

Maladie à coronavirus (COVID-19)



Stratégies prioritaires pour optimiser les tests et le dépistage de la COVID-19 au Canada : Rapport

Health Canada is responsible for helping Canadians maintain and improve their health. It ensures that high-quality health services are accessible, and works to reduce health risks.

Également disponible en français sous le titre :
Priority strategies to optimize testing and screening for COVID-19 in Canada: Report

To obtain additional information, please contact:

Health Canada
Address Locator 0900C2
Ottawa, ON K1A 0K9
Tel.: 613-957-2991
Toll free: 1-866-225-0709
Fax: 613-941-5366
TTY: 1-800-465-7735
E-mail: hc.publications-publications.sc@canada.ca

© Her Majesty the Queen in Right of Canada, as represented by the Minister of Health, 2021

Publication date: janvier 2021

This publication may be reproduced for personal or internal use only without permission provided the source is fully acknowledged.

Cat.: H164-312/2021F-PDF
ISBN: 978-0-660-37198-6
Pub.: 200420

Table of contents

Sommaire	1
Optimisation de la capacité de diagnostic grâce à des tests par RCP en laboratoire.....	1
Déploiement de tests rapides pour le dépistage.....	1
Considérations relatives à l'équité pour les mesures de tests et de dépistage	1
Amélioration des stratégies de communication	2
Comité consultatif et rapports	3
Mandat du Comité.....	3
Plan pour les rapports	3
Consultation	3
Principes directeurs	4
Termes.....	4
Remerciements	4
Préambule	5
Tests pour la COVID-19	7
Tests RCP en laboratoire	7
Optimisation de la capacité de diagnostic grâce à des tests par RCP en laboratoire	11
Contexte	11
Créer des flux de priorité supérieure et inférieure pour la collecte et le traitement des échantillons lorsque la capacité est restreinte	11
Mettre en oeuvre un transfert de tâches afin d'accroître la capacité de test et de traitement	12
Déploiement de tests rapides pour le dépistage	15
Utiliser des tests rapides dans des groupes sélectionnés pour dépister l'infection.....	15
Tester fréquemment et confirmer les résultats positifs du dépistage.....	15
Utiliser le dépistage à l'aide de tests rapides pour limiter les éclosions dans les milieux de rassemblement et à risque élevé	17
Considérations opérationnelles pour l'utilisation de tests rapides.....	17
Considérations relatives à l'équité pour les tests et le dépistage	19
Contexte	19
Tirer parti des tests par RCP en laboratoire et des tests rapides pour combler les lacunes dans les lieux géographiques, populations et milieux clés	19
Augmenter la capacité de test par RCP en laboratoire	19
Déployer des tests rapides pour combler les écarts de dépistage.....	20
Mettre en oeuvre des stratégies propres au contexte pour améliorer l'accès aux tests et au dépistage dans les collectivités mal desservies et exposées à un risque élevé	20
Réduire les obstacles au dépistage pour les travailleurs précaires	21
Améliorer les stratégies de communication	23
Contexte	23
Réduire les obstacles linguistiques, aux connaissances et à l'accessibilité pour comprendre les messages de santé publique.....	23

Utiliser des stratégies ciblées pour améliorer la communication avec les groupes de population exposés à un risque élevé et à forte transmission	24
Renforcer les outils pour aider les personnes à déterminer si elles ont besoin d'un test	25
Conclusions et prochaines étapes	27
Glossaire des termes clés	29

Sommaire

En novembre 2020, la ministre de la Santé a mis sur pied un Comité consultatif d'experts sur les tests et le dépistage de la COVID-19. Le Comité fournit au gouvernement fédéral des avis éclairés sur les sciences et les politiques liées aux approches innovatrices et existantes en matière de tests et de dépistage. Dans le présent rapport, le Comité fournit à la ministre sa première série de conseils provisoires sur les tests et le dépistage de la COVID-19.

Il n'existe pas d'approche unique et parfaite pour les tests et le dépistage de la COVID-19 qui puisse traiter efficacement tous les problèmes que présente le virus dans tout le pays. Compte tenu de la diversité de la géographie, de la démographie, de la science et des technologies disponibles, des expériences à ce jour ainsi que des données nationales et internationales, le Comité suggère les domaines d'action prioritaires suivants :

- 1) l'optimisation des capacités de diagnostic grâce à des tests par réaction en chaîne de la polymérase (RCP) en laboratoire
- 2) le déploiement de tests rapides pour le dépistage
- 3) les considérations relatives à l'équité pour les mesures de tests et de dépistage
- 4) l'amélioration des stratégies de communication.

Il serait utile de se concentrer sur ces domaines pour :

- réduire la prévalence des infections
- protéger les populations les plus vulnérables du Canada
- limiter l'impact de la maladie sur le système de santé et l'économie

Optimisation de la capacité de diagnostic grâce à des tests par RCP en laboratoire

- Créer des flux de priorité supérieure et inférieure pour la collecte et l'analyse des échantillons lorsque la capacité est restreinte
- Mettre en œuvre un « transfert de tâches » dans le personnel de santé afin d'accroître la capacité

Déploiement de tests rapides pour le dépistage

- Utiliser des tests rapides dans des groupes sélectionnés pour dépister l'infection
- Tester fréquemment et confirmer les résultats positifs du dépistage par RCP, le cas échéant
- Utiliser le dépistage à l'aide de tests rapides pour prévenir les éclosions ou les détecter, lorsqu'elles sont plus petites, dans les milieux de rassemblement et à risque élevé, tels que les soins de longue durée
- Examiner les besoins opérationnels pour le déploiement de tests rapides

Considérations relatives à l'équité pour les mesures de tests et de dépistage

- Tirer parti des tests par RCP en laboratoire et des tests rapides pour combler les lacunes dans les tests dans les lieux géographiques clés ainsi qu'avec des populations et des milieux précis
- Mettre en œuvre des stratégies propres au contexte pour améliorer l'accès aux tests et au dépistage dans les communautés mal desservies et courant un risque élevé
- Réduire les obstacles au dépistage pour les travailleurs précaires (mal payés, peu sûrs, non protégés)

Amélioration des stratégies de communication

- Réduire les obstacles linguistiques, aux connaissances et à l'accessibilité dans toutes les formes de communication en santé publique en ce qui concerne les tests et le dépistage afin d'améliorer la compréhension et l'acceptation des messages de santé publique.
- Utiliser des stratégies ciblées pour améliorer la sensibilisation aux groupes de population courant un risque élevé et à forte transmission.
- Fournir des outils d'orientation clairs pour aider les personnes à déterminer s'ils ont besoin d'un test.

Le Comité prévoit de fournir de l'orientation supplémentaire dans les rapports ultérieurs dans plusieurs autres domaines, notamment :

- les tests et le dépistage visant à soutenir la reprise économique, en mettant l'accent sur les tests pour les déplacements, les milieux de travail communs, les écoles et établissements postsecondaires et d'autres milieux de travail essentiels;
- la surveillance et les approches axées sur la population, telles que le dépistage des contacts et l'utilisation de technologies qui protègent la vie privée tout en identifiant les cas ou les expositions;
- l'engagement de scientifiques du comportement pour améliorer les stratégies de communication qui ciblent les populations à risque élevé et les jeunes.

Le Comité suit également de près l'évolution de la lignée SARS-CoV-2 B.1.1.7 signalée au Royaume-Uni (R.-U.). Nous aviserons le ministre, s'il y a lieu.

Comité consultatif et rapports

Mandat du Comité

En décembre 2020, [il y a eu environ 6 000 nouveaux cas de COVID-19 au Canada](#) chaque jour. Malgré l'approbation récente d'un vaccin contre la COVID-19 au Canada, le Comité reconnaît que les conséquences sanitaires et économiques de cette pandémie se poursuivront bien jusqu'en 2021. L'amélioration des stratégies de tests et de dépistage jouera un rôle important dans la réduction des décès causés par la COVID-19 et la pression exercée sur le système de soins de santé. Celles-ci permettront aussi aux Canadiens et aux entreprises canadiennes à commencer à se remettre des effets économiques de la pandémie.

Le Comité consultatif d'experts sur les tests et le dépistage de la COVID-19 vise à fournir au ministre des conseils opportuns et pertinents sur les tests et le dépistage de la COVID-19. Ces conseils se fondent sur les meilleures données scientifiques, données et expériences disponibles. Le mandat du Comité met l'accent sur des approches innovatrices en matière de tests et de dépistage pour :

- régler les goulots d'étranglement existants dans les systèmes de dépistage
- explorer de nouvelles approches en matière de dépistage
- fournir des stratégies visant à améliorer l'équité en santé et la communication en matière de santé.

Le mandat du Comité est de compléter – et non de remplacer – les directives réglementaires et cliniques en évolution concernant les tests et le dépistage.

Les rapports du Comité visent à répondre aux besoins fédéraux, provinciaux et territoriaux, puisque tous les gouvernements cherchent des occasions d'intégrer de nouvelles technologies dans leurs plans d'intervention contre la COVID-19. Le Comité reconnaît que les administrations peuvent choisir d'adopter certaines stratégies de tests et de dépistage et non d'autres en fonction des circonstances propres à chaque administration et c'est dans ce contexte que le Comité juge utile de communiquer les leçons retenues de façon aussi large que possible. Ces leçons comprennent :

- l'échange de stratégies en matière de dépistage
- le déplacement des tâches
- l'amélioration de la communication
- l'assurance de l'équité entre les administrations

Plan pour les rapports

Il s'agit du premier rapport du Comité, publié à la lumière des pressions auxquelles fait face le système canadien de santé, et de l'incidence actuelle des cas. Le présent rapport met l'accent sur les quatre mesures immédiates visant à optimiser les tests et le dépistage. Ces mesures comprennent :

1. l'optimisation de la capacité de diagnostic grâce à des tests RCP en laboratoire
2. l'accélération de l'utilisation de tests rapides, principalement pour le dépistage
3. la prise en compte des considérations d'équité dans les programmes de tests et de dépistage
4. l'amélioration des stratégies de communication pour améliorer le dépistage et l'adoption du dépistage.

D'autres directives sur ces domaines seront publiées à l'avenir.

Consultation

Le Comité a consulté plus de 80 experts en santé, des experts en politiques publiques, des membres de l'industrie et d'autres personnes qui ont contribué à la réponse à la COVID-19.

La décision du Comité de fournir rapidement des conseils a donné lieu à des consultations ciblées avant le présent premier rapport. Nous continuerons de consulter divers intervenants pendant qu'il préparera d'autres rapports.

Principes directeurs

Les initiatives de santé publique bénéficient de l'incorporation de principes visant à prévenir les dommages imprévus, à promouvoir l'équité et à accroître la responsabilisation. Les discussions des groupes d'experts et la participation des parties prenantes ont mis en évidence un certain nombre de principes clés à prendre en compte dans son orientation. Ces principes s'harmonisent avec le cadre décrit dans les lignes directrices du Comité consultatif national canadien de l'immunisation et sont fondés sur l'éthique, l'équité, la faisabilité et l'acceptabilité. Le Comité a appliqué ces principes dans l'élaboration de son orientation.

Le présent rapport contient les conseils et recommandations indépendants du Comité qui reposent sur les renseignements qui lui ont été présentés et qui lui ont été autrement communiqués.

Termes

Certains des termes utilisés dans le rapport peuvent ne pas être familiers à tous les lecteurs. Un glossaire des termes figure en annexe pour référence.

Remerciements

Le Comité exprime ses remerciements aux membres d'office du Comité ainsi qu'aux fonctionnaires de Santé Canada qui ont travaillé sans relâche au cours des dernières semaines pour appuyer le Comité. Le Comité reconnaît également l'appui du « Groupe invité » sur les tests et le dépistage, un groupe d'étudiants et de jeunes scientifiques qui ont fourni une aide spécialisée en recherche et en analyse. Les membres du Groupe invité comprennent Michael Liu, Matthew Downer, Jane Cooper, Sara Rotenberg, Netra U. Rajesh, Tingting Yan et Rahul Arora.

Sue Paish, Coprésidente

Dr Irfan Dhalla, Coprésident

Membres du Comité :

Dr Isaac Bogoch

Dr Mel Krajden

Dr Jean Longtin

Dr Kwame McKenzie

Dr David Naylor

Domenic Pilla

Dre Brenda Wilson

Dre Verna Yiu

Dre Jennifer Zelmer

Préambule

Les réponses canadiennes et mondiales à la COVID-19 démontrent l'importance des tests et du dépistage pour freiner la propagation de l'infection. Les tests ne constituent qu'une partie d'une réponse robuste de santé publique qui devrait également inclure le dépistage rapide des contacts pour réduire la transmission ultérieure. L'efficacité des tests et des autres stratégies utilisées pour contenir la COVID-19 nécessite l'adhésion politique et de la communauté.

Le Canada se trouve à un moment critique où les tests et le dépistage peuvent être améliorés grâce aux nouvelles technologies pour lutter contre la propagation de la COVID-19, réduire le fardeau des tests et soulager l'anxiété. Ce sont là les piliers clés de la gestion de la « deuxième vague » pendant que le déploiement du vaccin progresse. Le Comité et la plupart des gouvernements reconnaissent que la capacité des professionnels de la santé et des laboratoires est déjà, et continuera d'être, limitée. Pour une bonne raison, le paysage canadien des maladies transmissibles étroitement réglementé et de qualité a exigé que les laboratoires autorisés et accrédités supervisent le processus d'analyse dans les secteurs public et privé.

Récemment, d'autres tests de point de soins ont été [approuvés au Canada](#). Bien qu'ils ne soient pas aussi sensibles que les tests comparables effectués en laboratoire, la plupart des tests aux points de soins, lorsqu'ils sont correctement déployés, peuvent être des outils utiles pour prévenir la propagation de la COVID-19.

Le présent rapport met l'accent sur l'amélioration de l'utilisation des tests de laboratoire et aux points de soins dans différentes régions, populations et différents scénarios. Bien que tous les gouvernements s'efforcent d'améliorer la situation, la perfection ne devrait pas devenir l'ennemi du bien. De plus, les stratégies qui fonctionnent dans une région géographique ou avec une population peuvent ne pas être aussi efficaces dans d'autres scénarios.

Tests pour la COVID-19

La base d'une réponse efficace en santé publique à la COVID-19 a été appelée stratégie « [Trouver, tester, dépister, isoler et appuyer](#) » (en anglais seulement). Cela comporte plusieurs éléments essentiels :

1. trouver autant de cas de COVID-19 que possible
2. briser autant de chaînes de transmission que possible
3. fournir du soutien qui encourage le test et, le cas échéant, l'auto-isollement et la quarantaine
4. veiller à ce que tous les éléments ci-dessus soient exécutés en temps opportun.

Le test est une étape clé dans « Trouver, tester, dépister, isoler et appuyer ». Une approche rigoureuse pour contenir la COVID-19 comprendra également des efforts exhaustifs pour :

- déterminer comment une personne a contracté la COVID-19
- fournir des soins et du soutien à l'auto-isollement (gestion de cas)
- déterminer les contacts étroits de la personne pour recommander des tests et la mise en quarantaine (dépistage des contacts).

Il est essentiel d'adopter une approche solide en matière de dépistage. En effet, [certaines données suggèrent](#) (en anglais seulement) que jusqu'à 40 % des personnes infectées par la COVID-19 peuvent ne présenter aucun symptôme et infecter d'autres personnes.

Il existe trois types clés de tests pour vérifier la présence du virus SRAS-CoV-2, qui est le virus à l'origine de la COVID-19 :

1. RCP en laboratoire
2. Test de l'acide nucléique au point de soins
3. Tests rapides d'antigènes (TRA).

Les caractéristiques de ces trois types de tests sont résumées au Tableau 1. Les avantages et les inconvénients du déploiement de chacun pour le diagnostic et le dépistage dépendent de la « probabilité de prétest », c'est-à-dire la probabilité qu'une personne ait la COVID-19 avant d'être testée.

Aux fins du présent rapport, les tests de diagnostic sont définis comme des tests visant à déterminer si une personne soupçonnée d'avoir été infectée par le virus SRAS-CoV-2 qui cause la COVID-19 a effectivement été infectée. Les tests diagnostiques sont effectués lorsqu'une personne a une probabilité de prétest raisonnablement élevée. La personne a des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou il y a une exposition récente connue ou soupçonnée à une personne atteinte du virus SARS-CoV-2.

Le dépistage comprend des tests auprès d'individus dont la probabilité de présélection est la même que pour tous les autres membres de la population concernée (par exemple, une cohorte d'étudiants ou un groupe de travailleurs de la santé). Il est effectué chez les personnes asymptomatiques sans exposition connue au virus SARS-CoV-2. Le dépistage peut être utilisé pour détecter les infections à la COVID-19 asymptomatiques ou pré-symptomatiques et pour prévenir les éclosions avant qu'elles ne se produisent. Cela est particulièrement important dans les milieux où les personnes ont plus de contacts sociaux (par exemple, les étudiants et les travailleurs essentiels).

Tests RCP en laboratoire

[Les tests RCP en laboratoire sont largement utilisés](#) (en anglais seulement) pour diagnostiquer les infections à la COVID-19, car ils peuvent détecter du matériel génétique provenant du SARS-CoV-2 à partir d'échantillons provenant de patients. Au Canada, les échantillons sont le plus souvent prélevés par écouvillonnage de l'arrière du nez (écouvillonnage nasopharyngien). D'autres méthodes de collecte peuvent également être utilisées. Il s'agit notamment d'écouvillons nasaux, de prélèvements de gorge, de la salive, des rinçages buccaux par « gargarisme » et des sécrétions respiratoires.

Les tests par RCP sont effectués par des professionnels qualifiés dans des laboratoires agréés. Ils ont une grande spécificité

- où les faux positifs sont extrêmement rares (environ 1 sur 200 tests)
- où le taux de faux négatif est acceptable, au moins lorsque l'échantillon est recueilli de façon appropriée et au bon moment au cours de l'infection (typiquement sensible de 90 % à 95 %).

En bref, les tests par RCP permettent d'identifier avec précision les personnes atteintes de COVID-19 avec un degré de confiance raisonnablement élevé.

Tests de point de soins (« rapides »)

Les tests de point de soins détectent les antigènes de la COVID-19 ou les acides nucléiques, la plupart du temps dans un délai de 15 minutes à 1 heure. Les tests de points de soins peuvent être utilisés pour identifier les personnes dans la communauté ou le milieu de travail qui présentent les niveaux les plus élevés d'excrétion virale (libération du virus de l'organisme dans l'environnement) et n'ont pas besoin d'être effectués par un professionnel de la santé.

Il existe deux principaux types de tests de point de soins : RCP et TRA.

- tests à acide nucléique
 - Ceux autorisés au Canada comprennent les plateformes Cepheid Xpert Xpress, Spartan Cube, Hyris BKit et Abbott ID NOW. Les tests RCP aux points de soins
 - Ils sont déjà utilisés dans les communautés rurales et éloignées du Canada.
- tests rapides d'antigènes
 - Ceux qui sont autorisés au Canada comprennent le Abbott Panbio, le système Becton, Dickinson and Company's BD Veritor Plus et le test Quidel Sofia 2.

Bien que les tests aux points de soins soient moins sensibles en comparaison à la RCP en laboratoire, la disponibilité immédiate des résultats permet une action en temps opportun. En dépit de leur sensibilité moindre, ces tests sont en mesure d'identifier ceux qui rejettent de grandes quantités de virus, ce qui peut être corrélé avec un risque plus élevé de transmission à d'autres. De plus, des tests répétés sur des personnes, même avec ces tests moins sensibles aux points de soins, peuvent améliorer la sensibilité et l'efficacité d'une stratégie de test.

Tableau 1 : Résumé des différences (en anglais seulement) entre la RCP en laboratoire, les tests à l'acide nucléique au point de soins et les tests rapides d'antigènes actuellement disponibles.

	Test par RCP en laboratoire	Test à l'acide nucléique aux points de soins	Test d'antigènes
Détecte	Matériel génétique viral		Protéines virales
Type d'échantillon	Écouvillonnage nasal, écouvillonnage nasopharyngien (NP), écouvillonnage de la gorge, salive, sécrétions respiratoires	Dépend du test – mais semblable au test par RCP en laboratoire (écouvillonnage nasal, écouvillonnage NP, écouvillonnage de la gorge, salive)	Écouvillonnage nasal ou écouvillonnage NP
Site de collecte	1. Site de test pour la COVID-19 2. Test à domicile qui est ensuite posté au laboratoire	Établissement de points de soins	Établissement de points de soins
Site de traitement	Laboratoire	Établissement de points de soins	Établissement de points de soins
Délai typique	environ 24 heures (en anglais seulement)	moins que 2 heures	moins que 1 heure (en anglais seulement)

Optimisation de la capacité de diagnostic grâce à des tests par RCP en laboratoire

Contexte

Les tests par RCP en laboratoire pour le diagnostic sont actuellement très limités dans de nombreuses régions du pays. Les contraintes varient selon le lieu. Lorsqu'approprié, il est urgent de continuer à augmenter la capacité tout au long de la chaîne de tests :

- de la collecte d'échantillons
- à la livraison de l'échantillon au laboratoire
- au traitement en laboratoire
- à la communication des résultats.

À la mi-décembre 2020, les provinces et les territoires ont atteint une [capacité de traitement collectif par RCP en laboratoire d'environ 160 000 par jour](#). Il s'agit d'environ 80 % de l'objectif national de 200 000 tests par jour, comme indiqué dans l'[Accord sur la relance sécuritaire](#). Environ 75 % de la capacité nationale est utilisée en moyenne chaque jour.

Bien que des efforts soient déployés dans l'ensemble des administrations pour répondre aux contraintes en matière de dépistage, il y a peu de raccourcis qui pourraient être envisagés en toute sécurité dans le traitement en laboratoire. Les tests par RCP en laboratoire sont longs à effectuer et nécessitent de nombreuses étapes. Par conséquent, les délais pour les résultats après la collecte des échantillons atteignent souvent 48 heures ou plus.

En raison de la capacité de dépistage par RCP en laboratoire, de nombreuses provinces suivent le consensus national et axent ces tests principalement sur les personnes présentant vraisemblablement infectées (avec une forte probabilité de prétest). Il s'agit notamment de personnes présentant des symptômes ou qui ont connu une exposition à une personne ayant la COVID-19.

Les goulots d'étranglement généraux et la capacité limitée des laboratoires en matière de tests RPC soulignent la nécessité de rationaliser les protocoles de test dans les régions où les systèmes de test sont surchargés. Il convient également d'étudier et de planifier soigneusement la manière dont les laboratoires pourraient planifier les demandes actuelles et futures. Cette question est examinée plus en détail ci-dessous.

Créer des flux de priorité supérieure et inférieure pour la collecte et le traitement des échantillons lorsque la capacité est restreinte

Le nombre de personnes qui ont une faible probabilité d'exposition à la COVID-19 à la recherche d'un test (asymptomatique et sans exposition connue à quelqu'un qui a la COVID-19) exerce une pression sur la capacité de dépistage et de traitement dans certaines parties du pays. Cela peut provoquer une augmentation des délais d'exécution, ce qui retarde le lancement en temps opportun de la gestion des cas, du dépistage des contacts et de la quarantaine.

Étude de cas

Ontario : Le 11 décembre 2020, la province a [mis à jour ses lignes directrices en matière de dépistage](#). Les centres d'évaluation de la COVID-19 n'accueilleront plus les personnes qui souhaitent subir un test avant de voyager. Les voyageurs devront obtenir des tests auprès de laboratoires privés moyennant des frais. Cette initiative a permis de réduire la pression sur les ressources humaines en santé publique liées au prélèvement d'échantillons.

Le Comité suggère aux provinces et aux territoires d'envisager de mettre en œuvre des filières de collecte et de traitement des spécimens plus ou moins prioritaires lorsque la capacité est limitée. Les personnes qui présentent des symptômes ou qui ont une exposition connue (une probabilité de prétest plus élevée) devraient toujours être

une priorité plus élevée. Cette approche optimisée simplifie l'utilisation de la capacité de dépistage existante pour accélérer la livraison des résultats aux groupes prioritaires, y compris ceux en milieu d'éclosion.

Le Comité prend note de plusieurs exemples de rapports publics sur les données de rendement des tests, comme le [tableau de bord interactif d'Halton](#). Le Comité suggère que toutes les administrations communiquent publiquement le délai d'exécution des tests et d'autres paramètres importants, tant pour les volets les plus prioritaires que pour les moins prioritaires. En partageant régulièrement les données sur les délais d'exécution et d'autres paramètres clés, chaque administration pourrait bénéficier des « pratiques exemplaires » qui permettent d'obtenir de bons résultats.

Mettre en oeuvre un transfert de tâches afin d'accroître la capacité de test et de traitement

Le Comité a entendu à plusieurs reprises que l'un des défis les plus importants qui entravent la capacité est la pénurie de « ressources humaines dans le domaine de la santé ». Ce sont les personnes qui sont essentielles à presque toutes les étapes du processus menant à l'obtention des résultats des tests. Celles qui sont disponibles ont été mises à rude épreuve sous la pression des demandes récentes.

Les provinces et les territoires ont des champs de pratique et de réglementation bien définis pour les professionnels de la santé. La législation ou la politique énonce les professions qui peuvent recueillir des échantillons, effectuer des tests de diagnostic et produire des rapports sur les résultats des tests. Au Canada, les échantillons ont été recueillis principalement par des médecins et des infirmières qui sont également très demandés dans les hôpitaux, les soins primaires et les établissements de soins de longue durée.

Il sera essentiel d'étendre la collecte et le dépistage d'échantillons à d'autres professionnels de la santé alliés pour aider à atténuer les pressions exercées sur les infirmières et les médecins. Ces professionnels comprennent :

- les pharmaciens
- les kinésithérapeutes
- les ergothérapeutes
- les infirmières auxiliaires autorisées
- les orthophonistes
- les dentistes et les hygiénistes dentaires
- les inhalothérapeutes autorisés.

Le [déplacement des tâches](#) (en anglais seulement) visant à permettre la collecte d'échantillons par d'autres professionnels de la santé aurait des répercussions importantes sur la réduction de la pression sur le système de soins de santé. Les travailleurs qualifiés du laboratoire médical, y compris les chercheurs formés à l'université, peuvent également jouer un rôle dans l'accroissement de la capacité de traitement des tests.

Le temps consacré à la formation par les experts pour former du personnel capable d'assumer la responsabilité de la collecte d'échantillons exige souvent qu'un stagiaire ou un nouvel employé s'engage à un temps d'emploi minimal. Par conséquent, il est peu probable que la capacité de prélèvement d'échantillons pour les tests par RCP soit augmentée efficacement avec les entrepreneurs/employés à court terme. Un effort concerté de la part des laboratoires des secteurs public et privé doit plutôt être fait pour élaborer un plan des ressources humaines en santé pour les périodes immédiates et plus longues pour ces employés essentiels.

De même, la possibilité de tests futurs pour permettre la collecte à domicile ou l'auto échantillonnage réduira également la pression sur les ressources humaines limitées en santé.

Étude de cas

Manitoba : Le Collège Red River a lancé un [programme de microaccréditation](#) pour former des personnes ayant une base scientifique ou travaillant dans un laboratoire possédant les compétences de laboratoire essentielles nécessaires. L'objectif est de répondre aux besoins immédiats en matière de test en réponse à l'épidémie de COVID-19 au Manitoba. Le cours gratuit de 11 heures est offert tout au long de l'hiver et comprend une théorie en

ligne et un laboratoire pratique.

Ontario : Un [nouveau programme de formation des travailleurs de laboratoire médical](#) (en anglais seulement) est en cours d'exécution à l'Institut Michener. Le programme préparera jusqu'à 600 travailleurs de laboratoire dans un cours intensif et condensé de deux jours en ligne, suivi de deux heures d'expérience de laboratoire en personne. Les travailleurs de laboratoire nouvellement formés ne seraient pas des technologues de laboratoire certifiés et ne seraient pas qualifiés pour analyser les résultats, mais pourraient préparer des trousseaux de tests.

Le transfert des tâches a été une réussite à l'échelle internationale, et dans plusieurs provinces et territoires. L'Alberta, la Colombie-Britannique et le Québec ont pris des mesures pour permettre à d'autres fournisseurs de soins de santé de réaliser des tests de la COVID-19 à l'aide d'écouvillons nasopharyngiens. L'Ontario a apporté des modifications législatives afin de permettre aux [paramédicaux d'effectuer des tests](#) (en anglais seulement) par l'intermédiaire de la portée déléguée de pratique d'un médecin superviseur.

Le Comité reconnaît que la formation d'un grand nombre de membres du personnel supplémentaire pour effectuer la collecte d'échantillons et le traitement des tests n'est pas négligeable. Il peut également ajouter un fardeau supplémentaire si le personnel nouvellement formé n'est disponible que pendant de courtes périodes. Par conséquent, le Comité recommande que les administrations tiennent compte de la durée et de l'intensité de l'engagement que le personnel nouvellement formé pourrait être en mesure d'apporter aux efforts de tests.

Au Royaume-Uni, des [études sur le terrain](#) (en anglais seulement) ont montré que les TRA sont plus sensibles (73 %); intervalle de confiance de 95 % (de 64 % à 85 %) lorsqu'il est effectué par des infirmières de recherche qualifiées comparativement aux employés des centres d'essais pharmaceutiques (58 %); intervalle de confiance de 95 % (de 52 % à 63 %) suivant les instructions écrites. Le rendement serait encore amélioré grâce à une formation officielle.

Les consultations avec les laboratoires, les établissements d'enseignement et d'autres intervenants peuvent éclairer les lois ou les politiques provinciales et territoriales. Idéalement, la formation et l'accréditation appropriées seraient coordonnées pour permettre à un plus large éventail de professionnels de la santé de recueillir des échantillons avec précision. Tout le personnel devrait recevoir une formation appropriée avant de changer de tâche et une surveillance appropriée devrait être assurée pour assurer des résultats de qualité.

Pour réussir, il faut une collaboration entre les ministères de la Santé, les organismes de réglementation et les travailleurs qualifiés. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a décrit les principales considérations pour les provinces et les territoires, notamment :

- déterminer les compétences clés requises pour la collecte et le traitement des échantillons et les groupes de travailleurs possédant les compétences requises
- s'engager avec les associations professionnelles, les collèges et les organismes de réglementation à discuter de la volonté d'élargir la portée des questions de pratique et de responsabilité et d'assurer la compétence
- déterminer les changements requis dans la législation, la réglementation, les politiques et les lignes directrices
- traiter les mécanismes de remboursement, y compris les codes de facturation et le financement fédéral
- mise en place de ressources de formation et mise en œuvre de programmes de formation comprenant des évaluations de compétences initiales et récurrentes.

Étude de cas

Canada :

Ontario : À compter de septembre 2020, l'[Ontario a autorisé les pharmaciens](#) à prélever des échantillons de personnes asymptomatiques pour la COVID-19. Cela a été fait pour soulager les 150 centres d'évaluation provinciaux de la pression exercée par les tests. En novembre 2020, cette mesure a été élargie pour inclure les personnes asymptomatiques qui satisfont aux critères provinciaux de dépistage.

L'Alberta a autorisé un éventail diversifié de professionnels de la santé à effectuer des écouvillonnages nasopharyngiens pour la COVID-19 en modifiant l'exercice de l'activité restreinte dans l'annexe 7.1, article 2, de la *Loi sur l'organisation du gouvernement*. Les professionnels comprennent :

- les ambulanciers de soins avancés
- les infirmières autorisées
- les infirmiers psychiatriques autorisés
- les infirmières auxiliaires autorisées
- les inhalothérapeutes autorisés
- les ergothérapeutes, kinésithérapeutes
- les orthophonistes.

Le [Québec a émis un arrêté ministériel](#) pour permettre à de nombreux professionnels de la santé d'effectuer des tests pour la COVID-19, notamment :

- les acupuncteurs
- les audioprothésistes
- les chiropraticiens
- les denturologues
- les ergothérapeutes
- les vétérinaires
- les opticiens de distribution
- les optométristes
- les pharmaciens
- les podiatres
- les technologues en électrophysiologie médicale
- les technologues en imagerie médicale
- les technologues en physiothérapie
- les prothésistes
- les prothésistes dentaires

Royaume-Uni : [Le National Health Service \(NHS\) recrute des employés](#) (en anglais seulement) des compagnies aériennes qui n'ont pas travaillé depuis que la pandémie a considérablement réduit les voyages aériens. Ces employés peuvent travailler aux côtés des médecins, des infirmières et d'autres professionnels de la santé. De nombreux employés des compagnies aériennes sont formés aux premiers soins ou possèdent d'autres qualifications cliniques et ont des cotes de sécurité. Les cliniciens du NHS supervisent le travail et la formation d'experts est offerte à toutes les nouvelles recrues.

Déploiement de tests rapides pour le dépistage

Utiliser des tests rapides dans des groupes sélectionnés pour dépister l'infection

Les tests aux points de soins comportent des éléments communs, notamment :

- les délais d'exécution rapides
- les exigences limitées en matière d'équipement
- l'interprétation des résultats (ils sont lus visuellement ou par un analyseur portable)
- ils sont moins sensibles à la détection de la COVID-19 que les tests par RCP en laboratoire.

Cependant, les tests rapides diffèrent en termes de sensibilité et de spécificité, de facilité d'utilisation et d'autres caractéristiques importantes. Il existe également des différences importantes entre les tests rapides d'acide nucléique et les tests rapides d'antigène.

La [modélisation suggère que l'efficacité du dépistage](#) (en anglais seulement) dépend davantage de la fréquence des tests et du délai d'exécution que de la capacité d'un test d'identifier les personnes infectées par le virus. Ainsi, une stratégie de dépistage reposant sur des tests rapides peut être supérieure à une stratégie de dépistage reposant sur la RCP en laboratoire. Les tests antigéniques rapides (différents des tests RCP rapides) sont [particulièrement bien adaptés](#) (en anglais seulement) au dépistage. Ils ont des délais d'exécution courts et sont faciles à utiliser par un plus grand nombre d'opérateurs formés. Certains TAR ont également un coût par test nettement inférieur à celui d'autres types de tests, ce qui peut être particulièrement intéressant pour les applications de dépistage à grande échelle. La [modélisation des milieux scolaires](#) et communautaires a démontré l'intérêt du dépistage par des tests rapides pour contrôler la transmission des maladies. Cela a connu du [succès dans les universités américaines](#) (en anglais seulement).

Étude de cas

La [Nouvelle-Écosse utilise des TRA dans des cliniques mobiles](#) pour tester des personnes asymptomatiques, en ciblant particulièrement ceux qui ont fréquenté des bars et des restaurants. En date du 30 novembre 2020, 5 500 personnes avaient reçu le TRA et 21 cas se sont avérés positifs. Des résultats positifs ont été confirmés par RCP.

La [Slovaquie a entrepris une initiative de dépistage rapide](#) (en anglais seulement) à l'échelle de la population. Environ 20 000 membres du personnel médical et 40 000 membres non médicaux ont effectué environ cinq millions de tests. L'écouvillonnage a été effectué par du personnel médical formé. Ceux qui ont choisi de ne pas participer au programme ont reçu l'ordre de rester à la maison pendant 10 jours, ou jusqu'à la prochaine ronde du programme de tests. Les participants ont reçu un certificat confirmant leur infection ou leur état négatif. Les analyses initiales ont montré que la prévalence des infections à la COVID-19 détectées a diminué d'environ 61 % en une semaine dans 45 comtés qui ont fait l'objet de deux séries de tests de masse. Toutefois, la Slovaquie a également imposé des restrictions de confinement en même temps. Il est important de noter que les gains n'ont pas été maintenus, ce qui montre que les tests doivent s'accompagner d'autres stratégies.

Tester fréquemment et confirmer les résultats positifs du dépistage

Les tests rapides sont utilisés pour le dépistage des personnes à faible probabilité de prétest. Ce sont les personnes dans des milieux exposés à un risque élevé, mais qui n'ont aucun symptôme ou contact connu avec la COVID-19. Les résultats des tests rapides doivent être interprétés dans le contexte de cette probabilité de prétest. La figure 1 présente une approche possible à cet égard et décrite ci-dessous.

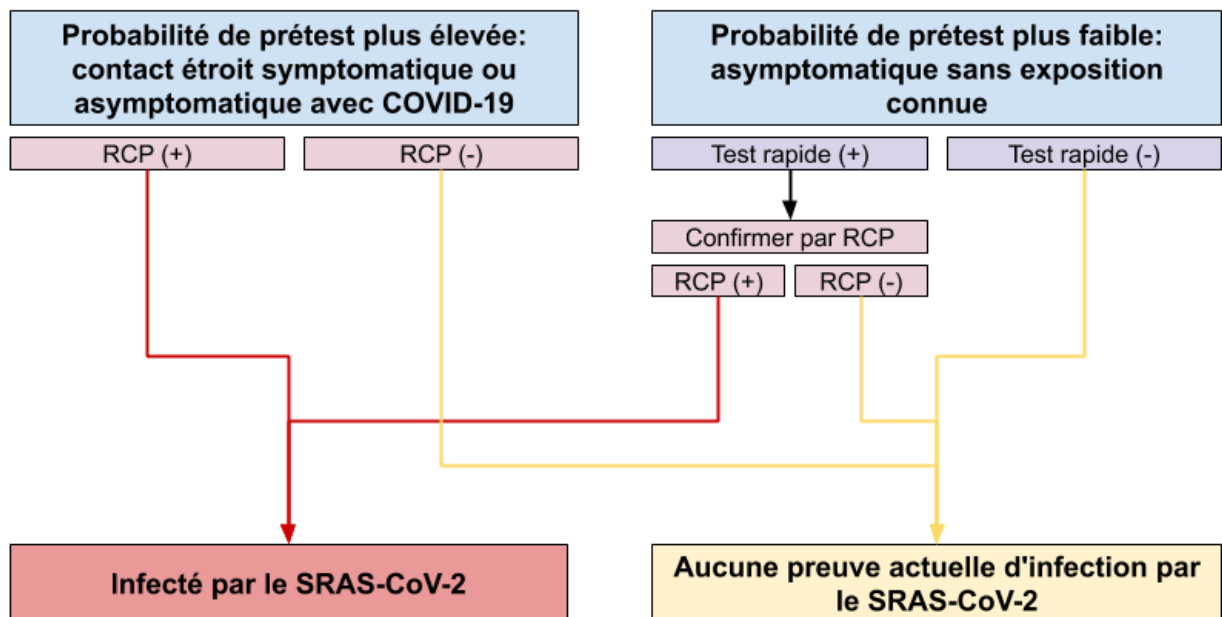
Les personnes qui ont un test rapide positif devraient être présumées positives pour COVID-19 et les autorités de santé publique devraient commencer à isoler et à gérer les cas. Dans les milieux à faible prévalence, il y a une probabilité raisonnable qu'un test rapide positif soit un faux positif. Par conséquent, les résultats positifs des tests

doivent être confirmés par RCP en laboratoire ou par un autre test rapide. Cette dernière option sera particulièrement utile lorsque la capacité de RCP en laboratoire est limitée et qu'un grand nombre de personnes sont soumises à un examen préalable.

Chez une personne ayant une faible probabilité de prétest, un résultat de test rapide négatif est très susceptible d'être un résultat négatif réel. Cependant, de faux négatifs peuvent toujours se produire. Les résultats négatifs ne doivent pas être considérés comme une preuve de l'absence d'infection ou comme une licence pour ignorer les lignes directrices en matière de santé publique. Il est essentiel de communiquer clairement à toutes les personnes testées et au grand public les résultats du test rapide :

- les limites des tests rapides
- l'interprétation des résultats positifs et négatifs
- l'importance du maintien des précautions de santé publique.

Les faux positifs et les faux négatifs peuvent être problématiques dans la gestion des épidémies, en particulier dans les situations de vie en commun. Par conséquent, le test par RCP en laboratoire avec un retournement rapide est l'approche privilégiée. Lorsque des tests rapides sont utilisés pour aider à la gestion des éclosions, des échantillons doivent également être prélevés pour des tests par RCP en laboratoire. Un jugement d'expert sera nécessaire sur la meilleure façon d'utiliser les résultats des tests rapides dans les éclosions.



Exemple d'une méthode de test qui met l'accent sur l'utilisation de tests rapides chez les personnes à faible probabilité de prétest.

Utiliser le dépistage à l'aide de tests rapides pour limiter les éclosions dans les milieux de rassemblement et à risque élevé

Le Canada a connu de nombreuses éclosions dans des contextes plus variés, notamment :

- les écoles
- les lieux de travail
- les [lieux de vie communs](#)
 - les refuges pour sans-abri
 - les foyers de soins de longue durée
 - les foyers collectifs pour personnes handicapées
 - les établissements correctionnels), et d'autres.

Les programmes de dépistage utilisés dans le cadre de la pratique courante dans ces milieux pourraient aider à identifier les infections à COVID-19 avant qu'elles ne se propagent. Ils pourraient aussi aider à prévenir une éclosion.

Considérations opérationnelles pour l'utilisation de tests rapides

En date du 21 décembre 2020, sept tests rapides étaient actuellement autorisés au Canada. Certains tests, comme le test rapide d'antigènes Panbio, peuvent être faits et lus sans équipement supplémentaire, alors que d'autres, comme le test rapide d'antigène BD Veritor, ont besoin d'un appareil de lecture qui réduit le risque d'erreur de l'opérateur. D'autres tests rapides comme le Cepheid Xpert Xpress ont une [sensibilité considérablement plus élevée](#) (en anglais seulement), comparable aux tests par RCP en laboratoire.

Les provinces et les territoires devraient examiner les compromis entre des tests rapides spécifiques, y compris les méthodes de collecte de spécimens. Par exemple, des écouvillonnages nasopharyngiens répétés peuvent ne pas être acceptables dans certains milieux, comme les écoles. Ces types de tests peuvent causer de la « fatigue des tests » chez les personnes, en raison de leurs cas d'utilisation et leurs caractéristiques de rendement spécifiques.

Le délai de mise en œuvre des tests rapides varie et il faut également tenir compte de cette situation avant la mise en œuvre. [Selon le test rapide utilisé](#) (en anglais seulement), les résultats peuvent être fournis en 15 minutes ou 1 heure environ. Des mesures de biosécurité appropriées devraient être mises en place pour [prévenir l'infection lors de l'obtention et de la manipulation des échantillons](#) (en anglais seulement). Enfin, la compétence et la formation des opérateurs influent sur la qualité des échantillons prélevés et des tests traités et sur la sensibilité du test. Les administrations doivent veiller à ce que les exploitants de tous les tests de point de soins soient formés de façon appropriée avant d'administrer les tests de dépistage aux points de soins, comme il est indiqué dans les sections ci-dessus, par rapport aux ressources humaines en santé.

Considérations relatives à l'équité pour les tests et le dépistage

Contexte

La COVID-19 a mis en évidence et amplifié les inégalités existantes en matière de santé au Canada. Les recherches ont montré que la COVID-19 a [touché de façon disproportionnée certaines populations](#) (en anglais seulement) en particulier:

- les [communautés racialisées](#) (en anglais seulement)
- les personnes économiquement défavorisées
- les [personnes handicapées](#) (en anglais seulement)
- les personnes adultes âgées, surtout celles vivant dans des établissements de vie commune comme les [foyers de soins de longue durée](#) (en anglais seulement).

Ces inégalités en matière de santé s'étendent aux tests et au dépistage. L'accès limité aux tests peut être attribué à de nombreux facteurs, notamment les heures d'ouverture, les environnements inaccessibles, les emplacements centraux, les stratégies de communication et la méthode d'attribution des nominations. [Certaines personnes hésitent peut-être à être testées](#) en raison des effets négatifs potentiels d'un test positif. Ces effets peuvent comprendre :

- la perte d'un emploi précaire
- la perte de salaire
- la stigmatisation sociale
- les répercussions perçues ou réelles sur le statut d'immigrant.

D'autres peuvent vivre dans des communautés qui n'ont pas les ressources du laboratoire nécessaires pour traiter un grand nombre de tests, ou lorsque les services ne sont pas fournis dans leur langue maternelle.

Tous ces facteurs entraînant des problèmes d'accès devraient être pris en compte dans le financement d'une stratégie de dépistage, afin de garantir l'équité pour les populations les plus touchées. Un accès équitable qui tient compte des tests et du dépistage de la COVID-19, qui prend en considération les niveaux de transmission communautaire, est fondamental pour toute stratégie de santé publique. Il reflète également les obligations légales, les droits de la personne et les obligations morales.

Tirer parti des tests par RCP en laboratoire et des tests rapides pour combler les lacunes dans les lieux géographiques, populations et milieux clés

La compréhension des utilisations, des avantages et des risques de chaque type de test de COVID-19 est essentielle pour un déploiement optimal afin de promouvoir l'équité dans l'accès aux tests. Les recommandations suivantes sur le dépistage appuieront un accès plus équitable.

Augmenter la capacité de test par RCP en laboratoire

En raison d'inégalités historiques, structurelles et géographiques, la capacité de test par RCP en laboratoire par habitant varie considérablement d'un bout à l'autre du Canada. Si l'objectif est un accès semblable aux tests en fonction des besoins, de nombreuses communautés devront être appuyées (par exemple, par l'accroissement de la capacité, la formation, l'approvisionnement, le soutien financier) afin d'améliorer la capacité de collecte et de traitement des échantillons. Cela est particulièrement important dans les régions éloignées et du Nord. L'augmentation de la capacité de dépistage promet des [avantages à long terme](#) (en anglais seulement) dans le dépistage des infections respiratoires au-delà de la pandémie de COVID-19.

Étude de cas

Nunavut : [Iqaluit et Rankin Inlet ont augmenté leur capacité de test par RCP](#) (en anglais seulement) grâce à l'ajout de systèmes RCP (BioFire) en laboratoire.

Déployer des tests rapides pour combler les écarts de dépistage

Le déploiement des tests à l'acide nucléique et TRA aux points de soins offre l'occasion d'améliorer rapidement la capacité de test. Cependant, le Comité tient à souligner que les tests aux points de soins devraient être effectués dans un contexte particulier et ne devraient pas être considérés comme un substitut à l'amélioration de l'accès aux tests par RCP en laboratoire. L'amélioration des capacités de dépistage doit toujours prendre en compte la meilleure façon de répondre aux besoins d'accès des communautés éloignées, rurales et autochtones.

Dans les régions éloignées et du Nord, où la [capacité en laboratoire et en ressources humaines est limitée](#) (en anglais seulement), les tests par RCP aux points de soins offrent l'occasion d'accroître la capacité de test diagnostique. Plusieurs gouvernements et dirigeants de territoires ont [discuté de l'utilisation de la RCP aux points de soins](#) (en anglais seulement), qui pourrait réduire les temps d'attente et accroître la capacité de dépistage pour leurs communautés. Dans les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, le Comité réitère la nécessité de consulter pour élaborer des approches axées sur les Autochtones, afin de s'assurer que les besoins de la communauté sont cernés et satisfaits.

Mettre en œuvre des stratégies propres au contexte pour améliorer l'accès aux tests et au dépistage dans les collectivités mal desservies et exposées à un risque élevé

L'adoption des tests a varié d'un bout à l'autre du Canada en raison de plusieurs facteurs. Les obstacles à une plus large adoption des tests par RCP en laboratoire comprennent

- l'absence de messages clairs sur l'importance des tests
- le manque d'accès aux tests
- le manque de soutien cohérent pour les travailleurs dans certains milieux de travail s'ils étaient testés positifs
- le manque de possibilités d'isolement.

L'accès aux tests a entravé l'accès aux installations de test, notamment en raison de leurs heures, de leur emplacement, des barrières physiques et des environnements inaccessibles. Il y a aussi une absence de messages clairs et simples au sujet des personnes à tester.

Comme la demande de tests dépassait l'offre, de nombreuses administrations ont réduit les indications de tests aux personnes symptomatiques et aux contacts étroits. Pour gérer la demande de tests, les administrations ont établi des modèles fondés sur les rendez-vous, mais souvent les heures d'ouverture n'étaient pas toujours pratiques pour les personnes ayant une flexibilité de travail limitée. De plus, les lieux de tests pourraient être difficiles d'accès pour ceux qui utilisent les transports en commun, dont l'utilisation peut augmenter le risque de transmission aux autres.

Le Comité suggère que toutes les administrations mettent en œuvre des stratégies propres au contexte pour tester les personnes qui en ont le plus besoin, plutôt que d'obliger les personnes à se rendre dans un centre de dépistage. Les efforts devraient être axés sur l'appui aux administrations afin d'améliorer rapidement le dépistage mobile dans les régions où la positivité des tests est plus élevée, de sorte qu'ils puissent fonctionner pour la collectivité. Des activités de communication et de sensibilisation seront souvent nécessaires pour améliorer l'adoption par ces collectivités.

Les modèles de dépistage décentralisés conçus pour apporter le dépistage aux collectivités exposées à un risque plus élevé sont prometteurs. Ces modèles comprennent l'utilisation de laboratoires mobiles ou de centres

d'évaluation mobiles. à l'aide d'options sans rendez-vous sont prometteurs. Les provinces et territoires devraient également envisager d'étendre les heures d'ouverture des centres d'évaluation afin que les personnes travaillant à temps plein puissent y assister, et de situer les centres d'évaluation à proximité des services de transport en commun.

Étude de cas

[Toronto a remis à neuf les autobus de la Toronto Transit Commission](#) (en anglais seulement) pour les quartiers à forte prévalence avec des installations de dépistage intérieures limitées. Lorsque les patients entrent dans l'autobus, leurs coordonnées sont enregistrées, des écouvillonnages ont lieu dans une tente à l'extérieur, et des couchettes et des bancs à l'intérieur offrent un espace pour une évaluation et un traitement de test plus poussés.

Réduire les obstacles au dépistage pour les travailleurs précaires

De nombreux Canadiens n'ont pas de sécurité d'emploi. Les personnes qui travaillent dans des postes temporaires, qui sont « sous contrat », dans des conditions de salaire minimum ou qui travaillent dans de très petites organisations peuvent avoir une sécurité d'emploi limitée. Elles ont peut-être des difficultés financières pour subvenir aux besoins d'un ménage. En raison des répercussions économiques considérables de COVID-19, beaucoup ont utilisé leurs économies et emprunté de l'argent pour payer des factures et couvrir les frais de subsistance. Une perte de revenu supplémentaire, comme un congé non payé pour cause de maladie ou la nécessité de mettre en quarantaine, peut être catastrophique. Les Canadiens qui travaillent dans des milieux où il n'y a pas d'avantages sociaux, y compris aucun congé de maladie payé, peuvent hésiter à subir un test, car ils ne peuvent pas se permettre de s'isoler en attendant les résultats ou s'ils obtiennent un résultat de test positif. De longs délais de réponse aux tests empirent ce problème.

Le gouvernement du Canada a mis en place la [Prestation canadienne de maladie pour la relance économique \(PCMRE\)](#). Cette prestation, qui offre un soutien du revenu aux travailleurs salariés et aux travailleurs autonomes qui :

- sont incapables de travailler parce qu'ils sont malades ou ont besoin de s'isoler à cause de la COVID-19
- ont un état de santé sous-jacent qui les expose à un plus grand risque de contracter la COVID-19.

Les demandeurs reçoivent 500 \$ pour une période d'une semaine. En Colombie-Britannique, on estime que plus de 50 % de la main-d'œuvre n'a pas accès aux congés de maladie payés. Cela signifie que rester à la maison du travail s'il y a un résultat de test positif à la COVID-19 pourrait être financièrement dévastateur.

Le Comité est d'avis que tous les ordres de gouvernement devraient envisager des mesures additionnelles pour aider les Canadiens pendant l'isolement et la quarantaine. Les mesures pourraient comprendre :

- le paiement d'un salaire ou d'une partie du salaire pendant une période d'isolement après un résultat de test positif
- le financement de services de soutien personnel pour les personnes en isolement ou en quarantaine, y compris la livraison d'épicerie
- une augmentation du nombre de centres d'isolement (particulièrement pour les personnes sans abri)
- la mise en œuvre d'un soutien en santé mentale, y compris le soutien par les pairs.

Ces initiatives se sont avérées efficaces dans d'autres parties du monde.

Étude de cas

La [Corée du Sud a fourni gratuitement pendant deux semaines des produits de première nécessité](#) (en anglais seulement) (nourriture, produits de toilette) aux personnes qui se mettent en quarantaine.

Améliorer les stratégies de communication

Contexte

La pandémie de COVID-19 a été caractérisée par des changements rapides en épidémiologie, en données probantes et en outils disponibles pour répondre aux défis en cours. Les autorités de santé publique aient constamment demandé au public de se laver les mains, de respecter la distanciation sociale, de porter un masque et, aux personnes malades, de rester à la maison et de s'isoler. Cependant, les messages ont changé pour refléter les conseils de santé publique locaux afin de réduire au minimum la propagation du virus. Dans certains cas, le public a trouvé cela déroutant.

La propagation de renseignements déroutants ou contradictoires ainsi que la « désinformation », en particulier sur les médias sociaux, a ajouté à la confusion. Le public est bombardé d'informations sur la COVID-19 provenant de toutes les sources médiatiques, y compris les médias sociaux, et il a de plus en plus de mal à donner un sens à ces informations et à garder une trace de ce qui s'applique à lui, en fonction de son lieu de résidence. Cette situation est encore aggravée par les barrières linguistiques pour ceux dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français.

Une grande partie de l'orientation du Comité repose sur une connaissance approfondie du public et sur sa confiance dans nos systèmes et lignes directrices de santé publique. Cela est particulièrement important alors que le Canada commence à entrer dans la phase de déploiement du vaccin, [compte tenu des niveaux élevés de réticence à la vaccination](#). La communauté de la santé publique reconnaît le besoin de messages simples et directs, et la Fondation Rockefeller a récemment créé un [manuel](#) (en anglais seulement) pour tester et suivre les messages.

Le Comité note qu'il pourrait être utile que les spécialistes du comportement s'engagent plus systématiquement à contribuer à l'élaboration de stratégies et de lignes directrices en matière de communication et de sensibilisation. Leur expertise peut être très pertinente.

Réduire les obstacles linguistiques, aux connaissances et à l'accessibilité pour comprendre les messages de santé publique

La communication en plusieurs langues est essentielle, car environ un Canadien sur sept parle une langue autre que l'anglais ou le français. Les besoins linguistiques varient d'un bout à l'autre du Canada. Les campagnes multilingues doivent inclure les langues autochtones, comme le cri, l'inuktitut et l'anishinaabemowin (ojibway) ou le sto:lo (salish côtier), ainsi que les langues parlées par les personnes qui ont immigré au Canada. Plusieurs [intervenants](#) (en anglais seulement) ont demandé que les ressources multilingues pour la COVID-19 soient adoptées partout au Canada, comme cela a été fait avec succès dans de nombreuses [administrations](#).

Il est essentiel de diffuser en temps voulu et de façon cohérente des [renseignements multilingues et fondés sur la culture](#) (en anglais seulement) exacts pour prévenir la propagation de la [mésinformation sur la santé](#) (en anglais seulement). Cela pourrait être fait de façon coordonnée dans tout le pays afin que les moyens de communication, les mots et les messages uniformes dans toutes les provinces et tous les territoires.

Il y a de nombreuses situations où des membres d'une famille dont la première langue n'est pas le français ou l'anglais, vivent dans différentes régions du pays. Si les messages, la langue et les moyens de communication diffèrent d'une administration à l'autre, cela augmente la confusion et le manque de confiance, malgré les meilleures intentions.

Une coopération et une coordination interprovinciales solides peuvent améliorer la façon dont les la pandémie dans son ensemble est gérée. Cela comprend l'élaboration de plans de sensibilisation et de communication communs.

Les approches de communication les plus efficaces qui ont été relayées au Comité sont les suivantes :

- utiliser un langage simple et cohérent
- garder les messages simples, clairs et compréhensibles à tous les niveaux d’alphabétisation
- utiliser les réseaux communautaires existants qui ont déjà développé la confiance avec les communautés
- utiliser des porte-parole ou des personnalités reconnues et respectées de la communauté pour diffuser les messages
- se concentrer sur ce que les gens peuvent faire pour s’aider eux-mêmes autant que sur ce que quelqu’un d’autre veut qu’ils fassent

Étude de cas

L’[Australie a lancé une application mobile multilingue](#) (en anglais seulement) pour la population du pays qui fournit des renseignements à jour sur la COVID-19. L’application permet aux utilisateurs de :

- parcourir les articles pour en savoir plus sur la COVID-19 et le soutien en Australie
- rechercher des sujets ou points d’intérêt
- afficher de courtes animations avec des résumés utiles de sujets précis
- trouver des conseils et des contacts utiles pour aider à l’ajustement pendant la COVID-19

Enfin, les stratégies de communication ne peuvent pas s’appuyer uniquement sur les médias basés sur Internet. Au Canada, alors que [94 % des Canadiens ont accès à Internet à la maison](#), les communautés rurales, éloignées, nordiques et autochtones n’ont souvent pas accès à Internet ou l’accès n’est pas fiable. Par conséquent, il est important d’utiliser une gamme d’options, y compris la messagerie téléphonique, pour partager les renseignements sur la santé publique.

Utiliser des stratégies ciblées pour améliorer la communication avec les groupes de population exposés à un risque élevé et à forte transmission

Il est bien établi que la transmission de COVID-19 est plus élevée dans certains groupes, notamment :

- les enfants plus âgés et les jeunes adultes
- [les travailleurs de la santé et les autres travailleurs essentiels](#) (en anglais seulement)
- les collectivités racialisées

[Certains groupes](#) (en anglais seulement) sont aussi à risque beaucoup plus élevé de mauvais résultats ou de décès s’ils sont infectés par la COVID-19. Ces groupes comprennent :

- les personnes ayant des comorbidités
- les [personnes âgées](#) (en anglais seulement)
- les [personnes handicapées](#) (en anglais seulement)
- les [personnes immunodéprimées](#) (en anglais seulement)

La messagerie en santé publique par la presse télévisée, les pages Web d’information en anglais et les articles de presse doivent être conçues pour atteindre ces communautés. Il est également important de travailler en partenariat avec les communautés.

Les stratégies de communication actuelles doivent être mises à jour et personnalisées pour atteindre les collectivités exposées à un risque plus élevé. D’autres administrations ont réussi à établir des partenariats en santé publique avec des dirigeants locaux pour atteindre des communautés particulières.

Étude de cas

Le [Sénégal s’est associé avec succès](#) (en anglais seulement) avec des [chefs religieux](#) (en anglais seulement) locaux pour partager des contenus sur les médias sociaux et la santé publique sur différentes chaînes de médias.

Renforcer les outils pour aider les personnes à déterminer si elles ont besoin d'un test

Plusieurs provinces et territoires ont mis en place des outils d'évaluation de COVID-19 sur Internet pour aider les patients à déterminer s'ils ont besoin d'un test. Par exemple, l'[évaluation sur la COVID-19 de l'Ontario](#), qui est basée sur l'évaluation de Santé Canada, comprend

- des questions sur les symptômes
- l'échéancier des symptômes
- le statut d'appartenance à un « groupe à risque »
- l'évaluation du « contact étroit » avec une personne qui a présenté un résultat de test positif pour la COVID-19

[Alerte COVID](#) est une application nationale de notification d'exposition à la COVID-19 qui repose sur la technologie de Google et Apple. Elle peut être utilisée sur de nombreux téléphones mobiles. L'application est un outil simple et convivial pour informer les Canadiens lorsqu'ils sont entrés en contact avec un cas confirmé de COVID-19. Elle est utilisable dans toutes les provinces et territoires et est conçue pour réduire au minimum la collecte et l'entreposage de renseignements personnels identifiables.

Malheureusement, cette application n'a pas été utilisée dans toutes les administrations, ce qui rend difficile l'évaluation de cette technologie. Comme indiqué précédemment dans ce rapport, nous ne pouvons pas laisser « la perfection être l'ennemi du bien ». Il serait probablement utile à tous les Canadiens que leur province ou territoire les encourage à télécharger l'application là où ils le peuvent. Il serait également utile que toutes les administrations utilisent les données de cette application pour aider à informer les actions futures, évaluer les programmes actuels et apprendre des « pratiques exemplaires » à travers le pays.

De plus, il serait utile d'offrir les outils d'évaluation dans une variété de langues différentes afin d'améliorer l'accès à l'ensemble des collectivités canadiennes. Des outils téléphoniques pourraient être développés comme solution optionnelle pour ceux dont la large bande est limitée ou pour qui préfèrent la communication par téléphone. Un certain nombre de modèles de « télésanté » pourraient être utilisés pour mettre au point ces services.

Conclusions et prochaines étapes

Dans le présent premier rapport, le Comité consultatif d'experts présente douze considérations qui visent à appuyer l'amélioration des approches de dépistage et de test. Les recommandations sont regroupées en quatre grandes catégories :

- 1) l'optimisation de la capacité de diagnostic grâce à des tests par RCP en laboratoire
- 2) l'accélération de l'utilisation de tests rapides, principalement pour le dépistage
- 3) la prise en compte des considérations d'équité dans les programmes de tests et de dépistage
- 4) l'amélioration des stratégies de communication pour renforcer le dépistage et son adoption.

Bien que ce rapport soit destiné au ministre fédéral de la santé, le Comité espère que d'autres juridictions trouveront les suggestions utiles.

Le Comité prévoit de fournir de l'orientation supplémentaire dans les rapports ultérieurs dans ces quatre domaines ainsi que dans d'autres domaines, tels que :

- des tests et des dépistages pour soutenir la reprise économique, en mettant l'accent sur les tests relatifs aux voyages, aux lieux de travail communaux, aux écoles et aux établissements d'enseignement supérieur, ainsi qu'à d'autres lieux de travail critiques
- la surveillance et les approches basées sur la population
- un engagement accru des spécialistes du comportement pour améliorer les stratégies de communication en mettant l'accent sur les populations à haut risque et les jeunes

Le Comité suit également de près l'évolution de la lignée SARS-CoV-2 B.1.1.7 rapportée au R.-U. et avisera le ministre, s'il y a lieu.

Glossaire des termes clés

Test d'antigènes :

Un test qui détecte la présence d'une protéine particulière qui fait partie du virus SRAS-CoV-2, plutôt que le matériel génétique du virus.

Personne asymptomatique :

Un individu qui ne présente pas de symptômes de la COVID-19.

Test diagnostique :

Tests visant à déceler l'infection courante chez un individu; ces tests sont effectués lorsqu'une personne :

- présente des signes ou des symptômes compatibles avec la COVID-19, ou
- est asymptomatique, mais qu'elle a été exposée récemment à un cas présumé ou avéré de COVID-19.

Test de dépistage au point de service :

Un test de dépistage effectué à l'extérieur du laboratoire clinique, à l'endroit où un patient reçoit des soins ou à proximité de cet endroit.

Travailleur précaire :

Les personnes qui travaillent dans des postes temporaires sont « sous contrat », reçoivent le salaire minimum ou qui ont une sécurité d'emploi limitée.

Probabilité avant test :

La probabilité qu'une personne soit atteinte de la COVID-19, estimée avant le résultat du test de dépistage, en fonction de la probabilité de la maladie suspectée chez cette personne compte tenu de ses symptômes, de son historique d'exposition et de la prévalence dans la collectivité.

Prévalence :

La proportion de la population qui est atteinte de la COVID-19 à un moment donné.

Test de dépistage :

Tests destinés à identifier les personnes infectées qui sont asymptomatiques et sans exposition avérée ou présumée à la COVID-19. Le dépistage est habituellement effectué pour identifier les personnes qui peuvent propager le virus afin que des mesures puissent être prises pour prévenir une transmission ultérieure.

Sensibilité :

Capacité du test à identifier correctement les personnes atteintes de la COVID-19 au moment où l'échantillon a été recueilli pour être analysé en laboratoire.

Spécificité :

Capacité du test de dépistage d'identifier correctement ceux qui n'ont pas la COVID-19 au moment où l'échantillon a été recueilli pour être analysé en laboratoire.

Surveillance :

Approches à l'échelle de la population entreprises pour éclairer les mesures de santé publique. Parmi les exemples de tests de surveillance, mentionnons l'échantillonnage des eaux usées ou des surfaces pour détecter la présence du virus ou le dépistage d'un grand nombre de personnes pour obtenir des résultats globaux afin de déterminer la prévalence du virus dans une collectivité.

Transfert de tâches :

La redistribution organisationnelle des tâches entre les différents types de travailleurs de la santé (par exemple, les infirmières, les pharmaciens) pour améliorer l'utilisation des ressources et la prestation des services.

Délai d'exécution :

Le temps nécessaire à la collecte d'un échantillon d'un individu jusqu'à ce que les résultats du test soient disponibles.

Cas d'utilisation :

Le contexte et les circonstances dans lesquels le test est utilisé – qui sera testé, par qui, où et dans quelles conditions – en fonction d'une compréhension du rendement clinique du test et de ses incidences.