Réunion COVID-19
Groupe de travail URPS ML Grand Est

Vendredi 209 mai de 12 heures 30 à 13 h 45heures
Conférence Téléphonique

Notes – N. DUPOIRIEUX ALOTTO

PRESENCE

Dr Mélanie Gerbaux (08) Présente
Dr Elisabeth Rousselot-Marche (08) Présente
Dr Jean-Paul Mir (10)
Dr Bruno Perrier (10) : excusé
Dr Philippe Barthe (51) : excusé
Dr Sylvie Dupont-Barbara (51)
Dr Bernard Llagonne (51) Présent
Dr Hervé Ruinart (51) Présent
Dr Eric Thomas (52)
Dr Jean-Marc Winger (52)
Dr Xavier Grang (54) Présent
Dr Anne Bellut (54) Présente
Dr José Nunes-Dias (54) : excusé
Dr Mauvady Vincent Présent
Dr Jean-Louis Adam (55) Présent
Dr Olivier Bouchy (55)
Dr Jean-Daniel Gradeler (57) Présent
Dr Guilaine Kieffer-Desgrippes (67) Présente
Dr Pascal Meyvaert (67) Présent
Dr Bronner (67) Présent
Dr Marcel Ruetsch (68) Présent
Dr Frédéric Trynieszewski (68)
Dr Philippe Wagner (88) : absent

Mme Anne de Blauwe Présente
Mme Nathalie Dupoirieux-Alotto Présente
Mme Audrey Noacco Présente
Mme Marianne Olivier Présente

NOTES

1. Préparation des questions pour la réunion bilatérale DG ARS URPSML du 3 juin

a) EHPAD

Dr Kieffer Desgrippes informe de l'espace des réunions du comité des soins de ville en lien avec la diminution de l'activité du virus et du déconfinement. Cette réunion aura lieu désormais tous les 15 jours.

Elle précise que le prochain échange bilatéral ARS /URPSML aura lieu mercredi 3 juin. L'objet de la présente réunion est de le préparer.

Le déconfinement suscite de nombreuses questions concernant les EHPADs : contagiosité, admissions, réadmissions, politique des tests au sein des établissements.

Dr Meyvaert explique que le déconfinement étant total pour la plupart, les directives dans les EHPADs sont contraignantes. Celles-ci vont être levées ?

- Contacts entre les résidents
- Contacts entre les résidents avec leur famille
- Echange avec les professionnels extérieurs (MG, MK...)
- Avec les mêmes niveaux de protection ?
- Quelles consignes pour les EPI ?
- La politique des admissions sera-t-elle allégée ?

Au cours d'un échange avec le groupe Whats'apps regroupant des médecins coordinateurs dans les établissements, un sondage a révélé que la grande majorité n'avait pas constaté de nouveaux cas COVID (*résidents et personnels soignants*) depuis le 11 mai sur le 67. Seul 1 EHPAD dénombre quelques cas.

- Se pose le problème des examens complémentaires chez des spécialistes avec la sortie des résidents et leur entrée après les consultations. Doit-on les mettre en quatorzaine ? Pas de doctrine nationale pour l'instant. Chaque établissement gère au mieux.

Dr Ruetsch a soulevé cette question au cours d'une réunion dans le 68 : il est en attente du compte rendu officiel. Il est important d'obtenir une réponse écrite officielle.

Dr Bronner se réfère au tableau de bord quotidien publiée par l'ARS Grand Est et relève un cluster en Moselle où 21 cas positifs sont confirmés. A-t-on des informations plus précises ?

Dr Gradeler n'a pas connaissance de ce « cluster » mais revient sur le dépistage systématique des résidents et du personnel. Les tests peuvent se révéler positifs, sans symptômes, mais enclencher un isolement à nouveau pour 14 jours. Cette situation est très difficile à vivre pour les personnes. Il faudrait connaître les détails de ces cas.

La question qui se pose en l'occurrence : lorsqu'il n'y a pas de symptômes cliniques, doit-on systématiquement dépister en EHPAD ?

Dr Kieffer -Desgrippes relate les informations données par le comité des experts, réuni chaque jeudi. Dans les relèvements PCR effectués à un mois (*parfois 45 jours*) des symptômes sur certains patients

asymptomatiques, on retrouve encore de l'ARN viral (*PCR cicatricielle*). Personne ne donne de consignes. En conséquence, les professionnels se trouvent en difficulté pour prendre les bonnes décisions, susceptibles d'engager leur responsabilité.

A 2 semaines du déconfinement, il n'y a pas eu d'explosion de nouveaux cas graves.

Dr Gradelier : revient sur la doctrine nationale qui interdit pour l'instant les admissions en EHPAD sauf cas d'urgence.

Si les professionnels affirment que le sens clinique doit primer, qu'il est primordial de traiter des symptômes et non des résultats, **il est néanmoins nécessaire que l'ARS se positionne clairement sur le sujet. Les professionnels demandent une recommandation écrite.**

Dr Bronner insiste en effet sur la nécessité de disposer d'un écrit avec une ouverture des EHPAD et des consignes allégées. Les symptômes doivent guider les décisions. L'ARS et les scientifiques doivent se positionner et prendre leurs responsabilités.

Dr Adam : sur les 2 EHPAD (*Meuse*) dans lesquels il intervient (*l'un de 223 lits l'autre de 40 lits*), deux personnes sont revenues positives sans cas contacts détectés. Les admissions font l'objet d'un dépistage (test PCR), si le test est négatif, les patients sont admis sous réserve d'une « quarantaine » de 8 jours.

De même, par précaution, un service COVID est en place qui reçoit les résidents qui reviennent d'hospitalisation, ou d'examens en milieu hospitalier (*radiologie par exemple*). Ils restent confinés 8 jours puis, sont à nouveau testés.

En revanche, si la Direction de l'établissement est favorable à une libération de la circulation interne de l'EHPAD, elle régule strictement les visites des résidents (*rendez-vous*).

Dr Gradelier souhaite des directives claires et plus vivables pour les résidents.

Dr Grang pose la question de l'intérêt de confirmer les résultats avec des tests sérologiques.

Il est répondu que la sérologie peut être trompeuse. De la même manière, l'examen clinique peut relever des symptômes atypiques. L'attention doit être portée sur l'aggravation de l'état de santé.

En conséquence, le Dr Pascal Meyvaert est invité à effectuer une synthèse des observations qui viennent d'être faites afin de les remonter auprès de l'ARS, afin que celle-ci puisse se positionner clairement. A défaut, l'inviter à consulter le national et prendre ses responsabilités.

- Opportunité de maintenir les test aveugles dans les EHPADs
 - o L'identification des clusters relève t'elle uniquement du fait des résultats des dépistages massifs ?
 - o Symptomatologie des différents clusters identifiés ? A-t-on des données sur l'aggravation, l'hospitalisation de ces patients testés positifs ?
 - o Redonner la priorité aux symptômes pour les décisions et pas uniquement aux résultats.
- Dans le présent contexte où le virus ne circule quasiment plus sur le territoire, l'ARS doit être plus précise et se positionner.
- Quelles sont les conditions pour les entrées et sorties des patients ?
 - o Notamment pour les consultations externes et les examens complémentaires ?
 - o Dans ce cadre : problématique du port de masques, politique des tests et conditions de mise en isolement.
- Quelles précautions doit-on maintenir pour les visites des familles et des intervenants extérieurs ?
- Concernant les EPI, Il n'y a pas eu de réponses les 3 dernières réunions.
 - o Notamment et qui doit les fournir pour les intervenants extérieurs ?

- Quand disposera-t-on de vraies surblouses ?

Ne pas répondre à l'ensemble de ces questions, c'est prendre le risque des dégradations, dont l'ARS assume la coresponsabilité (*risque de maltraitance*). Des plaintes sont d'ores et déjà déposées par les établissements et attestent d'une situation paradoxale : manque de protection (*exposition des résidents à une contamination*) / excès de protection (*exposition des résidents à une aggravation de leur état de santé*).

Dr Elisabeth Rousselot-Marche exprime l'urgence à se positionner car il existe une aggravation des symptômes et une réelle souffrance des résidents qui peut faire craindre un effet post COVID dramatique et des risques de plaintes des familles.

Les Médecins échangent sur le maintien inutile des personnes âgées en isolement.

Dr Pascal Meyvaert informe de la réception du nouveau **plan blanc-bleu Canicule** dont les recommandations seront à conjuguer avec les éléments de gestion de la crise COVID.

Dr Kieffer-Desgrippes invite les membres présents à s'exprimer clairement et, de façon argumentée sur leurs attentes lors de la réunion de mercredi prochain auprès de Mme Desailly Chanson.

b) Problématiques de la médecine générale

Dr Grang a été confronté à un problème avec un établissement pour adultes handicapés. Le directeur a pris la main sur la décision médicale et a refusé les soins en kinésithérapie pour une patiente SEP (*modification des prescriptions*). Les directeurs, les chefs d'entreprises, des présidents de sport prennent des décisions sans tenir compte de l'avis médical.

Dr Elisabeth Rousselot-Marche : les patients dans cette situation sont en souffrance, l'ARS doit veiller aux respects des impératifs de soins.

Dr Gradeler remarque qu'il est possible de faire des signalements de comportement, par exemple : des PS qui ne mettent pas de masques en contact avec des patients.

Dr Grang : c'est aussi le cas pour pratiquer des tests à la demande d'employeurs ou de directeurs. Les biologistes ayant investi pour arriver à une grande capacité de tests, la demande n'est plus là.

c) Problématique des cliniques privées

Dr Mauvady souhaite remonter 3 points concernant l'activité des chirurgiens :

- Demande systématique de tests PCR avant l'entrée dans les établissements, imposée par les directeurs de la plupart des établissements privés. **Le Dr Bernard Llagonne** précise qu'il s'agit d'une recommandation nationale et non pas d'une obligation. Les cellules juridiques l'imposent pour ne pas avoir de plaintes par la suite. Cela devrait être adapté : nécessaire pour les patients à risques cardiovasculaires, pour les patients symptomatiques, au cas par cas pour les interventions lourdes mais pour de l'ambulatoire, pas systématique. **Il est nécessaire de disposer d'une doctrine claire et de ne pas oublier la clinique**
- Aujourd'hui aucun visiteur n'est autorisé à pénétrer à l'intérieur des structures, ce qui engendre des problèmes pour les patients hospitalisés. **Quelle doctrine concernant les visites de patients au sein des établissements de santé ?**

- Concernant les stocks de médicaments anesthésiants, les établissements privés disposent d'une réserve de 10 jours et d'aucune visibilité sur un réapprovisionnement.

Dr Bellut est inquiète sur l'équité public/privé et souhaite que la question soit à nouveau posée sans oublier la problématique des spécialités intervenant en clinique.

Dr Llagonne : les présidents de CME ont reçu un courrier de la DT ARS les invitant à se rapprocher des GHT (*donc des CHU*) pour savoir comment ils seront approvisionnés. La situation actuelle et les incertitudes impliquent une incertitude sur les RDV prévus au-delà de 10 jours, pourront-ils être maintenus ?

Dr Kieffer-Desgrippes informe de l'existence d'une cellule de « régulation » créée au niveau du territoire afin de décider de l'attribution des anesthésiques (*réunion DT67*). La question de la collaboration des ML dans les autres départements est posée. Dans le département de Meurthe et Moselle, Dr Mauvady et Dr Grang ont été invités une seule fois à cette réunion. Dr Kieffer-Desgrippes insiste sur l'importance de la participation des médecins libéraux aux réunions de réflexion avec les établissements. La transparence est essentielle pour la reprise.

Elle ajoute que le prochain comité d'experts (*jeudi 4 juin*) abordera ce point.

Les chiffres annoncés par l'ARS montrent que la consommation de Janvier-juin 2020 correspond à celle de l'année 2019. Après la pénurie de masques, une pénurie de médicaments est-elle à envisager ?

Dr Kieffer-Desgrippes : dans le 67 les endoscopies ont repris à hauteur de 60 %.

Dr Bellut : pour le 54, la clinique Gentilly est à 70 % pour la chirurgie et l'endoscopie.

Dr Llagonne : pour le 51 la reprise des coloscopies, avec réveil en salle, atteint presque les 100% Mais les cliniques vivent sur leurs stocks.

Les départements ayant vécu la crise différemment, la reprise et les stocks peuvent être différents.

Dr Bellut souhaite que la question des émoluments soit à nouveau réabordée. Suite au courrier reçu la rémunération des spécialistes est-elle effective ?

Dr Ruinart constate un retard de prise en charge pour tous les spécialistes de second recours.

Pour les contacts tracing sur la Marne : 75 COVID confirmés et 250 cas contacts versus Grand Est qui où sont dénombrés 1500 confirmés et 4100 cas contacts. L'AM est surprise. Globalement, elle constate une faible activité des cellules contact tracing et s'interroge : les patients ne se rendraient pas chez leurs médecins, ou les médecins ne remonteraient pas les cas ?

La réponse réside probablement dans le fait qu'il n'y a peu de cas, c'est l'opinion du **Dr Bronner**.

Les statistiques sont rassurantes. D'où l'intérêt de consulter les chiffres d'admission en réanimation pour connaître la circulation du virus et de se tenir prêt pour la seconde vague.

Dr Kieffer Desgrippes remarque en effet que les chiffres des admissions en hôpital et en service de réanimation sont au plus bas et que le virus est moins virulent. « *L'AM en a fait trop mais surtout trop tard* ».

Résumé pour le point sur les cliniques :

- Participation de médecins libéraux aux réunions départementales des cellules de « régulation » pour décider de l'attribution des anesthésiques
- Doctrine claire sur l'exigence des tests PCR à l'entrée en clinique,
- Doctrine claire pour les visites des patients en établissement
- Indemnisation des praticiens spécialistes.

La réunion s'achève à 13 heures 30.

Prochaine réunion bilatérale ARS / URPS ML : mercredi 3 juin 12 heures