

Covid 19: actualités scientifiques et recommandations

Point d'information septembre 2020

Rédacteurs : Infectiologues du CHANGE

Validation : Pédiatres du CHANGE, virologue du CHANGE et infectiologues du CHAL

1) Actualités thérapeutiques

Dans l'état actuel des connaissances, aucun traitement à action antivirale directe n'a fait la preuve de son efficacité dans les études cliniques méthodologiquement bien conduites, hormis une réduction de la durée d'hospitalisation avec le remdesivir, mais sans impact sur la mortalité.

Par contre, des médicaments immunomodulateurs (corticoïdes, tocilizumab) ont montré un certain bénéfice dans les études, notamment pour les corticoïdes avec une réduction de la mortalité pour les patients oxygénoréquants.

Les études concernant l'hydroxychloroquine et l'azithromycine n'ont pas démontré d'efficacité ni en prophylaxie (population générale ou soignants), ni dans le traitement des formes bénignes prises en charge en ambulatoire, ni pour les patients hospitalisés avec ou sans signes de gravité.

La plupart des études sur l'hydroxychloroquine ont noté un taux d'effets indésirables plus important dans le groupe hydroxychloroquine que dans le groupe placebo. Une méta analyse portant sur 11,932 patients dans le groupe hydroxychloroquine, 8,081 dans le groupe hydroxychloroquine + azithromycine et 12,930 patients dans le groupe contrôle n'a pas montré de bénéfice sur la mortalité mais un surrisque de mortalité dans le groupe hydroxychloroquine plus azithromycine.

Si vous voulez aller plus loin : diaporama scientifique COREB REACTING, version du 3 aout
<https://www.coreb.infectiologie.com/fr/diaporamas.html>

2) Réduction durée d'isolement pour les contacts d'un cas confirmé

L'isolement s'applique désormais comme suit :

- 7 jours après le **début des symptômes** pour les cas confirmés (s'il y a encore de la fièvre à J7, l'isolement est maintenu jusqu'à 48h après la fin de la fièvre)
- 7 jours après la date du test pour les cas asymptomatiques avec PCR +
- 7 jours après un contact à risque avec un cas confirmé, avec RT-PCR au 7^{ème} jour d'isolement. L'isolement sera poursuivi 7 jours si le test est positif.

DGS-URGENT N°2020-INF- 46 : Durée d'isolement et de quarantaine des cas confirmés de Covid-19 et des personnes contact à risque

3) **Actualités tests diagnostiques**

Les indications de réalisation de test restent les même que celles recommandées au déconfinement (cf application Covaction : <http://covaction.ch-annecygenevois.fr/>)

Les nouveautés portent sur :

- Indication de réaliser un test par RT PCR pour tout patient hospitalisé, au retour d'un voyage à l'étranger, même s'il est asymptomatique
- Incitation à réaliser un test RT PCR pour les soignants asymptomatiques dans certaines situations (cf paragraphe 7)
- Uniformisation des indications de dépistage avant chirurgie sur les 2 GHT (procédure dépistage covid-19 en chirurgie)
- Priorisation des tests demandée par l'ARS : les tests RT PCR des personnes symptomatiques ou contact à risque avéré (identifié dans l'application de contact tracing amelipro ou via l'application stop covid) doivent être réalisés en priorité
- TRODS sérologiques autorisés en pharmacie. Il s'agit d'un test d'orientation diagnostique qui doit, en théorie, être confirmé par une sérologie classique

4) **Meilleure connaissance sur la transmission et la durée de la contagiosité**

- Il n'y a pas de virus infectieux dans les selles et aucun cas de transmission à partir de matériel fécal n'a été observé.
- Les PCR sur prélèvement naso pharyngé peuvent rester positives de façon prolongée (50% des patients ont toujours une PCR positive à 1 mois du début des symptômes et la positivité peut même persister au-delà). Il s'agit de faible quantité d'ARN viral et il ne s'agit pas de virus infectant. La transmission n'a été documentée au-delà du 8^{ème} jour, que dans d'exceptionnels cas, essentiellement chez l'immunodéprimé.

En pratique, il n'y a pas lieu de surveiller les PCR ni de contrôler leur négativité. La persistance d'une PCR positive, y compris plusieurs semaines après une infection, ne doit pas conduire à un isolement ou d'autres explorations particulières, en l'absence de symptômes.

5) **Spécificités chez l'enfant**

La société française de pédiatrie a émis des propositions concernant les indications de RT PCR chez l'enfant, qui sont très pragmatiques et adaptées aux connaissances concernant la place de l'enfant dans la transmission du SARS-CoV-2. Les pédiatres du CHANGE valident ces propositions, qu'il parait raisonnable d'appliquer même s'il ne s'agit pas d'une recommandation officielle de la DGS ni du ministère.

<https://www.sfpediatrie.com/actualites/rentree-scolaire-covid19-enfants-ne-posent-pas-probleme>

6) Arrêts de travail

Liste actualisée des pathologies susceptibles de faire établir un arrêt de travail dérogatoire (depuis le 1er septembre 2020). Seules les personnes qui se trouvent dans l'une des 4 situations médicales suivantes peuvent être arrêtées et indemnisées :

- ⇒ la personne souffre d'un cancer évolutif sous traitement (hors hormonothérapie) ;
- ⇒ la personne est atteinte d'une immunodépression congénitale ou acquise : médicamenteuse (chimiothérapie anti-cancéreuse, traitement immunosuppresseur , biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive), infection à VIH non contrôlée ou avec CD4 < 200/mm³, consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques, liée à une hémopathie maligne en cours de traitement ;
- ⇒ la personne, âgée de 65 ans ou plus, souffre d'un diabète associé à une obésité ou à des complications micro ou macrovasculaires ;
- ⇒ la personne est dialysée ou présente une insuffisance rénale chronique sévère.

En fonction de ces 4 situations médicales et dans l'impossibilité pour l'agent de poursuivre son activité en télétravail, le médecin peut établir, un arrêt de travail dérogatoire.

<http://www.cpias-ile-de-france.fr/docprocom/doc/ministere-synthese-reco-hcsp-eviction-pro-270520.pdf>

7) Spécificités chez les soignants

⇒ Indication de dépistage

Un dépistage de SARS-CoV-2, par RT-PCR, est recommandé pour tout professionnel de santé :

- avec des symptômes évocateurs de COVID-19
- identifié comme personne contact d'un cas de COVID-19
- ayant participé à un rassemblement de nombreuses personnes (repas de famille, mariages, festivals, concerts, funérailles, etc.)
- au retour d'une zone à risque : séjour à l'étranger ou à Mayotte ou en Guyane ou dans un autre lieu, y compris en métropole, dans lequel la circulation du virus est élevée (foyer épidémique, cluster ou incidence anormalement élevée)
- revenant de congés quelle que soit la zone de villégiature, s'il prend en charge des patients fragilisés (immunodéprimés, insuffisants respiratoires, sujets âgés)

⇒ Isolement

La mise en éviction de nombreux soignants pourrait entraver de manière importante la continuité des soins. Elle ne doit donc pas être systématique, sauf pour les situations suivantes :

- Si le professionnel devient symptomatique et que le diagnostic de Covid19 est confirmé ;
- Pour le professionnel identifié comme personne contact à risque, en cas de doute sur la possibilité du soignant à respecter les mesures barrières permettant d'éviter la contamination des patients ou des autres professionnels de l'établissement, le soignant contact doit être mis en éviction dans les mêmes conditions que les contacts en population générale ;

- Dans le cas où un personnel non remplaçable serait porteur du SARS-CoV-2 et asymptomatique, la possibilité dégradée d'un maintien en poste avec un renforcement des mesures de précaution et d'hygiène est envisageable (afin que la balance bénéfice/risque ne soit pas défavorable).

<http://www.cpias-ile-de-france.fr/docprocom/doc/ministere-synthese-reco-hcsp-eviction-pro-270520.pdf>

8) Immunité et vaccin

Immunité :

Les anticorps protecteurs apparaissent chez 99% des patients confirmés Covid 19. Le délai d'apparition est court pour les formes graves (J5). Il est plus tardif, parfois jusqu'à 4 semaines, pour les formes pauci ou asymptomatiques.

Le titre d'IgG et d'anticorps neutralisants diminue chez environ 40% des patients 2-3 mois après l'infection. Les connaissances concernant une éventuelle immunité cellulaire sont limitées. Les réinfections ont été exceptionnellement décrites.

En conclusion, le risque de réinfection lié à la disparition des anticorps est inconnu à ce jour. En pratique, il paraît raisonnable de ne pas réaliser systématiquement de RT PCR, ni d'appliquer d'isolement chez un patient qui présenterait des symptômes évocateurs de Covid 19 mais aurait une sérologie positive ou une infection confirmée par RT PCR datant de moins de 6 mois. En cas de symptômes typiques de Covid (anosmie, agueusie) ou de récurrences des symptômes initiaux, à distance d'une infection confirmée, il peut néanmoins être légitime de refaire une PCR pour améliorer la connaissance sur les formes prolongées d'infection Covid 19.

Vaccin :

Il n'existe actuellement pas de vaccin disponible pour prévenir de l'infection à SARS-Cov-2. Plus de 200 candidats vaccins sont actuellement évalués. Tous les candidats vaccins (vivants atténués, inactivés, portés par des vecteurs viraux, ou codés par leur ARN) contiendront comme antigène la protéine Spike (spicule) bien reconnue par le système immunitaire humain induisant une immunité humorale et cellulaire.

Il existe parmi les candidats vaccins 23 actuellement testés sur l'humain : 8 en phase 3 (efficacité sécurité) et 15 en phase 2 (clinicaltrials.gov).

Un rapport HAS a d'ores et déjà positionné les populations prioritaires pour ce vaccin. (https://www.has-sante.fr/jcms/p_3197106/fr/strategie-de-vaccination-contre-le-covid-19-anticipation-des-scenarios-possibles-de-vaccination-et-recommandations-preliminaires-sur-les-populations-cibles) Il s'agit des personnels de santé et du médico-social et des patients à risque de forme grave (plus de 65 ans et présentant une comorbidité).

Dans la meilleure des hypothèses un vaccin devrait être disponible dans 12 à 18 mois sachant qu'habituellement le développement d'un vaccin dure en moyenne 10 ans.

Pour la deuxième vague COVID et afin de limiter l'engorgement du système de santé par la co-circulation des deux virus, grippal et SARS Cov 2, il est recommandé d'œuvrer pour augmenter la couverture vaccinale contre la grippe des personnels soignants et des personnes à risque de forme grave.