



SIGNALONS LES PROBLÈMES, PARTAGEONS NOS SOLUTIONS

<https://covigie.org>

RÉSUMÉ DES CONTRIBUTIONS

Numéro de résumé : **11**

Période : **du 13 au 21 mai 2020**

Nombre de contributions : **26**

Zone couverte : Hexagone

Professions : Tous soignants extrahospitaliers

Rédacteurs : Dr A. Mosnier

COVIGIE en bref : portée par des organisations de soignants de premier recours (SFMG, SFSPPO, CMG), COVIGIE recueille des contributions individuelles et collectives issues de professionnels de santé et coordonnateurs d'équipes de soin. Ces informations sont résumées puis transmises aux autorités sanitaires, afin de faciliter l'information et la prise de décision par les pouvoirs publics dans le cadre de la gestion de la pandémie. Déposez votre contribution sur le site <https://covigie.org>

Le contenu de ce résumé constitue un recueil des contributions individuelles et collectives déposées par les professionnels de santé sur la plateforme <https://covigie.org>. Il n'a pas fait l'objet d'une validation scientifique par ses auteurs et est susceptible d'être soumis à discussion.

Ce résumé a pour but de refléter les faits et les opinions décrits par les professionnels de terrain, le plus objectivement possible et sans interprétation personnelle de ses rédacteurs.

Difficultés rencontrées

Problème 1 : Questionnements sur les choix politiques de lutte contre la COVID-19

- Quels liens entre les mesures (confinement à domicile partiel ou total, fermeture des écoles, masques, traitement ...) prises dans les différents pays et l'impact en termes de morbi-mortalité ? Rien que dans l'Union Européenne, il existe un facteur 50 entre la Belgique (779 morts/Mhab) et la Grèce (14,45 morts/Mhab).
- Les élus comme les enseignants n'ont pas les idées claires sur la contagiosité du virus et l'intérêt concret des mesures barrières ; la différence entre danger et risque n'est pas comprise, le filtrage des informations nombreuses et souvent erronées est difficile, les consignes officielles manquent de clarté, ce qu'on leur demande leur paraît irréalisable (mesures excessives pour arriver au risque zéro, sentiment de responsabilité disproportionné face à une contamination d'un enfant...). Au risque de comportements inappropriés, de possibles situations de maltraitance vis à vis des enfants, ou d'une démission dans l'organisation du service public de l'éducation.
- Il faut prendre des mesures raisonnables et raisonnées. Des protocoles excessifs et inapplicables ne servent à rien et mettent en péril l'adhésion de tous aux mesures nécessaires : inadéquation du protocole pour l'ouverture des écoles, limitation des promenades dans la nature, privation des aires de jeux pour les enfants... Avec la fermeture des parcs, les parents doivent aller les promener le long des routes avec exposition à la pollution atmosphérique et aux risques d'accidents.

Un projet porté par



Grâce au soutien de



Problème 2 : Questionnements sur la politique de déconfinement

- Délais de la PCR et gestion des contacts : patient suspect COVID vu le 11 mai. Prescription d'une RT-PCR au laboratoire de la ville et confinement du patient à qui on explique de réfléchir aux cas contacts hors du cercle familial pour la consultation de résultat. Le patient appelle le laboratoire qui lui donne un rendez-vous le vendredi suivant. Pendant ce temps les cas contacts restent libres de leurs déplacements....
- Fiabilité de la PCR : beaucoup de tableaux cliniques évocateurs, voire très évocateurs, et PCR majoritairement négative (80%) ; la recherche des cas contacts ne semble pas plus productive de résultats PCR+ : l'obligation de remplir Contact Covid en devient très frustrante.
- Technique du prélèvement PCR mal connue : s'il y a environ 30% de faux négatifs actuellement, cela n'a rien d'étonnant car trop de ceux que l'on voit réaliser dans les médias ne sont pas conformes à la " bonne pratique", simplement pour une raison anatomique : les manipulateurs introduisent l'écouvillon obliquement vers le haut, parallèlement à l'arête nasale (ce qui le fait buter douloureusement contre les cornets des sinus). Alors qu'il faut l'introduire horizontalement, parallèlement à la voûte palatine, visant le tragus de l'oreille externe, ce qui est quasi indolore et amène l'écouvillon au fond du rhino-pharynx où le virus est susceptible d'être démasqué.
- Problématique des PCR+ persistantes : infirmière en EHPAD ayant une PCR+ (dépistage nasopharyngé de façon systématique dans son établissement) un mois et demi après un premier épisode (fièvre et asthénie) considéré comme lié à la COVID, sans dépistage mais avec une mise en quatorzaine. Problème de diagnostic initial ? Portage chronique ? Réinfestation ?

Problème 3 : Manque de reconnaissance

- Nous sommes soignants dans une unité de soins palliatifs de cette grande institution qu'est l'hôpital public. C'est un cri du coeur, un besoin de reconnaissance, une envie de dire " nous aussi nous sommes là ", tellement la crise sanitaire actuelle est propice au cloisonnement des services ; comme si, d'un seul coup, il n'existait plus que des services de pointe dans lesquels travaillent de " super soignants " dans tous les hôpitaux de France. Et pourtant nous aussi nous soignons, nous aussi nous sommes là, nos patients " non COVID " ont aussi besoin de nous. Cette crise sanitaire et toutes les mesures associées n'ont pas eu d'impact sur l'activité dans nos services ; notre charge en soins, physiques, mais aussi psychologiques, n'a pas non plus été allégée, au contraire elle est même beaucoup plus importante en ces temps de confinement : visites des proches réduites, plus d'aide de notre précieuse équipe de bénévoles... Mais à toutes ces difficultés posées par ces nouvelles règles, aucune reconnaissance. La suppléance ? Réserve aux unités COVID. Alors la reconnaissance, certes nous la recevons de nos patients et de leurs proches, mais nous souffrons de ne pas la recevoir de nos autorités supérieures, peut-être par manque de savoir ce qui se passe dans nos unités ? Si telle est la raison, alors en lisant ceci peut être allez vous vous rendre compte de l'importance des personnels non affectés aux unités qui attendent " la vague ".

Un projet porté par



Grâce au soutien de



Problème 4 : Les masques, toujours les masques... et les autres équipements de protection

(8 contributions médecins, pharmaciens, dentistes)

- La plupart des chirurgiens-dentistes ont rouvert leur cabinet le 11 mai. D'autres, n'ayant pas été livrés à temps des équipements de protection individuelle recommandés (notamment les surblouses), se voient contraints de différer la réouverture. Certains les remplacent par des sacs poubelles de 100L ne recouvrant ni les bras ni les avant-bras, pouvant donc être potentiellement contaminés lors des soins aérosolisants. D'autres décident de garder la même surblouse d'un patient à l'autre risquant de les contaminer. Ce manque d'équipements de protection constitue un réel danger pour la santé des patients, des chirurgiens-dentistes et de leur entourage.
- Surprise d'un médecin allant chercher son lot de masques à la pharmacie : "ah non docteur pas de FFP2 pour les généralistes pour une période de 15 jours". Aux EPHAD où il travaille, pas de masques : "ben non vous êtes libéral". Impression d'"être" le dindon de la farce" et lassitude du double langage ambiant.
- Il est extrêmement surprenant que nous, dermatologues, ne soyons pas prioritaires pour avoir des masques (FFP2 pour examiner et opérer les malades, chirurgicaux à distribuer à nos patients).
- Ah, les masques FFP2 ! Tellement rationnés qu'ils ont disparu de la dotation d'État aux pharmaciens : on ne peut même pas en donner à ceux à qui c'est désormais réservé.
- Masques chirurgicaux : la GMS s'est fait un beau coup de pub ! Mais dans mon village, le seul "distributeur" c'est moi alors qu'il y a 2 grandes surfaces et 3 pharmacies : 2 400 masques vendus en 3 jours et demi !!! Maintenant je n'en ai plus et je me fais "engu..." ! Normal...
- Incompréhension des professionnels devant la pénurie persistante de matériel notamment chez les fournisseurs habituels en matériel médical alors que la grande distribution a de son côté ce qu'il faut ; lassitude des professionnels, voire sentiment d'humiliation, de devoir quémander ou se fournir en matériel auprès de l'ARS, de la CPAM, des régions, des Ordres, de tel ou tel "mécène" chacun essayant de se faire mousser au passage. C'est indigne d'un grand pays !
- Quels patients à très haut risque de forme grave de COVID-19 ont réellement droit à une prescription médicale de masques chirurgicaux ? Personne immunodéprimée au sens en cours de chimiothérapie ou autre traitement immunosuppresseur ou patient de 70 ans, diabétique, si l'on considère que l'âge est un facteur d'immunosuppression en soi ?
- Prescription de masques possible dans des cas définis, mais, oui il y a un mais : l'Assurance Maladie bloque la facturation par les pharmaciens faute de codification possible. Affligeant !
- La MSP a un système de circulation d'air : je n'arrive pas à avoir les spécifications techniques du dispositif de la part du bailleur pour savoir s'il y a un surrisque potentiel lié au fait que l'air circule des pièces chaudes (en l'occurrence au sud les cabinets des MG) vers les pièces au nord (para médicaux et kiné).

Un projet porté par



Grâce au soutien de



Problème 5 : Ethique, aspects administratifs

- Problème éthique posé par la désignation des cas contacts d'un sujet PCR+. Il est nécessaire que cette désignation sur le site Contact Covid ne se fasse qu'après avoir contacté le patient et lui avoir fait l'annonce de cette possible contamination. En effet la psychose actuelle d'une partie de nos patients peut amener à troubles psychiatriques potentiellement graves. Le médecin traitant du cas zéro doit aussi informer les patients contacts de voir avec leur médecin traitant la marche à suivre et l'explication de la situation ou l'assurer par lui-même si le médecin traitant est indisponible.
- Légitimité des DRH des établissements pour faire la demande de reconnaissance de la COVID-19 en maladie professionnelle pour les IDE ?

Solutions et initiatives

Proposition 1 : Préciser la liste des patients à très haut risque de forme grave de COVID-19

- Clarifier cette liste des patients ayant droit à une prescription médicale de masques afin d'éviter des tensions d'approvisionnement en pharmacie d'officine, d'uniformiser nos discours entre confrères d'un même territoire et d'éviter la rivalité entre voisins.

Proposition 2 : Promouvoir les bonnes pratiques de PCR

- Diffuser des vidéos comme celle du New England Journal of Medicine montrant le "bon geste" pour effectuer un prélèvement naso-pharyngé exploitable et fiable.

Proposition 3 : Proposer des équipements de protection adaptés aux différentes pratiques

- Pourrait-on faire des visières homologuées sans masque ou des masques transparents et en doter les professionnels de santé en ayant besoin (ex : orthophoniste) ?

Proposition 4 : Promouvoir le bon usage des masques

- J'ai remarqué beaucoup de personne faisant du vélo avec un masque : nécessité de sensibiliser sur la contre-indication du port du masque pendant exercice physique.

Proposition 5 : Intérêt des groupes WhatsApp Locaux

- Les 2 groupes WhatsApp locaux développés entre tous les PS libéraux ont très bien fonctionné au début et jusqu'il y a peu ; désormais c'est le calme plat, soit parce que nous nous sommes bien rodés les uns aux autres, soit du fait d'une (probable) méga lassitude (trop d'infos et ras le bol de les trier). Une certitude cependant, ça fonctionne bien entre nous et entre nous et les patients.

Un projet porté par



Grâce au soutien de



Signaux faibles

Signal 1 : Situations de vie protectrices ?

- Plusieurs témoignages d'EHPAD semblent indiquer que les patients atteints d'Alzheimer seraient moins touchés que les autres résidents. Est-ce l'effet de la séparation des espaces de vie ou un effet propre de la maladie d'Alzheimer ?
- Je m'occupe de beaucoup de patients précarisés, présentant des addictions (alcool, tabac, opiacés) et des affections chroniques (BPCO, hépatopathie). Je suis surpris de la faible quantité de patients touchés par la COVID. Est ce dû à l'isolement social ?

Signal 2 : COVID + : tableaux cliniques

- Patiente COVID : persistance, depuis 3 semaines, de paresthésies diffuses des membres supérieurs apparues à J14 : examen neurologique, biologie (calcémie, kaliémie, CRP) : RAS.
- Retour d'expérience perso de COVID + déroutant :
 - Femme médecin généraliste de 43 ans, diabétique ; famille de 4 personnes dont 2 enfants.
 - Tableau évocateur chez sa fille de 10 ans : fièvre et céphalées, puis difficultés à respirer et asthénie, puis anosmie et dysgueusie.
 - Apparition des mêmes symptômes chez la mère le lendemain.
 - Aucun symptôme chez le mari et le fils.
 - Consultation aux urgences après quelques jours: difficultés respiratoires et fièvre pour la fillette et malaise avec tachycardie et dyspnée majeure chez la mère. Bilans normaux.
 - 3 PCR négatives pour la mère (J4, J8 en ville et J33 au CHU), et 2 TDM thoraciques normaux.
 - Persistance d'un essoufflement et de douleurs abdominales pendant 10 jours, hypotension artérielle et hypotension orthostatique, malaises.
 - Bilan cardiologique normal, TDM thoracique normal. La cardiologue a évoqué une atteinte neurovégétative avec bronchoconstriction.
 - Sérologie COVID négative.
 - Avis des infectiologues du CHU déroutant : "c'est psychologique, c'est le stress ambiant, ce n'est pas la COVID, il n'y a pas de dyspnée à TDM normal".

Pour nous contacter : contact@covigie.org

Un projet porté par



Grâce au soutien de

