

Covid-19 : dépister plus, dépister mieux

Communiqué de l'Académie nationale de médecine

3 août 2020

La stratégie « tester-tracer-isoler » mise en place à partir du 11 mai 2020 dans le cadre de la sortie du confinement était une stratégie ciblée. Elle incluait la réalisation d'un test RT-PCR pour les malades suspects et pour les contacts des cas confirmés afin d'identifier rapidement et d'isoler les personnes infectées par le SARS-CoV-2, symptomatiques ou non. La mise en œuvre de ce programme a nécessité un accroissement des capacités de prélèvement et d'analyse ainsi qu'une organisation nouvelle mobilisant les médecins généralistes, les plateformes de l'assurance maladie, les laboratoires de biologie médicale, les laboratoires hospitaliers, les laboratoires vétérinaires [1], avec le soutien des agences régionales de santé, notamment pour la conduite des enquêtes de traçage. La capacité maximale alors disponible était de 700 000 tests par semaine. Dix semaines plus tard, le cap des 500 000 tests par semaine est à peine atteint malgré une progression de 50% du taux de dépistage au cours du mois de juillet (682 patients testés pour 100 000 habitants en semaine 30).

Les personnes initialement visées par le dépistage étaient les malades présentant des symptômes évocateurs de la Covid-19 et porteurs d'une ordonnance médicale, les sujets-contact identifiés par les services de l'Assurance maladie et certaines populations à haut risque (milieu hospitalier, foyers et centres médicaux sociaux, EHPADs).

Pour répondre à la résurgence de l'épidémie observée depuis la semaine 27, l'arrêté du 24 juillet élargit le dépistage de la Covid-19 en permettant l'accessibilité du test RT-PCR pour tous, sans ordonnance, avec prise en charge intégrale par l'assurance-maladie [2], et le rend obligatoire pour les voyageurs en provenance de 16 pays « à risque ». Ces nouvelles dispositions ont entraîné un afflux considérable de personnes souhaitant se faire tester afin de se rassurer.

Le principal obstacle compromettant l'efficacité de cet élargissement est la longueur des délais nécessaires, aussi bien pour le prélèvement que pour la réalisation du test et pour le rendu du résultat. Dans certains sites, les patients présentant ou non des signes cliniques évocateurs doivent attendre 4 jours pour obtenir un rendez-vous de prélèvement et une durée équivalente pour connaître leur résultat. Ces délais excessifs peuvent retarder les mesures d'isolement qui devraient être prises dès le début des symptômes, sans attendre les résultats.

Plusieurs causes sont avancées pour expliquer les difficultés qui s'opposent à un dépistage rapide des sujets porteurs du SARS-CoV-2 :

– au niveau des prélèvements : engorgement des laboratoires de biologie médicale publics et privés dont les plages d'ouverture sont limitées (quelques heures seulement dans la journée et pas le week-end dans certains cas), pénurie de matériel pour les prélèvements naso-pharyngés (surblouses, masques FFP2, lunettes, charlottes, écouvillons floqués en nylon ou en polyester), manque de personnes habilitées à prélever (médecins ou infirmiers), respect des précautions

pour la protection du préleveur, durée de l'acte et de l'enregistrement, délais de transport au laboratoire référent ;

– au niveau de la réalisation des tests RT-PCR : nombre restreint de laboratoires d'analyses médicales ayant une expérience de la biologie moléculaire et équipés d'automates à haut débit, défaut de matériels (consommables, réactifs), manque de techniciens formés et expérimentés.

Les indicateurs épidémiologiques de la Covid-19 laissant prévoir la persistance d'une circulation active du SARS-CoV-2 dans la population pendant l'été et redouter une seconde vague pandémique à l'automne, **l'Académie nationale de médecine recommande de mettre en œuvre une politique de dépistage coordonnée et réactive :**

– en mettant en place un circuit de diagnostic rapide (moins de 24 heures entre le prélèvement et le rendu du résultat) impliquant un réseau de laboratoires dédiés couvrant l'ensemble du territoire national, réservé en priorité aux patients suspects, aux personnes contact et aux voyageurs arrivant en France soumis à l'obligation de dépistage ;

– en créant des équipes mobiles de dépistage, dotées des moyens de prélèvement et d'automates transportables pour la détection automatisée rapide de l'ARN viral (système GeneXpert), capables d'intervenir rapidement sur les foyers jugés critiques ;

– en favorisant l'accessibilité des laboratoires expérimentés en biologie moléculaire à la réalisation du dépistage du SARS-CoV-2 par RT-PCR pour satisfaire au mieux les demandes spontanées, ou motivées par un voyage, un accouchement ou une intervention chirurgicale et pour renforcer les capacités de réponse aux besoins qui seraient nécessaires dès l'automne en cas de seconde vague.

En revanche, **l'Académie nationale de médecine ne recommande pas :**

– la pratique des « tests groupés », consistant à mettre en commun plusieurs échantillons avant de réaliser la RT-PCR dans le but de gagner du temps et d'économiser des réactifs, ce qui expose à une perte de sensibilité ;

– l'intégration des prélèvements salivaires dans les protocoles de dépistage tant que leur utilisation avec les réactifs et les automates actuellement disponibles n'aura pas montré des performances équivalentes à celles des prélèvements naso-pharyngés.

Cette politique de dépistage renforcé ne sera efficace qu'à la seule condition du maintien parallèle, strict et tenace des mesures barrière.

[1] Prise de position de l'Académie « Pour un renfort vétérinaire au diagnostic du Covid-19 », 30 mars 2020.

[2] Arrêté du 24 juillet 2020 modifiant l'arrêté du 10 juillet 2020 prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans les territoires sortis de l'état d'urgence sanitaire et dans ceux où il a été prorogé. JORF n°0181 du 25 juillet 2020.