



HAL
open science

**Identification des signes cliniques ayant motivé la
consultation lors de la première vague en centre
Covid-19 et corrélation au diagnostic de la Covid-19 :
une étude épidémiologique de cohorte monocentrique
Porto-Vecchio - Corse-du-Sud (France)**

Marine Quilici

► **To cite this version:**

Marine Quilici. Identification des signes cliniques ayant motivé la consultation lors de la première vague en centre Covid-19 et corrélation au diagnostic de la Covid-19 : une étude épidémiologique de cohorte monocentrique Porto-Vecchio - Corse-du-Sud (France). Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03455193

HAL Id: dumas-03455193

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03455193v1>

Submitted on 29 Nov 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Nice-Sophia Antipolis
Faculté de médecine de Nice



THÈSE ARTICLE

« Identification des signes cliniques ayant motivé la consultation lors de la première vague en centre Covid-19 et corrélation au diagnostic de la Covid-19 : une étude épidémiologique de cohorte monocentrique Porto-vecchio - Corse-du-Sud (France) »

En vue de l'obtention du diplôme d'État de
DOCTEUR en MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 1er Octobre 2021
par

Mlle Marine Quilici
née le 4 Juillet 1991

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Pierre Marty
Monsieur le Professeur David Darmon
Monsieur le Docteur Nicolas Hogu

Président du jury
Assesseur
Assesseur

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Frédéric Leccia



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen
Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie

Pr. ALUNNI Véronique

Recherche

Pr. DELLAMONICA Jean

Étudiants

Mr JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Physiologie ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
Mme	ESTRAN-POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M	FAVRE Guillaume	Physiologie (44.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	ORBAN Jean-Christophe	Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (48.01)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	VANBIERVLIEET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	LOTTE Romain	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière (45.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	TRAN Antoine	Pédiatrie (54.01)



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

Mme GROS Auriane Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

M. SICARD Antoine Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)

Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)

M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)

M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. ALBERTINI Marc	M. GIBELIN Pierre
M. BALAS Daniel	M. GILLET Jean-Yves
M. BATT Michel	M. GRELLIER Patrick
M. BLAIVE Bruno	M. GRIMAUD Dominique
M. BOQUET Patrice	M. HOFLIGER Philippe
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SANTINI Joseph
M. DESNUELLE Claude	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. THYSS Antoine
M. FENICHEL Patrick	M. TOUBOL Jacques
M. FUZIBET Jean-Gabriel	M. TRAN Dinh Khiem
M. FRANCO Alain	M. VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	
M. GASTAUD Pierre	

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques	M. GIUDICELLI Jean
M. BASTERIS Bernard	M. MAGNÉ Jacques
M. BENOLIEL José	Mme MEMRAN Nadine
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie	M. MENGUAL Raymond
Mme DONZEAU Michèle	M. PHILIP Patrick
M. EMILIOZZI Roméo	M. POIRÉE Jean-Claude
M. FRANKEN Philippe	Mme ROURE Marie-Claire
M. GASTAUD Marcel	



Liste des enseignants au 1er novembre 2020 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	JAMBOU Patrick	Coordination prélèvements d'organes
M.	LEBOEUF Mathieu	gynécologie- obstétrique
Mme	NADEAU Geneviève	uro-gynécologie
M.	ODIN Guillaume	Chirurgie maxilo-faciale
M.	PEYRADE Frédéric	Onco-Hématologie
M.	PICCARD Bertrand	Psychiatrie
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements

Je tiens à remercier de tout coeur l'ensemble des professeurs sus-cités pour m'avoir formée au fil de ces années d'études avec disponibilité et pédagogie. Je tiens également à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique de la faculté de médecine de Nice, pour leur dévouement et leur bienveillance en remerciant tout particulièrement Mme Nardelli, Mme Nicolai, Mme Faverie et Mme Giacchero.

Je tiens à remercier toute l'équipe du DERMG et particulièrement mon tuteur le Dr Hogu pour sa gentillesse et sa disponibilité ainsi que le Pr Darmon pour son aide et sa gentillesse.

Je voudrais remercier l'ensemble des personnes que j'ai pu rencontrer et côtoyer lors de mon internat et m'ayant permis de devenir le médecin que je suis aujourd'hui.

Je tiens sincèrement à remercier mon directeur de thèse, le Dr Leccia, pour son soutien, son aide et sa bienveillance tout au long de ces années et lors de la rédaction de cette thèse.

J'aimerais remercier le Pr Marty, le Pr Darmon et le Dr Hogu pour leur participation en temps que jury à cette thèse, ainsi que leur aide et leur disponibilité durant sa rédaction.

Je tiens à remercier le Dr Tall qui a su montrer gentillesse et patience à mon égard durant ce travail de thèse et ayant réalisé l'analyse statistique.

J'aimerais remercier l'ensemble des médecins ayant permis l'ouverture du centre COVID de Porto-vecchio et son bon fonctionnement, pour leur aide, leur dévouement et leur disponibilité. Je remercie donc le Dr Leccia une nouvelle fois, le Dr Ferracci, le Dr Piazza, le Dr Colombani, le Dr Perrin, le Dr Garric, le Dr Mondet, le Dr Bartoli, le Dr Besnard, le Dr Castellucci, le Dr Chiarelli, le Dr Cucchi MA, le Dr Cucchi P, le Dr Cucchi N, le Dr Libourel, le Dr Meulet, le Dr Luciani, le Dr Nuyts, le Dr Olivesi, le Dr Poggi, le Dr Rondeau, le Dr Tafani ainsi que l'ensemble de l'équipe médicale et para-médicale du centre.

Je tiens sincèrement à remercier le Dr Ferracci pour le recueil des données et l'anonymisation de ces dernières.

Je tiens à remercier pour leur participation et leur disponibilité les Dr Gallucci et Dr Hypolite du laboratoire de Porto-vecchio. Je remercie également l'ensemble des équipes des différents locaux du laboratoire pour leur participation.

Je tiens également à remercier pour sa participation et sa gentillesse le Dr Simeoni.

Je remercie également Mme Falchi directrice du laboratoire de la faculté de Corté pour son aide et sa disponibilité.

Enfin je tiens à remercier pour leur soutien et pour avoir fait de moi le médecin que je suis devenue, le Dr Leccia et son épouse, le Dr Grisoni et son épouse, le Dr Piazza, le Dr Rocchi et sa compagne, le Dr Pinelli et l'équipe du cabinet, l'ensemble des médecins et équipes médicales et para-médicales du service de gynécologie-obstétrique, de l'institut du sein, des urgences de Bastia, des urgences de Grasse, du service de Pédiatrie de Bastia et du service d'Oncologie de Maymard avec le Dr Frikha.

J'aimerais ensuite remercier tous mes co-internes qui m'ont supporté et m'ont aidé à traverser ces semestres et ces plans blancs dans une atmosphère toujours agréable.

J'aimerais enfin remercier mes amis et surtout ma famille et mon compagnon, pour m'avoir soutenue dans ces moments emplis de stress et d'émotions.

Merci à tous.

Table des Matières

Introduction	12
Méthode	14
Analyse Statistique	16
Résultats	17
Discussion	21
Conclusion	21
Identification des biais	24
Ouverture vers d'autres travaux	25
Point à retenir	25
Références bibliographiques	25
Annexes	28
<u>Figure 1</u> : Signes cliniques recherchés et notifiés lors de la consultation au centre COVID-19	28
<u>Figure 2</u> : Signes de gravité recherchés lors de l'examen clinique	
<u>Figure 3</u> : Indications prioritaires au prélèvement naso-pahryngé (RT-PCR) (HCSP-10 mars 2020)	29
<u>Tableau 1</u> : Description de la population d'étude, N=615	30
<u>Graphique 1</u> : Population totale, N= 615	32
<u>Graphique 2</u> : Prouvés positifs, N= 33	
<u>Graphique 3</u> : Population totale - répartition des tranches d'âges	
<u>Graphique 4</u> : Prouvés positifs - répartition des tranches d'âges	
<u>Tableau 2</u> : Suspicion clinique, date d'apparition des symptômes et orientation clinique au sein de la population totale	33
<u>Tableau 3</u> : Date d'apparition des symptômes dans tous les groupes patients	35
<u>Tableau 4</u> : Caractéristiques en fonction des groupes patients	36
<u>Tableau 5</u> : Caractéristiques des prouvés positifs, N=33 en fonction des tranches d'âges	39
<u>Tableau 6</u> : PCR réalisées en dehors de l'activité du centre	40
<u>Tableau 7</u> : Sérologies réalisées en dehors de l'activité du centre	
<u>Graphique 5</u> : Caractéristiques : population totale vs prouvés positifs	41
<u>Graphique 6</u> : Caractéristiques : prouvés négatifs vs prouvés positifs	
<u>Tableau 8</u> : Régression logistique	42
Serment d'Hippocrate	44
Résumé	46

Introduction

Le 27 décembre 2019, la Chine déclarait son premier cas officiel de Covid-19. L'agent pathogène étant nommé Covid-19 ou SARS-Cov-2. Depuis, la pandémie toujours active à l'échelle mondiale a causé la mort de 4 571 411 personnes et 220 209 942 contaminations en date du 6 septembre 2021 (1). L'OMS déclara l'état de pandémie mondiale le 11 mars 2020 (2), marquant le début officiel de la première vague.

Or les premiers cas en France ont été décrits à partir du 24 janvier 2020. Cependant comme le démontre la cohorte française « CONSTANCES », le virus circulait en Europe depuis Novembre 2019. Ainsi entre le 2 novembre 2019 et le 15 mars 2020, après avoir collecté 9144 sérums de patients français adultes, 353 se sont révélés positifs à la Covid 19 dont 13 échantillons, ayant été prélevés entre novembre 2019 et janvier 2020. Des investigations réalisées sur 11 de ces patients ont identifié des symptômes compatibles ou des situations à risque d'exposition. Cette cohorte suggère donc une circulation du SARS-CoV-2 en Europe avant janvier 2020 (3).

Outre cette circulation précoce, notons que la présentation clinique de la maladie était encore peu connue et semblait peu spécifique, mais aussi que les capacités diagnostiques étaient encore peu développées et disponibles. Le taux de mortalité en lien avec cette infection fut, cependant, très tôt reconnu comme élevé. Une étude chinoise publiée le 24 février 2020 en fit démonstration par le biais d'une cohorte monocentrique rétrospective. Ainsi cette équipe chinoise basée à Wuhan, a rapporté que sur 52 patients graves admis en réanimation, 32, soit 61,5% était décédés à 28 jours. Cette étude rapporta également que les trois symptômes principalement retrouvés chez les patients étaient la fièvre, la toux et la dyspnée (4).

À ces symptômes retrouvés communément lors d'une infection virale, furent ajoutés des symptômes ORL, digestifs, neurologiques, cutanés, rationnellement bénins. Puis furent décrits des symptômes pouvant mettre en jeu le pronostic vital tels que la maladie de Kawasaki, comme le rapporte une étude française débutée en 2005. En effet, 230 patients furent inclus sur 15 ans mais en avril 2020 une rapide augmentation de cas à SARS-CoV-2 fut observée, provoquant une augmentation de 425% de l'incidence mensuelle (5).

Toutes sortes de symptômes furent alors décrits au fil des semaines, rendant difficile la démarche diagnostique clinique. Ce virus à dispersion de type « gouttelettes » étant volatile et contagieux et le nombre de cas asymptomatiques étant important, il devenait difficile de prendre en charge efficacement l'épidémie. Une équipe française publia un article à ce sujet le 21 décembre 2020, soit onze mois après les premiers cas déclarés dans le pays. En effet, ils eurent pour but d'évaluer le taux de détection des patients symptomatiques lors de la première vague pour anticiper et être prêts pour la seconde. Pour cela, ils se sont basés sur les données collectées des tests virologiques et sur les consultations de patients symptomatiques qui étaient envoyés auprès de leur médecins. Ainsi, du 13 mai au 28 juin 2020, 20 777 cas ont été virologiquement confirmés en France. En excluant les patients asymptomatiques et les données manquantes, ils estimèrent que 16 165 cas symptomatiques furent testés sur cette période. Le délai entre l'apparition des symptômes et la réalisation du test était initialement de 12,5 jours la semaine du 13 mai, pour passer à 2,8 jours le 28 juin. À ces données, furent ajoutés les résultats d'un système digital de surveillance, rempli directement par la population. Ils pouvaient ainsi notifier l'apparition et l'évolution de symptômes. Les résultats de ce système incluant les patients qui n'ont pas consulté de médecin. Sur 524 patients ayant répondu sur la plate-forme et ayant décrit des symptômes compatibles, 162 seulement consultèrent un médecin, soit 31%. Parmi ces 162 patients seulement 89 reçurent une prescription pour un test soit 55%. L'équipe utilisa ensuite un logiciel de modélisation basé sur la démographie, l'âge, les données administratives des 12 régions de France Métropolitaine (hors Corse). Ce logiciel ayant pour but de quantifier la relation entre la capacité de détection des tests et la circulation du virus au sein de la population. Ils démontrèrent ainsi que la capacité de détection diminuait rapidement avec l'augmentation du taux d'incidence de COVID-19. Ces résultats

démontrent des limites diagnostiques importantes lors de cette période tant matérielles que sur la clinique. L'on s'aperçoit également qu'une faible partie des patients symptomatiques seulement ont consulté un médecin. En effet seulement 48% des patients symptomatiques avec des anticorps ont consulté un médecin au moment des symptômes. Le taux de détection médian au niveau national étant passé de 7% (95% IC, 6-8%) la semaine du 13 mai à 38% (95% IC, 35-44%) la semaine du 28 juin 2020. La capacité diagnostique se révèle donc insuffisante pour endiguer l'épidémie à ce moment là (6).

À cette insuffisance quant à la détection des patients symptomatiques, vient s'ajouter la part non négligeable de contaminations en lien avec les patients asymptomatiques et pré-symptomatiques. Sur ce sujet une équipe chinoise publia une étude en mars 2021. Pour cela, ils ont récolté rétrospectivement des informations sur la transmission et les symptômes de patients testés positifs, du 5 janvier au 7 avril 2020, dans 4 provinces et une municipalité chinoises. Ainsi, ils ont identifié 393 cas index symptomatiques avec 3136 cas contacts et 185 cas asymptomatiques avec 1078 cas contacts. Le taux d'attaque secondaire, soit le taux de contamination secondaire par ces patients symptomatiques et asymptomatiques, fut respectivement de 4,1% (soit 128/3136) et de 1,1% (soit 12/1078). Ce résultat indiquant un risque de transmission plus important chez les patients symptomatiques versus les asymptomatiques (OR: 3,79, 95% IC: 2,06-6,95). Il faut noter que 38% des contaminations secondaires dues aux patients symptomatiques sont en lien avec la phase pré-symptomatique de ces mêmes patients. Donc les asymptomatiques et les pré-symptomatiques représentent une part importante de la transmission de l'épidémie (7). Or ces patients sont difficilement accessibles au dépistage comme nous le savons. Il est donc essentiel d'axer les efforts sur le dépistage précoce des cas symptomatiques. Pour cela, il est nécessaire d'améliorer le diagnostic clinique des intervenants de première ligne tels que les médecins généralistes, en leur apportant des données épidémiologiques auxquelles se référer dans leur pratique quotidienne.

C'est ici, l'idée qui nous a conduit à mener notre étude. En France dès le 15 mars 2020, des centres de consultations ambulatoires visant les patients suspects de COVID-19, furent ouverts à l'initiative de professionnels de santé et des ARS. Sur ce modèle, nous avons décidé d'ouvrir également un centre COVID-19 à Porto-vecchio en Corse-du-Sud. Ce centre fut ouvert le 23 mars 2020 à l'initiative de 14 médecins généralistes de la région. Le but initial de ce projet ayant été de sortir les patients potentiellement positifs des cabinets et salles d'attente.

Rapidement, il apparut que cette démarche pouvait permettre via une étude épidémiologique descriptive, de décrire les symptômes dont se plaignaient les patients venant consulter au centre. Cela, dans le but d'identifier les patients pouvant sur la simple clinique, être qualifiés de suspects et être testés. Dans notre démarche lors de cette première vague, nous avons cependant été limités dans l'utilisation des examens para-cliniques. Cette limitation étant basée sur une recommandation du Haut Conseil de la Santé Publique, publiée le 10 mars 2020, restreignant l'accès à la RT-PCR à des patients prioritaires (8). Le but premier de notre étude a donc été de décrire quels sont les signes cliniques ayant motivé la consultation des patients en centre COVID-19 lors de la première vague ?

Pour chaque patient vu sur la période d'étude, soit 615 patient du 23 mars au 4 juin 2020 inclus, des renseignements étaient consignés. Les patients étaient ensuite inclus dans une cohorte prospective, dans le but d'identifier parmi eux les patients qui étaient réellement positifs à la COVID-19.

Cette seconde partie nous permettant dès lors d'établir le lien entre les symptômes cliniques décrits et le diagnostic ou non de COVID-19. Pour in fine décrire quels sont les signes cliniques retrouvés chez les patients positifs à la COVID-19 ?

Les deux parties de notre étude visent donc à améliorer le diagnostic clinique précoce en première ligne. Le but étant d'identifier des signes fréquemment décrits chez les positifs pour prendre en charge au mieux les suspects et ainsi limiter la contamination.

Méthode

Notre étude est une étude monocentrique épidémiologique observationnelle composée de deux parties. Le but fixé étant d'aider les médecins de première ligne à améliorer leur diagnostic clinique.

Elle se base sur l'activité d'un centre COVID-19 ouvert le 23 mars 2020 à Porto-Vecchio en Corse-du-Sud, à l'initiative de 14 médecins généralistes de la région. Cette ville de 14 000 habitants, située à l'extrémité Sud de la Corse est distante des principaux hôpitaux de l'île. En effet, les centres hospitaliers de Bastia et Ajaccio se situent tous deux à deux heures de route. Le bassin de population de la région représente, en réalité, 22 000 personnes (chiffres INSEE 2017) et est centré par Porto-vecchio. Cette région pouvant intéresser le centre s'étend sur 90 km de diamètre. C'est pourquoi nous avons choisi ce lieu pour ouvrir le centre, en plus du fait que la ville dispose d'une clinique privée dotée d'un scanner et d'un service d'urgences.

Le centre était dès lors ouvert à tous sans critère restrictif, ni critère de sélection. Ainsi tout patient sans limite d'âge pouvait prendre un rendez-vous. Ils pouvaient également se présenter spontanément, bien que ces consultations n'aient représenté que moins de 10% de l'ensemble des consultations. Les consultations réalisées par 14 médecins généralistes, à tour de rôle, avaient lieu tous les jours y compris week-ends et jours fériés, de 09h à 12h et de 14h à 18h. Notons que les appels de patients dont la prise en charge tenait de l'urgence étaient directement pris en charge par le SAMU et transférés vers la clinique de Porto-vecchio ou les hôpitaux de Bastia et d'Ajaccio.

L'étude ayant pour but de décrire des signes cliniques, une fiche fut mise au point par les médecins pour les consultations. Ainsi, lors de chaque consultation, le médecin recevant le patient remplissait cette fiche en temps réel devant ce dernier. Sur la période d'étude, du 23 mars au 4 juin 2020, 615 fiches furent ainsi remplies pour 615 patients. Il est nécessaire de préciser que pour chaque patient, une autorisation lui était demandée oralement, afin d'utiliser ses données anonymisées dans le but de la recherche. Tous les patients ont d'ailleurs donné leur accord oral.

Chaque fiche comportait des renseignements administratifs (nom, prénom, date de naissance, numéro de téléphone, email, adresse, profession et médecin traitant), mais également des renseignements cliniques : présence de fièvre au domicile, température prise lors de la consultation ainsi que la fréquence cardiaque, respiratoire, tension artérielle et saturation en oxygène ; mais également d'autres signes présentés dans la *Figure 1*.

En plus des plaintes fonctionnelles, les médecins recherchaient et notifiaient également les comorbidités pouvant provoquer des formes graves de la COVID-19. Ils définirent ses comorbidités à risques en se basant sur des études, telle que celle d'une équipe chinoise publiée le 11 mars 2020. Ces derniers via une étude de cohorte multicentrique rétrospective, inclurent et suivirent 191 patients positifs à la COVID-19 et hospitalisés. Parmi ces patients, 91 soit 48% avait au moins une comorbidité. Les plus fréquentes étant l'hypertension artérielle (30% des patients), le diabète (19% des patients) et une coronaropathie (8% des patients). L'âge moyen de ces patients étant 56 ans (18-87), 54 d'entre eux décédèrent durant l'hospitalisation. L'analyse statistique affirma que le taux de décès hospitaliers augmentait avec la présence d'une coronaropathie ou du diabète mais également à cause de l'âge du patient (9). D'autres études à ce sujet identifiaient également l'obésité, le cancer ou l'immunodépression, l'âge >70 ans, les pathologies respiratoires chroniques, les insuffisances hépatiques et rénales à un stade avancé, comme des facteurs pouvant provoquer une augmentation des décès en cas de COVID-19 (8),(9),(10),(11).

Hormis la part déclarative, les médecins devaient également via l'examen clinique rechercher les signes de gravités présentés dans la *Figure 2*. La présence de l'un de ces signes impliquant l'hospitalisation du patient en cas de suspicion COVID.

Il est important de se replacer dans le contexte de la première vague, son climat anxiogène et la découverte progressive au fil des semaines, de nouveaux symptômes compatibles avec la COVID-19. Ainsi l'anosmie/dysgueusie ainsi que les manifestations cutanées telles que les

acrosyndromes et les éruptions, furent ajoutées aux fiches de consultation respectivement le 25 mars et le 6 avril 2020.

Pour finir, cette fiche comportait d'après l'examen, la notion de suspicion clinique de COVID-19 ou non ainsi que l'orientation du patient (retour à domicile ou hospitalisation).

La première partie de notre étude est purement descriptive. Elle vise à décrire à l'instant « t » de la consultation du patient, les symptômes dont il se plaint et ayant motivé sa consultation. Elle se base sur le recueil des 615 patients sur la période d'étude. Permettant ainsi de décrire les signes cliniques en fonction des caractéristiques de notre population étudiée (âge, sexe, comorbidités).

Au terme de la consultation, chaque patient a respectivement été classé dans l'une des trois catégories suivantes : « non-suspects », « suspects avec indication prioritaire de RT-PCR ou TDM thoracique », « suspects sans indication d'examen prioritaire ».

Bien que les prélèvements en vue des RT-PCR aient été mis en place dès le 23 mars, tous les patients suspects n'ont pas pu être testés. Celà, en raison d'une recommandation du Haut Conseil de la Santé Publique, émise le 10 mars 2020. Il était dès lors recommandé de limiter les prélèvements aux critères prioritaires présentés dans la *Figure 3 (8)*. Du fait de l'activité du centre, ces indications se limitaient par conséquent aux critères prioritaires liés à une comorbidité ou aux personnels de santé symptomatiques. Les prélèvements avaient lieu une fois par semaine au centre en faisant en sorte de ne pas dépasser 10 jours depuis l'apparition des symptômes. Les RT-PCR étaient ensuite réalisées par le laboratoire de la faculté de Corté puis validées par un médecin biologiste, le tout sous 24 heures. À partir du 4 mai les prélèvements furent directement analysés au laboratoire de Porto-vecchio.

Les restrictions concernant l'accès à la RT-PCR ont mené à un accord, passé avec la clinique de Porto-vecchio. Ce dernier permettait l'accès prioritaire au scanner thoracique low dose comme alternative diagnostique. Ainsi, dès l'ouverture du centre, sur présence de critères cliniques établis, les patients étaient envoyés passer un scanner. Les critères étant les suivants : dyspnée clinique constatée, présence d'un ou plusieurs foyers auscultatoires et douleur thoracique, évoluant depuis 3 jours au moins. En effet, le scanner a rapidement émergé comme un outil de dépistage rapide et efficace. Avec une sensibilité de 90 % comme le précise une revue de la littérature, cet outil face au manque de moyens matériels et humains représente une véritable alternative. Ces travaux précisèrent également qu'une grande partie des faux négatifs était en réalité, liée au fait que les symptômes étaient apparus moins de 3 jours avant la réalisation du scanner (12).

La seconde partie de notre étude est, quant à elle, analytique. Elle a ainsi consisté à suivre les patients vus au centre dans une cohorte prospective. Tous les patients ont été inclus et ainsi suivis selon plusieurs modalités.

Le groupe des patients classés « suspects avec indication prioritaire d'examen paraclinique » était soit prélevé au centre ou au laboratoire de la ville, sur prescription médicale, soit envoyé à la clinique pour réaliser un scanner thoracique. Un suivi rapproché était alors réalisé par le centre pour récupérer les résultats de ces investigations et surveiller l'évolution des patients. Ils étaient dès lors classés en patients « prouvés positifs » ou « prouvés négatifs ».

Le groupe des patients classés « suspects sans indication prioritaire d'examen paraclinique », quant à lui, a été suivi jusqu'au 10 juin 2021. Les 14 médecins généralistes gérant le centre, étant les médecins traitants de la population étudiée, chaque médecin a suivi de part sa pratique quotidienne le devenir de ses patients qui avaient consulté au centre lors de la période d'étude. En date du 10 juin, il fut demandé à chaque médecin traitant d'analyser la liste de leurs patients qui n'avaient pu bénéficier d'une RT-PCR ou d'un scanner thoracique. Il leur était alors demandé si ces derniers s'étaient révélés positifs ou non à la COVID-19 dans la période concordant à leur passage au centre. Les patients ont ainsi été classés en « prouvés positifs », « prouvés négatifs », « suspects sans test » ou encore « suspects perdus de vue ».

Le groupe des patients classés « non-suspects » suite à leur consultation au centre, ne fut pas l'objet d'une enquête auprès de leurs médecins traitants. Cependant les médecins avaient la possibilité de signaler un patient initialement classé « non-suspect » qui se serait révélé positif sur la période de consultation.

En plus de ces données, furent croisées les données provenant du laboratoire de la ville de Porto-Vecchio. En effet, tout l'intérêt étant que ce laboratoire est le seul à gérer tout l'extrême Sud de la Corse. L'ensemble des tests PCR et sérologies réalisées sur la région a donc été traité par ce même laboratoire. Nous avons donc récupéré l'ensemble des PCR et sérologies réalisées selon des périodes précises pour retrouver des tests qu'auraient pu effectuer les patients de nos trois groupes d'étude.

Pour les PCR nous avons récupéré les résultats des PCR réalisées entre le 23 mars 2020 et le 20 juin 2020. Soit 15 jours après la dernière consultation de la période d'étude. Pour chaque patient faisant partie de notre population étudiée, le résultat était conservé uniquement si il était réalisé dans les 15 jours suivants la date de sa consultation au centre. Ces résultats, récoltés pour les trois groupes de patients, « non -suspects » compris, ont été intégrés à nos données. Pour les sérologies, nous avons récupéré les résultats de toutes les sérologies réalisées du 7 avril 2020 au 4 décembre 2020. C'est à dire 15 jours après la date de la première consultation, jusqu'à 6 mois après la date de la dernière consultation. Ces périodes précises ont été choisies afin de pouvoir interpréter les résultats par rapport à l'activité du centre. Ainsi les résultats n'entrant pas dans la période des 15 jours suivant la consultation du patient à 6 mois de la consultation, ont été exclus de l'étude. Ce délai de 6 mois a été choisi suite à avis spécialisé et parution d'études sur le sujet. Une étude Néerlandaise parue en février 2021, démontra notamment la persistance du taux d'IgG à 6 mois, et ce chez les patients n'ayant pas fait de forme sévère de la COVID-19. En effet, en prélevant 353 patients à plusieurs reprises, après 6 mois, 92% de ces patients avaient toujours un taux d'IgG positif (13). Récupérer ces résultats pour les trois groupes patients, nous permit de voir si ces résultats allaient dans le même sens que ceux du centre. Et ainsi évaluer les éventuelles erreurs de présomptions cliniques.

Analyse statistique

Chaque fiche patient a été anonymisée avant l'analyse. Dans la partie descriptive nous avons analysé 18 variables différentes sur la population totale $N=615$ en fonction des 6 classes d'âge suivantes : 0-5, 5-18, 18-40, 40-55, 55-70 et plus de 70 ans. Les variables étudiées sont le sexe, la présence de comorbidités, les signes de gravité, la température, la fréquence cardiaque (FC), la saturation en air ambiant (SAT), la fréquence respiratoire (FR), les signes généraux, les signes respiratoires, la douleur thoracique, les signes ORL, anosmie/dysgueusie, céphalées, signes digestifs, signes cutanés, suspicion clinique, délai d'apparition des symptômes et enfin l'orientation du patient au terme de la consultation. Les tests réalisés pour aboutir aux tableaux de contingence sont le test du χ^2 d'indépendance, le test exact de Fisher et le test de Kruskal-Wallis. Cette partie a été réalisée grâce au logiciel Rstudio (<https://rstudio.com>), aux packages Tidyverse (<https://tidyverse.org>), Dplyr (<https://cran.r-project.org/web/packages/dplyr/index.html>), Ggplot2 (<https://ggplot2.tidyverse.com>) et Gtsummary (<https://cran.r-project.org/web/packages/gtsummary/index.html>).

La partie analytique a consisté à analyser les variables sus-citées en rajoutant les PCR et scanners réalisés dans le cadre de l'activité du centre, dans chaque groupe patients. Les analyses univariées ont été réalisées selon 7 groupes patients : population totale, patients avec un autre virus identifié, patients non-suspects, patients prouvés négatifs, patients prouvés positifs, patients suspects mais perdus de vue et enfin les patients suspects n'ayant pas bénéficié de test. Les test utilisés ont été le test exact de Fisher et le test de Kruskal-Wallis afin de réaliser des analyses univariées. Les résultats respectifs des PCR et sérologies réalisées en dehors de toute prescription du centre ont été analysés en univarié dans chaque groupe patient grâce au test exact de Fisher. Leur lecture peut cependant se faire sur une tonalité descriptive en occultant le p car ces analyses n'avaient pour seul intérêt que de renforcer le diagnostic clinique des médecins du centre.

Enfin pour expliquer le statut des patients prouvés positifs (N=33) et prouvés négatifs (N=121) a été utilisé un modèle de régression logistique. Pour se faire, nous avons réalisé un filtre pour récupérer ces patients. Cette approche consiste à modéliser la probabilité (odds-ratio, OR) de réaliser l'une des deux modalités pour la variable d'intérêt (catégorie patients). Ceci a nécessité une transformation de type logit du fait de la non linéarité. Cette dernière étant la fonction de lien qui permet de mettre en relation la probabilité de réalisation (bornée entre 0 et 1), et la combinaison linéaire de variables explicatives : température, signes généraux, douleur thoracique, signes respiratoires, signes ORL, anosmie/dysgueusie, céphalées, signes digestifs et signes cutanés. Cette analyse a été réalisée en univariée et en multivariée. Les modalités de référence ont été choisies de façon à déterminer un Odds-ratio en univariée et en multivariée pour chaque signe clinique d'intérêt, ressorti suite aux analyses descriptives et analytiques. Les variables non incluses dans le modèle présentaient un nombre de biais trop important. Les outils d'analyse utilisés sur cette partie sont le logiciel Rstudio et le package Finalfit (<https://github.com/ewenharrison/finalfit>).

Résultats

La description dans le *Tableau 1* des 615 patients venus consulter nous permet d'apprécier les caractéristiques de notre population d'étude. Tout d'abord, il est important de remarquer que la plus grande partie des patients sont des femmes, en l'occurrence 55% avec un sex ratio de 1,23 (*Graphique 1*). L'âge moyen des patients venus consultés est de 42 ans avec une majorité de patients situés dans les trois tranches d'âges suivantes : 18-40 ans (216 patients), 40-55 ans (154 patients) et 55-70 ans (117 patients) (*Graphique 2*). Ce sont donc ces tranches d'âges qui ont le plus consulté en pensant avoir la COVID-19. Notons que 76% de ces patients ne présentaient pas de comorbidités à risque de forme grave pour la COVID-19, ce qui signifie que 148 patients en présentaient et plus particulièrement les 55-70 ans et les 18-40 ans. Il est cependant important de préciser que 59% des plus de 70 ans présentaient au moins une de ces comorbidités. Notons que de la liste des comorbidités, avait volontairement été retiré l'âge supérieur à 70 ans pour ne pas fausser les résultats (*figure 3*). Les signes de gravité, cités dans la *figure 2*, étaient absents chez 98% des patients. Ce qui signifie que 2% soit 10 patients seulement en ont présenté. Un patient était hypotendu (PAS<90 mmHg), 8 patients étaient polypnéiques (FR > 22/mn) et enfin un patient avait une saturation en air ambiant < 90%. Les patients polypnéiques sont présents dans chaque classe d'âge sauf les 0-5 ans et le patient ayant désaturé avait entre 55 et 70 ans. Concernant la température, la valeur « normale » indique que le patient n'a pas rapporté de fièvre et n'en a pas eu au centre. Cette valeur regroupe la majorité des patients avec 64% de la population totale. Les valeurs « fièvre objectivée » et « fièvre au domicile » indiquent toutes deux que le patient a eu de la fièvre, respectivement au centre et au domicile sans avoir été objectivée au centre. Le plus souvent du fait de la prise de paracétamol. Donc 36% des patients ont eu de la fièvre en tout dont 28% uniquement au domicile. Parmi les 44 patients ayant eu de la fièvre au centre, les classes d'âges les plus représentées étaient les 0-5 ans et les 18-40 ans. Concernant la saturation en oxygène, nous avons regroupé les saturations de 95 à 100 sous le terme « normale » or cette variable regroupe 98,3% des patients du centre. Ce qui signifie que seulement 5 patients ont présenté une saturation comprise entre 90 et 95% d'oxygène en air ambiant plus un patient sous les 90% comptabilisé dans les signes de gravité. Ces patients avaient tous entre 18 et plus de 70 ans avec pour 4 d'entre eux un âge compris entre 55 et 70 ans. Cette tranche d'âges était celle où l'on retrouvait d'ailleurs le plus de comorbidités. La fréquence respiratoire quant à elle était normale à 98% avec 9 patients au dessus de 20 cycles/mn et 8, qualifiés de polypnéiques et donc au-dessus de 22/mn comme cité dans les signes de gravité. La variable « signes généraux » représente la présence ou l'absence d'asthénie et/ou courbatures décrite par le patient lors de la consultation. 56% des patients s'en sont plaint et plus particulièrement les 18-40 ans avec 62% de leur effectif. Les signes généraux sont présents néanmoins, dans toutes les classes d'âges si ce n'est les 0-5 ans et les plus de 70 ans où ils sont moins représentés. Les signes respiratoires sont composés de deux variables : la toux et la

dyspnée dont se sont plaint les patients en consultation. 58% ont présenté de la toux vs 0,7% une dyspnée, soit 4 patients. Dans ces deux catégories, on se rend compte que les classes d'âges les plus représentées sont les 18-40, 40-55 et 55-70 ans. Dans chacune des classes d'âges plus de la moitié des patients se sont plaint de toux et/ou de dyspnée à part encore une fois les 0-5 ans (30%) et les >70 ans (46%). La douleur thoracique a été décrite chez 29% des patients avec une nouvelle fois une forte représentativité chez les 18-40, 40-55 et 55-70 avec 29 à 38% au sein de ces classes d'âges. Notons que tout de même, 25% des plus de 70 ans se sont plaint de douleur thoracique. Les signes ORL enregistrés comme variables étaient l'odynophagie, l'otalgie, la rhinite ainsi que leurs associations. 38% des patients n'ont eu aucun de ces signes. La plainte ORL la plus fréquente a été la rhinite (22% des patients) suivie de l'odynophagie (17%) et enfin l'association rhinite+odynophagie avec 15% des patients. Toutes les classes d'âges sont représentées mais surtout les 18-40 ans, une nouvelle fois. La variable anosmie/dysgueusie a été analysée en fonction de son absence ou de la présence de l'anosmie et/ou de la dysgueusie. Ce choix a été fait car il est difficile pour le patient de faire clairement le distinctif entre ces signes qui sont liés physiopathologiquement. Ainsi, 94% des patients ne présentaient pas d'anosmie et/ou dysgueusie. Mais on a donc 37 patients qui s'en sont plaint de 18 à 70 ans, avec 6,5 à 7,2% des patients de même tranche d'âges. Notons que seul un patient de plus de 70 ans s'en est plaint et que, comme on pouvait s'y attendre, aucun enfant de 0 à 5 ans. Il paraît d'ailleurs impossible d'évaluer avec certitude ce critère avant 5 ans. Les céphalées, quant à elles, ont été décrites par 45% des patients soit 273. Sur l'ensemble des tranches d'âges, elles ont été majoritairement absentes sauf pour 54% des 18-40 ans. Les signes digestifs comportaient plusieurs variables : diarrhées, douleurs abdominales, nausées/vomissement et les associations de ces variables. À savoir que, 72% des patients n'ont décrit aucun de ces signes, 16% (95 patients) ont décrit de la diarrhée, qui est la plainte qui est revenue le plus souvent et particulièrement chez les 0-5 ans. Cependant 83 de ces 95 patients avaient entre 5 et 70 ans dont 60 avaient entre 18 et 70 ans. Ensuite suivirent les douleurs abdominales, avec 8,2% des patients dont 21% des 5-18 ans. Enfin nous avons recherché les signes cutanés via deux variables : acrosyndrome et éruptions cutanées. 99% n'en ont pas eu, seuls 3 patients présentèrent un acrosyndrome : 2 patients entre 5 et 18 ans et 1 patient entre 18 et 40 ans. 4 patients seulement présentèrent une éruption (type urticaire ou eczématiforme), sans particularité liée à l'âge.

Sur l'ensemble de cette population d'étude, 58% ont été étiquetés « non suspects » au terme de la consultation, 40% « suspects » et 13 patients soit 2,1% considérés comme à « forte suspicion de COVID-19 ». Les fortes suspicions concernaient surtout des patients entre 18 et 40 ans. Les doutes se portaient sur chaque tranche d'âge mais surtout sur les 18-40, suivis des 40-55 et 55-70. De manière générale tous symptômes confondus, les 18-40 et 40-55 ans ont donc été les plus plaintifs (*Tableau 1*). Nous nous sommes également intéressé à la date d'apparition des symptômes, c'est à dire le délai entre l'apparition des symptômes et la consultation au centre. Ainsi nous pouvons nous rendre compte que les délais les plus représentés sont 1 jour (17%), 2 jours (14%), 3 jours (14%) et ainsi de suite jusqu'à 10 jours (3,6%). Les patients ont donc pour 45% d'entre eux, consulté dans les trois jours suivant l'apparition de leurs symptômes quelle que soit leur tranche d'âges. Puis 35,2 % ont consulté entre 3 et 10 jours après le début des symptômes. Notons la présence de 8 asymptomatiques venus au centre dans le but d'être testés par peur d'être cas contact ou avant une intervention chirurgicale, comptabilisés sous la valeur 0. Le délai moyen sur la période d'étude entre l'apparition des symptômes et la consultation est donc de 8 jours.

Dans l'analyse descriptive, l'orientation du patient au terme de la consultation a également été prise en compte. 98% des patients sont retournés à domicile, 8 patients (1,3%) ont été hospitalisés et avaient tous plus de 18 ans et enfin, 2 ont été envoyés aux urgences et avaient entre 18 et 55 ans (*Tableau 2*).

Passons à présent à la partie analytique, en prenant cette fois ci, les variables sus-citées par rapport à sept groupes de patients : population totale N=615, patients chez qui un autre virus a été identifié N=4, les non-suspects N=352, les prouvés négatifs N=121, les prouvés positifs N=33, les patients suspects perdus de vue lors du suivi N=13 et enfin les patients suspects qui n'ont pas eu de test

lors du suivi N=92. Tous les groupes, excepté les « non-suspects », ont donc à l'origine été considérés comme suspects au terme de leur consultation. Dans le *Tableau 3*, Nous avons comparé la date d'apparition des symptômes entre la population totale et les patients prouvés positifs pour le SARS-CoV-2. Ainsi, comme pour la population générale, décrite précédemment, 81,5% des positifs ont consulté dans les 10j suivant l'apparition des symptômes et 39% dans les 3 premiers jours. Le délai moyen avant consultation pour ces patients est donc de 8,8 jours. Donc un délai comparable à la population générale. Ce délai moyen reste cependant long pour pouvoir gérer efficacement l'épidémie.

Le *Tableau 4* compare les variables citées précédemment avec les sept groupes de patients. À ces données viennent s'ajouter les données du *Tableau 5*, reprenant ces mêmes caractéristiques selon les 6 différentes tranches d'âges. Ce tableau permettant la comparaison entre population totale et patients positifs. Ainsi, chez les patients positifs l'on trouve 70% de femmes versus 55% dans la population générale (*graphique 3*). Le seul groupe comptant une majorité d'hommes est le groupe où un autre virus a été identifié sur kit multiPCR. Par rapport aux tranches d'âges les plus représentées, comme pour la population générale, ce sont les 18-40, 40-55 et 55-70 ans. Il en est de même pour les patients prouvés négatifs. Il est cependant intéressant de noter que 62% des perdus de vue ont entre 18 et 40 ans (*graphique 4*). Plus haut nous expliquions que 76% de la population totale ne présentait pas de comorbidités à risque et que donc 24% des patients en présentaient. Et bien dans le groupe des positifs, les patients ayant au moins une de ces comorbidités passe à 42% vs 33% chez les patients négatifs.

Pour revenir sur les signes de gravité, sur les 10 patients présentant au moins un signe de gravité, seuls 2 étaient prouvés positifs à la COVID-19. Les 8 autres étaient soit négatifs au terme des investigations, soit non-suspects au terme de la consultation. Nous avons décrit plus haut que 36,2% de la population totale avait eu de la fièvre à un moment donné, ce qui en tout représente 220 patients. Or sur ces 220 patients, seuls 9 patients ont été diagnostiqués positifs à la COVID-19. Notons que 73% des patients positifs n'ont à aucun moment eu de fièvre (au domicile ou au centre). Il faut également ajouté que le groupe où le pourcentage de fièvre est le plus bas est le groupe des patients positifs. On peut dès lors se questionner sur la sensibilité et de la spécificité de ce signe clinique.

Chez les patients présentant une saturation inférieure à la normale (<95% en air ambiant), un seul s'est avéré positif. Les 4 autres patients étaient négatifs, non suspects et l'un d'entre eux faisait partie des suspects perdus de vue. Il est nécessaire de rappeler que cette interprétation peut être faussée par la présence de comorbidités respiratoires pouvant expliquer une saturation basse de manière chronique (exemple: BPCO). Sur l'ensemble des patients, les patients avec une fréquence respiratoire anormale représentent seulement 1,6% mais ce chiffre passe à 6,5% chez les positifs.

Les signes généraux décrits comme présents chez 56% des patients au complet, sont cette fois présents à 94% chez les positifs vs 79% chez les patients négatifs. Concernant les signes respiratoires, seuls 21% des positifs n'en présentaient pas versus 41% dans la population complète. La toux était présente chez 79% des positifs versus 58% en population complète et à 64% chez les négatifs. Notons qu'également 82% des suspects sans test ont présenté de la toux avec une probable sous estimation donc du nombre de cas positifs.

La description de douleurs thoraciques a été faite par 29% de la population totale versus 36% des patients positifs. Cependant 45% des patients prouvés négatifs s'en étaient également plaint, ainsi que 21% des non-suspects. Le fait que ce signe soit présent dans chaque groupe patient peut signifier qu'il fait l'objet d'une grande subjectivité au sein des patients. C'est donc un signe sur lequel il est difficile de se baser pour évoquer le diagnostic de COVID-19.

Le nombre de patient ne présentant pas de signe ORL est comparable entre la population totale et les positifs. Cependant on remarque une nette augmentation de rhinite chez les positifs avec 33%, donc un patient positif sur 3, versus 22% dans la population générale. Le groupe des positifs est celui comportant le plus gros pourcentage de patients avec une rhinite. Rappelons que cette population générale se constitue de patients faisant la démarche de consulter suite à l'apparition de symptômes. Il s'agit de patients symptomatiques, il est donc normal qu'une part importante

présente ces signes. Chez les positifs, les manifestations ORL les plus représentées, après l'absence de manifestation, sont la rhinite (33%) et l'odynophagie (18%). Concernant le signe anosmie/dysgueusie, il était présent chez 6% des patients du centre mais chez 12,1% des patients positifs. 15 à 23% des patients suspects non testés et perdus de vue présentaient également ce signe. La part de positifs avec anosmie/dysgueusie a par conséquent peut être été sous-évaluée. Notons qu'aucun des patients chez qui un autre virus a été identifié n'a présenté ce signe. On pourrait donc avec d'autres explorations sur les suspects évaluer la spécificité de ce signe. Les céphalées étaient présentes chez 45% de la population totale versus 64% des patients positifs cependant le signe est présent également dans le groupe où un autre virus a été identifié (75%) ainsi que chez les négatifs à 55%. Les positifs par contre présentent le pourcentage le plus bas pour lequel les signes digestifs sont absents, soit 61% des patients positifs. Chez ces derniers, le signe digestif le plus fréquent est la diarrhée (27%) versus 16% de la population étudiée. Les douleurs abdominales sont sensiblement similaires à la population totale du centre avec 9,1% versus 8%, bien que chez les patients négatifs seuls 3,3% des patients s'en soient plaint. Les acrosyndromes par contre, sont très représentés chez les positifs avec 3% des patients versus 0,5% sur la population totale. Notons cependant qu'un cas est présent également chez les non-suspects et les patients négatifs. Pour revenir au critère suspicion clinique : 81% des patients au final positifs avaient été étiquetés « suspicion clinique » soit 26 patients, 5 (16%) en « suspicion forte » et enfin un patient qui s'était révélé positif avait initialement étiqueté « non-suspect ». Ce dernier patient a changé de groupe suite à l'interrogatoire des médecins traitants.

In fine, 3 des 33 patients positifs ont été hospitalisés dont 2 en réanimation et 29 soit 91% des positifs ont été renvoyés au domicile. On peut donc affirmer que notre étude traite de formes bénignes de la COVID-19. Les deux patients qui avaient été orientés aux urgences étaient quant à eux, non suspects. Les deux ont, en réalité, fait un infarctus du myocarde.

Parmi les 24 scanners thoraciques demandés par le centre 7 ont permis de poser le diagnostic de COVID-19 et 17 ont permis de l'éliminer. Donc parmi 24 patients suspects on a pu identifier 7 patients positifs ce qui est positif. Les PCR en lien avec le centre quant à elles, ont identifié 22 patients positifs sur 103 tests, 4 autres virus du fait d'un nombre aléatoire de kits multiPCR et enfin 73 patients négatifs. Les autres virus identifiés sur kit multiPCR étaient : 2 entérovirus et 2 coronavirus saisonniers. Chez les patients positifs, l'ensemble des signes décrits a été majoritairement présent chez des patients appartenant aux tranches 18-40, 40-55 et 55-70 ans. Rappelons que ce résultat n'est pas étonnant car ces classes d'âges comportent le plus de patients positifs (Tableau 5).

Le Tableau 6 comporte les résultats des PCR réalisées par les patients en dehors de l'activité du centre. Ainsi 7 patients ont fait une PCR compatible avec la période de consultation, sans prescription du centre. Toutes ces PCR se sont révélées négatives. Il faut préciser qu'en réalité, 32 PCR ont été retrouvées dans les dossiers du laboratoire, réalisées par des patients faisant partie de notre population d'étude. Mais que toutes PCR au-delà des 15 jours suivants la consultation au centre ont été réfutées pour l'analyse, car elles n'étaient pas nécessairement en lien avec le diagnostic du patient au moment de la consultation. Parmi les 7 PCR négatives, 5 ont été réalisées par des patients non suspects qui représentent 71% de ces résultats, une par un prouvé négatif et une par un suspect qui n'avait pas eu la possibilité de faire de test via le centre. On se rend donc compte que ces PCR concordent avec la suspicion clinique des médecins du centre.

Le Tableau 7 de la même façon, rassemble les résultats des sérologies réalisées en dehors de l'activité du centre, sur la période d'intérêt. Ainsi 24 sérologies faites par les patients hors prescription ont été retenues pour notre analyse. Ces dernières devaient avoir été réalisées au minimum 15 jours après la date de consultation du patient puis sur une période de 6 mois. Sur ces 24 sérologies, on identifie : 3 contaminations secondaires avec présence d'IgM à plusieurs mois de la consultation au centre, 3 avec IgG positives chez deux prouvés positifs et un non suspect, 18 négatives réalisées par des patients non-suspects, prouvés négatifs ou encore suspects qui n'avaient pu être testés. Notons que la sérologie IgG positive du patient classé non suspect, n'est pas nécessairement en lien avec une infection au moment de la consultation, la sérologie ayant été

faite 3 mois après la dite consultation. Pour les autres sérologies, les résultats concordent avec le classement des patients. Les éléments de ces deux tableaux viennent donc donner du poids au diagnostic clinique des médecins du centre COVID.

Enfin le *Tableau 8*, illustre la régression logistique effectuée. D'une part l'analyse en univarié puis dans un second temps l'analyse multivariée. Cette analyse permet de qualifier en facteurs de risque d'avoir le COVID-19 ou non, les caractéristiques cliniques qui sont ressorties via les analyses univariées précédentes. Ces signes sont présentés dans les *graphiques 5 et 6* ci-joints.

Dans la partie univariée, nous constatons que l'absence de signes généraux chez le patient implique d'avoir 4,24 x moins de risque d'être COVID positif qu'un patient ayant des signes généraux OR = 4,24 (1,17-27,27, p=0,058). On retrouve un résultat concordant dans l'analyse multivariée avec OR = 4,48 (0,99-33,35, p = 0,082). En univariée, la présence de comorbidités donne 1,49 x plus de risque d'être positif à la COVID-19 par rapport à un patient n'en ayant pas OR = 1,49 (0,67-3,37, p = 0,319). Ce résultat est retrouvé en analyse multivariée avec un OR = 1,89 (0,73-4,97, p = 0,192). Le patient ayant des comorbidités, a donc, presque 2 fois plus de risque d'être positif toute autre variable confondue. La présence de toux représente un facteur de risque avec 2,08 à 2,21 x plus de risque d'être positif respectivement en univariée et multivariée OR=2,08 (0,87-5,56, p = 0,117) et OR=2,21 (0,74-7,28, p= 0,170). La rhinite représente un facteur de risque lorsqu'elle est comparée à l'absence de rhinite, ainsi lorsqu'elle est présente elle implique 1,20 x plus de risque d'avoir la COVID-19 dans l'analyse univariée OR=1,20 (0,46-3,05, p= 0,707). Cependant un résultat contradictoire est retrouvé en multivariée, avec un OR= 0,89 (0,29-2,70, p= 0,839). Ce qui indique donc que les autres variables viennent perturber l'analyse du fait de biais. La présence de céphalées en univariée implique un risque 1,46 x plus élevé d'être positif par rapport à leur absence OR=1,46 (0,67-3,31, p=0,352). Cependant comme pour la rhinite, cette relation ne se vérifie pas en multivariée avec apparition d'un OR contradictoire OR= 0,95 (0,37-2,47, p = 0,911). Enfin, La présence de diarrhées apparaît comme un facteur de risque en univariée et multivariée d'avoir 1,37 à 1,47x plus de risque d'être positif à la COVID-19, avec respectivement OR=1,47(0,58-3,56, p=0,401) et OR=1,37(0,48-3,74, p=0,541).

Discussion

Ainsi notre travail nous a permis, de décrire notre population d'étude en décrivant les signes cliniques les ayant poussé à consulter. Mais également à identifier des caractéristiques cliniques pouvant apparaître comme des facteurs de risque potentiels d'être positif à la COVID-19. L'identification de tels signes permettant une plus grande efficacité dans l'identification des patients suspects et donc dans le diagnostic de la COVID. Concernant les patients étant venus consulter au centre COVID-19 du 23 mars au 4 juin 2020, on peut donc affirmer que 55% étaient des femmes, et que ces patients avaient surtout entre 18 et 70 ans avec une moyenne d'âge de 42 ans. La tranche d'âge la plus importante étant les 18-40 ans. La plus grande partie des patients ne présentaient pas de comorbidités à risque de forme grave (76%), ni de signes de gravité (98%). Il ne présentaient pas et n'ont pas rapporté de fièvre (64%) et avaient une saturation normale (98,3%) ainsi qu'une fréquence respiratoire normale (98%). Ces patients avaient des signes généraux à type d'asthénie et/ou courbatures (56%) et se sont plaint de toux (58%) mais pas de dyspnée (99,3%). La majorité des patients n'avaient pas de douleur thoracique (71%) et la plupart n'avaient pas de signes ORL (38%) ou alors présentaient une rhinite (22%). Ils n'ont pas rapporté d'anosmie/dysgueusie (94%) et n'avaient pas de céphalées (55%). Ils n'ont pas non plus rapporté de signes digestifs la plupart du temps (72%) et encore moins de signes cutanés (99%). Ces patients ont pour la majorité, été qualifiés de « non-suspects » au terme de la consultation (58%). On peut donc considérer que notre étude ne concerne que les patients avec des présentations cliniques modérées. À présent, intéressons-nous aux plaintes fonctionnelles les plus rapportées lors de la période d'étude. La plainte la plus répandue a été la toux (58%) suivie de la description d'asthénie et/ou

courbatures (signes généraux) (56%), puis les céphalées (45%), la fièvre (36,2%), la douleur thoracique (29%), la rhinite (22%), l'odynophagie (17%), la diarrhée (16%), la rhinite + odynophagie (15%) et enfin les douleurs abdominales (8,2%). Les autres signes y compris les signes cutanés, acrosyndrome (0,5%) et éruptions (0,7%), n'ont représenté qu'une faible partie des plaintes (< 5%). S'agissant des patients positifs confirmés à la COVID-19, le constat est similaire. La majorité des positifs étaient des femmes (70%) et appartenaient aux tranches d'âges 18-40 ans (30%) et 55-70 ans (30%). Ils ne présentaient pas de comorbidités à risque de forme grave (58%) et pas de signes de gravité (94%). Pour la plupart, ils n'ont à aucun moment eu de fièvre (73%) et avaient une saturation normale (96,3%) et une fréquence respiratoire normale (94%). Cette grande majorité des positifs présentaient des signes généraux à type d'asthénie et/ou courbatures (94%) et de la toux (79%). Ils n'ont pas rapporté de douleur thoracique (64%) et n'avaient pas de signe ORL (39%) ou une simple rhinite (33%). Ils n'ont décrit ni anosmie ni dysgueusie (88%) pour la majorité mais ce sont plainte de céphalées (64%). La majorité des positifs n'ont pas décrit de signes digestifs (61%) bien qu'une grande partie a rapporté avoir de la diarrhée (27%). Ces patients n'avaient pas non plus de signes cutanés (97%). Il faut ajouter qu'au terme de leur consultation, 97% de ces patients ont été considérés comme suspects et renvoyés au domicile (91%) avec surveillance et plus ou moins une exploration paraclinique. Bien que 3 des patients positifs aient été hospitalisés dont 2 en réanimation, nous pouvons dire que notre étude est basée sur des formes modérées de la COVID-19. Cette information doit être prise en compte pour l'interprétation de nos résultats.

Les plaintes fonctionnelles les plus fréquentes chez les positifs étaient donc, dans l'ordre : la présence de signes généraux (94%), la toux (79%), la présence de céphalées (64%), la présence de douleurs thoraciques (36%), la rhinite (33%), la présence de fièvre au domicile ou au centre (27%), la diarrhée (27%), l'odynophagie (18%), la présence d'anosmie et/ou dysgueusie (12,1%), la présence de douleurs abdominales (9,1%), la présence d'une polypnée > 20/mn (6,5%), la présence de signe de gravité, en l'occurrence polypnée > 22/mn (6,1%), et enfin l'association rhinite+odynophagie (6,1%). Les autres signes cliniques n'ont représenté qu'une faible partie des plaintes de ces patients : saturation < 95% en air ambiant (3%), l'association rhinite+odynophagie+otalgie (3%), les nausées/vomissements (3%) et enfin la présence d'un acrosyndrome (3%). Les autres signes cliniques n'étaient pas présents chez les prouvés positifs. Notons que même si nombre des signes sus-cités étaient peu représentés, il étaient quand même présents chez des patients qui se sont avérés positifs. Il faut donc considérer qu'un patient présentant l'un de ces signes peut être positif à la COVID-19.

À présent si l'on se réfère à d'autres études, on se rend compte que certains de nos résultats sont comparables à leurs conclusions mais que d'autres divergent. Dans une étude américaine, sur la base d'une cohorte rétrospective de 1059 patients positifs, ils évaluèrent la présence de signes cliniques semblables aux nôtres et sur une période d'étude similaire. Pour cela via les dossiers des patients de deux hôpitaux, ils différencièrent les patients ambulatoires à considérer comme des formes modérées, des formes plus sévères pour lesquelles les patients ont été hospitalisés. On se rend ainsi compte que les patients ambulatoires avec 51,2% de femmes, ont décrit de la fièvre (64,3%), de la toux (61,5%), une dyspnée (40,9%), des signes généraux (30,6%), des nausées/vomissement (23,7%), de la diarrhée (16,2%), des douleurs abdominales (5,5%), une anosmie/dysgueusie (14,1%). Il faut noter que dans leur étude, il existe peu de différence concernant ces symptômes, entre patients ambulatoires et patients hospitalisés si ce n'est la dyspnée et la diarrhée qui sont plus présentes chez les hospitalisés (65,9% et 24,3%). On remarque donc la part plus importante de patients avec de la fièvre comparativement à notre étude pouvant venir du manque de reproductibilité des interrogatoires au centre ou l'omission de certains patients. La dyspnée n'étaient présente chez aucun de nos patients positifs, cette différence peut être en lien avec le nombre faible de patients positifs dont nous disposons et le fait que 91% d'entre eux avaient des formes modérées. Nos patients ont cependant présenté plus de signes généraux et moins de nausées/vomissements. Il est important d'ajouter que les taux de prévalence d'anosmie/dysgueusie entre notre étude et cette étude sont comparables (14,1% versus 12,1%) (14).

De manière similaire, d'autres études rapportent la pharyngite (odynophagie+rhinite), la fièvre, la toux, les signes généraux, les céphalées, la dyspnée, les nausées et diarrhées comme des présentations cliniques fréquentes de la COVID-19, lorsque ces dernières s'intéressent aux patients avec des formes modérées (15), (16), (17).

Au terme de notre analyse, via la régression logistique univariée et multivariée, nous avons identifié en particulier : l'absence de signes généraux, la toux, la rhinite, les céphalées et la diarrhée comme des facteurs à même d'agir sur la probabilité d'être positif. Suite à l'analyse multivariée seuls l'absence de signes généraux, la toux et la diarrhée ont conservé cet effet sur le diagnostic (absence de signes généraux OR=4,48 (0,99-33,35, p=0,082), toux OR= 2,21 (0,74-7,28, p=0,170), diarrhée OR=1,37 (0,48-3,74, p=0,541)). L'absence de signes généraux implique donc d'avoir moins de risque d'être positif, quand la présence de toux ou de diarrhées impliquent un risque plus élevé d'avoir la COVID. Précisons que la rhinite et les céphalées allaient également en ce sens mais que du fait de la puissance trop faible de notre étude et de trop nombreux biais, cette relation n'a pas pu être démontrée. À ces symptômes, s'ajoute la présence de comorbidités qui après l'analyse multivariée, s'avère liée au diagnostic OR=1,89 (0,73-4,97, p=0,192). Cette relation signifie que la présence d'une ou plusieurs comorbidités à risque de forme grave implique un risque 1,89 x plus élevé d'être positif. L'ensemble de ces résultats s'avère cependant manquer de puissance statistique. L'anosmie/dysgueusie n'a pas pu faire l'objet de conclusion via notre étude du fait d'une quantité trop faible de cas et de patients positifs. Le modèle de régression logistique n'a donc pas pu établir de relation statistique. Nous pouvons noter que ce signe, présent chez 6% de la population totale, était plus présent chez les positifs (12,1%). Cependant, les patients prouvés négatifs ont également exprimé ce symptôme (10,1%). Ces résultats ne permettent pas de tirer de conclusion quant à ce symptôme clinique largement décrit dans les études comme prépondérant en cas de COVID-19 (16), (17), (18).

Nous avons ainsi identifier la présence de signes généraux, de la toux, de la diarrhée comme facteurs de risques d'être positif à la COVID-19 ainsi que d'autres facteurs qui peuvent être pris en considération lors de l'examen clinique tels que la rhinite, les céphalées, la douleur thoracique, l'anosmie/dysgueusie, l'odynophagie, les douleurs abdominales et les nausées/vomissements. Cette analyse avait pour but l'amélioration du diagnostic clinique en première ligne. Au sein de notre propre étude, bien que l'ajout des PCR et sérologies en dehors de l'activité du centre allaient dans le même sens que les présomptions cliniques des médecins du centre ; certains patients avaient été mal étiquetés au terme de la consultation. Ainsi 1 patient positif avait été étiqueté non suspect et retrouvé via l'interrogatoire des médecins au terme du suivi. On peut dès lors se demander si d'autres patients n'ont pas eux aussi, été mal classés. Ces éléments nous montrent à quel point le diagnostic clinique est difficile. Il est nécessaire de rappeler que la majeure partie des transmissions entre patients se fait via les patients symptomatiques, comme expliqué dans l'introduction (7). Il est donc essentiel d'être le plus efficace possible sur le dépistage de ces symptomatiques. Notre étude révèle également que sur notre période d'étude correspondant à la première vague, le délai moyen entre l'apparition des symptômes et la consultation, était de 8 jours pour la population totale et de 8,8 jours pour les patients positifs. Ce délai paraît très long pour endiguer efficacement l'épidémie. En effet, plus un patient symptomatique et contagieux attend avant de consulter, plus il a de risques de contaminer des personnes dans son entourage. Or une étude publiée en novembre 2020, nous a montré que la plupart des contaminations se faisait au sein du cadre familial donc au domicile. En effet, par le biais d'une cohorte retrospective de 7770 cas contacts du 23 janvier au 3 avril 2020, ils démontrèrent que la plus grande partie des contaminations avaient lieu au domicile. Plus exactement, que le taux d'attaque secondaire au domicile étaient de 5,9% (95%IC: 4,9-7,1) versus 1,3% (1-1,7) au travail ou lors de contacts sociaux (19). Donc plus le patient attend avant de consulter plus il prend le risque de propager l'épidémie et de contaminer ses proches.

Il est également important de dépister ces patients dans leur propre intérêt. En effet, au-delà du risque de formes graves, existe un risque de symptômes au long cours post-rémission non négligeable. Ce risque existe pour les formes sévères comme pour les formes modérées de la

COVID-19. Une étude allemande a monté une cohorte prospective pour décrire ces fameux symptômes un an après la guérison. Les 96 patients avaient fait des formes modérées ou des formes graves (32,3%) avant de participer à l'étude. À un an de la guérison, seuls 22,9% des patients n'avaient plus aucun symptômes. Plus la forme initiale était sévère plus les patients présentaient de symptômes ou plus ces derniers étaient intenses. Les patients décrivent le plus souvent les symptômes suivants : réduction de la capacité à l'effort (56,3%), fatigue (53,1%), dyspnée (37,5%), problèmes de concentration (39,6%), difficulté à trouver ses mots (32,3%), difficultés liées au sommeil (26%), anxiété ou encore dépression (23%) (20), (21). L'ensemble de ces symptômes altérant considérablement la qualité de vie, il est donc nécessaire de dépister un maximum de patients pour les suivre au mieux et ainsi gérer cette phase post-COVID de la manière la plus adaptée.

Bien que pleine de bonnes volontés notre étude a cependant de nombreux biais. Pour commencer, sur les 2 mois et 12 jours que compte notre période d'étude, seuls 615 patients sont venus consulter, soit 2,8% de la population de la région. On peut craindre d'avoir eu une erreur d'aiguillage des patients de la part d'autres médecins ou par les patients eux-mêmes qui ont pu directement s'orienter vers les centres hospitaliers de l'île. Ensuite, notre étude ne comporte que 33 patients positifs pour 615 patients en tout. Les groupes analysés au sein de notre population, ne sont donc pas suffisamment comparables. Nous avons cependant dû faire face à une faible prévalence lors de la première vague sur la région étudiée. De plus, il est dommage d'avoir été limité sur les prélèvements car un grand nombre de suspects non testés ou perdus de vue pouvaient potentiellement être positifs. Or les suspects non testés représentent 105 patients. De ce fait, notre étude manque de puissance pour rendre les résultats obtenus interprétables. Ensuite, la découverte de signes cliniques, pouvant permettre de suspecter la COVID-19, ont été décrits au fur à mesure de l'activité du centre. Les médecins étant probablement moins performants dans leur diagnostic clinique au début de l'étude plutôt qu'à la fin. Concernant le recueil des données, bien que les consultations se soient appuyées sur des fiches uniformisées et claires, il y a potentiellement eu un manque d'uniformité au niveau des interrogatoires voire des examens cliniques. Une grande partie des renseignements récoltés, dans ce contexte anxigène, auprès des patients étaient de l'ordre du déclaratif pouvant créer un biais important si le patient ne saisissait pas la question ou omettait un signe. Il faut également préciser que les médecins du centre étant les médecins généralistes de la région, ils ont eu l'opportunité de recevoir en consultation certains de leurs patients. Ce fait pouvant impliquer une perte d'objectivité lors de l'examen clinique ou encore une orientation des patients pour leurs réponses à l'interrogatoire. Ces éléments encore une fois peuvent avoir créé un biais se répercutant sur les résultats. Les patients de certaines tranches d'âges et par cela nous entendons les 0-5 ans et 5-18 ans étaient moins à même d'exprimer leurs plaintes. Il était de fait, impossible d'évaluer si certains de ces patients notamment souffraient d'anosmie/dysgueusie ; bien qu'un seul patient entre 5 et 18 ans ait été positif. Le fait de devoir faire revenir les patients sur un jour précis pour réaliser les prélèvements a pu aussi provoquer des désistements avec des patients n'honorant pas leur rendez vous. Cette latence entre consultation et prélèvement peut également, bien que cela soit très peu probable, avoir favorisé les faux négatifs au niveau des RT-PCR. Il existe un biais de sélection involontaire. Le centre était ouvert à tous cependant, les patients qui n'ont pas consulté dans les premiers jours et se sont dégradés au domicile ont alors été pris en charge par le SAMU et donc ne sont pas passés par le centre. Ceci explique que notre étude n'ait quasiment comporté que des formes bénignes hormis deux patients ayant fini en réanimation. Enfin lors du suivi, bien que nous ayons eu peu de perdus de vue, 2,1% plus précisément, les patients ont très bien pu ne pas parler des potentiels examens réalisés à leur médecin traitant ou omettre de leur dire qu'ils avaient eu la COVID. Pour terminer, à partir de mai 2020, nous avons connu une démocratisation des RT-PCR. Dès lors, les patients pouvaient y accéder sans prescription, pouvant expliquer notre manque de puissance statistique.

Nous comprenons dorénavant tout l'intérêt d'améliorer le dépistage tout en réduisant le délai de consultation. À ce sujet, une étude s'est basée sur la description des symptômes de la COVID-19, en réalisant son recueil via une application par smartphone. Les patients pouvaient alors préciser si ils avaient des symptômes et si oui depuis quand. Il leur était alors indiqué de réaliser un test qu'ils pouvaient ensuite rentrer sur l'application. Cette dernière suivait dès lors l'évolution de ces symptômes (17). L'université du Maryland aux États-Unis est en ce moment même en train de développer un système de surveillance via les réseaux sociaux, notamment Facebook. Ces systèmes ingénieux peuvent, en allant directement au contact du patient, raccourcir le délai diagnostique dont nous parlions. Au-delà de raccourcir ce délai, il sera intéressant de se pencher sur la prédictibilité des formes graves. Au-delà des comorbidités et autres signes cliniques corrélés à la survenue de formes sévères de la COVID-19, plusieurs études se sont intéressées au lien entre le taux de virémie et le développement de formes graves. Une étude américaine, publiée en aout 2021, a ainsi conclu que le taux de virémie évalué par RT-PCR ultrasensible était directement corrélé à la sévérité de la maladie. Ainsi une virémie > 6 000 copies/ml serait associée à la mortalité liée à la COVID-19 (22), (23).

Ce qu'il faut retenir de ce travail, c'est qu'il a permis la description de patients s'étant déplacés pensant avoir la COVID-19 lors de la première vague. Celà, dans le but d'apporter aux médecins de première ligne des données épidémiologiques auxquelles se référer au quotidien et aider à l'amélioration du diagnostic clinique. Ces patients étaient majoritairement des femmes (55%) âgées de 18 à 55 ans avec une présentation clinique modérée. Le délai moyen entre apparition des symptômes et consultation a été de 8 jours, ce qui est long pour dépister et endiguer efficacement l'épidémie. 33 patients entre 18 et 70 ans pour la plupart, se sont révélés positifs (5,3%) dont un patient initialement classé non-suspect. Ce qui nous montre toute la difficulté du diagnostic clinique dans ce contexte. À l'issue de notre étude, la présence de comorbidités à risque, la toux ainsi que la diarrhée apparaissent comme des facteurs de risques d'être positif. Alors que l'absence de signes généraux diminue le risque d'être positif. Ces résultats sont cependant limités par manque de puissance statistique.

Références bibliographiques

1. *Données combinées : ARS, Santé Publique France, Data Gouv, Johns Hopkins CSSE - au 6 septembre 2021*
2. *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*
3. *F. Carrat, J. Figoni, J. Henny, J.C. Desenclos, S. Kab, X. De Lamballerie, M. Zins, Evidence of early circulation of SARS-CoV-2 in France : findings from the population-based « CONSTANCES » cohort - 6 février 2021 - European Journal of Epidemiology*
4. *X. Yang, Y. Yu, J. Xu, H. Shu, J. Xia, H. Liu, Y. Wu, L. Zhang, Z. Yu, M. Fang, T. Yu, Y. Wang, S. Pan, X. Zou, S. Yuan, Y. Shang, Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China : a single-centered, retrospective, observational study - 24 février 2020 - The Lancet*
5. *N. Ouldali, M. Pouletty, P. Mariani, C. Beyler, A. Blachier, S. Bonacorsi, K. Danis, M. Chomton, L. Maurice, F. Le Bourgeois, M. Caseris, J. Gaschignard, J. Poline, R. Cohen, L. Titomanlio, A. Faye, I. Melki, U. Meinzer, Emergence of Kawasaki disease related to SARS-CoV-2 infection in an epicenter of the French Covid-19 epidemic : a time-series analysis - 2 juillet 2020 - The Lancet*

6. G. Pullano, L. Di Domenico, C. Sabbatini, E. Valdano, C. Turbelin, M. Debin, C. Guerrisi, C. Kengne-Kuetche, C. Souty, T. Hanslik, T. Blanchon, P-Y. Boelle, J. Figoni, S. Vaux, C. Campèse, S. Bernard-Stoecklin, V. Colizza, *Underdetection of cases of COVID-19 in France threatens epidemic control - 21 décembre 2020 - Nature*
7. P. Wu, F. Liu, Z. Chang, Y. Lin, M. Ren, C. Zheng, Y. Li, Z. Peng, Y. Qin, J. Yu, M. Geng, X. Yang, H. Zhao, Z. Li, S. Zhou, L. Ran, B. Cowling, S. Lai, Q. Chen, L. Wang, T. Tsang, Z. Li, *Assessing asymptomatic, pre-symptomatic and symptomatic transmission risk of SARS-CoV-2 - 27 mars 2021 - Clinical Infectious Disease*
8. *Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risques de formes sévères et indications prioritaires de diagnostic par RT-PCR - 10 mars 2020*
9. F. Zhou, T. Yu, R. Du, G. Fan, Y. Liu, Z. Liu, J. Xiang, Y. Wang, B. Song, X. Gu, L. Guan, Y. Wei, H. Li, X. Wu, J. Xu, S. Tu, Y. Zhang, H. Chen, B. Cao, *Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China : a retrospective cohort study - 11 mars 2020 - The Lancet*
10. N. Kuderer, T. Choueiri, D. Shah, Y. Shyr, S. Rubinstein, D. Rivera, S. Shete, C. Hsu, A. Desai, G. De Lima Lopes Jr, P. Grivas, C. Painter, S. Peters, M. Thompson, Z. Bakouny, G. Batist, T. Bekaii-Saab, M. Bilen, N. Bouganim, M. Bover Larroya, D. Castellano, S. Del Prete, D. Doroshov, P. Egan, A. Elkrief, D. Farmakiotis, D. Flora, M. Galsky, M. Glover, E. Griffith, A. Gulati, S. Gupta, N. Hafez, T. Halfdanarson, J. Hawley, E. Hsu, A. Kasi, A. Khaki, C. Lemmon, C. Lewis, B. Logan, T. Masters, R. McKay, R. Mesa, A. Morgans, M. Mulcahy, O. Panagiotou, P. Peddi, N. Pennell, K. Reynolds, L. Rosen, R. Rosovsky, M. Salazar, A. Schmidt, S. Shah, J. Shaya, J. Steinharte, K. Stockerl-Goldstein, S. Subbiah, D. Vinh, F. Wehbe, L. Weissmann, J. Tsu-Yu Wu, E. Wulff-Burchfield, Z. Xie, A. Yeh, P. Yu, A. Zhou, L. Zubiri, S. Mishra, G. Lyman, B. Rini, J. Warner, *Clinical impact of COVID-19 on patients with cancer (CCC19) : a cohort study - 28 mai 2020 - The Lancet*
11. M. Gao, C. Piernas, N. Astbury, J. Hippisley-Cox, S. O'Rahilly, P. Aveyard, S. Jebb, *Associations between body-mass index and COVID-19 severity in 6,9 million people in England : a prospective, community-based, cohort study - 28 avril 2021 - The Lancet Diabetes and Endocrinology*
12. C. Jalaber, T. Lapotre, T. Morcet-Delattre, F. Ribet, S. Jouneau, M. Lederlin, *Chest CT in COVID-19 pneumonia : A review of current knowledge - 29 juillet 2020 - Diagnostic and Interventional Imaging*
13. G. Den Hartog, E. Vos, L. Van den Hoogen, M. Van Boven, R. Schepp, G. Smits, J. Van Vliet, L. Woudstra, A. Wijmenga-monsuur, C. Van Hagen, E. Sanders, H. De Melker, F. Van der Klis, R. Van Binnendijk, *Persistence of antibodies to Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 in relation to symptoms in a nationwide prospective study - 24 février 2021 - Clinical Infectious Diseases*
14. K. Hajifathalian, T. Krisko, A. Mehta, S. Kumar, R. Schwartz, B. Fortune, R. Sharaiha on behalf of Division of Gastroenterology and Hepatology, Weill Cornell Medicine, New-York Presbyterian Hospital, *Gastrointestinal and Hepatic Manifestations of 2019 Novel Coronavirus Disease in a large Cohort of infected patients from New-York : Clinical Implications - 1er mai 2020 - Gastroenterology*
15. A. Lovato, C. De Filippis, Department of Neurosciences, University of Padova, Audiology Unit at Treviso Hospital (Italy), *Clinical Presentation of CoVID-19 : a Systematic Review Focusing on Upper Airway Symptoms - 13 avril 2020 - Ear, Nose & Throat Journal*

16. C. Yan, F. Faraji, D. Prajapati, C. Boone, A. DeConde, *Association of chemosensory Dysfunction and Covid-19 in Patients presenting with Influenza-like Symptoms - 12 avril 2020 - International Forum of Allergy & Rhinology*
17. C. Menni, A. Valdes, M. Freidin, C. Sudre, L. Nguyen, D. Drew, S. Ganesh, T. Varsavsky, M. Jorge Cardoso, J. El-Sayed Moustafa, A. Visconti, P. Hysi, R. Bowyer, M. Mangino, M. Falchi, J. Wolf, S. Ourselin, A. Chan, C. Steves, T. Spector, *Real-time tracking of self-reported symptoms to predict potential COVID-19 - 11 mai 2020 - Nature Medicine*
18. M. Aziz, A. Perisetti, W. Lee-Smith, M. Gajendran, P. Bansal, H. Goyal, *Taste Changes (Dysgueusia) in COVID-19 : A Systematic Review and Meta-analysis - 1er mai 2020 - Gastroenterology*
19. O. Tek Ng, K. Marimuthu, V. Koh, J. Pang, K. Zaw Linn, J. Sun, L. De Wang, W. Ni Chia, C. Tiu, M. Chan, L. Ling, S. Vasoo, M. Yazid Ablad, P. Chia, T. Lee, R. Lin, S. Sadarangani, M. Chen, Z. Said, L. Kurupatham, R. Pung, L. Wang, A. Cook, Y. Leo, V. Lee, *SARS-CoV-2 seroprevalence and transmission risk factors among high-risk close contacts : a retrospective cohort study - 2 novembre 2020 - The Lancet Infectious Diseases*
20. J. Seeble, T. Waterboer, T. Hippchen, J. Simon, M. Kirchner, A. Lim, B. Muller, U. Merle, *Persistent Symptoms in Adult Patients 1 Year After CoronavirusDisease 2019 (COVID-19) : A Prospective Cohort Study - 5 juillet 2021 - Clinical Infectious Diseases*
21. C. Huang, L. Huang, Y. Wang, X. Li, L. Ren, X. Gu, L. Kang, L. Guo, M. Liu, X. Zhou, J. Luo, Z. Huang, S. Tu, Y. Zhao, L. Chen, D. Xu, Y. Li, C. Li, L. Peng, Y. Li, W. Xie, D. Cui, L. Shang, G. Fan, J. Xu, G. Wang, Y. Wang, J. Zhong, C. Wang, J. Wang, D. Zhang, B. Cao, *6-month consequences of COVID-19 in patients discharged from hospital : a cohort study - 8 janvier 2021 - The Lancet*
22. J. Jacobs, W. Bain, A. Naqvi, B. Staines, P. Castanha, H. Yang, V. Boltz, S. Barratt-Boyes, E. Marques, S. Mitchell, *SARS-COV-2 Viremia is Associated with COVID-19 Severity and Predicts Clinical Outcomes - 10 aout 2021 - Clinical Infectious Diseases*
23. N. Ram-Mohan, D. Kim, E. Zudock, M. Hashemi, K. Tjandra, A. Rogers, C. Blish, K. Nadeau, J. Newberry, J. Quinn, R. O'Hara, E. Ashley, H. Nguyen, L. Jiang, P. Hung, A. Blomkalns, S. Yang, *Stanford COVID-19 Biobank Study Group, SARS-CoV-2 RNAemia predicts clinical deterioration and extra pulmonary complications from COVID-19 - 5 mai 2021 - Clinical Infectious Diseases*

Annexes

Figure 1 : Signes cliniques recherchés et notifiés lors de la consultation au centre COVID-19

Présence de fièvre au domicile
Constantes mesurées lors de la consultation : température, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, tension artérielle et saturation en oxygène
Douleur thoracique
Signes respiratoires : toux et/ou dyspnée
Signes ORL : rhinite et/ou odynophagie et/ou otalgie
Anosmie et/ou dysgueusie et/ou agueusie
Céphalées
Signes digestifs : nausées/vomissements et/ou douleurs abdominales et/ou diarrhées
Signes cutanés : acrosyndrome et/ou éruption cutanée
Signes généraux : asthénie et/ou courbatures

Figure 2 : Signes de gravité recherchés lors de l'examen clinique

Polypnée > 22 cycles respiratoires/mn
Saturation < 90% en air ambiant
Pression Artérielle Systolique (PAS) < 90 mmHg
Déshydratation
Altération de la conscience ou confusion ou somnolence
Altération brutale de l'état général

Figure 3 : Indications prioritaires au prélèvement naso-pharyngé (RT-PCR) (HCSP - 10 mars 2020)

Critères liés à la **gravité** :

- Patients hospitalisés en réanimation présentant une symptomatologie respiratoire
- Patients hospitalisés pour une pneumopathie avec signes de gravité et présentant des symptômes évocateurs de COVID-19

Critères liés à une **comorbidité** :

- Patients à risque de forme grave et présentant des symptômes évocateurs de COVID-19 : âge > ou égal à 70 ans, Insuffisance Cardiaque stade NYHA III ou IV, Insuffisance rénale dialysée, cirrhose > ou égale au stade B, ATCD cardio-vasculaires : HTA sévère, ATCD d'AVC ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque, diabétiques insulino-dépendants ou compliqués, insuffisance respiratoire chronique ou toute pathologie respiratoire chronique pouvant décompenser lors d'une infection virale, immunodépression, cancer en cours de traitement, obésité (IMC > 40).
- Patiente en cours de grossesse quel que soit le terme et présentant des symptômes évocateurs.

Critères liés à une **situation** :

- Patient hospitalisé pour un autre motif et devenant symptomatique
- Donneurs d'organes, tissus ou de cellules souches hématopoïétiques
- Suivi de l'excrétion virale chez les patients graves hospitalisés en réanimation
- Exploration d'un possible cluster

Personnels de santé présentant des symptômes évocateurs de COVID-19

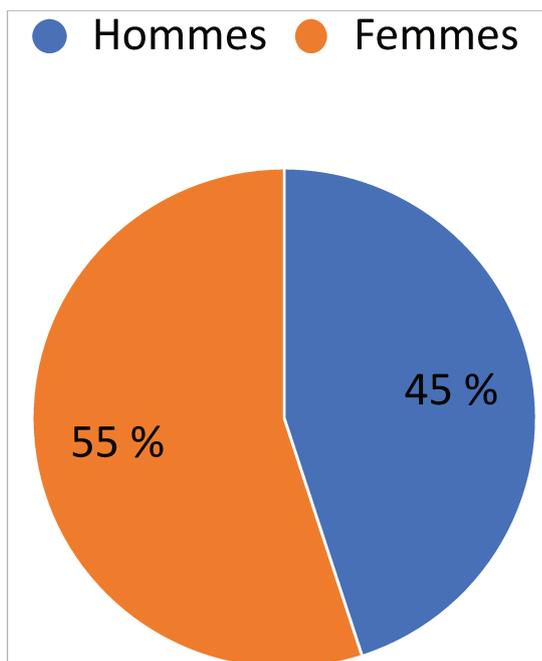
Tableau 1 : Description de la population d'étude, N=615

Caractéristiques	Total, N = 615	0 à 5, N = 27 [†]	5 à 18, N = 43 [†]	18 à 40, N = 216 [†]	40 à 55, N = 154 [†]	55 à 70, N = 117 [†]	Plus 70, N = 56 [†]
Sexe							
Femmes	338 (55%)	11 (41%)	20 (47%)	117 (54%)	93 (60%)	72 (62%)	25 (45%)
Hommes	275 (45%)	16 (59%)	23 (53%)	99 (46%)	61 (40%)	45 (38%)	31 (55%)
Comorbidité(s)							
Non	464 (76%)	25 (93%)	39 (91%)	182 (84%)	123 (80%)	72 (62%)	23 (41%)
Oui	148 (24%)	2 (7,4%)	4 (9,3%)	34 (16%)	31 (20%)	44 (38%)	33 (59%)
Manquant	1	0	0	0	0	1	0
Signe de Gravité							
Absence	603 (98%)	27 (100%)	42 (98%)	213 (99%)	153 (99%)	113 (97%)	55 (98%)
PAS > 90 mmHg	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Polypnée > 22/mn	8 (1,3%)	0 (0%)	1 (2,3%)	2 (0,9%)	1 (0,6%)	3 (2,6%)	1 (1,8%)
Saturation < 90%	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)	0 (0%)
Température							
Fièvre objectivée	49 (8,2%)	11 (40,7%)	5 (11,7%)	17 (8,1%)	5 (3%)	9 (7,9%)	2 (3,6%)
Fièvre au domicile	171 (28%)	9 (33%)	13 (30%)	59 (27%)	49 (32%)	24 (21%)	17 (30%)
Normale	393 (64%)	7 (26%)	25 (58%)	140 (65%)	100 (65%)	84 (72%)	37 (66%)
FC							
	82 (75 – 92)	100 (90 – 110)	90 (80 – 101)	80 (72 – 91)	82 (77 – 90)	84 (78 – 90)	80 (72 – 86)
Manquant	13	8	4	0	0	1	0
SAT							
92	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)	0 (0%)
93	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)	0 (0%)
94	3 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,5%)	0 (0%)	1 (0,9%)	1 (1,9%)
Normale : 95-100%	603 (98,3%)	24 (100%)	43 (100%)	215 (99,5%)	154 (100%)	114 (97,3%)	53 (98%)
Manquant	5	3	0	0	0	0	2
Fréquence respiratoire							
Anormal	9 (1,6%)	0 (0%)	1 (2,6%)	4 (2,0%)	2 (1,4%)	2 (1,9%)	0 (0%)
Normale	558 (98%)	25 (100%)	37 (97%)	197 (98%)	142 (99%)	105 (98%)	52 (100%)
Manquant	46	2	5	15	10	10	4
Signes Généraux							
Absence	269 (44%)	21 (78%)	13 (30%)	82 (38%)	67 (44%)	51 (44%)	35 (62%)
Présence	344 (56%)	6 (22%)	30 (70%)	134 (62%)	87 (56%)	66 (56%)	21 (38%)
Signes respiratoires							
Absence	250 (41%)	19 (70%)	20 (47%)	75 (35%)	66 (43%)	40 (34%)	30 (54%)
Toux	354 (58%)	8 (30%)	23 (53%)	136 (64%)	85 (56%)	76 (65%)	26 (46%)
Toux et dyspnée	4 (0,7%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,9%)	1 (0,7%)	1 (0,9%)	0 (0%)
Manquant	5	0	0	3	2	0	0
Douleur Thoracique							
Absence	432 (71%)	25 (100%)	38 (88%)	152 (71%)	102 (66%)	73 (62%)	42 (75%)
Présence	178 (29%)	0 (0%)	5 (12%)	63 (29%)	52 (34%)	44 (38%)	14 (25%)
Manquant	3	2	0	1	0	0	0
Signes Orl							
Absence	232 (38%)	14 (52%)	12 (28%)	68 (31%)	67 (44%)	49 (42%)	22 (39%)
Odynophagie+otalgie	13 (2,1%)	1 (3,7%)	2 (4,7%)	3 (1,4%)	3 (1,9%)	1 (0,9%)	3 (5,4%)

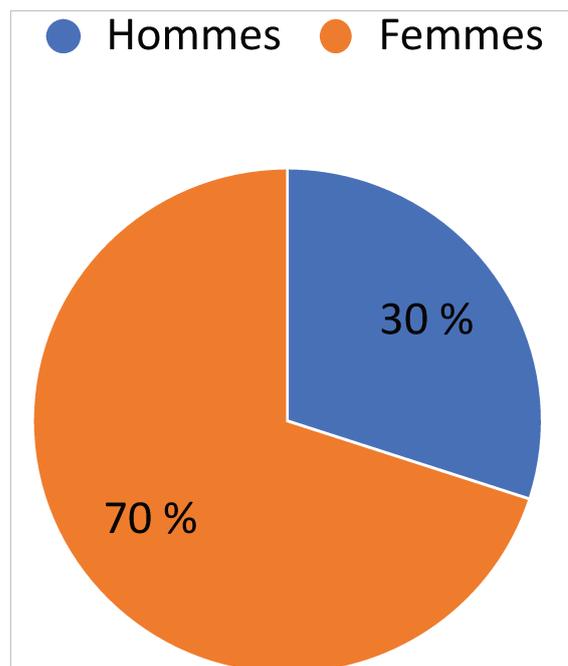
Odynophagie	103 (17%)	1 (3,7%)	9 (21%)	39 (18%)	23 (15%)	21 (18%)	10 (18%)
Otalgie	10 (1,6%)	0 (0%)	1 (2,3%)	3 (1,4%)	4 (2,6%)	2 (1,7%)	0 (0%)
Rhinite	132 (22%)	6 (22%)	12 (28%)	50 (23%)	19 (12%)	30 (26%)	15 (27%)
Rhinite+Ody+Otalgie	26 (4,2%)	1 (3,7%)	0 (0%)	9 (4,2%)	9 (5,8%)	4 (3,4%)	3 (5,4%)
Rhinite+Odyno	89 (15%)	3 (11%)	7 (16%)	40 (19%)	28 (18%)	8 (6,8%)	3 (5,4%)
Rhinite+Otalgie	8 (1,3%)	1 (3,7%)	0 (0%)	4 (1,9%)	1 (0,6%)	2 (1,7%)	0 (0%)
Anosmie/ Dysgueusie							
Absence	574 (94%)	27 (100%)	40 (93%)	201 (93%)	142 (93%)	109 (93%)	55 (98%)
Anosmie et/ou Dysgueusie	37 (6%)	0 (0%)	3 (6,9%)	14 (6,5%)	11 (7,2%)	8 (7%)	1 (2%)
Manquant	2	0	0	1	1	0	0
Céphalées							
Absence	340 (55%)	26 (96%)	23 (53%)	100 (46%)	81 (53%)	75 (64%)	35 (62%)
Présence	273 (45%)	1 (3,7%)	20 (47%)	116 (54%)	73 (47%)	42 (36%)	21 (38%)
Signes digestifs							
Absence	442 (72%)	17 (63%)	27 (63%)	151 (70%)	114 (74%)	91 (78%)	42 (76%)
Diarrhées	95 (16%)	7 (26%)	7 (16%)	30 (14%)	30 (19%)	16 (14%)	5 (9,1%)
Douleurs abdo	50 (8,2%)	3 (11%)	9 (21%)	21 (9,8%)	6 (3,9%)	5 (4,3%)	6 (11%)
Douleurs abdo+Diarrhées	9 (1,5%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (3,2%)	0 (0%)	2 (1,7%)	0 (0%)
Douleurs abdo+Nausées	3 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,5%)	1 (0,6%)	1 (0,9%)	0 (0%)
Nausées/ Vomissements	13 (2,1%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (2,8%)	3 (1,9%)	2 (1,7%)	2 (3,6%)
Manquant	1	0	0	0	0	0	1
Signes cutanés							
Absence	606 (99%)	26 (96%)	41 (95%)	214 (99%)	153 (99%)	116 (99%)	56 (100%)
Acrosyndrome	3 (0,5%)	0 (0%)	2 (4,7%)	1 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Éruption	4 (0,7%)	1 (3,7%)	0 (0%)	1 (0,5%)	1 (0,6%)	1 (0,9%)	0 (0%)
Suspicion clinique							
Doute	245 (40%)	2 (7,4%)	11 (26%)	99 (46%)	66 (43%)	52 (45%)	15 (27%)
Non	353 (58%)	25 (93%)	31 (72%)	110 (51%)	85 (55%)	61 (53%)	41 (73%)
Oui	13 (2,1%)	0 (0%)	1 (2,3%)	7 (3,2%)	3 (1,9%)	2 (1,7%)	0 (0%)
Manquant	2	0	0	0	0	2	0

¹ Statistique présentée : n (%); médiane (EI)

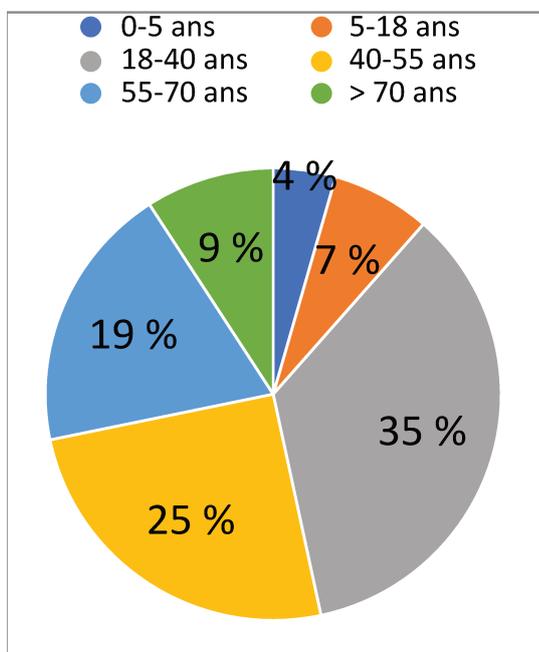
Test statistique réalisé : test du khi-deux d'indépendance ; test exact de Fisher ; test de Kruskal- Wallis



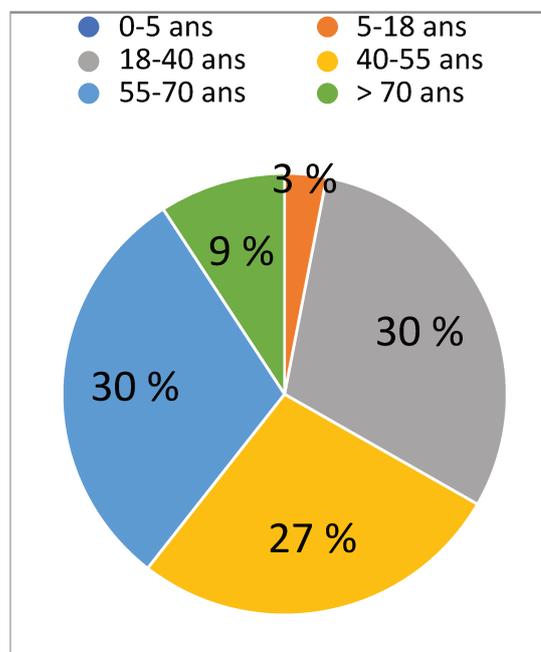
Graphique 1 : Population Totale, N=615



Graphique 2 : Prouvés positifs, N=33



Graphique 3 : Population totale - répartition des tranches d'âges



Graphique 4 : Prouvés Positifs - répartition des tranches d'âges

Tableau 2 : Suspicion clinique, date d'apparition des symptômes et orientation clinique au sein de la population totale

<i>Caractéristiques</i>	<i>Total, N = 615</i>	<i>0 à 5, N = 27¹</i>	<i>5 à 18, N = 43¹</i>	<i>18 à 40, N = 216¹</i>	<i>40 à 55, N = 154¹</i>	<i>55 à 70, N = 117¹</i>	<i>Plus 70, N = 56¹</i>
Suspicion clinique							
Doute	245 (40%)	2 (7,4%)	11 (26%)	99 (46%)	66 (43%)	52 (45%)	15 (27%)
Non	353 (58%)	25 (93%)	31 (72%)	110 (51%)	85 (55%)	61 (53%)	41 (73%)
Oui	13 (2,1%)	0 (0%)	1 (2,3%)	7 (3,2%)	3 (1,9%)	2 (1,7%)	0 (0%)
Manquant	2	0	0	0	0	2	0
Date Apparition Symptômes							
0	8 (1,3%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,9%)	4 (2,6%)	1 (0,9%)	1 (1,8%)
1	103 (17%)	10 (37%)	9 (21%)	40 (19%)	23 (15%)	12 (10%)	9 (16%)
2	87 (14%)	6 (22%)	6 (14%)	38 (18%)	16 (10%)	11 (9,4%)	10 (18%)
3	83 (14%)	2 (7,4%)	7 (17%)	29 (13%)	21 (14%)	20 (17%)	4 (7,1%)
4	43 (7,0%)	2 (7,4%)	6 (14%)	15 (6,9%)	11 (7,2%)	7 (6,0%)	2 (3,6%)
5	42 (6,9%)	2 (7,4%)	2 (4,8%)	11 (5,1%)	14 (9,2%)	8 (6,8%)	5 (8,9%)
6	22 (3,6%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (3,2%)	5 (3,3%)	7 (6,0%)	3 (5,4%)
7	53 (8,7%)	2 (7,4%)	1 (2,4%)	22 (10%)	16 (10%)	8 (6,8%)	4 (7,1%)
8	25 (4,1%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (4,6%)	5 (3,3%)	8 (6,8%)	2 (3,6%)
9	8 (1,3%)	0 (0%)	1 (2,4%)	5 (2,3%)	1 (0,7%)	1 (0,9%)	0 (0%)
10	22 (3,6%)	0 (0%)	1 (2,4%)	7 (3,2%)	6 (3,9%)	4 (3,4%)	4 (7,1%)
11	8 (1,3%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (1,4%)	2 (1,3%)	3 (2,6%)	0 (0%)
12	11 (1,8%)	0 (0%)	3 (7,1%)	2 (0,9%)	2 (1,3%)	4 (3,4%)	0 (0%)
13	4 (0,7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,5%)	2 (1,3%)	1 (0,9%)	0 (0%)
14	13 (2,1%)	1 (3,7%)	3 (7,1%)	6 (2,8%)	1 (0,7%)	0 (0%)	2 (3,6%)
15	13 (2,1%)	0 (0%)	2 (4,8%)	4 (1,9%)	6 (3,9%)	0 (0%)	1 (1,8%)
16	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)	0 (0%)
17	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
18	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)	0 (0%)
19	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	0 (0%)	0 (0%)
20	6 (1,0%)	1 (3,7%)	0 (0%)	2 (0,9%)	1 (0,7%)	1 (0,9%)	1 (1,8%)
21	10 (1,6%)	0 (0%)	1 (2,4%)	2 (0,9%)	5 (3,3%)	1 (0,9%)	1 (1,8%)
22	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)	0 (0%)
24	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	0 (0%)	0 (0%)
25	6 (1,0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	4 (3,4%)	1 (1,8%)
26	3 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,7%)	1 (1,8%)
29	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)	0 (0%)
30	8 (1,3%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (1,4%)	3 (2,0%)	1 (0,9%)	1 (1,8%)
32	3 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	1 (0,9%)	1 (1,8%)

33	2 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	0 (0%)	1 (1,8%)
40	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	0 (0%)	0 (0%)
42	3 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,7%)	1 (1,8%)
45	3 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	2 (1,7%)	0 (0%)
48	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)	0 (0%)
50	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)	0 (0%)
55	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
60	2 (0,3%)	1 (3,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,9%)	0 (0%)
63	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	0 (0%)	0 (0%)
90	2 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0 (0%)	0 (0%)
180	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
185	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,8%)
Manquant	6	0	1	3	1	1	0
Orientation							
Hospitalisation	8 (1,3%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (0,9%)	2 (1,3%)	3 (2,6%)	1 (1,8%)
RAD	602 (98%)	27 (100%)	43 (100%)	213 (99%)	151 (98%)	113 (97%)	55 (98%)
Urgence	2 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,5%)	1 (0,6%)	0 (0%)	0 (0%)
Manquant	1	0	0	0	0	1	0

¹ Statistique présentée : n (%) ; médiane (EI)

Test statistique réalisé : test du khi-deux d'indépendance ; test exact de Fisher ; test de Kruskal- Wallis

Tableau 3 : Date d'apparition des symptômes dans tous les groupes patients

Caractéristique	Total, N = 615	Autre virus identifié, N = 4 ¹	Non suspect, N = 352 ¹	Prouve Négatif, N = 121 ¹	Prouve Positif, N = 33 ¹	Suspect Covid - perdu de vue, N = 13 ¹	Suspect Covid pas de test, N = 92 ¹
Date d'apparition							
Asymptomatiques	8 (1,3%)	0 (0%)	3 (0,9%)	5 (4,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
1	103 (17%)	1 (25%)	59 (17%)	22 (18%)	4 (12%)	2 (15%)	15 (16%)
2	87 (14%)	1 (25%)	55 (16%)	15 (12%)	5 (15%)	2 (15%)	9 (9,8%)
3	84 (14%)	2 (50%)	41 (12%)	17 (14%)	4 (12%)	2 (15%)	18 (20%)
4	43 (7,0%)	0 (0%)	21 (6,0%)	9 (7,4%)	2 (6,1%)	3 (23%)	8 (8,7%)
5	42 (6,9%)	0 (0%)	23 (6,6%)	9 (7,4%)	2 (6,1%)	2 (15%)	6 (6,5%)
6	22 (3,6%)	0 (0%)	8 (2,3%)	8 (6,6%)	1 (3,0%)	1 (7,7%)	4 (4,3%)
7	54 (8,8%)	0 (0%)	29 (8,3%)	9 (7,4%)	3 (9,1%)	1 (7,7%)	12 (13%)
8	25 (4,1%)	0 (0%)	13 (3,7%)	5 (4,1%)	3 (9,1%)	0 (0%)	4 (4,3%)
9	8 (1,3%)	0 (0%)	5 (1,4%)	3 (2,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
10	22 (3,6%)	0 (0%)	14 (4,0%)	2 (1,7%)	3 (9,1%)	0 (0%)	3 (3,3%)
11	8 (1,3%)	0 (0%)	6 (1,7%)	1 (0,8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,1%)
12	11 (1,8%)	0 (0%)	7 (2,0%)	4 (3,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
13	4 (0,7%)	0 (0%)	3 (0,9%)	1 (0,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
14	13 (2,1%)	0 (0%)	9 (2,6%)	2 (1,7%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2,2%)
15	13 (2,1%)	0 (0%)	8 (2,3%)	1 (0,8%)	2 (6,1%)	0 (0%)	2 (2,2%)
16	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
17	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
18	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
19	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
20	6 (1,0%)	0 (0%)	4 (1,1%)	0 (0%)	1 (3,0%)	0 (0%)	1 (1,1%)
21	10 (1,6%)	0 (0%)	8 (2,3%)	1 (0,8%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,1%)
22	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
24	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
25	6 (1,0%)	0 (0%)	5 (1,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,1%)
26	3 (0,5%)	0 (0%)	1 (0,3%)	2 (1,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
29	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
30	8 (1,3%)	0 (0%)	4 (1,1%)	0 (0%)	1 (3,0%)	0 (0%)	3 (3,3%)
32	3 (0,5%)	0 (0%)	3 (0,9%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
33	2 (0,3%)	0 (0%)	2 (0,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
40	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,0%)	0 (0%)	0 (0%)
42	3 (0,5%)	0 (0%)	1 (0,3%)	2 (1,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
45	3 (0,5%)	0 (0%)	2 (0,6%)	0 (0%)	1 (3,0%)	0 (0%)	0 (0%)
48	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
50	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
55	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
60	2 (0,3%)	0 (0%)	2 (0,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
63	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
90	2 (0,3%)	0 (0%)	2 (0,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
180	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)

185	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Manquant	6	0	1	3	1	1	0

¹ Statistique présentée : n (%)

Tableau 4 : Caractéristiques en fonction des groupes patients

Caractéristiques	Total, N = 615	Autre virus identifié, N = 4 ¹	Non-suspects, N = 352 ¹	Prouvés Négatifs, N = 121 ¹	Prouvés Positifs, N = 33 ¹	Suspects Covid - perdus de vue, N = 13 ¹	Suspects Covid pas de test, N = 92 ¹	p-valeur ²
Sexe								0,5
Femmes	340 (55%)	1 (25%)	190 (54%)	69 (57%)	23 (70%)	7 (54%)	50 (54%)	
Hommes	275 (45%)	3 (75%)	162 (46%)	52 (43%)	10 (30%)	6 (46%)	42 (46%)	
Âge Patient								
0 à 5	27 (4,4%)	0 (0%)	24 (6,8%)	2 (1,7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,1%)	
5 à 18	43 (7,0%)	0 (0%)	31 (8,8%)	8 (6,7%)	1 (3,0%)	1 (7,7%)	2 (2,2%)	
18 à 40	216 (35%)	0 (0%)	114 (32%)	37 (31%)	10 (30%)	8 (62%)	47 (51%)	
40 à 55	154 (25%)	3 (75%)	81 (23%)	34 (28%)	9 (27%)	2 (15%)	25 (27%)	
55 à 70	117 (19%)	1 (25%)	60 (17%)	31 (26%)	10 (30%)	2 (15%)	13 (14%)	
> 70	56 (9,1%)	0 (0%)	41 (12%)	8 (6,7%)	3 (9,1%)	0 (0%)	4 (4,3%)	
Manquant	2	0	1	1	0	0	0	
Comorbidités								
Non	466 (76%)	0 (0%)	284 (81%)	81 (67%)	19 (58%)	11 (85%)	71 (77%)	
Oui	148 (24%)	4 (100%)	67 (19%)	40 (33%)	14 (42%)	2 (15%)	21 (23%)	
Manquant	1	0	1	0	0	0	0	
Signes Gravité								0,2
Absence	605 (98%)	4 (100%)	348 (99%)	117 (97%)	31 (94%)	13 (100%)	92 (100%)	
PAS < 90 mmHg	1 (0,2%)	0 (0%)	1 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Polypnée > 22/mn	8 (1,3%)	0 (0%)	3 (0,9%)	3 (2,5%)	2 (6,1%)	0 (0%)	0 (0%)	
Sat < 90%	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Température								
Fièvre objectivée	49 (8,2%)	0 (0%)	23 (6,3%)	13 (10,9%)	2 (6%)	2 (15,4%)	9 (9,9%)	
Doliprane	171 (28%)	3 (75%)	79 (22%)	46 (38%)	7 (21%)	4 (31%)	32 (35%)	
Normale	395 (64%)	1 (25%)	250 (71%)	62 (51%)	24 (73%)	7 (54%)	51 (55%)	
FC	82 (75 – 92)	80 (77 – 84)	80 (75 – 90)	85 (78 – 95)	84 (78 – 94)	85 (74 – 94)	82 (72 – 92)	0,6
Manquant	13	0	9	1	0	2	1	
SAT								
92	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (3,0%)	0 (0%)	0 (0%)	
93	1 (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
94	3 (0,5%)	0 (0%)	1 (0,3%)	1 (0,8%)	0 (0%)	1 (7,7%)	0 (0%)	

Normale 95 -100%	605 (98,3%)	4 (100%)	347 (99,7%)	119 (96,8%)	32 (96,3%)	12 (91,7%)	91 (98,7%)
Manquant	5	0	4	0	0	0	1
Fréquence respiratoire							0,062
Anormale	9 (1,6%)	0 (0%)	2 (0,6%)	4 (3,6%)	2 (6,5%)	0 (0%)	1 (1,1%)
Normale	559 (98%)	4 (100%)	315 (99%)	108 (96%)	29 (94%)	13 (100%)	90 (99%)
Manquant	47	0	35	9	2	0	1
Signes Généraux							
Absence	269 (44%)	2 (50%)	211 (60%)	26 (21%)	2 (6,1%)	5 (38%)	23 (25%)
Présence	346 (56%)	2 (50%)	141 (40%)	95 (79%)	31 (94%)	8 (62%)	69 (75%)
Signes respiratoires							
Absence	250 (41%)	1 (25%)	181 (51%)	42 (36%)	7 (21%)	3 (23%)	16 (18%)
Toux	356 (58%)	3 (75%)	168 (48%)	75 (64%)	26 (79%)	10 (77%)	74 (82%)
Toux+Dyspnée	4 (0,7%)	0 (0%)	3 (0,9%)	1 (0,8%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Manquant	5	0	0	3	0	0	2
Douleur Thoracique							
Absence	434 (71%)	2 (50%)	278 (79%)	67 (55%)	21 (64%)	10 (77%)	56 (62%)
Présence	178 (29%)	2 (50%)	72 (21%)	54 (45%)	12 (36%)	3 (23%)	35 (38%)
Manquant	3	0	2	0	0	0	1
Signes Orl							
Absence	232 (38%)	3 (75%)	144 (41%)	41 (34%)	13 (39%)	5 (38%)	26 (28%)
Odyno+otalgie	13 (2,1%)	0 (0%)	7 (2,0%)	5 (4,1%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,1%)
Odynophagie	103 (17%)	0 (0%)	67 (19%)	16 (13%)	6 (18%)	0 (0%)	14 (15%)
Otalgie	10 (1,6%)	0 (0%)	6 (1,7%)	1 (0,8%)	0 (0%)	1 (7,7%)	2 (2,2%)
Rhinite	134 (22%)	0 (0%)	67 (19%)	29 (24%)	11 (33%)	2 (15%)	25 (27%)
Rhinite+Odyotalgie	26 (4,2%)	0 (0%)	8 (2,3%)	8 (6,6%)	1 (3,0%)	2 (15%)	7 (7,6%)
Rhinite+Odyno	89 (14%)	1 (25%)	49 (14%)	18 (15%)	2 (6,1%)	3 (23%)	16 (17%)
Rhinite+Otalgie	8 (1,3%)	0 (0%)	4 (1,1%)	3 (2,5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,1%)
Anosmie/ Dysgueusie							
Absence	576 (94%)	4 (100%)	347 (99%)	108 (90%)	29 (88%)	10 (77%)	78 (85%)
Agueusie/ Dysgueusie	37 (6%)	0 (0%)	4 (1,2%)	12 (10,1%)	4 (12,1%)	3 (23,1%)	14 (15,3%)
Manquant	2	0	1	1	0	0	0
Céphalées							
Absences	341 (55%)	1 (25%)	237 (67%)	55 (45%)	12 (36%)	4 (31%)	32 (35%)
Présence	274 (45%)	3 (75%)	115 (33%)	66 (55%)	21 (64%)	9 (69%)	60 (65%)

Signes digestifs							
Absence	443 (72%)	4 (100%)	270 (77%)	85 (70%)	20 (61%)	8 (62%)	56 (61%)
Diarrhées	96 (16%)	0 (0%)	37 (11%)	26 (21%)	9 (27%)	2 (15%)	22 (24%)
Douleurs abdo	50 (8%)	0 (0%)	31 (8,9%)	4 (3,3%)	3 (9,1%)	1 (7,7%)	11 (12%)
Douleur abdo+Diarrhée	9 (1,5%)	0 (0%)	5 (1,4%)	2 (1,7%)	0 (0%)	1 (7,7%)	1 (1,1%)
Douleurs abdo+nausées	3 (0,5%)	0 (0%)	1 (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (7,7%)	1 (1,1%)
Nausées/ Vomissement	13 (2,1%)	0 (0%)	7 (2,0%)	4 (3,3%)	1 (3,0%)	0 (0%)	1 (1,1%)
Manquant	1	0	1	0	0	0	0
Signes cutanés							
0,058							
Absence	608 (99%)	4 (100%)	351 (100%)	117 (97%)	32 (97%)	13 (100%)	91 (99%)
Acrosyndrome	3 (0,5%)	0 (0%)	1 (0,3%)	1 (0,8%)	1 (3,0%)	0 (0%)	0 (0%)
Éruption	4 (0,7%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (2,5%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (1,1%)
Suspicion clinique							
Doute	245 (40%)	4 (100%)	5 (3%)	107 (88%)	26 (81%)	11 (85%)	92 (100%)
Non	354 (58%)	0 (0%)	342 (97%)	9 (7,4%)	1 (3,1%)	2 (15%)	0 (0%)
Oui	14 (2,3%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (4,1%)	5 (16%)	0 (0%)	0 (0%)
Manquant	2	0	5	0	1	0	0
Orientation							
Hospitalisation	8 (1,3%)	0 (0%)	3 (0,9%)	1 (0,8%)	3 (9,4%)	0 (0%)	1 (1,1%)
RAD	604 (98%)	4 (100%)	347 (99%)	120 (99%)	29 (91%)	13 (100%)	91 (99%)
Urgence	2 (0,3%)	0 (0%)	2 (0,6%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Manquant	1	0	0	0	1	0	0
TDM							
Non	587 (96%)	4 (100%)	352 (100%)	103 (86%)	23 (74%)	13 (100%)	92 (100%)
Oui	24 (3,9%)	0 (0%)	0 (0%)	17 (14%)	7 (23%)	0 (0%)	0 (0%)
Manquant	4	0	0	1	3	0	0
PCR							
Non	510 (83%)	0 (0%)	352 (100%)	48 (40%)	9 (28%)	13 (100%)	88 (96%)
Oui	103 (17%)	4 (100%)	0 (0%)	73 (60%)	22 (69%)	0 (0%)	4 (4,3%)
Manquant	2	0	0	0	2	0	0

¹ Statistique présentée : n (%); médiane (EJ)

² Test statistique réalisé : test exact de Fisher, Test de Kruskal-Wallis

Tableau 5 : Caractéristiques de prouvés positifs, N=33 en fonction des tranches d'âges

Caractéristiques : Prouvés Positifs	Total, N = 33	0 à 5, N = 0 ¹	5 à 18, N = 1 ¹	18 à 40, N = 10 ¹	40 à 55, N = 9 ¹	55 à 70, N = 10 ¹	Plus de 70, N = 3 ¹	p-valeur ²
SEXE								0,7
F	23 (70%)	0 (NA%)	1 (100%)	6 (60%)	7 (78%)	6 (60%)	3 (100%)	
M	10 (30%)	0 (NA%)	0 (0%)	4 (40%)	2 (22%)	4 (40%)	0 (0%)	
Comorbidités								0,036
Non	19 (58%)	0 (NA%)	0 (0%)	9 (90%)	5 (56%)	3 (30%)	2 (67%)	
Oui	14 (42%)	0 (NA%)	1 (100%)	1 (10%)	4 (44%)	7 (70%)	1 (33%)	
Température								0,9
Fièvre objectivée	2 (6,0%)	0 (NA%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (22%)	0 (0%)	0 (0%)	
Fièvre domicile	7 (21%)	0 (NA%)	0 (0%)	3 (30%)	1 (11%)	2 (20%)	1 (33%)	
Normale	24 (73%)	0 (NA%)	1 (100%)	7 (70%)	6 (67%)	8 (80%)	2 (67%)	
Signes Généraux								0,2
Absence	2 (6,1%)	0 (NA%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	1 (33%)	
Présence	31 (94%)	0 (NA%)	1 (100%)	10 (100%)	9 (100%)	9 (90%)	2 (67%)	
Signes respiratoires								0,4
Absence	7 (21%)	0 (NA%)	1 (100%)	1 (10%)	2 (22%)	2 (20%)	1 (33%)	
Toux	26 (79%)	0 (NA%)	0 (0%)	9 (90%)	7 (78%)	8 (80%)	2 (67%)	
Signes Orl								0,027
Absence	13 (39%)	0 (NA%)	1 (100%)	1 (10%)	5 (56%)	3 (30%)	3 (100%)	
Odynophagie	6 (18%)	0 (NA%)	0 (0%)	3 (30%)	0 (0%)	3 (30%)	0 (0%)	
Rhinite	11 (33%)	0 (NA%)	0 (0%)	6 (60%)	1 (11%)	4 (40%)	0 (0%)	
Rhinite+Ody+ Otalgie	1 (3,0%)	0 (NA%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (11%)	0 (0%)	0 (0%)	
Rhinite+Odyn	2 (6,1%)	0 (NA%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (22%)	0 (0%)	0 (0%)	
Anosmie/Dys								0,4
Absence	29 (88%)	0 (NA%)	1 (100%)	10 (100%)	6 (67%)	9 (90%)	3 (100%)	
Anosmie/ Dysgueusie	4 (12,1%)	0 (NA%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (33%)	1 (10%)	0 (0%)	
Céphalées								0,4
Absence	12 (36%)	0 (NA%)	0 (0%)	2 (20%)	3 (33%)	6 (60%)	1 (33%)	
Présence	21 (64%)	0 (NA%)	1 (100%)	8 (80%)	6 (67%)	4 (40%)	2 (67%)	
Signes digestifs								0,027
Absence	20 (61%)	0 (NA%)	0 (0%)	8 (80%)	7 (78%)	5 (50%)	0 (0%)	
Diarrhée	9 (27%)	0 (NA%)	0 (0%)	1 (10%)	2 (22%)	4 (40%)	2 (67%)	
Douleur_abdo	3 (9,1%)	0 (NA%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (10%)	1 (33%)	
Nausées/ Vomissements	1 (3,0%)	0 (NA%)	0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

Signes cutanés								>0,9
Absence	32 (97%)	0 (NA%)	1 (100%)	9 (90%)	9 (100%)	10 (100%)	3 (100%)	
Acrosyndrome	1 (3,0%)	0 (NA%)	0 (0%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

¹ Statistique présentée : n (%)

² Test statistique réalisé : test exact de Fisher

Tableau 6 : PCR réalisées en dehors de l'activité du centre

Catégories patients	Total, N = 615	Absence, N = 608 ¹	Négative, N = 7 ¹	p-valeur ²
				>0,9
Autre virus identifié	4 (0,7%)	4 (0,7%)	0 (0%)	
Non suspects	352 (57%)	347 (57%)	5 (71%)	
Prouvés Négatifs	121 (20%)	120 (20%)	1 (14%)	
Prouvés Positifs	33 (5,4%)	33 (5,4%)	0 (0%)	
Suspects Covid - perdus de vue	13 (2,1%)	13 (2,1%)	0 (0%)	
Suspects Covid pas de test	92 (15%)	91 (15%)	1 (14%)	

¹ Statistique présentée : n (%)

² Test statistique réalisé : test exact de Fisher

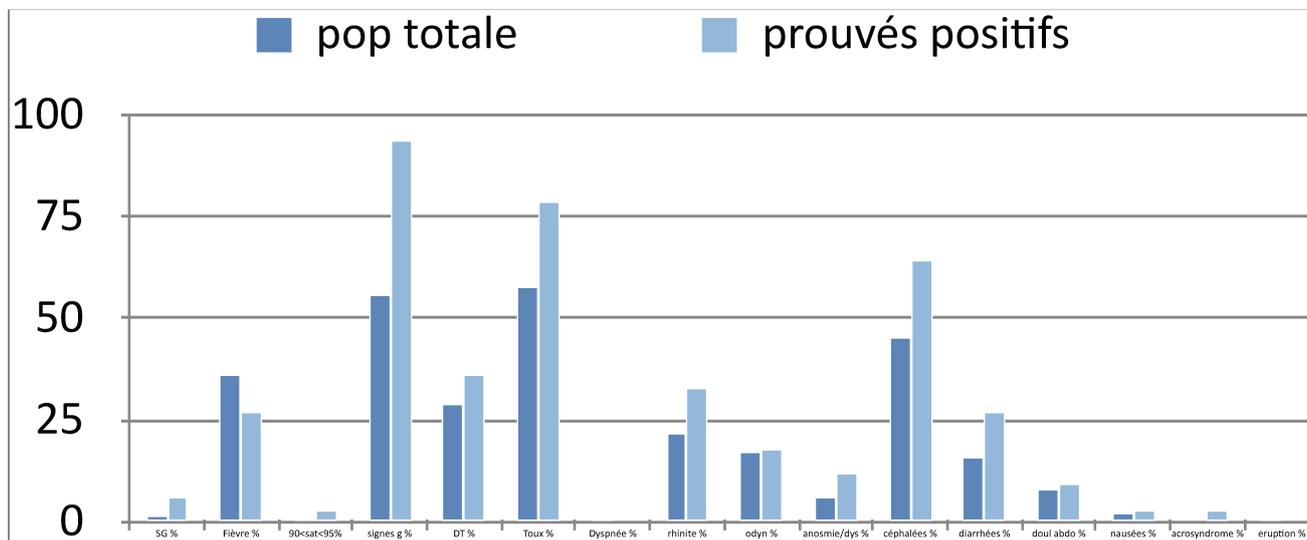
Tableau 7 : Sérologies réalisées en dehors de l'activité du centre

Catégories patients	Total, N = 615	Absence, N = 591 ¹	Contamination Secondaire, N = 3 ¹	IgG Positives, N = 3 ¹	Négative, N = 18 ¹	p-valeur ²
						0,022
Autre virus identifié	4 (0,7%)	4 (0,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Non suspects	352 (57%)	342 (58%)	3 (100%)	1 (33%)	6 (33%)	
Prouvés Négatifs	121 (20%)	111 (19%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (56%)	
Prouvés Positifs	33 (5,4%)	31 (5,2%)	0 (0%)	2 (67%)	0 (0%)	
Suspects Covid - perdus de vue	13 (2,1%)	13 (2,2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Suspects Covid pas de test	92 (15%)	90 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (11%)	

¹ Statistique présentée : n (%)

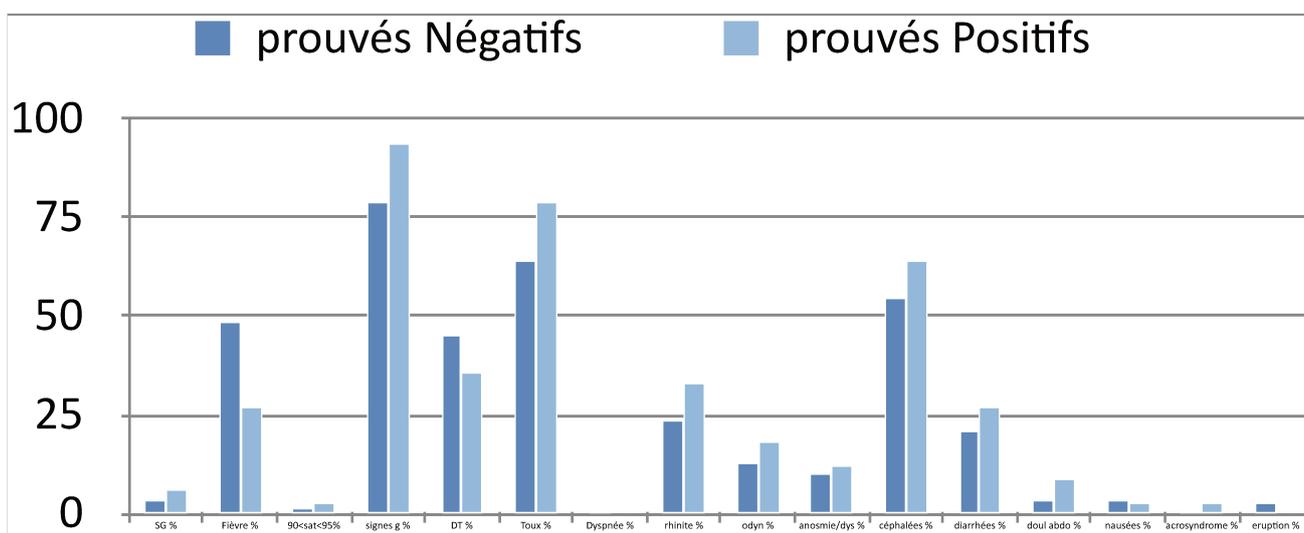
² Test statistique réalisé : test exact de Fisher

Graphique 5 : Caractéristiques : population totale (N=615) vs prouvés positifs (N=33)



SG = Signes de gravité ; signes g = signes généraux ; DT = douleur thoracique

Graphique 6 : Caractéristiques : prouvés négatifs (N=121) vs prouvés positifs (N=33)



SG = Signes de gravité ; signes g = signes généraux ; DT = douleur thoracique

Tableau 8 : Régression logistique

Caractéristiques		Prouvés Négatifs	Prouvés Positifs	OR (univariable)	OR (multivariable)
SEXE	F	69 (75.0)	23 (25.0)	-	-
	M	52 (83.9)	10 (16.1)	0.58 (0.24-1.29, p=0.191)	0.49 (0.18-1.22, p=0.133)
Âges	0-5	2 (100.0)	0 (0.0)	0.00 (NA-149.00, p=0.989)	0.00 (NA-221.00, p=0.996)
	5-18	8 (88.9)	1 (11.1)	0.33 (0.01-3.27, p=0.383)	0.45 (0.01-7.02, p=0.583)
	18-40	37 (78.7)	10 (21.3)	0.72 (0.17-3.74, p=0.669)	0.61 (0.08-4.72, p=0.624)
	40-55	34 (79.1)	9 (20.9)	0.71 (0.16-3.71, p=0.653)	0.54 (0.08-3.95, p=0.533)
	55-70	31 (75.6)	10 (24.4)	0.86 (0.20-4.49, p=0.845)	0.39 (0.06-2.81, p=0.337)
	≥70	8 (72.7)	3 (27.3)	-	-
Comorbidités	Non	81 (81.0)	19 (19.0)	-	-
	Oui	40 (74.1)	14 (25.9)	1.49 (0.67-3.27, p=0.319)	1.89 (0.73-4.97, p=0.192)
Signes Généraux	Présence	95 (75.4)	31 (24.6)	-	-
	Absence	26 (92.9)	2 (7.1)	4,24 (1,17-27,27, p=0.058)	4,48 (0,99-33,35, p=0,082)
Signes respiratoires	Absence	42 (85.7)	7 (14.3)	-	-
	Toux	75 (74.3)	26 (25.7)	2.08 (0.87-5.56, p=0.117)	2.21 (0.74-7.28, p=0.170)
	Dyspnée	1 (100)	0 (0.0)	0.00 (NA-563.00, p=0.992)	0.00 (NA-Inf, p=0.997)
Signes Orl	Absence	41 (75.9)	13 (24.1)	-	-
	Odyno+otalgie	5 (100)	0 (0.0)	0.00 (NA-244.00, p=0.993)	0.00 (NA-122.00, p=0.991)
	Odynophagie	16 (72.7)	6 (27.3)	1.18 (0.36-3.57, p=0.770)	1.00 (0.27-3.48, p=0.999)
	Otalgie	1 (100)	0 (0.0)	0.00 (NA-Inf, p=0.997)	0.00 (NA-Inf, p=0.997)
	Rhinite	29 (72.5)	11 (27.5)	1.20 (0.46-3.05, p=0.707)	0.89 (0.29-2.70, p=0.839)
	Rhinite+Ody+Otalgie	8 (88.9)	1 (11.1)	0.39 (0.02-2.45, p=0.401)	0.17 (0.01-1.47, p=0.161)
	Rhinite+Odyno	18 (90.0)	2 (10.0)	0.35 (0.05-1.45, p=0.196)	0.23 (0.03-1.08, p=0.090)

	Rhinite+Otalgie	3 (100)	0 (0.0)	0.00 (NA-108.00, p=0.994)	0.00 (NA-153.00, p=0.995)
Céphalées	Absence	55 (82.1)	12 (17.9)	-	-
	Présence	66 (75.9)	21 (24.1)	1.46 (0.67-3.31, p=0.352)	0.95 (0.37-2.47, p=0.911)
Signes digestifs	Absence	85 (81.0)	20 (19.0)	-	-
	Diarrhée	26 (74.3)	9 (25.7)	1.47 (0.58-3.56, p=0.401)	1.37 (0.48-3.74, p=0.541)
	Douleur abdo	4 (57.1)	3 (42.9)	3.19 (0.59-15.59, p=0.149)	1.57 (0.22-10.76, p=0.643)
	Douleur abdo+Diarrhée	2 (100.0)	0 (0.0)	0.00 (NA-968.00, p=0.989)	0.00 (NA-456.00, p=0.995)
	Nausées/ Vomissement	4 (80.0)	1 (20.0)	1.06 (0.05-7.68, p=0.958)	1.19 (0.05-11.10, p=0.890)

Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Résumé

Introduction : Face à la découverte de la COVID-19 en décembre 2019, sa propagation mondiale rapide et son taux élevé de décès, il parut nécessaire de comprendre l'épidémie. La maladie prenant diverses formes, tant modérées et communes, que sévères et atypiques ; il fut très difficile lors de la première vague de la dépister efficacement. Une équipe française démontra que parmi les patients suspects, seuls 1/3 consultèrent un médecin. Parmi eux, seuls 55% reçurent une prescription de RT-PCR. La capacité diagnostique s'était donc révélée insuffisante lors de la première vague. Les patients symptomatiques représentant la majeure partie des contaminations et les asymptomatiques et pré-symptomatiques étant difficilement accessibles au diagnostic. Il parut donc essentiel d'améliorer le diagnostic clinique des médecins de première ligne. Nous avons donc créé un centre COVID-19 à Porto-Vecchio (Corse-du-Sud), initialement pour sortir les patients suspects des cabinets. Nous avons constaté l'intérêt de décrire les signes cliniques poussant les patients à consulter, et d'ensuite suivre ces patients via une cohorte prospective pour relier ces signes au potentiel diagnostic de COVID-19. Le but étant d'établir : quels sont les signes cliniques ayant motivé la consultation au centre ? Et quels sont les signes que l'on retrouve chez les patients positifs ?

Méthode : Nous avons réalisé une étude épidémiologique observationnelle monocentrique en deux parties. Elle se base sur le centre COVID-19 qui a été ouvert à Porto-Vecchio (Corse-du-Sud). La période d'étude du 23 mars au 4 juin 2020 inclus, permit de recevoir 615 patients consultant par peur d'être positifs à la COVID-19. Lors de chaque consultation, une fiche était remplie par le médecin en notifiant les plaintes fonctionnelles du patients, des renseignements administratifs ainsi que l'examen clinique et l'orientation du patient. Les patients furent ainsi classés en « non-suspects » et « suspects » avec indication prioritaire d'examens ou non. Lors de notre étude nous avons été limités par recommandation du Haut Conseil de la Santé Publique, restreignant l'accès aux PCR à des indications prioritaires. Dans la première partie descriptive de l'étude, nous avons observé les signes cliniques et caractéristiques de notre population d'étude. Dans la seconde partie analytique, via une cohorte prospective, nous avons suivi selon plusieurs modalités chaque patient pour savoir si ces derniers étaient positifs lors de leur consultation au centre.

Résultats : La description de notre population totale N=615, nous apprend qu'il y avait une majorité de femmes, 55% ; et que nos patients avaient en moyenne 42 ans. Les plus plaintifs étaient les 18-40, 40-55 ans. Et le délai moyen entre apparition des symptômes et la consultation, était de 8 jours. 24% avaient des comorbidités à risque de forme grave de COVID-19 mais 98% n'avaient pas de signes de gravité. Les signes cliniques principalement rapportés étaient : la toux (58%), l'asthénie et/ou courbatures (56%), les céphalées (45%), la fièvre (36,2%), la douleur thoracique (29%), la rhinite (22%), la diarrhée (16%). Une très faible partie a décrit une anosmie/dysgueusie (6%) et des signes cutanés (0,5 à 0,7%). 58% de ces patients ont été étiquetés « non-suspects ». Parmi les 258 patients suspects, 33 se sont révélés positifs au SARS-CoV-2 et 121 prouvés négatifs. Les autres étaient perdus de vue lors du suivi, n'ont pas eu de test ou se sont révélés positifs à un autre virus. Parmi les positifs, on compte 70% de femmes. Ces patients pour la plupart ayant 18 à 70 ans, étaient 58% à avoir des comorbidités à risque, peu avaient des signes de gravité (30%) ou de la fièvre (27%). Les positifs rapportèrent principalement des signes généraux (94%), de la toux (79%), des céphalées (64%), des douleurs thoraciques (36%), une rhinite (33%), de la fièvre (27%), des diarrhées (27%), une anosmie/dysgueusie (12,1%) ; ainsi que d'autres signes. Au terme de notre régression logistique multivariée : l'absence de signes généraux (OR= 4,48(0,99-33,35, p=0,082), la présence de comorbidités (OR=1,89(0,73-4,97, p=0,192), la toux (OR= 2,21 (0,74-7,28, p=0,170) et la diarrhée (OR=1,37(0,48-3,74, p=0,541) ; sont apparus liés statistiquement au diagnostic de COVID-19.

Discussion : Notre étude a permis la description de patients s'étant déplacés, pensant avoir la COVID-19 lors de la première vague. Cela, dans le but d'apporter aux médecins de première ligne des données épidémiologiques auxquelles se référer au quotidien. Ces patients étaient majoritairement des femmes (55%) âgées de 18 à 55 ans avec une présentation clinique modérée. Le délai moyen entre apparition des symptômes et consultation a été de 8 jours, ce qui est long pour dépister et endiguer efficacement l'épidémie. 33 patients entre 18 et 70 ans pour la plupart, se sont révélés positifs (5,3%) dont un patient initialement classé non-suspect. Ce qui nous montre toute la difficulté du diagnostic clinique dans ce contexte. À l'issue de notre étude, la présence de comorbidités à risque, la toux ainsi que la diarrhée apparaissent comme des facteurs de risques d'être positif. L'absence de signes généraux diminue le risque d'être positif. Ces résultats manquent cependant de puissance statistique.