points principaux sont répétés ici :

- Les études sur l'évolution de la charge virale, sur la recherche des contacts et les études de modélisation concordent pour constater que la contagiosité est maximale au moment de l'apparition des symptômes.
- La probabilité de cultiver le virus avec succès semble limitée (<5%) à partir de 8-10 jours après l'apparition des symptômes dans les cas légers-modérés et à partir de 14-20 jours (ou plus) dans les cas graves.
- Une stratégie basée sur des tests est entravée par l'excrétion prolongée d'ARN viral, qui n'est pas synonyme de contagiosité. L'évaluation de la charge virale pourrait aider dans ces cas, mais les charges virales sont généralement exprimées de manière semi-quantitative sous forme de *valeurs seuils de cycle*, qui varient en fonction des laboratoires, des gènes ciblés et des protocoles utilisés.

7.2. DURÉE DE LA QUARANTAINE

Depuis la précédente recommandation du RAG sur la durée de la quarantaine, le CDC américain a réalisé des études de modélisation et accepte également l'option d'une quarantaine raccourcie de 10 jours sans test ou de 7 jours avec un test au plus tôt le cinquième jour. Les résultats ci-dessous sont disponibles [sur leur site web](#). Notez qu'en Belgique, le test peut être fait au plus tôt le 7e jour et **ne** correspond donc **pas** au scénario supérieur présenté dans ce tableau.

Planned day after which quarantine is completed and can be discontinued	Residual post-quarantine transmission risk (%) with and without diagnostic testing of a specimen within 48 hours before time of planned discontinuation of quarantine					
	No testing		RT-PCR testing		Antigen testing	
	Median	Range	Median	Range	Median	Range
7	10.7	10.3-22.1	4.0	2.3-8.6	5.5	3.1-11.9
10	1.4	0.1-10.6	0.3	0.0-2.4	1.1	0.1-9.5
14	0.1	0.0-3.0	0.0	0.0-1.2	0.1	0.0-2.9

Additional modeling by groups outside of CDC have produced similar findings that align with those presented above.

- Quilty and Clifford *et al.*⁵ (preprint pending peer review) modeled the median transmission potential averted by various quarantine strategies with and without testing. They estimated that 14 days of quarantine without testing was approximately equivalent to 7 days of quarantine when a specimen collected on the last quarantine day tests negative by RT-PCR.
- Wells *et al.*⁶ (preprint pending peer review) estimated the post-quarantine transmission risk (PQTR) for persons who have remained asymptomatic during quarantine based on RT-PCR testing performed within 24 hours prior to the date quarantine was discontinued. With average incubation periods of 5.2 days and 8.3 days, the PQTR fell below 1% after a 5-day or 7-day quarantine, respectively.
- Higher prevalence translates to greater pre-test probability that an exposed person has been infected. Modelers from the University of Utah School of Medicine estimated the post-quarantine transmission risk accordingly (unpublished data). At community prevalences of 1%, 3% and 5%, the post-quarantine transmission risk at Day 7 of quarantine were 0.25%, 0.84%, and 1.38%, respectively, with a diagnostic test that had 90% sensitivity.⁷

Les nouvelles recommandations du CDC ont été remises en question lors d'une étude sur la transmission au sein des ménages (2). Dans le cadre de l'étude, les contacts au sein des ménages ont été suivis quotidiennement, les symptômes ont été suivis également et des échantillons respiratoires ont été collectés et analysés par PCR. Les auteurs font état d'une probabilité de 20 % d'infection après 7 jours et de 7 % après 10 jours : "*Parmi les contacts au sein du foyer qui ont eu des résultats négatifs pour le SARS CoV-2 et qui étaient asymptomatiques jusqu'au 7e jour, il y avait 81 % de chances (intervalle de confiance [IC] de 95 % = 67 % à 90 %) de rester asymptomatiques et d'avoir un résultat négatif en RT-PCR jusqu'au 14e jour ; ce pourcentage passait à 93 % (IC de 95 % = 78 % à 98 %) pour les membres du ménage qui étaient asymptomatiques et dont les résultats au test RT-PCR étaient négatifs jusqu'au 10e jour*".

7.3. CONSÉQUENCES POUR LE NOUVEAU VARIANT

- Le RAG a déjà publié une [évaluation des risques en rapport avec](#) les nouveaux variants.
- La contagiosité accrue du variant britannique a été démontrée dans deux documents preprint indépendants (3,4). Le 8 janvier, l'institut de santé publique anglais a également publié un troisième briefing technique indiquant un taux d'attaque secondaire des cas index infectés avec le nouveau variant plus élevés (14,7 %) que pour des cas index infectés avec une souche sauvage (11 %) (5).
- La mutation E484K présente dans le variant sud-africain est associée à une diminution de la sensibilité à la réponse immunitaire (6-8).
- Aucune donnée n'a encore été publiée sur la période d'incubation et la durée de contagiosité des nouveaux variants. Il n'y a donc pas de preuve que celles-ci diffèrent.

7.4. RESPECT DES MESURES

- Une récente enquête préparée par Omer Van den Bergh et Vera Hoorens pour le groupe de travail "Psychologie et coronavirus" a fait état d'un très faible respect des mesures. Par exemple, des recherches menées au Royaume-Uni (enquêtes en ligne menées entre mars et août 2020) ont montré qu'environ 70 % des personnes interrogées avaient l'intention de suivre des mesures d'isolement et 65 % des mesures de quarantaine (9). Cependant, le taux de conformité final déclaré par les intéressés était beaucoup plus faible : seul 18 % pour l'auto-isolement [16,4-19,9 %] et 10,9 % pour la quarantaine [7,8-13,9]. La conformité peut être influencée par de nombreux facteurs, mais une étude japonaise a également montré un taux de conformité de seulement 17,1 % pour l'isolement strict à domicile après des symptômes légers de COVID-19 (10). En Norvège, il a déjà été signalé que seul 42 % [37-48 %] des personnes restaient en isolement ou en quarantaine pendant au moins un jour lorsqu'elles étaient appelées à le faire (11). L'adhésion aux mesures était plus élevée chez les personnes qui présentaient des symptômes (71 % [63-79]) que chez les personnes asymptomatiques (28 % [23-34]).

- Les recommandations du même groupe de travail pour améliorer l'adhésion aux mesures comprend des instructions claires sur la quarantaine et l'isolement et la suppression d'obstacles pratiques et financiers

Les personnes suivantes ont participé à cet avis :

Annelies Aerssens (UZ Gent), Leïla Belkhir (UCL Louvain), Philippe Beutels (UAntwerpen), Emmanuel Bottieau (ITG), Laura Cornelissen (Sciensano), Bénédicte Delaere (CHU-UCL Namur), Olivier Denis (CHU-UCL Namur), Marie-Françoise Derycke (CHU Charleroi), Pierre-Louis Deudon (Cocom), Nicolas Franco (UNamur), Frederik Fripiat (AViQ), Michèle Gerard (CHU St-Pierre), Herman Goossens (UAntwerpen), Naima Hammami (Zorg en Gezondheid), Niel Hens (UAntwerpen et UHasselt), Frédérique Jacobs (Hôpital Erasme), Valeska Laisnez (Sciensano), Barbara Legiest (Soins et santé), Tinne Lernout (Sciensano), Veerle Matheeussen (UAntwerpen) Pierrette Melin (CHU de Liège), Christelle Meuris (CHU de Liège), Thomas Orban (SSMG), Paul Pardon (SPF Santé publique), Dominique Roberfroid (KCE), Petra Schelstraete (UZGent), Stefan Teughels (Wachtposten Vlaanderen), Anne Tilmanne (Huderf), Olivier Vandenberg (ULB), Koen Vandendriessche (UZA), Roel Van Giel (Domus Medica), Steven Van Gucht (Sciensano), Sophie Quoilin (Sciensano), Dirk Wildemeersch (Zorg en Gezondheid).

8. Références

1. Kidd M, Richter A, Best A, Mirza J. La variant S du SRAS-CoV-2 est associée à des charges virales significativement plus élevées dans les échantillons testés par ThermoFisher TaqPath RT-QPCR. medRxiv. disponible sur <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.24.20248834v1.full.pdf>
2. Rolfes MA. Implications d'une quarantaine raccourcie parmi les contacts familiaux des patients de référence atteints d'une infection confirmée par le SRAS-CoV-2 - Tennessee et Wisconsin, avril-septembre 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 2021 [cité le 4 janvier 2021];69. Disponible à l'adresse suivante : <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm695152a1.htm>
3. Davies NG, Barnard RC, Jarvis CI, Kucharski AJ, Munday J, Pearson CAB, et al. Estimation de la transmissibilité et de la gravité de la nouvelle variant préoccupante du SRAS-CoV-2 202012/01 en Angleterre. medRxiv. 2020 Dec 26;2020. medRxiv. 2020 Dec 26;2020. Available from : <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.24.20248822v1>
4. Volz E, Mishra, S, Chand, M, Barret J et al Transmission of SARS-CoV-2 Lineage B.1.1.7 in England : Aperçu de l'association des données épidémiologiques et génétiques. 30 décembre 2020. Disponible à l'adresse suivante : <https://virological.org/t/transmission-of-sars-cov-2-lineage-b-1-1-7-in-england-insights-from-linking-epidemiological-and-genetic-data/576>
5. Santé publique Angleterre. Enquête sur la nouvelle variant du SRAS-CoV-2 : Variant of Concern 202012/01 - Technical Briefing 3 [Internet]. Londres : PHE ; 2021 Janvier p. 19. Disponible à l'adresse suivante : https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/950823/Variant_of_Concern_VOC_202012_01_Technical_Briefing_3_-_England.pdf
6. Greaney AJ, Starr TN, Gilchuk P, Zost SJ, Binshtein E, Loes AN, et al. Complete Mapping of Mutations to the SARS-CoV-2 Spike Receptor-Binding Domain that Escape Antibody Recognition. Microbe de l'hôte cellulaire. 2020 19 novembre ; Doi : <https://doi.org/10.1016/j.chom.2020.11.007>
7. Andreano E, Piccini G, Licastro D, Casalino L, Johnson NV, Paciello I, et al. SARS-CoV-2 s'échappent in vitro d'un plasma de convalescence COVID-19 hautement neutralisant. bioRxiv. 2020 Dec 28;2020.12.28.424451. bioRxiv. 2021 Jan 13;2021.01.13.426558. Available from : <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2021.01.13.426558v1>
8. Nelson G, Buzko O, Spilman PR, Niazi K, Rabizadeh S, Soon-Shiong PR. La simulation de dynamique moléculaire révèle que la mutation E484K augmente l'affinité RBD-ACE2 de pointe et que la combinaison des mutations E484K, K417N et N501Y (variant 501Y.V2) induit un changement conformationnel plus important que le mutant N501Y seul, ce qui pourrait entraîner un mutant de fuite. bioRxiv. 2021 janv. 13;2021.01.13.426558.
9. Smith LE, Potts HWW, Amlot R, Fear NT, Michie S, Rubin J. Adherence to the test, trace and isolate system : results from a time series of 21 nationally representative surveys in the UK (the COVID-19 Rapid Survey of Adherence to Interventions and Responses [CORSAIR] study). medRxiv. 2020 Sep 18;2020.09.15.20191957.
10. Machida M, Nakamura I, Saito R, Nakaya T, Hanibuchi T, Takamiya T, et al. L'état actuel de la mise en œuvre de l'auto-isolement chez les travailleurs japonais lors de l'épidémie de COVID-19. Trop Med Health. 2020 Aug 3;48(1):63.
11. Steens A, Blasio BF de, Veneti L, Gimma A, Edmunds WJ, Zandvoort KV, et al. Faible adhésion autodéclarée aux demandes de quarantaine/isolement liées à la COVID-19, Norvège, avril à juillet 2020. Eurosurveillance. 2020 Sep 17;25(37):2001607.

9. Annexes

9.1. LIGNES DIRECTRICES SUR L'ISOLEMENT EN BELGIQUE

Fin de l'isolement	Pour qui ?	Remarques
7 jours après l'apparition des symptômes + au moins 3 jours sans fièvre + amélioration clinique	Patients ambulatoires en isolement à domicile	- 7j après le test pour les patients asymptomatiques - y compris les patients étant sortis de l'hôpital <14j après l'apparition des symptômes - à l'exclusion des patients dans les institutions résidentielles
14 jours après l'apparition des symptômes + au moins 3 jours sans fièvre + amélioration clinique	Institutions d'accueil des patients/résidents hospitalisés	- par exemple, les centres de soins résidentiels - sauf pour les patients nécessitant des soins intensifs
min. 3 jours sans fièvre amélioration clinique	Soins intensifs	- Une approche basée sur les tests et les symptômes peut être choisie - *28 jours si le patient est encore intubé
21j* après l'apparition des symptômes OU 14j après le début des symptômes ET PCR 2x <105 copies/mL avec un intervalle de 24h minimum	Personnes gravement immunodéprimées	- toujours consulter la multidisciplinarité - déviations possibles au cas par cas - envisager la sérologie et la PCR répétée

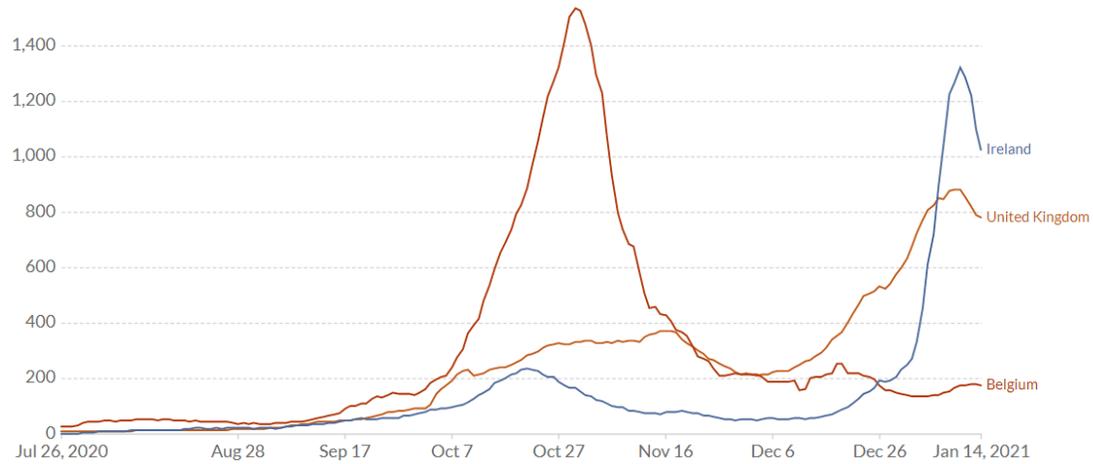
9.2. COMPARAISON ÉVOLUTION ÉPIDÉMIE BELGIQUE / ROYAUME-UNI / IRLANDE

Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

Shown is the rolling 7-day average. The number of confirmed cases is lower than the number of actual cases; the main reason for that is limited testing.



LINEAR LOG



Source: Johns Hopkins University CSSE COVID-19 Data - Last updated 15 January, 06:02 (London time)

CC BY

9.3. RECOMMANDATIONS INTERNATIONALES DÉTAILLÉES SUR LA DURÉE DE L'ISOLEMENT

AUTEUR	LÉGER/MODÉRÉ	MALADIE GRAVE	IMMUNODÉPRIMÉ	COMMENTAIRES
OMS	Au moins 10 jours après l'apparition des symptômes + 3d supplémentaire sans symptômes	Envisager un test (y compris VL/nAb) en cas de symptômes prolongés	NA	Min. 13d pour les cas symptomatiques Min. 10d pour les cas asymptomatiques
ECDC	Amélioration clinique + pas de fièvre pour le 3d+ 10d après l'apparition des symptômes OR 2x neg PCR	Amélioration clinique + pas de fièvre pour le 3d+ min. 14-20j après l'apparition des symptômes OU 2x nég. PCR	Amélioration clinique + pas de fièvre pour le 3d+ 20j après l'apparition des symptômes OU 2x neg PCR	Résidents/employés des FSLD ou autre population vulnérable (prison, centre d'accueil de migrants) : comme les personnes immunodéprimées
CDC	pas de fièvre pendant 24h + 10j après l'apparition des symptômes	Considérez 20d	Envisager des tests	
RKI (DE)	48h sans symptômes + 10 jours après l'apparition des symptômes	(défini comme nécessitant de l'O2) Comme les cas bénins + PCR négative	Au cas par cas	Aucun symptôme = "amélioration clinique significative" Les valeurs CT élevées peuvent être considérées comme une "PCR négative" LTCF : comme les
RIVM (NL)	24h sans symptômes + 7j après l'apparition des symptômes (+ 48h pas de fièvre pour les travailleurs de la santé uniquement)	Seulement si le patient est toujours hospitalisé : 14 jours après l'apparition des symptômes + 48 heures d'amélioration clinique Si la ventilation mécanique est toujours assurée : 21 jours après le SO + 48 heures de récupération clinique + 2x PCR négative sur un échantillon de LRT	24h sans symptômes + 14j après l'apparition des symptômes + envisager 2x neg PCR	Si encore asymptomatique 72h après le test : mettre fin à l'isolement en LTCF : 24h sans symptômes + 48h sans fièvre + 14j
SPF (FR)	48h sans fièvre/dyspnée + 7d après l'apparition des symptômes	?	48h sans fièvre/dyspnée + 10j après l'apparition des symptômes	7j à partir de la date du test pour les cas asymptomatiques

PHE
(ROYAUME-
UNI)

48h sans fièvre + amélioration
clinique +
10 jours après l'apparition des
symptômes

48h sans fièvre + amélioration
clinique + **14j** après l'apparition des
symptômes

Aussi sévère que possible +
envisager des tests

N.B. Définitions de l'OMS de la gravité de la maladie :

- Maladie légère = symptomatique, pas de signe de pneumonie virale ou d'hypoxie-
Modérée $\geq 90\%$
- Sévère = signes clinique de pneumonie + min. 1 de RR>30/min, détresse
respiratoire grave ou SpO₂<90% sur la pièce ai

9.4. RECOMMANDATIONS DU COMITÉ DE SÉCURITÉ SANITAIRE POUR UNE APPROCHE EUROPÉENNE COMMUNE CONCERNANT L'ISOLEMENT DES PATIENTS COVID-19 ET LA MISE EN QUARANTAINE DES CONTACTS ET DES VOYAGEURS

Disponible à l'adresse :

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness_response/docs/hsc_quarantine-isolation_recomm_en.pdf

Mesures d'isolement

- Les pays doivent veiller à ce que les cas de COVID-19 présentant des symptômes légers ou modérés soient isolés pendant au moins 7 à 10 jours et que la fièvre disparaisse pendant au moins trois jours et que les autres symptômes cliniques soient améliorés selon la définition nationale, par exemple 24 ou 48 heures sans aucun symptôme spécifique de COVID-19, ou si le patient présente deux RT-PCR consécutives négatives pour le SRAS-CoV-2 dans un intervalle d'au moins 24 heures ou un équivalent accepté au niveau national tel que les résultats d'un test PCR avec dépassement d'un seuil défini de non-contagiosité présumée (par exemple CT de >30).
- Pour les cas graves, il convient de veiller à ce que les patients puissent sortir de l'isolement après une période de 10 à 14 jours au minimum, conformément aux recommandations nationales, et potentiellement jusqu'à 20 à 21 jours (selon la définition nationale) et lorsque la fièvre a disparu et que les autres symptômes cliniques se sont améliorés pendant au moins trois jours. Alternativement, deux tests RT-PCR consécutifs négatifs pour le SARS-CoV-2 dans un intervalle d'au moins 24 heures ou, si cela est défini au niveau national, un test antigène rapide (RAT) avec des caractéristiques de performance similaires ou un équivalent accepté au niveau national tel qu'un test PCR dont les résultats dépassent un seuil défini de non-contagiosité présumée (par exemple CT de >30) peuvent servir à décider de la sortie d'isolement d'un patient COVID-19.
- Une attention particulière doit être accordée aux cas immunodéprimés, pour lesquels une période d'isolement de 20 jours après l'apparition des symptômes est recommandée, mais une décision au cas par cas doit être prise et des recommandations fixées au niveau national doivent être appliquées.
- Dans le cas de cas COVID-19 confirmés asymptomatiques, les pays doivent mettre en place des mesures d'isolement de 10 jours après le prélèvement de l'échantillon et, s'il est défini au niveau national, un test RT-PCR pour le SARS-CoV-2 à la fin de l'isolement.

Mesures de quarantaine pour les contacts

Les pays doivent assurer une période de quarantaine d'au moins 10 à 14 jours (à compter du lendemain de la dernière exposition potentiellement infectieuse) pour les contacts à haut risque avec un cas confirmé de SARS-CoV-2 positif, conformément aux recommandations nationales. Les personnes présentant des symptômes pendant la période de quarantaine doivent être immédiatement isolées et soumises à un test de dépistage du SARS-CoV-2. Cette période de quarantaine pourrait être réduite à 5 à 10 jours après l'exposition en l'absence de symptômes si un test RT-PCR ou RAT, conformément aux recommandations nationales, est négatif à un jour défini au niveau national, par exemple 5, 7 ou 10 de quarantaine.

