

**LU POUR VOUS** Impact délétère des mesures sanitaires sur les populations de sans-abris

Médecins Sans Frontières a mené une étude de séroprévalence de l'infection à SARS-CoV-2 dans une population de sans-abris (incluant des travailleurs étrangers au statut précaire) à Paris entre juin et juillet 2020. Les enquêteurs ont catégorisé les lieux de vie en fonction du niveau de promiscuité. Parmi les 818 personnes recrutées de manière aléatoire, majoritairement des hommes d'un âge moyen de 39 ans récemment arrivés en France et ayant une assurance-maladie (68%), la séroprévalence globale de SARS-CoV-2 était nettement plus élevée que dans la population

générale (52 vs 12%). Le risque d'infection était significativement plus élevé dans les hébergements surpeuplés tels que les foyers de travailleurs étrangers, comparé aux personnes ayant des logements privés ou logées dans des hôtels, en raison d'un niveau de promiscuité élevé (aOR: 3,4; IC: 95%: 1,7-6,9). Les lieux permettant des sorties quotidiennes engendraient moins de risques que les hébergements appliquant un confinement strict (aOR: 0,4; IC 95%: 0,2-0,7). Deux tiers (68%; IC 95%: 64,2-72,2) des personnes infectées rapportaient n'avoir eu aucun symptôme évocateur du Covid-19.

**Commentaire:** cette étude suggère que les mesures sanitaires classiques proposées à la population générale, telles que le confinement strict et le testing uniquement des cas symptomatiques, ne sont pas adaptées aux populations de sans-abris. Les personnes sans-abri hébergées d'urgence lors de la première vague de la pandémie ont été massivement exposées, ce d'autant plus que le niveau de promiscuité était élevé et la liberté de mouvement réduite. Cela devrait inciter les autorités à favoriser l'hébergement en hôtel plutôt que dans les lieux collectifs

et à autoriser des sorties quotidiennes plutôt qu'un confinement strict.

**Dre Jennifer Socquet**

Consultation ambulatoire mobile de soins communautaires (CAMSCO), Service de médecine de premier recours, HUG, Genève.

**Coordination: Dr Jean Perdrix,** Unisanté (jean.perdrix@unisanté.ch)

Roederer T, et al. Seroprevalence and risk factors of exposure to COVID-19 in homeless people in Paris, France: a cross-sectional study. *Lancet Public Health* 2021;6:e202-9. Doi: [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00001-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00001-3).

## COVIDWATCH

## PRÉCISION DIAGNOSTIQUE DE DEUX TESTS RAPIDES ANTIGÉNIQUES SARS-COV-2

On admet généralement que l'intensité des symptômes et le risque de transmission augmentent en fonction de la charge virale, et que cette charge est maximale durant les débuts des symptômes. La référence pour le diagnostic de SARS-CoV-2 à la phase aiguë est la PCR (polymerase chain reaction). Même s'il existe des formats de tests rapides en PCR, l'absence de format POCT (point of care test) pour cette dernière ne permet pas d'envisager des tests permettant de donner une réponse rapide sur le lieu des soins ou encore en autotest (frottis et test réalisés par le patient). L'avènement il y a quelques mois de tests de détection d'antigènes de SARS-CoV-2 dans un format de cassette à chromatographie à flux latéral basé sur la capture, en présence d'antigène, d'un anticorps conjugué à des particules colorées, permet cependant d'envisager de telles approches. La publication revue ici est une étude prospective genevoise de

validation de deux tels tests, par comparaison avec un test de RT-PCR, au moyen de frottis nasopharyngés prélevés en parallèle par la même personne. Les auteurs ont enrôlé 1064 participants du 9 au 23 octobre 2020 (durant la montée de la deuxième vague). La cassette Panbio™ Covid19 Ag (Abbott) a été validée chez 535 participants, dont 106 étaient Ag positifs parmi 124 positifs par RT-PCR, pour une sensibilité de 85,5% (IC 95%: 78,0-91,2). La spécificité était de 100,0% (IC 95%: 99,1-100) chez les 411 participants négatifs par RT-PCR. La cassette Standard Q Ag-RDT (SD Biosensor, Roche) a été validée chez 529 participants, dont 170 étaient Ag positifs parmi les 191 positifs par RT-PCR, pour une sensibilité de 89,0% (IC 95%: 83,7-93,1). Un seul faux positif a été observé parmi les 338 participants négatifs par RT-PCR, pour une spécificité de 99,7% (IC 95%: 98,4-100). Parmi les individus se présentant avec de la fièvre de 1-5 jours après le début des

symptômes, la sensibilité combinée des deux cassettes était supérieure à 95%. Une sensibilité plus basse (88,2%) était observée le jour même d'apparition des symptômes (Jo). Les auteurs concluent à la validation indépendante des deux tests de détection d'antigène largement disponibles commercialement, qui tous deux satisfont les critères OMS de sensibilité > 80% et spécificité > 97%. Quoique moins sensibles que la RT-PCR, ces tests seront utiles considérant leur résultat rapide (15 min.), leur facilité d'emploi, réalisable indépendamment d'un laboratoire.

**Commentaire:** Cette étude démontre la performance remarquable tant en spécificité qu'en sensibilité de ces deux méthodes. Il est clair qu'elles ont la capacité, utilisées dans des conditions de prélèvement et de réalisation bien définies, probablement optimales, de détecter SARS-CoV-2 dans la vaste majorité de cas symptomatiques dans les jours qui

suivent l'apparition des symptômes, lorsque la charge virale est élevée. La sensibilité baisse quelque peu par la suite. Dans leur discussion, les auteurs passent en revue une dizaine d'études qui confirment cette performance de plusieurs tests rapides de détection d'antigène, auxquelles s'ajoute récemment l'étude extensive de Corman et coll.<sup>1</sup>

Le test Roche est déjà très largement utilisé en Suisse dans les lieux de soins pour le diagnostic des infections symptomatiques, à juste titre, considérant les avantages d'une réponse lors de la consultation. Il est également utilisé pour le dépistage des infections asymptomatiques ou débutantes, par exemple avant un voyage. La charge virale dans ces circonstances est plus basse. Cependant, la relation entre charge virale déterminée par RT-PCR et la positivité des tests de détection d'antigène montre que le test Roche, en tout cas, a une sensibilité supérieure à 80% pour des charges virales dès 10<sup>6</sup>

copies/ml de morve, niveau au-dessus duquel on trouve du virus cultivable. L'emploi de ce genre de test est justifié dans ces conditions, malgré sa relative insensibilité, comme discuté en septembre déjà par Mina et coll.<sup>2</sup> Plus récemment, à mi-avril, le test Roche a été mis largement à disposition de la population dans le cadre d'une campagne promouvant les autotests à effectuer en particulier avant des rencontres représentant un risque de transmission. Cet usage ajoute une incertitude à

la performance de ce genre de test: la réalisation du frottis nasopharyngé par un non professionnel sur la base d'un tutorial d'une page remis avec le test. Dans quelle mesure les «laïques» vont-ils effectuer un frottis du vestibule nasal, frottant ainsi un épithélium pavimenteux kératinisé, ou réellement redresser l'écouvillon à l'horizontale et ainsi pénétrer dans la fosse nasale pour y effectuer le frottis par rotation sur l'épithélium respiratoire où se réplique le virus? Difficile à dire: s'il sera facile de vérifier la

spécificité du test en contrôlant par RT-PCR ceux des patients ayant un autotest avec un résultat positif, il sera plus difficile de contrôler la sensibilité parmi ceux ayant un résultat négatif, à moins de les recruter dans une étude ad hoc, dont on peut dire que l'effort en serait bien justifié.

#### Pascal Meylan

Professeur honoraire  
Faculté de biologie et de médecine  
Université de Lausanne  
1015 Lausanne  
pascal.meylan@unil.ch

Berger A, Ngo Nsoga MT, Perez-Rodriguez FJ, et al. Diagnostic accuracy of two commercial SARS-CoV-2 antigen-detecting rapid tests at the point of care in community-based testing centers. PLOSone 16(3): e0248921. Doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248921>.

1 Corman VM, Haage VC, Bleicker T, et al. Comparison of seven commercial SARS-CoV-2 rapid point-of-care antigen tests: a single-centre laboratory evaluation study. Lancet Microbe 2021 (Published Online April 7, 2021). Doi: [https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(21\)00056-2](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(21)00056-2).

2 Mina MJ, Parker R, Larremore DB. Rethinking Covid-19 Test Sensitivity – A Strategy for Containment. N Engl J Med 2020; 383:e120. Doi: [10.1056/NEJMp2025631](https://doi.org/10.1056/NEJMp2025631)

#### CARTE BLANCHE



Dr François Pilet

Chemin d'Outé 3  
1896 Vouvry  
francoispilet@vouvry-med.ch

#### LES MOUETTES DE LA LIBERTÉ

Si vous avez eu la chance de voir le film *Médecin de campagne*, sorti en 2016, vous vous souvenez certainement de la scène de l'enlèvement, par son médecin traitant, du vieux patient hospitalisé. 32 ans avant cette fiction, j'ai vécu une scène analogue, moins rocambolesque, certes, mais bien réelle. André\*, bientôt la nonantaine, avait été toute sa vie un homme du lac, dont il connaissait bien des secrets. Avec sa grande sœur Simone\*, célibataire comme lui, il partageait une maison au bord de ce Léman bien aimé. J'allais les voir une fois par mois, rituel censé éloigner les maladies. Simone veillait avec beaucoup de bienveillance sur son petit frère, surtout depuis qu'elle avait perçu chez lui des troubles de la mémoire. Un jour, André fit une bronchopneumonie et je dus

l'hospitaliser, pour la première fois de sa vie, à la demande de sa sœur, tant il était affaibli et confus. Il se remit assez vite, mais resta très désorienté à l'hôpital. Les médecins du service décidèrent qu'un retour à domicile était hors de question, en raison de sa démence, et organisèrent, d'autorité, un placement en EMS. Simone et moi-même étions plutôt choqués par cette décision et peinions à nous faire entendre. Quant à André, il n'était pas vraiment en état de donner son avis. On ne parlait pas de directives anticipées à cette époque lointaine et dans ces contrées reculées... Du haut de mes 33 ans, modeste généraliste fraîchement installé, je ne faisais évidemment pas le poids face au grand médecin chef de l'hôpital, respecté et respectable. Mais loin d'abdiquer, Simone et moi décidâmes d'un enlèvement: avec un chauffeur, nous vîmes cueillir André à son arrivée devant la porte de l'EMS, qu'il ne franchit jamais. André retrouva son lac, sa sœur, sa maison et ses esprits. Évidemment pas toute sa mémoire, mais suffisamment pour continuer à m'instruire sur les oiseaux aquatiques que nous admirions lors de nos balades à l'occasion de mes visites. André avait un faible pour les mouettes rieuses, dont le vol ne cessait de le fasciner. André vécut encore deux ans de cette vie paisible au bord du Léman, avant de mourir au cours d'une seconde et dernière hospitalisation, très courte.



© istockphoto/ralfigosch

L'histoire de l'humanité et de ses luttes incessantes nous a enseigné que la liberté est une valeur placée nettement au-dessus de la vie. Priver une personne de sa liberté pour la protéger de risques multiples est une décision assez courante et souvent pertinente. Mais à mon sens, une telle démarche nécessite une évaluation méticuleuse et ouverte de la notion de risque. Quand on a 90 ans, que pèse le risque de mourir face à la perte de sa liberté? Les directives anticipées nous aident beaucoup, mais elles ne résolvent jamais complètement ce dilemme, toutes les situations n'étant pas prévisibles. La privation affective et sensorielle imposée aux personnes âgées vivant en EMS, quitte à les enfermer parfois dans leur chambre, pour les protéger du Covid-19 était-elle acceptable? Je fais partie des personnes qui ont un grand respect à l'égard des décisions difficiles de nos autorités, en cette période de pandémie menaçante et de brouhaha médiatique incessant. Mais la lecture d'un bel article de notre collègue Jacques

Aubert<sup>1</sup> a introduit en moi cette question: cet isolement forcé n'était-il pas «l'interdiction de trop»? L'argument de la protection du système de santé n'est pas très solide pour des personnes déjà institutionnalisées qui, dans leur très large majorité, ne souhaitent pas être hospitalisées lorsque la mort menace. Sans compter que certains EMS, comme en témoigne le Dr Aubert, n'ont pas eu de cas de contagion, ni dans le personnel ni parmi les patients, tout en autorisant des visites, mais sous un protocole très strict. Je me demande si notre société ne devra pas, un jour, demander pardon pour ce positionnement éthique, somme toute assez cruel, comme elle a dû le faire à l'égard des enfants Roms retirés à leurs parents «pour leur bien»!

\*Prénoms réels, car les faits sont prescrits depuis longtemps et que je leur dois bien cet hommage.

1 Aubert J. Visites en EMS : l'interdiction de trop. Prim Hosp Care Allg Inn Med 2021;21(03):104.