

RECOMMANDATIONS STRATEGIE DE TESTING

RAG sous-groupe testing – 03/11/20

Recommandations générales

- Un délai d'exécution (« turn around time ») court (objectif < 24h) reste important, dans toutes les situations de testing.
- La principale priorité en matière de tests reste les personnes présentant des symptômes et l'investigation de clusters. Si la capacité de testing le permet, le test des contacts à haut risque est également important.
- Les tests ne suffisent pas à eux seuls à contrôler l'épidémie. Tous les efforts déployés pour augmenter la capacité n'ont de sens que si la mesure d'isolement (et la quarantaine pour les contacts) est correctement observée.
- Il est nécessaire de poursuivre la réflexion sur la mise en place d'un système plus simple pour tester les personnes présentant des symptômes légers, sans consultation chez le médecin généraliste.
- Pour toute modification de la stratégie de test, il faut garantir que les résultats puissent être communiqués aux centres de recherche de contact via healthdata et Sciensano.

Utilisation des tests PCR

Le test PCR sur un écouvillon naso-pharyngé ou un écouvillon combiné gorge/nez reste actuellement la référence (golden standard) pour le diagnostic d'une infection par le SARS-CoV-2 (sensibilité la plus haute).

Comme la capacité est toujours sous pression, cette capacité devrait être réservée aux testing de personnes dans un environnement où un résultat faussement négatif peut avoir de graves conséquences en raison de la transmission du virus, comme dans les maisons de repos et de soins (MR/MRS) et les hôpitaux.

Puisque les MR/MRS doivent s'appuyer sur la plate-forme fédérale pour les tests PCR, il est recommandé d'en renforcer la capacité au plus vite.

Utilisation des test antigéniques rapides

Les tests antigéniques rapides sont un complément prometteur aux tests PCR. Il est crucial que la sélection des tests antigéniques se limite à ceux qui sont adéquatement validés, avec une sensibilité souhaitable de > 90 % (surtout pour les personnes symptomatiques) et au moins ≥ 80 %.

Dans une première phase, les tests sont recommandés pour les indications suivantes :

1) test de personnes **symptomatiques** (symptômes d'une infection des voies respiratoires depuis < 7 jours, de préférence < 5 jours)

- dans un cabinet de médecin généraliste ou centre de triage/test ; ceci permettra de confirmer rapidement une infection lorsque la probabilité de pré-test est élevée (épidémie, symptômes suggestifs), avec un début d'isolement immédiat et une

recherche de contact plus rapide, ou d'exclure une infection (personne gardée en isolement pendant un temps moins long en attendant le résultat) ;

- dans un service d'urgence ; ceci permettra une orientation plus rapide d'un patient vers un service COVID ou non-COVID.

En testant les individus symptomatiques (qui sont responsables de 45 à 80 % des tests effectués) avec des tests Ag rapides, une importante capacité de PCR est libérée pour d'autres indications.

2) test de personnes dans le cadre d'une **investigation d'un foyer de cas dans une collectivité** (autre que MR/MRS). L'étendue de ce foyer peut être cartographiée, par exemple, en testant une classe entière ou un service entier d'une entreprise et en détectant ainsi des infections chez des personnes qui n'ont pas été identifiées comme des contacts à haut risque. Cela permet d'éviter la fermeture d'une classe ou d'un service entier dans une entreprise. La priorité est accordée aux écoles et aux entreprises/institutions qui fournissent un service essentiel.

L'application de ces tests lors d'un foyer épidémique dans un MR/MRS ne peut être envisagée qu'après que les résultats de leur évaluation planifiée dans un contexte hors laboratoire (point of care, POC) soient connus.

En dehors d'un contexte d'investigation de foyer épidémique en collectivité, il n'y a actuellement pas suffisamment d'évidence scientifique pour recommander l'utilisation de tests antigéniques rapides chez les contacts à haut risque asymptomatiques ou pour le dépistage préventif répété, comme le personnel ou les visiteurs d'une MR/MRS ou le personnel d'une entreprise. Ceci pourra être réévalué dans un second temps si davantage de données sont disponibles.

Utilisation de tests salivaires

- Pour détecter la présence du SARS-CoV-2, les échantillons de salive ne peuvent être analysés que par PCR. Des études sont en cours sur l'utilisation des tests antigéniques rapides sur salive, mais cette combinaison n'a pas été suffisamment validée à ce jour.
- Il n'y a pas suffisamment d'évidence scientifique à ce jour pour recommander l'utilisation d'échantillons salivaires comme outil de diagnostic chez un patient symptomatique, ni pour les utiliser chez les enfants. Des études sont en cours/planifiées chez ces derniers.
- La précision exacte n'étant pas encore totalement connue, l'utilisation d'échantillons salivaires n'est pas recommandée à ce stade pour le testing des contacts proches ou des voyageurs au retour.
- Il est urgent d'établir un protocole pour l'utilisation d'échantillons de salive répété en combinaison avec la PCR dans différents secteurs (services de soins de santé, éducation, entreprises à haut risque, services essentiels).
- Si la demande d'analyse de la salive devient plus importante dans un contexte de dépistage répété, la pression sur la capacité du test PCR augmentera d'avantage. Par conséquent, avant de commencer à effectuer des analyses répétées d'échantillons de salive, il faut d'abord augmenter la capacité.
- Si les deux conditions mentionnées ci-dessus sont remplies (capacité PCR suffisante et protocole disponible), les échantillons de salive peuvent être utilisés pour un dépistage répété (au moins une fois par semaine) chez les adultes asymptomatiques, comme le personnel des maisons de repos.

Les personnes suivantes ont participé à cet avis :

Emmanuel Bottieau (ITG); Bénédicte Delaere (CHU-UCL Namur); Olivier Denis (CHU-UCL Namur); Frédéric Fripiat (AViQ); Herman Goossens (UAntwerpen); Marie Pierre Hayette (CHU-Liège); Niel Hens (UHasselt); Yves Lafort (Sciensano); Barbara Legiest (ZG); Tinne Lernout (Sciensano); Pieter Libin (UHasselt); Romain Mahieu (COCOM); Elizaveta Padalko (UZGent); Petra Schelstraete (UGent); Olivier Vandenberg (LHUB-ULB); Ann Van den Bruel (KuLeuven); Dimitri Van Der Linden (UCLouvain); Pieter Vermeersch (UZ-Leuven).