

Maladie à coronavirus (COVID-19)



Stratégies prioritaires pour optimiser les tests et le dépistage pour les écoles primaires et secondaires



Santé Canada a pour mandat d'aider les Canadiens à conserver et à améliorer leur santé. Il s'assure d'offrir des services de santé de grande qualité, et cherche à réduire les risques pour la santé.

Also available in English under the title:
Priority strategies to optimize testing and screening in long-term care homes

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Santé Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télec. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : hc.publications-publications.sc@canada.ca

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2021

Date de publication : mars 2021

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat.: H164-313/2021F-PDF
ISBN: 978-0-660-37519-9
Pub.: 200455

Sommaire

En novembre 2020, la ministre de la Santé a créé le Comité consultatif d'experts en matière de tests et de dépistage de la COVID-19. Ce comité fournit au gouvernement fédéral des avis éclairés sur les sciences et les politiques liées aux approches existantes et innovatrices en matière de tests et de dépistage.

Le Comité a publié son premier rapport intitulé [Stratégies prioritaires pour optimiser les tests et le dépistage de la COVID-19 au Canada](#) en janvier 2021. En février 2021, il a publié son deuxième rapport, intitulé [Stratégies prioritaires pour optimiser les tests et le dépistage dans les foyers de soins de longue durée](#).

Ce troisième rapport contient des recommandations sur les stratégies de tests et de dépistage pour les écoles primaires et secondaires. Le rapport vise à appuyer le fonctionnement continu de l'apprentissage en personne tout en continuant de réduire le plus possible la transmission communautaire de la COVID-19. Ces recommandations sont appuyées par des études de cas.

Bien qu'il n'existe pas actuellement de données probantes rigoureuses, les études de cas servent d'exemples de la façon dont une stratégie de tests de dépistage pourrait être mise en œuvre pour les écoles, le cas échéant. Le Comité recommande vivement de prendre connaissance des évaluations ainsi que de la documentation universitaire sur le dépistage afin de s'assurer que les données probantes les plus solides disponibles guident la prise de décisions.

Les recommandations du Comité sont principalement axées sur les collectivités à forte prévalence de la COVID-19 (selon la définition de chaque administration). Pour cette raison, elles ne doivent pas être interprétées comme étant normatives, ni comme une approche universelle. Dans les collectivités à faible prévalence, les fermetures d'écoles sont moins probables. Dans ces collectivités, des stratégies de dépistage pourraient avoir des conséquences négatives, comme interrompre l'apprentissage ou détourner d'autres domaines prioritaires des ressources liées à la COVID-19.

Les tests et le dépistage ne sont qu'une partie de la réponse d'une administration à la pandémie de la COVID-19.

Pour ce rapport, le Comité a examiné les conseils d'experts médicaux. Nous nous sommes également penchés sur les [Orientations pancanadiennes sur les tests et le dépistage pour la COVID-19](#), qui créent un cadre visant les tests de diagnostic, les tests de dépistage et la surveillance. Nos recommandations s'appuient également sur :

- les directives existantes (par exemple, celles de l'[Agence de la santé publique du Canada](#)) à l'intention des autorités de santé publique sur les risques potentiels et les stratégies d'atténuation pour les écoles;
- les [procédures](#) des provinces, des territoires et des autorités locales de santé publique.

Les fermetures régionales et temporaires d'écoles et de classes primaires et secondaires peuvent avoir de [vastes effets](#) sur le développement des enfants. Cela fait de la reprise de l'éducation en personne une grande priorité.

Les efforts visant à mettre en œuvre des stratégies de dépistage pour les écoles sont multidimensionnels. Les médecins-hygiénistes et les responsables de la santé publique à l'échelle du Canada prennent quotidiennement des décisions sur la façon d'établir l'ordre de priorité des ressources de diagnostic et de dépistage. Les stratégies d'affectation des ressources pour les écoles doivent être fondées sur les facteurs suivants :

- le contexte local;
- la capacité de tests de diagnostic de la collectivité;

- la prévalence communautaire;
- le statut de vaccination des enseignants et du personnel;
- la priorité à accorder aux tests qui procurent les plus grands avantages.

Les décisions d'affectation devraient veiller à ce que le personnel ou les ressources de santé publique demeurent disponibles pour les tests symptomatiques.

Bien que le rapport coûts-avantages ne soit pas encore entièrement compris, l'apprentissage en personne est essentiel au développement social des enfants. Les stratégies de tests et de dépistage devraient réduire les répercussions sur les familles et renforcer la confiance de bon nombre de parents, élèves et membres du personnel quant à leur sécurité. La rupture des chaînes de transmission grâce à une détection précoce accrue des cas réduira l'impact sur les élèves.

Toutefois, la mise en œuvre de stratégies de dépistage fondées sur des tests ne peut remplacer d'autres mesures de prévention et d'atténuation qui ont souvent réduit la transmission dans les écoles, les foyers et la collectivité. Quel que soit le contexte, une stratégie de dépistage de la COVID-19 devrait être envisagée si elle peut empêcher l'introduction du SARS-CoV-2 ou en réduire la transmission.

Toutefois, il peut être indiqué (par exemple, lorsque la prévalence communautaire est faible) que les écoles accordent la priorité à l'apprentissage en personne sans mettre en œuvre une stratégie de tests de dépistage.

La portée du présent rapport comprend toutes les administrations, qu'elles aient ou non été en mesure d'éviter la maladie généralisée et une surcharge du système de santé, ainsi que les régions qui ont été gravement touchées par la pandémie. Dans ce contexte, les recommandations du Comité respectent les interventions provinciales, territoriales et locales uniques face à la COVID-19, compte tenu des contextes épidémiologiques et socioculturels différents. Les recommandations du Comité se concentrent sur cinq domaines d'action prioritaires :

1. S'assurer que la conception des stratégies de tests et de dépistage dans les écoles tient compte de l'équité
2. Rendre prioritaires les tests de diagnostic pour les élèves et le personnel symptomatiques
3. Laisser la prévalence communautaire guider les stratégies de tests de dépistage et la fréquence des tests
4. Établir des partenariats innovateurs afin de répondre aux besoins en dotation associés au dépistage
5. Entreprendre des recherches supplémentaires pour évaluer et éclairer les stratégies de tests et de dépistage
 - améliorer la collecte d'échantillons pour les enfants
 - mettre en commun les échantillons pour augmenter le nombre de spécimens testés, le cas échéant
 - évaluer les stratégies de tests de dépistage

Le Comité reconnaît qu'il peut être indiqué pour les administrations d'adopter certaines des recommandations qui figurent dans le présent rapport et d'en écarter d'autres, selon leurs circonstances uniques.

Table des matières

Sommaire	i
Table des matières	iii
Comité consultatif d'experts et rapports	1
Mandat du Comité	1
Plan pour les rapports	1
Consultation	1
Principes directeurs	1
Termes	2
Remerciements	2
Préambule	3
S'assurer que la conception des stratégies de tests et de dépistage pour les écoles tient compte de l'équité	5
Rendre prioritaires les tests de diagnostic pour les élèves et le personnel symptomatiques	7
Laisser la prévalence communautaire guider les stratégies de tests de dépistage et la fréquence des tests	9
Établir des partenariats innovateurs afin de répondre aux besoins en dotation associés aux stratégies de dépistage	13
Entreprendre des recherches supplémentaires pour évaluer et éclairer les stratégies de tests et de dépistage ..	15
Améliorer la collecte d'échantillons pour les enfants	15
Mettre en commun les échantillons pour augmenter le nombre de spécimens testés	16
Évaluer les stratégies de tests de dépistage	16
Conclusion	17
Annexe : Termes clés	19

Comité consultatif d'experts et rapports

Mandat du Comité

Le Comité consultatif d'experts sur les tests et le dépistage de la COVID-19 vise à fournir au ministre de la Santé des conseils opportuns et pertinents sur les tests et le dépistage de la COVID-19.

Le mandat du Comité est de compléter, et non de remplacer, les orientations réglementaires et cliniques en évolution concernant les tests et le dépistage. Nos rapports sont destinés à répondre aux besoins fédéraux, provinciaux et territoriaux, car tous les gouvernements cherchent des possibilités d'intégrer les nouvelles technologies et approches dans leurs plans d'intervention contre la COVID-19. Le Comité reconnaît qu'il peut être indiqué pour les administrations d'adopter certaines stratégies de dépistage et de tests et pas d'autres en fonction des données probantes, de l'épidémiologie locale et du contexte des politiques de l'administration.

Plan pour les rapports

Le premier rapport du Comité mettait l'accent sur quatre actions immédiates visant à optimiser les tests et le dépistage :

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.

Le deuxième rapport portait sur les stratégies de tests et de dépistage dans le secteur des soins de longue durée. Ce troisième rapport donne un aperçu de la façon dont les recommandations du premier rapport peuvent être appliquées aux écoles.

Consultation

Le Comité a consulté plus de 40 experts de la santé, de la politique publique et de l'éducation et d'autres intervenants qui contribuent à la réponse à la COVID-19. Nous continuerons à consulter divers intervenants au fur et à mesure que nous préparerons d'autres rapports.

Principes directeurs

Les initiatives de santé publique gagnent à intégrer des principes visant à prévenir les dommages involontaires, à promouvoir l'équité et à accroître la responsabilité. Les discussions en Comité et l'engagement avec les intervenants ont mis en évidence un certain nombre de principes clés à prendre en compte dans ses orientations. Ces principes s'alignent sur le cadre défini dans les orientations 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 ses orientations.

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 est inclus dans une annexe pour référence. Pour les besoins du présent rapport, le Comité décrit comme suit les termes principaux :

- **test/dépistage de diagnostic** : utilisé pour détecter l'infection actuelle chez une personne et effectué lorsqu'une personne :
 - [a des symptômes compatibles avec la COVID-19 ou](#)
 - n'a aucun symptôme, mais présente un risque élevé d'exposition au SRAS-CoV-2, selon ce qui est défini dans les directives en matière de santé publique (par exemple, il s'agit d'un contact asymptomatique étroit)
- **élève du primaire** : enfants de 4 à 14 ans, de la maternelle à la 8^e année
- **test de dépistage/dépistage** : utilisé pour identifier les personnes infectées qui ne présentent aucun symptôme et qui n'ont pas été exposées au SRAS-CoV-2, que ce soit de manière connue ou soupçonnée
- **élève du secondaire** : élèves de 14 à 19 ans, de la 9^e à la 12^e année.

Remerciements

Le Comité exprime ses remerciements aux membres d'office du Comité ainsi qu'aux fonctionnaires de Santé Canada qui ont travaillé sans relâche pour soutenir le Comité. Le Comité reconnaît également les contributions du « Groupe invité » sur les tests et le dépistage, un groupe d'élèves et de jeunes scientifiques qui ont fourni une aide spécialisée en recherche et en analyse. Parmi les membres du Groupe invité figurent Michael Liu, Matthew Downer, Tingting Yan, Sara Rotenberg, Netra Unni Rajesh, Jane Cooper 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 Kieran Moore

Dr David Naylor

Domenic Pilla

Dre Brenda Wilson

Dre Verna Yiu

Dre Jennifer Zelmer

Préambule

Il est essentiel de maximiser le temps d'ouverture des écoles pendant la pandémie de la COVID-19, au profit des élèves, des enseignants, des familles et des collectivités de partout au pays. Certaines données démontrent les [effets vastes et directs de la fermeture d'écoles sur de nombreux élèves](#). En raison de la pandémie, des élèves ont subi [des pertes d'apprentissage](#), [l'insécurité alimentaire](#), [la perte de programmes de soutien et de thérapie](#) et [l'isolement social](#). Ces répercussions sont particulièrement [graves](#) pour les élèves atteints de troubles de santé mentale préexistants, d'insécurité au foyer ou d'une invalidité.

Les fermetures d'écoles ont également des répercussions sur les parents et les enseignants, en particulier les femmes. Parmi les défis, mentionnons l'équilibre entre la surveillance des enfants et le travail, les contraintes en matière de garde d'enfants (particulièrement pour les travailleurs essentiels) et le stress accru découlant du passage à l'apprentissage virtuel. Cela a entraîné une baisse sans précédent de la participation des [femmes à la population active](#). Les [iniquités existantes](#) exacerbent ces facteurs pour les familles à faible revenu, les familles monoparentales et racialisées, les familles avec enfants handicapés et les familles dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais.

Ces facteurs sous-tendent la nécessité de garder les activités scolaires en personne dans la mesure du possible. Malgré les nombreux avantages de l'apprentissage en personne, la possibilité d'introduire le SRAS-CoV-2 dans les foyers peut être une source de stress pour les parents, les enseignants, le personnel et les élèves.

Le Comité recommande que les pratiques de prévention existantes soient maintenues dans les écoles. Cela est conforme aux directives de l'[Agence de la santé publique du Canada](#) et des gouvernements provinciaux, territoriaux et locaux en matière de santé publique sur des sujets tels que :

- le dépistage des symptômes;
- le lavage des mains;
- le port du masque;
- l'éloignement physique;
- l'utilisation de cohortes;
- la ventilation adéquate.

Les enfants et les jeunes de moins de 19 ans représentent environ [17 %](#) des cas de COVID-19 au Canada en mars 2020. Toutefois, comparativement aux adultes, les enfants représentent une [proportion beaucoup plus faible](#) des Canadiens qui ont été hospitalisés, qui ont été atteints d'une maladie grave ou qui sont décédés. Les enfants sont susceptibles [d'être asymptomatiques](#) ou de présenter des [symptômes de maladie plus légers](#). En d'autres termes, ils peuvent être infectés par le SRAS-CoV-2, mais pas par la COVID-19. Par conséquent, la prévalence et l'infectiosité chez les enfants peuvent être [sous-estimées](#), puisque les programmes de dépistage ont généralement et pertinemment mis l'accent sur les personnes symptomatiques.

Par conséquent, il y a [peu de consensus](#) sur la transmission du SRAS-CoV-2 par les enfants et les jeunes dans différents milieux, y compris par [la transmission aux adultes](#) dans les ménages. Il y a aussi peu de preuves de transmission parmi les enfants en [milieu scolaire](#).

Il y a des preuves importantes sur les variants préoccupants du SRAS-CoV-2 ainsi que sur l'évolution des degrés de propagation communautaire continue. Par exemple, bien que les mesures de prévention de la COVID-19 diffèrent d'un pays à l'autre, il existe en Angleterre des preuves de transmission à l'intérieur de l'école, alors que [31 %](#) des établissements scolaires ont déclaré des cas de COVID-19. Étant donné que les enfants sont moins susceptibles de devenir gravement malades en raison de la COVID-19, mais qu'ils peuvent tout de même répandre le SRAS-CoV-2,

les stratégies de dépistage pour les écoles comprennent également la prévention de l'introduction du SRAS-CoV-2 à la maison et dans la communauté.

Les stratégies de tests de dépistage ne sont peut-être pas justifiées pour toutes les écoles, en particulier celles qui n'ont pas de cas ou qui ont une prévalence communautaire très faible. Dans ces situations, les stratégies de dépistage peuvent avoir des conséquences négatives. Par exemple, dans les milieux à faible prévalence, les résultats positifs des tests rapides peuvent être faussement positifs, ce qui entraîne une perte inutile de travail et des classes ratées en raison des [exigences d'isolement](#). La mise en œuvre d'une stratégie de dépistage devrait être propre à la collectivité. Elle devrait également tenir compte des avantages, de la faisabilité et du contexte communautaire plus vaste.

Pour les écoles des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis, le Comité souligne la nécessité d'approches dirigées par les Autochtones pour s'assurer que la stratégie cerne et comble les besoins de la collectivité.

S'assurer que la conception des stratégies de tests et de dépistage pour les écoles tient compte de l'équité

Dans notre [premier rapport](#), nous recommandons de tenir compte de l'équité dans les mesures de dépistage et de tests. Les stratégies devraient tenir compte du contexte local et être conçues pour améliorer l'accès aux tests et au dépistage dans les collectivités mal desservies et à risque élevé.

La COVID-19 a mis en évidence et amplifié les inégalités existantes en matière de santé au Canada. Les stratégies de tests et de dépistage pour les écoles doivent aborder les questions d'équité, en accordant une attention particulière aux élèves :

- des familles ayant un statut socioéconomique inférieur;
- vivant dans des ménages multigénérationnels;
- vivant dans des collectivités rurales, éloignées ou autochtones;
- qui ont une invalidité.

Il est également important de tenir compte de l'impact disproportionné de la COVID-19 [et des fermetures d'écoles sur les communautés racialisées](#) et les quartiers défavorisés.

L'accès aux tests a influencé sur l'accès aux installations de test, notamment en raison de leurs heures, de leur emplacement, des barrières physiques et des environnements inaccessibles. L'accès limité aux programmes de dépistage et aux centres de tests peut être attribué à plusieurs facteurs, notamment :

- les heures d'ouverture;
- les environnements inaccessibles;
- les emplacements centralisés;
- les stratégies de communication;
- la méthode de prise de rendez-vous.

Le Comité recommande que les stratégies de dépistage pour les écoles abordent la portée, les questions d'accessibilité et la sécurité culturelle, en particulier dans les collectivités économiquement défavorisées où la prévalence de la COVID-19 est élevée. Les stratégies de dépistage devraient viser l'administration des tests de dépistage en milieu scolaire ou dans un endroit accessible et à distance de marche. Cet emplacement devrait être sécuritaire et inclusif (par exemple, un centre communautaire).

Comme nous l'avons indiqué dans notre premier rapport, afin d'accroître la volonté des jeunes et des parents d'effectuer des tests, il est essentiel de comprendre et d'aborder les raisons pour lesquelles ils évitent les tests.

Les unités de contrôle mobiles constituent une approche innovatrice pour aborder les questions d'accessibilité. Elles apportent les tests ou la [collecte d'échantillons](#) dans la collectivité ou l'école là où des ressources sont disponibles pour le faire. Par exemple, la [Nouvelle-Écosse](#) a déployé deux fourgonnettes de tests mobiles, composées de membres du personnel infirmier et de santé publique, pour faciliter les tests des enfants et la recherche des contacts. Les fourgonnettes de tests mobiles sont actuellement envoyées dans les écoles qui ont un cas confirmé ou là où la prévalence communautaire de la COVID-19 est élevée.

Enfin, on trouve de nombreuses familles où des membres n'ont ni le français ni l'anglais comme langue maternelle. Le Comité recommande que les programmes de dépistage des écoles tiennent compte des obstacles de langue, de connaissances et d'accessibilité dans toutes les communications avec les membres de la famille des enfants d'âge scolaire. Les messages doivent être simples, clairs et compréhensibles pour tous les niveaux d'alphabétisation. De plus, il devrait être disponible dans des formats multilingues et alternatifs afin de mieux communiquer l'information sur les programmes de tests et de dépistage pour les écoles.

Rendre prioritaires les tests de diagnostic pour les élèves et le personnel symptomatiques

La plupart des écoles exigent déjà que les parents et les élèves vérifient la présence de symptômes le matin. Par exemple, en Colombie-Britannique, les élèves et le personnel de la Colombie-Britannique doivent surveiller les symptômes au moyen de l'[application quotidienne de vérification de santé](#). L'application utilise une série de questions pour aider à déterminer si les enfants devraient aller à l'école.

D'après les [directives en matière de santé publique](#), on demande aux élèves symptomatiques de ne pas aller à l'école. Les élèves qui développent des symptômes pendant qu'ils sont à l'école devraient s'isoler et rentrer chez eux. Les autorités de santé publique donneront des directives aux frères et sœurs et aux membres du ménage, au besoin.

Le Comité recommande des tests PCR de diagnostic en laboratoire dans les centres de dépistage pour tous les étudiants, les enseignants et les membres du personnel présentant des symptômes, ainsi que pour les contacts connus [définis par les autorités de santé publique](#). Le Comité recommande de faire du délai d'exécution des résultats des tests des personnes asymptomatiques une priorité afin de permettre aux organismes de santé publique d'amorcer la gestion des cas dès que possible. Cela est d'autant plus important en présence des [variants préoccupants](#) qui sont plus transmissibles. Les autorités locales de santé publique conservent le pouvoir discrétionnaire d'amorcer la fermeture d'écoles ou de classes au besoin pour gérer les éclosions.

Étude de cas

Le [Manitoba](#) met à l'essai un programme de tests rapides à l'intention des membres du personnel des écoles qui :

- présentent des symptômes de la COVID-19;
- ont eu un contact étroit à l'école avec une personne qui a été exposée;
- a dans son ménage un membre qui présente des symptômes.

Ce programme de tests rapides utilise le test PCR rapide bCUBE de Songbird Hyris, qui est fondé sur des échantillons d'écouillons nasaux. Le personnel reçoit les résultats en l'espace de quelques heures. Un résultat de test positif permet d'accélérer la gestion des cas, la mise en quarantaine et la recherche des contacts. Un résultat de test négatif doit être confirmé au laboratoire provincial du Manitoba.

Laisser la prévalence communautaire guider les stratégies de tests de dépistage et la fréquence des tests

Le dépistage fondé sur les tests est le processus de test des personnes ayant une faible probabilité d'avoir la COVID-19. Cela signifie que ces personnes [sont asymptomatiques](#) et n'ont pas eu de contact étroit avec quelqu'un qui a la COVID-19.

Les tests de dépistage servent généralement à identifier les personnes asymptomatiques. Les personnes qui ne présentent pas de symptômes peuvent être infectieuses [jusqu'à 3 jours](#) avant l'apparition des symptômes ou peuvent demeurer asymptomatiques tout en [transmettant le virus](#) à autrui. Pour qu'une stratégie de dépistage soit la plus efficace possible, la [prévalence communautaire](#) est une mesure importante pour orienter la stratégie et la [fréquence](#) des tests. De plus, ces stratégies doivent garantir un [court délai d'exécution](#) des [résultats des tests](#).

Lorsque des tests PCR sont disponibles, ils peuvent être utilisés comme tests de dépistage permettant une plus grande précision. Par ailleurs, des tests à moindre sensibilité, comme les tests rapides d'antigènes (TRA), peuvent être utilisés pour compléter cette capacité.

Comme nous le décrivons dans notre premier rapport, les tests rapides au point de service (PdS), tels que les TRA et les tests PCR au point de service, permettent de courts délais d'exécution (de 15 minutes à une heure). La plupart des tests aux PdS ne sont pas aussi sensibles que les tests PCR en laboratoire. Cependant, lorsqu'elles sont utilisées correctement, ces tests peuvent constituer des [outils utiles](#) à l'identification des personnes asymptomatiques. Ils peuvent ainsi contribuer à réduire la transmission.

Étude de cas

L'[unité de santé publique de Kingston, Frontenac, Lennox et Addington](#) effectue des tests de dépistage dans les centres d'évaluation de la COVID-19 pour les personnes asymptomatiques, y compris les élèves et les enseignants, qui :

- ont voyagé à l'extérieur de la région;
- ont eu des visiteurs de l'extérieur de la région au cours des 14 derniers jours.

À [Montréal](#), deux écoles secondaires ont testé au hasard 25 % du personnel et des élèves chaque semaine à l'aide de TRA. Les responsables du projet ont examiné l'incidence du retour à l'école des élèves et des enseignants après 7 jours d'isolement plutôt que 14 jours. Les TRA ont été utilisés pour surveiller les personnes qui revenaient plus tôt de leur isolement. Le projet a permis de constater que le déploiement aléatoire de tests rapides n'en valait pas le temps, la peine et l'[investissement requis](#).

L'[Ontario](#) a récemment ordonné à de grands conseils scolaires d'offrir des tests et le dépistage ciblés de sa population étudiante. Cette approche cible les ressources dans les régions à forte transmission ou à forte prévalence, en maximisant l'impact des capacités des écoles, des conseils scolaires et des organismes de santé publique. Par exemple, [Santé publique Ottawa](#) a collaboré avec les conseils scolaires et l'Hôpital pour enfants de l'Est de l'Ontario pour gérer des cliniques d'essai rapide en milieu scolaire dans les régions à forte prévalence de la Ville. L'objectif était d'empêcher la propagation du SRAS-CoV-2 à la maison, dans les écoles et dans la communauté. Sur une période de trois fins de semaine, 2 336 personnes de 47 écoles ont été testées. Vingt participants ont obtenu un résultat positif, dont 9 élèves.

Le Comité reconnaît que de 30 % à 50 % des enfants ayant [l'infection par le SRAS-CoV-2 sont asymptomatiques](#). Nous sommes favorables aux stratégies de tests de dépistage dans les cas où la prévalence communautaire porte à croire qu'elles seraient bénéfiques. Nous recommandons également l'utilisation de tests rapides pour dépister les cas de COVID-19 en guise de complément à la capacité de tests PCR en laboratoire. Lorsqu'un élève, un enseignant ou un membre du personnel se soumet à un test rapide et obtient un résultat positif, nous recommandons un test de diagnostic de suivi (test PCR en laboratoire) pour vérifier le résultat. Ces personnes devraient également être isolées selon les directives des autorités de santé publique.

Au cours des derniers mois, le Canada a observé de nombreux cas de variants préoccupants du SRAS-CoV-2. Il s'agit notamment du B.1.1.7, qui a été identifié pour la première fois au Royaume-Uni, et du B.1.351, identifié pour la première fois en Afrique du Sud. Le [variant B.1.1.7](#) est plus contagieux, et le Royaume-Uni a signalé que des enfants ont eu des [vecteurs de ce variant](#).

Bien que les mesures préventives qui sont prises dans les écoles diffèrent entre le Royaume-Uni et le Canada, la présence de variants préoccupants devrait être prise en compte au moment de concevoir des stratégies de dépistage dans les écoles.

Lorsqu'au moins un cas positif à l'école est relié à un variant préoccupant, le Comité recommande à la fois des tests de diagnostic des contacts et des tests de dépistage généralisés pour briser les chaînes de transmission. Lorsque la capacité de réaliser des tests de diagnostic est limitée, des tests de dépistage peuvent être utilisés pour les contacts à faible risque.

Les directives en matière de santé publique devraient déterminer la stratégie de mise en œuvre, les personnes ciblées et la fréquence des tests. Des tests PCR en laboratoire sont utilisés pour confirmer le diagnostic de COVID-19 après un résultat positif à un test rapide.

Pour être efficaces, les stratégies de dépistage dans les écoles devraient :

- tenir compte de la capacité communautaire de réaliser des tests de diagnostic;
- être pratiques et accessibles pour les élèves, le personnel et les familles;
- être planifiées, mises en œuvre, évaluées et adaptées de façon appropriée;
- permettre une certaine marge de manœuvre d'après le contexte local (par exemple, moins d'éclosions de COVID-19 ont été observées dans les écoles primaires comparativement aux écoles secondaires).

Les résultats devraient également être rapidement disponibles pour faciliter l'isolement rapide, la recherche des contacts et la mise en quarantaine.

Les décisions sur le moment et la fréquence du dépistage devraient être formulées conjointement avec l'évaluation par les organismes de santé publique du contexte local et de la capacité des ressources, y compris :

- la prévalence communautaire;
 - si la prévalence communautaire est plus élevée, les tests de dépistage pourraient être plus fréquents
 - si la prévalence communautaire est plus faible, les tests de dépistage pourraient être moins fréquents ou inutiles
- l'état de l'éclosion (tel qu'il est défini par l'administration);
 - en l'absence d'une éclosion à l'école, les tests de dépistage pourraient être moins fréquents ou inutiles
 - en présence d'une éclosion à l'école, les stratégies de dépistage pourraient être plus fréquentes
- la présence de variants préoccupants;

- si un variant préoccupant se trouve dans la collectivité, il pourrait être indiqué de mettre en œuvre plus de tests de dépistage si la prévalence communautaire porte à croire que cela serait bénéfique.

Il faut tenir compte des coûts et des avantages potentiels liés à la réalisation de tests de dépistage pour les écoles par rapport à d'autres mesures de santé publique (par exemple, les répercussions imprévues potentielles sur la capacité de vaccination). Il est également important de noter que les stratégies de sélection des écoles nécessiteront des ressources dédiées qui correspondent à la fréquence et à l'intensité de la stratégie. Le Comité reconnaît que les autorités de santé publique du Canada ont des ressources limitées. Nous comprenons que les décisions prioritaires sont souvent fondées sur des données probantes limitées et de courts délais.

Établir des partenariats innovateurs afin de répondre aux besoins en dotation associés aux stratégies de dépistage

Comme nous l'avons recommandé dans notre premier rapport, le transfert du processus de dépistage et de test à d'autres professionnels qualifiés est l'occasion de réduire la pression sur les travailleurs de la santé. Voici les recommandations sur les ressources humaines et les changements de tâches pour les écoles :

- avoir recours à divers professionnels (p. ex., des pharmaciens, des ambulanciers) pour le prélèvement des échantillons;
- former les parents à recueillir des échantillons auprès d'élèves du primaire en utilisant des techniques et des trousse à domicile;
- former les étudiants du secondaire à recueillir leurs propres échantillons à l'aide de techniques et de trousse, sans avoir à être supervisés par un professionnel de la santé;
- envisager le recours à des professionnels tiers pour effectuer les tests et le dépistage systématiques;
- établir des partenariats et des collaborations innovateurs pour répondre aux besoins en dotation afin de mettre en œuvre des programmes de dépistage.

Étude de cas

[Angleterre](#) : Le ministère de la Défense a déployé 2 700 membres du personnel de service pour exécuter 218 unités de tests mobiles destinées à soutenir le dépistage de la COVID-19 dans tout le pays. En juillet 2020, les forces armées ont annoncé qu'elles formeraient des entrepreneurs civils afin de poursuivre les tests.

Entreprendre des recherches supplémentaires pour évaluer et éclairer les stratégies de tests et de dépistage

Améliorer la collecte d'échantillons pour les enfants

Le prélèvement à répétition d'écouvillons nasopharyngés peut avoir une incidence sur le succès des programmes de tests de dépistage à l'école. Ces tests peuvent être [inconfortables et causer de l'anxiété à certains enfants](#).

Le rinçage buccal et gargarisme, les crachats et les échantillons nasaux sont trois exemples d'approches plus accessibles

Dans le cas du test par rinçage buccal et gargarisme, la personne se rince la bouche avec de l'eau salée et se gargarise avant de cracher l'échantillon dans un tube. Cependant, les jeunes enfants peuvent avoir du mal à gargariser ou ne pas aimer le goût de la solution d'eau salée. Il peut également y avoir d'autres facteurs à prendre en considération pour les collectivités éloignées ou isolées.

Le prélèvement des échantillons de crachats (appelé le prélèvement de la « salive nette ») consiste à cracher [dans un entonnoir](#) ou une [paille](#).

Contrairement aux écouvillons nasopharyngés, les écouvillons nasaux n'exigent pas d'insérer un écouvillon aussi loin dans le nez. Cette option peut être plus efficace pour prélever des échantillons auprès d'enfants.

Étude de cas

La [Colombie-Britannique](#) a été la première province du Canada à introduire des tests de rinçage buccal et gargarisme pour les enfants d'âge scolaire. Depuis, le [Nouveau-Brunswick](#), le [Yukon](#) et l'[Ontario](#) ont également introduit ou recommandé cette option pour les enfants âgés de 4 à 12 ans.

Il y a de plus en plus de données probantes sur l'utilisation de méthodes d'échantillonnage moins envahissantes et d'autres technologies de tests rapides utilisant la salive. D'autres méthodes d'échantillonnage nécessiteront des discussions ultérieures entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux afin d'assurer un approvisionnement adéquat de tests et d'instruments de prélèvement d'échantillons. Par exemple, les méthodes de prélèvement des échantillons de rinçage buccal et gargarisme et de crachats pourraient avoir une incidence sur la capacité des laboratoires. Les deux méthodes conviennent mieux à l'analyse par PCR en laboratoire, et non aux tests rapides ayant une sensibilité moindre. Toutefois, la mise en commun des échantillons pourrait réduire la charge des laboratoires de santé publique et accélérer le traitement.

Étude de cas

Québec : La [région de Laval](#) a lancé dans les écoles primaires et secondaires un projet où des échantillons de salive sont testés par PCR pour le SRAS-CoV-2. Les élèves peuvent effectuer le test à la maison et le retourner dans une clinique de dépistage sans avoir à attendre ou à prendre rendez-vous.

L'[Autriche](#) envoie [deux fois par semaine](#) aux élèves, aux enseignants et aux membres du personnel des trousseaux de test nasal autoadministrés. Les élèves qui obtiennent un résultat positif sont ensuite soumis à un test PCR.

Le Comité reconnaît également l'utilité des tests de dépistage autoadministrés pour les élèves plus âgés, les enseignants et le personnel scolaire, ainsi que pour les parents d'enfants plus jeunes d'âge scolaire. Des études ont

révélé que les étudiants plus âgés peuvent recueillir [avec succès](#) leurs propres échantillons de tests à l'aide d'écouvillons nasaux pour les TRA ou pour les tests PCR aux points de service. Des tests à domicile pourraient être offerts au Canada au cours des prochains mois et pourraient être pris en compte par les écoles dans les stratégies de dépistage futures.

Mettre en commun les échantillons pour augmenter le nombre de spécimens testés

Lorsqu'une administration dispose d'une capacité limitée de réaliser des tests PCR en laboratoire, la mise en commun d'échantillons peut servir à augmenter le nombre de spécimens aux fins de tests à un moment donné. La mise en commun consiste à mélanger plusieurs échantillons dans un lot, puis à tester ce lot regroupé pour le SARS-CoV-2. Cette approche augmente la capacité de réaliser des tests et préserve le matériel nécessaire pour évaluer les échantillons. Tous les tests donnant un résultat positif qui ont été mis en commun font ensuite l'objet d'un test individuel, ce qui augmente effectivement le délai de traitement et de réception des résultats des tests. Le Réseau des laboratoires de santé publique du Canada a préparé des [lignes directrices](#) sur la mise en commun d'échantillons pour les tests du SRAS-CoV-2.

La mise en commun fonctionne le mieux dans les régions à faible prévalence communautaire. Toutefois, la mise en commun pourrait ne pas être possible dans les administrations où il y a des contraintes de capacité.

Le Comité recommande la mise en commun pour les tests qui peuvent détecter de très faibles concentrations de SRAS-CoV-2, comme les tests PCR en laboratoire. Une évaluation plus poussée serait utile pour déterminer la meilleure façon d'introduire cette approche dans les milieux scolaires.

Évaluer les stratégies de tests de dépistage

Le Comité reconnaît le manque de données probantes de qualité à l'appui de la mise en œuvre de stratégies de dépistage fondées sur des tests spécialement conçues pour les écoles. La pandémie a obligé les administrations à réagir rapidement pour contrôler la propagation du SRAS-CoV-2, notamment en mettant en œuvre des stratégies de tests de dépistage des personnes asymptomatiques pour les écoles ou d'autres secteurs. Puisqu'il est urgent de déployer des mesures pour faire face à la pandémie, ces stratégies n'ont peut-être pas été conçues en fonction de l'évaluation.

Il est trop tôt pour rendre compte de l'efficacité de bon nombre des études de cas qui sont présentées dans ce rapport. Dans la mesure du possible, il faudrait [évaluer](#) le succès de ces stratégies pour ce qui est de réduire la transmission du SRAS-CoV-2 et l'utilisation efficace des ressources. Des détails clairs sur les objectifs du programme et les méthodes d'évaluation ouvriront la voie à la mise en œuvre ou à l'abandon de programmes semblables par d'autres administrations.

Enfin, le [partage des paramètres](#) des stratégies mises en œuvre pourrait contribuer à accroître la confiance dans la sécurité de l'environnement d'apprentissage pour les parents, le personnel et les étudiants. Les provinces et les territoires disposent de ressources limitées. Ils pourraient bénéficier des leçons que différentes administrations ont apprises au sujet de leurs expériences de dépistage scolaire.

Conclusion

Le fonctionnement continu de l'apprentissage en personne dans les écoles est essentiel au développement social et intellectuel et à la santé mentale des élèves et des familles.

La base d'une réponse efficace en santé publique à la COVID-19 est la stratégie « Trouver, tester, dépister, isoler et appuyer ». Dans le présent rapport, le Comité présente des considérations visant à soutenir les approches de tests et de dépistage pour les écoles, le cas échéant, en vue d'un apprentissage en personne continu. Les administrations devront continuellement évaluer et adapter les stratégies de tests et de dépistage en fonction de l'évolution des conditions épidémiologiques dans les collectivités, de la capacité des ressources, des nouvelles technologies et des leçons apprises.

Les recommandations du Comité se concentrent sur cinq domaines d'action prioritaires :

1. S'assurer que la conception des stratégies de tests et de dépistage pour les écoles tient compte de l'équité
2. Rendre prioritaires les tests de diagnostic pour les étudiants et le personnel symptomatiques
3. Laisser la prévalence communautaire guider les stratégies de dépistage et la fréquence des tests
4. Établir des partenariats innovateurs afin de répondre aux besoins en dotation associés au dépistage
5. Entreprendre des recherches supplémentaires pour évaluer et éclairer les stratégies de tests et de dépistage

Annexe : 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

B.1.1.7 : Variant préoccupant du SRAS-CoV-2 détecté pour la première fois au Royaume-Uni

B.1.351 : Variant préoccupant du SRAS-CoV-2 détecté pour la première fois en Afrique du Sud

COVID-19 : Maladie à coronavirus causée par le SRAS-CoV-2

Génome : Ensemble complet de matériel génétique

Séquençage du génome : Un processus qui détermine l'ordre des nucléotides dans un génome.

Isolement : Tenir à l'écart des autres une personne qui est malade ou qui a reçu un résultat de test positif pour la COVID-19

Éclosion : Un ou plusieurs cas positifs de COVID-19 dans un foyer de soins de longue durée

PCR : Réaction en chaîne de la polymérase.

PdS : Point de service

Point de service : Effectué à l'extérieur du laboratoire clinique sur le lieu ou à proximité du lieu où un patient reçoit des soins

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

Quarantaine : Tenir à l'écart des autres une personne qui a eu un contact étroit avec quelqu'un qui a contracté la COVID-19

TRA : Test rapide d'antigènes

SRAS-CoV-2 : Syndrome respiratoire aigu sévère coronavirus 2, le coronavirus qui cause la COVID-19

Dépistage : Tests destinés à identifier les personnes infectées qui sont asymptomatiques et sans exposition avérée ou présumée à la COVID-19

Généralement effectuée pour identifier les personnes susceptibles de propager le virus afin que des mesures puissent être prises pour empêcher toute nouvelle transmission.

Sensibilité : Capacité d'un test à identifier correctement les personnes qui ont la COVID-19 au moment où l'échantillon a été prélevé pour l'analyse en laboratoire

Surveillance : Approches à l'échelle de la population entreprises pour informer les actions de santé publique, telles que la surveillance des eaux usées

Transfert des tâches : Redistribution des tâches entre différents types de travailleurs de la santé (p. ex., les infirmières, les pharmaciens) pour améliorer l'utilisation des ressources et la fourniture de services

Test : Destiné à détecter l'infection actuelle chez un individu et effectué lorsqu'une personne présente des signes ou des symptômes correspondant à la COVID-19 ou a été récemment exposée à la COVID-19, de manière connue ou soupçonnée

Délai d'exécution : Le temps qui s'écoule entre le moment où un échantillon est prélevé sur une personne et celui où les résultats des tests sont disponibles

Variant préoccupant : SRAS-CoV-2 ayant muté pour être plus transmissible et/ou causer une maladie plus grave