

AVIS STRATÉGIE DE TESTING

Document discuté en réunion RAG le mardi 24/03/2020

1. Introduction

La stratégie de réalisation de tests diagnostiques est avant tout basée sur la nécessité d'établir un diagnostic pour permettre la prise en charge médicale optimale d'une personne qui présente des symptômes suspects de la maladie.

Ensuite, les données recueillies contribuent également à décrire l'évolution de l'épidémie afin d'ajuster les mesures de prévention de la dispersion du virus dans la population.

Il a été demandé au RAG d'établir une liste des groupes cibles à tester de manière préférentielle.

Le RAG donne un avis sur base des connaissances, de la réalité épidémiologique en tenant compte du contexte.

Les critères utilisés sont :

- **But de diagnostic pour assurer une bonne prise en charge médicale** : surtout important pour la prise en charge des patients risquant de développer une forme sévère, et en particulier les personnes âgées et les personnes ayant une comorbidité ;
- **But de contrôle en milieu collectif** : principalement pour permettre une gestion de l'apparition de cas groupés (ex. : en maison de repos, prisons, refuge sans abris, ...) comme l'isolement, le cohorting, ... ;
- **But de prévention d'épisodes nosocomiaux** : limiter le risque d'exposition de patients présentant un risque de développer une forme sévère ;
- **But de protection des patients fragilisés** : identifier le personnel soignant, en structure hospitalière ou résidentielle ou à domicile, qui développerait la maladie et exposerait dans le cadre de leur activité professionnelle des personnes risque de développer une forme sévère.
- **But de contrôle pour éviter la dispersion du virus** : en début d'épidémie pour assurer l'isolement de la personne malade et rechercher les contacts si nécessaires ;

La stratégie a été de tester les personnes qui présentent des symptômes. La valeur prédictive d'un test est en effet dépendante

- de la prévalence de la maladie ;
- de la sensibilité et spécificité du test.

Un test PCR est actuellement le gold standard pour apporter un diagnostic. La qualité de ce test est toutefois limitée par certains éléments comme :

- l'utilisation d'un matériel adéquat (ex. : écouvillon floqué) ;
- Le prélèvement effectué de manière adéquate (ex. : prélèvement naso-pharyngé correctement réalisé et moins sensible qu'un BAL) ;
- Le moment du prélèvement dans le décours de la maladie (ex. : la charge virale est importante au début du décours clinique, 5 jours) ;
- Les conditions de transport,

Des PCR + ont été trouvées chez des patients asymptomatiques ou en phase prodromale. Il faut toutefois distinguer avoir une PCR + et être infectant. Avoir une PCR + indique que la personne a été en contact avec le virus, pas la capacité à transmettre du virus vivant.

Le prélèvement post-symptomatique de suivi n'est donc pas recommandé. L'application de mesures d'hygiène au cours de cette période est plus importante.

2. Stratégies

La stratégie de prélèvement évolue donc selon la phase de l'épidémie. Le choix final de la stratégie a été influencé par :

1. l'organisation des soins de santé en Belgique, importance du rôle de la première ligne de soins
2. le souhait de ne pas voir affluer tous les cas suspects vers les services d'urgence pour permettre aux hôpitaux de prendre en charge les formes sévères alors que 80% des formes seraient bénignes
3. le temps nécessaire à l'organisation de l'analyse de prélèvements à grande échelle, non disponible initialement

1. Phase I : Introduction limitée de cas importés

Stratégie de prélèvement basée sur l'identification précoce de cas en fonction des facteurs de risques (ex. : notion de voyage dans un pays où le virus circule), les cas suspects symptomatiques étant testés pour assurer l'isolement du cas et donc empêcher la dispersion du virus.

Seul, le CNR coronavirus effectue le diagnostic.

2. Phase II : Introduction d'un nombre élevé de cas d'une zone endémique et apparition cas groupés sur le territoire

Prélèvement de tout cas présentant des symptômes et avec un historique de voyage et formes sévères sans notion de voyage.

Début mars, extension de la capacité de laboratoire en Belgique.

3. Phase III : transmission locale faible et avérée

Avec l'objectif d'atténuer l'effet sur la capacité des soins de santé et de protéger les professionnels de santé ainsi que les personnes à risque de développer une maladie sévère, le dépistage a également été élargi.

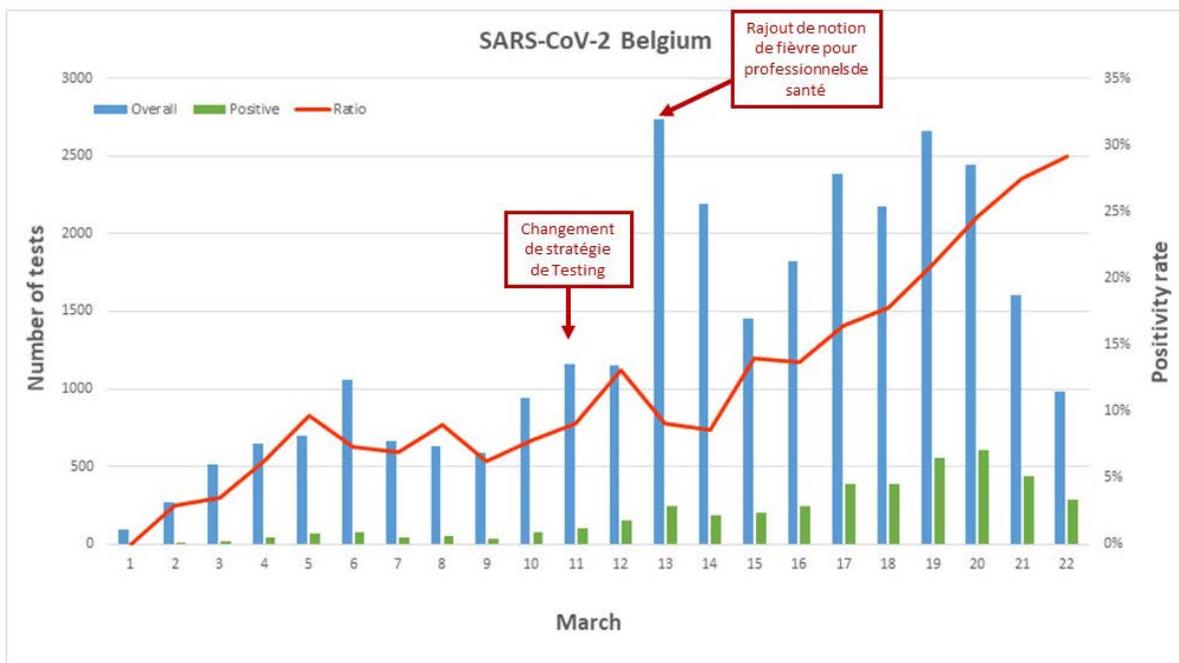
Lors du changement de stratégie en phase 'mitigation', le **11/03/2020**, la politique de dépistage a été modifiée pour tenir compte de la circulation locale du virus. La stratégie a été établie de la façon suivante : **testing 11/03/2020**

- Toute **personne dont l'état clinique nécessite une hospitalisation** ET dont le clinicien a une suspicion COVID-19

- Tout **professionnel de santé¹** qui remplit la définition de cas possible et qui a été en contact avec des personnes à risque.
 - Cas possible : personne chez laquelle des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires inférieures ou supérieures apparaissent ou s'aggravent lorsque le patient a des symptômes respiratoires chroniques.

Cependant, vu la définition très large d'un cas suspect et le grand nombre de professionnels de santé présentant des signes d'une infection des voies respiratoires supérieures, le nombre de test a augmenté considérablement en 2 jours (voir figure), mettant une grande pression sur les laboratoires de diagnostic. Le délai de diagnostic qui en résultait, amenait le personnel soignant à être écarté plusieurs jours dans une période d'activité très dense alors que le taux de positivité était inférieur à 10%.

Figure : Nombre de tests réalisés, nombre de tests positifs et taux de positivité pour COVID-19 pour le CNR et les données d'autres laboratoires réalisant le diagnostic, du 01/03/2020 au 22/03/2020 (source : CNR pathogènes respiratoires et laboratoires de diagnostic)



Par conséquent, le 13/03/2020, la stratégie de testing a été modifiée et la notion de fièvre pour les professionnels de santé présentant des symptômes respiratoires a été rajoutée. Dès lors la **stratégie de testing est actuellement** comme suit

- Toute **personne dont l'état clinique nécessite une hospitalisation** ET dont le clinicien a une suspicion COVID-19
- Tout **professionnel de santé en contact avec des personnes à risque qui présente des symptômes respiratoires et de la fièvre.**

¹ médecins, infirmières, personnel dans une maison de repos et paramédicaux

4. Phase IV : transmission locale soutenue

L'augmentation croissante du nombre de nouveaux cas diagnostiqués par les laboratoires et du nombre d'hospitalisations, en plus de la confirmation de la circulation du virus dans la population au travers des résultats du système de surveillance des infections respiratoires par un réseau de médecins vigies, indiquent une circulation soutenue du virus dans la population. Des cas groupés se déclarent dans des collectivités comme les maisons de repos et le personnel soignant commence à être affecté.

Des mesures d'isolement de la population ont été prises.

4.1. PROPOSITION DE L'ECDC

Dans le cadre de cette évolution, l'ECDC, dans le [RRA du 12/03/2020](#), propose la stratégie de testing suivante :

As a rational approach, the following should be considered for priority testing (in decreasing order of importance):

1. **Testing of hospitalised patients with SARI** in order to inform appropriate clinical management, including isolation and PPE measures;
2. **Testing any cases of acute respiratory infection in hospitals or long-term care facilities (LTCF)** in order to guide infection control and PPE use to protect both vulnerable persons and healthcare staff; **testing of symptomatic healthcare staff** to guide decisions on exclusion from and return to work; the aim is to protect health and social care services;
3. **Testing of patients with ARI/ILI in sentinel outpatient clinics and among patients admitted to hospitals with SARI** in order to assess virus circulation in the population. ²
4. **Elderly people with underlying chronic medical conditions** such as lung disease, cancer, heart failure, cerebrovascular disease, renal disease, liver disease, diabetes, and immunocompromising conditions exhibiting signs of acute respiratory illness should be prioritized for testing, given that they may more rapidly need respiratory support.

Cette recommandation peut servir d'exemple, mais doit être adaptée en fonction de la capacité laboratoire.

4.2. PRÉREQUIS AU CHANGEMENT DE STRATÉGIE DE PRÉLÈVEMENT

4.2.1. Décrire la capacité actuelle des laboratoires

Une enquête sur la capacité des laboratoires ainsi que le type de plateforme et réactifs critiques utilisés a été réalisée par la FAGG-AFMPS la semaine du 16 mars 2020.

Au niveau de la capacité, les chiffres sont du même ordre de grandeur que le nombre total de tests effectués par jour (n=2500). Il semble donc que la capacité actuelle est assez proche de la capacité maximale journalière.

Actuellement, nous n'avons pas connaissance de pénurie de réactifs, et pas de problématique « backlog » d'après les échanges avec le CNR.

Le nombre de laboratoires qui mettent en place le diagnostic continue d'augmenter : 36 qui effectuent des tests au 23/03 + une 10aine qui prévoient de les mettre en place (chiffres évolutifs).

4.2.2. Décrire les conditions d'élargissement

L'élargissement de la stratégie de prélèvement devra tenir compte des éléments suivants :

- Validité des techniques proposées
- Evaluation des sensibilité et spécificité des tests

² Ce point est en lien spécifique à la surveillance et se traite en parallèle de cet avis.

- Accréditation des laboratoires complémentaires : accréditation 'temporaire' de laboratoires (académiques, privés, de recherche, ...) ou augmentation de la capacité d'analyse des laboratoires accrédités et détachement de personnel.
- Disponibilité en matériel (ex. : écouvillon, réactifs, **matériel de protection pour le préleveur**, ...)
- Organisation pratique des prélèvements (logistique, suffisamment de préleveurs,...)
- Décrire le flux de transferts des échantillons
- Flux d'information vers Sciensano pour assurer le suivi de l'évolution de l'épidémie

4.2.3. Durabilité de la mesure

Une fois les conditions 4.2.1 et 4.2.2 réalisées, la task force 'Testing' devra garantir la capacité journalière et la perspective de la maintenir tout au long de la phase IV et encore au cours de la phase suivante de restauration.

C'est sur cette base que les autorités pourront décider la priorité à donner aux groupes cibles mentionnés ci-dessous.

4.3. PROPOSITION DE TESTING 24/03/2020

Le renforcement de la capacité de prélèvement et d'analyse au cours de cette phase IV doit permettre de maintenir la prise en charge clinique appropriée des patients (y compris les mesures d'isolement et d'utilisation des PPE), d'orienter la lutte contre les infections intra-hospitalières et au sein de collectivités, de protéger les patients qui présentent des risques de développement de formes sévères en détectant rapidement le personnel soignant qui a des contacts avec ces patients.

Les priorités de prélèvement proposées sont les suivantes :

- Toute **personne dont l'état clinique nécessite une hospitalisation** ET dont le clinicien a une suspicion COVID-19.
- Les **personnes remplissant la définition de cas possible** et qui se trouve dans la catégorie **des personnes à risque** devraient être testées en priorité, étant donné qu'elles peuvent avoir besoin plus rapidement d'une assistance respiratoire.
- Tout **professionnel de santé** qui remplit la définition de cas possible³ **qui prend en charge des personnes à risque de développer une forme sévère de la maladie**⁴ : que ce soit en milieu hospitalier (ICU, néonatalogie, oncologie, gériatrie, dialyse, hématologie) ou milieu ambulatoire (personnel des MR/MRS en contact avec les résidents). Le résultat devra alors être rendu dans les 24h, pour éviter d'écarter trop longtemps une personne non COVID-19 du lieu de travail, si les symptômes sont légers.

Tout patient hospitalisé/interné dans une collectivité présentant des symptômes d'infection respiratoire. Dans le cas de cluster/cas groupés, tester les premiers cas (jusqu'à un maximum de 5 cas). Ensuite, établir un lien entre la présence de symptômes suggestifs et un contact avec un cas confirmé peut être suffisant pour considérer le patient comme un cas confirmé et appliquer les mesures de contrôle.

- Tout **nouvel arrivant** dans une structure de **collectivité** (par exemple : maison de repos, prison, maison d'accueil...), présentant des symptômes respiratoires au moment de l'enregistrement.

³ personne chez laquelle des symptômes d'infection aiguë des voies respiratoires inférieures ou supérieures apparaissent OU s'aggravent lorsque le patient a des symptômes respiratoires chroniques.

⁴ Facteurs de risque :

- Adulte de plus de 65 ans
- Maladie cardiovasculaire, diabète ou HTA
- Pathologie chronique sévère du cœur, poumon, rein
- Immunosuppression, hémopathie maligne ou néoplasie active

Si la capacité augmente au cours des prochains jours/prochaines semaines, les personnes suivantes peuvent être rajoutées :

- Tout **professionnel de santé qui remplit la définition de cas possible** : afin de protéger au maximum les personnes en contact avec ces professionnels plus à risque d'acquérir l'infection puisque non confinés.

5. Phase IV : Restauration

Dans la situation où les mesures de *social distancing* seront allégées, il faudra tester à nouveau tous les cas répondant à la définition de cas suspect, pour détecter les personnes atteintes et appliquer des mesures d'isolement afin de maintenir la dispersion du virus à un niveau gérable pour la capacité hospitalière.

Les personnes présentes étaient :

Sciensano :

- Dr Sophie Quoilin
- Dr Tinne Lernout
- Dr Chloé Wyndham Thomas
- Dr Javiera Rebolledo

Membres du RAG ayant fournis un avis:

- AZG : Dr Dirk Wildemeersch
- AviQ: Dr Sophie Lokietek
- COCOM Bxl: Dr Roman MATHIEU
- Grand Hôpital de Charleroi : Dr Xavier HOLEMANS
- Société Scientifique de Médecine Générale : Dr Thomas Orban
- CHU Saint Pierre : Dr Marc HAINAUT
- CHU Saint Pierre : Dr Michèle Gérard
- Demus Medica: Dr Roel Van Giel
- CHU Saint Pierre : Dr Sigi VANDENWIJNGAERT