

Dr PAU MONTERO Stephan – Médecin généraliste à Maisse

Retour d'expérience reçu le 27 avril 2020

Je suis médecin généraliste et tiens à faire part de ma modeste expérience de terrain pour que les recommandations en cours de rédaction pour l'après 11 mai nous permettent d'être efficaces afin de contenir l'épidémie.

Je m'astreins à n'écrire que des propos qui peuvent s'argumenter par des données fiables ou des expériences de terrain fiables. Pour alléger le courrier je ne les cite ou ne les détaille pas.

Suite à la conférence de presse du premier ministre du 19/04, je crains qu'il ne soit fait une place trop importante aux tests de dépistage biologique en cas de suspicion clinique de patient COVID.

Je redoute que l'on ne propose pas systématiquement un isolement aux patients avec symptômes compatibles avec le COVID (et leur entourage proche) sous prétexte qu'une PCR nasale ne retrouve pas d'ARN du virus.

Or, à ce jour aucun test n'a atteint un niveau de sensibilité suffisant pour repérer de manière suffisamment large les patients porteurs du virus. De plus, il y a une grande variabilité de fiabilité selon les tests, selon l'opérateur et selon le moment de réalisation du test. Un résultat PCR négatif ne suffit pas à exclure le diagnostic de COVID.

Lors de la période actuelle, Je pense qu'il faut que les **signes cliniques** aient beaucoup de place dans le classement du patient en cas possible, probable ou avéré.

Pour la définition des « **cas possibles** », je pense qu'il faut que la définition soit à la fois large et sans équivoque. Le terme « **infection respiratoire** » prête à confusion car, pour beaucoup de professionnels, cela correspond à une infection respiratoire basse (pneumopathie, bronchite...) alors qu'il faut considérer aussi les localisations hautes (rhinites, pharyngites, sinusites...).

Vu que **la fièvre ou les sensations de fièvre** peuvent être absentes ou ne survenir qu'après 5 jours du début des symptômes, je pense que l'absence d'un de ces deux critères n'est pas pertinente pour exclure quelqu'un de la classification « cas possible ».

La définition de « cas probable » (voire de « cas avéré ») devrait intégrer les **troubles du goût ou de l'odorat** qui pourraient avoir une valeur prédictive positive proche des résultats positifs de PCR.

Maintenant que les beaux jours sont arrivés et que toutes les épidémies virales ont été amoindries par le confinement je pense qu'il y a peu de risque économique à faire se confiner par excès les personnes présentant des signes compatibles avec le COVID. Et de toute façon, cela fera un confinement beaucoup moins impactant que l'actuel et cela serait beaucoup moins impactant que d'avoir à recourir à un nouveau confinement massif.

L'utilisation des définitions pourrait à nouveau être modulée par les critères de « zones à risque » comme cela avait été le cas en phase 2.

Pour finir, voici quelques situations rencontrées qui illustrent les risques des « faux négatif » et « faux positifs » des PCR nasales.

Risques liés aux **faux-négatifs** (test PCR négatif alors que le patient était peut-être tout de même contagieux) :

- Incitation à la reprise de travail de personnel soignant **symptomatique** alors qu'il n'y avait pas de situation de tension en personnel.
- Levée de confinement strict en EHPAD pour des patients qui restent symptomatiques.
- Retour d'hospitalisation brève sans consigne de confinement alors que la patiente jeune et sans antécédent avait eu une pneumopathie bilatérale diagnostiquée par radio de thorax. Dans le compte-rendu reçu 2 semaines plus tard le message était très clair : « on ne peut exclure une pneumopathie à coronavirus » mais le message oral qui avait été donné sur le moment à la patiente était « le test est négatif, c'est bon ce n'est pas le coronavirus ».

A l'inverse il y a une situation où le risque de **faux-positif** (résultat PCR positif alors que le patient n'est pas porteur du virus) peut être désastreux :

Un dépistage systématique en EHPAD, même chez les résidents **asymptomatiques** peut être délétère si les résidents asymptomatiques qui ont un test positif sont transférés dans un service accueillant de nombreux patients infectés et symptomatiques. En pratiquant plus de 100 tests dans un établissement où ne circule pas le virus, la probabilité d'avoir au moins un test faussement positif est extrêmement élevée.

Le résident qui se voit attribué à tort le diagnostic de COVID est à haut risque de le contracter réellement s'il est transféré dans un établissement où le virus est réellement présent.

En vous remerciant de tout ce que vous faites depuis le début de l'épidémie.