

Nice, le 7 mai 2020

OBJET : Questions fréquentes concernant des résultats RT-PCR positifs dans le cadre d'une campagne de dépistage systématique en EHPAD de résidents asymptomatiques

A l'attention des Directeurs,
Médecins coordonnateurs d'EHPAD
et Médecins traitants des résidents,

Selon les recommandations nationales un dépistage systématique des résidents et personnels des EHPAD par RT-PCR est préconisé dès lors qu'il y a un cas avéré dans l'EHPAD (résident ou soignant dépisté positif après avoir présenté une symptomatologie évocatrice de COVID- 19).

Allant au-delà de ces préconisations nationales, à titre individuel ou après la proposition du CD06 d'élargir ce dépistage sur les établissements du 06, nous constatons que des EHPAD ont pris la décision de réaliser un dépistage à titre systématique de l'ensemble des résidents et personnels des EHPAD en dehors de toute suspicion de cas positif.

Ce dépistage systématique retrouve en grand nombre des tests PCR positifs chez des résidents et personnels asymptomatiques. Ces résultats, difficile à interpréter, posent plusieurs questions auxquelles nous avons tenté de répondre après discussions avec les infectiologues du CHU, après revue de la littérature et après révision des recommandations de la HAS, de la DGS et du HCSP.

1. Depuis quand le résident est-il porteur du COVID-19 ?

En l'absence de symptomatologie, le JO de l'infection est impossible à déterminer. Devant ces résultats positifs, il est néanmoins nécessaire de retracer lors des 2 mois précédant le résultat du test COVID positif :

- tout épisode clinique évocateur (fièvre, toux sèche, dyspnée)
- et/ou tout symptôme atypique qui aurait pu être peu important et donc banalisé (Diarrhée, Anosmie en l'absence de rhinorrhée, Agueusie, État confusionnel, Chutes, Fébricule avec variations de température entre hyper et hypothermie, symptomatologie dermatologique à type d'éruption cutanée prurigineuse, pseudo-engelures des extrémités, rougeurs persistantes parfois douloureuses, lésions d'urticaire passagères).

Cette reconstitution pourrait évoquer un JO hypothétique, sans aucune certitude que les signes cliniques évoqués soient en relation avec la présence d'une RT-PCR COVID-19 positive.

2. Le résident est-il toujours contagieux ?

La RT-PCR peut être positive jusqu'à 8 semaines (dans la majorité des cas, elle reste positive pendant 28 jours). Cependant, la positivité n'est pas synonyme de contagiosité. Pour rappel, ce test « diagnostic direct » se positive sur la présence d'un génome viral et n'a pas de corrélation avec le caractère contagieux du résident.

Le COVID-19 est contagieux surtout pendant les 8 premiers jours.

Le dépistage en l'absence de symptomatologie clinique ne permet donc pas de savoir si le résident est en début de contamination et donc contagieux ou si la PCR a retrouvé un ARN viral inactif et donc non contagieux, ni depuis combien de temps il résident n'est plus contagieux.

3. Combien de temps le résident doit-il être installé en secteur COVID ?

Les patients ne sont plus considérés comme contagieux après 8 jours (10 jours chez les immunodéprimés et les patients âgés), et après l'absence de symptômes pendant 48h. Cependant, en EHPAD, des précautions gouttelettes supplémentaires sont préconisées pendant 14 jours supplémentaires. Ceci porte le maintien du résident pendant 24 jours en secteur COVID à partir du 1^{er} jour des symptômes.

Pour les patients asymptomatiques, il n'est donc pas possible de savoir combien de temps les maintenir en secteur COVID, sauf à considérer le J0 au jour du résultat du test.

4. Qui hospitaliser ?

En l'absence de symptomatologie clinique grave nécessitant la prise en charge en secteur hospitalier après appel du 15 (désaturation < 94% AA, Fréquence cardiaque < 60/mn ou >100, fréquence respiratoire < 12/mn ou > 20/mn, PAS < 100 mm Hg, trouble de la vigilance), il n'y a pas de nécessité d'hospitaliser les cas COVID positifs asymptomatiques.

L'EHPAD devra adapter la capacité de son secteur au nombre de cas dépistés.

La doctrine d'hospitalisation des 2 premiers cas suspects (donc symptomatiques) dans un EHPAD sans cas COVID connu est maintenue pour valider le diagnostic ou l'écarter au CHU (RT-PCR couplée à un TDM thoracique). Ceci permet d'orienter la décision d'ouvrir ou non le secteur COVID à l'EHPAD avec un diagnostic de certitude > 90 % avec le couplage PCR /TDM thoracique contre 67% de Diagnostic positif avec la PCR seule (avec le risque si la PCR seule est réalisée dans l'EHPAD chez un patient symptomatique de le considérer à tort comme COVID négatif, en raison du grand nombre de faux négatifs).

5. Une sérologie peut-elle être réalisée pour guider la CAT ?

Les sérologies proposées actuellement ne sont toujours pas validées par le CNR. Elles n'ont pas de place dans le cadre du diagnostic précoce de l'infection COVID -19 (<J7), la cinétique de production des anticorps n'est pas connue, il y a des faux positifs (sur d'autres CORONAVIRUS) et des faux négatifs (pas d'anticorps chez des patients super répondeurs). De plus, la réponse immunitaire n'est pas systématiquement synonyme d'immunisation protectrice.

La HAS suggère un intérêt de la sérologie uniquement dans les 7 cas suivants :

1. 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.
2. En diagnostic de rattrapage de patients symptomatiques graves hospitalisés mais qui n'ont pas eu un test RT-PCR dans les sept premiers jours.
3. 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.
4. 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.
5. 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).
6. 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.
7. 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.

6. Faut-il reconstrôler par PCR les patients dépistés COVID positifs pour lever l'isolement ?

Non, le contrôle par PCR chez un patient testé positif n'a aucun intérêt (en dehors des protocoles de recherche) car les tests restent positifs beaucoup plus longtemps que la période de contagiosité. Ceci est lié au test lui-même qui dépiste de l'ARN viral qui peut être présent dans les fosses nasales mais devenu inactif.

Nous comprenons que pour les EHPAD, cette stratégie de dépistage systématique, en dehors de tout cas suspect ou positif confirmé symptomatique, soit considérée comme une précaution supplémentaire pour les résidents. Cependant, cela implique une organisation au sein des EHPAD qui permette une sectorisation avec un ajustement capacitaire en fonction des tests positifs retrouvés alors même que les résidents asymptomatiques testés ne sont peut-être plus contagieux. Les CHU, CH et cliniques ne pourront pas prendre en charge tous les résidents positifs asymptomatiques au risque de saturer l'offre de soins au détriment de patients COVID qui présenteraient des symptômes relevant d'une prise en charge hospitalière.

Nous restons bien sûr à votre disposition pour la prise en charge de vos résidents symptomatiques.

Bien cordialement

L'équipe de la Hotline Gériatrique Alpes-Maritimes Est