



CORONAVIRUS

Bulletin d'information du conseil de l'ordre des médecins de l'Aveyron et du Centre Hospitalier de Rodez sur la situation sanitaire en Aveyron

SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE CORONAVIRUS EN AVEYRON

SITUATION AU 18 AVRIL

272 cas confirmés/probables recensés par le SMIT de Rodez.

Hôpital :

19 décès, 4 réa, 30 HC (+7), 31 SSR.

EHPAD :

7 avec cas confirmés, 6 avec décès, 29 décès (+1) dont 5 en CH.

Donc 43 décès en CH + EHPAD.

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE COVID 19 EN AVEYRON

En lien avec la FAQ de vos bulletins covid n°32 et 33, je vous apporte quelques précisions au sujet du dépistage "massif" en EHPAD :

La nouvelle stratégie du dépistage en EHPAD, que je qualifierais d'élargi plutôt que de massif, a fait l'objet d'un compromis départemental entre les institutions (préfecture, DDARS) et les acteurs intervenants pour sa mise en œuvre (CH Rodez/SMIT, LXBIO, UDSMA...) afin:

- d'adapter les consignes régionales aux moyens humains/matériels/logistiques disponibles pour les prélèvements et analyses.
- de prendre en compte des situations hétérogènes dans les établissements touchés par le covid, avec des stades plus ou moins avancés dans la circulation du virus et des réponses organisationnelles différentes.

Le dépistage est un "moyen" parmi d'autres d'orienter les décisions et d'accompagner les EHPAD avec cas covid confirmés. En effet, la réponse globale s'appuie sur l'ensemble des compétences coordonnées de la plateforme covid-PA portée par le CH Rodez (infectiologie, gériatrie, hygiène, éthique...), qui a joué un rôle déterminant en soutien des établissements les plus en difficulté, en lien avec les équipes soignantes mobilisées sur place.

En synthèse, deux cas de figure dans les EHPAD et plus généralement les établissements médico-sociaux :

1) Dans les établissements sans cas de covid connu, la réponse du Dr Guérin du SMIT dans votre bulletin n°31 continue à s'appliquer :

Devant tout résident d'EHPAD suspect de COVID 19 :

- Contacter le SMIT pour échanger sur le diagnostic et organiser le prélèvement dans l'EHPAD avec l'aide d'une équipe mobile UDSMA si l'état clinique du patient permet attendre 24 h
- Si le prélèvement revient positif, extraire le patient de l'EHPAD en l'hospitalisant dans la zone HDV (Haute Densité Virale) du CH-Rodez pour essayer de protéger la diffusion du COVID au sein de l'EHPAD
- Si l'état du patient justifie une évaluation médicale plus complexe l'adresser aux SAU « Suspicion COVID » du CH Rodez ou de Millau ou de Villefranche pour bilan et réalisation de la PCR COVID
- Mettre en place une politique de repérage des cas secondaires chez les résidents et les soignants au sein de l'EHPAD et la réévaluation des mesures de protection avec l'aide si nécessaire des Equipes Mobiles de Gériatrie et d'Hygiène.

2) Dans les établissements avec cas covid-19 connus, soit 7 établissements actuellement en Aveyron (réf. : instruction MinSanté/MinIntér. du 09/04/20) :

- Dans les situations où les établissements peuvent organiser des isolements spécifiques des résidents cas confirmés en créant des secteurs dédiés, les tests peuvent être étendus au-delà des trois premiers patients pour caractériser l'extension de l'épidémie au sein de l'établissement et documenter les réorganisations internes de résidents et personnels.

De la même façon, dans le cas de résidents pour qui l'isolement pourrait entraîner des conséquences psychologiques ou physiques difficiles, un test peut être réalisé pour confirmer ou non la nécessité d'un isolement.

- Tous les personnels dès l'apparition de symptômes évocateurs du covid doivent être testés.

La priorisation et le déclenchement du dépistage élargi est conduit par une "mission dépistage" composée de la préfecture, la DDARS, le CH de Rodez (direction/plateforme covid-PA), LXBIO, UDSMA + le SDIS qui a proposé l'appui

d'infirmières sapeurs-pompiers pour effectuer les prélèvements. Pour l'instant il n'a pas été nécessaire de faire appel à cette dernière ressource qui pourrait apporter son aide dans un second temps et en fonction aussi de l'évolution de la stratégie.

Etant donnée la baisse de la demande en tests en ville et CH et de la tension (au moins momentanément) sur les fournitures de prélèvement et d'analyse, le dépistage peut être prolongé au-delà des recommandations indiquées ci-dessus, en fonction de la situation de chaque établissement priorisé et sur validation de la mission dépistage. Attention, cette stratégie du dépistage élargi en ESMS est à différencier de l'initiative du Dr Ray évoquée par le Dr Guérin (bulletin 32) et qui a fait l'objet d'une diffusion aux établissements de santé (voir mail ci-joint).

Il s'agit cette fois d'autonomiser les établissements de santé dans le dépistage systématique (et non massif) de leurs personnels, ainsi que des patients asymptomatiques, notamment pour les entrées et retours en ESMS lorsque le test est obligatoire.

Bien cordialement,

Benjamin Arnal

Directeur Délégation départementale de l'Aveyron

FOIRE AUX QUESTIONS

Bonjour à tous,

Nous nous faisons le relais du questionnement qui commence à surgir sur la prise en charge des patients sortis d'hôpital après un COVID. 2 types de sortie

- sortie direct domicile pour ceux qui ne sont pas allés en réa
- sortie de Réa via SSR conventionnels

Ceci afin de transmettre aux confrères une conduite à tenir coordonnée et efficace pour ces patients.

Problématiques:

- atteinte du poumon: possibles séquelles parenchymateuses
- conséquences de l'alimentation prolongée: asthénie résiduelle, déconditionnement global à l'exercice, fonte musculaire

Questions:

- quel bilan en post op et dans quel délai, et avec quel renouvellement: EFR? , TDM?

injecté ou non?

- prise en charge thérapeutique:

* médicamenteuse: corticothérapie? aérosol thérapie?

* réhabilitation à l'exercice: kiné, SSR, à partir de quand? dans quel ordre?

* renutrition protidique?

- dépistage et prise en charge d'un état de stress post traumatisant?
- possibilité de créer un protocole d'étude de suivi et réhabilitation post COVID multicentrique (médecine de ville (MG, kiné, diét), CH, SSR)? mobiliser un interne pour une thèse?

Merci à tous de vos réponses et propositions, nous pourrions en faire une synthèse pour le prochain flash COVID.

Amicalement

Véro, Domi, Céline

Merci à tous ceux des lecteurs qui possèdent tout ou partie des réponses de bien vouloir en faire profiter tous ceux qui attendent...

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE EN RÉGION

ars
Agence Régionale de Santé
en Occitanie

Bulletin d'information COVID-19 **RESTEZ CHEZ VOUS** **# 41**

Ces informations sont mises à jour régulièrement du fait de l'évolution rapide de la situation sanitaire

Samedi 18 avril 2020 à 18h

5570 TESTS POSITIFS EN OCCITANIE

- 861 hospitalisations en cours, dont 238 en réanimation
- 1 690 retours à domicile
- 292 décès à l'hôpital

Surveillance sanitaire
Santé publique France assure désormais un suivi épidémiologique harmonisé au plan national. Pour chaque région, les données de surveillance collectées auprès des partenaires sont accessibles sur le site de Santé publique France > [consulter le bulletin Occitanie](#)

SUIVI DE L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE PAR DEPARTEMENT	HOSPITALISATIONS EN COURS	DONT REANIMATION	TOTAL RETOURS À DOMICILE	TOTAL DECES (en établissements de santé)
Arriège (09)	14	2	19	2
Aude (11)	68	8	126	42
Aveyron (12)	65	4	69	19
Gard (30)	115	36	136	31
Haute-Garonne (31)	194	89	349	34
Gers (32)	42	3	23	11
Hérault (34)	169	47	477	90
Lot (46)	22	7	90	7
Lozère (48)	5	1	12	0
Hautes-Pyrénées (65)	76	4	68	14
Pyrénées-Orientales (66)	32	14	236	24
Tarn (81)	45	15	58	15
Tarn-et-Garonne (82)	14	8	27	3
OCCITANIE	861	238	1 690	292

LES INFORMATIONS UTILES  **0 800 130 000** (appel gratuit) gouvernement.fr/info-coronavirus

En bref : les infos du jour

- Diminution du nombre de contaminations en France : la baisse des nouvelles hospitalisations et des nouvelles admissions en réanimation ainsi que la diminution des recours pour COVID-19 en médecine générale, à SOS Médecins et aux urgences hospitalières traduisent une diminution des nouvelles contaminations. Cette baisse du nombre de contaminations est le résultat positif du confinement et de l'effort de toute la population, mais attention au relâchement qui aurait pour effet d'inverser la tendance.
- Les mesures de confinement et les gestes barrières restent d'actualité : se laver très régulièrement les mains ; tousser ou éternuer dans son coude ou dans un mouchoir ; utiliser un mouchoir à usage unique et le jeter ; saluer sans se serrer la main, éviter les embrassades ; rester toujours à plus d'un mètre les uns des autres.

24/24

Cliquez ici pour consulter :

- Les derniers [communiqués de presse](#) de l'ARS Occitanie
- Le dernier [point de situation national](#) du Ministère de la santé (vidéo)

Consultez les sites officiels mis à jour en temps réel :

Questions-réponses, mesures mises en œuvre par le gouvernement, recommandations pour les professionnels de santé et les voyageurs...
www.gouvernement.fr/info-coronavirus
www.solidarites-sante.gouv.fr/coronavirus
 Suivi épidémiologique :
www.santepubliquefrance.fr

En direct sur Twitter :
[@gouvernementFR](https://twitter.com/gouvernementFR) [@MinSoliSante](https://twitter.com/MinSoliSante)
[@AlerteSanitaire](https://twitter.com/AlerteSanitaire) [@ARS_OC](https://twitter.com/ARS_OC)

EHPAD
Le dépistage en EHPAD s'intensifie en Occitanie : dès qu'un cas est confirmé, des professionnels de proximité sont mobilisés pour réaliser un dépistage auprès de l'ensemble des résidents et du personnel.
[Voir le communiqué](#)

PRATIQUE

Arrêts de travail
Coronavirus : les déclarations d'arrêt de travail sont simplifiées pour les salariés parents, les personnes en ALD et les femmes enceintes. Voir les modalités sur www.ameli.fr

COVID-19 : ENSEIGNEMENTS DU CLUSTER DE CONTAMINES-MONTJOIE (HAUTE-SAVOIE)

Messages principaux

- Selon l'analyse de l'un des premiers clusters français lié au SARS-CoV-2 en Haute-Savoie, la contamination de 75% des 15 personnes contacts considérées à haut risque d'infection par un premier cas index pourrait soutenir l'hypothèse de l'existence de super-spreaders.
- À l'inverse, l'absence de diffusion du virus à partir d'un cas secondaire pédiatrique, malgré de multiples contacts à risque, pourrait suggérer une dynamique de diffusion différente du virus chez les enfants par rapport aux adultes.

Le 6 février 2020, un ressortissant britannique ayant séjourné à Singapour entre le 18 et le 23 janvier, puis dans un établissement touristique à Contamines-Montjoie (Haute-Savoie) entre le 24 et le 28 janvier, a été identifié comme infecté par le SARS-CoV-2 en Grande-Bretagne. Ce cas index avait séjourné dans le chalet avec 10 autres touristes britanniques adultes (appartement 1) et une famille britannique de 2 adultes et 3 enfants résidant en France (appartement 2). Les investigations et isolement des patients ont été menées conformément aux recommandations en cours à cette date.

Parmi ces cas contacts, 11 ont été testés positifs (5 en France, 5 au Royaume-Uni, 1 en Espagne) soit 75% des contacts à risque (82% dans l'appartement 1, et 60% dans l'appartement 2), dont 1 seul enfant. Par ailleurs, un cas tertiaire a été diagnostiqué en France parmi 5 touristes ayant séjourné dans l'appartement 1 après le départ du cas index.

Présentation clinique et virologique

Sur le plan clinique, 5 des 6 cas confirmés en France et 5 de ceux suivis à l'étranger étaient symptomatiques, ces symptômes ayant débuté entre le 27 janvier et le 12 février. Tous avaient présenté une forme légère à modérée (principalement fièvre et toux sèche) et avaient eu une évolution favorable.

Sur le plan virologique, 4 des patients suivis en France avaient présenté une charge virale (prélèvements nasopharyngés) faible dont 2 (y compris l'enfant) étaient à la limite de la détection, les tests ayant été conduits pour la première fois entre le 6 e et le 10 e jour des symptômes. La médiane de durée de l'excrétion virale étant de 11 jours, tous avaient une valeur nulle à 17 jours. Le cas asymptomatique présentait une excrétion virale significative. Le cas tertiaire a présenté une excrétion virale positive au niveau des voies respiratoires inférieures et négative au niveau des voies respiratoires supérieures après admission hospitalière (J8).

Au total, les enquêtes épidémiologiques ont permis d'identifier 173 personnes ayant eu des contacts à risque avec les personnes diagnostiquées, dont 112 concernant l'enfant, qui avait fréquenté deux écoles et 1 cours collectif de ski. Parmi les 173 personnes, 84 étaient considérées comme à risque modéré ou élevé. Cent soixante-neuf ont pu être contactés, dont 70 ont déclaré avoir présenté des symptômes respiratoires. In fine, 73 ont été testés dont 1 seul a été positif (le cas tertiaire).

Interprétation et hypothèses

Au total, 75% des cas suspects considérés à haut risque ont été contaminés à partir du cas index, ainsi qu'un cas tertiaire, parmi 5 personnes ayant séjourné dans le même appartement que le cas index après son départ (cas observé durant la quatorzaine de confinement). Ainsi, le nombre de reproduction de base (R_0) serait ici très élevé par rapport à celui classiquement rapporté, suggérant la possible existence de « super-spreaders » évoqués dans le cadre des précédentes épidémies liées au MERS-CoV ou au SRAS-CoV. Ce type de patients excrèterait probablement plus de virus durant une période plus longue que les autres, du fait d'une combinaison de facteurs liés à l'hôte, au virus, au comportement individuel et son environnement, qu'il reste à établir.

Dans ce cluster, un cas asymptomatique présentait une charge virale similaire à celle d'un cas symptomatique, renforçant les observations de transmission du virus à partir de cas asymptomatiques.

Il n'était pas possible d'évaluer si le cas tertiaire avait été infecté par un cas secondaire ou par le biais d'une contamination environnementale dans l'appartement.

Le tableau clinique avait été majoritairement léger et avait permis aux patients de poursuivre leurs activités avant le diagnostic.

Concernant l'ensemble des cas contacts identifiés par l'enquête, il est peu probable que des cas symptomatiques aient échappé à la surveillance de 14 jours mais les auteurs reconnaissent que des cas asymptomatiques aient pu échapper à leur identification (l'hypothèse d'une transmission asymptomatique n'était pas encore établie à cette date).

- [Références](#)

Danis K, Epaulard O, Bénet T, et al. Cluster of coronavirus disease 2019 (Covid-19) in the French Alps, 2020. *Clin Infect Dis*. 2020 [published online ahead of print, 2020 Apr 11] doi:10.1093/cid/ciaa424 PMID:32277759

FAQ N°27 (18 avril)

Par le Pr ADNET

Monde : 2.273.382 cas confirmés (décès 156.064, guérisons 578.220) dans 185 régions ou pays.

- **France** : 149.132 cas confirmés, 18.703 décès, 35.018 guérisons.
- **Italie** : 172.434 cas confirmés, 22.745 décès, 42.727 guérisons.

(Source : Johns Hopkins University)

COVID et transmission

- On a vu que les patients asymptomatiques pouvaient être contagieux jusqu'à 24 heures avant le début des symptômes (FAQ N°1 et 19).
- Une étude publiée dans *Nature* pousse cette date jusqu'à 2,3 [0,8-3] jours avant le début des symptômes (*Nature medecine*, 15 avril 2020).
- En effet, l'étude de transmission chez 77 patients malades et les 77 patients contact a permis aux auteurs de dater le jour de la contagiosité.
- D'autre part, en étudiant 97 cas de nouveaux patients contaminés, les auteurs ont remarqué que la charge virale diminuait progressivement à partir du premier jour des symptômes.
- Le patient est donc le plus contagieux au début de la maladie, voire avant puisqu'il y a eu 44% de patients contacts infectés durant la période asymptomatique du malade.
- Problème : on ne peut pas isoler un malade avant le début de ses symptômes et c'est justement la période de haute contagiosité !

[merci Axel Ellrodt]

Le saviez-vous ?

- Un peu de culture générale à propos du SARS-CoV-2 (*eLife*, 31 mars 2020) !
- Diamètre du virus 10^{-7} mètre ; volume 10^{-18} litre, masse 10^{-15} gramme.
- 10 minutes pour entrer dans une cellule et 10 heures pour libérer des petits virions très méchants,
- 1000 virions par cellule.
- Pourcentage de génome identique avec d'autres coronavirus :
 - 96% avec le coronavirus de chauve-souris,
 - 91% avec le coronavirus du pangolin,
 - 80% avec le SARS-CoV (SRAS),
 - 55% avec le MERS-CoV.
- Taux de mutations 10^{-6} par nucléotide et par cycle (faible).
- Concentration (maximum) du virus (RNA) par prélèvement :
 - naso-pharyngé : 109 (élevé),
 - gorge : 104,

- caca : 108 par gramme,
- crachat : 1011 par mL.

[merci au Pr. Anny Slama-schwok]

COVID et vaccin

- Un vaccin (ChadOx1 MERS) efficace sur les macaques et dirigé contre le MERS-CoV (autre coronavirus responsable d'épidémies mortelles au Moyen-Orient, voir FAQ N°1) vient d'être publié (*bioRxiv*, en reviewing, 13 avril 2020).
- Un groupe a été vacciné avec une injection, un autre avec deux injections, 56 et 28 jours avant l'infestation par le virus.
- Les 2 groupes de singes vaccinés ont développé une protection contre la maladie efficace comparés à un groupe contrôle qui, lui, a développé la maladie.
- Un espoir d'un concept de vaccination efficace contre les coronavirus.

[merci à Bruno Garrigue]

COVID et masque chirurgical

- On avait des doutes sur la fiabilité du masque chirurgical (FAQ N°19).
- Un article du NEJM (*NEJM*, 15 avril 2020) est rassurant.
- Une expérimentation avec visualisation laser des postillons émis par une personne qui parle («stay healthy !») a enregistré des postillons de 30 à 500 µm.
- Le nombre de postillons augmente avec l'intensité de la voix.
- Le port du masque diminue de manière très importante le nombre de postillons !

On est rassurés !

COVID et traitement antiviral

Les recommandations françaises de prise en charge thérapeutique des patients COVID-19+ (V4) en réanimation ont été publiés (SRLF-SFAR-SFMU-GFRUP-SPILF-SPLF, 4 avril 2020). L'état de l'art ne permet pas de recommander un traitement antiviral spécifique. Trois options thérapeutiques peuvent être proposées au cas par cas, dont le bénéfice comme le risque sont inconnus :

- Remdesivir 200 mg/j puis 100 mg/j,
- Lopinavir/ritonavir 400 mgx2 /j pendant 5-7 jours,
- hydroxychloroquine (200 mg x 3 /j) ou chloroquine (500mg x 2/j) pendant 10 jours, avec ou sans association à l'azithromycine. En dehors de la recherche, il n'est pas recommandé d'utiliser les stéroïdes, la ribavirine, les immunoglobulines polyvalentes ou le sérum de patient convalescent. Ces recommandations diffèrent notablement d'autres internationales (FAQ N°22).

Déclaration de l'association des psychiatres français :

Dans cette triste période de pandémie, c'est normal que vous parliez à vos murs, avec vos plantes et leurs pots.

Vous ne devez nous contacter que dans le cas où ils vous répondent.



Votre commentaire...

