

Coronavirus (COVID-19)

Recommandations intérimaires

Comité sur l'accès aux tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN)¹

Version du 29 mai 2020

Portée du document

Ce document précède la nouvelle stratégie de dépistage associée à l'élargissement de l'offre de tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN), aussi communément appelés en anglais *polymerase chain reaction (PCR)*, pour la COVID-19 au Québec. À partir des recommandations inscrites dans ce document, le gouvernement, les directeurs de santé publique, les microbiologistes-infectiologues, les agents de prévention et de contrôle des infections, de même que les directeurs de laboratoire seront invités à mieux planifier et coordonner l'offre de TAAN pour le diagnostic de la COVID-19. De nouvelles priorités seront ainsi ensuite émises pour remplacer celles du 1^{er} mai 2020. Par ailleurs, ce document précède une recension des écrits et des indications cliniques de TAAN pour la COVID-19, qui sera déposée par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux à la fin juin. Les recommandations de ce document sont donc intérimaires.

Préambule

Les TAAN, communément appelés tests PCR, sont de plus en plus accessibles pour diagnostiquer la COVID-19. Outre l'application rigoureuse de mesures de distanciation physique, d'hygiène respiratoire, de désinfection régulière des mains et de port de l'équipement de protection individuelle systématique, l'utilisation raisonnée et efficiente des TAAN pour l'identification des personnes malades avant leur isolement subséquent apparaît comme l'une des principales stratégies de santé publique dans le contrôle de la pandémie. Cette stratégie est recommandée de façon unanime par l'ensemble des autorités de santé publique.

Le TAAN est utilisé comme examen diagnostique chez des personnes symptomatiques et comme examen de dépistage chez des personnes asymptomatiques. Spécifiquement, l'utilisation actuelle des TAAN se départage en trois catégories :

¹ **Membres du comité** : D^{re} Christiane Arbour (MSSS), Marie-Josée Asselin (MSSS), Yannick Auclair (INESSS), Cynthia Beaudoin (MSSS), D^{re} Mariejka Beaugard (MSSS), D^{re} Geneviève Cadieux (Direction de santé publique de Montréal), Annie Demers (MSSS), D^r Gaston Deserres (INSPQ), D^{re} Judith Fafard (LSPQ), D^r Charles Frenette (CUSM), Thierry Gahungu (MSSS), D^{re} Isabelle Goupil-Sormany (MSSS), Marie-France Hallé (MSSS), D^r Yves Jalbert (MSSS), D^r Jean Longtin (CHU de Québec), Denis Ouellet (MSSS), Geneviève Poirier (MSSS).

1. Les personnes ayant des symptômes compatibles avec la COVID-19 ;
2. Les personnes asymptomatiques dans un contexte de contact étroit et prolongé avec un cas confirmé ou d'éclosion (milieux de travail, milieux de soins, milieux de garde ou scolaires).
3. Les personnes asymptomatiques dans certains contextes cliniques ou professionnels.

Alors que la pertinence de tester les personnes appartenant à la première catégorie fait l'unanimité, la pertinence d'offrir des tests aux personnes des deux autres catégories est sujette au débat chez les autorités scientifiques (voir Annexe A). Les experts s'entendent sur la nécessité de rassembler les données épidémiologiques issues des stratégies 2 et 3 afin de statuer sur la pertinence de ces indications.

D'une part, la charge virale évolue dans le temps et influence le résultat du TAAN. Les faux négatifs seraient généralement attribuables à une charge virale trop faible au moment du prélèvement, surtout si celui-ci a été effectué au tout début ou à la toute fin de l'infection virale². L'INSPQ recommande de répéter ce test quelques jours plus tard lorsque le clinicien a une forte suspicion de COVID-19 en présence d'un résultat négatif³.

D'autre part, la transmission par des personnes infectées peu symptomatiques ou asymptomatiques est décrite et semble de plus en plus probable selon la recension récente des écrits^{4,5}. Enfin, la prévalence de personnes infectées dans la population n'est toujours pas connue et justifie un ensemble de mesures qui impacte autant la productivité des milieux de soins que des milieux de travail.

Par ailleurs, chez les personnes guéries, la présence de particules virales peut persister longtemps sans qu'on soit, pour l'instant, capable d'en déterminer le caractère infectieux réel¹. Cette réalité entraîne une consommation importante de TAAN chez des personnes considérées comme cliniquement rétablies de la maladie de la COVID-19 : les travailleurs de la santé, les résidents des milieux de vie ou encore chez des patients en attente d'une intervention après avoir eu la COVID-19. Ces situations témoignent de l'importance d'utiliser le TAAN avec discernement.

Contexte québécois

Disponibilité et accès des TAAN

L'offre de TAAN a augmenté de façon progressive depuis janvier, pour atteindre une capacité de plus de 20 000 tests quotidiens en date du 15 mai. Cette augmentation a toutefois été modulée

² https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_detection_moleculaire_individus_asymptomatiques.pdf

³ <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2902-gestion-cas-contacts-communaute-covid19.pdf>

⁴ <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/covid/2989-asymptomatiques-potentiel-transmission-covid19.pdf>

⁵ https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_detection_moleculaire_individus_asymptomatiques.pdf

par de nombreux enjeux opérationnels : l'accès aux réactifs pour permettre l'analyse, l'accès aux écouvillons de prélèvement et l'accès aux TAAN en eux-mêmes. La disponibilité des ressources humaines suffisantes pour conseiller les patients et planifier les rendez-vous, pour effectuer les prélèvements, pour procéder aux analyses de laboratoire et pour transmettre les résultats a également été un enjeu non négligeable.

Plusieurs orientations structurantes, notamment une priorisation des groupes à tester, ont été formulées pour contrôler l'accès aux TAAN et soutenir une utilisation avisée de cet outil diagnostique. De façon générale, ce sont les personnes avec des symptômes correspondant à la définition de cas ou avec des facteurs d'exposition (contacts étroits et prolongés, voyage) qui ont d'abord été privilégiées. Dans un contexte de rareté d'accès aux TAAN, les milieux cliniques et les travailleurs essentiels, dont ceux de la santé, ont été prioritaires. Ce choix s'est effectué dans un contexte où la population du Québec était confinée à domicile et donc en isolement préventif, peu importe si elle souffrait ou non de la maladie. Jusqu'à maintenant, aucune balise n'a encadré l'utilisation des TAAN comme examen de dépistage auprès des personnes asymptomatiques.

À la suite d'importantes éclosions en milieu de soins, notamment en CHSLD, des TAAN ont été prescrits de façon systématique aux usagers et aux travailleurs des unités de soins et des milieux de vie au sein desquels un cas de COVID-19 non isolé était détecté. Cette pratique a d'abord été adoptée par les infectiologues, puis par la santé publique. Les résultats ont mis en évidence la présence non négligeable de personnes infectées asymptomatiques, présymptomatiques ou faiblement symptomatiques dans les milieux de soins ou de vie, notamment dans les milieux de vie pour personnes âgées. La présence de personnes infectées asymptomatiques dans un contexte de soins, couplée à des lacunes dans l'application des mesures d'hygiène et de salubrité, de protection et de prévention des infections (PCI) et de distanciation entre travailleurs, a contribué à l'augmentation du dépistage de la COVID-19 observée en milieux de soins ou de vie. L'utilisation des TAAN dans les milieux de vie pour les personnes âgées et pour les personnes susceptibles de développer des complications de la COVID-19, notamment lors des transferts de patients, s'est généralisée et est devenue une pratique cautionnée par les autorités à partir d'avril. Il convient toutefois de mentionner que cette pratique n'a jamais remplacé les mesures d'isolement nécessaire en raison de la période d'incubation de la maladie.

La disponibilité de plus en plus grande de TAAN génère aussi actuellement une demande de plus en plus importante pour son utilisation en prévention. En effet, de plus en plus de milieux réclament l'accès aux TAAN pour lever les mesures d'isolement ou encore pour gérer l'accès à des milieux de soins, à des traitements ou encore à des ressources d'hébergement. Des demandes de TAAN sont aussi formulées pour filtrer l'accès à des lieux de travail en région isolée ou encore à l'entrée dans des régions à faible endémicité.

La pertinence du TAAN dans ces contextes ne s'appuie toutefois pas systématiquement sur des évidences et des consensus scientifiques. L'anecdotique et une logique pragmatique soutiennent davantage la pratique que les preuves scientifiques documentées, comme en témoigne l'avis de

*Infectious Diseases Society of America*⁶. De plus, la crainte d'une minimisation des symptômes, notamment chez les travailleurs ou certains usagers, demeure une préoccupation réelle dans les milieux où résident des personnes susceptibles à des complications de la COVID-19 ou fréquentés par des personnes à risque de complications de la COVID-19.

Situation épidémiologique

Selon les observations actuelles, les taux de prévalence observés chez les travailleurs asymptomatiques de la santé lors d'éclotions varient énormément, mais tendent à diminuer depuis l'augmentation de la formation des travailleurs de la santé sur le port des équipements de protection individuelle, l'application plus stricte des équipements de protection individuelle et le renforcement des mesures d'hygiène et salubrité. Ainsi, des taux de personnes infectées asymptomatiques de 20 % à 30 % sont encore rapportés dans les milieux de vie pour aînés en éclosion, mais seraient plus proches de 1 à 3 % dans les récentes enquêtes en centre hospitalier de courte durée sans éclosion. Dans certains centres hospitaliers montréalais, la prévalence parmi les patients admis oscillerait entre 0 % et 9 % selon les semaines et les unités. Toutefois, ces estimations ne peuvent être considérées comme des données épidémiologiques robustes permettant de statuer sur la prévalence populationnelle en absence de dénominateurs précis associés aux prévalences obtenues. Un système de surveillance spécifique au TAAN pourrait donner une information de santé publique pertinente.

Au moment d'écrire ce document, des critères d'intensité de transmission communautaire sont en élaboration. Il apparaît clair pour le comité que plusieurs des recommandations émises pourraient ne s'appliquer que dans certains contextes de transmission soutenue ou élevée. Ainsi, dans des contextes de faible incidence de cas, la pertinence du dépistage chez des personnes qui ne présentent pas de symptômes compatibles avec la COVID-19 pourrait être revue. Ces travaux sont imminents et permettront une utilisation encore plus efficace des TAAN.

Mandat du comité

Un comité ayant pour mandat de baliser l'utilisation des TAAN a été mis sur pied le 11 mai 2020. Spécifiquement, le comité a les objectifs suivants :

- Établir les principes qui justifient l'utilisation du TAAN pour la COVID-19 en clinique, dans les milieux de vie et en santé publique.
- Se prononcer sur le volume de tests qui seraient requis pour répondre à tous les besoins cliniques en matière de TAAN.
- Évaluer les capacités réelles de TAAN.
- Pondérer les besoins avec les capacités, incluant une analyse coût-bénéfice.
- Émettre des recommandations sur des priorités de gestion des TAAN pour la COVID-19 au Québec qui permettent de respecter le nombre de tests accordés au milieu de la santé.
- Projeter les indications futures lorsque la capacité de tests sera bonifiée.

⁶ https://www.idsociety.org/globalassets/idsa/practice-guidelines/covid-19/diagnostics/idsa-covid-19-guideline_dx_version-1.0.1.pdf

Pour mieux baliser les indications de dépistage sur des assises scientifiques, un mandat a aussi été donné à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). L'INESSS prévoit déposer ses premières recommandations à la mi-juin. Les travaux du comité continueront et des modulations seront possibles selon le portrait épidémiologique évolutif observé au Québec.

Perspective adoptée

En attendant le dépôt du rapport de l'INESSS, le comité a été saisi de plusieurs éléments pour procéder à des recommandations intérimaires. Les recommandations s'appuient sur une adaptation des principes de pertinence proposés par le Commissaire à la santé et au bien-être⁷. Découlant de ces constituants, les tests devraient être utilisés de manière à :

- Apporter, selon les données probantes disponibles, plus de bien que de mal pour une personne ou pour une communauté ;
- Apporter une valeur ajoutée quant à la prise en charge individuelle ou collective de la population et soutenir les décisions cliniques, entre autres sur l'utilisation des équipements de protection individuelle ou sur la trajectoire du patient ;
- Respecter les principes éthiques ainsi que les préférences des individus et de la société concernés.

Les indications des tests doivent également permettre l'utilisation judicieuse et opportune des produits, des ressources et des services de santé. De ce fait, le rapport coût-efficacité doit être considéré dans la prise de décision. Il est également nécessaire de considérer le « coût d'opportunité », c'est-à-dire qu'un test utilisé pour une indication ne pourra être réutilisé pour une autre indication.

Une adaptation des critères de priorisation des services proposés par le Commissaire à la santé et au bien-être a été considérée dans le processus décisionnel :

- Les bénéfices pour la santé publique;
- Les bénéfices supplémentaires apportés par le test;
- L'ensemble des bénéfices du test pour la personne, ses proches et la société (incluant les travailleurs de la santé);
- La solidité des données scientifiques;
- L'absence d'une autre intervention efficace;
- Les coûts et le rapport coût-bénéfice de la stratégie de test.

⁷ https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/PanierServices_Rapport/CSBE_Addenda2_Pertinence_Soins_Services.pdf

Aux yeux du comité, les notions de valeur ajoutée ou de bénéfices supplémentaires sont particulièrement importantes. Les bénéfices pour la santé publique, la protection des usagers et travailleurs de la santé en milieux de soins et leurs proches, la protection des personnes

susceptibles de développer des complications à la COVID-19, la protection des milieux contre les éclosions, la consommation des équipements de protection et la performance des blocs opératoires sont autant d'éléments considérés par le comité.

Processus délibératif

Chaque direction du MSSS a été sollicitée pour déterminer et chiffrer ses besoins d'utilisation des TAAN en tenant compte des principes évoqués. De nombreux besoins ont été recensés. Pour chaque besoin, le comité a souhaité pondérer l'impact du TAAN sur la prise en charge et le suivi des personnes testées. En parallèle, d'autres travaux effectués au MSSS ont engendré une demande spécifique pour des TAAN, notamment pour des enquêtes de prévalences chez les travailleurs de la santé en milieu où résident des personnes susceptibles de développer des complications de la COVID-19 ou fréquentés par des personnes à risque de complications de la COVID-19.

Les principales demandes traitées concernent le dépistage systématique de certaines clientèles à risque de complications de la COVID-19 lors de leurs admissions en établissement ou en milieux de vie. À ces demandes s'ajoute celle exprimée par les employeurs pour leurs employés qui vivent en baraquement (camp forestier/village minier), qui vivent une très grande proximité sur leur lieu de travail et qui entrent en zone éloignée ou froide. Enfin, certains milieux de soins prescrivent systématiquement le TAAN à leurs employés qui ont travaillé en milieu en éclosion avant de réintégrer le travail dans les milieux froids.

Le comité rappelle l'importance de tenir compte de la période d'incubation dans l'analyse des résultats de TAAN. Pour le comité, le résultat négatif obtenu ne peut être utile qu'à court terme chez les personnes asymptomatiques, à plus forte raison lorsqu'un contact étroit et prolongé a eu lieu entre la personne testée et un cas. De plus, le comité rappelle que de nombreuses inconnues demeurent :

- Prévalence réelle de la maladie dans la population générale au moment du déconfinement, selon la région;
- Sensibilité du TAAN chez les personnes en phase présymptomatique ou asymptomatiques;
- L'infectiosité réelle des patients et des travailleurs asymptomatiques lorsque l'équipement de protection individuelle est porté et que d'autres mesures de protection universelles sont appliquées;
- La contribution des patients et des travailleurs asymptomatiques aux éclosions en milieux de soins.

Le processus a aussi été nourri de certains intrants dont :

- La baisse du nombre de nouveaux cas positifs à la COVID-19;
- La proportion de résultats de TAAN positifs sur le nombre de TAAN demandé qui est à la baisse;
- Le portrait épidémiologique de la maladie à partir des données de surveillance;
- Les avis des comités d'experts ailleurs dans le monde;
- Les incertitudes actuelles.

Enfin, le comité a retenu deux types de vulnérabilités : la vulnérabilité individuelle à des complications de la COVID-19 et la vulnérabilité des milieux de vie et de soins (surspécialisation des travailleurs, ressources humaines disponibles, spécificité du milieu). Par ailleurs, d'autres types de vulnérabilités⁸ pourraient être éventuellement considérées, notamment l'accès aux TAAN pour certains sous-groupes de la société.

RECOMMANDATIONS

À l'heure actuelle, le nombre de cas rapportés est à la baisse. Le Québec compte sur une capacité quotidienne d'environ 20 000 TAAN. Dans cette situation, le comité considère que les priorités évoquées par les milieux cliniques et la santé publique ne mettent pas en péril les capacités diagnostiques pour les personnes symptomatiques. Par ailleurs, le comité reconnaît que les recommandations émises demeurent empiriques et s'appuient sur des observations sommaires.

Deux cas de figure pourraient sensiblement modifier la demande de santé publique. Le premier survient en cas d'augmentation de l'incidence de la COVID-19. Alors que le Québec amorce son déconfinement actif, les besoins de santé publique pourraient exploser si une deuxième vague épidémique survenait. Le deuxième cas de figure survient lorsque la proportion de nouveaux cas est à la baisse. Dans ce cas, la stratégie de santé publique passe d'une stratégie d'atténuation (éviter que le nombre de cas ne submerge les milieux de soins) à une stratégie de suppression. Cette stratégie peut exiger une capacité importante de tests pour capter des cas en transmission secondaire en testant de façon plus systématique les contacts étroits et prolongés des cas de COVID-19. Les données de prévalence populationnelle doivent alors orienter une réduction de l'utilisation des TAAN à des fins de dépistage chez les personnes asymptomatiques sans histoire d'exposition à la COVID-19.

Considérant ce contexte, le comité précise que les personnes présentant des symptômes compatibles avec la COVID-19 devraient toujours être priorisées pour l'accès au TAAN. De plus, le comité considère que les TAAN visent surtout à protéger les milieux de soins et les personnes à risque de complications de la COVID-19 : personnes âgées de plus de 70 ans, personnes atteintes de maladies chroniques et personnes immunosupprimées.

⁸ Le comité ne s'est pas prononcé sur les vulnérabilités liées à la langue, à la culture ou aux barrières d'accès.

Recommandation intérimaire n° 1

Le comité recommande de prioriser, en tout temps, l'accès aux TAAN aux personnes avec des symptômes compatibles avec la COVID-19 et la priorité d'analyse de leurs prélèvements en laboratoire.

Le consensus actuel est d'offrir les TAAN d'abord et en priorité aux personnes symptomatiques. Selon les données disponibles actuellement, une proportion significative des personnes infectées développent des symptômes pendant le cours de l'infection, même si ces symptômes demeurent légers. À l'heure actuelle, un des principaux moyens à la disposition des directions de santé publique pour interrompre la transmission de la COVID-19 consiste à isoler tous les cas. La confirmation du diagnostic par un test de laboratoire permet de déclencher l'enquête pour la recherche et l'isolement des contacts étroits et prolongés et pourrait contribuer à l'adhésion aux prescriptions d'isolement. La rapidité d'intervention est déterminante pour freiner la propagation du virus. Désormais, il n'est plus recommandé d'attendre avant de faire des prélèvements sur les personnes symptomatiques. Toutefois, si la suspicion de faux négatif est présente à la suite du résultat, il est recommandé de répéter le TAAN dans les jours suivant la réception du résultat.

Recommandation intérimaire n° 2

Le TAAN devrait être offert à toutes les personnes présentant de la fièvre ou une apparition ou aggravation de la toux ou une anosmie soudaine sans congestion nasale avec ou sans agueusie ou de l'essoufflement, de la douleur thoracique ou de la difficulté à respirer ou au moins 2 symptômes parmi les suivants : 1) un symptôme général : douleurs musculaires, céphalée, fatigue intense ou importante perte d'appétit 2) mal de gorge 3) de la nausée, des vomissements ou de la diarrhée.

Pour les personnes **symptomatiques**, le comité recommande de les tester systématiquement. Alors que les symptômes grippaux et les infections des voies respiratoires connaissent naturellement une baisse avec l'arrivée du printemps, l'ajout des symptômes moins spécifiques de la maladie peut engendrer une augmentation de la demande, notamment en pédiatrie. Cependant, cette recommandation apparaît justifiée dans le contexte actuel et les incertitudes qui demeurent. De plus, la stratégie de santé publique repose sur une recherche proactive des cas, de leur isolement et de l'isolement de leurs contacts étroits et prolongés. Il apparaît donc justifié de maximiser l'accès aux TAAN pour les personnes avec symptômes. Désormais, il n'est plus recommandé d'attendre avant de prélever les personnes symptomatiques. Toutefois, si la suspicion de faux négatif est présente à la suite du résultat, il est recommandé de répéter le TAAN dans les jours suivant la réception du résultat. Le comité tient aussi à ajouter **que d'autres**

symptômes^{9,10} pourraient être ajoutés dans des contextes particuliers et spécifiques lors d'une forte suspicion de transmission ou de contacts étroits et prolongés avec la COVID-19. L'ajout doit être discuté avec les officiers de prévention, les microbiologistes-infectiologues ou les directions de santé publique.

Recommandation intérimaire n° 3

- **Tous les contacts étroits et prolongés des cas de COVID-19 devraient être testés. Toutefois, ces personnes devraient être encadrées par les directeurs de santé publique pour positionner les autres mesures de contrôle reconnues efficaces, dont l'isolement, et pour déterminer la pertinence de répéter le TAAN à la fin de la période d'isolement**¹¹.

Il est de plus en plus recommandé d'effectuer des TAAN chez les contacts étroits de personnes atteintes de la COVID-19. Toutefois, cette stratégie doit s'appuyer sur un counseling de santé publique à savoir qu'un TAAN négatif en début de période d'incubation ne permet pas de raccourcir la période d'isolement de 14 jours à partir de la dernière exposition au cas. De plus, si les contacts étroits et prolongés n'ont pas développé de symptômes durant leur période d'incubation, il faut prévoir refaire le TAAN avant de lever l'isolement, afin d'identifier les cas asymptomatiques.

La stratégie qualifiée de « suppression » implique une recherche intense des cas, notamment par le dépistage de contacts étroits et prolongés de ces cas confirmés, et la mise en place de mesures de contrôle des infections et de counseling sur les mesures de base pour prévenir la transmission. Elle évoque aussi d'augmenter la suspicion clinique dans certains milieux en éclosion. Selon cette

⁹ Les signes et symptômes les plus fréquents sont la fièvre et la toux, les radiographies thoraciques montrant des infiltrats pneumoniques invasifs dans les deux poumons et la fatigue. Parmi les autres symptômes : la dyspnée, la fatigue, les myalgies et les courbatures, les expectorations, les frissons, les douleurs à la poitrine, les céphalées, le mal de gorge, la diarrhée, les étourdissements, la rhinorrhée, les nausées ou les vomissements, la congestion nasale, la conjonctivite, la perte du goût (agueusie), la perte de l'odorat (anosmie), l'éruption cutanée, la décoloration des doigts de la main ou du pied, la vascularite inflammatoire multi-systémique, l'exacerbation de conditions chroniques, le delirium, le déclin fonctionnel aigu, le croup, la tachycardie inexplicée, la baisse de pression sanguine, l'hypoxie inexplicée, la léthargie, la difficulté à s'alimenter chez les nouveau-nés (voir annexe A).

¹⁰ Les enfants sont généralement asymptomatiques ou présentent des symptômes et signes légers comme de la fièvre, une toux sèche, de la fatigue et certains présentent des symptômes gastro-intestinaux

- https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/COVID-19/COVID-19_INESSS_Visee_therapeutique_pediatrie.pdf

¹¹ Les nouveau-nés sont inclus dans cette catégorie :

http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_covid_testing_guidance.pdf et <https://services.aap.org/en/pages/2019-novel-coronavirus-covid-19-infections/faqs-management-of-infants-born-to-covid-19-mothers/>

stratégie, l'offre de TAAN parmi les contacts étroits et prolongés permet d'identifier davantage de cas et de les prendre en charge de façon à interrompre la transmission de l'infection. Or, pour que l'approche soit efficace, il faut non seulement détecter le plus de cas possible, mais aussi assurer le suivi de ces cas et mettre en œuvre les mesures de contrôle de l'infection.

L'importance de la stratégie de suppression dans la pandémie actuelle est soulignée par plusieurs experts et organisations, dont l'OMS. Toutefois, les données disponibles à ce jour ne permettent pas de statuer sur l'efficacité de la stratégie selon le type de contacts pour lesquels des TAAN sont offerts. Parmi les groupes prioritaires suggérés dans la littérature, notons les personnes vivant sous le même toit qu'un cas, les personnes susceptibles de développer des complications de la COVID-19, les patients hospitalisés et les travailleurs de la santé d'un même établissement ou sur une même unité qu'un cas ainsi que les enfants en milieu de garde et en milieu scolaires. Certaines de ces situations sont déjà couvertes par les recommandations du comité. Les directions de santé publique sont invitées à bien cibler les contacts à dépister dans ce contexte.

Par ailleurs, cette approche est déjà inscrite dans les orientations actuelles de santé publique. Elle est toutefois laissée à la discrétion des directeurs de santé publique. Or, aux yeux du comité, la valeur ajoutée de cette approche au regard de l'isolement prescrit, des comportements adoptés à la suite du résultat et au meilleur moment pour l'effectuer, avec ou sans récurrence, doit faire l'objet d'une approche concertée et mieux articulée dans l'offre de TAAN. En effet, différents échos des autorités de santé publique laissent entendre que la mesure aurait des effets pervers et entraînerait, dans certains cas, un relâchement des mesures de contrôle et d'isolement. Sans encadrement, le comité croit que la mesure pourrait nuire aux objectifs de santé publique.

Recommandation intérimaire n° 4

Tous les TAAN de dépistage effectués chez des personnes asymptomatiques dans les milieux de soins et de vie devraient être clairement identifiés et faire l'objet d'un suivi distinctif quantifié par ceux-ci. Les milieux devraient documenter le contexte de la prescription du TAAN (éclosions en milieux de soins, éclosions en milieux de travail, dépistage à l'admission, etc.) et compiler le nombre de TAAN demandés ainsi que le nombre de TAAN positifs obtenus pour chaque indication distincte.

Les connaissances sur l'utilité des TAAN chez les personnes asymptomatiques demeurent parcellaires. Des enquêtes de prévalence peuvent fournir des informations précieuses sur l'histoire naturelle de l'infection, en attendant d'autres approches (dont des études de séroprévalence dans la population générale). Des systèmes d'information optimisés devront être réfléchis pour faciliter la collecte de ces données. De plus, des études longitudinales ou des suivis des personnes initialement asymptomatiques devraient être réalisées pour mieux caractériser l'histoire naturelle de la maladie chez ces personnes. Le comité recommande aux milieux qui procèdent à des analyses chez des personnes asymptomatiques de se doter de capacité d'analyse et de compréhension de ce phénomène. Le comité souhaite d'ailleurs une collecte de données uniformisées au Québec pour bien capter les indications d'utilisation des TAAN. De plus, il est recommandé de partager les connaissances avec les autres acteurs de surveillance, notamment la santé publique.

Recommandation intérimaire n° 5

- **En présence d'une éclosion, sur recommandation d'un directeur de santé publique, d'un microbiologiste-infectiologue ou d'un officier de prévention et de contrôle des infections, un dépistage systématique pourrait être offert à tout le personnel et les usagers à risque de complication de la COVID-19 dans une unité fonctionnelle en milieu de soins ou de réadaptation, un milieu carcéral, un lieu d'hébergement pour personnes itinérantes ou un lieu d'hébergement accueillant des personnes à risque de complications de la COVID-19.**

Le comité s'entend pour dire que cette stratégie a été porteuse et très utile dans la gestion de l'épidémie, en particulier dans les milieux qui hébergent des personnes susceptibles de développer des complications de la COVID-19, notamment en CHSLD et dans certains centres hospitaliers.

Le bénéfice de tester tous les usagers et le personnel d'une unité fonctionnelle dans des milieux n'hébergeant pas de clientèle à risque de complications de la COVID-19 est par ailleurs mis en doute à ce stade-ci de l'épidémiologie de la maladie sans une analyse épidémiologique appropriée.

Par ailleurs, le comité croit aussi que le bénéfice épidémiologique d'un dépistage du personnel et des usagers dans les milieux dits ouverts, c'est-à-dire où les usagers sortent régulièrement, est limité, sauf si la stratégie de suppression est souhaitée par un directeur de santé publique. Le comité privilégie pour ces contextes une surveillance des symptômes et l'application de mesures universelles plutôt qu'une stratégie basée sur l'utilisation des TAAN. De plus, en contexte d'itinérance, le comité rappelle que les usagers d'une même ressource changent ou sortent régulièrement et que le dépistage devrait être initié après une démonstration d'une transmission possible dans le lieu (deux cas reliés dans la même ressource dans un intervalle de temps plausible).

Recommandation intérimaire n° 6

- **Les personnes asymptomatiques doivent obtenir un TAAN de dépistage à l'admission ou à l'intégration dans certains milieux où des personnes à risque de complication de la COVID-19 ou dont la prise en charge est complexe et vivent ou reçoivent des soins et des services de santé soutenus (soins de longue durée, palliatifs ou psychiatriques, réadaptation en santé physique ou en déficience physique)¹².**

De nombreuses trajectoires cliniques obligent actuellement le TAAN avant l'admission. Le comité croit que le dépistage à l'admission ne permet pas d'éliminer le risque d'éclosion dans ces milieux. Cependant, pour plusieurs milieux, ce dépistage permet d'orienter les résidents sur des unités

¹² Cette recommandation couvre aussi le transfert entre établissements ou milieux de vie.

différentes (zones tièdes par rapport à zones chaudes). Dans ces contextes, notamment dans les milieux de vie pour personnes âgées, un dépistage à l'admission peut être indiqué.

Le comité rappelle que le TAAN doit engendrer une conduite distinctive selon le résultat obtenu dans ces milieux. De plus, le comité rappelle que l'isolement préventif et la surveillance des symptômes doivent être maintenus dans les milieux fermés pour tenir compte de la période d'incubation du virus et d'un possible résultat négatif en début de maladie. Enfin, le comité souhaite mettre l'accent sur le fait qu'il n'est pour l'instant pas pertinent de refaire un TAAN chez un patient qui a déjà été confirmé positif, mais qui aurait obtenu par la suite deux TAAN négatifs, surtout s'il ne présente plus de symptôme et répond aux critères de guérison à l'intégration ou à l'admission dans ces milieux^{13,14,15}. Malgré le fait que les autorités invitent à la prudence sur la possibilité d'une réinfection à la maladie, il est raisonnable de croire que la protection immédiate conférée à la suite de la COVID-19 est à l'intérieur de trois mois, sur la base de l'histoire naturelle de la maladie pour les autres infections à coronavirus.

Recommandation intérimaire n° 7

- **En complément de la recommandation n° 6, le dépistage des personnes asymptomatiques à l'admission ou à l'intégration dans un milieu de vie collectif avec hébergement (par ex. : refuge pour personnes en situation de vulnérabilité sociale, milieu carcéral, centre jeunesse, RI-RTF, RAC, foyers de groupe, etc.) pourrait être envisagé, à la condition qu'il existe des facteurs de risques de complications à la COVID-19¹⁶.**

Le comité croit que le dépistage à l'entrée ou à l'admission dans un milieu de vie collectif ne permet pas d'éliminer le risque d'éclosion dans ces milieux. Le comité réaffirme l'importance de tenir un registre de ces tests pour en tirer des leçons et orienter la prise de décision ultérieure. Le comité rappelle aussi que le TAAN pourrait être utilisé à la condition qu'il engendre une conduite distinctive selon le résultat obtenu dans ces milieux. Cette conduite peut se justifier surtout dans les milieux fermés. En effet, dans un contexte de déconfinement, le risque d'acquisition de la COVID-19 devient continu et un seul TAAN négatif ne peut éliminer le risque. Le comité rappelle que l'isolement préventif et la surveillance des symptômes doivent être maintenus dans les milieux pour tenir compte de la période d'incubation du virus et d'un possible résultat négatif en début de maladie. Enfin, le comité souhaite mettre l'accent sur le fait qu'il n'est pour l'instant pas pertinent de refaire un TAAN chez un patient qui a déjà été confirmé positif,

¹³ <https://www.who.int/publications-detail&publication=immunity-passports-in-the-context-of-covid-19>.

¹⁴ Une réinfection possible à la COVID-19 demeure possible, bien que mal expliquée à l'heure actuelle. Mais, dans ces cas, la présence de symptômes doit dicter la pertinence de refaire le TAAN.

¹⁵ Une étude coréenne a suivi une cohorte de cas qui sont redevenus positif après des TAAN négatifs. Aucun cas secondaire de contamination n'a été rapporté.

https://www.cdc.go.kr/board/board.es?mid=a30402000000&bid=0030&act=view&list_no=367267&nPage=1

¹⁶ Cette recommandation couvre aussi le transfert entre établissements ou milieux de vie.

mais qui aurait obtenu par la suite deux TAAN négatifs, surtout s'il ne présente plus de symptôme et répond aux critères de guérison à l'intégration ou l'admission dans ces milieux¹⁷.

Par ailleurs, le comité reconnaît que certains milieux de vie fonctionnent avec très peu de ressources humaines ou encore des ressources très spécialisées et que la contamination de ces milieux, même en l'absence d'usagers à risque de complications de la COVID-19. Dans ce contexte, le TAAN de dépistage pourrait être envisagé pour éviter une rupture de service dans ces milieux. Toutefois, ces situations particulières sont difficiles à baliser à ce stade-ci sous forme de recommandations formelles. De plus, une approche proactive de surveillance des symptômes, le port du masque en tout temps à proximité des usagers et l'application systématique des mesures d'hygiène et de contrôle des infections demeurent la meilleure façon d'intervenir.

Le comité ajoute que l'utilisation du TAAN à des fins de dépistage pour certains groupes de travailleurs en dortoirs (camp de travail ou travailleurs étrangers sur des fermes par exemple) pourrait facilement excéder les capacités actuelles de dépistage et qu'il ne peut se substituer à la surveillance des symptômes, aux mesures de prévention, au port d'équipement de protection et à l'isolement des cas et de leurs contacts. Toutefois, de nouvelles orientations à l'égard de ces groupes de travailleurs pourraient être produites au fur et à mesure que les capacités de TAAN augmenteront et selon les contextes locaux mieux balisés. Il est toutefois conseillé de discuter de ces situations avec les directeurs régionaux de santé publique pour établir la meilleure conduite dans les contextes spécifiques rapportés. De plus, certains milieux de travail ont décidé d'implanter le dépistage systématique de façon parallèle à l'offre gratuite de TAAN du réseau de santé et de services sociaux du Québec. Le comité espère que les résultats de ces initiatives seront rendus publics.

Recommandation intérimaire n° 8

- **En présence d'une éclosion ou dans le cadre d'une étude de prévalence, sur recommandation d'un directeur de santé publique, un dépistage des personnes asymptomatiques en milieu de travail, de garde ou scolaires pourrait être offert, selon la situation.**

Le comité invite les directeurs de santé publique à adopter une gestion des risques dans ce milieu pour bien cibler l'accès aux TAAN. Le dépistage dans ces contextes doit reposer sur la stratégie visée (suppression par rapport à atténuation). Ainsi, le comité souhaite que ce type de dépistage s'appuie sur les données épidémiologiques disponibles et les caractéristiques du milieu, selon les observations initiales et sur la plausibilité d'une transmission induite par un défaut dans les mesures universelles de protection. De plus, le comité rappelle que les mesures d'isolement doivent être appliquées systématiquement pour les contacts étroits et prolongés en présence d'une éclosion confirmée dans ces milieux. En aucun cas, un TAAN négatif ne devrait être une

¹⁷ Une réinfection possible à la COVID-19 demeure possible, bien que mal expliquée à l'heure actuelle. Mais, dans ces cas, la présence de symptômes doit dicter la pertinence de refaire le TAAN.

raison de lever l'isolement des cas et des contacts à risque modéré ou élevé avant son terme, sauf exception déjà balisée pour les travailleurs de la santé.

Recommandation intérimaire n° 9

- **Offrir le TAAN de dépistage à toutes les personnes qui subiront une procédure immunosuppressive en oncologie, radiothérapie, chimiothérapie), aux greffés et à leurs donneurs¹⁸.**

Le comité rappelle que le TAAN doit être offert peu de temps avant la procédure, entre 24 et 48 heures avant le traitement suppressif. De plus, il est possible qu'une personne en attente d'un traitement immunosuppresseur soit en période d'incubation. Dans ce contexte, il est important d'associer le TAAN à un questionnaire sur les symptômes et les contacts potentiels au coronavirus SARS-CoV-2 (notion du triple négatif : résultat négatif au TAAN, absence de symptômes, absence de contacts significatifs). Il importe aussi de maintenir la surveillance des symptômes chez les patients admis et tout au long du traitement. Le comité n'a pas reçu de demande spécifique pour la récurrence du TAAN. Théoriquement, les personnes qui ont reçu un traitement immunosuppresseur devraient éviter les situations susceptibles d'entraîner une exposition à la COVID-19. Les milieux sont toutefois invités à bien évaluer les contacts de leurs patients et à répéter le test au besoin en présence de contacts étroits et prolongés avec un cas de COVID-19 ou encore si la situation épidémiologique devenait préoccupante dans la région de résidence de leurs patients.

Recommandations intérimaires n° 10

- **Offrir des TAAN de dépistage à l'admission, ou dans les 48 heures précédant l'admission lorsque possible, dans les unités de soins aigus, notamment en chirurgie, en médecine (incluant la gériatrie), en pédiatrie, en psychiatrie ou en obstétrique.**

En raison de l'organisation des services propres à la gestion des cas de COVID-19 en milieu de soins et l'importance de prévenir les éclosions, le comité accepte que des dépistages à l'admission dans les unités de soins soient effectués si le résultat obtenu modifie la conduite clinique ou l'orientation de l'usager dans le milieu de soins. Autrement dit, le comité mentionne que le test ne devrait pas être offert si le résultat n'influence pas les décisions cliniques (dont l'isolement des patients) durant la période d'hospitalisation. Cette recommandation s'applique en particulier pour l'obstétrique dans le contexte où l'hospitalisation est de courte durée.

Le comité rappelle l'importance d'établir en parallèle une gestion de risque qui tienne compte du fait que les patients testés pourraient être en incubation de la maladie. Il rappelle que le TAAN à l'admission ne confère pas de certitude. Ainsi, le test ne devrait pas servir à lever les précautions universelles en milieu de soins, dont le port de certains équipements de protection ou encore la levée de l'isolement. L'approche intégrée de gestion du risque devrait inclure la surveillance des symptômes, l'évaluation de la présence de facteurs de risque d'exposition à une personne

¹⁸ Laboratoire de santé publique du Québec, Dépistage de la COVID-19 dans un contexte de greffe : indications de prélèvements pour analyse en laboratoire, INSPQ, version 1 : 17 avril 2020, 2 pages.

atteinte de la COVID-19 ou à un milieu en éclosion, le contexte épidémiologique régional de transmission de la maladie et l'impact du résultat du test à l'admission sur la gestion et les traitements offerts à l'utilisateur.

Le comité rappelle aussi que la sensibilité du TAAN a été validée chez les personnes symptomatiques. De plus, le comité rappelle qu'un seul autre organisme aviseur a adopté cette recommandation (voir Annexe A). Pour cet organisme, cette conduite ne s'appliquerait que lorsque la prévalence dans la population dépasse 10 %, ce qui n'a jamais été observé au Québec de façon populationnelle¹⁹. Le contexte épidémiologique actuel laisse entendre que cette pratique pourrait être réservée à la communauté métropolitaine de Montréal (CMM). Cependant, des travaux pour mieux cibler cette orientation sont en cours. En attendant les résultats prochains, la recommandation s'applique à l'ensemble du Québec. Cette conduite pourrait donc être toutefois rapidement revue. Les responsables de laboratoire et les officiers de prévention et de contrôle des infections sont donc invités à en discuter avec les directeurs de santé publique régionaux pour moduler cette orientation.

Par ailleurs, l'application systématique du dépistage lors des admissions en unité de soins aigus est à risque de surconsommation des TAAN, surtout si ces derniers sont répétés en cours d'hospitalisation sans indication (éclosion ou apparition de symptômes). Enfin, le comité souhaite mettre l'accent sur le fait qu'il n'est pour l'instant pas pertinent de refaire un TAAN chez un patient qui a déjà été confirmé positif, mais qui aurait obtenu par la suite deux tests négatifs, surtout s'il ne présente plus de symptôme et répond aux critères de guérison à l'intégration ou à l'admission dans ces milieux dans les trois mois suivant sa guérison²⁰.

Enfin, il demeure toujours important de tenir un registre des demandes pour statuer sur la valeur ajoutée de cette approche.

Recommandation intérimaire n° 11

- **Pour les interventions médicales ou chirurgicales qui pourraient nécessiter une intubation, offrir le TAAN de dépistage dans les 48 heures précédant l'intervention.**

En raison des contraintes liées à la gestion des blocs opératoires, notamment au regard des contraintes liées à la ventilation, le comité a entériné cette pratique. Cependant, l'utilisation des TAAN doit clairement être associée à un changement dans la gestion des cas et des conduites thérapeutiques.

Le comité rappelle aussi l'importance d'établir en parallèle une gestion de risque qui tienne compte du fait que les patients testés pourraient être en incubation de la maladie et que le TAAN ne confère pas de certitude. Dans ce contexte, il est important d'associer le test à un

¹⁹ https://www.idsociety.org/globalassets/idsa/practice-guidelines/covid-19/diagnostics/idsa-covid-19-guideline_dx_version-1.0.1.pdf

²⁰ Une réinfection à la COVID-19 demeure possible, bien que mal expliquée à l'heure actuelle. Mais, dans ces cas, la présence de symptômes doit dicter la pertinence de refaire le TAAN. De plus, les infectiologues du comité sont d'accord pour dire que la réinfection à court terme (à l'intérieur de trois mois) est peu probable.

questionnaire sur les symptômes et les contacts potentiels avec des cas de COVID-19 ou un milieu en éclosion (triple négatif). En effet, un test négatif ne doit pas changer les consignes de prévention et de contrôle des infections pour les patients symptomatiques, avec contact ou exposition.

Le comité considère toutefois qu'un court délai entre la réalisation du TAAN et l'intervention réduit la probabilité que les travailleurs soient exposés de façon significative à la COVID-19 pendant l'intervention.

Pour le comité, cette approche est à haut risque de surconsommation de TAAN. Il est donc important de tenir un registre des demandes pour statuer sur la valeur ajoutée de cette approche. Enfin, le comité souhaite mettre l'accent sur le fait qu'il n'est pour l'instant pas pertinent de refaire un TAAN chez un patient qui a déjà été confirmé positif, mais qui aurait obtenu par la suite deux tests négatifs, surtout s'il ne présente plus de symptôme et répond aux critères de guérison à l'intégration ou l'admission dans ces milieux²¹.

Recommandation intérimaire n° 12

- **Pour les bronchoscopies, offrir le TAAN de dépistage dans les 48 heures précédant l'intervention lorsque le respirateur de type N95 n'est pas utilisé systématiquement.**

En raison des contraintes liées à la gestion des salles d'endoscopie, notamment au regard des contraintes liées à la ventilation, le comité a entériné cette pratique. Cependant, l'utilisation des TAAN doit clairement être associée à un changement dans la gestion des cas et des conduites thérapeutiques. Dans ce contexte, il est important d'associer le TAAN à un questionnaire sur les symptômes et les contacts potentiels. De plus, pour le comité, cette approche est à haut risque de surconsommation de TAAN. Il est donc important de tenir un registre des demandes pour statuer sur la valeur ajoutée de cette approche.

Le comité rappelle que si les pratiques dans un milieu sont d'appliquer le N95 en tout temps pour ce type d'intervention, il n'est pas nécessaire de faire le TAAN. En effet, le TAAN ne devrait être prescrit chez les asymptomatiques en milieu clinique que lorsqu'il influence les pratiques cliniques, surtout dans le contexte ambulatoire.

Le comité rappelle aussi l'importance d'établir en parallèle une gestion de risque qui tienne compte du fait que les patients testés pourraient être en incubation de la maladie et que le TAAN ne confère pas de certitude, considérant que la sensibilité du TAAN a été validée chez les personnes symptomatiques. Cependant, le comité considère qu'un court délai entre la réalisation du TAAN et l'intervention réduit la probabilité que les travailleurs soient exposés de façon significative à la COVID-19 pendant l'intervention. Enfin, le comité souhaite mettre l'accent sur le fait qu'il n'est pour l'instant pas pertinent de refaire un TAAN chez un patient qui a déjà été confirmé positif, mais qui aurait obtenu par la suite deux TAAN négatifs, surtout s'il ne présente

²¹ Une réinfection à la COVID-19 demeure possible, bien que mal expliquée à l'heure actuelle. Mais, dans ces cas, la présence de symptômes doit dicter la pertinence de refaire le TAAN.

plus de symptôme et répond aux critères de guérison à l'intégration ou l'admission dans ces milieux²².

Recommandation intérimaire n° 13

- **Outre la recommandation n° 5, mieux encadrer le moment et les façons de procéder au dépistage systématique des travailleurs de la santé.**

Afin d'éviter la transmission de la COVID-19 dans les milieux de soins, le dépistage de masse auprès des travailleurs et des usagers apparaît comme essentiel en situation d'écllosion (recommandation n° 5). De plus en plus d'experts recommandent un dépistage systématique des travailleurs de la santé dans certains milieux de soins ou milieux de vie. Ce type de dépistage semble une mesure complémentaire aux autres stratégies d'intervention auprès des travailleurs de la santé telles que la formation, le port des équipements de protection individuelle, des mesures d'hygiène et de salubrité et la surveillance régulière des symptômes chez tout le personnel. Or, il ne peut s'effectuer sans préparation du milieu et une planification rigoureuse. De plus, pour être efficace, ce dépistage doit tenir compte de l'épidémiologie de la COVID-19, son mode de transmission, son temps d'incubation et les populations les plus à risque de se faire contaminer. Ce type de dépistage doit être initié au bon moment et la récurrence de ce dépistage doit être ajustée aux contextes d'écllosion observés dans un milieu. De plus, il apparaît que ce sont surtout les personnes en contact avec la clientèle qui devraient être priorisées pour ce type de dépistage.

Ainsi, le comité considère que cette approche appliquée au Québec doit être mieux encadrée. En effet, les récentes campagnes de dépistage pour obtenir la prévalence ponctuelle chez les travailleurs de la santé se révèlent être un défi du point de vue opérationnel. Le comité considère que certaines conditions pour de telles entreprises de dépistage sont encore absentes. Parmi les conditions minimales à mettre en place pour poursuivre cette entreprise sur une base régulière, le gouvernement doit s'appuyer sur plusieurs conditions dont les suivantes :

- Obtenir l'adhésion aux dépistages par les travailleurs et les employeurs;
- Connaître le nombre exact d'employés et de travailleurs dans les milieux testés selon différentes catégories (incluant les médecins, les travailleurs d'agence, le personnel régulier, le personnel occasionnel, etc.);
- Surveiller le taux d'adhésion à la campagne chez les employés;
- Bien cibler les travailleurs à tester et selon quelle fréquence;
- Déployer un système d'information dans les requêtes et dans les systèmes d'information pour bien identifier les indications des tests (dépistage récurrent par rapport aux autres indications) et faciliter le recoupement entre les employés testés et leurs résultats;
- Démontrer une capacité à identifier efficacement tous les travailleurs à tester;
- Soutenir une gestion efficace des ressources affectées;
- Faire preuve d'agilité décisionnelle en présence de nouveaux cas dépistés;
- S'appuyer sur une transmission efficace des résultats négatifs et positifs;

²² Une réinfection à la COVID-19 demeure possible, bien que mal expliquée à l'heure actuelle. Mais, dans ces cas, la présence de symptômes doit dicter la pertinence de refaire le TAAN.

- Exclure les personnes qui ont eu la COVID-19 dans les trois derniers mois et qui sont guéries du dépistage;
- Compter sur des ressources en nombre suffisant pour mener la campagne, gérer l'absentéisme secondaire possible et intervenir de façon proactive dans ces milieux.

Le comité n'est donc pas en mesure d'endosser cette conduite pour l'instant. Le comité ajoute que cette pratique est à risque extrême de surconsommation de TAAN considérant le nombre de travailleurs de la santé dans les milieux qui hébergent des personnes vulnérables à la COVID-19.

Il est toutefois important de procéder à une investigation approfondie des cas symptomatiques survenant chez les travailleurs de la santé afin de déterminer la source de contamination potentielle (communautaire, autres travailleurs de la santé, patients) et intervenir sur les contacts étroits et prolongés pour éviter une transmission secondaire dans les milieux de travail ou dans la communauté.

Recommandation intérimaire n° 14

- Offrir les TAAN de dépistage aux régions isolées pour l'application de programmes de gestion des entrées.

Les régions éloignées présentent de nombreux facteurs de vulnérabilité quant à la COVID-19. D'une part, les conditions de surpeuplement des logements ainsi que la cohabitation fréquente de plusieurs générations dans une même maison augmentent la vulnérabilité de certains résidents à la maladie. D'autre part, les conditions de l'offre de soins et de services (points de services isolés, transferts aériens, absence de soins intensifs, précarité du personnel) font en sorte qu'il est impératif d'éviter des éclosions majeures de cas de COVID-19.

La mise en place de mesures restrictives sur les déplacements dans les régions éloignées ou isolées explique la faible incidence de la COVID-19 dans ces régions. Dans le contexte où la géographie le permet, le maintien de certaines mesures avant l'entrée dans la région peut contribuer grandement à réduire le risque d'introduction de la COVID-19 ainsi qu'à réduire la transmission dans les communautés. Dans le contexte de la réouverture graduelle de plusieurs secteurs d'activité, un programme de gestion des entrées dans la région à trois composantes sera mis en place : accès aux TAAN, questionnaires et isolement obligatoire à l'arrivée.

Perspectives

Les recommandations actuelles respectent la capacité disponible au Québec²³. À partir des travaux menés par le comité, la volumétrie attendue associée à ces recommandations variera

²³ La volumétrie a été établie selon le nombre total de tests disponibles dans une perspective réseau. Toutefois, pour certaines régions éloignées, les TAAN doivent être acheminés dans d'autres régions, en absence de capacités locales suffisantes. Les cliniciens, notamment en région éloignée et dans l'ouest du Québec, doivent donc être conscients que d'appliquer les recommandations de dépistage pour les personnes sans symptômes compatibles avec la COVID-19 peut sérieusement nuire à la stratégie de contrôle de l'épidémie des directeurs de santé publique. Il est donc important dans ce contexte de tenir

entre 11 000 et 19 300 TAAN par jour. Le nombre de tests peut varier selon l'incidence de cas, la stratégie de contrôle de santé publique (atténuation par rapport à suppression) et l'activité hospitalière ou chirurgicale. À cette volumétrie s'ajoute le dépistage systématique des travailleurs de la santé en cours.

L'accès aux TAAN conditionne de plus en plus la continuité des soins et la sécurité des milieux de soins et des milieux de vie. Or, actuellement, le comité ne peut ouvrir à d'autres besoins, même en milieu clinique. Le Québec doit continuer à investir dans cette technologie pour soutenir les besoins émergents. Un horizon de 35 000 tests apparaît pertinent, surtout si le Québec fait face à une recrudescence du nombre de cas (deuxième vague) avec la reprise des activités économiques et sociales. Par ailleurs, avec le retour des infections des voies respiratoires qui survient à l'automne, le comité pense que les capacités devront être rehaussées pour des TAAN de type multiplex respiratoire qui permettent de couvrir le diagnostic différentiel des patients qui présenteront des symptômes compatibles avec la COVID-19.

À l'heure actuelle, les capacités demeurent limitées. C'est pourquoi il importe de continuer à développer les capacités de TAAN du Québec. En effet, une extrême prudence dans l'utilisation des tests en dehors des présentes recommandations est actuellement nécessaire. La marge de manœuvre demeure très faible. Ainsi, plusieurs demandes n'ont pas été retenues par le comité. Parmi celles-ci, les demandes pour les proches aidants, les accompagnateurs, les parents de patients en pédiatrie, les travailleurs en transit vers des régions éloignées ou à faible endémicité, les voyageurs, de même que les personnes asymptomatiques hébergées dans certains milieux de vie comme les camps forestiers. Ces situations sont à haut risque de surconsommation de la capacité actuelle. Le comité reconnaît que la pertinence de dépister ces personnes peut se justifier, mais rappelle que les TAAN ponctuels ne sont pas une panacée quant aux mesures universelles et à l'isolement préventif. De plus, chaque situation mérite une évaluation au cas par cas qui dépasse le mandat du comité. D'ici à ce que le comité ait statué sur leur pertinence, il convient de rappeler que les directeurs de santé publique possèdent, à cet effet, la latitude de faire des recommandations à leur niveau.

En parallèle, le comité aimerait attirer l'attention sur la pratique de tester les travailleurs au retour de régions à forte endémicité. De nombreuses représentations ont eu lieu afin de tester de façon systématique les travailleurs affectés en zone chaude ou au retour d'une affectation dans un CHSLD en éclosion. Pour le comité, l'isolement, les mesures universelles de prévention, incluant le port des équipements de protection individuelle, et l'autosurveillance des symptômes demeurent la meilleure approche. De plus, le comité déconseille la mobilité des travailleurs de la santé entre les établissements ou entre des unités qualifiées de chaudes vers les unités tièdes ou froides. Le comité croit que le dépistage des travailleurs au retour d'une unité ou d'une installation chaude est à très haut risque de surutilisation de l'offre de TAAN, considérant le nombre de travailleurs dans le réseau. Toutefois, le comité s'engage à étudier cette

compte de l'épidémiologie locale ou régionale de la COVID-19 pour une décision plus éclairée sur le choix de procéder ou non à un TAAN de dépistage et de référer cette décision aux directeurs de santé publique.

recommandation à la lumière des volumétries disponibles. Comme mentionné en préambule, les travaux du comité se poursuivent et des modulations demeurent possibles.

Enfin, le comité rappelle que le TAAN ne devrait jamais être utilisé dans une optique de se rassurer. Le dépistage ne doit pas être une panacée ni une façon d'endosser des pratiques à risque de transmission de la COVID-19. En parallèle, le comité demande aux employeurs de ne plus exiger de confirmation de guérison par l'intermédiaire de TAAN. Sauf exception, le comité ne croit pas que cette approche soit pertinente et fondée pour la population générale.

ANNEXE A

Tableau A-1 Orientations et positions d'organisations savantes, gouvernementales ou réglementaires concernant les indications et les critères d'accès au test de détection du SARS-CoV-2 par TAAN

INDICATIONS ET CRITÈRES	OMS	CANADA			ÉTATS-UNIS			ROY.-UNI	FRANCE			AUTRES PAYS		
		OMH	AHS	BCCDC	CDC	IDSA	JHM	GUK/NHS	GF	MSS	HAS	AGDH	PHAS	RKI
Individus symptomatiques — Test diagnostique														
▪ Symptômes typiques de la COVID-19 *														
Tout individu	X	X	X	X		X	X	X	X ^a	X ^a	X	X		X
Travailleurs de la santé de première ligne	X ^b		X ^b	X ^b	X ^b		X ^b	X ^b					X	
Travailleurs de la santé non clinique	X ^b		X ^b				X ^b	X ^b						
Travailleurs sociaux de première ligne				X ^b										
Autres travailleurs de services essentiels				X ^b										
Individus fragiles ou à risque de complication ^c	X ^b		X ^b	X ^b										
Individus vulnérables (p. ex. sans-abris, déficience intellectuelle)	X ^b			X ^b										
Les premiers cas d'un milieu de vie collective ^d (p. ex. écoles, camps de travail, prisons, refuge, centres de soins de longue durée)	X ^b		X ^b											
Résidents d'un milieu collectif (p. ex. écoles, camps de travail, prisons, refuge)				X ^b										
Patients hospitalisés ou en processus d'admission			X ^b	X ^b	X ^b		X ^b				X ^b		X	
Résidents de CHSLD			X ^b	X ^b	X ^b			X ^b						
Individus avec une probabilité élevée de positivité (p. ex. voyageurs revenant d'une zone à risque, contacts directs de cas confirmés)				X ^b										
Résidents de communautés éloignées, isolées ou autochtones				X ^b										
▪ Symptômes atypiques de la COVID-19 ** (ou présentation clinique inattendue)														
Tout individu	X	X	X	X										X
Enfants		X ^e												

INDICATIONS ET CRITÈRES	OMS	CANADA			ÉTATS-UNIS			ROY.-UNI	FRANCE			AUTRES PAYS		
		OMH	AHS	BCCDC	CDC	IDSA	JHM	GUK/NHS	GF	MSS	HAS	AGDH	PHAS	RKI
Personnes âgées		X ^e												
Personnes avec déficience intellectuelle		X ^e												
Résidents de CHSLD								X						
Individus asymptomatiques — Test de dépistage^a														
Voyageurs revenant d'un pays ou d'une zone à prévalence élevée	X ^f													
Contacts étroits avec une personne symptomatique						X								X
Contacts étroits avec une personne confirmée positive	X					X			X ^g	X ^g	X			X
Avant un transfert entre centres hospitaliers, CHSLD ou autres centres regroupant des individus fragiles ou à risque de complications (test 24 heures avant le transfert)		X				X ^h								
Groupe ethnique minoritaire à risque disproportionnellement élevé de complication							X							
Pour les besoins de contrôle, surveillance et prévention des infections du département de santé publique				X			X							
Résident d'une zone particulière pour des études de prévalence			X ⁱ											
▪ Premier cas confirmé en centre d'hébergement collectif de personnes vulnérables (p. ex. CHSLD)														
Résidents									X					
Personnel									X					
Cochambreurs d'un cas confirmé		X												
▪ Contexte d'écllosion en centre d'hébergement collectif de personnes vulnérables (p. ex. CHSLD)														
Résidents			X				X		X					
Personnel du centre ou de l'unité concernée		X	X						X					
Résidents des chambres adjacentes d'un cas confirmé		X												

INDICATIONS ET CRITÈRES	OMS	CANADA			ÉTATS-UNIS			ROY.-UNI	FRANCE			AUTRES PAYS		
		OMH	AHS	BCCDC	CDC	IDSA	JHM	GUK/NHS	GF	MSS	HAS	AGDH	PHAS	RKI
Visiteurs essentiels de l'unité ou du centre		X												
Contacts étroits		X												
▪ Contexte d'écllosion dans d'autres types d'hébergement collectif (p. ex. prisons, refuges, centres de réhabilitation, instituts psychiatriques)^j														
Tous les résidents/clients			X ^k				X							
Personnes vulnérables						X								
Personnel			X											
Contacts étroits de cas positifs			X											
▪ Contexte d'écllosion en milieu de travail avec conditions de prestation de services à haut risque														
Personnel			X											
Contacts familiaux des cas positifs			X											
▪ Organisation des soins et des activités médicales urgentes ou essentielles														
Chirurgie avec ouverture ou exposition des voies aériennes (p. ex. chirurgie ORL, thoracique, de la base du crâne, bronchoscopie)											X			
Chirurgie générant des aérosols						X					X			
Chirurgie majeure à risque opératoire ou postopératoire						X					X			
Patients devant recevoir un traitement immunosuppresseur (p. ex. hématologie-oncologie, receveur de don d'organe, de tissus ou de cellules souches)						X								
Patients en processus d'admission à risque de forme grave de COVID-19						X	X				X			
Patients en processus d'admission hospitalière en zone de prévalence élevée de COVID-19 (≥ 10 %)						X								
Patients hospitalisés ou en processus d'admission ayant eu un contact étroit avec une personne confirmée positive											X			

Abréviations : AGDH : Australian Government — Department of Health; AHS : Alberta Health Services ; BCCDC : British Columbia — Centre for Disease Control; CDC : Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis); CHSDL : centre d'hébergement et de soins de longue durée ; GF : Gouvernement France ; GUK : Government of United-Kingdom; HAS : Haute Autorité de Santé (France) ; IDSA : Infectious Diseases Society of America; JHM: Johns Hopkins Medicine (États-Unis) ; MSS : Ministère des Solidarités et de la Santé (France); NHS : National Health Service (Angleterre) ; OMH : Ontario, Ministry of Health; OMS : Organisation mondiale de la santé ; ORL : otorhinolaryngologie ; TAAN : technique d'amplification des acides nucléiques ; PHAS : Public Health Agency of Sweden; RKI : Robert Koch Institute

Notes

- * **Signes et symptômes typiques de COVID-19** : Fièvre, apparition ou aggravation de toux, difficultés respiratoires, radiographies thoraciques montrant des infiltrats pneumoniques invasifs dans les deux poumons, fatigue [MSS ; OMS].
- ** **Signes et symptômes atypiques de COVID-19** : Céphalée, mal de gorge, symptômes gastro-intestinaux, courbatures, congestion nasale, conjonctivite, perte du goût (agueusie), perte de l'odorat (anosmie), éruption cutanée, décoloration des doigts de la main ou du pied, vascularite inflammatoire multi-systémique, exacerbation de conditions chroniques, delirium, déclin fonctionnel aigu, croup, tachycardie inexpliquée, baisse de pression sanguine, hypoxie inexpliquée, léthargie, difficulté à s'alimenter chez les nouveau-nés [MSS ; OMS, OMH].
- ^a Avec ordonnance
- ^b À prioriser en contexte de capacité limitée de tests. Les autres cas symptomatiques non testés doivent être considérés comme des cas probables [OMS].
- ^c Les personnes à risque de complications sont [MSS – Archive] :
- Personnes âgées de 70 ans et plus
 - Patients aux antécédents cardiovasculaires (hypertension artérielle compliquée, antécédents d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque)
 - Diabétiques insulino-dépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie
 - Personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale
 - Patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée
 - Malades atteints de cancer sous traitement
 - Personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise (chimiothérapie, immunosuppresseur, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive, infection au VIH non contrôlé ou avec des CD4 < 200/mm³, consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques, liée à une hémopathie maligne en cours de traitement)
 - Malades atteints de cirrhose au stade B ou C de la classification de Child-Pugh
 - Personnes présentant une obésité morbide (indice de masse corporelle > 40 kg/m²)
 - Femmes enceintes à partir du troisième trimestre de la grossesse.
- ^d Le test peut être effectué chez certains individus [ou tous les individus] identifiés dans le cadre de campagnes de dépistage et d'enquêtes épidémiologiques, généralement sous la direction de la santé publique, et ce, en fonction du type d'hébergement collectif concerné [p. ex. milieu de soins de longue durée, centre de détention, école, etc.], du type de résidents bénéficiaires des services [p. ex. personnes vulnérables, travailleurs de première ligne], du type de contact et des mesures en place [p. ex. contacts directs, indirects, avec ou sans équipement de protection, etc.] [OMS]. Selon l'épidémiologie, les stratégies et les capacités de test, le diagnostic basé sur les signes et symptômes compatibles avec la COVID-19, sans confirmation par test moléculaire, peut être envisagé [MSS - Archive].
- ^e Les présentations cliniques et symptômes atypiques devraient être considérés pour le test moléculaire par RT-PCR, particulièrement chez les enfants, les personnes âgées et les personnes avec déficience intellectuelle.
- ^f En absence de cas confirmés, une évaluation des zones ou des populations à risque possibles [p. ex. voyageurs de retour de zones à haut risque] peut être envisagée si les capacités de tests le permettent [OMS].
- ^g Sans ordonnance
- ^h Pour les zones à prévalence élevée seulement.
- ⁱ Dépistage de 1 000 références par jour pendant une semaine aux fins de surveillance renforcée. L'objectif est d'analyser un échantillon significatif de la population de la zone de Calgary pour mieux comprendre la prévalence de la COVID-19 parmi les individus asymptomatiques.
- ^j L'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé [ACMTS] a publié deux rapports en lien avec le dépistage massif et les méthodes de contrôle des infections dans certains centres d'hébergement collectif, soit dans les instituts psychiatriques et dans les centres de détention. Toutefois, aucune directive pertinente fondée sur des preuves n'a été identifiée pour ces types d'établissements.
- ^k L'Alberta Health Services [AHS] a annoncé, le 27 avril 2020, qu'en contexte d'éclosion, les refuges testeront tous les clients pour la COVID-19, ainsi que les contacts étroits symptomatiques et asymptomatiques des cas positifs.

RÉFÉRENCES [dernière mise à jour de la publication consultée ou date de l'archive consultée]

OMS

- https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332092/WHO-2019-nCoV-National_Surveillance-2020.1-fre.pdf
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331756/WHO-2019-nCoV-SARI_treatment_center-2020.1-fre.pdf
<https://www.who.int/publications-detail/laboratory-testing-strategy-recommendations-for-covid-19-interim-guidance> [en date du 21 mars 2020]

Canada

- OMH : http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/docs/2019_covid_testing_guidance.pdf [14 mai 2020]
http://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/publichealth/coronavirus/2019_guidance.aspx
AHS : <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-ncov-2019-staff-faq.pdf> [19 mai 2020]
<https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-ncov-case-def.pdf> [13 avril 2020]
<https://www.alberta.ca/assets/documents/COVID-19-assessment-tool-for-health-care-workers-and-public-health-enforcement.pdf>
<https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ppih/if-ppih-covid-19-sag-priority-groups-for-asymptomatic-testing-rapid-review.pdf> [29 avril 2020]

BCCDC : http://www.bccdc.ca/Health-Professionals-Site/Documents/BCCDC_PHL_Updated_nCoV_Lab_Guidance.pdf

- CADTH : <https://covid.cadth.ca/prevention/testing-for-covid-19-in-correctional-facilities-clinical-effectiveness-and-guidelines/> [1^{er} mai 2020]
<https://www.cadth.ca/sites/default/files/covid-19/RB1482%20COVID%20IPC%20Mental%20Health%20Final.pdf> [17 avril 2020]

États-Unis

- CDC : <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/clinical-criteria.html> [3 mai 2020]
IDSA : <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guideline-diagnostics/> [6 mai 2020]
JHM : https://www.hopkinsguides.com/hopkins/view/Johns_Hopkins_ABX_Guide/540747/all/Coronavirus_COVID_19_SARS_CoV_2 [en date du 13 mai 2020]

Royaume-Unis

- GUK : <https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-guidance-for-clinical-diagnostic-laboratories> [14 mai 2020]
NHS : <https://www.nhs.uk/conditions/coronavirus-covid-19/testing-for-coronavirus/ask-for-a-test-to-check-if-you-have-coronavirus/> [18 mai 2020]

France

- GF : <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus/tests-et-depistage> [10 mai 2020]
MSS : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/tout-savoir-sur-le-covid-19/article/les-tests-et-les-laboratoires-de-depistage-covid-19> [18 mai 2020]
<https://web.archive.org/web/20200328224422/https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/covid-19-informations-aux-professionnels-de-sante/article/covid-19-prise-en-charge-en-ambulatoire> [archives, 27 mars 2020]
HAS : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3185272/fr/avis-n-2020-0032/ac/sbpp-du-14-mai-2020-du-college-de-la-haute-autorite-de-sante-portant-sur-les-modalites-de-depistage-du-virus-sars-cov-2-chez-les-patients-admis-en-etablissement-de-sante [18 mai 2020]

Suède

- PHAS : <https://www.folkhalsomyndigheten.se/the-public-health-agency-of-sweden/communicable-disease-control/covid-19/> [18 mai 2020]

Allemagne

- RKI : https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Massnahmen_Verdachtsfall_Infografik_Tab.html [12 mai 2020]

AUTRES RÉFÉRENCES

OMS – Signes et symptômes de la COVID-19 :

<https://www.who.int/fr/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses> [consulté le 19 mai 2020]

MSSS – Signes et symptômes de la COVID-19 :

<https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladies-infectieuses/coronavirus-2019-ncov/#signes-et-symptomes> [consulté le 19 mai 2020]

20-210-193W