

Réunion de mise en place du
Comité d'Experts COVID 19

Judi 14 mai 2020 de 12 heures à 13 heures 30
Visioconférence

Notes – G. KIEFFER-DESGRIPPES

PREAMBULE EXPLICATIF

Madame le Docteur Marie-Ange DESAILLY-CHANSON, Directrice Générale de l'ARS Grand Est, a souhaité installer un **Comité d'Experts Régional pour l'éclairer dans sa prise de décisions dans le cadre de l'épidémie de coronavirus.**

Ce comité pluridisciplinaire, composé de professionnels de disciplines différentes et complémentaires, se veut :

- Indépendant.
- Force de réflexion et de proposition.
Ses membres, bénévoles, sont invités à émettre des avis, apporter leur contribution sur le plan scientifique et dans le cadre de la déclinaison régionale de la stratégie nationale.

Ce comité a également un rôle d'alerte et peut s'autosaisir de toute question qu'il jugerait devoir être traitée.

Il est composé de médecins représentants les principales spécialités concernées par le COVID en respectant l'équilibre régional, et le responsable de santé Publique France en région Grand Est. Il pourra associer d'autres professionnels selon les sujets traités.

Madame le Docteur Guilaine KIEFFER-DESGRIPPES y participe en tant que Présidente de l'URPS ML Grand Est. Vous trouverez ci-dessous son compte-rendu.

COMPTE-RENDU DU DOCTEUR GUILAINE KIEFFER-DESGRIPPES

I. Validation du compte rendu de la précédente réunion du Comité :

Le CR du 7 mai 2020 est validé.

II. Intervention du Professeur Michel ABELY, pédiatre au CHU de Reims

Un diaporama sur la contagiosité de l'enfant (*COVID 19*) et le syndrome de Kawasaki nous est présenté en séance. Y sont décrits dans le cadre d'infections à COVID :

1. La contagiosité de l'enfant COVID :

En conclusion, les enfants sont globalement peu symptomatiques et peu contagieux.

Ils ont un risque individuel faible mais lorsqu'il y a regroupement, ils sont contaminés avec des charges virales qui peuvent être très importantes.

Chez les moins de 10 ans, on ne sait pas trop, car nous ne disposons pas de données sur la contagiosité. Le risque infectieux est très faible chez les enfants. Il faut toutefois rester prudent.

2. Le syndrome de Kawasaki dans le contexte du COVID :

Il s'agit d'une réaction inflammatoire très importante qui attaque les artères, notamment les coronaires. Ces symptômes sont habituellement accompagnés de fièvre sévère et adénopathie.

Les patients doivent alors être traités par des immunoglobulines.

Dans le contexte COVID, on a observé que les porteurs du syndrome de Kawasaki étaient un peu plus âgés (*8 à 12 ans*).

Un recensement sur le Grand Est a été réalisé ; et, jusqu'à présent, 12 cas ont été rapportés :

- 5 à Strasbourg,
- 5 à Nancy,
- Et 2 à Reims.

Le COVID a été retrouvé en trachéal.

III. Présentation du Professeur Jean PAYSANT, MPR IRR au CHRU Nancy :

1. Evaluation des flux de patients pour anticipation des organisations notamment SSR :

Le Professeur PAYSANT, spécialiste de Médecine Physique et de Réadaptation au sein de l'Institut Régional de Réadaptation (*IRR*) nous présente un diaporama sur **le parcours des patients COVID au sein du CHU de Nancy**.

Les observations ont été faites entre le 9 mars et le 9 avril.

Sur une période 5 semaines, 581 patients ont été hospitalisé et on a suivi ce qu'ils sont devenus. Ainsi, nous savons que :

- 29 restent dans les tuyaux de l'hôpital (*Aujourd'hui, à Nancy, sur ces 29 personnes, 6 sont en réanimation, 2 en médecine et 3 en chirurgie*).
- 310 sont rentrés à domicile (*55 %*),
- 76 en SSR (*alors même que l'on a encore des places disponibles en SSR*).

Si sur la période d'un mois et sur les 581 malades COVID, on peut évaluer quel est le besoin en SSR et combien rentrent à domicile, l'idée est faire une adéquation afin d'anticiper en cas de 2^{ème} vague.

Les patients retournés à domicile ont fait en moyenne une DMS (*Durée Moyenne de Séjour*) de 9 jours et ceux qui ont été accueillis en SSR ont fait une DMS de 23 jours en hôpital.

Le Professeur Jean SENGLER, MPR au sein du Groupe Hospitalier Régional de Mulhouse Sud Alsace (GHRMSA), a également fait une cohorte sur Mulhouse :

1 900 patients COVID ont été hospitalisés, sur ces 1 900 patients,

- 50 % sont rentrés à domicile ;
- Et 10 % d'entre eux (*soit 140*) ont été dirigés vers les SSR.
- Depuis début avril 2020, 44 patients ont été trachéotomisés,
 - ✓ Seulement 2 d'entre eux sont actuellement à domicile,
 - ✓ 22 sont encore en réanimation,
 - ✓ Et 12 sont en service post réanimation.

2. Réflexion sur l'offre de ville :

L'offre de ville et le lien avec la médecine de ville dans la rééducation des patients COVID+ sont ensuite évoqués.

Il y a un vrai besoin d'offre et de rééducation de la filière post COVID en ville.

Il faut y associer les masseurs-kinésithérapeutes qui interviennent à domicile et participent au suivi de patients post COVID avec fibrose pulmonaire et IRC.

L'URPS MK a été associée aux travaux.

Le Docteur Pascal CHARLES, pneumologue à Strasbourg et élu de l'URPS ML Grand Est, a accepté de participer à ces travaux à notre demande.

Si nous croisons tous les malades graves, dans le GHT 12 (*Haute Alsace*), nous en sommes à plus de mille malades qui nécessiteront une prise en charge au long cours, soit en SSR mais aussi à domicile.

Une question se pose alors : Comment organiser de la kinésithérapie à domicile pour un suivi au long cours ?

Le Professeur PAYSANT demande ce que l'ARS attend de leurs travaux. En effet, la disponibilité de la kinésithérapie libérale est méconnue pour eux.

L'ARS lui répond qu'ils souhaitent préciser les filières de patients et connaître quelles seraient les modalités de prise en charge en ville.

3. Les patients atteints d'IRC :

Les travaux sur l'Insuffisance Rénale Chronique se feront en collaboration entre la ville et l'hôpital.

Le Docteur Pascal CHARLES, pneumologue à Strasbourg et élu de l'URPS ML Grand Est, y participera pour la médecine libérale.

IV. Intervention du Professeur Samira FAFI-KREMER, Virologue au sein des Hôpitaux Universitaires de Strasbourg :

La question suivante est posée : les résidents adultes handicapés retournés à la maison durant le confinement et de retour en établissement ont-ils été testés RT-PCR à J moins 2 ou J moins 1 ?

Le Professeur FAFI-KREMER répond qu'il n'y a pas d'intérêt à faire de PCR préalable au retour. Il est plutôt conseillé de faire comme préconisé dans le diaporama et non ce qui a été préconisé au niveau national.

Cependant, de nombreux Directeurs ont peur car ils accueillent des patients à risque.

Si on fait les tests à J0 et J3, la personne sera isolée jusqu'à J3, ce qui complique un peu les choses. Or, les profils de résidents sont très différents d'une structure à l'autre. Il faut donc adapter à chaque structure.

Une autre question est posée sur les patients hospitalisés de retour en EHPAD : L'EHPAD est le lieu de résidence, c'est donc le domicile du patient. Il n'est pas acceptable que l'on s'oppose à son retour, voire qu'on l'adresse dans une autre structure. Ce n'est pas humain.

Concernant le déconfinement des personnes handicapées, un rapport national a été déposé il y a 8 jours mais il ne serait pas, à ce jour, encore publié.

L'ARS Grand Est nous informe que ce n'est pas le cas et que le rapport est paru la veille (*13 mai 2020*) à 23 heures.

Les travaux sur les EHPAD vont se poursuivre et des propositions concrètes et pragmatiques seront faites.

Le Professeur Yves HANSMANN, infectiologue aux HUS, s'interroge sur les mesures d'isolement en EHPAD : Quel tracing est effectué ? Quelle est la durée d'isolement pour le personnel ?

L'ARS Grand Est lui répond que la dernière procédure « nationale » sur le contact tracing prévoyait pour les contacts à risque une quatorzaine. Or, rien n'est pas précisé pour les soignants, notamment en EHPAD. Il faut soumettre cette difficulté au groupe sur les « contacts à risque ».

Le Professeur Christian RABAUD, infectiologue au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy, rappelle que ces deux questions avaient été tranchées en début de crise : la doctrine était que la reprise du travail avec masques pouvait se faire après 2 jours de guérison (*c'est-à-dire deux journées sans symptômes*).

De son point de vue, pour les soignants, il faut maintenir la dichotomie entre le patient ordinaire et les soignants.

Selon le Professeur Paolo DI PATRIZIO du département de médecine générale de la Faculté de Médecine Nancy, une telle dichotomie est difficile à gérer en ville pour les médecins libéraux ; et ce, pour différentes raisons :

- D'abord parce ces soignants sont fatigués et se sentent stigmatisés par des mesures moins avantageuses en termes d'arrêt de travail,
- Ensuite parce qu'ils craignent pour leur contagiosité dans les établissements.

V. Intervention du Professeur Julien POTTECHER, anesthésiste-réanimateur aux HUS sur le groupe thématique « capacités réanimatoires et reprise d'activité programmée » :

1. Capacité en réanimation :

A 4 jours du déconfinement, on n'observe pas de signal inquiétant, mais si ce signal devait apparaître, ce sera fin mai ou début juin. Il est encore trop tôt pour en tirer des conclusions.

Le Professeur POTTECHER retient la proposition de François BRAUN, urgentiste et Président chez Samu-Urgences de France.

Il croit également que les chiffres des Centres d'appel au SAMU Centre 15 sont un bon signal d'alerte pour avertir d'une deuxième vague et ainsi réarmer en personnel les réanimations.

L'ARS annonce le maintien des autorisations exceptionnelles de réanimation aux établissements privés : cette autorisation devrait être de règle jusqu'au 10 juillet pour les établissements qui n'étaient pas en réanimation.

2. Priorisation des activités chirurgicales et interventionnelles :

Des travaux ont été réalisés à Nancy et ont été l'objet d'échanges.

A Nancy, la discussion pour programmer les actes de chirurgie prend en compte :

- Le risque lié à l'intervention,
- L'état antérieur du patient,
- Et le contexte social et/ou sociologique (*métier, etc*).

Le CHU de Strasbourg s'inspirera de cette doctrine.

Quelle place à la régulation territoriale ?

Le Professeur POTTECHER imagine un niveau de régulation à 3 étages :

1. Le premier niveau de régulation serait régional mais ce niveau n'est pas pertinent sur l'ensemble du territoire. En effet, la situation n'est pas la même en Alsace à Mulhouse et à Reims.
2. Donc, le deuxième niveau de régulation serait les Groupements Hospitaliers Territoriaux (*intégrant les représentants de l'hospitalisation privée*), sous l'égide de chaque GHT !
3. Le troisième niveau serait celui de chaque établissement

Au niveau des GHT, il faudrait prévoir que chaque établissement ; soit représenté par 3 membres :

- Le Directeur d'établissement,
- Un chirurgien

- Et un anesthésiste.

La fréquence des réunions serait bihebdomadaire. La réflexion semble déjà bien avancée (*je me pose la question de la concertation avec deux représentants libéraux de l'URPS ML Grand Est ; à savoir les Docteurs Bernard LLAGONNE, chirurgien orthopédiste et Vincent MAUVADY, chirurgien vasculaire, sur ce point précis*).

Pour une reprise équitable, il y a un intérêt à faire de la régulation territoriale.

Le Professeur POTTECHER témoigne quand même de l'inquiétude de certains établissements privés sur les 5 molécules en tension, car la dotation est conditionnée par le nombre de lits de réanimation.

Ceux qui n'ont pas de lits de réanimation craignent de se voir privés de médicaments.

Actuellement la lisibilité de disponibilité des produits est d'à peine 15 jours.

Prochaine réunion du Comité d'Experts, **jeudi 28 mai 2020**.