



Avril-Mai 2020

Cher(e)s Collègues,

Pendant le confinement le travail syndical et d'information des collègues continue! Ainsi, dès le 23 mars 2020, lors d'une conférence téléphonique de crise, nous avons alerté le ministre sur la nécessité d'une reconnaissance a priori du statut de maladie professionnelle pour nos soignants atteints de COVID-19, particulièrement dans ses formes graves. Nous étions les premiers à faire cette demande de bon sens et le ministre a réagi le soir même en suivant nos préconisations. Preuve que la réponse des pouvoirs publics peut être rapide !

Nous avons décidé de rapporter dans cette lettre quelques témoignages émanant du SNAM-HP, de la CMH et de nos syndicats de spécialité. C'est le début d'une série que nous entamons et qui fera un panorama de nos spécialités.

Malgré de nombreuses annonces rassurantes, nous continuons à constater le manque de matériel de protection, en particulier les masques, les gants et les sur-blouses, mais aussi certains médicaments très utilisés pour les patients en réanimation (Covid + et Covid -), comme les curares, et les hypnotiques contribuant à aggraver encore les conditions d'exercice des professionnels de santé à l'hôpital dont l'engagement devra être reconnu par la nation. La reprise temporaire et exceptionnelle par l'Etat, en lien avec l'ANSM et les ARS, de l'approvisionnement en ces médicaments devra également permettre la reprise nécessaire des activités diagnostiques et chirurgicales de nos établissements pour lesquelles ils sont indiqués.

Au moment où beaucoup se préparent à mettre en œuvre les mesures de déconfinement, ou plus exactement d'aménagement du confinement, nous percevons bien que de nombreuses interrogations persistent quant à l'aspect pratique de ces nouvelles organisations. Quoi qu'il en soit, l'application stricte des mesures barrière dont le port du masque, va pour encore de longs mois compliquer le travail des soignants.

Cordialement,

N Skurnik, Président de la CMH
S Béloucif, Président du SNAM-HP

LA CRISE COVID : UNE LEÇON DE SOLIDARITE VUE DU GRAND EST

Dr Michel HANSSEN, Syndicat National des Médecins, chirurgiens, spécialistes, biologistes et pharmaciens des hôpitaux publics (SNAM-HP)

Vers la fin février, alors que la France était au stade 1 de l'épidémie, s'est constitué brutalement un très important cluster dans la région de Mulhouse. Ce « tsunami COVID » a d'emblée débordé les structures sanitaires du département du Haut-Rhin, puis s'est étendu à l'Alsace du Nord et sur toute la partie Ouest de la région Grand-Est.

D'emblée notre réflexion associait l'évidence que le Nord Alsace serait également atteint par la vague et que nous devions structurer nos organisations pour garder, si possible, toujours un « coup d'avance » sur la gestion du capacitaire, raison pour laquelle nous avons d'emblée mis en place une cellule de crise alors même que l'établissement n'était pas encore qualifié « COVID ». Cette cellule s'est réunie chaque jour afin d'adapter, de la manière la plus fine, les moyens en regard de l'activité, dans une logique de réponse graduée et de parcours patients, du pré-hospitalier jusqu'aux capacités d'aval, en passant par la Médecine et la Réanimation.

Dans un laps de temps très court était organisée l'évolution capacitaire de notre établissement (CH Haguenau) avec un circuit dédié aux urgences, un quasi triplement de notre capacité de réanimation et un potentiel d'hospitalisation conventionnelle d'une centaine de lits. Dans le même temps, deux autres établissements en Direction Commune, ainsi que deux établissements privés renforçaient ce capacitaire et préparaient l'aval.

L'ensemble de cette stratégie a permis d'éviter tout débordement. Mais il faut mettre en regard l'incroyable quantité d'énergie que tout cela a nécessité et n'a été rendu possible que par une formidable solidarité de la part de tous les acteurs des établissements du territoire.

Compte tenu des insuffisances patentées de certaines logistiques, les conditions étaient excessivement difficiles et le tribut lourd pour les soignants.

L'heure n'est pas encore au retour d'expériences et à la polémique alors même que nous devons à présent être très à l'écoute de nos EHPAD et du médico-social ainsi que du retour des pathologies conventionnelles.

Pour notre système de santé, et vraisemblablement dans bien d'autres domaines, il y aura un « avant » et un « après » COVID. Nous avons entendu les interventions du Président de la République et du Premier ministre et il nous serons vigilants pour que les futurs actes correspondent aux paroles.

DE L'EXCEPTION A LA REGLE

Dr Didier THEVENIN, Syndicat National des Médecins Réanimateurs des Hôpitaux Publics (SNMRHP)

La crise sanitaire créée par le COVID-19 touche de plein fouet la réanimation. Cette vague massive d'admissions en réanimation nécessite pour y répondre le doublement des capacités d'accueil en réanimation. Cette forte mobilisation n'est possible qu'avec l'aide de tous : médecins, infirmières aides-soignantes Kinésithérapeutes psychologues mais aussi personnels techniques et administratifs.

La crise a rendu l'inacceptable « acceptable ». L'activité de réanimation est en effet régie en France par le décret d'avril 2002 et les référentiels écrits sous l'égide de nos organisations collégiales. Dix-huit ans plus tard, nombre de nos services n'ont toujours pas le nombre de soignant adéquat pour fonctionner. Dix-huit ans plus tard par défaut d'investissement nombre de nos services sont structurellement ou matériellement défectueux.

Ainsi pour faire Face à cette crise dans l'urgence, l'ensemble des moyens logistiques et humains est mobilisé pour répondre à la demande de soins de réanimation dans nos services et « hors service ». En quelques jours de mobilisation hospitalière les locaux de nos services ont été aménagés, les soignants formés ou mis à disposition et les matériels trouvés. Hors services les structures ont été aménagées rendant possible et acceptable l'exercice de la réanimation.

Ainsi au-delà du nombre de lits de réanimation nécessaire à notre système hospitalier il faudra après crise faire l'inventaire quantitatif et qualitatif de l'existant :

Peut-on continuer à ignorer le sous-investissement chronique dans nos structures de réanimation secondaire au tout T2A ?

Peut-on continuer à ignorer la nécessaire reconnaissance de la qualification des infirmières de réanimation en termes de formation et de rémunération ?

Peut-on continuer à ne pas reconnaître l'engagement particulier de nos médecins au sein de nos structures hospitalières ?

Il est certainement temps de changer la règle.

LES PHARMACIENS DES PHARMACIES A USAGE INTERIEUR ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS COVID +

Pr Pascal LE CORRE, Syndicat National des Pharmaciens Praticiens Hospitaliers et Praticiens Hospitaliers Universitaires (SNPHPU)

Les pharmacies à usage intérieur (PUI) n'ont pas échappé à la tension de la crise sanitaire que nous connaissons et ont fait preuve de réactivité pour approvisionner très rapidement en médicaments et en dispositifs médicaux stériles, et même certains non stériles, les unités de soins qui ont été dédiées à la prise en charge des patients Covid + (mise en place de dotations en lien avec les équipes médicales et soignantes ...). La réorganisation interne des hôpitaux dans leur locaux et dans leurs flux a été prise en compte par les PUI pour qu'aucun lit ne soit oublié et qu'aucun patient Covid + ou non ne manque de traitement. Nombre de nos équipes pharmaceutiques ont également été impliquées dans la préparation des solutions hydro-alcooliques pour lesquelles l'industrie n'était plus en capacité de fournir.

Par ailleurs, les tensions et les ruptures d'approvisionnement de certains médicaments essentiels dans les formes graves (curares, hypnotiques, anesthésiques), pour lesquelles les PUI ne sont pas destinataires d'un MARS récent sur le sujet, ont mobilisé ces mêmes équipes tant sur le volet de l'approvisionnement (commandes, délais de réception, quantités livrées, dépannage entre PUI ...) qu'au niveau des protocoles de bon usage. Il est vrai que pour la gestion des tensions et ruptures d'approvisionnement nous commençons à avoir de l'expertise

Pour autant, a-t-on entendu nos autorités sanitaires et notre ministère de tutelle se féliciter de la qualité des approvisionnements assurée par les pharmaciens hospitaliers et de leur engagement dans la période actuelle ? Le silence est malheureusement assourdissant même si le Président de la République évoque dans ses discours le rôle des Pharmaciens.

En tout cas, tous les pharmaciens ne leur sont pas indifférents puisque les pharmaciens inspecteurs de santé publique des ARS ont vu leur grille indiciaire améliorée, avec un effet rétroactif débutant au 1^{er} janvier 2017 pour certains, en pleine crise sanitaire (décret n° 2020-408 du 8 avril 2020). Les pharmaciens des hôpitaux et les hospitalo-universitaires revendiquent une évolution de leur grille salariale. Les récompenses se distribuent avant la fin de la guerre, comme l'a définie Monsieur le Président de la République.

Que faut-il voir derrière cette indifférence ... ?

Le moment n'est pas celui de la polémique, mais le devoir de mémoire sera sans oubli.

La poursuite de notre engagement, d'une part dans la prise en charge des patients Covid+ mais aussi dans l'anticipation de la période de reprise de l'activité, en particulier chirurgicale, va être également une période de sollicitation intense.

Pour l'après crise, nous demandons que la pharmacie hospitalière soit de nouveau reconnue pleine et entière dans l'intégralité de ses missions et que les moyens que le législateur lui a confiés soient enfin une réalité. Cette crise a montré que l'hôpital n'était pas une sorte d'usine à soigner mais un lieu où sans l'engagement des personnels médicaux, soignants, médicotecniques, ouvriers rien ne pouvait se faire, rien ne pouvait s'adapter, rien ne pouvait exister.

L'hôpital de « l'après COVID » devra reconnaître la place de ces personnels, leur donner le rôle qu'ils méritent dans l'organisation hospitalière, les rémunérer à la juste valeur de l'abnégation dont ils viennent encore de démontrer leur capacité.

La pharmacie hospitalière devra retrouver son incontournable place d'interface entre d'un côté les prescripteurs et les soignants, et de l'autre les patients. Un certain nombre des missions des pharmaciens devront être revues au regard du retour d'expérience de cette crise sanitaire. De la liberté d'un approvisionnement le plus adapté, à la participation au bon usage des produits de santé, les pharmaciens ont toute leur légitimité et toute leur place. L'Etat va devoir abandonner ses vieilles croyances et ses faux espoirs où il a cru, sourd aux appels du terrain, que les produits de santé n'étaient rien d'autre que de vulgaires produits industriels. Il aura l'immense obligation de rendre aux médicaments, et plus largement aux produits de santé, leur noblesse, leur caractère spécifique et leurs fonctions particulières. L'ère de la finance exclusive devra être abandonnée et laisser place à une véritable prise en charge sanitaire.

Cette crise a été à bien des égards un révélateur de l'énorme potentiel de notre système de santé par la réactivité et l'engagement des professionnels de santé, mais il est aussi un révélateur de ses manques qui n'ont cessés d'être dénoncés ces derniers mois. Beaucoup reste encore à faire pour gérer cette situation sanitaire exceptionnelle et les suites de celle-ci. Le rendez-vous ne doit pas être manqué à l'issue de celle-ci car personne ne comprendrait que nous ne soyons pas entendus dans nos légitimes demandes.

LES ÉQUIPES D'IMAGERIE UNIES CONTRE LE COVID-19

Dr Frank BOUDGHENE, Syndicat des Radiologues Hospitaliers (SRH)

Depuis le début de la crise sanitaire, radiologues et manipulateurs se sont mobilisés dans nos services ainsi qu'au lit des patients pour réaliser les radiographies de thorax et les scanners pour les patients atteints du Covid-19 dans tous nos hôpitaux. Les manipulateurs et les radiologues sont en première ligne, et ont suivi les mesures de protection établies par nos collègues hygiénistes, notamment pour les examens radiologiques et échographiques en salle et en réanimation. Cependant les équipes sont très inquiètes et apprécient l'accompagnement des collègues de médecine du travail et de psychiatrie qui ont mis en place des dispositifs de conseil particulièrement adaptés en un temps record.

La coopération avec urgentistes, pneumologues, internistes, infectiologues et réanimateurs est excellente. Les équipes d'imagerie se sentent reconnues et appréciées alors que notre profession est bien souvent ignorée.

Le scanner thoracique est un examen particulièrement sensible et aidant dans cette crise du Covid19. Il argumente le diagnostic de gravité des formes symptomatiques. Une mobilisation sans précédent de notre profession a permis que tous les patients disposent d'un protocole de scanner homogène et d'un compte rendu structuré au sein de chaque service de radiologie. Un grand merci à notre collège d'enseignants CERF et à notre société savante SFR : des cours en ligne ont été fournis à toutes les équipes pour former en un temps record le plus grand nombre. Une base de données nationale a permis de colliger tous les scanners thoraciques de tous les établissements de santé afin de créer une *task force* particulièrement utile pour les travaux de recherche et pour l'enseignement.

Nous souhaitons que l'imagerie soit reconnue à son juste niveau et que le scanner et l'IRM ne soient plus jamais considérés comme des équipements « lourds » qui couleraient « trop cher », mais bien comme des outils indispensables qui permettent des diagnostics précis et rapides et qui facilitent la prise en charge du patient tout en fluidifiant son parcours de soins et en économisant souvent du temps et de l'argent.

Les tests pour le SARS-Cov-2/Covid-19

Dr Rémy COUDERC, Secrétaire National de la Coordination Médicale Hospitalière (CMH)

Type de test	prélèvement	Détection	intérêt	bénéfice
Amplification de l'ARN viral ciblant au moins deux séquences (RT-PCR) ou NGS	Ecouvillon nasopharyngé*, crachats, liquide de lavage bronchoalvéolaire ...	Infection en cours par le virus SARS-Cov-2	<ul style="list-style-type: none">• Informe les patients sur leur statut infectieux ;• permet d'anticiper le développement de la maladie et de prendre des mesures pour limiter la transmission	<ul style="list-style-type: none">• Individuel• Médecins et soignants• Santé publique

détection/dosage IgM et IgG dirigées contre les protéines virales (Sérologie)	Sang	Infection passée au SARS-Cov-2	<ul style="list-style-type: none"> • Détecte les sujets susceptibles d'être infectés (négatifs) et ceux déjà infectés • Identifie les sujets ayant des anticorps neutralisants • Aide au traçage des contacts 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifie les sujets potentiellement immunisés contre SARS-Cov-2 • Etudes cliniques • Santé publique
---	------	--------------------------------	--	--

* https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMvcm2010260?query=featured_coronavirus

Identification du SARS-Cov-2 par RT-PCR :

La séquence du génome du virus, rendu publique en décembre 2019/janvier 2020, a permis le développement rapide de tests de recherche du virus par RT-PCR (*reverse transcription real-time PCR*). Plusieurs gènes sont utilisés comme cible pour les tests PCR, en particulier celui de l'enveloppe (E), recommandé par l'OMS en première ligne, suivi de celui de la RNA-dependent RNA polymérase (RdRp), celui de la nucléocapside (N) recommandé par le CDC (deux cibles N1 et N2) ou le premier cadre de lecture ouvert (ORF 1a et ORF 1b). La plupart des tests utilisent conjointement deux cibles, voire trois. Le choix des cibles permet d'atteindre une spécificité de 100% du test (absence de faux positifs).

Dans un test RT-PCR, une réaction positive est détectée par accumulation d'un signal fluorescent. Le Ct (seuil de cycle ou *cycle threshold*) est défini comme le nombre de cycles requis pour que le signal fluorescent dépasse le niveau de fond, de l'ordre de 40. De faibles valeurs de Ct indiquent une charge virale importante.

Les deux cibles doivent être positives pour que le test soit considéré comme positif. Le test est négatif quand les deux ou trois cibles sont négatives. Si une seule cible est positive, le test n'est pas interprétable et devra être renouvelé.

Très peu d'évaluations de ces tests ont été publiées fin mars dans des revues à comité de lecture. Des niveaux de faux négatifs jusqu'à 30% ont été rapportés. La principale difficulté semble résider dans la bonne réalisation du prélèvement, fait au bon moment, ni trop tôt par rapport à une éventuelle contamination (le patient doit être symptomatique), ni trop tard (moins de 10 jours après le début des signes cliniques). Une évaluation de différents milieux de transport de l'écouvillon, et des conservations entre 2 et 8 °C pendant 7 jours n'ont pas montré de variation dans le Ct. En revanche la présence de caillot ou de mucus dans l'échantillon peut être une cause de rejet de l'échantillon par les analyseurs haut débit.

Tests sérologiques : recherche d'une réponse immunitaire de type humoral (anticorps)

Les coronavirus ont quatre protéines structurales : spicule (*spike* : S), membrane (M), Enveloppe (E), et nucléocapside (N). Deux de ces protéines, S et N, sont importantes pour le développement de tests sérologiques. Les protéines S sont divisées en deux sous-unités fonctionnelles, S1 qui se lie au récepteur CEA-CAM-1 (entrée dans la cellule) et à l'ACE-2 (*angiotensin-converting enzyme 2*), et S2 responsable de la fusion. La protéine N joue un rôle important dans la pathogénie, la réplication et le « packaging » du virus. Les anticorps (Ac) contre la protéine N sont fréquemment retrouvés chez les sujets atteints de Covid-19.

Les tests disponibles doivent permettre de détecter séparément dans le sérum la présence d'anticorps de classes IgM et IgG spécifiques du Sars-CoV-2 contre les protéines S ou S1 et N.

La séroconversion survient après 7 jours chez 50% des patients et après 14 jours chez tous, mais n'est pas suivie d'une baisse rapide de la charge virale. Dans une fenêtre comprise entre 7 jours et 7 semaines après apparition des symptômes, le profil isotypique est très majoritairement IgM+ IgG+, sans pouvoir discriminer entre les patients en cours d'infection et ceux en fin d'infection. **Les tests sérologiques ne permettent donc pas de statuer si la personne est contagieuse ou pas.**

Les tests utilisent la méthode ELISA (*enzyme linked immunosorbent assay*) applicable sur des automates à haut débit capables d'effectuer des centaines de tests par jour. Ils pourront être pratiqués dans la majorité des laboratoires d'analyse médicale. Il existe aussi des tests unitaires de diagnostic rapide, détectant les anticorps à partir d'une simple goutte de sang en quelques minutes. Lorsqu'ils sont réalisés au sein d'un laboratoire de biologie médicale (LBM), ces tests sont un examen de biologie médicale (EBM) soumis aux mêmes exigences que les tests automatisables (tests de diagnostic rapide ou TDR). En dehors d'un laboratoire de biologie médicale (LBM), ces tests ne sont pas un EBM et sont sous la responsabilité de celui/celle qui le réalise. Enfin ils peuvent être utilisés en autotest directement par le patient.

Toutefois, ces différents tests sont toujours en phase d'évaluation par le Centre national de référence des virus des infections respiratoires et leurs performances analytiques (sensibilité et spécificité) ne sont pas encore connues (communiqué de l'Académie Nationale de Médecine du 10 avril).

La HAS considère que la spécificité analytique attendue est de 100% (absence de réactions croisées avec d'autres Ac contre des virus apparentés au SARS-Cov-2, des virus provoquant des infections respiratoires communes, ou d'autres composés connus pour donner des réactions croisées non spécifiques (facteur rhumatoïde notamment). Le fabricant doit indiquer la méthodologie suivie pour évaluer la spécificité analytique. Les valeurs seuils minimales acceptables sont estimées à 98% pour la spécificité clinique (soit 2% de faux positifs) et à 90% ou 95% selon l'usage du test pour la sensibilité clinique (soit de 5 à 10% de faux négatifs) (HAS 16 avril 2020). Dans un contexte de prévalence basse de portage d'Ac estimée à 5% en France à l'issue de la première vague, avec un test ayant une spécificité de 95% (5% de faux positifs) la moitié des personnes ayant un test positif sera réellement porteuse d'Ac.

La psychiatrie publique est mobilisée, elle ne doit pas être oubliée !

Dr Marie-Noëlle PETIT, Vice-Présidente de l'Intersyndicale de Défense de la Psychiatrie Publique (IDEPP)

Cette pandémie mobilise tout notre système de santé, et si les soins somatiques sont au premier plan, sollicités sans relâche alors même qu'une crise importante secouait l'hôpital public dénonçant la dégradation des soins et demandant les moyens nécessaires pour fonctionner, la psychiatrie a démontré tout son engagement dans cette période difficile qui est amenée à perdurer.

Les soignants de l'hôpital public, toutes disciplines confondues ont montré leur détermination et répondu présents, ils savent s'adapter et le prouvent. La population leur rend hommage et le gouvernement également, mais tous attendent maintenant plus que des paroles, des actes.

La psychiatrie elle aussi s'est adaptée. Elle a su faire preuve de réactivité, d'inventivité. Elle a continué à gérer les urgences, à accueillir les patients au sein de ses structures hospitalières et ambulatoires. Elle a intégré dans son offre de soin la télé et visioconsultation, a poursuivi les visites à domicile pour éviter les patients perdus de vue. Elle a travaillé main dans la main avec les médecins somaticiens que cela soit en liaison ou dans la mise en place des unités COVID. Enfin elle a été au côté des équipes d'urgence, de réanimation ou des EHPAD pour les aider à supporter l'indicible.

Mais quand la créativité a dû se transformer en ateliers couture pour fabriquer des masques en tissus parce que les dotations n'arrivaient pas à l'hôpital psychiatrique, que certains établissements continuent à diminuer les lits d'hospitalisation sans concertation en profitant des restructurations, que l'on commence à entrevoir une possibilité d'économie avec la mise en place de la téléconsultation alors que celle-ci ne peut être qu'un appui à la consultation en présentiel car le contact humain reste un outil indispensable du soin psychiatrique et que les plus grandes incertitudes demeurent concernant le financement de la psychiatrie publique, nous tirons le signal d'alarme.

En effet, nous connaissons les risques d'une prochaine vague pour notre discipline : les effets du confinement se font sentir avec des décompensations aiguës et le contexte socioéconomique très défavorable de cette crise ne va pas être sans conséquence sur la santé mentale des français, le recours aux soins va s'amplifier dans le contexte de pandémie qui va perdurer.

Il faut que les pouvoirs publics en prennent conscience pour que la psychiatrie, ses patients et ses soignants ne soient pas les grands oubliés de cette crise.