



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

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

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

dernier numéro du **FLASH COVID-19**

71 FLASH COVID-19 N° 71

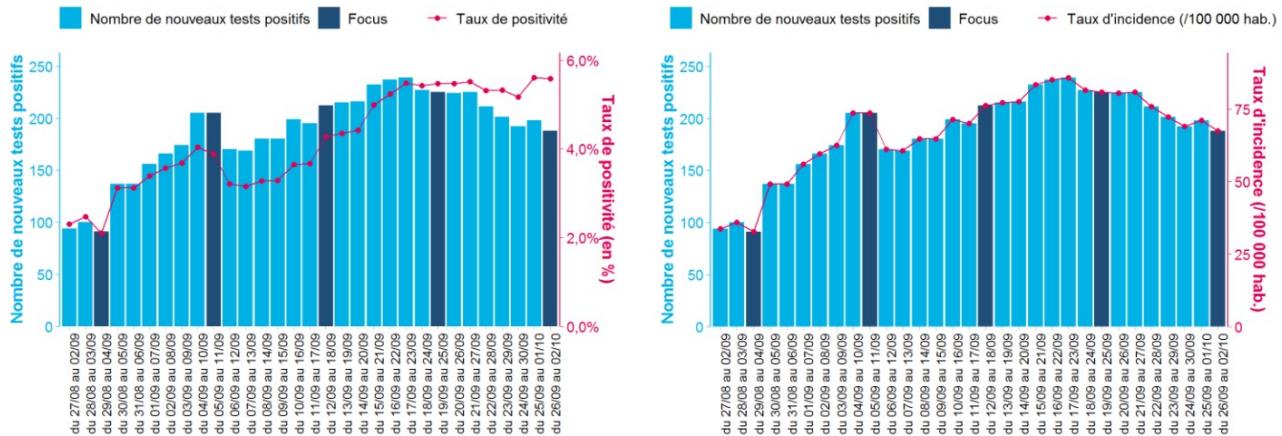
SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE CORONAVIRUS EN AVEYRON

TABLEAU DE BORD AVEYRONNAIS

Beaucoup d'entre vous souhaitaient des informations de proximité sur la répartition des cas de Covid 19 en Aveyron. Voici des informations issues du site Santé Publique France.

Chiffres globaux :

Dans un premier temps, des chiffres sur l'évolution des tests, des positifs entre le 26 Septembre et le deux octobre



On constate que le taux d'incidence chute comme le nombre de tests positifs. Cependant le taux de positivité continue à augmenter : est-ce du à une meilleure

« sélection » des patients testés ? Moins de tests à l'aveugle mais des patients mieux ciblés ?

Aux yeux de l'ARS :

On remarque une progression du nombre de nouveaux tests jusqu'à l'avant dernière semaine de septembre puis une stagnation et une légère diminution début octobre. Le taux d'incidence suit la même progression.

Chiffres au 07/10/20 (sur les 7 derniers jours à partir des données SIDEPI à J-4) : taux d'incidence = 71 ; nombre de tests réalisés = 4921 ; taux de positivité = 4,8%

La répartition géographique :

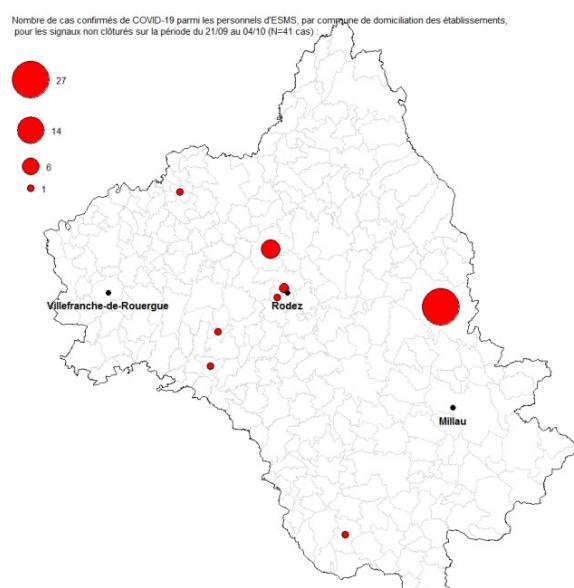
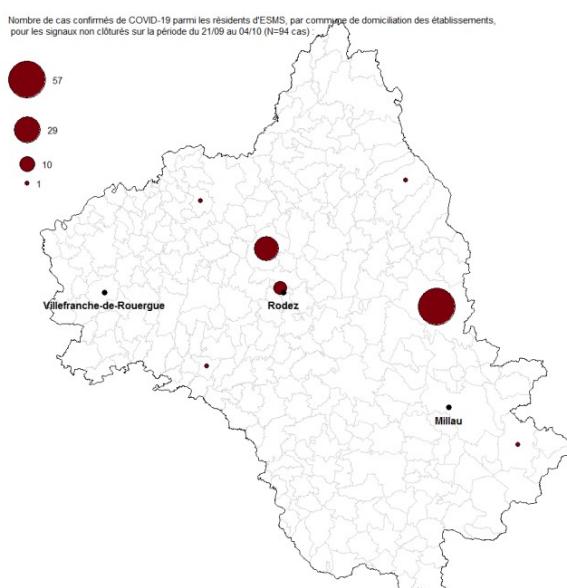
- En ce qui concerne les ESMS :

On constate qu'il peut y avoir des personnels de certains ESMS touchés sans noter de contamination des pensionnaires ; malheureusement ceci est loin d'être la norme mais doit inciter à veiller férolement aux mesures barrière au sein des établissements.

Aux yeux de l'ARS :

....Cependant les situations complexes récentes (EHPAD Bon Accueil à Rodez 21 Covid+ dont 14 résidents, SSR La Clauze 17 Covid+ dont 10 résidents) vont faire remonter les statistiques dans les jours qui viennent.

D'autres ESMS ont été touchés moins gravement avec l'apparition de premiers cas connus parmi les personnels ou résidents et le déclenchement de dépistages massifs en application de la stratégie toujours en vigueur :



- Par EPCI (établissement Public de Coopération Intercommunale)

Données à l'EPCI* sur la période du 26/09 au 02/10						
Départ.	Désignation de l'EPCI**	Taux d'incidence***	Nb de positifs	Nb de tests	Taux de positivité (%)	Taux de dépistage***
12	CA Rodez Agglomération	96,5	59	842	7,0%	1 377,5
12	CC Pays Ségal	57,6	21	376	5,6%	1 032,1
12	CC des Causses à l'Aubrac	75,7	20	381	5,2%	1 442,7
12	CC Comtal Lot et Tugrue	76,0	19	328	5,8%	1 311,9
12	CC de Millau Grands Causses	63,0	19	344	5,5%	1 141,5
12	CC du Grand Villefranchois	51,0	19	364	5,2%	977,1
12	CC du Pays de Salars	82,4	18	284	6,3%	1 300,7
12	CC Decazeville Communauté	68,6	13	211	6,2%	1 113,5
12	CC Aveyron Bas Ségal Vaur	38,7	11	261	4,2%	917,7
12	CC de Lévezou Pareloup	75,6	11	182	6,0%	1 250,7
12	CC Conques-Marcillac	75,9	9	135	6,7%	1 138,8
12	CC du Réquistanais	82,7	9	116	7,8%	1 065,8
12	CC Aubrac, Carladez et Viadène	62,0	8	152	5,3%	1 178,6
12	CC du Plateau de Montbazens	80,2	6	101	5,9%	1 350,3
12	CC Monts, Rance et Rougier	35,1	6	199	3,0%	1 164,2
12	CC de la Muse et des Raspes du Tarn	23,9	5	216	2,3%	1 032,1
12	CC du Pays Rignacois	91,0	5	73	6,8%	1 329,2
12	CC Grand-Figeac	40,6	5	122	4,1%	990,3
12	CC Saint Africain, Roquefort, Sept Vallons	16,1	3	172	1,7%	920,9

* Codes postaux des communes de l'EPCI - ** Nature des EPCI : CU pour communauté urbaine, CA pour communauté d'agglomération, CC pour Communauté de communes, ME pour métropole, SAN pour syndicat d'agglomération nouvelle - *** Taux exprimés pour 100 000 habitants

- Par communes

Données à la commune sur la période du 26/09 au 02/10							
Départ.	Code commune (Insee)	Nom commune	Taux d'incidence*	Nb de positifs	Nb de tests	Taux de positivité (%)	Taux de dépistage*
12	12202	Rodez	37,9	9	70	12,9%	294,9
12	12016	Auzits	350,1	3	5	60,0%	583,4
12	12270	Sévérac d'Aveyron	73,2	3	56	5,4%	1 365,9
12	12090	Druelle Balsac	64,9	2	28	7,1%	908,8
12	12120	Laissac-Sévérac l'Église	95,1	2	4	50,0%	190,3
12	12254	Salles-la-Source	90,9	2	15	13,3%	681,8
12	12263	Savignac	279,3	2	5	40,0%	698,3
12	12011	Arvieu	127,4	1	1	100,0%	127,4
12	12013	Aubin	26,5	1	6	16,7%	158,7
12	12025	Belmont-sur-Rance	101,0	1	9	11,1%	909,1
12	12052	Capdenac-Gare	22,0	1	24	4,2%	527,6
12	12093	Le Fel	568,2	1	2	50,0%	1 136,4
12	12127	Lédergues	149,9	1	3	33,3%	449,8
12	12131	La Loubière	67,8	1	15	6,7%	1 016,3
12	12133	Luc-la-Primaube	16,8	1	14	7,1%	235,8
12	12176	Onet-le-Château	8,4	1	39	2,6%	325,8
12	12201	Rodelle	93,0	1	6	16,7%	558,1
12	12208	Saint-Affrique	12,3	1	13	7,7%	159,6
12	12248	Saint-Sernin-sur-Rance	159,2	1	1	100,0%	159,2
12	12252	Salles-Courbatiès	244,5	1	2	50,0%	489,0
12	12253	Salles-Curan	95,2	1	3	33,3%	285,7

* Taux exprimés pour 100 000 habitants

Tous ces chiffres sont bien entendu susceptibles de variation rapide, notamment en cas d'impact dans les ESMS et l'amorce de diminution des cas positifs ne doit être vue que comme une très timide éclaircie...

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE COVID 19 EN AVEYRON

DE LA COOPÉRATION NÉCESSAIRE....

Voilà le texte reçu au CDOM, il doit tous nous interpeller.. Au delà des protocoles il y a des hommes et des femmes qui soignent des hommes et des femmes. Les échanges entre médecins doivent se faire dans un contexte qui est celui d'une pandémie . Il n'y a pas de petits ou de grand médecins il n'y a qu'un ensemble qui concourt à l'accès aux soins en répondant à tous les principes d'humanité. J'invite chacun à penser à celui qui le questionne dont la vision est différente, moins distanciée , et à l'accueillir avec bienveillance et confraternité

Ensembles, réunis, en confraternité, respectons nos engagements et notre serment.

Alain Vieillescizes
président du CDOM 12

Monsieur le Président du CDOM 12.

Je me permets de vous relater un retour d'expérience et des souhaits qui pourraient servir à l'amélioration de la filière Covid-Ehpad.

Ce lundi vers 18h, mon confrère médecin coordonnateur de l'EHPAD Sainte Claire de Villefranche a appelé le téléphone *avis-infectiologue* pour un résultat de test Covid positif. Il s'agissait d'un résident symptomatique (fièvre et toux), avec un doute sur un cas contact potentiel dans le personnel. A sa grande surprise, le médecin requis lui a répondu que la stratégie des tests avait changée et que l'EHPAD serait testée seulement à J+7. Comme nous sommes fréquemment en contact tous les deux, je lui confiais ma désapprobation.

Heureusement, il s'agissait d'une erreur car le lendemain matin, Mme Courtial de ARS a joint l'équipe et son médecin pour confirmer l'intérêt de pratiquer un test global de toute la résidence et de ses soignants, ce qui a été réalisé par UDSMA ce mercredi matin. Mon collègue a pu également recevoir par téléphone un avis infectiologue sur la prise en charge thérapeutique (mais

extrêmement court paraît-il) et un avis gériatrique généreux sur la prise en charge globale du problème.

Je souhaiterais, sans animosité, demander à nos amis infectiologues de prendre un peu de temps et de considération pour leurs collègues coordonnateurs qui assurent un rôle difficile, sans équipe de soutien, sans plateau technique, sans moyen de surveillance, et qui ont en charge la vie de 75 personnes âgées polypathologiques, le tout dans un créneau de temps partiel pour un salaire symbolique.

Je souhaiterais, et mes collègues avec moi, participer aux réunions stratégiques des décisions qui nous concernent. Bien entendu, il s'agissait d'une erreur, mais je ne comprends pas qu'un médecin puisse dire à son confrère : "débrouillez-vous seul pendant sept jours" sans essayer de trouver une solution humaine, alors que nous sommes à huit mois d'évolution d'une pandémie grave dont les patients d'EHPAD payent le prix fort. En Aveyron, ils représentent les deux tiers des décès. Ne nous trompons pas de combat. Il conviendrait de déléguer expressément un de nos spécialistes, avec le temps nécessaire à ce travail, pour répondre et accompagner les médecins coordonnateurs au chevet de leurs patients.

Je souhaiterais, et nos directions et nos paramédicaux avec moi, que nous puissions bénéficier d'une équipe mobile de gériatrie de soutien pour la première, voire la deuxième semaine d'épidémie en Ehpad (médecin, infirmière, aide-soignante). A chaque foyer décelé, le retrait anxieux de certain personnel dégrade une prise en charge d'isolement dont nous n'avons pas la pratique. Outre le côté bénéfique pour les patients, cela donnerait une impulsion positive à l'équipe, et signerait la solidarité départementale des soignants.

Je souhaiterais, et tous nos patients avec moi, pouvoir bénéficier d'une réactivité plus grande dans la réalisation des tests (comme vous en bénéficiez en milieu hospitalier). Dans mon exemple, la patiente malade un Dimanche, vu et testée par mon confrère le lundi, le personnel testé le mercredi avec une réponse le jeudi. Nous avons perdu 4 journées pour savoir qui doit cesser le travail chez nos collègues. On éviterait peut être des contagions en chaîne comme nous le constatons.

J'ai conscience de l'effort que je demande à nos instances et j'entends les réactions de dépit face à mes questions. De tout temps, l'humanité a vécu des moments difficiles. Des hommes courageux ont surpassé leurs certitudes pour créer la médecine du futur. Nous avons confiance en vous.

Recevez mes plus amicales salutations.

Dr Paul Mignot médecin coordonnateur

Ehpad de Villeneuve 12260

Président Association Médecins Gériatre de l'Aveyron:AMCG12

LES QUESTIONS AUX SAPITEURS...

Devant l' évolution rapide des connaissances sur la Covid-19, la variabilité des thérapeutiques déconseillées puis recommandées (voir les pages nationales de ce Flash...)... des mises au point fréquentes seraient les bienvenues...

Questionnement du Dr Cajeat de Saint Christophe.

Suite à plusieurs contacts avec les infectiologues de Rodez concernant des patients Covid sur terrains à risque (âge, traitement immuno-supresseur, antécédent d'embolie pulmonaire sans origine trouvée), il me semblerait utile d'avoir un update/protocole sur certains éléments de la prise en charge des patients Covid+ en ambulatoire et en Ehpad. Personnellement j'ai beaucoup plus de patients Covid+ actuellement par rapport à la première vague (surtout des cas en EHPAD alors).

Traitements des « ambulatoires »:

1- prévention du risque thrombo-embolique:

- pour qui ?
- posologie ?
- durée / critères de prolongation ?

2- surveillance biologique:

- quels marqueurs ?
- fréquence ?
- seuils d'alerte ?

3 Quand envisager hospitalisation ?

Critères subjectifs et objectifs (cliniques/biologiques/évolutifs)

4- Antibiothérapie:

update sur molécules de choix ?

En EHPAD:

Du fait de ce qui semble être une réduction des capacités d'accueil et de réorganisation de la filière Covid hospitalière (un point serait à ce sujet utile) en plus des points ci-dessus

1- corticothérapie:

indications ? Posologie et durée ?

2- prophylaxie systématique des Thrombo-embolies ?

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE COVID 19 EN RÉGION



Bulletin d'information COVID-19 en Occitanie

SAUVEZ DES VIES
RESTEZ
PRUDENTS

106

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

Mardi 6 octobre 2020 à 18h

TESTS et ISOLEMENT En pratique

Comme le dépistage et les gestes barrières, l'isolement est essentiel pour lutter contre la propagation du COVID-19. Lorsqu'une personne s'isole, la potentialité de contaminer les autres est fortement réduite. Les contaminations ont lieu lors de contacts rapprochés, c'est dans ces configurations que les particules infectées passent d'une personne à une autre. Quelle que soit votre situation, symptomatique ou cas contact, l'isolement de **7 Jours démarre immédiatement**, sans aucun délai.

1 – Je suis symptomatique

Je m'isole et consulte un médecin. Je prends rendez-vous pour faire un test immédiatement.



2 – Je suis contact à risque*

Je m'isole pendant 7 jours à partir du jour de mon dernier contact avec la personne testée positive. **En cas de symptôme**, je consulte un médecin et applique la situation 1

Je fais le test

Test positif

Je poursuis l'isolement **7 jours à partir des premiers symptômes**.

En cas de température à l'issue de cette période j'attends 48 heures supplémentaires après la fin de la fièvre pour terminer l'isolement.



Je prends RDV pour faire un test

Je prends rendez-vous pour faire un test **7 jours après le dernier contact** avec la personne testée positive

Test positif

Je poursuis l'isolement **7 jours à partir de la date du prélèvement**. En cas de symptômes je consulte mon médecin

Test négatif

Je respecte les gestes barrières et j'évite tout rassemblement ou contact à risque

(*): identifié par l'ARS

7,8% DE TESTS

POSITIFS EN MOYENNE (*)

en ce moment en Occitanie.

Plus de 120 000 tests ont été réalisés cette semaine dans la région.

(*) Source : Santé publique France

+1082 CAS POSITIFS

EN MOYENNE PAR JOUR (**)

signalés aux équipes de l'Assurance Maladie depuis mardi dernier en Occitanie. Au total, 7572 cas depuis le 29/09.

(**) Source : Assurance Maladie

Surveillance sanitaire

Pour chaque région, les données de surveillance collectées auprès des partenaires de santé sont accessibles sur le site de Santé publique France :

> [Consultez les derniers points épidémiologiques.](#)



HÔPITAL Évolution des hospitalisations

Au 05/10/2020 :

- **491 hospitalisations en cours (+45)** dont 136 en réanimation (+7)
- **619 décès à l'hôpital (+15)**

24/24

[@ARS_OC](#)
[@gouvernementFR](#)
[@MinSoliSante](#)
[@AlerteSanitaire](#)

SUMI DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE PAR DEPARTEMENTS	HOSPITALISATIONS EN COURS	DONT REANIMATION	TOTAL DECES (en établissements de santé)
Ariège (09)	10	4	3
Aude (11)	7	3	62
Aveyron (12)	14	3	26
Gard (30)	82	22	110
Haute-Garonne (31)	154	42	112
Gers (32)	10	1	29
Hérault (34)	110	37	153
Lot (46)	5	1	22
Lozère (48)	6	0	1
Hautes-Pyrénées (65)	12	4	27
Pyrénées-Orientales (66)	20	3	40
Tarn (81)	40	9	25
Tarn-et-Garonne (82)	21	7	9
OCCITANIE	491	136	619

ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE COVID 19 EN NATION

À PROPOS (PROVISOIRE?) DES TRAITEMENTS

Coagulopathies dans la Covid 19

Microthromboses :Qu'en est-il pour les patients suivis en ambulatoire ?

La question de l'anticoagulation des patients infectés et à risque accru de thrombose suivis en ville se pose. Le risque de thrombose pourrait être faible chez les patients non hospitalisés, dont l'indice de masse corporelle (IMC) est $< 30 \text{ kg/m}^2$ et sans facteur de risque ajouté, comme un cancer actif ayant nécessité un traitement au cours des 6 derniers mois ou des antécédents personnels récents (moins de 2 ans) d'événements thrombo-emboliques.

"Ainsi, il ne paraîtrait pas illicite de mettre sous anticoagulation préventive (héparine de bas poids moléculaire, HBPM) les patients COVID-19 avec facteur de risque (obésité, facteur de risque cardiovasculaire significatif) suivis en ambulatoire, a fortiori en cas de sédentarité marquée liée au confinement", estime le Pr Smadja, tout en rappelant qu'il ne s'agit pas aujourd'hui d'une recommandation étayée par des études cliniques.

À ce propos, la Société française de médecine vasculaire (SFMV) a émis des propositions concernant les patients non hospitalisés ayant une COVID-19

Propositions de la Société française de médecine vasculaire pour les patients COVID non hospitalisés

La Société française de médecine vasculaire (SFMV) a émis un certain nombre de propositions pour la prévention, le diagnostic et le traitement de la maladie thrombo-embolique veineuse des patients avec COVID-19 non hospitalisés. Des propositions qui relèvent d'un niveau de preuves parfois faible et qui sont donc susceptibles d'évoluer.

Le groupe de travail, composé de médecins libéraux et hospitaliers, estime qu'en l'état actuel des connaissances, il n'est pas licite de suivre l'évolution des dosages de D-dimères pour décider une thrombo-prophylaxie, ni de réaliser de manière systématique des écho-dopplers répétés pour rechercher une thrombose veineuse profonde (TVP) en l'absence de signes cliniques évocateurs de maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV).

Une thrombo-prophylaxie peut être envisagée chez les patients COVID-19 qui présentent, en plus d'une réduction importante de la mobilité, au moins un facteur de risque parmi les suivants :

- IMC $> 30 \text{ kg/m}^2$,

- âge > 70 ans,
- cancer en cours de traitement,
- antécédent personnel de MTEV,
- chirurgie majeure de moins de 3 mois.

Dans ces différents cas, il est suggéré une thrombo-prophylaxie de 7 à 14 jours par HBPM ou fondaparinux. Après 14 jours de thrombo-prophylaxie, s'il persiste une importante réduction de mobilité ET un facteur de risque majeur, la poursuite de la thrombo-prophylaxie sera discutée.

Le groupe de travail précise, de plus, qu'une évaluation du risque hémorragique, de façon empirique ou à l'aide de scores, doit toujours être réalisée avant le début du traitement prophylactique et que les traitements anti-agrégants plaquettaires ne doivent pas être interrompus.

Pour les patients sortants d'hospitalisation, le risque varie beaucoup selon le type d'hospitalisation, le transfert éventuel en service de soins de suite et les caractéristiques du patient. Le cas échéant, une thrombo-prophylaxie peut être envisagée au cas par cas et réévaluée régulièrement.

Un taux de zinc plasmatique plus faible est associé à un risque accru de décès chez les patients atteints du COVID-19

Abstract publié dans Medscape

Virtuel -- Une nouvelle recherche présentée lors de la Conférence 2020 de l'ESCMID sur la maladie à coronavirus (ESCMID Conference on Coronavirus Disease, ECCVID) suggère qu'un taux de zinc plasmatique de référence plus faible est associé à des résultats de survie moins favorables chez les patients hospitalisés en raison d'une maladie à coronavirus 2019 (COVID-19).

Mesure systématique du taux de zinc plasmatique à jeun

L'étude du **Dr Roberto Güerri-Fernández**, de l'Hospital Del Mar de Barcelone, en Espagne, et ses collègues comprenait une analyse rétrospective des patients symptomatiques atteints du Covid-19 hospitalisés dans un hôpital universitaire tertiaire à Barcelone, en Espagne, entre le 15 mars et le 30 avril 2020.

Le taux de zinc plasmatique à jeun a été mesuré systématiquement lors de l'admission des patients dans le service COVID-19, et une modélisation informatique et des analyses statistiques ont été utilisées afin d'évaluer l'impact du zinc sur la mortalité.

Le taux moyen de zinc de référence au sein de la cohorte de l'étude de 249 patients étaient de 61 µg/dl. Chez les patients décédés (n = 21 ; 8 %), le taux de zinc de référence était significativement inférieur, à 43 µg/dl contre 63,1 µg/dl chez les survivants.

Un taux de zinc plasmatique inférieur à 50 µg/dl au moment de l'admission était associé à un risque 2,3 fois plus élevé de décès à l'hôpital (IC à 95 % : 1,06–5,01 ; P = 0,034), comparativement aux patients présentant un taux de zinc plasmatique de 50 µg/dl ou plus.

Un taux de zinc plus élevé était associé à un taux maximal d'interleukine 6 plus faible pendant la période d'infection active.

Après correction pour prendre en compte l'âge, le sexe, la gravité et l'administration d'hydroxychloroquine, une régression multivariée a révélé que chaque augmentation d'une unité du taux de zinc plasmatique au moment de l'admission à l'hôpital était associée à une réduction de 7 % du risque de mortalité à l'hôpital (0,93 ; IC à 95 % : 0,89–0,98 ; P = 0,0049).

Chaque augmentation d'une unité du taux de zinc plasmatique au moment de l'admission à l'hôpital était associée à une réduction de 7 % du risque de mortalité à l'hôpital.

Implications cliniques potentielles

A la question de savoir quelles étaient les implications cliniques potentielles de cette recherche ? Le Dr Güerri-Fernández a répondu : « Nous avons soumis un article basé sur ce travail et sur certaines études *in vitro* qui démontrent que le zinc a des implications cliniques dans le contrôle du virus. Je pense que si ces résultats sont confirmés, des études supplémentaires portant sur une supplémentation en zinc pourraient être menées. De plus, certaines études portant sur le zinc dans le cadre des infections respiratoires ont déjà été menées. Les patients présentant un faible taux de zinc sont probablement ceux qui retireraient le plus grand bénéfice. »

Güerri-Fernández R, et al. Abstract 00177. Lower baseline zinc levels are associated with poorer outcome in COVID-19. ECCVID 2020. 23-25 September 2020.

COVID-19: l'HCQ, mais pas la chloroquine, est associée à une réduction du risque de transfert en USI

Abstract paru dans Medscape et relayé par Univadis

- Moussaoui R & al
- Int J Infect Dis
- 29 sept. 2020
- Par Liz Scherer
- Clinical Essentials

À retenir

- L'utilisation précoce d'hydroxychloroquine (HCQ), mais pas de la chloroquine, semble réduire les transferts en unité de soins intensifs (USI) d'environ 50 % chez les patients hospitalisés pour cause de maladie à coronavirus 2019 (COVID-19).
- Une fois que les patients deviennent gravement malades, l'HCQ ne semble pas affecter l'hyperinflammation ou la coagulation.

Pourquoi est-ce important ?

- L'HCQ et la chloroquine ne sont pas interchangeables en tant que traitements du COVID-19.

Principaux résultats

- Données provenant de 189 patients traités par HCQ, de 377 patients traités par chloroquine et de 262 patients témoins.
- Le délai médian entre l'admission et le traitement était de un jour pour chaque traitement.
- À l'analyse multivariée, aucun des deux médicaments n'a affecté le risque (RR) de décès en dehors de l'USI :
 - Chloroquine : 0,99 (0,70–1,43).
 - HCQ : 0,96 (0,63–1,45).
- L'HCQ a été associée à une réduction du risque de transfert en USI, par rapport aux participants témoins :
 - RR de 0,47 ($P = 0,008$).
- La chloroquine n'a pas été associée à une réduction du risque de transfert en USI :
 - RR de 0,80 ($P = 0,207$).
- L'HCQ a été associée à une réduction du risque de survenue d'un événement du critère composite regroupant le décès ou l'admission en USI :
 - RR de 0,68 ($P = 0,024$).
- La chloroquine n'a pas été associée à une réduction du risque de survenue d'un événement retenu dans ce critère d'évaluation :
 - RR de 0,85 ($P = 0,224$).

Méthodologie

- Une étude de cohorte observationnelle et multicentrique a été menée à l'échelle nationale comparant l'effet de l'HCQ, de la chloroquine et de l'absence de traitement sur les résultats, chez les patients hospitalisés entre le 28 février et le 1er avril 2020 atteints du COVID-19 dans 14 hôpitaux aux Pays-Bas.
- Financement : aucun.

Limites

- Biais dus aux facteurs de confusion.
- Les données relatives aux événements indésirables font défaut.

Lammers AJJ, Brohet RM, Theunissen REP, Koster C, Rood R, Verhagen DWM, Brinkman K, Hassing RJ, Dofferhoff A, el Moussaoui R, Hermanides G, Ellerbroek J, Bokhizzou N, Visser H, van den Berge M, Bax H, Postma DF, Groeneveld PHP. Early Hydroxychloroquine but not Chloroquine use reduces ICU admission in COVID-19 patients. *Int J Infect Dis.* 2020 Sep 29 [Epub ahead of print]. doi: 10.1016/j.ijid.2020.09.1460.

Article complet disponible sur ce lien

[Allons bon !.....](#)