



Stratégie révisée des tests de dépistage de la COVID-19

TRANSITION DE L'INTERVENTION D'URGENCE À L'INTÉGRATION
DANS LES SERVICES DE SANTÉ DE ROUTINE

Orientations pour les États membres de
l'Union africaine

Deuxième édition, Août 2022

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	1
RÉSUMÉ ANALYTIQUE	2
1.0 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA RÉVISION	3
1.1 Objectif de la présente stratégie de dépistage de la COVID-19	3
2.0 STRATÉGIES DE DÉPISTAGE DE LA COVID-19 À DES FINS CLINIQUES	4
2.1 Priorité aux tests COVID-19 pour la gestion clinique	4
2.2 Couverture et accessibilité des tests de dépistage de la COVID-19	4
2.3 Intégration du test COVID-19 dans les systèmes de santé de routine	5
2.4 Options technologiques de diagnostic dans les structures décentralisées	8
3.0 SURVEILLANCE DE LA COVID-19 À DES FINS DE SANTÉ PUBLIQUE	8
3.1 Surveillance communautaire	9
3.2 Surveillance sentinelle	9
3.3 Surveillance des eaux usées	9
3.4 Séquençage et surveillance génomique	10
3.5 Surveillance dans les établissements de soins primaires	10
3.6 surveillance séroépidémiologique de l'immunité des populations	10
4.0 QUESTIONS TRANSVERSALES	11
5.0 SUIVI ET ÉVALUATION (S&E)	13
5.1 Paramètres de suivi et d'évaluation des programmes de dépistage de la COVID-19	13
ANNEXES	14
Annexe I: Liste des abréviations et des acronymes	14
Annexe II: Les indicateurs clés de performance proposés	15



Africa Centres for Disease Control and Prevention
(Africa CDC)
Roosevelt Street, Old Airport Area, W21 K19
P. O. Box 3243, Addis Ababa, Ethiopia
Tel: +251 11 551 7700
Email: africacdc@africa-union.org

REMERCIEMENTS

Les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (Africa CDC) sont reconnaissants de l'énorme contribution reçue de leurs partenaires lors de l'élaboration de ce guide pour l'intégration des tests de dépistage de la COVID-19 dans les services de santé de routine.

En particulier, le CDC d'Afrique tient à remercier les membres du Groupe de travail technique sur les laboratoires d'AFTCOR pour leurs contributions techniques, dont les délibérations ont enrichi le guide pour favoriser l'intégration du test COVID-19 dans les services de santé de routine.

En outre, le CDC Afrique aimerait remercier les personnes listées ci-dessous pour la révision et les contributions fournies lors de l'élaboration de ce guide :

- Abimiku Alash'le (Institut de Virologie Humaine, Nigeria)
- Anafi Mataka (Société Africaine de Médecine de Laboratoire)
- Anne Von Gottberg (Institut National des Maladies Transmissibles, Afrique du Sud)
- Ashley Kallarakai (Initiative d'accès à la santé de Clinton)
- Aytenew Ashenafi Eshete (Centres Africains de Contrôle et de Prévention des Maladies)
- Fatim Cham-Jallow (Le Fonds Mondial)
- Jane Carter (Amref Health Africa)
- Juliet Bryant (Fonds mondial)
- Mah-Sere Keita (Société Africaine de Médecine de Laboratoire)
- Ndlovu Nqobile (Société Africaine de Médecine de Laboratoire)
- Osborn Otieno (Le Fonds Mondial)
- Owen Demke (Clinton Health Access Initiative)
- Pascale Ondo (Société Africaine de Médecine de Laboratoire)
- Trevor Peter (Initiative d'accès à la santé de Clinton)
- Rosanna Peeling (London School of Hygiene & Tropical Medicine)
- Shaukat Khan (Initiative d'accès à la santé de Clinton)
- Silver Mashate (Société africaine de médecine de laboratoire)
- Stephanie Salyer (Centres Africains de Contrôle et de Prévention des Maladies)
- Yenew Kebede Tebeje (Centres Africains de Contrôle et de Prévention des Maladies)

RÉSUMÉ ANALYTIQUE

Les tests visant à identifier les personnes infectées par le SRAS-COV-2, virus à l'origine de la COVID-19, qui ont joué un rôle central dans la lutte contre la maladie. La Commission de l'Union africaine, par l'intermédiaire des Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (Africa CDC) et de ses partenaires, a mis en œuvre un certain nombre d'initiatives clés pour étendre le dépistage de la COVID-19 en Afrique, notamment en élaborant des directives sur l'utilisation [des tests antigéniques rapides](#) de dépistage et la surveillance génomique.

Au cours de la phase initiale d'intervention d'urgence de la pandémie de COVID-19, les efforts de dépistage se sont concentrés sur l'identification des personnes infectées par le SRAS-COV-2 en vue d'un isolement rapide, d'une recherche des contacts et de soins cliniques pour rompre la chaîne de transmission et minimiser la morbidité et la mortalité. L'objectif de cette stratégie de dépistage révisée est de guider les États membres de l'UA dans le passage de la phase de réponse d'urgence à l'intégration du dépistage et de la gestion de la COVID-19 dans les services cliniques et de santé publique de routine. Elle donne des conseils sur la fourniture de tests COVID-19 à des fins cliniques et de surveillance pour la réponse de santé publique, ainsi que des considérations sur les approches de suivi et d'évaluation.

Ces orientations révisées recommandent de décentraliser autant que possible l'accès aux tests de dépistage de la COVID-19 et de les rendre disponibles dans les établissements de santé, ainsi que par le biais d'autotests, afin de permettre l'accès aux soins et l'atténuation de la transmission. Les tests doivent être effectués en priorité sur des personnes vulnérables et à haut risque qui présentent un début de maladie respiratoire aiguë, afin que celles qui sont infectées puissent bénéficier de soins cliniques et d'un accès aux traitements et aux vaccins contre la COVID-19.

Le dépistage de la COVID-19 doit également être intégré aux soins et diagnostics de routine, notamment pour le paludisme, le VIH, la tuberculose, les syndromes grippaux et d'autres infections respiratoires.

Compte tenu de la diversité mondiale et de l'évolution rapide et continue du SRAS-CoV-2, les pays sont encouragés à développer des approches durables pour surveiller les tendances de la transmission du SRAS-CoV-2. L'intégration du dépistage du SRAS-CoV-2 dans les systèmes de surveillance existants sera nécessaire pour comprendre l'importance en matière de santé publique de l'endémicité du SRAS-CoV2 et son impact sur la co-circulation d'autres infections respiratoires aiguës et chroniques endémiques. En plus des systèmes de surveillance basés sur les cas, des approches alternatives innovantes de surveillance basées sur la population sont encouragées, telles que la surveillance environnementale et la surveillance séro-épidémiologique systématique. Ces approches peuvent être des outils particulièrement utiles pour suivre les tendances en matière de COVID-19, car elles sont indépendantes des changements dans les pratiques de tests de diagnostic.

Ce guide sur la stratégie de dépistage est destiné aux parties prenantes qui soutiennent la réponse au COVID-19, notamment les ministères de la santé et autres agences gouvernementales, les groupes de travail nationaux sur la réponse au COVID-19, les agences de financement et de mise en œuvre, les experts en santé publique, les épidémiologistes, les prestataires de services de santé professionnels de première ligne, notamment les cliniciens, les infirmières, les professionnels de laboratoire, les agents de santé communautaires et autres.

Le CDC Afrique est conscient de l'évolution rapide de la nature épidémiologique de la COVID-19 et de la nécessité de modifier les mesures de contrôle pour faire face aux changements de la nature de la pandémie au fur et à mesure qu'ils se produisent ; les présentes directives seront donc mises à jour si nécessaire. Les CDC d'Afrique espèrent que l'adoption et la mise en œuvre de ces directives seront couronnées de succès et qu'elles permettront de renforcer les efforts visant à passer de l'urgence à l'intégration du test COVID-19 dans les services de santé de routine.

1.0 CONTEXTE ET JUSTIFICATION DE LA RÉVISION

En réponse à la pandémie de COVID-19, l'Union africaine (UA) a mis en place le Partenariat pour l'accélération du dépistage de la COVID-19 (PACT) afin d'intensifier le dépistage de la COVID-19 en juin 2020. Cette initiative continentale a aidé les États membres de l'UA à limiter la transmission de la COVID-19 tout en assurant un accès accru aux diagnostics et aux fournitures médicales, ainsi qu'au personnel de première ligne nécessaire pour soutenir la réponse au niveau national¹.

Entre le lancement du PACT et la révision de la présente stratégie de dépistage de la COVID-19, plusieurs documents d'orientation ont été publiés par les Centres africains de contrôle et de prévention des maladies (Africa CDC) et leurs partenaires, notamment des orientations sur l'utilisation des tests antigéniques rapides²; l'autodépistage pour compléter les protocoles de dépistage existants dans les établissements et améliorer l'accès aux tests de diagnostic³ du SRAS-CoV-2 et une surveillance génomique pour aider les États membres de l'UA à mieux comprendre les variantes qui circulent actuellement⁴. Cependant, les récents changements de vigilance concernant la réponse au COVID-19 en Afrique, notamment une baisse des tests, appellent à une révision de la stratégie de dépistage de la COVID-19 pour l'Afrique.

En outre, de nouvelles innovations en matière d'outils de diagnostic, de traitement et de surveillance, y compris des approches de prévention, sont apparues et ont contribué à répondre aux besoins de soins cliniques des personnes infectées par le SRAS-CoV2. Il s'agit notamment de l'introduction de technologies de dépistage de plusieurs maladies et de nouvelles thérapies antivirales du SRAS-CoV-2 qui peuvent réduire considérablement la durée d'hospitalisation, la gravité de la maladie et la mortalité chez les patients à haut risque si elles sont administrées rapidement⁵. Ainsi, un diagnostic précoce et un accès rapide à la thérapie sont nécessaires au succès du traitement.

À mesure que le virus établit une transmission endémique, il sera important de maintenir les capacités de surveillance et de suivi des tendances de la transmission du SRAS-CoV-2. Pour que la surveillance soit durable, il faut intégrer le dépistage du SRAS-CoV-2 dans les services de santé de routine et dans les systèmes de surveillance existants, tels que la surveillance sentinelle du syndrome grippal (ILI) et de l'infection respiratoire aiguë sévère (SARI) et la surveillance et la réponse intégrées aux maladies (IDSR). Nous devons également envisager de poursuivre l'extension de l'utilisation du test Ag-RDT, y compris l'autodiagnostic, ainsi que la mise en place de nouvelles méthodes de surveillance, en tenant compte de la surveillance de l'environnement ou des eaux usées.

1.1 Objectif de la présente stratégie de dépistage de la COVID-19

L'objectif de la stratégie de dépistage révisée est de guider les États membres de l'UA dans le passage de la réponse d'urgence à la surveillance de routine de la santé publique pour la COVID-19 sur le continent africain.

La stratégie fournit des directives concernant:

- i. La fourniture de tests de dépistage du SRAS-CoV-2 à des fins cliniques, notamment en permettant l'intégration du dépistage et du traitement de la COVID-19 dans les services de santé de routine pour une prestation efficace.
- ii. L'intégration des tests de dépistage du SRAS-CoV-2 dans les systèmes de surveillance existants et nouveaux afin de surveiller la transmission continue de la COVID-19 et d'identifier les poussées et les changements potentiels dans les tendances de la maladie afin d'éclairer

1 <https://africacdc.org/news-item/african-union-rolls-out-partnership-to-accelerate-covid-19-testing/>

2 <https://africacdc.org/news-item/new-guidance-to-expand-rapid-antigen-testing-for-covid-19-response-in-Africa-released/>

3 <https://africacdc.org/download/interim-guidance-on-covid-19-rapid-antigen-selftesting-to-african-union-member-states/>

4 <https://africacdc.org/download/interim-operational-guidance-on-sars-cov-2-genomic-surveillance-in-africa-an-updated-guide/>

la prise de décision en temps opportun et de guider la mise en œuvre efficace des mesures sociales et de santé publique (MSSP).

Public cible

Cette stratégie révisée de dépistage de la COVID-19 s'adresse à :

- Les parties prenantes soutenant la riposte au COVID-19 dans les États membres, notamment les ministères de la santé et autres agences gouvernementales, les groupes de travail nationaux et les groupes de travail techniques (GTT), les organismes de financement et les partenaires de mise en œuvre, les experts en santé publique et les épidémiologistes.
- Les prestataires de services de santé professionnels, notamment les cliniciens, les infirmières, les professionnels de laboratoire, etc.
- Les travailleurs de santé communautaires autorisés (TSCA) et, le cas échéant, les dirigeants communautaires.

Remarque : Il est important de noter que les orientations de haut niveau fournies dans cette stratégie peuvent être opérationnalisées et mises en œuvre en combinaison avec d'autres orientations techniques détaillées pertinentes.

2.0 STRATÉGIES DE DÉPISTAGE DE LA COVID-19 À DES FINS CLINIQUES

2.1 Priorité aux tests COVID-19 pour la gestion clinique

Le test COVID-19 doit être rendu facilement accessible aux patients vulnérables et à haut risque suivants, dans le but de réduire les maladies graves, les hospitalisations, la morbidité et la mortalité :

- Les patients se présentant pour des soins cliniques avec des symptômes suggérant une infection par le SRAS-CoV-2.
- Patients âgés (>65 ans)
- Patients immunodéprimés/immunodéprimés
- Patients souffrant de maladies chroniques et d'affections sous-jacentes telles que l'hypertension, le diabète, etc.

Les patients à haut risque présentant une maladie respiratoire aiguë dans les établissements de santé doivent être soumis en priorité au test COVID-19 (tableau 1). Le test doit également être proposé aux contacts familiaux à haut risque des cas, tels que les personnes âgées, les personnes souffrant de comorbidités comme l'hypertension, le diabète et d'autres conditions cliniques chroniques, afin de s'assurer qu'elles reçoivent des soins rapides si elles sont infectées. L'absence de vaccination dans ces populations peut encore augmenter leur risque de COVID-19 sévère. Les patients de la population générale qui répondent à la définition de cas de COVID-19 peuvent également se voir proposer un test de dépistage, en particulier lors d'une recrudescence.

Il est indispensable que toutes les personnes dont le test de dépistage de la COVID-19 est positif reçoivent des soins ultérieurs basés sur les directives de gestion des cas du pays. Ces soins consistent en une thérapie médicamenteuse et de l'oxygène médical si nécessaire.

2.2 Couverture et accessibilité des tests de dépistage de la COVID-19

Le test de diagnostic du SRAS-CoV-2 reste un élément essentiel pour l'identification précoce et la prise en charge clinique des personnes atteintes de COVID-19. Malgré la réduction actuelle du nombre de cas de COVID-19, l'accès au test de dépistage de la COVID-19 devrait être largement disponible dans tous les établissements de santé, au même titre que les autres diagnostics

essentiels. Cela va du niveau le plus bas des établissements de santé publique jusqu'aux niveaux les plus élevés aux niveaux régional et national, ainsi que dans les établissements de santé privés à un coût abordable.

L'amélioration de l'accès aux tests permettra d'accélérer l'accès aux soins et aux traitements et contribuera à renforcer la surveillance de la santé publique pour la gestion de l'émergence de nouvelles variantes et de flambées. Un certain nombre de tests de diagnostic rapide de l'antigène de qualité assurée, y compris des autotests, sont désormais disponibles et devraient être rendus largement accessibles dans les établissements de santé et pour les tests des patients à haut risque. L'objectif est d'assurer un accès rapide aux tests et de mettre en place des procédures d'orientation solides pour permettre un traitement clinique dans les cinq premiers jours suivant l'apparition des symptômes. Dans les circuits d'orientation des échantillons, il est recommandé d'incorporer les mécanismes nécessaires pour faciliter les processus d'envoi des échantillons pour le séquençage sur la base de la stratégie nationale d'échantillonnage.

2.3 Intégration du test COVID-19 dans les systèmes de santé de routine

Le dépistage et le test de la COVID-19 doivent être intégrés dans les services de santé de routine, y compris les services de consultation externe, les services d'hospitalisation et les cliniques spéciales pour les personnes à haut risque. Le dépistage et le test de COVID-19 doivent être intégrés aux soins de routine pour la tuberculose, la grippe et les maladies respiratoires, le paludisme, le VIH et d'autres maladies fébriles ou symptômes associés.⁴ Des conseils spécifiques sont présentés ci-dessous et dans le tableau 1 :

- Les patients séropositifs présentent un risque plus élevé de mortalité et de morbidité suite à une infection par la COVID-19⁵. Lorsque les patients se présentent dans un centre de traitement antirétroviral, ils doivent être systématiquement soumis à un dépistage des symptômes de la COVID-19. S'ils répondent aux critères cliniques de l'infection à COVID-19 ou s'ils sont des contacts de cas confirmés, en particulier ceux qui sont à un stade avancé de la maladie ou qui présentent des comorbidités, un test rapide de détection de l'antigène COVID-19 doit être effectué, suivi d'un traitement s'il est positif. Il convient d'aider les personnes vivant avec le VIH à poursuivre leur traitement antirétroviral et d'adapter les services, y compris la prévention et le lien avec le traitement, afin de rendre cette démarche plus facile et moins risquée pendant la riposte au COVID-19. Cela inclut l'accès aux autotests pour les patients séropositifs afin de leur permettre de se tester eux-mêmes à domicile s'ils développent des symptômes ou s'ils soupçonnent une exposition, sans devoir prendre le risque d'une exposition ou d'un retard dans l'accès au test au sein du système de santé. Un autotest positif est considéré comme un diagnostic et devrait permettre l'accès aux traitements COVID-19.
- Il existe un chevauchement des symptômes de la tuberculose et d'autres maladies respiratoires avec ceux de la maladie COVID-19, ce qui permet une évaluation clinique intégrée des deux maladies au sein des populations qui se présentent pour une maladie respiratoire. Si les patients répondent aux critères cliniques du test COVID-19, alors le test rapide de l'antigène COVID-19 doit être proposé. En outre, il existe des possibilités de tests bidirectionnels TB-COVID-19 pour améliorer la recherche de cas pour les deux maladies^{6,7}.
- Les premiers symptômes de l'infection par le SRAS-CoV-2, tels que la myalgie, la fièvre et la fatigue, se chevauchent avec les symptômes du paludisme et d'autres maladies fébriles non palustres, ce qui rend difficile le diagnostic clinique précoce. Dans les pays où le paludisme est endémique, tous les cas suspects de paludisme doivent faire l'objet d'une confirmation parasitologique du paludisme par microscopie de qualité ou par des tests antigéniques rapides avant l'administration de médicaments antipaludiques⁸. En raison

4 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341126/WHO-2019-nCoV-TB-care-2021.1-eng.pdf>

5 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35561704/>

6 Note d'information. Dépistage de la tuberculose et du SRAS-CoV-2. Genève, le Fonds mondial, 2021.

https://www.theglobalfund.org/media/11438/covid19_tb-testing_briefingnote_en.pdf.

7 WHO Information Notes: COVID-19 Considerations for Tuberculosis (TB) Care. Organisation mondiale de la santé, 2021

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341126/WHO-2019-nCoV-TB-care-2021.1-eng.pdf>

8 WHO consolidated guidelines for malaria <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/guidelines-for-malaria>

IMCI : <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/child/imci-integrated-management-of->

de la disponibilité des tests rapides, le dépistage du paludisme a été décentralisé vers les établissements de santé de niveau inférieur et au niveau communautaire dans la plupart des États membres. Il est important de veiller également à la disponibilité des tests rapides et des thérapeutiques pour le SRAS-CoV-2 dans ces établissements.

2.3.1 Stratégies d'intégration du test COVID-19 dans les services de santé de routine

Afin de favoriser l'intégration pragmatique du dépistage et de la gestion de la COVID-19 dans les services de soins de santé de routine et parallèlement aux programmes existants de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, les stratégies suivantes sont recommandées aux États membres de l'UA :

- Tous les établissements de santé, depuis le niveau le plus bas jusqu'au niveau supérieur, doivent être dotés des moyens diagnostiques nécessaires, d'un personnel compétent et de fournitures adéquates pour fournir des services de dépistage de la COVID-19 et d'autres conditions prioritaires. Tous les prestataires de services de santé doivent être formés à reconnaître les symptômes de la COVID-19 chez les patients qui se présentent dans les établissements de santé pour des services de routine.
- La mise à jour des politiques de dépistage doit permettre une intégration transparente du dépistage de la COVID-19 dans les programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme et dans la gestion des cas fébriles, ainsi que le développement d'outils de mise en œuvre pertinents.
- Mise en place de mécanismes de coordination clairs entre les différents programmes de lutte contre les maladies et les programmes de contrôle de la COVID-19, et examen régulier de l'intégration des politiques et des directives.

Tableau 1: Orientations pour l'intégration des services de dépistage de la COVID-19

Cadres cliniques pour les services intégrés de dépistage de la COVID-19	Orientations sur les personnes à privilégier pour le dépistage et le test de COVID-19
Services de santé de routine	<p>Individus prioritaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Personnes vulnérables et à haut risque, telles que les personnes âgées, les personnes souffrant de déficiences immunitaires et les personnes atteintes de maladies chroniques, se présentant dans des établissements de santé avec une maladie respiratoire aiguë. ■ Les personnes présentant un risque élevé d'évolution vers une maladie COVID-19 sévère, y compris celles qui sont co-infectées par d'autres maladies telles que le VIH et la tuberculose, se présentant dans des établissements de santé avec une maladie respiratoire aiguë. ■ Les patients qui se présentent dans les services de consultation externe (OPD) avec des symptômes d'infection par le SRAS-CoV-2 tels que myalgie, fièvre et fatigue, etc.⁹ mais dont le test de dépistage du paludisme est négatif, et dont l'absence d'autre maladie fébrile est évaluée et confirmée, doivent faire l'objet d'un dépistage systématique des symptômes de la COVID-19 et, s'ils répondent aux critères cliniques de la COVID-19, doivent être soumis en priorité au test rapide Ag de la COVID-19 <p>Autres populations suggérées</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Contacts familiaux à haut risque des cas confirmés <p>Populations supplémentaires à prendre en compte pendant la phase d'intensification</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tous les patients symptomatiques (à haut risque et population générale) se présentant ou admis dans les établissements de santé

[childhood-illness/imci-in-service-training/imci-chart-booklet.pdf?sfvrsn=f63af425_1](https://www.who.int/publications/i/item/9789240000000)

9 Les personnes symptomatiques présentant un risque faible ou nul de maladie grave doivent être traitées comme des patients présentant une maladie fébrile aiguë.

<p>Cliniques VIH</p>	<p>Individus prioritaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ PVVIH symptomatiques <p>Autres populations suggérées</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ PVVIH qui sont des contacts de cas confirmés de COVID-19
<p>Cliniques de tuberculose et de pneumologie</p>	<p>Individus prioritaires</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Tous les patients qui se présentent dans les cliniques de tuberculose doivent être dépistés pour les symptômes de la COVID-19. S'ils répondent aux critères cliniques pour un test de dépistage de la COVID-19, ce dernier devrait également être fourni en même temps que les services de lutte contre la tuberculose. <p>Autres populations suggérées</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les patients tuberculeux qui sont des contacts de cas confirmés de COVID-19.

- Interventions opérationnelles pour assurer l'expansion délibérée des services de dépistage de la COVID-19 au sein des programmes de lutte contre d'autres maladies, par exemple par l'optimisation et l'intégration des réseaux de diagnostic afin de tirer parti des systèmes de santé et des laboratoires existants pour élargir l'accès au dépistage de la COVID-19 dans les endroits où le test PCR est utilisé. L'intégration des systèmes de laboratoire comprend la coordination entre les programmes en matière de gestion des ressources humaines, les systèmes intégrés de gestion de la qualité (panels d'essais d'aptitude, supervision et encadrement des sites) et les systèmes de transport des échantillons. Il est recommandé de procéder à des exercices d'optimisation des réseaux de diagnostic afin de tirer parti des infrastructures de laboratoire disponibles et de parvenir à une efficacité interprogrammes.
- Renforcement des ressources humaines au sein des programmes de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme, afin d'améliorer les connaissances et les compétences en matière de gestion du dépistage, du traitement et des soins liés au COVID-19. Cela peut être favorisé par des formations, des mentorats ciblés et une supervision.
- Il faut donner la priorité à l'accès au diagnostic pour les personnes les plus à risque et à l'établissement de voies d'orientation pour accéder à un traitement rapide.
- Les efforts délibérés suivants doivent être déployés pour garantir que les services de lutte contre la tuberculose et le VIH soient intégrés aux services de dépistage de la COVID-19 :
 - Modifier les modèles de prestation de services de lutte contre la tuberculose et le VIH pour les personnes vivant avec le VIH (PVVIH) afin de garantir un accès plus facile et efficace au dépistage de la COVID-19 dès que nécessaire, y compris l'accès aux autotests.
 - Sensibiliser les PVVIH aux symptômes de la COVID-19, au dépistage (y compris l'accès, l'utilisation et l'interprétation des autotests) et mettre en place des mécanismes permettant aux PVVIH infectées par la COVID-19 d'avoir rapidement accès à un traitement pour éviter la progression vers une maladie modérée ou grave
 - Veiller à ce que les PVVIH diagnostiquées et traitées avec la COVID-19 soient toujours en mesure d'accéder aux soins appropriés et d'adhérer à leur régime de TAR.
- Le fait d'être diagnostiqué positif au COVID-19 peut être une source de stigmatisation et un facteur dissuadant les personnes de se faire dépister par crainte des conséquences sociales, des effets négatifs économiques potentiels tels que le risque de perte d'emploi, la réduction des activités économiques, etc. Une communication appropriée doit être développée et mise en œuvre pour assurer une sensibilisation adéquate et une promotion de la prise de conscience des communautés sur la COVID-19, y compris les services de dépistage et de traitement associés, en les intégrant autant que possible dans les services

de santé de routine existants.

- Il est important que les États membres veillent à ce que les directives appropriées en matière de considérations éthiques soient respectées et reconnaissent l'importance du respect des droits de l'homme au cours des processus d'intégration du test COVID-19 dans les services de santé de routine. Des efforts doivent être consentis pour :
 - S'assurer qu'il n'y a pas de contrainte exercée sur les patients pour qu'ils subissent un test COVID-19 « obligatoire » au sein des établissements de soins de santé, mais qu'il n'y a que des avantages pour la santé du patient. Les patients doivent recevoir le service de dépistage de la COVID-19 sur une base volontaire.
 - Des efforts doivent être déployés pour s'assurer que le suivi du traitement ou l'accès aux services de test de confirmation, si nécessaire, sont mis à la disposition de toutes les personnes dont le test de dépistage de la COVID-19 est positif, conformément aux protocoles nationaux. Les cas négatifs doivent être pris en charge de manière appropriée, conformément aux directives nationales essentielles en matière de soins de santé.

2.4 Options technologiques de diagnostic dans les structures décentralisées

Les tests d'acide nucléique au point de service et les tests de diagnostic rapide basés sur les antigènes sont les technologies les plus facilement disponibles et les plus proches des patients au niveau des soins de santé primaires. L'OMS recommande l'utilisation des tests antigéniques COVID-19 avec une sensibilité minimale de 80 % et une spécificité de 97 %. Plusieurs tests antigéniques rapides à faible coût, avec une liste d'utilisation d'urgence de l'OMS, sont disponibles et largement utilisés. En outre, des autotests antigéniques rapides sont désormais disponibles et peuvent être utilisés dans les établissements de santé, au sein des communautés et à domicile. En outre, un certain nombre d'établissements de santé disposent d'une capacité de test d'acide nucléique proche du point de service, par exemple le GeneXpert, et les tests de dépistage de la tuberculose et de la COVID-19 peuvent être intégrés en adoptant les stratégies décrites dans le guide STOP TB¹⁰. Actuellement, un panel multi-pathogène ciblant le SRAS-CoV-2/Influenza A/B et le VRS est disponible. À l'avenir, d'autres technologies abordables de test d'acide nucléique multi-pathogène au point de service devraient être disponibles, ce qui pourrait faciliter l'intégration de COVID-19 dans d'autres services de dépistage de maladies.

3.0 SURVEILLANCE DE LA COVID-19 À DES FINS DE SANTÉ PUBLIQUE

Le dépistage du SRAS-CoV-2 doit continuer à être intégré et amélioré dans les systèmes de surveillance existants et nouveaux afin de suivre les tendances de la transmission de la COVID-19 et d'identifier les poussées potentielles qui nécessitent une réponse rapide. La surveillance contribuera à maintenir une visibilité indispensable sur l'évolution du virus qui pourrait avoir un impact sur la morbidité et la mortalité futures, ainsi que sur les options de prévention et de traitement.

En utilisant la surveillance pour orienter la prise de décision et guider la mise en œuvre efficace des mesures sociales et de santé publique (MSP) pour la COVID-19, le CDC Afrique a développé une stratégie pour [une surveillance renforcée de la COVID-19 au niveau communautaire en Afrique](#)¹² ainsi qu'un [cadre de mesures sociales et de santé publique à plusieurs niveaux pour l'Afrique](#)¹³. Ces documents recommandent d'améliorer la surveillance existante ou d'en développer une nouvelle, lorsque cela est possible, pour 1) la surveillance communautaire, 2) la surveillance sentinelle et 3) la surveillance des eaux usées.

S'ils sont renforcés pendant les phases d'incidence faible à modérée, les efforts de surveillance peuvent être utilisés pour fournir une alerte précoce qui peut informer et permettre la mise en

10 <https://www.stoptb.org/file/9145/download>

11 https://www.theglobalfund.org/media/11438/covid19_tb-testing_briefingnote_en.pdf.

12 <https://africacdc.org/download/enhanced-covid-19-surveillance-at-the-community-level-in-africa/>

13 <https://africacdc.org/download/covid-19-tiered-public-health-and-social-measure-framework-for-africa/>

œuvre opportune de MSSP pour limiter la transmission du virus, guider une réponse efficace pour atténuer les dommages causés aux communautés, et surveiller et détecter l'émergence potentielle de variantes préoccupantes de la COVID-19 par le biais de la surveillance génomique¹⁴. La présente section porte sur l'amélioration des recommandations relatives au dépistage du SRAS-CoV-2 pour les types de surveillance susmentionnés ainsi que pour la surveillance des établissements de soins de santé primaires, la surveillance génomique et les études séro-épidémiologiques.

3.1 Surveillance communautaire

La surveillance communautaire (SC) est une composante essentielle de la surveillance événementielle et est utile pour la détection précoce des cas individuels et des grappes de cas de COVID-19 dans les communautés. Les agents de santé communautaires (ASC) jouent un rôle essentiel dans la mise en œuvre de la surveillance communautaire. Pour améliorer l'identification précoce des cas dans la communauté, les États membres de l'UA doivent équiper les ASC d'outils de dépistage et de diagnostic de la COVID-19, y compris des autotests. Dans la mesure du possible, l'accès aux services de diagnostic - idéalement dans des établissements de santé publique proches ou par des autotests - doit être privilégié pour les individus au niveau communautaire. En outre, la surveillance communautaire doit être particulièrement renforcée dans les milieux fermés (par exemple, les écoles, les lieux de culte, les clubs, les prisons), les camps (par exemple, de réfugiés, de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, de militaires) et dans d'autres milieux accueillant des populations vulnérables (par exemple, les résidences de soins de longue durée). Assurer la fourniture de diagnostics au niveau communautaire peut réduire la charge potentielle dans les établissements offrant des soins primaires. Dans la mesure du possible, il convient d'encourager l'établissement ou le renforcement de l'interopérabilité des systèmes de diagnostic au niveau communautaire avec les Systèmes d'information sur la gestion des questions de santé existants afin d'améliorer l'alerte et la réponse précoces. Des informations supplémentaires concernant la SCS pour la COVID-19 sont disponibles dans le document intitulé [Enhanced COVID-19 Surveillance at the Community Level in Africa](#).¹⁵

3.2 Surveillance sentinelle

Il a été démontré que le dépistage organisé et systématique des populations à risque d'infection par la COVID-19, comme le personnel de santé et les enseignants, permet d'identifier rapidement les vagues émergentes, voire les points chauds de la transmission communautaire. Les tests de surveillance sentinelle au sein d'une communauté statique (par exemple, les travailleurs du secteur de la santé et les enseignants) peuvent être effectués aussi souvent que toutes les deux semaines, en fonction de la période d'incubation de la COVID-19, si la capacité du pays le permet et si les demandes de réponse à la pandémie augmentent. La fréquence ne doit être augmentée que si la capacité de dépistage est suffisante, car il arrive souvent, lors des recrudescences de la maladie, que les stocks de tests soient épuisés, et la priorité doit être donnée à l'identification des personnes symptomatiques. Les personnes dépistées positives doivent suivre le plan d'action décrit dans les algorithmes nationaux existants. Les cibles idéales de la surveillance sentinelle se trouvent dans l'annexe et sont développées dans le document [Enhanced COVID-19 Surveillance at the Community Level in Africa](#).¹⁶

D'autres formes de surveillance sentinelle doivent également être explorées. De nombreux États membres de l'UA ont déjà mis en place une surveillance sentinelle pour les syndromes grippaux et les infections respiratoires aiguës sévères (IRAS). Ces systèmes sont actuellement utilisés pour surveiller les maladies respiratoires telles que la grippe et le virus respiratoire syncytial et ont également été étendus pour prendre en compte la COVID-19. [Le document WHO End-to-End integration of SARS-CoV-2 and Influenza Sentinel Guidance](#) donne des conseils détaillés sur les stratégies de surveillance sentinelle de la COVID-19 qui peuvent être intégrées dans des systèmes déjà existants comme ILI/IRAS¹⁷.

3.3 Surveillance des eaux usées

Les tests de surveillance des eaux usées sont effectués pour détecter l'augmentation des niveaux

14 <https://africacdc.org/download/interim-operational-guidance-on-sars-cov-2-genomic-surveillance-in-africa-an-updated-guide/>

15 <https://africacdc.org/download/enhanced-covid-19-surveillance-at-the-community-level-in-africa/>

16 <https://africacdc.org/download/enhanced-covid-19-surveillance-at-the-community-level-in-africa/>

17 https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-Integrated_sentinel_surveillance-2022.1

de virus dans la communauté ou l'émergence de nouvelles variantes ou d'un nombre accru de variantes. Ils peuvent également être utilisés comme mesure de substitution pour indiquer que les niveaux de virus diminuent ou ne sont plus détectables dans la communauté. La surveillance basée sur les eaux usées doit être liée aux programmes de surveillance des eaux usées existants, lorsqu'ils sont mis en œuvre, tels que les programmes de surveillance de la polio, et être utilisée pour suivre plusieurs agents pathogènes. Des conseils détaillés peuvent être trouvés dans les recommandations du [CDC Afrique pour la surveillance renforcée de la COVID-19 au niveau communautaire en Afrique.](#)

3.4 Séquençage et surveillance génomique

Le séquençage systématique du génome des agents pathogènes, associé à la surveillance des cas, est essentiel pour identifier l'émergence de variants intéressants et de variants préoccupants. Les informations sur ces variantes peuvent contribuer à l'évaluation du risque pour la santé publique d'une augmentation de la transmissibilité du virus et de la gravité de la maladie, ainsi que d'une diminution de la sensibilité aux traitements et de la réponse à l'immunité dérivée du vaccin. Les pays disposant de capacités limitées pour effectuer le séquençage sont vivement encouragés à prendre des mesures pour faciliter l'accès aux partenariats de séquençage régionaux et internationaux ou à augmenter leurs capacités grâce aux systèmes de séquençage existants ou aux réseaux de laboratoires. En outre, le CDC Afrique aide les pays à effectuer une surveillance génomique du SRAS-COV-2 principalement pour surveiller l'émergence et la propagation des variantes du SRAS-COV-2.

Afin de pouvoir identifier les variantes, un effort devrait être fait pour augmenter la représentativité des échantillons soumis à un dépistage par échantillonnage dans différentes tranches d'âge, la répartition géographique, les différents spectres de maladies et les cas cliniquement significatifs. Cela peut être réalisé en assignant des sites sentinelles à travers le pays pour effectuer un échantillonnage régulier.

3.5 Surveillance dans les établissements de soins primaires

Il est vivement recommandé aux cliniciens et à tous les autres professionnels de la santé de garder un œil sur les recrudescences ou les regroupements soudains d'infections respiratoires. Ainsi, une surveillance éclairée par le dépistage du SRAS-CoV-2 dans les établissements de soins primaires est nécessaire pour détecter les cas et les groupes d'infections dans la communauté. Étant donné que des tests devraient être disponibles dans les établissements de soins de santé primaires pour améliorer l'accès des suspects symptomatiques, les informations de routine sur les nouveaux cas peuvent être facilement saisies et utilisées pour mettre en place des mesures de contrôle appropriées. Au niveau des soins primaires, les établissements privés et les laboratoires fournissent une grande proportion des tests effectués et devraient être inclus dans les stratégies de détection et les systèmes de déclaration. La communication numérique des résultats des tests du milieu des soins primaires aux systèmes de surveillance nationaux est recommandée pour une détection et une réponse rapides à une résurgence dans les cas, ainsi que pour surveiller les besoins en matière de traitement.

3.6 surveillance séroépidémiologique de l'immunité des populations

Pour prendre des décisions fondées sur des données concernant le niveau approprié de ressources à allouer à la vaccination contre la COVID-19 et à d'autres efforts de réponse continus, il faut disposer de meilleurs outils pour comprendre la transmission au niveau de la population. Des séro-enquêtes transversales représentatives peuvent fournir des « clichés » agrégés des antécédents d'infection et de l'immunité. Cependant, les enquêtes temporaires prennent beaucoup de temps à démarrer et l'infrastructure de mise en œuvre est difficile à maintenir à long terme. Les pays sont fortement encouragés à concevoir et à mettre en place des plates-formes intégrées de surveillance épidémiologique sérologique avec une vision au-delà de la COVID-19, afin de générer une capacité de « précision de la santé publique » pour surveiller à la fois la transmission du SRAS-CoV2 et d'autres maladies endémiques majeures. Les pays sont encouragés à investir dans l'établissement et le maintien de biobanques et/ou de programmes qui utilisent des échantillons de sang résiduels provenant d'établissements de soins de santé pour des déterminations de routine, systématiques et stratifiées par âge de l'immunité au COVID-19, qui peuvent également soutenir des objectifs plus larges de programmes de vaccination. La production de données fournira des renseignements

sur la façon dont l'occurrence de la maladie est interdépendante avec d'autres facteurs de risque pour la santé et devrait être considérée comme un pilier essentiel des efforts de préparation à une pandémie. Les mêmes dépôts de spécimens biologiques fournissent une ressource critique pour évaluer la prévalence de nouveaux pathogènes si/quand des épisodes d'émergence ou de réémergence sont soupçonnés.

La gouvernance de ces plates-formes nécessitera une coordination entre plusieurs entités et peut être poursuivie au moyen de consortiums régionaux de laboratoires de référence.

4.0 QUESTIONS TRANSVERSALES

Le tableau 2 présente un ensemble de considérations pour le maintien d'une capacité d'essai adéquate et efficace dans le passage du contrôle d'urgence au contrôle durable de la COVID-19 et d'autres maladies prioritaires.

Tableau 2: Considérations pour assurer une capacité de diagnostic efficace et durable pour la COVID-19

Autres considérations	Orientations générales
Politique et gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élaborer et mettre en œuvre des politiques et des lignes directrices pour l'intégration de COVID-19 dans les services de santé courants ■ Examiner et adapter régulièrement la réponse nationale COVID-19 contextualisée avec les changements épidémiologiques de la pandémie ■ Mobiliser et mettre à disposition les ressources nécessaires au maintien du contrôle de la pandémie COVID-19
Émergence des technologies de test COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ■ Élaborer et mettre en œuvre des lignes directrices claires sur l'adoption et l'utilisation des nouvelles technologies de test tout en veillant à ce qu'elles traitent de l'intégration des tests COVID-19 et du diagnostic d'autres maladies à tous les niveaux des soins de santé
Gestion des achats et de la chaîne d'approvisionnement	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accroître les efforts pour soutenir l'achat de fournitures de test COVID-19 de qualité ■ Mettre en œuvre une surveillance après la mise en marché afin de surveiller et d'évaluer régulièrement les divers produits de diagnostic afin de vérifier leur qualité et de s'assurer qu'ils répondent aux exigences spécifiques de performance des tests ■ S'assurer que des processus sont en place pour la capacité de dépistage des surtensions en cas de nouvelles vagues de pandémie


Ressources Humaines	<ul style="list-style-type: none">■ Assurer une main-d'œuvre de soins de santé adéquate grâce au déploiement de prestataires de services de santé supplémentaires■ Songez au déplacement des tâches des prestataires de services de santé■ Renforcer les compétences des fournisseurs de services de soins de santé grâce à des formations de remise à niveau, au mentorat et à la supervision
Assurance qualité	<ul style="list-style-type: none">■ Mettre en œuvre l'assurance de la qualité¹⁸ sur les sites de test de COVID-19, intégrée à d'autres programmes d'évaluation externe de la qualité■ Effectuer des évaluations de la qualité sur les sites de test de la COVID-19 en mettant en œuvre des approches alternatives appropriées pour l'assurance de la qualité
Création de la demande	<ul style="list-style-type: none">■ Élaborer et mettre en œuvre des campagnes de communication pour sensibiliser davantage la population aux tests COVID-19
Gestion des données	<ul style="list-style-type: none">■ Soutenir l'intégration des tests COVID-19 dans les protocoles courants de gestion et de surveillance des données de santé (collecte, élaboration des rapports, analyse et diffusion)

18 <https://aslm.org/wp-content/uploads/2020/12/Quality-Assurance-Framework-for-SARS-CoV-2-Antigen-Rapid-Testing-for-diagnosis-of-COVID-19-Web.pdf?x55504>

5.0 SUIVI ET ÉVALUATION (S&E)

5.1 Paramètres de suivi et d'évaluation des programmes de dépistage de la COVID-19

Les [indicateurs clés de performance de la stratégie révisée de dépistage de la COVID-19](#)¹⁹ (Annexe-II) donnent un aperçu des principaux paramètres de suivi et d'évaluation que les pays sont encouragés à adapter à leurs besoins locaux. L'un des principaux paramètres est la proportion de centres de dépistage de la COVID-19 activés, car il s'agit d'une mesure de l'accessibilité du dépistage de la COVID-19. D'autres paramètres sont notamment la mise en œuvre d'une évaluation externe de la qualité, le nombre de personnes formées à la réalisation de tests COVID-19 et le taux de positivité des tests. Les paramètres de suivi et d'évaluation de la COVID-19 doivent être intégrés aux systèmes de suivi et d'évaluation des tests de dépistage d'autres maladies, comme le VIH, la tuberculose et le paludisme.

19  [Les indicateurs clés de performance pour la stratégie révisée des tests Covid-19](#)

ANNEXES

Annexe I: Liste des abréviations et des acronymes

CDC Afrique	Centres africains pour le contrôle et la prévention des maladies
TDR-Agri	Tests de diagnostic à restitution d'antigène
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TAR	Thérapie antirétrovirale
UA	Union Africaine
CFR	Taux de létalité
ASC	Agents de santé communautaire
COVID-19	Coronavirus disease (Maladie à coronavirus) 2019
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
OPD	Département des patients externes
PACT	Partenariat pour l'accélération du dépistage de la COVID-19
PVVIH	Personnes vivant avec le VIH/sida
SRAS-COV-2	Syndrome respiratoire aigu sévère du Coronavirus 2
TB	Tuberculose
TWG	Technical working group (Groupe de travail technique)
VP	Variant préoccupant
OMS	Organisation mondiale de la santé

Annexe II: Les indicateurs clés de performance proposés


SN	Indicateur*	Description	Numérateur	Dénominateur	Cible	Fréquence des rapports
OBJECTIF I: Intégrer le test COVID-19 dans les services de santé de routine						
1.0 LA COUVERTURE DES TESTS DE DÉPISTAGE DE ROUTINE DE LA COVID-19						
1.1	Pourcentage d'établissements effectuant des tests de dépistage de la COVID-19	Proportion d'établissements de santé (publics, privés et autres) ayant réalisé des tests de dépistage de la COVID-19 dans le pays au cours des 3 derniers mois.	Nombre total d'établissements de santé ayant réalisé des tests de dépistage de la COVID-19 au cours des 4 derniers mois	Nombre total d'établissements de santé dans le pays	≥ 95%	Trimestrielle
	1.1a. Tests moléculaires (PCR et Gene Xpert)	Proportion d'établissements de santé (publics, privés et autres) effectuant des tests COVID-19 dans le pays en utilisant des tests moléculaires (PCR et Gene Xpert).	Nombre total d'établissements de santé effectuant des tests COVID-19 dans le pays à l'aide de tests moléculaires (PCR & Gene Xpert)	Nombre total d'établissements de santé dans le pays		Trimestrielle
	1.1b. Ag- RDT	Proportion d'établissements de santé (publics, privés et autres) effectuant des tests COVID-19 Ag- RDT dans le pays	Nombre total d'établissements de santé effectuant des TDR de COVID-19 Ag dans le pays	Nombre total d'établissements de santé dans le pays	≥ 95%	Trimestrielle
1.2	Pourcentage de sites de TAR offrant le test COVID-19 dans le cadre des soins de routine	Proportion de sites TAR dans le pays offrant à la fois des services de dépistage du VIH et de la COVID-19.	Nombre de sites de TAR dans le pays offrant à la fois des services de dépistage du VIH et de la COVID-19	Nombre total de sites de TAR dans le pays	≥ 95%	
	1.3	Pourcentage de centres de traitement de la tuberculose offrant des tests COVID-19	Proportion de centres de traitement de la tuberculose dans le pays offrant à la fois des tests de dépistage de la tuberculose et de la COVID-19.	Nombre de centres TB dans le pays proposant à la fois des tests TB et COVID-19	Nombre total de centres de traitement de la tuberculose dans le pays	≥ 95%
2.0 LA QUALITÉ DES SERVICES DE DÉPISTAGE DE LA COVID-19						
2.1	2.1a. Pourcentage de laboratoires effectuant des tests de dépistage de la COVID-19 à l'aide de tests moléculaires (PCR et Gene Xpert) inscrits et participant au(x) programme(s) d'essais d'aptitude (EA) pour le SRAS-COV-2.	Proportion de laboratoires effectuant des tests COVID-19 dans le pays à l'aide de tests moléculaires (PCR et Gene Xpert) inscrits et participant à un ou plusieurs programmes d'essais d'aptitude SARS-COV-2.	Proportion de laboratoires effectuant des tests COVID-19 dans le pays à l'aide de tests moléculaires (PCR et Gene Xpert) inscrits et participant à un ou plusieurs programmes d'essais d'aptitude SARS-COV-2.	Nombre total de laboratoires dans le pays effectuant des tests COVID-19 à l'aide de tests moléculaires (PCR et Gene Xpert).	≥ 95%	Semestriellement

SN	Indicateur*	Description	Numérateur	Dénominateur	Cible	Fréquence des rapports
2.2	2.1a. Pourcentage de laboratoires effectuant des tests de dépistage de la COVID-19 à l'aide de tests moléculaires (PCR et Gene Xpert) inscrits à un ou plusieurs programmes d'EA et présentant des performances acceptables.	Proportion de laboratoires de dépistage de la COVID-19 utilisant des tests moléculaires (PCR et Gene Xpert) dans le pays, inscrits à un programme d'essais physiques et ayant obtenu des résultats acceptables au cours des 6 derniers mois.	Nombre de laboratoires effectuant des tests de dépistage de la COVID-19 à l'aide de tests moléculaires (PCR et Gene Xpert) inscrits à un ou plusieurs programmes d'EA et présentant des performances acceptables.	Nombre total de laboratoires de dépistage de la COVID-19 utilisant des tests moléculaires (PCR et Gene Xpert) dans le pays.	≥ 95%	Semestriellement
	Pourcentage d'établissements de santé effectuant des TDR COVID-19 Ag bénéficiant d'une supervision/évaluation sur place ou mettant en œuvre des comparaisons inter-laboratoires.	Proportion d'établissements de santé effectuant des TDR de COVID-19 Ag bénéficiant d'une supervision/évaluation sur place ou mettant en œuvre des comparaisons interlaboratoires au cours des 3 derniers mois.	Nombre d'établissements pratiquant le TDR de la COVID-19 Ag bénéficiant d'une supervision/évaluation sur place ou mettant en œuvre des comparaisons interlaboratoires.	Nombre total d'établissements de santé pratiquant le TDR de la COVID-19 Ag dans le pays.	≥ 95%	Trimestrielle
	Remarque : La liste de contrôle SPI-RT est recommandée comme outil à utiliser pour les évaluations sur site.					
	2.2a (ii) Pourcentage de centres de dépistage du TDR de COVID-19 Ag supervisés/évalués ayant une performance acceptable de ≥80 % (niveau 3)	Proportion de sites de dépistage du TDR de COVID-19 Ag supervisés qui avaient une performance acceptable de ≥80% au cours des 3 derniers mois.	Nombre de sites de dépistage de la COVID-19 Ag RDT supervisés qui avaient une performance acceptable de ≥80% (niveau 3).	Nombre total de sites de dépistage de la COVID-19 Ag RDT supervisés.	≥ 95%	Trimestrielle
	Remarque : Le seuil de performance de ≥80 % est basé sur le porteur de seuil de la liste de contrôle SPI-RT de ≥80 %.					

SN	Indicateur*	Description	Numérateur	Dénominateur	Cible	Fréquence des rapports
3.0 VOLUME DES TESTS DE DÉPISTAGES ET DES RAPPORTS SUR LA COVID-19						
3.1	Pourcentage d'installations de dépistage de la COVID-19 qui communiquent des données sur les tests.	Proportion de centres d'analyse de la COVID-19 ayant communiqué des données sur les tests par le biais du système national de notification à plusieurs niveaux au cours des trois derniers mois.	Nombre de centres d'analyse COVID-19 ayant communiqué des données sur les tests par le biais des systèmes nationaux de notification à plusieurs niveaux.	Nombre total de centres de dépistage de la COVID-19 dans le pays	≥ 95%	Trimestrielle
	3.2	Nombre de tests COVID-19 réalisés signalés	Volume de tests COVID-19 effectués signalés au cours des 3 derniers mois.		Sans objet	Trimestrielle
3.2a	Pourcentage des tests COVID-19 déclarés qui ont été effectués par des tests moléculaires (PCR et Gene Xpert)	Proportion des tests COVID-19 déclarés qui ont été effectués par des tests moléculaires (PCR et Gene Xpert)	Nombre de tests COVID-19 effectués par des tests moléculaires (PCR & Gene Xpert) déclarés	Nombre total de tests COVID-19 effectués par des tests moléculaires (PCR & Gene Xpert) + Ag RDT) déclarés	Sans objet	Trimestrielle
	3.2b	Pourcentage des tests COVID-19 déclarés qui ont été effectués par Ag RDT	Nombre de tests COVID-19 Ag RDT réalisés et déclarés	Nombre total de tests COVID-19 (PCR/Gene Xpert + Ag RDT) réalisés et signalés	Sans objet	Trimestrielle
3.3	Pourcentage de tests COVID-19 positifs	Proportion de tests COVID-19 signalés positifs	Nombre de tests COVID-19 positifs signalés	Nombre total de tests COVID-19 effectués et signalés	<5% de positivité	Trimestrielle
	3.3a %PCR	Proportion de tests RT-PCR COVID-19 déclarés positifs	Nombre de tests RT-PCR positifs pour COVID-19 signalés	Nombre total de tests COVID-19 effectués et signalés	<5% de positivité	
	3.3b %RDT	Proportion de tests Ag RDT COVID-19 signalés positifs	Nombre de tests Ag RDT COVID-19 positifs signalés	Nombre total de tests COVID-19 effectués et signalés	<5% de positivité	
OBJECTIF II : SURVEILLANCE DU SARS-COV-2						
4.0 SURVEILLANCE SENTINELLE						
4.1	Pourcentage de sites ILI/SARI dans le pays qui ont intégré le test COVID-19 dans leur programme de surveillance sentinelle de routine de la grippe (maladies de type grippal).	Proportion de sites de SG/SARI dans le pays qui ont intégré le test COVID-19 dans leur programme de surveillance sentinelle de routine de la grippe/maladie de type grippal.	Nombre de sites ILI/SARI dans le pays qui ont intégré le test COVID-19 dans leur programme de surveillance sentinelle de routine de la grippe/maladie de type grippal.	Nombre total de sites ILI/SARI dans le pays effectuant une surveillance sentinelle de la grippe/maladie d'allure grippale.	100%	Semestriellement

SN	Indicateur*	Description	Numérateur	Dénominateur	Cible	Fréquence des rapports
5.0	SÉQUENÇAGE GÉNOMIQUE					
5.1	Nombre d'échantillons COVID-19 positifs envoyés au laboratoire national de séquençage ou à la plate-forme régionale de séquençage	Le volume d'échantillons COVID-19 adressés à des laboratoires nationaux ou régionaux pour le séquençage afin de détecter les VoC	Sans objet	Sans objet	Sans objet	Trimestrielle
5.2	Pourcentage d'échantillons séquencés avec des variantes préoccupantes (VoC) du SRAS-CoV-2 détectées	Proportion d'échantillons séquencés avec des VoC SARS-CoV-2 détectés	Nombre d'échantillons séquencés avec SARS-CoV-2 avec VoC détecté	Nombre total d'échantillons séquencés pour le SARS-CoV-2 VoC	Sans objet	Trimestrielle
5.2a	Pourcentage d'échantillons séquencés provenant de personnes vaccinées avec des variants préoccupants (VoC) du SRAS-CoV-2 détectés	Proportion d'échantillons séquencés provenant de personnes vaccinées avec des variants préoccupants du SRAS-CoV-2 (VoC) détectés.	Nombre d'échantillons séquencés provenant de personnes vaccinées avec des variants préoccupants du SRAS-CoV-2 détectés (VoC)	Nombre total d'échantillons séquencés SARS-COV-2 VoC	Sans objet	Trimestrielle
5.2b	Pourcentage d'échantillons séquencés provenant de personnes non vaccinées et présentant des variantes préoccupantes du SRAS-CoV-2 (VoC) détectées	Proportion d'échantillons séquencés provenant de personnes non vaccinées avec des variants préoccupants du SRAS-CoV-2 (VoC) détectés.	Nombre d'échantillons séquencés provenant de personnes vaccinées avec des variants préoccupants du SRAS-CoV-2 détectés (VoC)	Nombre total d'échantillons séquencés SARS-COV-2 VoC	Sans objet	Trimestrielle
5.3	Pourcentage de spécimens rejetés par le laboratoire de séquençage	Proportion d'échantillons orientés vers le séquençage du SRAS-CoV-2 reçus par les laboratoires qui sont rejetés.	Nombre d'échantillons recommandés pour le séquençage du SARS-CoV-2 reçus par le laboratoire et rejetés.	Nombre total d'échantillons envoyés pour le séquençage du SRAS-CoV-2 reçus par les laboratoires de séquençage	≥ 1%	Trimestrielle

Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC),
African Union Commission
Roosevelt Street W21 K19, Addis Ababa, Ethiopia

 +251 11 551 7700

 africacdc@africa-union.org

 www.africacdc.org

 [africacdc](https://twitter.com/africacdc)

 [@AfricaCDC](https://www.facebook.com/AfricaCDC)