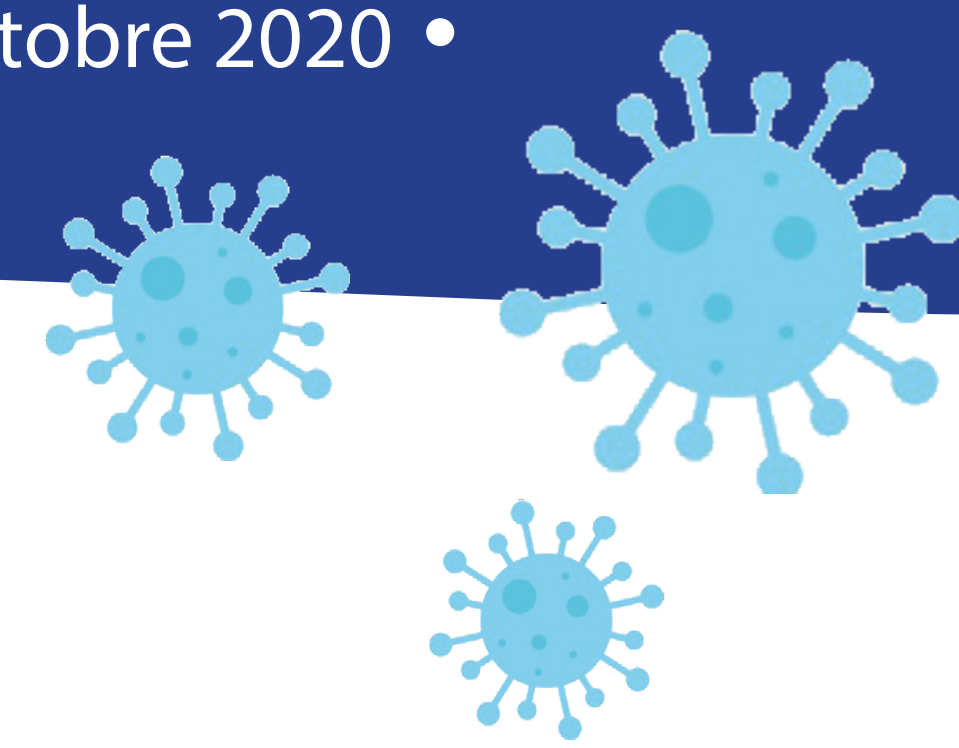


Incidence de l'épidémie à Covid-19 dans une Unité de Soins de Longue Durée à proximité du 1^{er} Cluster

• Dr OLLIVIER, Camille ALEXANDRE, Dr KESWANI, Dr BERNARD • CH de Clermont Pôle Gériatrique et Équipe Opérationnelle d'Hygiène • Octobre 2020 •



CONTEXTE

Notre USLD, comme beaucoup d'établissements hébergeant des patients âgés polyopathologiques, a été très impactée par le virus SARS-CoV-2. Nous resterons bouleversés par la rapidité des contaminations, l'importance des décès, le caractère imprévisible, injuste, et quasi-incontrôlable (hors les gestes barrières) de cette épidémie.

OBJECTIF

- **ÉTABLIR** un bilan de la diffusion du virus dans nos unités d'USLD/EHPAD
- **VISUALISER** les vitesses de contamination au sein des unités, identifier d'éventuelles différences entre les unités, et tenter de les expliquer
- **METTRE EN ÉVIDENCE** les prises en charges complexes, séquelles traumatiques pour les patients ayant survécu, et pour les soignants qui ont été à leurs cotés

RÉSULTATS

Évènements les plus marquants :

- 1 semaine entre le décès du professeur de Crépy-en-Valois et l'apparition du 1^{er} cas en USLD ;
- déjà 1 cas présent en USLD (diagnostic fait a posteriori) le jour de la fermeture des accès aux unités ;
- déjà de nombreux patients / résidents atteints au moment du déclenchement du Plan Blanc ;
- effet très important du port généralisé du masque sur la vitesse de diffusion du virus (à l'encontre des recommandations à ce moment-là) ;
- 82 patients ont été symptomatiques rien que dans le bâtiment USLD, soit 7 patients sur 10.

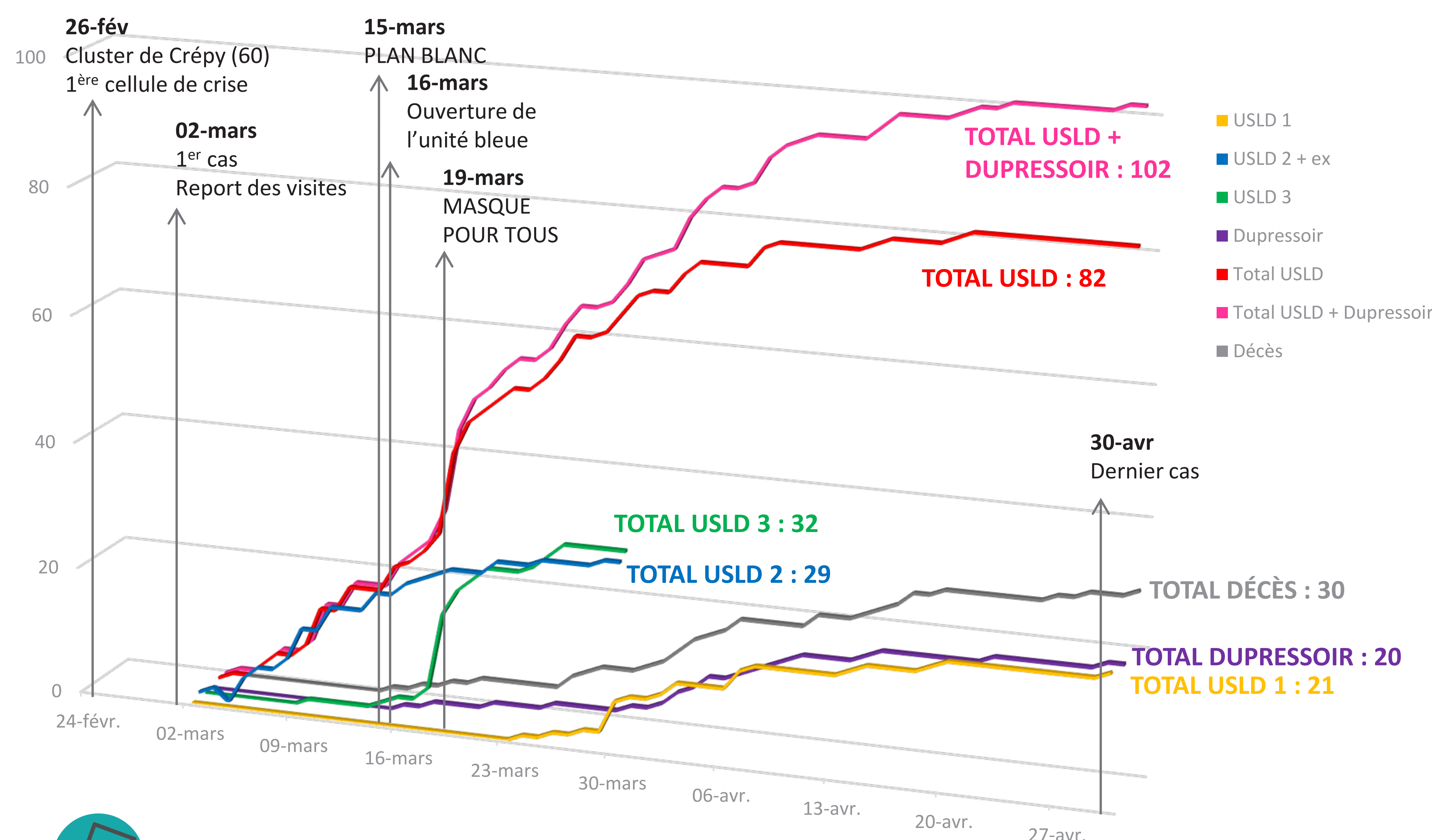
MÉTHODE

Analyse rétrospective des 176 dossiers médicaux (120 en USLD et 56 sur 1 bâtiment EHPAD) : date des premiers symptômes, résultats PCR et sérologies, sévérité des symptômes, date du décès éventuel. Les deux autres bâtiments d'EHPAD (représentent 147 résidents) n'ont pas été étudiés car il n'y a eu aucun cas symptomatique durant la phase épidémique.

Unité	Nb de cas diagnostiqués	Dont : absence de symptômes	Symptômes légers (O2, ATB...)	Symp.sévères (hypno, rivot, morph, scopo)	Dyspnée incontrôlée (intolérable)	Transferts	Décès
USLD 1	PCR + 31 Sérologie + 9 Clinique seule 5	10	7 (1 décès)	7 (2 décès)	7 (4 décès)	1 (autre étage)	7
USLD 2	PCR + 34 Sérologie + 16 Clinique seule 7	5	15 (2 décès)	8 (2 décès)	6 (4 décès)	0	8
USLD 3	PCR + 36 Sérologie + 16 Clinique seule 10	6	18 (2 décès)	6 (3 décès)	6 (5 décès)	0	10
DUPRESSOIR	PCR + 42 Sérologie + 25 Clinique seule 2	22	13 (1 décès)	4 (3 décès)	3 (2 décès)	7 (5 USLD, 1 réa, 1 unité bleue)	5 (4 après transfert : 2 ex USLD, 1 USLD 3, 1 unité bleue en mai)
TOTAL (120 + 56)	PCR + 143 Sérologie + 66 (81%) Clinique seule 24	43	53 (6 décès)	25 (10 décès)	22 (dont 15 décès dans conditions difficiles)	8 (2 réels)	30 (21% de létalité 17% USLD/EHPAD 1/4 USLD)

Nombre de patients symptomatiques

Chronologie



AU TOTAL

- 8 patients sur 10 ont été contaminés durant ces deux mois d'épidémie.
- 2/3 ont eu peu ou pas de symptômes.
- 1/3 ont eu une manifestation sévère de la maladie, qui a nécessité une prise en charge active, médicalisée, dans une unité qui n'était pas une unité dédiée aux patients atteints du Covid-19 (Unité « bleue »).
- 22 patients ont vécu des symptômes intolérables qu'il a été difficile de soulager, parmi eux 15 sont décédés dans des conditions difficiles voire traumatiques pour eux, pour leurs proches, pour nos soignants.
- Peu de transferts (2/176) en hospitalisation (dont 1 en réanimation).
- 1 résident d'USLD sur 4 est décédé.

ANALYSE

Nos données mettent en évidence une **contagiosité très importante** : 8 de nos patients sur 10 ont été atteints dans ces unités, très rapidement, en dépit de mesures d'isolement et de protection très précoces, qui devançaient même les recommandations nationales. Notre USLD est devenue très rapidement une « unité bleue », avec les besoins en soins techniques et en personnels médicaux et paramédicaux que cela implique. Outre l'isolement en chambre et la fermeture des unités aux visites, **le port du masque est l'élément protecteur le plus efficace**. Certains **facteurs de gravité de l'infection restent à préciser** : âge et comorbidités sont clairement identifiés mais nous ne comprenons pas pourquoi sur notre population de patients « âgés polyopathologiques fragiles » assez homogène nous retrouvons cette répartition inattendue 2/3 bénins - 1/3 sévères. Les décès sont nombreux (1 résident sur 4 en USLD), car cette population est fort fragile, cela était malheureusement attendu. Nous retiendrons aussi le **psycho-traumatisme** : pour les résidents évidemment, mais aussi (et c'est une nouveauté pour notre génération) pour les soi-

gnants, de tout grade et/ou profession, qui ont gardé une « mémoire traumatique » de cette épidémie en raison de la « flambée des cas » et du souvenir de patients aux symptômes vécus comme « intolérables ». Il a fallu les accompagner longuement dans l'acceptation du « déconfinement » tant ils craignaient un rebond de l'épidémie et avaient (à tort) le sentiment d'avoir pu contaminer un patient, d'être en partie responsable des contaminations rapides et culpabilisés devant ces symptômes difficiles à contrôler. Élément positif : **2 des 3 bâtiments de notre EHPAD n'ont pas été touchés par l'épidémie** (cela représente 147 résidents). Il n'y a eu qu'1 seul cas dans chacune, diagnostiqués a posteriori sur la sérologie. Il n'y a pas eu de diffusion dans le bâtiment grâce aux gestes barrières et aux mesures de distanciation précoces. À noter : le **fort taux d'absentéisme**. Nous avons eu sur 1 étage 100% d'absentéisme, c'est-à-dire un personnel entièrement renouvelé. La **forte mobilisation** de la ville a permis le maintien des soins : AS, IDE, Médecins, de toutes spécialités avec toute activités, cette solidarité a été un formidable réconfort.



CONCLUSION

Nous ne nous permettrons pas de tirer une analyse de ces chiffres. À l'heure actuelle, des informations importantes sur le SARS-CoV-2 font défaut :

- qualité et durabilité de l'immunité acquise ?
- facultés d'adaptation du virus ?
- facteurs de risque de sévérité de l'infection ?

En revanche, 2 choses sont clairement mises en évidence : l'importante contagiosité, et la sévérité de l'infection chez les plus fragiles. Tout cela nous fait craindre les conséquences éventuelles d'une « nouvelle vague » sur des unités déjà fortement impactées.

Nous retenons une expérience que nous ne souhaitons pas revivre, qui restera gravée dans notre « mémoire professionnelle », et quelques leçons : **confiner tôt, protéger beaucoup par tout moyen, donner plus de moyens techniques et humains aux USLD, et accompagner psychologiquement patients et soignants.**