

## Actualisation de la note de la CNAMed relative à la COVID-19 du 23 juin 2021

Note du 13 juillet 2022 de la CNAMed

La plupart des recommandations inscrites dans la note de la CNAMed du 23 juin 2021 restent valides. La production d'articles traitant du sujet ne s'est pas réduite, le virus a évolué, des traitements nouveaux ont été tentés, de sorte qu'une actualisation est apparue nécessaire, mission qui a été confiée au même groupe que précédemment, constitué des docteurs Gauzit, Bernard et Gachot pour leur compétence en la matière, Hubinois et Lienhart pour la CNAMed.

**En matière de traitement**, la prise en charge repose toujours sur l'oxygénothérapie et la prescription de corticoïdes chez les patients oxygéno-requérants.

À ce jour les options thérapeutiques restent très limitées.

Les anticorps monoclonaux utilisés en traitement préventif : en raison des mutations itératives du virus, ils « perdent » régulièrement leur activité neutralisante. Il n'est pas possible de faire une recommandation consensuelle de leur utilisation en traitement préventif. L'avis du HCSP du 16 avril 2022 <sup>1</sup>, dans une situation de circulation quasi-exclusive de variants Omicron, recommande l'utilisation de tixagévimab/cilgavimab (Evusheld<sup>®</sup>) à titre provisoire (dans l'attente de données cliniques plus robustes), chez les patients les plus vulnérables, non ou insuffisamment répondeurs à la vaccination. Il s'agit de prescriptions « hyper-spécialisées », le plus souvent pluridisciplinaires.

Le ritonavir (Paxlovid<sup>®</sup>) : son activité n'est pas modifiée par le type de variant. Ses indications sont limitées aux <sup>2</sup> :

- patients porteurs d'une immunodépression profonde, quel que soit leur âge et leur état vaccinal
- patients présentant une comorbidité à haut risque de forme sévère, quel que soit leur âge, lorsque leur schéma vaccinal est incomplet (non vacciné, absence de premier rappel, absence de deuxième rappel chez les personnes âgées de plus de 60 ans)
- patients de plus de 60 ans, même sans comorbidité lorsque leur schéma vaccinal est incomplet (absence de deuxième rappel notamment)

Parmi ces patients, le bénéfice attendu d'un traitement est d'autant plus important que le schéma vaccinal n'est pas complet.

Son utilisation est limitée par le risque théorique de sélection de variants sous traitement et par de très nombreuses interactions médicamenteuses rendant son utilisation difficile.

**Pour les infections acquises à l'hôpital**, à partir de la mi-janvier 2022, ce sont les variants Omicron qui circulent en France, avec une période d'incubation plus courte que les précédents. Elle est actuellement comprise en moyenne entre 2 à 4 jours (au lieu de 5 à 7 jours) <sup>3</sup>.

La probabilité que la contamination, avec un variant Omicron, ait eu lieu ou n'ait pas eu lieu à l'hôpital devient la suivante :

1. Lorsque les premiers symptômes sont apparus après l'entrée à l'hôpital, le fait que la contamination soit intervenue à l'hôpital est :
  - improbable si le délai est < 2 jours
  - vraisemblable si le délai est de 2 à 5 jours
  - certaine si le délai est > 5 jours.
2. Lorsque les premiers symptômes sont apparus après le départ de l'hôpital, le fait que la contamination soit intervenue à l'hôpital est :
  - certaine si le délai est de moins de 2 jours
  - vraisemblable si le délai est de 2 à 5 jours
  - improbable si le délai est > 5 jours.

Bien évidemment ces délais sont susceptibles d'être modifiés en fonction de l'évolution de l'émergence de nouveaux variants.

Il y a lieu de noter que, selon une publication récente du *Lancet*<sup>4</sup>, près de la moitié de la population mondiale a été infectée par le virus, près du quart en France, incidence très supérieure à ce qui a été observé à l'hôpital. Une autre étude récente montre, qu'en France, les soignants ont plus de risque de contracter la COVID-19 dans leur sphère personnelle que pendant leur activité professionnelle<sup>5</sup>. Le fait de séjourner à l'hôpital n'apparaît donc pas comme un facteur de risque d'être contaminé : c'est au contraire, statistiquement, une augmentation de chance d'échapper à la maladie.

---

<sup>1</sup> HCSP. Avis du 11 avril 2022. Utilisation d'Evusheld® en prophylaxie pré-exposition de Covid-19. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=1176>

<sup>2</sup> HAS 21 janvier 2022. Traitement par Paxlovid® des patients à risque de forme grave de Covid-19. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3310993/fr/traitement-par-antiviral-des-patients-a-risque-de-forme-grave-de-la-covid-19](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3310993/fr/traitement-par-antiviral-des-patients-a-risque-de-forme-grave-de-la-covid-19)

<sup>3</sup> SPF. Analyse de risque sur les variants émergents du SARS-CoV2 – Mise à jour du 6 juillet 2022. [https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/437676/file/analyse\\_risque\\_variants\\_20220706.pdf](https://www.santepubliquefrance.fr/content/download/437676/file/analyse_risque_variants_20220706.pdf)

<sup>4</sup> Cumulative Infection Collaborators. Estimating global, regional, and national daily and cumulative infections with SARS-CoV-2 through Nov 14, 2021: a statistical analysis. *Lancet* 399 (2022) 2351-80  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00484-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00484-6/fulltext)

<sup>5</sup> Belan M. et col. SARS-CoV-2 Exposures of healthcare workers from primary care, long-term care facilities and hospitals: A nationwide matched case-control study. *CMI* 2995 (2022)  
[https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X\(22\)00334-2/fulltext](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.com/article/S1198-743X(22)00334-2/fulltext)