

Lettre n°1 spécial Covid-19 !

ÉDITO

L'idée d'une lettre d'information quadrimestrielle des infectiologues bretons à destination des praticiens libéraux de la région nous trotte dans la tête depuis plusieurs années. Un 1^{er} tour de table des praticiens de maladies infectieuses exerçant dans les établissements bretons avait été réalisé en 2017, dans l'idée de communiquer sur la syphilis, la prévention médicamenteuse du VIH, la maladie de Lyme ou le traitement de l'hépatite C... on était bien loin du « tout COVID » de 2020 !

C'est donc à l'occasion de cette crise, et finalement grâce au rapprochement qu'elle a généré entre les infectiologues hospitaliers et les libéraux, que ce premier bulletin voit le jour. L'idée de ce premier numéro est de répondre aux questions les plus urgentes concernant la COVID-19 qui sont remontées à l'URPS. On espère que l'évolution de l'épidémie nous permettra d'aborder rapidement d'autres thématiques dans les numéros à venir !

*Cédric ARVIEUX
Maladies Infectieuses et Réanimation Médicale
CHU de Rennes*



L'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne (URPS MLB) est, depuis tous temps, engagée et impliquée pour améliorer le quotidien des professionnels de villes et d'établissements par la diffusion et l'échange de données scientifiques actualisées, valorisant les bonnes pratiques interprofessionnelles et coordonnées.

Nous avons ainsi contribué à des travaux dans diverses instances (CPiAS, journées régionales annuelles d'infectiologies, commissions ministérielles et régionales...), et porté des projets au plus près des territoires et des professionnels de santé. Nos soirées à thèmes sur la vaccination et la lutte contre l'antibiorésistance, ou la diffusion de l'outil GECOVAX pour la promotion de la vaccination antigrippale auprès des professionnels de santé et des patients vulnérables, sont autant d'actions collectives d'acteurs responsables et solidaires.

Ces projets ont été l'occasion de rapprochements avec nos collègues infectiologues bretons, et c'est tout naturellement que nos liens anciens et solides se sont amplifiés depuis le début de la pandémie COVID-19.

Pour leur implication, leur disponibilité et leur travail, qu'ils en soient ici confraternellement et chaleureusement remerciés.

*Nikan MOHTADI
Président de l'URPS MLB*



*Thierry LABARTHE
Secrétaire adjoint de l'URPS MLB*



Question 1

Combien de temps un test PCR peut-il rester positif ? Est-ce qu'il y a des indications à répéter les tests chez une personne positive ? Quelle est la durée de contagiosité ?



Rédigé par Cédric ARVIEUX

Depuis le début de l'épidémie, **la recherche du génome de SARS-COV2 au niveau rhinopharyngé est la technique de référence** pour porter un diagnostic positif. Cette technique a subi maintes critiques depuis sa mise en place : il s'agit souvent d'un mauvais procès lié à une utilisation inadaptée, et au souhait des médecins et des patients de vouloir lui faire dire plus qu'elle n'en est capable !

La sensibilité et la spécificité de la PCR rhinopharyngée est maximale **chez les patients symptomatiques, entre les 48h qui précèdent les symptômes et les quelques jours qui suivent** : une PCR positive « autour » de la période des symptômes à une haute valeur prédictive pour :

- affirmer que les symptômes sont bien liés à une infection à SARS-COV-2
- affirmer que le patient est en période de contagiosité

Ayant une sensibilité de l'ordre de 80% à cette période, la négativité de la PCR au moment des symptômes ne permet pas d'écartier totalement le diagnostic mais le rend peu probable. L'inconvénient de la PCR est qu'il s'agit d'une technique très sensible, qui peut rester positive très longtemps. En fonction des études et de la gravité clinique, la médiane de positivité de la PCR se situe entre 20 et 38 jours. En parallèle, l'excrétion de virus infectant ne dépasse que très rarement 7 jours.

En pratique, la durée de la contagiosité maximale va de 48h précédant les symptômes au 7ème jour les suivant. Entre 7 et 14 jours, cette excrétion virale devient très faible mais n'est pas complètement nulle chez tous les patients. Au-delà de 14 jours, l'excrétion virale prolongée est très rare, on ne la retrouve que chez les patients immunodéprimés (cf. mesure d'isolement en question 2).

Une PCR rhinopharyngée positive est plus difficile à interpréter chez les patients asymptomatiques et qui le restent après la réalisation du test. Par défaut, on considère qu'ils peuvent être transmetteurs dans les 7 jours qui suivent la positivité du test, mais certaines de ces personnes ont probablement une PCR positive depuis plusieurs jours ou semaines, et ne sont donc plus très à risque de transmission.

Il n'y a donc aucun intérêt à refaire une PCR rhinopharyngée chez un patient qui a eu un premier test positif : elle peut rester positive plusieurs semaines alors qu'il n'y a plus de risque de contagion. Par contre, de plus en plus de cas de réinfections authentiques sont décrits : un patient guéri qui présente de nouveau des symptômes dans un contexte évocateur plusieurs mois après sa guérison initiale peut bien sûr être de nouveau testé par PCR.

Question 2

Cas contacts, mesures d'isolement, retour au travail et à l'école



Rédigé par Matthieu REVEST

Je suis considéré comme contact si, en l'absence de mesure de protection pendant toute la durée du contact (masque chirurgical ou grand public, séparation par une vitre ou un hygiaphone) :

- J'ai partagé le même lieu de vie qu'un cas confirmé
- J'ai eu un contact direct avec un cas confirmé, en face à face, à moins d'1 mètre, quelle que soit la durée du contact
- J'ai prodigué ou reçu des actes d'hygiène ou de soins
- J'ai partagé un espace confiné (bureau ou salle de réunion, véhicule personnel...) pendant au moins 15 minutes avec un cas ou étant resté en face à face avec un cas confirmé durant plusieurs épisodes de toux ou d'éternuement ;

Je dois alors **m'isoler jusqu'à 7 jours après le contact.**

L'incubation est en moyenne de 5 à 6 jours.

La probabilité de se positiver au-delà des 7 jours suivant le contage est très faible et les contraintes occasionnées par le maintien en isolement durant 7 jours supplémentaires (jamais d'incubation de plus de 14 jours) seraient plus délétères que de prendre le risque de l'apparition d'une contagiosité au-delà du 7ème jour.

Deux situations sont alors possibles :

- **Je vis dans le même foyer que la personne positive** : je fais un test immédiatement car la probabilité d'être également positif est grande (c'est peut-être même moi qui ai transmis la COVID à mon proche !). Si positif, je reste isolé 7 jours puis je retourne à la vie normale ; si négatif, je reste isolé et je refais un test à J7
- **Je ne vis pas sous le même toit** : je ne fais le test qu'à J7 après le contact (moment avec la plus grande probabilité éventuelle de test devenant positif). Ce test est négatif : je retourne à la vie normale ; ce test est positif : ben mince, je dois rester isolé encore 7 jours....

Les mesures d'isolement sont simples : l'idée est d'éviter au maximum les contacts !

Dans la mesure du possible : on porte le masque, on se lave les mains ++, on dort dans une chambre tout seul, on mange tout seul et surtout, on ne fait pas rentrer dans la maison de nouvelles personnes !

C'est triste, mais c'est comme ça et ça ne dure que 7 jours !

Seules les personnes positives et les contacts de positifs s'isolent. Les contacts de contact vivent normalement (dans ce contexte de COVID...).

Question 3

Que sait-on de l'immunité acquise et de l'intérêt des tests sérologiques ?



Rédigé par Pierre TATTEVIN

La qualité et la persistance de l'immunité acquise sont des paramètres importants, car cette immunité permet parfois de mettre fin à une épidémie (cf. Zika, Chikungunya, etc.). Malheureusement, pour la COVID-19, il est très peu probable que ce soit le cas, pour les raisons suivantes :

- Même dans les régions les plus touchées par la première vague, la proportion de la population qui présentait des anticorps au décours était faible (rarement >10%)
- En tenant compte de la transmission du SARS-CoV-2, **les experts estiment qu'il faudrait que cette proportion soit d'au moins 60% pour assurer une immunité collective** (également appelée 'immunité de troupeau', qui permet de protéger même les individus sans anticorps, car le virus ne peut circuler dans la population dans laquelle ils évoluent)
- Enfin, **cette immunité ne semble pas durable chez une partie des patients** ayant développé une COVID-19.

Il ne faut pas interpréter ces informations négatives comme la certitude qu'on ne pourra disposer de vaccins efficaces et durables : **il existe de nombreuses maladies pour lesquelles on dispose de bons vaccins, même lorsqu'elles sont peu immunisantes.**

Les tests sérologiques n'ont quasiment pas d'intérêt :

- il existe de **nombreux faux négatifs** (des patients ayant présenté une COVID documentée avec une sérologie parfaitement négative au décours) ;
- un test positif n'apporte aucun élément rassurant sur le risque de contracter à nouveau la maladie, et ne doit **en aucun cas être interprété comme 'une protection'**.

Le seul petit intérêt de la sérologie serait de satisfaire la curiosité d'un patient qui veut savoir s'il a contracté le virus antérieurement. Si on accède à cette demande, il faudra bien informer le patient de toutes les limites citées plus haut !

Question 4

2e vague d'infection à SARS cov2 :
tsunami ou mauvais clapot ?



Rédigé par François BÉNÉZIT

Partie rédigée le 16/10/2020

Ce n'est pas un scoop mais nous connaissons actuellement une recrudescence des cas de Covid-19 sur une grande partie du territoire. **L'épidémiologie n'a pas vocation à prédire l'avenir mais donner les tendances et permettre de comprendre les mécanismes qui aboutissent à des variations d'incidence.**

Que peut-on en dire aujourd'hui ?

1. **Si on varie les échelles, l'augmentation des cas concerne l'Europe dans sa globalité.** Le taux d'incidence est de 172/100000 habitants (ECDC, 15/10/2020) contre 182/100000 en France (SpF, 15/10/2020). Probablement cette similarité est à mettre sur le compte du début de l'automne et de la reprise d'une vie en intérieur. Elle met en exergue **l'importance de l'aération des pièces.** Si on regarde entre les régions, la partie Ouest semble aujourd'hui épargnée. Ce n'est peut-être qu'un retard.

Pour la Bretagne, notons que **l'Ille et Vilaine présente une situation plus dégradée que les trois autres départements**, respectivement 135 cas contre 61 pour le Morbihan et le Finistère, 78 pour les Côtes d'Armor (taux incident pour 100 000 habitants), tous en augmentation.

Le plus grand contraste est entre les deux métropoles, 135/100000 habitants pour Rennes contre 88 à Brest (Point ARS Bretagne, 16/10/2020).

2. **Si on s'intéresse à l'âge, l'effet rentrée scolaire / retour de congés s'estompe avec une baisse de dépistage chez les moins de 45 ans.** Pour autant le taux de positivité et l'incidence augmentent de façon parallèle quelle que soit la tranche d'âge faisant imaginer **une circulation forte dans toute la population quelles que soient les activités.**

Il faut donc poursuivre l'effort pédagogique sur les mesures barrières pour tous sans incriminer un groupe ou une activité particulière.

3. **Logiquement, l'extension de l'incidence auprès des personnes de plus de 65 ans induit une augmentation des hospitalisations.** Au 14/10/2020 (données ARS), 21 patients sont en réanimation, soit un taux d'occupation de 13% des capacités de réanimation. Notons que 13 sont en Ille et Vilaine encore une fois.

La vigilance doit donc être majorée pour tout le monde, quels que soient le lieu, l'âge ou les activités.

Si, pour la Bretagne, le risque de saturation est plus important en Ille et Vilaine, nous sommes loin du tsunami mais plutôt dans le clapot d'une seconde vague qui pourrait durer longtemps.

Un effort collectif pourrait protéger la région d'une saturation et permettre à nouveau d'aider des régions en difficulté.

Partie rédigée le 23/10/2020

En 7 jours (données ARS Bretagne 23/10/2020), **le clapot a continué à prendre de l'amplitude. Le couvre-feu a été décrété en Ille-et-Vilaine.** En effet, nous connaissons une forte accélération. Ce département a un taux d'incidence de 191/100000 habitants contre 132 si l'on prend la région.

L'écart entre Rennes et Brest se réduit avec un bond d'incidence à Brest à 128/100000 habitants (+45% en 7 jours) contre 183 à Rennes (+ 35%).

Il est donc grand temps de rentrer au port se mettre à l'abri.