

FLASH
INFO
Covid-19

N°66



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 ÉPIDÉMIOLIQUE CORONAVIRUS EN AVEYRON

SITUATION AU 20 MAI

Pas de tests déclarés aujourd'hui par les laboratoires.

Hôpital : chiffres identiques à la veille

EHPAD : 1 nouvel établissement avec un résident covid+ déclaré le 19/05. Un dépistage massif (résidents + personnels) est en cours avec des résultats attendus pour demain.

UN SITE DE STOCKAGE»SPÉCIAL COVID» A ÉTÉ CRÉÉ À:

<https://flash-covid-19.aubrac-medical.com/>

- **tous les FLASH-COVID dont le dernier sur :**

66 FLASH COVID-19 N° 66

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE COVID 19 EN AVEYRON

COMMUNIQUÉ DU CDOM

procédure de prise en charge des patients covid + ou covid douteux ch -Rodez

Hier la procédure de déclenchement du signalement d'un cas COVID +, a particulièrement bien fonctionné. Les acteurs, SMIT , ARS , CPAM, médecin coordonnateur, médecin traitant et médecin conseil de la CPAM , ont tous joué leur rôle parfaitement et avec réactivité.

Je vous propose ce soir la doctrine de prise en charge des patients :

Ce protocole acté par nos confrères hospitaliers, les Dr CARREZ, KAYA VAUR , GUERIN ,RAY, a été établi à la demande du CDOM , en effet je les ai rencontrés en présence de Monsieur PRÉVOTEAU directeur Général, accompagné du Dr De LABRUSSE .

Ce Protocole donne une lisibilité réelle au plus près de l'aspect pratique. Cela n'a pas été facile, car il convient de bien se caler.

Au nom de tous les confrères et du CDOM, **je remercie nos confrères hospitaliers**, pour leur attention à nos problèmes. A la vue de l'excellente réaction des services impliqués, souligné par notre confrère le Dr DELON dans le Flash COVID 65 d'hier face à un cas de COVID+.

Je suis optimiste et satisfait de l'engagement de chacun.

Bien Confraternellement à tous.

Dr Alain VIEILLES CAZES

Chère consœurs, chers confrères

Vous trouverez ci-dessous le protocole d'adressage des « patients COVID + confirmés ou COVID douteux » sur le CH-Rodez.

Ce protocole a pour objectif de clarifier pour les médecins de villes les portes d'entrées de ces patients dans le CH – Rodez en répondant à la double obligation de permettre un accès au CH Rodez à tous les patients COVID + ou COVID – sans perte de chance, tout en sécurisant leur parcours pour éviter, autant que possible, d'éventuelles transmissions nosocomiales et de minimiser le risque d'exposition des professionnels de santé du CH-Rodez.

Par contre, pour les patients classés COVID douteux (avec signes cliniques compatibles) avec PCR négative pour lequel la demande d'avis spécialisé n'est pas « urgente », nous vous incitons à essayer de différer la prise en charge de quelques jours pour essayer de confirmer ou infirmer le diagnostic en fonction de l'évolution clinique, voire d'une deuxième PCR.

Bien cordialement

Dr Bruno GUERIN Service de Maladies Infectieuses et Tropicales

PROCÉDURE DE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS COVID + OU COVID DOUTEUX CH - RODEZ

1 /PATIENT PRÉSENTANT UNE SITUATION D'URGENCE MÉDICALE :

La procédure à utiliser est celle du **recours au SAMU** et un accueil au **SAU filière COVID suspect**.

2/ PATIENT SANS CARACTÈRE D'URGENCE.

Pour tout patient COVID + ou « COVID douteux » suivi en ambulatoire et présentant une nécessité de recours aux services hospitaliers, que ce soit pour avis en consultation, pour diagnostic complémentaire du COVID (notamment un TDM) ou d'une autre pathologie ou pour prise en charge en hospitalisation, **prescrire une PCR COVID et avoir le résultat pour essayer de classer au mieux le patient et le faire rentrer dans la bonne filière de soins**

- Patient PCR COVID + CONFIRMÉ :

Contact direct avec le SMIT au : 05 65 55 22 80

Le SMIT déclenchant si nécessaire la prise en charge du transport médicalisé avec le 15.

- Patient COVID douteux, PCR négative mais nécessitant un bilan COVID, notamment un scanner

Patient présentant un tableau clinique fortement évocateur mais dont le (ou les) tests n'ont pas réussi à confirmer la présence du virus

=> Contact direct avec le SMIT au 05 65 55 22 80 pour discuter du dossier.

* Si place disponible en zone HDV => Bilan réalisé en HJ en zone HDV par le SMIT. Accueil sécurisé organisé par le SMIT

* Si pas de place disponible en zone HDV => Filière du 15 / SAU COVID

- Patient âgé COVID douteux mais PCR négative, nécessitant un avis gériatrique ou une prise en charge gériatrique spécifique

Même définition de Covid douteux nécessitant en plus un avis gériatrique ou une prise en charge gériatrique spécifique

Contact direct avec la gériatrie aigüe au 05 65 55 24 50 pour préparer le séjour ou la consultation et permettre un Accueil sécurisé organisé par la gériatrie.

- Patient COVID douteux mais PCR négative et justifiant un recours à une autre spécialité

Même définition de Covid douteux nécessitant en plus un avis spécialisé pour une problématique sans relation directe avec le COVID

=> Contact direct avec le service de spécialité pour préparer le séjour ou la consultation et permettre un Accueil sécurisé organisé par le service

L'ARS ANNONCE 120 «SITUATIONS SENSIBLES DE NIVEAU 3» EN OCCITANIE

(mais refuse de parler de clusters)

Publié le 19 Mai 20 à 19:29

Dans *le Journal du Dimanche*, Oliver Veran ministre de la Santé indiquait, dimanche 17 mai 2020, que **trois clusters** ou foyers épidémiques du coronavirus avaient été identifiés en **Occitanie**. Lors d'une conférence de presse qui s'est tenue ce mardi 19 mai 2020 en visioconférence entre Toulouse et Montpellier, l'Agence régionale de santé (ARS) a préféré employer un autre vocabulaire et évoquer le terme de « **situations sensibles de niveau 3** ». « **Je ne souhaite pas communiquer sur le nombre de clusters**, a ainsi indiqué le directeur de l'Agence régionale de santé, **Pierre Ricordeau**. Ce qui est important ce sont **les situations sensibles de niveau 3**. Elles peuvent être sensibles de différentes manières : soit parce qu'elles concernent **des collectivités sensibles** (écoles, centre médico-sociaux...), soit parce que ce sont des regroupements de plus de trois cas possibles ou confirmés, soit parce que ce sont des personnes qui ont été en contact avec plus de dix personnes sur un même lieu et dans des mêmes circonstances, comme lors d'un enterrement par exemple. »

120 « situations sensibles » identifiées ces derniers jours

Depuis le week-end du 11 mai, 120 « cas sensibles de niveau 3 » ont été identifiés en Occitanie, une quarantaine de cas ont d'ores et déjà été clôturés. « Toutes les situations sensibles sont maîtrisées, il y a eu des dépistages systématiques qui ont été effectués ainsi que du tracing (pour identifier les cas contact, *ndlr*) », détaille Pierre Ricordeau. Qui précise :

30 % de ces cas sensibles concernaient des écoles, parfois avec simplement des suspicions de cas possibles qui ont été infirmés, ou confirmés dans un certain nombre de cas, comme à l'école de Carmaux, dans le Tarn. 20% concernaient les établissements médico-sociaux.

Le Tarn particulièrement touché

Sans communiquer sur la localisation de ces « cas sensibles de niveau 3 », le directeur de l'ARS a précisé qu'il y en avait dans tous les départements d'Occitanie. « Dans **le Tarn**, il y a un peu plus de cas positifs au coronavirus et de cas qui relèvent du niveau 3 », a-t-il précisé. Malgré tout, la situation est plutôt bonne sur le front du coronavirus en Occitanie : « On est sur des tendances baissières depuis fin mars, début avril », indique Pierre Ricordeau.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

14/05/2020

L'Assurance Maladie – Risques professionnels propose une subvention pour aider les TPE, PME et travailleurs indépendants à prévenir le Covid-19 au travail

L'Assurance Maladie - Risques professionnels propose, à partir du lundi 18 mai, une subvention « Prévention Covid » pour aider les entreprises de moins de 50 salariés et travailleurs indépendants à financer des équipements de protection du Covid-19.

Portée par la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP), notamment sa gouvernance paritaire (organisations patronales et syndicats de salariés), cette subvention est valable pour des équipements de protection acquis par les entreprises depuis le 14 mars 2020.

Les modalités de la subvention « Prévention Covid »

Disponible à partir du lundi 18 mai, la subvention « Prévention Covid » vise la réduction de l'exposition des salariés et travailleurs indépendants au Covid-19 avec la mise en place des mesures dites « barrières », de distanciation physique, d'hygiène et de nettoyage. Elle permet de financer jusqu'à 50 % de l'investissement effectué par l'entreprise pour s'équiper en matériels permettant d'isoler le poste de travail des salariés exposés au risque sanitaire, de faire respecter les distances entre les collaborateurs et/ou les publics accueillis et en installations permanentes ou temporaires.

Cette subvention concerne les achats ou locations réalisées du 14 mars 2020 au 31 juillet 2020. L'entreprise pourra faire sa demande et adresser les factures des matériels achetés ou loués spécifiquement (selon la liste du matériel subventionné) jusqu'au 31 décembre 2020. Le montant de la subvention versée par la caisse régionale est limité à 5 000 euros par demande.

L'enveloppe exceptionnelle que la branche AT/MP consacrera à cette subvention se monte à 20 millions d'euros.

Les entreprises peuvent trouver sur le site ameli.fr/entreprise toutes les informations et conditions d'obtention de cette subvention. Un dossier de demande est disponible en ligne, à adresser à leur caisse régionale (Carsat, Cramif, CGSS, CSS) de rattachement.

Les Subventions Prévention TPE : un dispositif de 17 aides créé il y a 8 ans

Les Subventions Prévention TPE sont des aides aux entreprises de moins de 50 salariés pour financer des équipements, des diagnostics ou des formations permettant d'améliorer la prévention dans les petites entreprises. Ces aides permettent de cibler des risques professionnels majeurs et fréquents : troubles musculo-squelettiques, chutes de plain-pied ou de hauteur, cancers professionnels.

Des aides sous forme de « contrats de prévention » sont également proposées aux PME de moins de 200 salariés pour les aider à s'engager dans un projet de prévention des risques professionnels.

À propos de l'Assurance Maladie – Risques professionnels

Branche de la Sécurité sociale, l'Assurance Maladie - Risques professionnels a pour finalité de promouvoir un environnement de travail plus sûr et plus sain en réduisant les accidents du travail et maladies professionnelles. Egalement connue sous le nom de branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT/MP), elle agit au service de 19 millions de salariés dans plus de 2 millions d'entreprises. Avec son réseau de caisses implantées sur tout le territoire (CPAM, Services médicaux, Carsat, Cramif, CGSS et CSS), elle exerce trois missions interdépendantes : elle indemnise et accompagne toutes les victimes de maladies et d'accidents liés au travail, fixe les taux de cotisations des entreprises et œuvre sur le terrain pour prévenir les risques professionnels. Elle dispose pour cela de leviers d'incitations financières qu'elle peut actionner au bénéfice de la prévention des risques professionnels. La branche AT/MP prend également à son compte les actions de prévention des travailleurs indépendants et gère le compte professionnel de prévention.

L'Assurance Maladie – Risques professionnels s'appuie sur l'expertise de deux acteurs qu'elle finance :

- l'Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles (INRS) qui développe les connaissances scientifiques et techniques sur les risques liés au travail et les outils de prévention.
- Eurogip qui identifie les bonnes pratiques en matière de santé et sécurité au travail en Europe et à l'international et représente la branche pour l'élaboration des normes européennes et internationales.

Contact presse pour l'Assurance Maladie - Risques professionnels :
delphine.sens@assurance-maladie.fr – 01 72 60 22 88

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE COVID 19 EN NATION

On n' a pas fini de se poser beaucoup de questions sur la physio-pathologie de cette nouvelle pandémie.

Pour la première fois, on découvre les résultats d' une série d'autopsies de patients décédés du Covid-19

COVID-19, RÉSULTATS DE L'AUTOPSIE

Au 26 Avril 2020, on dénombrait approximativement 210 000 décès liés à la Covid 19 dans le monde sans que l'on trouve d'explication claire à cette surmortalité par rapport à ce que provoque habituellement une grippe saisonnière. Plusieurs facteurs de risque potentiels ont été suggérés : un âge avancé, des D Dimères élevés, un haut score de défaillance multiviscérale mais, à ce jour, on connaît mal les causes précises des issues fatales.

D Wichmann et collaborateurs ont tenté de déterminer les principales caractéristiques anatomo-pathologiques de cette nouvelle infection virale à partir de l'autopsie de 12 patients consécutifs décédés, à Hambourg (Allemagne) d'une infection par SARS-CoV-2 confirmée par polymérase chaine réaction (PCR). Ces autopsies ont été effectuées dans le Département de Médecine Légale du Centre médical Universitaire de Hambourg-Eppendorf. Outre de nombreux prélèvements d'organes ont été réalisées des tomodensitométries post mortem et des recherches virologiques en divers sites. Les examens ont été pratiqués sitôt que possible entre 1 et 5 jours après la mort, dans le respect des recommandations de sécurité les plus strictes.

L'âge médian des 12 patients était de 73 ans (IQR : 18,5) ; 25 % étaient des femmes. Tous avaient souffert de comorbidités variées ; 2 étaient décédés en dehors de l'hôpital, 5 en unité de soins intensifs et les 5 autres en milieu hospitalier mais pas en réanimation. Parmi ce derniers, les résultats biologiques les plus marquants avaient été une élévation très importante des LDH, des D Dimères et de la C Réactive Protéine. Une thrombocytopénie modérée était aussi présente chez 4 des 10 patients testés. Par contre, la procalcitonine, dosée chez 6 était dans les limites de la normale, sauf chez un malade atteint de pneumonie. Le scanner post mortem, réalisé dans 10 cas, a révélé un mélange d'infiltrations réticulaires et de zones de condensation sévère dans chacun des 2 poumons.

Beaucoup de thromboses veineuses profondes et d'embolies pulmonaires

L'autopsie a permis de déceler, dans 4 cas, une embolie pulmonaire massive, à l'origine du décès, associée à des thrombi des veines profondes des membres inférieurs. Dans 3 autres cas, il a aussi été retrouvé une thrombose veineuse profonde récente bilatérale mais sans embolie pulmonaire. Il a, par ailleurs, été constaté, chez 6

hommes sur 9, une thrombose récente des plexus veineux prostatiques. Dans tous les cas (n = 12), la mort avait été d'origine pulmonaire ou en rapport avec le système vasculaire des poumons. Typiquement, les poumons étaient congestifs et lourds, avec un poids moyen de 1 988 g, (poids standard de 840 g chez l'homme et 639 g chez la femme.) Il était souvent retrouvé une pleurite modérée à leur surface. A la coupe, le parenchyme pulmonaire était ferme mais encore friable. Dans 3 cas ont été notés des foyers de bronchopneumonie purulente. Le reste des viscères examinés était normal, en dehors, dans 3 observations, d'une splénomégalie modérée, compatible avec une infection virale. Par ailleurs, une cardiopathie préexistante était très fréquemment notée, avec dans 7 cas, une athéromatose coronaire et dans 6 cas une maladie ischémique. Dans 6 cas étaient présents un emphysème pulmonaire et dans 3 cas sur 12 une entéropathie ischémique. Tous les malades avaient eu une tendance nette au surpoids ou à l'obésité avec un indice de masse corporelle moyen à $28,7 \text{ kg/m}^2$, sauf une femme en état de cachexie extrême de nature néoplasique.

L'examen histopathologique pulmonaire a retrouvé une atteinte alvéolaire diffuse et massive, comme dans les syndromes de détresse respiratoire aiguë. On notait la présence de membranes hyalines, de pneumocytes activés, de thromboembolies micro vasculaires, d'une congestion pulmonaire et d'un œdème interstitiel riche en protéines. Il était aussi décrit des infiltrats inflammatoires à prédominance lymphocytaire, en quantité modérée. A un stade tardif il existait une métaplasie squameuse, 4 cas présentaient des éléments en faveur d'une bronchopneumopathie bactérienne. Histologiquement, des thromboembolies veineuses ont été notées dans 4 cas, avec également des micro thromboses des petites artères pulmonaires. En sus des lésions pulmonaires, l'autopsie a très fréquemment mis en évidence une hyperémie et une infiltration lymphocytaire de la muqueuse pharyngée. Un cas de myocardite lymphocytaire du ventricule droit a été identifié. Les autres lésions étaient, soit le fait d'un état de choc prolongé, soit de comorbidités antérieures.

Les tests PCR révélèrent la présence de l'ARN du SARS-CoV-2 dans les poumons des 12 patients, le nombre de copies/mL allant de $1,2 \times 10^4$ à 9×10^9 . Il était aussi présent dans le pharynx de 9 malades sur 12 ; 6 avaient une virémie modérée, $< 4 \times 10^4$ copies /mL. Chez 5, l'ARN viral a aussi été décelé dans différents organes : cœur, foie et rein, à des valeurs supérieures à celles du sang. Quatre patients étaient aussi porteurs de l'ARN au niveau du cerveau. Enfin, l'ARN était également présent au niveau des veines saphènes.

Activation de la coagulation et/ou dysfonction endothéliale

Ainsi, cette série consécutive de 12 patients décédés de Covid-19 retrouve une incidence élevée de thromboses veineuses profondes, dans 58 % des observations. Un tiers avait une embolie pulmonaire, cause directe de la mort. Des lésions alvéolaires diffuses étaient présentes, en histologie, dans 67 % des cas. Dans des publications antérieures ayant porté sur des patients décédés de Covid-19 mais non autopsiés, cette fréquence élevée d'embolies pulmonaires n'avait pas été signalée. Récemment, une analyse de 85 cas fatals observés à Wuhan (Chine) faisait état, comme cause du décès, pour 16 % des patients d'une défaillance multi organes et

pour 9 % d'un arrêt cardiaque sans plus de précision, aucune autopsie n'ayant été pratiquée. Seuls 3 cas avec autopsie complète avaient été antérieurement rapportés, respectivement par Xu et Boston. Toutefois, plusieurs cliniciens avaient signalé, dans une série de 191 observations, la grande fréquence d'une coagulopathie chez les patients décédés de Covid-19, allant jusqu' à 50 % vs 7 % chez les survivants, dont témoignait un taux de D-Dimères > 1 000 µg/L. De fait, le virus peut prédisposer à la survenue d'une thrombo embolie veineuse de différentes façons. Il peut générer une activation de la coagulation, comme les virus VIH, de la dengue ou Ebola. Il peut aussi être à l'origine d'une dysfonction endothéliale, dont attestent un taux augmenté de facteur von Willebrand, une inflammation systémique et un état pro coagulant par activation de facteurs tissulaires. Il est aussi noté, dans les formes graves, des taux très élevés de cytokines pro inflammatoires. L'hypoxémie sévère, en elle-même peut faciliter la formation de thrombi. Enfin, peut aussi intervenir une réponse immune médiée par des anticorps anti phospholipides.

En conclusion, une prévalence élevée de thrombo-embolies veineuses a été observée dans cette série autopsique de patients décédés de Covid-19. Un taux élevé de D Dimères, en faveur d'une coagulopathie, pourrait suggérer l'intérêt d'un traitement anticoagulant. Dans ce contexte, diverses sociétés savantes ont déjà émis des recommandations en faveur d'une anticoagulation chez les patients atteints de Covid-19. Cependant, des études prospectives sont nécessaires, afin de valider ces premiers résultats.

Dr Pierre Margent

Référence

Wichmann D et coll. : Autopsy Findings and Venous Thrombo Embolism in Patients with Covid -19 : a prospective cohort Study.. Ann Intern Med, 2020. Publication avancée en ligne le 6 mai. doi.org/10.7326/M20-2003