

Priorisation des tests de dépistage pour le COVID-19

MAJ 30 mars 2020

Déposé à la TCNSP du 31 mars 2020

La situation de la pandémie de COVID-19 évolue très rapidement. Alors qu'en janvier et février, la situation épidémiologique était largement liée aux importations due aux voyageurs, c'est maintenant la transmission communautaire qui génère le plus de cas. Comme la transmission communautaire conduit très rapidement à plusieurs milliers de personnes infectées, il est impossible de faire des tests à tous les patients atteints par la maladie.

Aux tests réalisés chez les patients hospitalisés et les membres du personnel hospitalier et de santé se sont ajoutés les milliers de spécimens recueillis quotidiennement dans les cliniques de dépistage ambulatoires auprès des personnes symptomatiques revenant ou non voyage. Cette approche a mené à une augmentation considérable du nombre de prélèvements qui excède largement la capacité de tester du système de santé et ceci malgré une amélioration substantielle de cette capacité de tester.

Les hospitalisations, les admissions aux soins intensifs et les décès dus à la COVID-19 sont les indicateurs les moins biaisés. Même si seulement une fraction des personnes malades aboutira à l'hôpital, cette fraction est très représentative de l'épidémiologie générale et de la transmission communautaire dans la population. À l'inverse, les patients ambulatoires fournissent une représentation de l'épidémiologie sérieusement biaisée par un accès variable au test.

Il est donc essentiel de tester tous les patients hospitalisés avec des symptômes compatibles avec la COVID-19 pour prendre les meilleures décisions cliniques avec les patients les plus sévèrement affectés et pour avoir un portrait exact des hospitalisations, des admissions aux soins intensifs et des décès dus au coronavirus nécessaire à la prise de décision en santé publique. Pour les fins de santé publiques, les tests doivent aussi être priorités lors d'investigations d'éclosions dans les milieux hébergeant les patients à haut risque comme les CHSLD ou les RPA.

L'ordre de priorité est fixé en fonction de l'utilité d'un point de vue clinique et de santé publique, c'est-à-dire de leur valeur ajoutée pour atteindre les objectifs suivants

Objectifs

1. Assurer les soins optimaux aux patients les plus sérieusement atteints et fournir les données épidémiologiques les plus importantes pour les décisions de santé publique (P1)
2. Maintenir l'intégrité du système de santé en détectant les personnes symptomatiques qui assurent la prestation des soins de santé et qui pourraient être impliqués dans des éclosions dans leur milieu de travail.(P2)
3. Identifier les éclosions dans les milieux hébergeant les personnes avec le plus haut risque de complications.(P3)
4. Identifier les éclosions dans les communautés éloignées, isolées ou des Premières Nations/Inuit qui ont un accès limité à un hôpital (P4)
5. Maintenir l'intégrité du système des premiers répondants et des services essentiels (P5)

Les tests **ne visent que les personnes présentant des symptômes compatibles avec une infection à SARS-CoV-2:**

Échelle de priorisation

P1	Les patients hospitalisés de même que les patients qui se présentent à l'urgence ayant une présentation clinique ou radiologique compatibles avec un diagnostic de COVID-19 (<u>incluant les tests requis pour la levée d'isolement</u>)
P2	Les professionnels symptomatiques de la santé en contact direct avec les patients, incluant les services ambulanciers symptomatiques ET susceptibles d' <u>exposer</u> ou d'avoir exposé la clientèle ou dont le retrait causerait un bris de service (<u>incluant tests requis pour mesures de retour au travail</u>).
P3	Les résidents de CHSLD et RPA symptomatiques ou présence d'une éclosion potentielle d'infection respiratoire (au moins 2 cas) ou décès inattendu avec une cause respiratoire infectieuse suspectée; aussi, <u>personnes habitant autres milieux à risque (ex : refuges pour itinérants, RI, etc)</u> .
P4	Les personnes symptomatiques vivant dans les régions éloignées, les communautés isolées et venant des Premières Nations/Inuit qui ont un accès limité à un hôpital
P5	<u>Les premiers répondants ou travailleurs du système de sécurité publique (ex. : policiers et pompiers, agents des services correctionnels) symptomatiques et autres travailleurs fournissant des services jugés critiques/essentiels.</u>
P6	<u>Les personnes symptomatiques de la communauté sur autorisation du directeur de santé publique</u>

Cette approche délaïsse :

- les voyageurs symptomatiques (qui doivent s'isoler 14 jours après leur retour);
- les contacts de cas qui deviennent symptomatiques (qui seront gérés comme des cas);
- les autres personnes symptomatiques (qui devront suivre les consignes du guide d'auto soins);