



CORONAVIRUS

Bulletin d'information du conseil de l'ordre des médecins de l'Aveyron et du Centre Hospitalier de Rodez sur la situation sanitaire en Aveyron

SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE CORONAVIRUS EN AVEYRON

SITUATION AU 02 MAI

Pas de nouveau cas confirmé/probable recensé par le SMIT.

Hôpital :

22 décès, 2 réa, 5 HC (-3), 19 SSR (-1)

EHPAD :

43 décès (dont 8 en CH), pour 7 établissements avec des cas covid+

Pas de nouveau décès en CH et EHPAD.

UN SITE DE STOCKAGE»SPÉCIAL COVID» A ÉTÉ CRÉÉ À:

<https://flash-covid-19.aubrac-medical.com/>

vous y trouverez tous les FLASH-COVID dont le dernier sur :

FLASH COVID-19 N°48

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE COVID 19 EN AVEYRON

COMPTE RENDU OFFICIEL DE LA RÉUNION PRÉPARATOIRE AU DÉCONFINEMENT

Vous aviez été destinataire du CR de séance dressé par le Dr Nekrouf, en l'absence du CR officiel. Voici ce CR fait par l' ARS

Liste des présents.

1- Personnes présentes :

Dr NEKROUFF – CPTS Nord Aveyron

Dr HEBRARD – CPTS Nord Aveyron

Dr COMBES – MSP St Georges de Luzençon

Dr VIEILLESCAZES – Président CDOM

Dr MOURCIA – MSP Faubourg

Dr DEBAILLY – MSP Villefranche de Rouergue

Mme BERTHON – Coordinatrice POSAVI

Mr PREVOTEAU – Directeur CH Rodez

Mme BARRAL - Directrice adjointe CH Rodez

Dr RAY – Médecin infectiologue CH Rodez

Dr RODRIGUEZ – responsable SAMU12

Mr BONNEMAIRE – Président CDOI

Mr DELPERIE – Responsable UDSMA

Mr BOUILLOUX – Responsable LXBIO

Colonnel SOUYRIS – Directeur du SDIS

Dr ALAZARD – Médecin responsable du SDIS

Mr SEGUINOT – directeur de la CPAM12

Mme HURTES – responsable professionnel de santé CPAM 12

Mr ARNAL – Délégué départemental ARS Aveyron

2- Objet de la réunion :

- Point sur la stratégie de dépistage avec le dé-confinement
- Modalité de mise en œuvre des dépistages

3- Synthèse des échanges

Présentation de la stratégie en « population générale » par Mr ARNAL

- dépistage de toute personne présentant des symptômes covid-19
- dépistage de toute personne identifiée comme ayant été en contact à risque élevé de transmission avec une personne testée positivement (« cas confirmé ») ; Objectif : toute personne qui présente des symptômes évocateurs du covid-19 se tourne d'abord vers la médecine de ville, pour se faire prescrire un test.

Le dépistage consiste en deux principales phases :

- Une phase de prélèvement qui consiste en la réalisation d'un prélèvement naso-pharyngé des voies respiratoires hautes de la personne dépistée ;
- Une phase d'analyse du prélèvement qui consiste en la réalisation de l'examen de biologie médicale sur le prélèvement effectué.

A noter que le laboratoire LxBIO s'est rapproché du laboratoire départemental Aveyron Labo en vue de contractualiser pour augmenter la capacité totale d'analyses (de 200 à plus de 1000 par jour), sachant que le besoin journalier de tests en Aveyron après le déconfinement a été estimé entre 300 et 400 par jour selon la méthode retenue par Santé Publique France.

➤ Pour la partie prescription médicale :

Le **médecin traitant** du patient assure :

- La consultation et la prescription d'un test.
- Encadrement de la mesure d'isolement dont l'arrêt de travail le cas échéant.
- Identification a minima des personnes contacts du foyer du cas et la délivrance des conduites à tenir = Niveau 1 du contact-tracing assuré par les acteurs de la prise en charge du premier recours (médecine de ville).
- Evaluation de la situation du foyer du cas, dans un objectif de limitation des transmissions du virus au sein du foyer et d'identification de personnes vulnérables vis-à-vis du Covid-19 à protéger au sein du foyer (personnes âgées, malades chroniques...).

Précision : le COVID n'est pas reconnu à ce jour comme une Maladie à déclaration obligatoire (MDO).

➤ Pour la partie prélèvement :

Plusieurs organisations auraient pu être retenues : drive au laboratoire, ambulatoire au CH, centre dédiées dans lieux mis à disposition par des collectivités...

Des préconisations nationales opteraient pour le prélèvement en laboratoire de biologie médicale, cependant il n'existe aucun modèle imposé et les structures d'exercice coordonné font partie des lieux pouvant être dédiés à cette action.

L'ARS, après une première consultation du CDOM, a préféré proposer une organisation autour des MSP en raison de leur maillage territorial et de l'exercice coordonné qui facilite la mise en place d'une coopération avec les différents acteurs et professionnels en charge du dépistage.

Une première cartographie a été travaillée en lien avec des MSP contactées récemment (cf. tableau joint en annexe) : pour le département une quinzaine de structures ont été identifiées comme lieux de prélèvement possibles.

L'objectif est de mettre en place, au moins dans un premier temps, des lieux dédiés au prélèvement et non aux consultations hors patientèle de la MSP. En effet, le suivi du patient reste de la responsabilité du médecin traitant.

LxBIO assurera l'approvisionnement en kits de prélèvement et leur fourniture aux personnes chargées du prélèvement. Le laboratoire assurera la formation des préleveurs et les prélèvements effectués seront récupérés par LxBIO à des horaires définis.

Pôle de santé de Villefranche de Rouergue : les professionnels sont organisés, le lieu de consultation dédié est déjà fonctionnel et peut être organisé pour faire du prélèvement avec un binôme médecin/infirmier

Pôle de santé Rodez-Onet le château : sont prêts avec une filière covid déjà organisée
==> attendent la validation de l'ARS.

Dr Sébastien Combes pour le Sud Aveyron (MSP Millau ou MSP St Georges) : les MSP sont volontaires.

Dr Nekrouff (CPTS Nord Aveyron) : accord de principe pour permettre à 5 médecins d'Espalion et St Côme hors MSP de participer aux prélèvements.

Les professionnels de santé soulignent l'importance de disposer des équipements de protection en quantité suffisante dès le 11 mai.

Le stock d'urgence du GHT devrait permettre d'assurer les livraisons au moins dans la phase de démarrage. A ce jour la DDARS ne dispose pas des éléments sur la mise en place d'un approvisionnement régulier des lieux de prélèvements en EPI (masques FFP2, blouses, lunettes, gants).

Dépistage pendant les horaires de PDSA :

- LXBIO assure l'analyse des prélèvements 7jours/7.
 - Si besoin, les équipes mobiles de l'UDSMA pourront assurer les prélèvements le samedi après-midi et le dimanche.
 - LXBIO peut organiser une permanence le dimanche matin si nécessaire
- Mr BONNEMAIRE souligne qu'il est important d'inclure les IDE dans cette stratégie de prélèvements.

Mr DELPERIE : les équipes mobiles de l'UDSMA continueront à intervenir au domicile et dans les structures médico-sociales covid+ pour du dépistage massif.

CH de Rodez : sera positionné en seconde ligne en renfort pour le dépistage. Le SMIT sera disponible au téléphone en appui de la médecine de ville. Le CH poursuivra les prélèvements pour les patients hospitalisés et pour les patients pris en charge aux urgences.

= Une coopération territoriale pourra être mise en oeuvre dans les secteurs où seront implantés les lieux de prélèvement, afin de permettre aux professionnels volontaires et habilités (médecins, IDE ...) de contribuer à la mission.

➤ Résultats du test :

Les résultats sont disponibles dans un délai maximum de 24h mais peuvent arriver le jour même à 18h si le prélèvement est effectué le matin et récupéré par LXBIO avant midi.

➤ Organisation quand le test revient positif :

-1er niveau : Le médecin traitant fait la recherche de cas contact au niveau de la cellule familiale proche et trace les informations dans l'application Contact-covid.

-2ème niveau : L'Assurance Maladie met en place des plateformes chargées d'effectuer les actions de contact-tracing non assurées au niveau 1.

Les agents des plateformes de niveau 2 auront accès aux données nécessaires à la réalisation du contact-tracing (dont des données de santé). Ils seront tenus au respect du secret professionnel.

-3ème niveau : Les situations relevant des chaines de transmission ou de cluster ainsi que les cas ayant eu des contacts multiples lors d'un rassemblement relèvent du niveau 3.

= l'Assurance Maladie transmet la recherche à l'ARS et Santé publique France

4 - Conclusion des échanges :

- Questions soulevées par les professionnels : fournitures des EPI pour effectuer les prélèvements, organisation pour l'acheminement des prélèvements, formation des préleveurs : ces points feront l'objet de précisions ultérieures par l'ARS en lien avec LxBIO.
- Transmission par l'ARS de la cartographie des MSP ou cabinets médicaux interrogés pour être lieu dédié de prélèvements.
- Transmission par l'ARS d'un tableau récapitulatif avec les contacts des référents et les interrogations soulevées par ces lieux identifiés pour le prélèvement.
- L'ARS demande au CDOM de relayer l'appel à la coordination infra-départementale pour la mise en place des lieux dédiées au prélèvement et de diffuser l'information sur l'organisation cible lorsqu'elle sera arrêtée.
 - ⇒ **Faire remonter à la DDARS (ars-oc-dd12-animation-territoriale@ars.sante.fr) pour le 5 mai toutes difficultés ou précisions sur les organisations des lieux dédiés au prélèvement, et confirmer le nom des référents (tableau joint).**

COMMUNIQUÉ DU CDOM 12

A la suite de cette réunion et en prévision de ce déconfinement, le CDOM souhaite recueillir l'avis de tous nos confrères et notamment toutes leurs inquiétudes...

Vous avez pu "appréhender" la doctrine de l'après 11 Mai dans le Flash Covid. Elle se bâtit au jour le jour, car les problèmes technico-techniques sont devant nous. En effet c'est dans la mise en pratique que vont apparaître les complications probables :

- Protection des préleveurs.*
- Disponibilité des EPI.*
- Rémunération des actes.*
- Tracking et son Refus.*
- Refus de donner les personnes contacts ((relations indues, relation non avouables , déplacements non autorisés car hors zone....)*
- Confidentialité des données médicales partagées avec les services administratifs de la CPAM et non les médicaux.*
- secret médical ...*
- filière du soin MT et patient "tracké".*
- Problèmes confraternels dans les suivis des patients ?*

etcetera.

Les prélèvements se feront dans les MSP pour le monde libéral

Il nous semble intéressant de recueillir l'avis des médecins avant la date du 11 Mai qu'ils soient généralistes ou spécialistes, pouvez vous nous faire vos retours en nous donnant aussi vos avis

Une synthèse sera publiée dans le flash pour contribuer à l'expression des territoires si vous nous aidez!

Les conseillers ordinaux de vos secteurs vous contacteront probablement.

Dr A. Vieillescazes

Président du CDOM 12

FOIRE AUX QUESTIONS

Asthme et Covid

Question du Dr M Pons

.....Pathologies respiratoires et notamment l'asthme : à partir de quand proposer l'isolement ? Beaucoup décompensent leur asthme occasionnellement lors des rhino saisonnières alors qu'ils n'ont pas de traitement de fond habituellement. Font-ils partie des gens qui doivent s'arrêter ? Que dire si les EFR sont normaux ? Si pas d'EFR mais antécédant lointain de crise d'asthme et tendance facile aux bronchites ? Idem pour les BPCO ou autres patho respi peu évoluées. BREF...où se situe la limite (si tant est qu'elle existe) ?

Réponse d'un pneumo sur les malades respi:

- *Concernant les asthmes, on considère qu'ils sont stabilisés s'il n'y a pas eu de crise depuis 3 mois. Bien sûr il faut qu'ils soient observants, il y a eu beaucoup de questions sur les Corticoïdes inhalés, qu'il faut poursuivre. Bien sûr différencier, crise d'asthme et attaque de panique...*

Se méfier de l'arrivée du printemps pour les allergiques...

EFR inutile, la notion de stabilité d'un asthme est clinique.

Difficultés de répondre aux parents inquiets pour leurs enfants asthmatiques. Mais comment rassurer une mère inquiète? ? Donc très vite je leur rappelle qu'ils n'ont pas besoin de certificat pour ne pas mettre leurs enfants à l'école. (reprise de l'école basée sur le volontariat) (MO Gauthier médecin scolaire conseiller de la DASEN a rappelé les recommandations pour les enfants asthmatiques dans un précédent flash)

- Concernant les patients BPCO, tout dépend bien sûr de leur stade, c'est à dire de leur niveau de dyspnée et de la présence ou non de co-morbidités.

Pour l'instant, aucun fumeur sevré n'a envisagé de reprendre son tabagisme pour lutter contre la maladie... Difficile de convaincre les non sevrés...

Dr Jean-Paul Panaye, Rodez

Première question sur le déconfinement :

Après lecture des propositions de l'ARS pour dépistage généralisé, si un spécialiste d'organe, un chirurgien-dentiste, une sage-femme... voit un patient suspect doit-il:

- le renvoyer chez le médecin traitant?
- appeler le médecin traitant? mais en cas de médecin non joignable ou non dispo?
- l'adresser pour prélèvement: à l'UDSMA (tel à Lxbio)? dans une MSP?

Merci

Dr Céline SEGUIN

Réponse aux nombreuses questions sur les AT

Merci au Dr F. Morin pour ce travail de simplification des **14** pages de la notice officielle

Délivrance indemnisation des avis d'arrêt de travail dans le cas du Covid 19

à partir du 1^{er} mai 2020

personne vulnérable ou cohabitant avec une personne vulnérable

SALARIES : Indemnités d'activité partielle

- PERSONNE VULNERABLE OU cohabitant avec une personne vulnérable

antécédents cardiovasculaires HTA compliquée antécédents d'AVC ou coronaropathie chirurgie cardiaque insuffisance cardiaque

diabétique non équilibré ou avec complication

pathologie chronique respiratoire susceptibles de décompenser

insuffisance rénale chronique dialysée

cancer évolutif sous traitement hors hormonothérapie

immunodéprimé

cirrhose stade B minimum

IMC > 30

Drépanocytose

femme enceinte au 3^e trimestre

****Pour ceux qui ont réalisé une AUTODECLARATION sur AMELI renouvellement automatique

****Pour les autres FAIRE un certificat d'isolement

- GARDE D ENFANT

Le salarié informe son employeur

TRAVAILLEURS NON SALARIES

- PERSONNE VULNERABLE OU cohabitant avec une personne vulnérable en l'absence de solution de télétravail

SI EN ALD OU FEMME ENCEINTE 3^e trimestre utiliser le service déclare.améli.fr pour déclare.MSA.fr

Si NON arrêt de travail jusqu'au 11 mai puis prolongé selon les consignes sanitaires d'isolement (cela se fera automatiquement pour les personnes autodéclarées par Internet)

- GARDE D ENFANT
Autodeclaration sur déclare.améli.fr ou déclare.MSA.fr

CAS CONTACT ETROIT

= Contact étroit dans les 24 heures précédent l'apparition des symptômes
Daguin confirmer partagé le même lieu de vie a eu un contact direct avec lui en face-à-face manomètre pendant plus de 15 minutes

Télétravail ou ARRET DE TRAVAIL par médecin 20 jours maximum

DÉPISTAGE PRÉ-OPÉRATOIRE DU COVID-19 :

l'avis de la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF)

L'épidémie de COVID-19 marque le pas en France. A cette occasion, le volume des activités médicales et chirurgicales programmées est amené à augmenter progressivement, et devra tenir compte principalement de 2 catégories de risques :

i) les pertes de chances en cas de report excessif de l'intervention médicale (chimiothérapie, biothérapie, greffe de cellules souches hématopoïétiques, etc.) ou

chirurgicale (greffe d'organe solide, chirurgie thoracique, chirurgie ORL ou neuro-chirurgie au contact du rhinopharynx) ;

ii) la persistance d'une circulation du virus SARS-CoV2, dont les conséquences peuvent être dramatiques, particulièrement au décours de certaines chirurgies ou traitements immunosuppresseurs.

Afin de guider le choix des mesures qui seront appliquées pour limiter ces risques, nous rappelons les éléments suivants :

- Des formes peu ou pas symptomatiques de COVID-19 sont associées à un risque de transmission du virus

- Le meilleur test de détection du SARS-CoV2 actuellement disponible, la PCR sur prélèvement naso-pharyngé, a une sensibilité imparfaite, estimée à 70%

- La sensibilité du scanner thoracique est limitée dans les premiers jours de symptômes et a fortiori chez les asymptomatiques

En conséquence, le dépistage du COVID-19 avant une intervention médicale ou chirurgicale à risque, chez des patients sans symptôme évocateur, repose sur les règles suivantes :

- Si une PCR est proposée, elle doit être réalisée au plus près de l'intervention programmée (pas plus de 24 h avant)

- Le scanner thoracique n'a aucune indication dans ces situations (dépistage chez un patient asymptomatique)

- Même en cas de négativité de la PCR, le risque de COVID n'est pas totalement exclu, ce qui impose i) de maintenir le respect des mesures barrières tout au long de l'intervention et au décours ;

- ii) de reconstruire le diagnostic en cas d'évolution ultérieure compatible avec un COVID

Le Bureau de la SPILF le 29 avril 2020

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE EN RÉGION



6 996

TESTS POSITIFS
EN OCCITANIE

- 602 hospitalisations en cours, dont 134 en réanimation
- 2 208 retours à domicile
- 410 décès à l'hôpital

Source SHV IC

Surveillance sanitaire

Santé publique France assure désormais un suivi épidémiologique harmonisé au plan national. Pour chaque région, les données de surveillance collectées auprès des partenaires sont accessibles sur le site de Santé publique France > [consulter le bulletin Occitanie](#)

ACCEUIL	SUIVI DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE PAR DEPARTEMENTS	HOSPITALISATIONS EN COURS	DONT REANIMATION	TOTAL RETOURS A DOMICILE	TOTAL DECES (en établissements de santé)
Ariège (09)	7	1	29	2	
Aude (11)	40	3	172	52	
Aveyron (12)	26	2	116	22	
Gard (30)	129	26	186	61	
Haute-Garonne (31)	119	38	484	52	
Gers (32)	27	4	52	17	
Hérault (34)	107	30	563	107	
Lot (46)	15	1	120	19	
Lozère (48)	1	0	18	1	
Hautes-Pyrénées (65)	66	5	96	20	
Pyrénées-Orientales (66)	15	8	260	33	
Tarn (81)	38	10	79	20	
Tarn-et-Garonne (82)	12	6	33	4	
OCCITANIE	602	134	2 208	410	

LES
INFORMATIONS
UTILES



0 800 130 000 (appel gratuit)
gouvernement.fr/info-coronavirus

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE COVID 19 EN NATION

FAQ N°38 (2 mai)

Pr ADNET

- **Monde** : 86.900 nouveaux cas hier. 3.357.450 cas confirmés (décès 238.950, guérisons 1.058.596) dans 187 régions ou pays.
- **France** : 756 nouveaux cas avant-hier. 167.305 cas confirmés avec 24.628 décès et 51.124 guérisons [il y a toujours un problème de comptage par ce site officiel pour la France].
- **Italie** : 2.000 nouveaux cas hier. 207.428 cas confirmés, 28.236 décès et 78.249 guérisons.

(Source : Johns Hopkins University)

COVID et sans-abris

On a vu (FAQ N°32) que les SDF était une population à haut risque de transmission du virus SARS-CoV-2. Une nouvelle [étude](#), portant sur un foyer pour sans-abris de Boston, le confirme.

- un dépistage a été effectué chez 408 SDF, dont l'âge moyen était de 52 ans (*JAMA*, 27 avril 2020).
- Il y avait 147 (36%) avec PCR + dont 88% de patients asymptomatiques.
- Il faut absolument mener une politique de dépistages systématiques dans les centres pour SDF si on veut réduire les chaînes de contaminations communautaires.

COVID et vitamine D

- On a vu que la pyramide des âges et la couverture vaccinale pouvaient expliquer les différences de mortalité du COVID-19 constatées entre plusieurs pays (FAQ N°33, 35 et 21).
- Une autre hypothèse est en vogue : la plus faible exposition au soleil dans les pays de l'hémisphère nord et donc le plus faible taux de vitamine D qui pourrait - en partie - être lié à la plus forte mortalité dans ces pays (*Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, [20 avril 2020](#)).
- La vitamine D joue un rôle dans la résistance aux infections et aurait une action de modulation de l'inflammation. Bof !

COVID et sérologie

Un [article](#) complet publié dans *Nature Médecine* a suivi la réponse sérologique de 285 patients COVID-19+ (*Nature Médecine*, 29 avril 2020).

- 19 jours après le début des symptômes, 100% des patients avaient une sérologie positive (IgG).
- Le taux d'anticorps était en plateau dans les 6 jours après la séroconversion.
- Les taux d'IgG et IgM étaient plus importants dans les formes graves de COVID-19.
- Le temps médian de séroconversion était de 13 jours après le début des symptômes.
- Les auteurs ont pu confirmer le diagnostic chez 4 patients COVID-suspect avec PCR négative.
- Les auteurs proposent le couplage PCR/sérologie pour le diagnostic du COVID-19.

Reste à savoir si ces anticorps confèrent une réelle immunité !

[Merci au Dr. Sébastien Beroud]

COVID et sérologie (suite)

Des recommandations concernant les indications à la prescription des sérologies SARS-CoV-2 ont été proposées par l'APHP (APHP, 30 avril 2020).

- Diagnostic initial du COVID-19 dans les 5 jours après le début des symptômes : utiliser le test rapide TROD (IgM + IgG) couplé avec la PCR nasopharyngé (30% de faux négatifs pour la PCR). Les indications concernent surtout les patients COVID-suspect aux urgences.
- Sérodiagnostic, afin d'affirmer que le patient a été en contact avec le virus : demander le test immunochimique IgG (technique ELISA). Les indications concernent les patients hospitalisés dans des zones à risque (gériatrie) et les personnels de santé dans le cadre d'une déclaration de maladie professionnelle.
Dans l'état actuel des connaissances, une sérologie positive n'autorise pas à diminuer les mesures barrières (masques, distanciation).

COVID et aérosols

On n'a toujours pas fait la preuve d'une contamination du COVID-19 par aérosol, et, dans ce contexte, la quantité de virus inhalée est probablement un critère déterminant (FAQ N°15 et 16).

- Des chercheurs ont dosé les virus SARS-CoV-2 dans différents endroits dans l'air ambiant de deux hôpitaux de Wuhan (*Nature*, 27 avril 2020)
- Ils trouvèrent très peu de virus contenu dans l'air des chambres à pression négative et autours des patients mécaniquement ventilés (0-1 copies.m-3.h-1).
- Ils trouvèrent des concentrations importantes dans les toilettes des patients (19 copies.m-3.h-1).
- Concernant l'ensemble de l'hôpital, le virus était en général indétectable sauf des zones où se concentrait le public.
- Les zones réservées aux soignants étaient initialement riches en virus (6 copies.m-3.h-1), virus qui a disparu après que les procédures strictes de nettoyage aient été initiées.
- Les auteurs n'ont pas contrôlé le potentiel infectieux des concentrations de virus mis en évidence.
- Ils concluent en la nécessité d'aérer les pièces et de procéder à des nettoyages rigoureux.

COVID et remdesivir

- On avait donné les résultats suite à une indiscretion sur l'essai négatif du remdesivir contre placebo (FAQ N°33).

- Il est maintenant publié (*Lancet*, 29 avril 2020) et confirme l'absence d'efficacité sur la mortalité et l'amélioration des symptômes cliniques (mêmes chiffres que l'abstract).
- L'essai a été arrêté pour futilité.
- On attend que l'efficacité du remdesivir annoncée par Donald Trump soit publiée !

PREMIÈRES INDICATIONS POUR LES TESTS SÉROLOGIQUES DU COVID-19

A ce jour ce test n'est pas remboursé par la sécurité sociale

COMMUNIQUÉ DE PRESSE DE L'HAS - Mis en ligne le 02 mai 2020

https://www.has-sante.fr/jcms/p_3182370/fr/first-indications-for-serological-tests-covid-19

Après avoir défini les critères de performance auxquels doivent répondre les tests sérologiques, la HAS publie une première série d'indications pour lesquelles ces tests peuvent contribuer à lutter contre l'épidémie de COVID-19. Ils complètent les tests virologiques (RT-PCR) indiqués en diagnostic précoce de la maladie. Face au manque de connaissances sur l'immunité développée par les personnes ayant eu le COVID-19, la HAS préconise de rester prudent dans l'utilisation des tests sérologiques et les recommande pour les enquêtes épidémiologiques, les diagnostics de rattrapage et la prévention de la circulation du virus dans les structures d'hébergement collectif.

Les tests sérologiques permettent de déterminer si une personne a produit des anticorps en réponse à une infection par un virus, en l'occurrence le virus SARS-CoV-2. Ce virus a été identifié il y a 4 mois seulement et il reste encore beaucoup d'incertitudes sur ce que la présence d'anticorps chez les patients apporte comme information. En particulier, aujourd'hui, les tests sérologiques ne permettent pas de statuer sur une potentielle immunité protectrice ni a fortiori sur sa durée. Et ils n'apportent pas d'information sur la contagiosité. La HAS appelle à la prudence quant à l'utilisation des tests sérologiques, qui ne peuvent aujourd'hui pas permettre d'établir un passeport d'immunité à des fins de déconfinement. Le respect des mesures barrières reste fondamental pour chacun.

Le 16 avril dernier, la HAS a publié un premier travail permettant de s'assurer de la performance des tests sérologiques utilisés sur le territoire : un cahier des charges fixant les critères de qualité à respecter. Aujourd'hui, la HAS publie un second volet qui définit la place des tests sérologiques dans la stratégie de prise en charge de la maladie COVID-19 , leur articulation avec les tests RT-PCR et leur usage potentiel lors du déconfinement. L'avis porte sur les tests ELISA, automatisables et faits en laboratoire de biologie médicale ; les tests unitaires –

qu'il s'agisse des tests de diagnostic rapide, d'orientation diagnostique ou des autotests – feront l'objet d'un prochain avis.

Les tests sérologiques, un outil de surveillance épidémiologique

Les tests sérologiques, et en particulier les tests automatisables réalisés en laboratoire qui permettent un dosage des anticorps présents dans le sang, sont un outil précieux pour mener des enquêtes épidémiologiques. En période d'épidémie de COVID-19, ces enquêtes estiment la proportion de personnes ayant été en contact avec le virus et d'évaluer si certaines sous-populations jouent un rôle particulier dans la transmission du SARS-CoV-2. Ces études peuvent également apporter des connaissances sur le virus lui-même et sur les réponses immunitaires qu'il déclenche : la quantité d'anticorps neutralisants susceptible de contribuer à la protection, ainsi que leur persistance dans le temps.

Ces données permettent enfin d'alimenter des modèles mathématiques dont un des objectifs est d'anticiper la trajectoire de l'épidémie dans les semaines qui viennent. Elles guident les pouvoirs publics dans ses décisions pour gérer l'épidémie.

Les tests sérologiques, un outil complémentaire des tests virologiques

Les tests virologiques sont les tests de référence pour le diagnostic précoce d'infection au COVID-19. Les tests sérologiques ne s'y substituent pas d'autant que leurs résultats ne sont pas pertinents dans la semaine suivant l'apparition des symptômes, la production d'anticorps intervenant plusieurs jours après l'entrée du virus dans l'organisme. En revanche il est possible d'y recourir en complément, à partir du 7ème jour ou 14ème après l'apparition des symptômes, notamment pour servir de « rattrapage » si un test virologique n'a pas pu être réalisé avant, ou pour poser le diagnostic chez des patients présentant des signes évocateurs de COVID-19, mais dont le test virologique est négatif.

La HAS a défini les situations pour lesquelles les tests sérologiques sont indiqués tenant compte de l'état actuel des connaissances qui présente deux principales limites : le caractère protecteur des anticorps et l'impact de la prévalence de la maladie sur la fiabilité des tests. En effet, même en utilisant un test qui satisfait aux exigences du cahier des charges, si le virus a peu circulé au sein d'une population, le résultat du test a un risque augmenté d'être erroné. Pour ces deux raisons, le recours à un dépistage systématique de toute la population est pour l'instant non pertinent.

C'est pourquoi la HAS identifie aujourd'hui 7 indications pour les tests sérologiques, sur prescription médicale :

En diagnostic initial pour les patients symptomatiques graves **hospitalisés**, dont la RT-PCR est négative mais chez qui les symptômes cliniques ou le scanner sont évocateurs d'un COVID-19.

En diagnostic de rattrapage de patients symptomatiques graves **hospitalisés** mais qui n'ont pas eu un test RT-PCR dans les sept premiers jours.

En diagnostic initial de patients symptomatiques sans signes de gravité suivis en ambulatoire dont le test RT-PCR est négatif mais dont le tableau clinique est évocateur.

En diagnostic de rattrapage de patients symptomatiques sans signes de gravité suivis en ambulatoire mais chez qui un test RT-PCR n'a pu être réalisé avant 7 jours.

En diagnostic différé des patients symptomatiques sans signes de gravité diagnostiqués cliniquement mais n'ayant pas fait l'objet d'une RT-PCR et ce depuis la mise en place de la phase 2 (à partir du 2 mars 2020).

En détection d'anticorps chez les professionnels soignants non symptomatiques, en complément du dépistage et de la détection de personne-contact par RT-PCR selon les recommandations en vigueur, si la RT-PCR est négative.

En détection d'anticorps chez les personnels d'hébergement collectif (établissements sociaux et médico sociaux, prisons, casernes, résidences universitaires, internats, ...) non symptomatiques en complément du dépistage et de la détection de personne-contact par RT-PCR selon les recommandations en vigueur, si la RT-PCR est négative.

Pour la HAS, il est primordial que ces tests ne soient utilisés qu'à des fins médicales, dans le cadre d'une prise en charge individuelle. Des utilisations à des fins collectives, telles que l'organisation du travail au sein d'une entreprise ou l'aide au déconfinement, ne sont pas envisageables.

Des indications susceptibles d'évoluer

Si les données scientifiques et les publications sont de plus en plus nombreuses, le recul est encore insuffisant dans plusieurs domaines. Mal utilisés, les tests pourraient induire en erreur les patients sur leur immunité. Un relâchement sur les mesures barrières et la distanciation sociale pourrait ainsi augmenter le risque d'une nouvelle vague épidémique. Ce qu'il faut à tout prix éviter.

C'est pourquoi, à ce jour, la HAS ne recommande pas de recourir aux tests sérologiques chez certaines populations comme les professionnels qui ont continué d'être en contact avec le public ou chez les professionnels qui ont été confinés et vont reprendre une activité en présentiel.

Le dépistage au sein de ces populations pourrait à l'avenir être recommandé si les données scientifiques et épidémiologiques venaient à évoluer, notamment s'il s'avérait qu'avoir rencontré le virus et développé certains anticorps conférait une immunité face au virus. Ces données seraient alors prises en compte et l'avis de la HAS revu très rapidement.

