



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 Ave

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

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

dernier numéro du FLASH COVID-19

80 FLASH COVID-19 N° 80

SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE CORONAVIRUS EN AVEYRON

B. Arnal le 13 Novembre

Les établissements déclaraient aujourd'hui 87 personnes en hospitalisation conventionnelle et 8 en réanimation.

Les engagements des établissements au 17/11 sont de 108 lits médico-chirurgicaux et 11 lits réa.

B. Arnal le 15 Novembre

Le tout dernier TdB de SPF au 15/11, qui montre une continuité dans la décrue des indicateurs de circulation du virus, restant toutefois très au-dessus des seuils d'alerte, avec un TI passé sous les 300 et un TP sous les 15%.

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE COVID 19 EN AVEYRON

QUESTIONS-RÉPONSES

de la part de l'ADMR, des questions pour le CDOI et les médecins hygiénistes...

Encore quelques interrogations par rapport à la COVID :

- Que faire lorsqu'une IDE ne porte pas le masque lorsqu'elle intervient chez des personnes à domicile, d'autant plus quand elle intervient en binôme avec une AVS ?
- Combien de temps le masque FFP2 doit-il être utilisé lorsqu'on intervient auprès d'un malade COVID ? 7 jours ? Doit-on l'utiliser lorsqu'un malade sort de l'hôpital, si son hospitalisation est supérieur à 7 jours ? As-tu les réponses ou faut-il que je recontacte à nouveau Isabelle Vidal ?

Amicalement

Dr Nicole Cristofari

ORGANISATION DANS LES TERRITOIRES

Maintien de consultations :

chers confrères et consœurs,

Comme pour le 1er confinement, je serai présente à mon bureau rue Aristide Briand pour assurer les consultations en présentiel ou bien par téléphone pour tous ceux qui ne peuvent ou ne doivent pas se déplacer, ou pour répondre à une demande d'avis. bien confraternellement, et bon courage à tous,

Dr Hélène SUDRES

Création de la Task Force

Encore un anglicisme diront certains... Kesaco ?...

Le CDOM s'inquiète pour les médecins retraités qui acceptent de donner de leur temps et de leur énergie pour venir en aide aux secteurs impactés par le Covid ou simplement en difficulté... Évidemment peu de retraités souhaitent retrouver les joies du libéral, des cotisations CARMF, URSSAF et autre CFE...

Cependant, comment donner un statut à ces volontaires ?

Des discussions se sont engagées avec le conseil Départemental afin de rechercher un cadre qui permettrait à ces confrères d'exercer cet apostolat de circonstance, dont nous ne saurions trop les remercier, dans un cadre sécurisé par un engagement...

Nous vous faisons part d'un échange de mails qui illustre bien cette problématique...

Le 12 nov. 2020 à 07:07, Alain Vieillescizes a écrit :

Bonjour XXXX

Tout d'abord merci pour ton engagement .

J'ai eu au téléphone longuement le président GALLIARD hier , au sujet de la TASK FORCE, il s'est félicité de notre idée, et a accepté de la financer, il m'a invité au CDG12 lui et ses services pour que nous en discutons les modalités; J'ai redit que nous n'avions pas la possibilité seuls de créer le véhicule porteur d'une telle initiative ,....Il l'a compris et veut pousser ce dossier et le faire réussir.

Ainsi je te tiendrai informé de ce dossier qui est loin d'être mort .

Avec toute mon amitié.

Alain

Le jeu. 12 nov. 2020 à 07:50, XXXXX YYYYY a écrit :

Merci pour ces nouvelles encourageantes, la crise sanitaire rend cette initiative encore plus nécessaire

Ainsi j'interviens sans aucun statut et à titre bénévole, mais là n'est pas le problème, à l'EHPAD de Zzzzz touché par la Covid-19...

Bon courage dans cette période de grande turbulence

Amicalement

XXXXX YYYYY

----- Forwarded message -----

De : **alain vieillescizes**

Subject: Re: TASK force

To: XXXX Yyyy

Mon cher XXXXX

Tu me signales que tu interviens sans statut ? Cela me gène vu la durée de nos interventions dans les mois qui viennent , ne risques tu pas de te voir en cas de contentieux incriminé sur ta responsabilité seule et de te retrouver non couvert.Les parties sont nerveuses et les recours , plaintes, sont nombreux , tu te trouverais traduit devant notre instance, et il serait dommageable que l'on ne puisse te défendre.Au risque en plus de te trouver au pénal.

Il te faut,je pense,clarifier cette situation ,il doit y avoir une forme de contractualisation avec l'établissement , qui garantisse le champ de ton activité;te protège toi et les tiens .

Le dévouement actuellement ne suffira pas à calmer les attaques des familles....

Il existe des conventions d'intervention des médecins libéraux dans le cadre de la pandémie , je ne suis pas sûr que tu puisses le signer , je l'ai mise dans le flash avec le lien ...

Telle est mon analyse , interroge Didier, je suis inquiet pour toi.

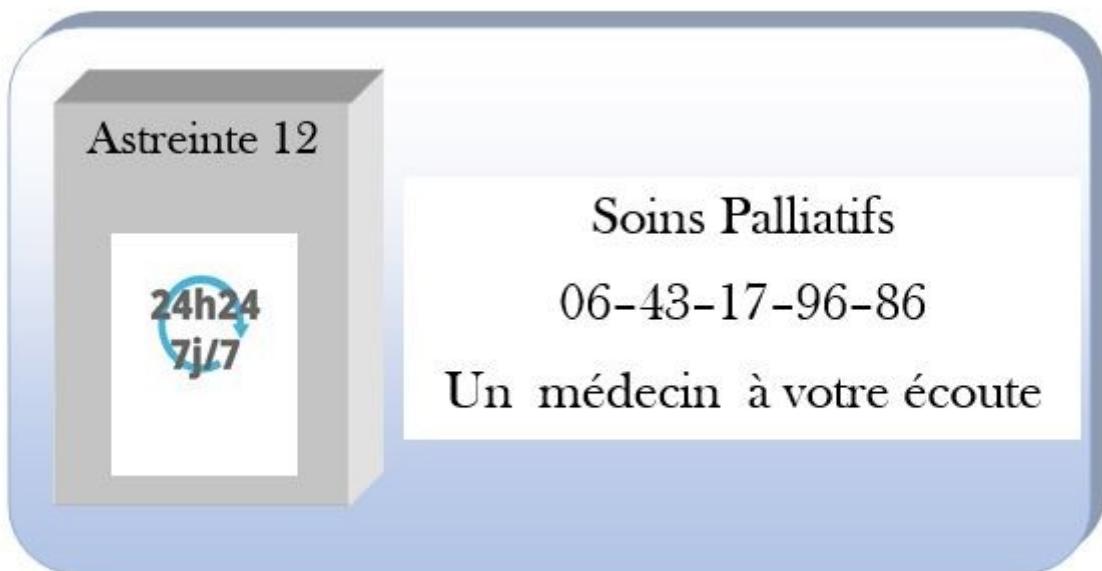
Bien à toi, avec mon dévouement.

A-V

Communiqué du réseau PALLIANCE 12

Je vous informe que l'astreinte médicale Soins Palliatifs départementale 12 a officiellement démarré.

Un médecin soins palliatifs est ainsi joignable 24H/24 et 7J/7 sur un numéro de téléphone unique et nous avons convenu qu'elle s'arrêterait à la fin du confinement officiel.



NOUVELLES DU FRONT

EHPAD La Miséricorde, suite résultats dépistage 13/11 :

- Sectorisation effective (RDC 8 résidents + et symptomatiques, dont 4 vont être pris en charge par l'HAD avec mise en place astreinte de nuit), mise en place sectorisation au 2 étages : 2 ailes.
- 1 résident + était en secteur protégé (pas de déambulation à priori), demande de surveillance renforcée des résidents de l'UP ;
- Problématique de renfort RH : rappel de la nécessité d'utiliser les plateformes (notamment inzee.care), demande d'évaluer les besoins notamment concernant la surveillance de nuit du secteur covid du 2ème étage et de l'appui à la prise de repas (la directrice doit transmettre son évaluation pour déclencher un appui). Confirme l'appel du CDOM pour aide ;
- Pas de problématique sur la gestion des EPI ;

-Nouveau dépistage à programmer semaine prochaine, mercredi 18/11, demande de transmission des tableaux mis à jour au labo, intervention DD pour dépistage en appui avec UDSMA.

EHPAD de Lugan :

-Mise en œuvre de la sectorisation dès 13/11 soir, avec appui et validation des protocoles de transferts et de désinfection par le Dr Vidal du CH de Rodez. Appui possible par une société de bio-nettoyage.

Concernant ce transfert et comme discuté, vous pouvez demander l'appui d'une société de bio-nettoyage.

-Deux médecins généralistes interviennent au sein de l'EHPAD, en appui du Dr Negre médecin co. Les résidents sont stables. Je vous rappelle qu'en cas de difficultés de prise en charge, votre médecin coordonnateur peut réaliser une demande d'HAD. Par ailleurs, vous sollicitez un appui de vos équipes, notamment pendant les temps de repas du midi et soir. Comme évoqué, je vais prendre l'attache des associations de sécurité civile, afin de trouver un appui. Je reviens vers vous dès possible.

-Votre stock d'EPI est effectif, cependant il faut vous rapidement reconstituer des stocks. Les commandes, comme évoqué, seront passées lundi. Dans l'attente d'un nouvel approvisionnement, n'hésitez pas à revenir vers nous, afin que nous puissions si nécessaire déclencher un approvisionnement en urgence, notamment en FFP2.

-Enfin un nouveau dépistage, doit être programmé la semaine prochaine. Il sera donc prévu jeudi 19/11. Je fais le lien avec l'UDSMA afin que vous ayez un appui comme la semaine dernière. Les tableaux mis à jour (seulement les personnels et résidents négatifs) devront être transmis par vos soins au laboratoire dès lundi.

Point sur les tests antigéniques :

En ville :

- un arrêté préfectoral est à la signature pour autoriser dans l'ensemble du département la réalisation de prélèvements sur la voie publique (à distance des cabinets ou officines). Les professionnels (médecins, pharmaciens, infirmiers) doivent faire une déclaration dans un délai de 48h avant l'installation.

- Attention, les indications restent inchangées (arrêté du 16/10/2020) en attente d'un nouvel arrêté qui doit étendre l'utilisation des tests antigéniques : uniquement pour personnes symptomatiques depuis moins de 4 jours, sans facteur de risque, de moins de 65 ans, sans possibilité d'accès à un test PCR sous 48h.

=> Cette technique reste complémentaire du RT-PCR.

En établissements :

- En EHPAD, l'expérimentation qui visait à tester l'ensemble des professionnels à leur retour de congés de Toussaint est désormais terminée. Les tests antigéniques resteront indiqués pour les professionnels, toutefois il n'est pas recommandé de les utiliser de manière itérative.
- l'ARS va recevoir une nouvelle dotation à destination tous les SAU et maternités pour la réalisation des tests urgents avant hospitalisation.

B. ARNAL DG ARS12

MASQUES ET CERTIFICATS DE COMPLAISANCE

Dr Bruno BION

Pédiatre

Les rares CI de port du masque concernant les enfants souffrant de TSA ou ne pouvant le supporter du fait de leur handicap et encore certains Pédopsy constatent que certains parmi ces enfants sont plus « calmes » :

cf avis du Dr ZIX

Pour élargir la question du port du masque chez les enfants, en particulier avec handicap:

J'ai noté quelque chose de très particulier chez un enfant autiste, habituellement très agité. Le fait que les adultes autour de lui portent un masque (au Camsp où il est pris en charge) l'a rendu beaucoup plus calme et attentif. Nous avons eu l'impression qu'il appréciait ce contact différent, où il avait peut-être moins de stimulations perturbantes. Lui-même ne portait pas de masque.

Avez vous remarqué des expériences analogues?

Christian Zix

Le décret du 10 juillet précise ainsi que « les obligations de port du masque (...) ne s'appliquent pas aux personnes **en situation de handicap** munies d'un certificat médical justifiant de cette dérogation et qui mettent en œuvre les mesures sanitaires de nature à prévenir la propagation du virus ».

Voici une réponse savoureuse (parue sur la Liste MEDECINE ET ENFANCE) d'**Elisabeth PINO** Médecin Éducation nationale.

Voici le copié -collé de la réponse que j'ai transmis aux parents qui m'ont envoyé une réclamation virulente (avec gros morceaux de complotisme inside) et communiquée aux écoles de mon secteur, histoire de filtrer en amont.

Madame, Monsieur,

Si vous aviez un article documenté sur le risque du port du masque, il est vraisemblable que je l'aurais eu aussi.

Tout ce qui circule en ce moment sur les réseaux sociaux sur le risque potentiel est totalement dénué de fondement scientifique et destiné à alimenter une polémique dans laquelle je ne rentrerai pas.

Notez que l'American Academy of Pediatrics recommande le port du masque à 2 ans.

Le bénéfice du masque pour réduire l'aérosolisation du virus en milieu clos est maintenant largement démontré.

Mon rôle en tant que médecin n'est pas d'avoir des opinions, mais d'actualiser régulièrement mes connaissances scientifiques.

En l'état actuel de celles-ci, il n'y a aucune contre indication médicale au port du masque.

Seuls des profils comportementaux très spécifiques peuvent faire l'objet d'aménagements, sans pour autant constituer une contre-indication.

Avec l'assurance de mes sentiments dévoués

Dr E.Pino

J'ai également eu la copie d'un bullshit sidéral d'une certaine Dr Margareta Griezs Buisson

"La ré inhalation de l'air que nous respirons va incontestablement générer un déficit en oxygène et une saturation en dioxyde de carbone. Nous savons que le cerveau humain est très sensible à la privation d'oxygène. Il y a des cellules nerveuses, par exemple dans l'hippocampe, qui ne peuvent pas rester plus de 3 minutes sans oxygène - elles ne peuvent pas survivre.

Les symptômes d'alerte aigus sont les maux de tête, la somnolence, les vertiges, les problèmes de concentration, le ralentissement du temps de réaction - qui sont des réactions du système cognitif.

Pour les enfants et les adolescents, les masques sont un interdit absolu. Les enfants et les adolescents ont un système immunitaire extrêmement actif et adaptatif, et ils ont besoin d'une interaction constante avec le microbiome de la Terre. Leur cerveau est également incroyablement actif, car il a beaucoup à apprendre. Le cerveau de l'enfant, ou de l'adolescent, a soif d'oxygène. Plus l'organe est métaboliquement actif, plus il a besoin d'oxygène. Chez les enfants et les adolescents, chaque organe est métaboliquement actif."

Ma réponse : c'est quand même ballot de mettre 15 ans à former des chirurgiens et de les perdre bêtement par hypoxie au bout de 10 heures de bloc opératoire.

Dr E. Pino

<https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/3025-port-couvre-visage-enfants-covid19.pdf>

<https://www.faire-face.fr/2020/08/31/faq-handicap-covid-derogation-masque/>

<https://www.education.gouv.fr/media/71258/download>

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE COVID 19 EN RÉGION

Vous trouverez ci-joint un nouveau point de situation coronavirus en Occitanie. Ce bulletin récapitulatif n°117 recense les principaux indicateurs d'activité hospitalière : 2223 hospitalisations en cours ce soir (+104 en 3 jours) dont 399 en réanimation (+8), et à ce jour 1283 décès constatés en établissements de santé depuis le début de l'épidémie en mars (+81).

Ce bulletin met également l'accent sur nos équipes soignantes, dont l'activité continue à augmenter fortement, notamment en milieu hospitalier. Nos soignants appellent chacun d'entre nous à tout mettre en œuvre pour éviter que des malades continuent à affluer à l'hôpital dans les prochains jours. C'est un appel à respecter des consignes et des gestes simples que chacun connaît bien désormais : l'enjeu de cette fin d'année est celui de nos comportements civiques et solidaires.



ÉPIDÉMIE

La pression sur les équipes soignantes continue à augmenter en Occitanie

La situation sanitaire reste sous forte tension en Occitanie. Si certains indicateurs de circulation du virus semblent commencer à se stabiliser, ils restent à des niveaux très élevés, bien au-delà des seuils d'alerte. Cette tendance récente s'avère encore très fragile. Elle ne doit surtout pas faire oublier la pression qui continue à monter pour nos équipes soignantes, en particulier dans nos établissements hospitaliers : le nombre de cas graves augmente encore actuellement. Nos services accueillent davantage de patients en hospitalisation comme en réanimation. Fortement mobilisés, nos soignants font face à une situation qui met tout notre système de santé en tension, autour d'un objectif partagé : pouvoir soigner tous ceux qui en ont besoin.

Un engagement très fort de tous nos soignants

L'organisation des soins s'adapte en permanence à l'évolution des besoins. Les capacités d'accueil de patients en soins critiques sont augmentées dans les établissements publics et privés de la région. Certaines opérations moins urgentes sont reportées, en veillant à maintenir celles qui doivent être réalisées en urgence. Des transferts de patients ont été organisés pour maintenir des capacités d'accueil en cas d'urgence dans tous nos territoires. Des étudiants en santé ou des retraités apportent un appui précieux à nos équipes soignantes. La contribution des professionnels de santé libéraux est également cruciale pour la prise en charge des patients qui peuvent bénéficier d'un suivi médical à leur domicile, souvent sans être hospitalisés, mais aussi après leur passage à l'hôpital, en phase de réadaptation.

Un appel à la responsabilité de tous

Toujours en forte activité, nos soignants appellent chacun d'entre nous à tout mettre en œuvre pour éviter que des malades continuent à affluer à l'hôpital dans les prochains jours. C'est un appel à notre responsabilité individuelle. C'est un appel à respecter des consignes et des gestes simples que chacun connaît bien désormais : l'enjeu de cette fin d'année est celui de nos comportements civiques et solidaires.



17,8% DE TESTS
POSITIFS EN MOYENNE (*)
actuellement en Occitanie.
Près de 195 000 tests
ont été réalisés ces 7 derniers
jours dans la région.

+2 828 CAS POSITIFS
EN MOYENNE PAR JOUR (**)
signalés aux équipes de
l'Assurance Maladie depuis
vendredi dernier en Occitanie. Au
total, **19 795** CAS depuis le 06/11.

(*) Source : Santé Publique France

(**) Source : Assurance Maladie

Surveillance sanitaire

Pour chaque région, les données de surveillance collectées auprès des partenaires de santé sont accessibles sur le site de Santé publique France :
> [Consultez les derniers points épidémiologiques.](#)



HÔPITAL Évolution des hospitalisations

Au 13/11/2020 :

- **2 223** hospitalisations en cours (+104 en 3j)
dont 399 en réanimation (+8)
- **1 283** décès à l'hôpital (+81)

24/24

[@ARS_OC](#)
[@gouvernementFR](#)
[@MinSoliSante](#)
[@AlerteSanitaire](#)



SUIVI DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE PAR DEPARTEMENTS	HOSPITALISATIONS EN COURS ACTUELLEMENT	DONT REANIMATION	TOTAL DECES (en établissements de santé depuis mars 2020)
Ariège (09)	52	7	10
Aude (11)	93	9	95
Aveyron (12)	136	10	66
Gard (30)	370	81	205
Haute-Garonne (31)	423	104	211
Gers (32)	39	7	43
Hérault (34)	469	93	318
Lot (46)	28	4	29
Lozère (48)	58	6	30
Hautes-Pyrénées (65)	180	13	55
Pyrénées-Orientales (66)	129	22	93
Tarn (81)	152	29	74
Tarn-et-Garonne (82)	94	14	54
OCCITANIE	2223	399	1283

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE COVID 19 EN NATION

CNOM ET COVID

Le CNOM édite périodiquement une « brève Covid que vous pourrez trouver, si vous ne la recevez pas directement sur :

[Brève Covid](#)

COVID-19 et infections respiratoires saisonnières : quand faire plusieurs tests ?

Serge Cannasse

Avec l'arrivée de la saison froide, le SARS-CoV-2 va cohabiter avec plusieurs agents responsables d'infections respiratoires dans la population. La clinique ne suffit pas à poser le diagnostic différentiel devant des symptômes peu spécifiques. En théorie, il peut être fait par des tests d'amplification génique, par exemple du type RT-PCR, soit unitaires (affection par affection), soit « multiplex » (voir : [COVID-19 et infections respiratoires saisonnières : le mélange des genres](#)). En pratique, ils n'ont d'intérêt que s'ils aboutissent à une prise en charge et/ou un isolement particuliers. La HAS (Haute Autorité de santé) distingue trois types de situations répondant à ce critère.

1. Adulte hospitalisé

Tout patient ayant des symptômes évocateurs d'une infection respiratoire doit immédiatement bénéficier de tests RT-PCR à la recherche du SARS-CoV-2 ou de tout autre virus pathogène, qu'il soit aux urgences ou dans un service hospitalier. Aux urgences, un test antigénique peut être réalisé.

2. Adulte résidant dans un établissement social ou médico-social

Tout patient ayant des symptômes évocateurs du COVID-19 ou de la grippe doit bénéficier d'un double test à la recherche de ces deux pathologies : antigénique ou RT-PCR pour le SARS-CoV-2, RT-PCR pour la grippe.

3. Enfants

L'enjeu est d'éviter un traitement antibiotique probabiliste devant une symptomatologie peu franche et de faire bénéficier l'enfant d'une prise en charge adaptée.

- En ville : recherche du SARS-CoV-2 et des virus grippaux par test antigénique.
- Dans une structure sociale ou médico-sociale : idem.
- À l'hôpital : recherche de tous les virus respiratoires suspectés par tests RT-PCR, avec une attention particulière pour le virus respiratoire syncytial.

La HAS rappelle que « *les recherches directes des virus grippaux ne doivent avoir lieu qu'au cours de la période épidémique de grippe saisonnière, telle que définie par Santé Publique France.* » Elle insiste sur l'utilité de la vaccination antigrippale en priorité pour les personnes à risque de forme grave et sur l'importance de respecter les gestes barrières pour lutter contre la grippe et le COVID-19.

- [Références](#)
-

TOUJOURS À PROPOS DES TESTS

Attention cet article cite un certain nombre de méthodes de tests et de marques mais je ne dispose pas des déclarations d'intérêt du rédacteur.
Il a le mérite de nous éclairer sur les autres méthodes de tests que les PCR et tests antigéniques.

Covid-19 : il serait temps de changer de test de dépistage...

Le dépistage de la Covid-19 s'inspire de la démarche adoptée en clinique face à des maladies le plus souvent chroniques dans des situations qui n'ont rien à voir avec celle de la pandémie actuelle (1). Il est temps de changer de braquets si tant est que l'on veuille ou puisse appliquer le mantra: "tester, tracer, isoler" à l'échelon de la population, en supposant qu'il soit ainsi possible de terrasser un dragon qui a plus d'un tour dans son sac à dos...

Une stratégie inadaptée

La stratégie actuelle n'est pas adaptée à un dépistage de masse : c'est le type de stratégie adoptée pour le diagnostic positif d'une maladie dans les conditions de la pratique médicale courante et non de l'urgence sanitaire actuelle. Elle exige des performances élevées et repose volontiers sur la prévalence ou la probabilité a priori de l'affection selon une approche bayésienne qui a fait les belles heures du diagnostic positif de la maladie coronarienne... En gros, il est besoin dans ce contexte, d'un test diagnostique fiable et précis qui sera réalisé le plus souvent une seule fois avec une réponse qui va dicter le reste de la stratégie diagnostique en fonction de la probabilité a posteriori de la maladie, le coût et la rapidité du résultat n'étant pas forcément des nécessités absolues, même si ces facteurs ne sont pas à négliger (1).

En général, ce test n'est pas répété notamment à court terme et il n'a aucun impact ni direct ni immédiat sur le reste de la collectivité, étant entendu que la maladie n'est pas contagieuse: c'est le B A-BA des approches diagnostiques courantes en médecine, même s'il existe des exceptions notoires qu'il est hors de propos de détailler.

Face à une épidémie comme celle de Covid-19, comment peut-on appliquer froidement des stratégies diagnostiques similaires? C'est ignorer les règles élémentaires du dépistage face à une maladie aussi contagieuse mais c'est aussi composer avec l'absence de moyens diagnostiques, du moins leur extrême rareté.

Le test idéal, un mouton à cinq pattes

L'idéal serait de pouvoir disposer d'un test rapide, simple, peu ou non invasif, efficace, peu coûteux, répétable à l'envi dont les résultats seraient immédiats, ou à défaut obtenus dans les plus brefs délais, ni en jours ni en heures, mais en minutes... ce qui a des airs de mouton à cinq pattes, voire à six si l'on ajoute l'impératif de pouvoir le fabriquer en grandes quantités en peu de temps: plusieurs millions par jour ou semaine sans manquer de réactifs, par exemple... A noter que la sensibilité n'a pas besoin d'être excessive: le but n'est pas d'identifier la moindre fragment d'ARN, mais

de repérer les patients les plus contagieux, ceux dont la PCR est positive à un seuil qui est de l'ordre de 35 cycles (Ct) nécessaires pour rendre l'ARN détectable: la charge virale est en effet inversement corrélée au nombre de cycles de détection (1). Au-dessus de 40, la PCR est considérée comme négative, mais entre 25 et 40, il s'agit souvent d'une zone grise qui devrait nécessiter un nouveau test pour en sortir, sauf en cas de maladie avérée ou de risque élevé de contamination...

Pourquoi la RT-PCR laisse à désirer

La RT-PCR telle qu'elle est utilisée actuellement répond-elle aux exigences précédents? Les évènements les plus récents démontrent tout le contraire. Dans le meilleur des cas, le résultat est obtenu en 24 heures et, dans les pires, c'est en jours que le délai se mesure, parfois cinq voire sept quand les laboratoires sont débordés par une demande devenue exorbitante: dans ces conditions, il y a belle lurette que le patient n'est plus contagieux ou que le virus a infecté d'autres sujets... (1). Le coût du test reste élevé et il n'est pas aisément de le répéter, même si cela est faisable pour peu que l'intendance suive. Le rapport coût/bénéfice des récentes opérations de dépistage à l'échelon national n'est ni plus ni moins que médiocre.

Quant à l'interprétation, elle reste des plus empiriques, voire aléatoire dans de nombreux cas. Avec une sensibilité de 70 % et une spécificité de 99 % (mais estimées dans quelles conditions?), selon les sources les plus récentes, il n'est pas facile de tenir compte de la probabilité a priori de la maladie ou du fait d'être contagieux pour évaluer la valeur prédictive du test, d'autant qu'il s'adresse à des sujets qui peuvent être peu ou pas symptomatiques et qu'il n'existe aucun diagramme intégrant tous les facteurs intervenant dans la contagiosité d'un individu : c'est de cela qu'il s'agit et non du diagnostic positif de la maladie quand il n'y a plus de virus à transmettre.

Bref, l'usage actuel de la RT-PCR dans le dépistage et le diagnostic de la Covid-19 laisse largement à désirer. Elle ne possède pas les atouts nécessaires au filtrage des cas contagieux et de facto à la protection des sujets non infectés mais exposés à un virus qui circule activement (1). Car c'est d'un filtre destiné à protéger la collectivité dont il est besoin, pas seulement d'un test diagnostique. Il faut repérer les individus et les isoler pendant qu'ils sont contagieux, ni avant ni après et la RT-PCR ne répond pas à cette attente dans les conditions d'utilisation actuelles qui consomment trop de temps et d'énergie pour un rendement médiocre (1).

Peut-on faire mieux ?

Oui : si l'on utilise d'autres tests plus adaptés à la situation actuelle et au cahier des charges inhérent aux principes du dépistage de masse. Les tests salivaires sont un pis-aller car ils reposent sur la RT-PCR avec les limites que l'on sait. Les tests sérologiques rapides ne sont pas à la hauteur des enjeux immédiats du dépistage et du filtrage nécessaire.

D'une manière générale il est préférable d'éviter les tests en laboratoire qui nécessitent une amplification des signaux moléculaires. C'est là qu'interviennent les

tests qui peuvent détecter qualitativement et rapidement la présence du virus, sa signature antigénique sans qu'il soit besoin de la multiplier par PCR tout au moins en passant par un laboratoire de biologie médicale. L'amplification du signal est concevable pour peu qu'elle soit réalisée dans un dispositif ad hoc totalement déconnecté d'un laboratoire central pour gagner du temps.

Le Covid Nudge testé outre-manche

Les candidats sont encore rares: il en est un britannique, le *Covid Nudge test* (2) qui s'est attiré les faveurs du NHS (*National Health System*) : les résultats sont obtenus en 90 minutes à partir d'un dispositif miniaturisé inspiré du smartphone et basé sur l'analyse par RT-PCR réalisée *in situ* sur un prélèvement nasopharyngé sans qu'il soit besoin de transiter par un laboratoire. Tout se déroule dans ce petit bijou électronique qui se répand dans les hôpitaux britanniques depuis septembre 2020 avec la bénédiction du NHS. "Le test *CovidNudge* semble avoir la plupart des qualités requises pour le diagnostic positif de la Covid-19 sans recourir à un laboratoire: possibilité de traiter les échantillons secs sans manipulation superflue, performances diagnostiques identiques –ou peu s'en faut- à celles de la RT-PCR, rapidité de la réponse (< 90 minutes). Le test peut en théorie être réalisé en n'importe quel POC (*point of care*) et les appareils ont été mis à disposition de la plupart des hôpitaux britanniques dès le mois de mai 2020. Près de six millions de kits auraient été distribués en septembre de la même année au sein des établissements du NHS. Une aventure nationale qui mérite d'être suivie de près...(2).

SHERLOCK : pas si élémentaire mais prometteur

D'autres candidats s'affranchissent totalement de la RT-PCR: SHERLOCK (*Specific High-sensitivity Enzymatic Reporter unLOCKing*) (3) qui a été récemment évoqué dans le JIM en fait partie.

Ce test fait appel à la technique d'édition du génome CRISPR (*clustered regularly interspaced short palindromic repeats*) dite « *des ciseaux moléculaires* ». SHERLOCK dans sa version simplifiée STOPCovid.v2 se présente donc comme une alternative à la RT-PCR avec des avantages au moins théoriques en termes de simplicité (relative) et de coût. Par ailleurs, les résultats sont obtenus en moins d'une heure ce qui fait de ce test un candidat idéal pour le traçage des patients et explique sa dénomination STOPCovid, quelle que soit sa version : encore faut-il que la méthode soit validée sur une plus grande échelle avant d'être adoptée par des plates-formes dotées de tous les outils de la biologie moléculaire dans les pays qui en ont les moyens. C'est à la fois un défi et une autre histoire... d'autant que l'amplification génique reste un préalable nécessaire à la détection du virus. SHERLOCK à la recherche des cas contacts ? Une éventualité qui se dessine mais qui nécessite encore du peaufinage ce à quoi s'emploient d'ailleurs les auteurs..." (3).

Jouer la carte de la BinaxNOW™ COVID-19 Ag CARD

Il ne faudrait pas oublier un autre candidat qui, pour sa part, a les faveurs de la FDA (1) : il s'agit d'un kit développé par la société Abbott, lequel repose, lui aussi sur la

technique d'édition du génome couplée à une réaction immunochromatographique. Il s'agit de la BinaxNOW™ COVID-19 Ag CARD développée aux Etats-Unis dans le cadre de l'équivalent de notre ATU (autorisation temporaire d'utilisation) dénommée EUA (*Emergency Use Authorization*). Cette carte a en théorie tous les atouts: faible coût (5 dollars l'unité), autonomie (le résultat ne passant pas par un laboratoire), rapidité (15 minutes), résultat fiable (sensibilité de 93 % et spécificité de 95 % sur plus de 300 échantillons), possibilité de fabriquer plusieurs dizaines de millions de tests par semaine...

Cette technique de dosage de l'antigène nucléocapsidique viral dite par flux latéral qui n'est pas nouvelle exige néanmoins un prélèvement nasopharyngé de bonne qualité et, de ce fait, l'intervention d'un personnel qualifié. Si elle détecte la présence du virus avec une sensibilité très inférieure (cent fois moins voire plus...) à celle de la PCR, ce n'est en soi pas une limite puisque le but est de repérer les patients infectants et non de compter les fragments d'ARN dans un prélèvement... Le marquage CE de ce test a été obtenu le 9 septembre 2020 sous le nom de PanbioTM Covid-19 Aget il semble que sa diffusion soit envisagée en Europe y compris en France sans qu'aucune date ne soit encore avancée.

Il faut du temps pour les tests rapides !

L'attitude de la FDA à l'égard de la BinaxNOW™ COVID-19 Ag CARD est un premier pas dans la bonne direction mais la partie n'est pas gagnée pour autant: les tests de dépistage rapide dont il est question ont besoin de temps et de moyens pour être validés et développés à l'échelle d'une nation en toute confiance et sécurité à un moment où l'urgence sanitaire incite à utiliser l'existant plutôt qu'à favoriser l'avenant, à moins d'une prise de conscience d'autorités sanitaires surfant sur une corde raide. Le marquage CE du test est en soi une bonne nouvelle qui laisse augurer de son développement peut-être rapide en Europe, voire en France avec des atouts indéniables.

Si tel était le cas, il deviendrait possible d'imaginer des stratégies diagnostiques combinant tests antigéniques rapides (notamment le plus avancé et a priori le plus pratique : PanbioTM Covid 19 Ag) et conventionnels pour optimiser le dépistage et briser les chaînes de transmission dans la mesure du possible face à un ennemi qui ne manque pas de ressources contre toutes les barrières qui lui sont imposées...

Dr Philippe Tellier

[Le Covid d'en rire](#)