

Définition de cas – Maladie à coronavirus (COVID-19)

Ces définitions de cas sont à des fins de surveillance et sont à jour en date du 17 janvier 2022. Elles ne visent pas à remplacer le jugement d'un clinicien ou d'un praticien en santé publique dans l'évaluation et la prise en charge d'un patient.

A. Cas probable

Une personne **qui** :

1- présente des [symptômes](#) compatibles avec la COVID-19

ET :

- a. qui a eu une exposition à risque élevé (c.-à-d. qui a eu un contact étroit) avec un cas confirmé de COVID-19 (voir la note de bas de page 1); **OU**
- b. qui a été exposée à une grappe de cas ou à une éclosion connue.

ET :

- a. auprès de laquelle un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) en laboratoire (p. ex. par réaction en chaîne de la polymérase (RCP) en temps réel ou séquençage des acides nucléiques) pour le SRAS-CoV-2 n'a pas été effectué (voir la note de bas de page 9); **OU**
- b. auprès de laquelle on a détecté des anticorps à partir d'un seul prélèvement de sérum, de plasma ou de sang entier au moyen d'un test sérologique validé en laboratoire pour le SRAS-CoV-2, prélevé dans les 4 semaines suivant l'apparition des symptômes (voir les notes de bas de page 7, 8).

OU

2- a des [symptômes](#) compatibles avec la COVID-19

ET

auprès de laquelle un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) en laboratoire (p. ex. par réaction en chaîne de la polymérase (RCP) en temps réel ou séquençage des acides nucléiques) pour le SRAS-CoV-2 n'a pas été décisif (voir les notes de bas de page 2, 3);

OU

3- est asymptomatique

ET

- a. a eu une exposition à risque élevé (c.-à-d. qui a eu un contact étroit) avec un cas confirmé de COVID-19 (voir la note de bas de page 1); **OU**
- b. a été exposée à une grappe de cas ou à une éclosion connue.

ET :

auprès de laquelle un test d'amplification des acides nucléiques (TAAN) en laboratoire (p. ex. par réaction en chaîne de la polymérase (RCP) en temps réel ou séquençage des acides nucléiques) pour le SRAS-CoV-2 est non décisif (voir les notes de bas de page 2, 3).

B. Cas confirmé

Une personne dont l'infection au SRAS-CoV-2 a été confirmée et documentée par :

- 1- La détection d'au moins une cible génomique spécifique par un test validé d'amplification des acides nucléiques en laboratoire (p. ex. par réaction en chaîne de la polymérase (RCP) en temps réel ou séquençage des acides nucléiques) effectué par un laboratoire communautaire, hospitalier ou de référence (p. ex. un laboratoire de Santé publique Ontario ou le Laboratoire national de microbiologie) (voir les notes de bas de page 5, 6).

OU

- 2- Un TAAN au point de service validé qui a été jugé acceptable par le ministère de la Santé de l'Ontario pour fournir le résultat final (c.-à-d. ne nécessite aucun test de confirmation) (voir la note de bas de page 4).

OU

- 3- Une séroconversion doit être démontrée dans un intervalle de quatre semaines en anticorps propres virus dans le sérum ou le plasma à l'aide d'un test sérologique validé en laboratoire pour le SRAS-CoV-2 (voir la note de bas de page 7).

C. Cas de réinfection basée sur les résultats de laboratoire

Un cas confirmé de SRAS-CoV-2 (voir la note de bas de page 14) qui avait obtenu son congé et qui présente une infection subséquente par le SRAS-CoV-2 confirmée lorsqu'il existe des résultats de laboratoire de l'existence de deux infections distinctes causées par différentes lignées virales (voir la note de bas de page 15). Les résultats de laboratoire comprennent :

- 1- le séquençage du génome ou des tests de dépistage par PCR d'un variant préoccupant indiquant deux infections distinctes par le SRAS-CoV-2, comme il est décrit par l'identification i) de différentes lignées génétiques, OU ii) de la même lignée, mais présentant une seule variation nucléotidique/de la mutation suffisante pour soutenir deux infections différentes (voir les notes de bas de page, 12, 13, 14).

OU

- 2- Il est confirmé par séquençage du génome ou tests de dépistage par PCR d'un VP (voir la note de bas de page 14) que l'une des infections est un variant d'intérêt (VI/VP) ou que l'isolat contient des mutations associées au VI/VP **ET** que l'autre infection est survenue lorsque le VI/VP ne circulait pas au Canada (voir la note de bas de page 15).

D. Cas de réinfection établie d'après des critères de temps

Un cas confirmé de SRAS-CoV-2 qui avait obtenu son congé (voir les notes de bas de page 10, 16) et qui présente une nouvelle infection confirmée par le SRAS-CoV-2 au moins 90 jours après une infection antérieure, d'après la date de l'épisode (voir les notes de bas de page 17, 18)

ET

qui ne correspond pas à la définition de cas de réinfection basée sur les résultats de laboratoire.

Notes de bas de page pour la définition de cas

1. Un **contact étroit** s'entend d'une personne qui a eu un risque élevé d'exposition à un cas confirmé ou probable durant sa période de transmissibilité. Cela comprend les expositions dans un ménage, la communauté et les milieux de soins de santé comme il est décrit dans le [document d'orientation du Ministère sur la gestion des cas et des contacts relatifs à la COVID-19](#).
2. Un résultat non décisif s'entend d'un résultat obtenu sur une seule ou plusieurs cibles de RCP en temps réel (sans résultat positif) et la cible n'est pas détectée ou demeure indéterminée par une autre analyse par RCP en temps réel ou sans confirmation du séquençage ou un résultat positif obtenu à l'aide d'une analyse pour laquelle les données disponibles en matière de rendement sont limitées.
3. Un résultat indéterminé d'analyse par RCP en temps réel s'entend d'un signal tardif d'amplification dans une RCP en temps réel dans une plage prédéterminée de valeurs seuils de cycle élevé (remarque : les valeurs seuils de cycle d'une plage indéterminée varient selon le test et tous les tests n'ont pas une plage indéterminée). Ce résultat peut être dû à la faible quantité de cibles virales dans l'échantillon clinique qui approche de la limite de détection de l'analyse, ou il peut représenter, dans de rares cas, une réactivité non spécifique (faux signal) dans l'échantillon. Lorsque c'est cliniquement pertinent, il est recommandé de refaire les tests.
4. Tous les résultats positifs des tests moléculaires effectués aux points de service doivent être communiqués à la santé publique. Les résultats finaux peuvent être communiqués à partir de certains tests approuvés par le ministère de la Santé qui ont été évalués, et ne nécessitent aucun test supplémentaire à des fins de confirmation (voir le [Document d'orientation provisoire sur la COVID-19 : Dépistage et gestion des cas, des contacts et des éclosions intégrés : recrudescence liée au variant Omicron](#)). Des tests supplémentaires peuvent être recommandés pour orienter la gestion des cas et la santé publique.
5. Les tests en laboratoire continuent d'évoluer, et les recommandations au sujet des tests en laboratoire évolueront en conséquence à mesure que l'on élabore et valide de nouvelles analyses.
6. Certains laboratoires hospitaliers et communautaires ont mis en place des tests de dépistage de la COVID-19 à l'interne et signalent les résultats finaux et positifs, ce qui

suffit à confirmer les cas. D'autres laboratoires hospitaliers et communautaires signaleront des résultats positifs préliminaires au cours des premières phases de la mise en œuvre et exigeront des tests de confirmation dans un autre laboratoire détenant un permis avec un test de TAAN validé pour le SRAS-CoV-2, qui peut être un laboratoire communautaire, hospitalier ou de référence (p. ex. un laboratoire de Santé publique Ontario (LSPO) le Laboratoire national de microbiologie).

7. Seuls les résultats d'un laboratoire de l'Ontario qui détient un permis pour effectuer des tests sérologiques ET où les tests sont effectués à des fins cliniques sont communiqués au médecin hygiéniste et utilisés pour la classification des cas.
8. Le test d'anticorps à la COVID-19 ne doit pas être utilisé comme outil de dépistage ou de diagnostic en phase aiguë ni servir à déterminer l'état immunitaire ou le potentiel infectieux d'un patient, le statut de vaccination, ou l'infectivité. Les résultats doivent être interprétés dans le contexte des antécédents cliniques et d'exposition. Les tests sérologiques ne doivent pas être utilisés pour les patients qui ont déjà reçu un diagnostic d'infection à la COVID-19 ou qui ont été vaccinés contre le SRAS-CoV-2.
9. Tout cas classé comme probable en fonction d'une exposition à risque élevé (c.-à-d. un contact étroit) ou une exposition à une grappe de cas ou une éclosion connue, qui s'avère par la suite négative/non détectée pour le virus du SRAS-CoV-2, ne doit plus être classé comme un cas probable. Des exceptions peuvent être faites en cas de résultats négatifs si un prélèvement est compromis ou si le test de TAAN est retardé (p. ex. >10 jours après l'apparition des symptômes), ces personnes demeurent alors des cas probables.
10. Pour les définitions de congé, consulter le [Document d'orientation provisoire sur la COVID-19 : Dépistage et gestion des cas, des contacts et des éclosions intégrés : recrudescence liée au variant Omicron](#).
11. Une lignée virale est un groupe de virus défini par une souche initiale et celles qui en descendent.
12. Lorsqu'il n'y a pas de contamination suspectée dans l'échantillon d'infection primaire ou secondaire (c.-à-d. qu'il ne contenait pas deux sous-populations virales selon le test de dépistage par PCR des VP).
13. Lorsque la confirmation de la réinfection est basée sur la détection d'une ou plusieurs mutations associées à un variant préoccupant (VP) à l'aide d'un test par PCR en temps réel de mutation des VP dans l'un des épisodes d'infection et non dans l'autre épisode, les deux échantillons DOIVENT avoir été testés pour la ou les mêmes mutations afin de s'assurer qu'il y a eu un changement de statut de mutation d'un épisode à l'autre.
14. Les résultats du test de dépistage par PCR des VP sont conformes à la détection des VP d'après l'épidémiologie actuelle, comme indiqué dans le rapport de laboratoire (p. ex. échec de la cible du gène S (SGTF) sur le test TaqPath^{MC} pour Omicron, N501Y-négatif/E484K-négatif pour Delta, etc.).
15. Consulter l'ensemble de données national de surveillance génomique sur la [définition de cas de réinfection de l'Agence de la santé publique du Canada](#) pour connaître les dates de la première détection d'un VP particulier au Canada. Cet ensemble de données est mis à jour mensuellement.
16. Le jugement d'un clinicien ou des autorités de santé publique devrait être utilisé pour écarter les situations où une réinfection possible aurait été attribuée à une excrétion

virale prolongée (cette possibilité est à envisager si une excrétion virale prolongée est plus probable qu'une réinfection).

17. Si le cas est symptomatique, la date de l'épisode correspond à la date d'apparition des symptômes. Si la date d'apparition des symptômes n'est pas connue ou si le cas est asymptomatique, la première des dates suivantes est utilisée pour établir la date de l'épisode : date de prélèvement de l'échantillon; date de l'analyse en laboratoire; ou date de déclaration.
18. Le jugement d'un médecin hygiéniste en chef ou d'une autorité de santé publique pertinente peut être utilisé pour déterminer qu'un cas est une réinfection, d'après les nouvelles expositions ou les symptômes de la personne, si les critères de réinfection établie d'après des critères de temps ne sont pas remplis. Par exemple, s'il y a une forte suspicion de réinfection dans les 90 jours suivant l'infection précédente d'après la date de l'épisode, envisager de demander un séquençage du génome ou un test de dépistage par PCR d'un variant (si cela n'a pas déjà été fait) et suivre les critères de cas de réinfection basée sur les résultats de laboratoire.