



---

# **PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DES PATIENTS COVID-19**

Protocole médical  
Ville-Hôpital des Yvelines

---

Novembre 2020

**Version [n°1]**

Note rédigée par l'APTA 78 pour le compte des professionnels de ville et hospitaliers

Apta 78  
3 rue de Verdun • 78590 Noisy-Le-Roi

[www.apta-idf78.org](http://www.apta-idf78.org)

# Table des matières

<b>1. Public cible et objectifs du protocole .....</b>	<b>3</b>
<b>2. L'amont de l'hospitalisation .....</b>	<b>3</b>
Etape 1 : Reperer et rechercher les signes de gravité.....	3
Repérer à partir du tableau clinique de Covid 19.....	3
Rechercher les signes de gravité .....	4
Etape 2 : Ecarter les diagnostics alternatifs et confirmer le diagnostic Covid 19 .....	5
Ecarter le diagnostic alternatif.....	5
Confirmer le diagnostic Covid.....	5
Etape 3 : Briser les chaines de transmission.....	6
Etape 4 : Décider de la prise en charge adaptée .....	6
Identifier la temporalité dans la Covid 19 au moment de la Prise en charge .....	6
Repérer les facteurs de risques de formes inflammatoires sévères .....	7
Qualifier la forme clinique lors de la prise en charge.....	8
Prises en charge et orientations en fonction de la temporalité et de la forme clinique .....	8
<b>3. L'hospitalisation.....</b>	<b>11</b>
3.1. Critères d'hospitalisation des patients Covid19+ (confirmés ou suspects)..	11
3.2. Des prises en charges hospitalières organisées depuis la première vague .	12
<b>4. L'aval de l'hospitalisation .....</b>	<b>13</b>
4.1. De l'hôpital vers la ville des prérequis.....	13
4.2. Des sorties à toutes les étapes de la prise en charge .....	14
Sorties à la phase virale (avant le 7ème jour) .....	14
Sorties à la phase transitionnelle (entre le 7ème et le 10ème jour).....	15
Sorties à la phase inflammatoire (au-delà du 10ème (12ème) jour).....	15
transfert de patients avec Covid-19 en secteur de soins de suite et réadaptation gériatrique...	17
Grille de surveillance clinique à domicile .....	18
<b>5. Annexes .....</b>	<b>19</b>
5.1. Fiche synthese prise en charge ambulatoire des patients covid-19 .....	19
5.2. Fiche de transmission Ville-Hôpital .....	20
5.3. Annuaire des centres hospitaliers.....	22
5.4. Aide à la prise en charge des personnes âgées de plus de 75 ans COVID 19 maintenus à domicile en soins habituels grand versailles .....	24

# 1. PUBLIC CIBLE ET OBJECTIFS DU PROTOCOLE

---

Ce protocole a pour **publics cibles** :

- Des professionnels de ville ;
- Des professionnels hospitaliers.

Ce protocole a pour **objectifs** :

- D'assurer la continuité des soins ville-hôpital des patients Covid ;
- D'assurer la prise en charge à domicile des patients Covid sous oxygénothérapie par les professionnels de santé de ville en lien avec les spécialistes hospitaliers.

Ce protocole **concerne** :

- Les cas confirmés Covid avec PCR CoV2 positive ;
- Les cas probables (en contact étroit avec un confirmé ou un cas possible) ;
- Les patients avec forte suspicion clinique et scanner évocateur de Covid.

Ce protocole a pour **sources** :

- Le protocole hospitalier du CHV ;
- Le protocole hospitalier de l'APHP ;
- Le protocole ville-hôpital du GHT Nord Ouest Vexin Val d'Oise ;
- La synthèse des travaux sur la Covid-19 du CHIPS.

# 2. L'AMONT DE L'HOSPITALISATION

---

**Contexte** : en fonction de leur état de santé les patients Covid peuvent être pris en charge à domicile (dans les cas non sévères) ou bien être hospitalisés (pour les cas sévères).

Cette partie explicite quelles situations requièrent une prise en charge à domicile ou hospitalière à partir :

- Du repérage et la recherche de signes de gravité ;
- Du diagnostic du patient ;
- De la rupture des chaînes de transmission ;
- De la prise en charge en fonction de la temporalité et des constantes de santé.

## ETAPE 1 : REPERER ET RECHERCHER LES SIGNES DE GRAVITE

### REPERER A PARTIR DU TABLEAU CLINIQUE DE COVID 19

#### Les patients et les zones à risque

##### → Cas **possible**

Toute personne présentant des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë avec une fièvre ou une sensation de fièvre.

### → Cas **probable**

- Toute personnes présentant des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë dans les 14 jours suivant un contact étroit<sup>1</sup> avec un cas confirmé Covid-19 ou un cas possible ;
- Toute personne présentant des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë et des signes visibles en tomodensitométrie thoracique évocateurs de Covid-19.

### → Cas **confirmé**

Toute personne, symptomatique ou non, avec un prélèvement confirmant l'infection par SARS-Cov-2.

Plusieurs **zones à risques** sont identifiées :

- Contact étroit avec cas confirmée ou possible
- Retour d'une zone épidémique
- Exposition professionnelle à risque

Pour les patients classés comme possibles et probables la conduite à tenir est à interpréter au regard des dernières recommandations du Ministère des solidarités et de la santé en matière de priorisation du diagnostic biologique.

Toutes les informations sont disponibles sur: [Santé Publique France](#) (définition des cas, zones d'exposition à risques et leurs critères de définition et conduites à tenir).

### Le tableau clinique Covid 19

#### → **Infection respiratoire aiguë** ou survenue brutale de :

- En **population générale** : syndrome pseudo grippal, céphalées intenses atypiques, anosmie ou hyposmie sans rhinite, agueusie ou dysgueusie ;
- **Population âgée > 80 ans** : altération de l'état général, chutes répétées, dégradation cognitive, diarrhée, décompensation d'une pathologie antérieure sans facteur déclenchant identifié ;
- **Enfant** : comme la population générale, diarrhée, fièvre isolée du nourrisson.

### RECHERCHER LES SIGNES DE GRAVITE

#### → **Signes généraux**

Température > 40°.

#### → **Signes respiratoires**

Tachypnée > 24/mn ET saturation < 95% (ou < 90% si comorbidité respiratoire).

#### → **Signes hémodynamiques**

Hypotension artérielle (TAS < 100 mmHg) en l'absence de traitement anti hypertenseurs ;

---

<sup>1</sup> Est considéré comme contact étroit toute personne qui a partagé le même lieu de vie qu'un malade confirmé, depuis l'apparition des symptômes chez ce dernier ou dans les 24h précédentes ou a eu un contact direct avec le malade, en face à face, à moins d'1 mètre ou pendant plus de 15 minutes (Santé Publique France, mars 2020).

FC > 120/mn ;  
Trouble du rythme non connu ;  
Oligurie et ou signes objectifs de déshydratation (pli cutané, sécheresse muqueuse...).

→ **Signes neurologiques**

Altération de la conscience, confusion, ralentissement idéo-moteur, somnolence.

## **ETAPE 2 : ECARTER LES DIAGNOSTICS ALTERNATIFS ET CONFIRMER LE DIAGNOSTIC COVID 19**

### **ECARTER LE DIAGNOSTIC ALTERNATIF**

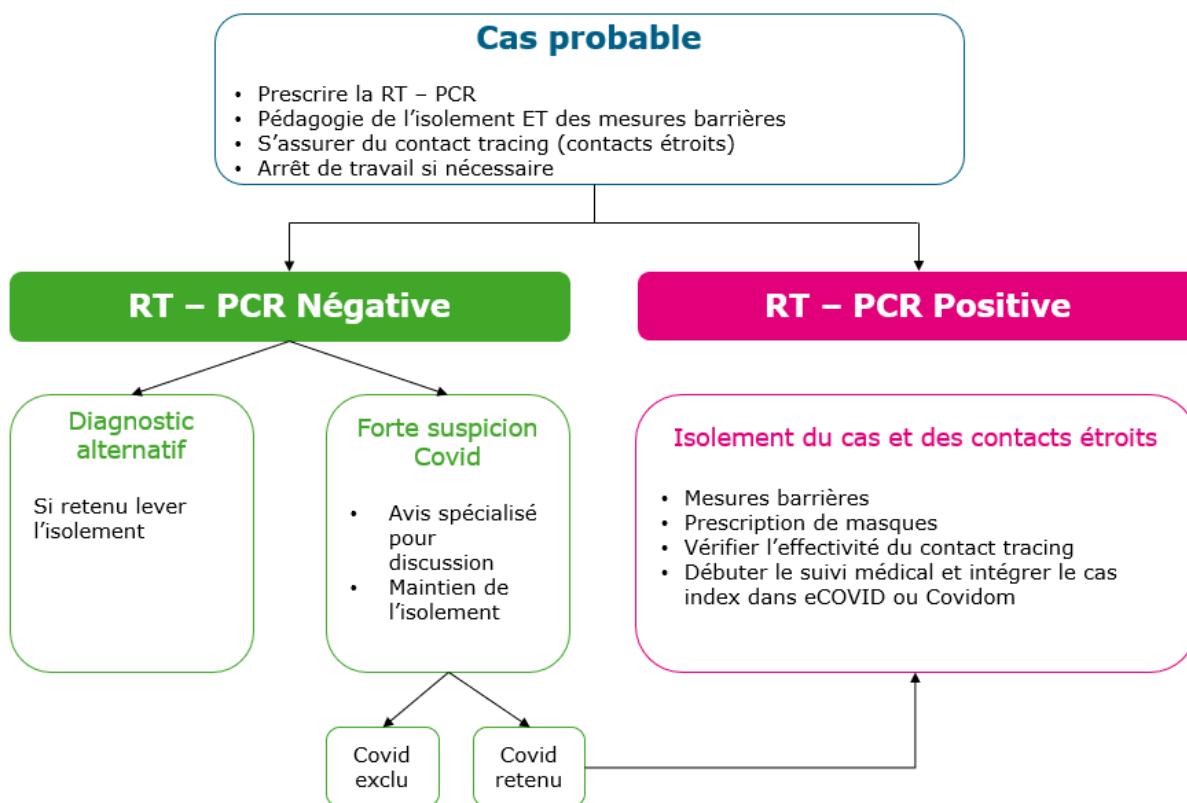
- Pneumonie bactérienne (S. Pneumoniae +++ ) voire Légionellose sur terrain à risque ;
- Sepsis X notamment chez la personne âgée ;
- En cas de retour de zone endémique, paludisme ou autres infections.

### **CONFIRMER LE DIAGNOSTIC COVID**

- Signes accessoires : lymphopénie / éosinopénie, TDM + inj. de P.d.C iodés si l'on suspecte une embolie pulmonaire (**pas d'indication de TDM pour le diagnostic d'une CoViD 19**) ;
- R.T – P.C.R à la phase symptomatique. **Ne pas faire de RT – PCR (sauf indication discutée avec un infectiologue) aux patients victimes préalablement d'une CoViD 19** ;
- Pas de sérologie avant le 10ème jour.

## ETAPE 3 : BRISER LES CHAINES DE TRANSMISSION

Figure 1 - Arbre décisionnel afin de briser les chaînes de transmission (source Protocole de continuité des soins Ville - Hôpital du Val d'Oise pour les patients Covid, mise en forme APTA 78)



## ETAPE 4 : DECIDER DE LA PRISE EN CHARGE ADAPTEE

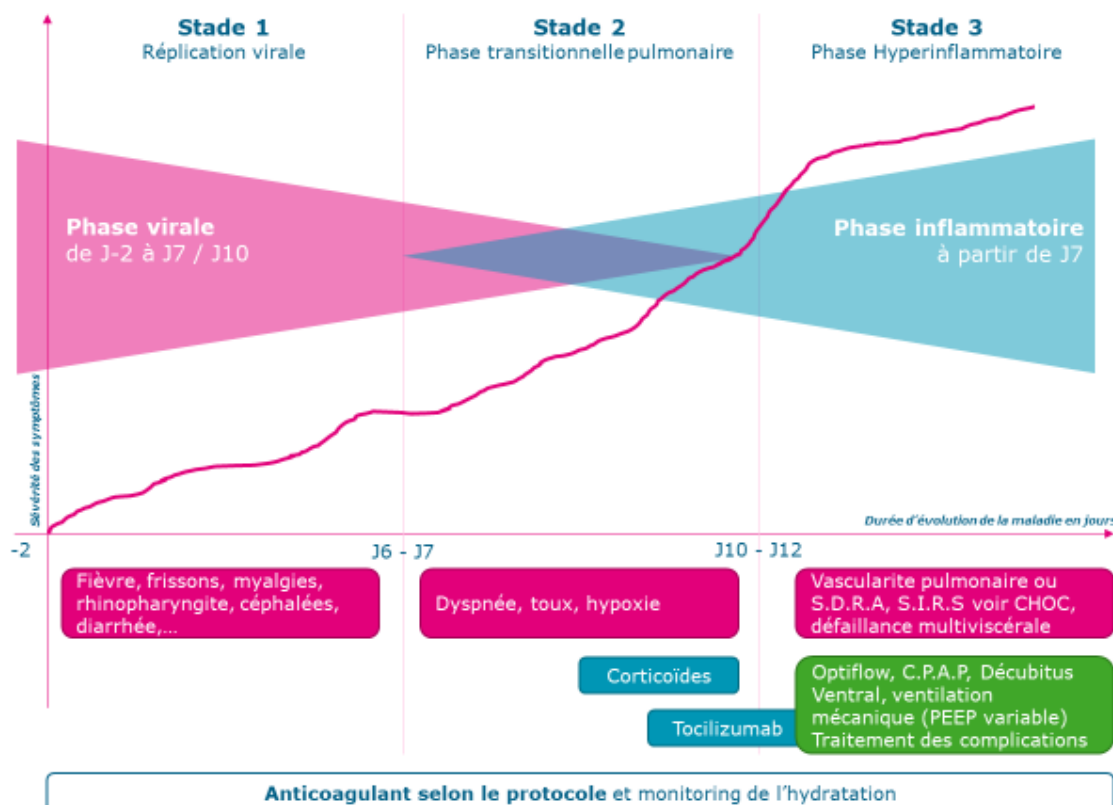
### IDENTIFIER LA TEMPORALITE DANS LA COVID 19 AU MOMENT DE LA PRISE EN CHARGE

Trois phases dans la Covid 19 :

- Phase **virale** de J-2 à J7 – J 10 du début des symptômes ;
- Phase **transitionnelle courte** : entre J 7 et J 10 (voir J 6 à J12) ;
  - Des formes modérées qui deviennent sévères ;
  - Des formes sévères qui deviennent critiques.
- Phase **inflammatoire** : à partir de J 7 par rapport au début des symptômes.

## J1 = premier jour des symptômes

Figure 2 - Sévérité des symptômes de la Covid 19 en fonction de la durée d'évolution de la maladie en jours (source prise en charge des patients atteints de COVID 19, protocole de continuité des soins ville-hôpital du Val d'Oise, mise en forme APTA 78)



### REPERER LES FACTEURS DE RISQUES DE FORMES INFLAMMATOIRES SEVERES

- Age > 65 ans
- Obésité dès I.M.C > 30 kg/m<sup>2</sup>
- Hypertension artérielle
- Diabète
- Terrain vasculaire comportant les A.T.C.D d'A.V.C, de coronaropathie ou de chirurgie cardiaque
- Insuffisance cardiaque stade N .Y.H.A 3
- Comorbidités respiratoires à risque de décompensation
- Insuffisance rénale chronique dialysée
- Néoplasie évolutive sous traitement,
- Cirrhose ≥ stade B,
- Syndrome drépanocytaire majeur et/ou asplénie
- Grossesse au troisième trimestre

Mention particulière pour les **immunodépressions** (médicamenteuse, greffe d'organe solide, hémopathie maligne sous traitement, VIH non contrôlé ou CD4) à **discuter avec l'infectiologue.**

## QUALIFIER LA FORME CLINIQUE LORS DE LA PRISE EN CHARGE

### → Formes légères

Anosmie / agueusie, Myalgies, Céphalées, Troubles digestifs (nausées diarrhées), Kératoconjunctivite, Engelures, ...

### → Formes modérées

Syndrome grippal associant Fièvre autour de 39°, Myalgies, Toux mais Absence de dyspnée (saturation et fréquence respiratoire demeurant dans les valeurs cibles).

### → Formes sévères

Syndrome général marqué (fièvre > 39° avec asthénie +++), Pneumonie (Toux, Douleurs thoraciques, Polypnée > 25/mn et Sat < 94% ou PaO<sub>2</sub> / FIO<sub>2</sub> < 300), Maladie thrombo Embolique (A.V.C, Embolie pulmonaire, infarctus splénique...), Défaillance rénale, Colite sévère...

## PRISES EN CHARGE ET ORIENTATIONS EN FONCTION DE LA TEMPORALITE ET DE LA FORME CLINIQUE

### Dans tous les cas

- Les antis inflammatoires non Stéroïdiens sont contre indiqués
- Pas d'indication à un traitement par Hydroxychloroquine
- Pas d'indication spécifique à un traitement par Azythromycine

## 1.Phase virale J-2 à J7 – J10 du début des symptômes

### → Formes légères et modérées

- Traitement symptomatiques (paracétamol, anti spasmodique si douleurs abdominales, ...) ;
- Prévention des complications thrombo-emboliques ;
- Pour les patients à risque de formes sévères proposer un bilan biologique systématique au 7ème jour avec à minima NFS, CRP, D-dimères, Fibrinogène.

### → Formes sévères d'emblée

#### Formes sévères d'emblées

**Fièvre > 40°**

Ou

**Tachypnée > 24 / mn malgré Oxygène 2l/mn**

Ou

**Maintien impossible d'une saturation ≥ 94%** (ou 90% si comorbidité respiratoire) avec un débit de 2l/mn maximum



- Adresser le patient vers le CH référent ;
- Anticoagulation.

## 2.Phase transitionnelle J7 et J10 (Voir J6 à J12)

Rappel téléphonique systématique au cours de la phase transitionnelle.  
Les formes critiques sont d'ores et déjà hospitalisées.

### → Formes légères devenant modérées

- Traitement demeure identique ;
- Introduire une prévention thrombo-embolique (quelle modalité ?) ;
- Personnes âgées de plus de 75 ans s'assurer de l'hydratation quotidienne  $\geq 1500$  cc par jour et le cas échéant y suppléer par hypodermoclyse de S. Physiologique 1000 cc/j ;
- Renforcer le suivi ambulatoire QUOTIDIEN.

### → Formes modérées évoluant vers le sévère

- Evaluer les besoins d'une oxygénothérapie. Si le débit doit être supérieur à 2l/mn adresser au C.H référent. A domicile le débit doit demeurer  $\leq 2$ l/mn à domicile pour maintenir les objectifs de saturation :
  - 95% en l'absence de comorbidité respiratoire ;
  - 90% (88 à 92%) en présence de comorbidité respiratoire.
- Assurer une prévention thrombo-embolique ;
- En cas de nécessité d'une oxygénothérapie introduire une corticothérapie générale ;
- Chez la personne âgée  $> 75$  ans s'assurer d'une hydratation quotidienne efficace  $\geq 1500$  cc par jour et le cas échéant y suppléer par hypodermoclyse de S. Physiologique 1000 cc/j (S.S.I.A.D) ;
- Le relevé des constantes sur l'outil de suivi doit se faire au minimum toutes les 6h.

### 3.Phase inflammatoire à partir de J7 par rapport au début des symptômes

#### → Formes légères et modérées

- Le traitement demeure symptomatique ;
- Levée de l'isolement prophylactique.

#### → Formes sévères

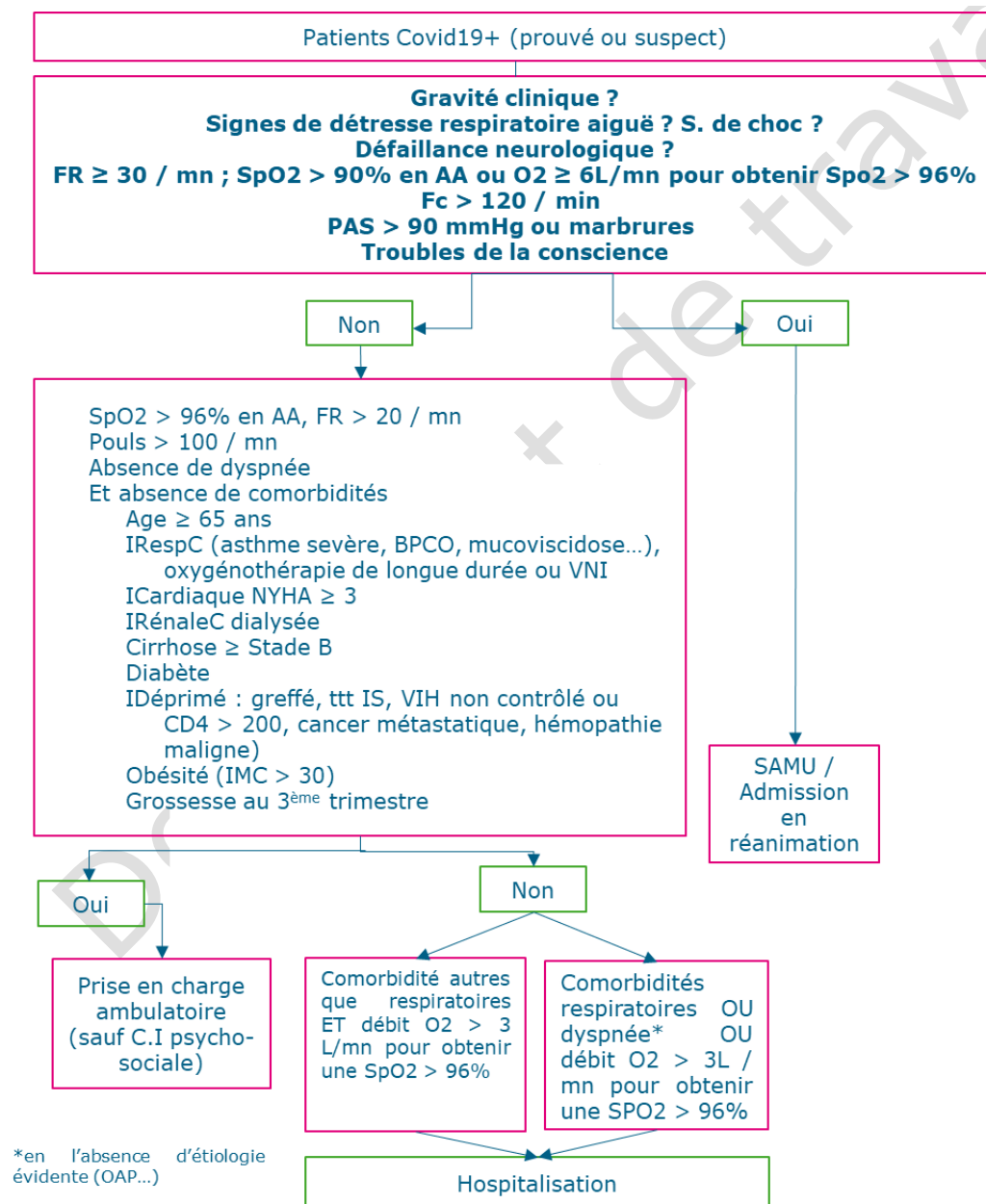
Formes sévères depuis la phase transitionnelle	Formes devenant sévères à l'issue de la phase transitionnelle
<ul style="list-style-type: none"><li>• Vérifier la stabilité des besoins en O2 ;</li><li>• Prévoir un bilan biologique au J12 (idem bilan J7) ;</li><li>• Poursuivre les traitements anticoagulants et la corticothérapie</li><li>• Motiver une hospitalisation en cas de :<ul style="list-style-type: none"><li>- Dégradation respiratoire (FR et/ou Saturation sous O2) et rechercher une complication de type Embolie pulmonaire ;</li><li>- Fièvre &gt; 39° ;</li><li>- Décompensation d'une comorbidité (ex : acidocétose, trouble du rythme...).</li></ul></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluer les besoins en O2 pour maintenir une FR ≤ 24/mn et Sat. ≥ 94% ;</li><li>• Vérifier l'observance du traitement anti coagulant et rechercher une complication thrombo-embolique si ce n'est pas le cas ;</li><li>• Motiver une hospitalisation si :<ul style="list-style-type: none"><li>- Corticothérapie déjà en place ;</li><li>- Besoins en O2 &gt; 2 l/mn pour maintenir saturation &gt; 94% et FR &lt; 25/mn ;</li><li>- Diagnostic de complication (myocardite, évènement thrombo-embolique, acidocétose...).</li></ul></li></ul>

### 3. L'HOSPITALISATION

La phase d'hospitalisation des patients Covid-19 est protocolisée par les établissements sanitaires.

#### 3.1. CRITERES D'HOSPITALISATION DES PATIENTS COVID19+ (CONFIRMES OU SUSPECTS)

Figure 3 - Arbre décisionnel d'hospitalisation patients Covid19+ (prouvé ou suspect). Source CHV 2020



### **3.2. DES PRISES EN CHARGES HOSPITALIERES ORGANISEES DEPUIS LA PREMIERE VAGUE**

- Protocole hospitalier expliquant les prises en charges à l'hôpital ;
- Se référer aux protocoles hospitaliers

Document de travail

## 4. L'AVAL DE L'HOSPITALISATION

### 4.1. DE L'HOPITAL VERS LA VILLE DES PREREQUIS

La sortie des patients atteints de CoViD 19 peut s'effectuer à toutes les phases de la pathologie avec cependant des objectifs de prise en charge différents selon ces phases.

#### → Pré requis à la sortie

- Une inscription du patient sur une plateforme de télésurveillance Covidom ou eCOVID ;
- Chaque patient doit avoir un médecin référent en ville ou orientation vers CPTS/DAC et en préfiguration ou la CTAI APTA 78 (cf. document d'organisation générique) ;
- Un contact systématique entre l'hôpital et le médecin référent du patient en ville (via des outils de communication adaptés) ;
- Un compte rendu d'hospitalisation doit être disponible pour le médecin référent ;
- Des prescriptions hospitalières à destination des infirmiers de ville ;
- Des permanences doivent être organisées pour assurer les prises en charge le week-end en ville ;
- Un arrêt de travail est donné au patient ;
  - Au moins 7 jours après le début des signes cliniques et 2 jours sans fièvre ni dyspnée (ou retour à l'état respiratoire antérieur au Covid-19) en l'absence de facteurs de risque de Covid-19 grave ;
  - Au moins 9 jours après le début des signes cliniques et 2 jours sans fièvre ni dyspnée (ou retour à l'état respiratoire antérieur au Covid-19) chez les personnes immunodéprimées ou  $\geq 65$  ans ;
- Le matériel pour assurer le suivi du patient doit être disponible en ville ;
- Une fiche d'information Covid 19 est remise au patient à la sortie d'hospitalisation, disponibles sur <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>.

#### → Critères de sortie d'hospitalisation

- Stabilité respiratoire et générale avec sevrage en oxygène  $\geq 24$  heures ;
- Pas de critère virologique nécessaire ;
- Confinement à domicile, s'il est possible jusqu'à J14 DSF ou collectif si retour à domicile impossible pour raison environnementale ou psycho-cognitive.

#### → Contre-indication au confinement à domicile

- Impossibilité de disposer d'une pièce individuelle avec ouverture possible des fenêtres (dormir seul) ;
- Présence de personne(s) avec comorbidité à domicile ;
- Risque de mauvaise tolérance psychologique au confinement ;
- Risque de non adhésion ;
- Refus du patient.

## 4.2. DES SORTIES A TOUTES LES ETAPES DE LA PRISE EN CHARGE

### SORTIES A LA PHASE VIRALE (AVANT LE 7EME JOUR)

Une sortie d'hospitalisation avant l'apparition des symptômes nécessite une **grande prudence**. Elle est :

- **Possible** pour les patients sans comorbidités si stabilité respiratoire et générale avec sevrage en oxygène  $\geq 24$  heures ;
  - **Prudente** pour les patients avec comorbidités si stabilité respiratoire et générale, avec sevrage en oxygène  $\geq 24$  heures. Un recul d'une semaine d'hospitalisation est souvent nécessaire.
- **Les formes non sévères chez des patients sans facteurs de risque d'évolution vers une forme sévère**
- Avertir sur les possibilités d'accentuation des symptômes à la phase transitionnelle et la nécessité de reconsulter en urgence en cas d'apparition d'une dyspnée ;
  - Traitement symptomatique.
- **Les formes non sévères chez des patients avec facteurs de risque d'évolution vers une forme sévère**
- Avertir sur les possibilités d'accentuation des symptômes à la phase transitionnelle et la nécessité de reconsulter en urgence en cas d'apparition d'une dyspnée ;
  - Traitement symptomatique ;
  - Anticoagulation prophylactique selon quel protocole ?.
- **Les formes sévères précoces, faiblement oxygéno requérante (débit inférieur ou égal à 2l/mn) avec ou sans facteur de risque de dégradation (ces formes sont exceptionnelles) :**
- Avertir sur la possibilité d'accentuation des symptômes à la phase transitionnelle et la nécessité de reconsulter en urgence en cas d'apparition d'une dyspnée ;
  - Bilan biologique à prévoir au 6ème ou 7ème jour et comportant NFS, CRP, d-Dimères, Fibrinogène ;
  - Consultation systématique vers le 7ème jour ;
  - Vérifier la continuité du traitement anticoagulant prophylactique ;
  - Diriger vers une hospitalisation si :
    - Gravité clinique , Signes de détresse respiratoire aiguë , S. de choc , Défaillance neurologique ;
    - FR  $\geq 30$  / mn ; SpO2  $> 90\%$  en AA ou O2  $\geq 6L/mn$  pour obtenir Spo2  $> 96\%$  ;
    - Fc  $> 120$  / min ; PAS  $> 90$  mmHg ou marbrures ; troubles de la conscience.

## SORTIES A LA PHASE TRANSITIONNELLE (ENTRE LE 7EME ET LE 10EME JOUR)

Ne devraient à priori pas avoir lieu puisque la phase transitionnelle justifiant d'une hospitalisation est définie comme une phase d'instabilité clinique qui justifie d'une évaluation.

Les sorties vers la ville signifient une stabilisation clinique.

## SORTIES A LA PHASE INFLAMMATOIRE (AU-DELA DU 10EME (12EME) JOUR)

### → **Maintien d'une anticoagulation préventive au moins jusqu'au J14 du début des symptômes.**

En cas de TVP/EP diagnostiquée au cours de l'infection COVID-19 et sans autre facteur de risque persistant, la durée du traitement recommandée est de 3 mois. Le relais par un AOD peut être instauré si sevrage en oxygène  $\geq$  24 heures, en l'absence de médicaments ayant des interactions médicamenteuses avec les AOD ou de gestes invasifs prévus.

Remarque : Chez la femme jeune, préférer l'ELIQUIS 5mg x2 /jour à partir du 7ème de traitement plutôt que XARELTO® surtout une contraception oestro-progestative a été arrêtée en cours d'hospitalisation.

### → **Suivi psychiatrique : la psychiatrie de liaison s'occupera de trouver des partenaires en ambulatoire si une continuité de la prise en charge est nécessaire.**

### → **Pour les patients ayant été hospitalisés en réanimation (SDRA) : TDM Thoracique de contrôle à 3mois (évaluation des lésions résiduelles dans le cadre d'un protocole > appel pneumologue 9229).**

### → **Les formes non sévères chez des patients sans facteurs de risque d'évolution vers une forme sévère**

- Avertir les patients sur les possibilités de complications retardées et la nécessité de reconsulter en urgence en cas d'apparition d'une douleur thoracique et/ou d'une dyspnée ;
- Traitement symptomatique.

### → **Les formes non sévères chez des patients avec facteurs de risque de forme sévère**

- Avertir sur les risques de complications retardées et la nécessité de reconsulter en urgence en cas d'apparition d'une douleur thoracique nouvelle et/ou d'une dyspnée ;
- Traitement symptomatique ;
- Anticoagulation prophylac selon quel protocole ?.

→ **Les formes sévères chez les patients avec ou sans facteurs de risques**

- Doivent avoir un débit d'O<sub>2</sub> stabilisé  $\leq 2$  l/mn ;
- Maintenir une vigilance vis-à-vis des complications potentielles y compris sous traitements (embolie pulmonaire, A.V.C, I.D.M, décompensation de diabète y compris acidocétose...);
- Chez les personnes âgées s'assurer d'une hydratation minimale (1 500 cc quotidiens) et le cas échéant proposer un apport parentéral (sous cutanée à privilégier). Une alimentation minimale doit être maintenue ;
- Dans tous les cas s'assurer de la bonne observance des traitements spécifiques prescrits :
  - Corticothérapie par voie générale prescrite pour 10 jours au total, sauf mention spécifique selon quel protocole ? ;
  - Anticoagulation prophylactique ou poursuite d'une anticoagulation efficace qui ne doit pas faire défaut selon quel protocole ?.
- Prévoir des explorations à M3  $\pm$  M6 DSF pour les patients ayant eu des formes sévères initialement :
  - Bilan clinique (idem bilan initial) ;
  - Bilan biologique (NFS plaquettes, CRP, fibrinogène, D-Dimères, ionogramme plasmatique, créatininémie, bilan hépatique complet, calcémie, phosphorémie, CPK, LDH, ferritine, électrophorèse des protides sériques, préalbumine, glycémie à jeun, HbA1c, T4I, TSH, cortisolémie entre 8h et 10h, ACTH. Si cortisolémie matinale  $< 360$  nmol/L et/ou asthénie importante, réaliser un test au synacthène ordinaire. Sérologie SARS-CoV-2.
- Prévoir idéalement en HDJ un scanner thoracique non injecté low-dose et des explorations fonctionnelles respiratoires avec DLCO si atteinte initiale respiratoire sévère :
  - Patients ayant nécessité une oxygénothérapie  $> 3$  L/min et/ou
  - oxygéo-requérance pendant  $> 1$  semaine et/ou
  - pneumopathie en verre dépoli de plus  $> 25\%$  de la surface du parenchyme et/ou
  - patients avec symptomatologie résiduelle marquée.



### \*Comorbidités

Selon les données de la littérature

- les personnes âgées de 70 ans et plus (même si les personnes âgées de 50 ans à 70 ans doivent être surveillées de façon plus rapprochée);
- les personnes avec antécédents (ATCD) cardiovasculaires : hypertension artérielle\* compliquée, ATCD d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV ;
- les diabétiques\* non équilibrés ou présentant des complications ;
- les personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale ;
- les patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée ;
- les malades atteints de cancer évolutif sous traitement.

Malgré l'absence de données dans la littérature, en raison d'un risque présumé de COVID-19 grave compte-tenu des données connues pour les autres infections respiratoires, sont également considérées à risque de COVID-19 grave :

- les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise :
  - médicamenteuse : chimiothérapie anticancéreuse, traitement immunosuppresseur, biothérapie et/ou corticothérapie à dose immunosuppressive ;
  - infection à VIH non contrôlée ou avec des CD4 < 200/mm<sup>3</sup>,
  - consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques ;
  - liée à une hémopathie maligne en cours de traitement,
- les malades atteints de cirrhose au stade B du score de Child Pugh au moins ;
- les personnes présentant une obésité morbide (indice de masse corporelle (IMC) > 40 kgm<sup>-2</sup>) : par analogie avec la grippe A(H1N1) pdm09 mais aussi, en cas d'obésité avec IMC > 30 kgm<sup>-2</sup> \* ;
- un antécédent de splénectomie ou une drépanocytose homozygote en raison d'un risque accru de surinfection bactérienne ;
- S'agissant des femmes enceintes, compte tenu des données disponibles et considérant qu'elles sont très limitées, il est recommandé d'appliquer les mesures ci-dessous au troisième trimestre de la grossesse.

## TRANSFERT DE PATIENTS AVEC COVID-19 EN SECTEUR DE SOINS DE SUITE ET READAPTATION GERIATRIQUE

- Au moins 48 heures après disparition de la fièvre vérifiée par une température rectale inférieure à 37,8°C en l'absence de toute prise d'antipyrétique depuis au moins 12 heures) ET nette amélioration de l'état respiratoire définie par un besoin en oxygène inférieur ou égal à 2 L/mn pour maintenir une SaO<sub>2</sub> au repos supérieure ou égale à 95 % ;
- En respectant un délai total par rapport au début des symptômes (à défaut de la première RT-PCR positive) pour l'application des mesures barrières variable selon le type de secteur.
  - vers un secteur Covid+ pour des patients dont le transfert se situe entre J10 et J24 du début des symptômes (ou à défaut de la PCR diagnostique),
  - secteur Covid free pour des patients dont le transfert dans ces secteurs se situe à plus de J24 du début des symptômes (ou à défaut de la PCR diagnostique).
    - o chambre individuelle ou double, ne dépendant que des comorbidités, notamment neuro-cognitives

- o si le patient en est capable, une formation à la friction hydro alcoolique (FHA) lui est donnée,
- o sortie de chambre possible avec masque chirurgical pour le patient et FHA à chaque entrée/sortie de chambre,
- o rééducation motrice hors chambre possible avec masque chirurgical et FHA,
- o activités et repas en groupe possibles avec distanciation sociale d'au moins 1m entre chaque patient.

## GRILLE DE SURVEILLANCE CLINIQUE A DOMICILE

Surveillance clinique COVID-19							
Coordonnées du patient :				Médecin traitant :			
	interve- nant(s)						
		...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
SIGNES CLINIQUES							
Comment se sent le patient	0 très mal 10 très bien						
Frissons	Oui/Non						
Gêne respiratoire	Oui/Non						
Essoufflement	Repos/effort						
Toux	Oui/Non						
Expectorations	aspect						
Douleurs thoraciques	Oui/Non						
Dysgueusie	Oui/Non						
Anosmie	Oui/Non						
Troubles digestifs	Oui/Non						
Myalgies	Oui/Non						
Asthénie	Oui/Non						
Céphalées	Oui/Non						
Déshydratation	Oui/Non						
Altération de la conscience	Oui/Non						
CONSTANTES VITALES							
Température	X °C						
Spo2	X%						
Fréquence respiratoire	X/min						
Débit O2	litre/mn						
Pression artérielle	mmHG						
Pulsations	/min						
Autres symptômes							

## 5. ANNEXES

### 5.1. FICHE SYNTHÈSE PRISE EN CHARGE AMBULATOIRE DES PATIENTS COVID-19

#### Prise en charge des patients avec une infection Covid 19 en ville

- Toujours avoir une approche clinique globale du patient : tout n'est pas COVID. La clinique est encore plus fondamentale en période épidémique ;
- Connaître les comorbidités du patient et ses traitements qui peuvent interagir avec des signes cliniques de gravité (ex : B Bloquants, antihypertenseurs etc...) ;
- Evaluer la fiabilité de l'entourage familiale ou amicale.

#### Evaluer le J1 de l'infection

Contagiosité /symptômes (majorité des cas)		J-2 à J+7
Durée d'incubation	Médiane	5 à 6 J
	Extrêmes	1 (2,5%) à 14 J
Délai médian entre symptômes et dyspnée		8 J
Délai médian entre symptômes et réanimation		10,5 J

**Zone dangereuse** entre 7 et 10 jours après le début des symptômes

**Traitement de fond** à poursuivre et traitement symptomatique

**Pas de corticothérapie avant J7** (décision collégiale)

#### Traitement anticoagulant préventif

- Si mobilisation réduite dès le début
- Si forme modérée ou sévère
- Traitement anticoagulant curatif si dg TVP ou EP évoqué et APPEL
- Pas de traitement curatif d'emblé

**Oxygénothérapie but** : SpO2 entre 92 et 96%

**Le passage d'une forme L ou M vers une forme S peut être rapide**

#### Facteurs composites de bon sens clinique

- **Tout aggravation d'un facteur composite doit conduire à un APPEL**
- **Les surinfections sont rares (2 à 3%) l'antibiothérapie doit donc être évaluée**

Tableau pour classer l'infection Covid 19

	Légère(L)	Modérée(M)	Sévère(S)
Température	< 39	< 39	> 40
Conscience*	N	N	Altérée
Marbrures	Non	Non	Oui
Essoufflement au repos*	Non	Non à faible	Oui
Essoufflement a l'effort*	Non	Non à faible	Oui
F Respiratoire *	< 20	> 24	> 24
SpO2 % au repos*	> 92%	> 92%	< 92%
Débit O2 l/mn	0 à < 2l	< 3l	≥3l
F cardiaque *	< 100	< 100	> 120
Tension A systolique *	Normale	Normale	< Normale attendue < 10
ATTITUDE	< J 10 > J 10	Surveillance + Surveillance	Surveillance ++ Surveillance+ <b>Appel référent ou SAMU</b>

\*par rapport à un état de base connu selon comorbidités et traitements

Bilan et cinétique	J0	J7
Leucocytes		
Lymphocytes		
D Dimères		
Fibrinogène		
CRP		
TP-TCA		
Créatinémie		
ASAT-ALAT-GGT-Bilirubine		
Troponine		

**Le Scanner thoracique** est discuté pour les formes M et systématique pour les formes S

**L'ECG** est systématique si possible

## 5.2. FICHE DE TRANSMISSION VILLE-HOPITAL

Destinée aux professionnels de soin (pas aux patients, numéros confidentiels)

Médecin traitant

**SECTEUR ....., CPTS .... - 06. - MAIL**

A transmettre au plus tard la veille de la prise en charge (avant 17h00) à MAIL JOINDRE IMPERATIVEMENT LES ORDONNANCES

**Nom/Prénom du patient**

**DDN**

**Tél**

**Adresse**

**Mail**

**Personne de confiance joignable (nom/liens/tél)**

**Médecin hospitalier référent (nom/service/tél)**

**Médecin généraliste (nom/tél)**

**Infirmier référent (nom/tél)**

**Retour à domicile prévu le :**

**Nombre de passages/jour :**

**1) Oxygène (installation organisée par l'hôpital)**  OUI  NON

Si oui, DEBIT :

DUREE :

**2) Injection d'anticoagulant**  OUI  NON (tant que possible une injection par jour)

Si oui, MOLECULE :

DOSE :

DUREE :

**3) AUTRE(S) SOIN(S) :**

DEXTRO

INJECTIONS D'INSULINE

PRELEVEMENT SANGUIN

SUPERVISION DU TRAITEMENT PER OS / PREPARATION PILULIER

DUREE :

**4) SURVEILLANCE :**

CONSTANTES POULS / TA / SATURATION / FR

Date nom et signature du prescripteur

Selon le niveau des soins requis, la prise en charge du patient sera assurée par la CPTS ou l'HAD ou .....

**Niveau 1 : (10h00-18h00)**

- O2 1 à 2 l/mn
- Anticoagulation préventive x1/j
- Si actes infirmiers en sus, reconduction de l'organisation déjà en place antérieurement à l'hospitalisation (ex : insuline, pilulier)

**Niveau 2 : (8h30 -17h30)**

Pour les patients autonomes

- O2 2 à 4l/mn
- Instabilité médicale ou décompensation d'une comorbidité (diabète,...)
- Soins IDE >1 lovenox/j
- Amaigrissement > 8% poids pendant l'hospitalisation
- Isolement important nécessitant une vigilance et un travail social immédiat

Pour les patients en perte d'autonomie

- En sus aidant présent 24/24

Pour joindre un médecin au SMIT, pour un avis ou une ré-hospitalisation, appeler le médecin référent (cf encadré) ou le 01 (24/24 7/7)

En cas d'aggravation secondaire en vue d'une admission, appeler le numéro médical d'urgence

Document de travail

### 5.3. ANNUAIRE DES CENTRES HOSPITALIERS

Groupement hospitalier de territoire	Nom de l'établissement	Site	Contact et adresse	Ligne téléphonique directe
<b>Yvelines Nord</b>	Centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye (CHIPS)	Poissy	01 30 74 61 00 45 Rue du Champ Gaillard, 78300 Poissy	
	Centre hospitalier intercommunal de Poissy-Saint-Germain-en-Laye (CHIPS)	Saint-Germain-en-Laye	01 39 27 40 50 20 Rue Armagis, 78100 Saint-Germain-en-Laye	
	Centre Hospitalier Intercommunal Meulan les Mureaux (CHIMM)	Le site Henri IV, Meulan-en-Yvelines	01 30 91 85 00 1 rue du Fort, 78250 Meulan-en-Yvelines	
	Centre Hospitalier Intercommunal Meulan les Mureaux (CHIMM)	Centre Brigitte Gros, Meulan-en-Yvelines	01 30 22 42 10 1 Quai Albert 1er, 78250 Meulan-en-Yvelines	
	Centre Hospitalier Intercommunal Meulan les Mureaux (CHIMM)	Bâtiment Châtelain Guillet	01 30 22 42 44 3 rue des Annonciades, 78250 Meulan-en-Yvelines	
	Centre Hospitalier Intercommunal Meulan les Mureaux (CHIMM)	Site de Bécheville, Les Mureaux	01 30 91 85 00 1 rue Baptiste Marcet, 78130 Les Mureaux	
	Centre Hospitalier François Quesnay (CHFQ)	Mantes-la-Jolie	01 34 97 40 00 2 Boulevard Sully, 78200 Mantès-la-Jolie	

<b>Yvelines Sud</b>	Centre hospitalier Versailles	André Mignot, Le Chesnay	01 39 63 91 33 177 Rue de Versailles, 78150 Le Chesnay- Rocquencourt	
	Centre hospitalier Versailles	Richaud, Versailles	01 39 63 91 36 80 Boulevard de la Reine, 78000 Versailles	
	Centre hospitalier Rambouillet	Rambouillet	01 34 83 78 78 5 Rue Pierre et Marie Curie, 78120 Rambouillet	
	CH Plaisir	Site Mansart, Plaisir	01 30 79 57 57 220 Rue François Mansart, 78370 Plaisir	
	CH Plaisir	Site Marc Laurent, Plaisir	01 30 79 57 57 30 Avenue Marc Laurent, 78370 Plaisir	
	CH Plaisir	Site de l'Abbaye, Saint- Cyr l'école	01 30 79 57 57 1 rue de l'abbaye, 78210 Saint Cyr l'école	
	CH Vésinet	Vésinet	01 30 15 80 00 72 Avenue de la Princesse, 78110 Le Vésinet	

## 5.4. AIDE A LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES DE PLUS DE 75 ANS COVID 19 MAINTENUS A DOMICILE EN SOINS HABITUELS GRAND VERSAILLES

Astreinte gériatrique Grand Versailles – tel : **01 39 63 86 96**

**Population concernée** : patients « **SUSPECTS** » ou ayant une PCR + :  $t^{\circ} \geq 38^{\circ}\text{C}$  et signes respiratoires et/ou diarrhées, changement de comportement, chute ...

### **Prérequis**

- 1- Avoir un aidant présent aux côtés du patient.
- 2- Pouvoir mettre en place une surveillance au domicile (conjoint, SSIAD, HAD...).
- 3- Disposer du matériel nécessaire à la surveillance : saturomètre, tensiomètre, thermomètre.
- 4- Disposer d'une biologie initiale standard : NFS, ionogramme sanguin, urée, créatinémie, CRP, TP, TCA, D-Dimères, fibrinogène.

**Discuter, au cas par cas, avec le médecin de l'astreinte gériatrique de la prise en charge sur place ou de l'opportunité de l'hospitalisation.**

**Mettre en place des mesures barrières** (cf fiche CPIAS)

### **Gérer les symptômes** :

- Fièvre, douleurs diffuses avec paracétamol si mal tolérées.
- Hydratation.
- Prévention TVP sous HBPM en préventif.
- Relai par anticoagulation par HBPM (ou HNF si clairance Cockcroft  $< 15$  ml/min) à dose efficace en SC, si anticoagulation par AVK ou AOD.
- Réévaluer avec le gériatre d'astreinte les traitements dans le contexte aigu.
- Si aggravation des signes respiratoires (toux productive...) : débuter une Antibiothérapie probabiliste.

### **Surveillance**

$T^{\circ} \times 3 / j.$

PA 1 à 2 / j.

Saturation O<sub>2</sub>  $\times 3 /$  jour minimum.

Fréquence respiratoire si aggravation respiratoire.

Possibilité de mettre en place une Oxygénothérapie nasale (objectif de Saturation en O<sub>2</sub>  $\geq 93\%$  sauf BPCO).

Biologie de contrôle à J8.

### **Anticiper la conduite à tenir en cas d'aggravation** :

Si perte d'autonomie ou AEG avec perte de poids.

Si nécessité d'O<sub>2</sub>  $> 3$  l / min pour maintenir une saturation en O<sub>2</sub>  $\geq 93\%$

Appel du gériatre d'astreinte pour anticiper et programmer une hospitalisation directe en gériatrie aiguë sans passage par les urgences.

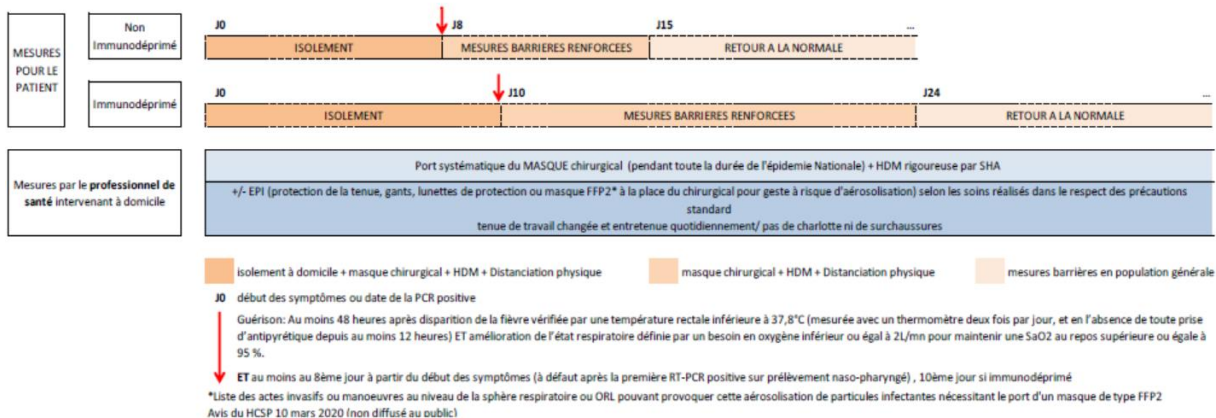


## HAD Santé Service :

Possibilité d'organiser une surveillance et un projet de soins à domicile et en EHPAD.  
Pour l'inclusion, appeler l'IDEC au **01 34 51 01 35**  
L'HAD rédigera, avec vous, des ordonnances anticipées (modèles disponibles).



### Conduite à tenir à domicile devant un patient Covid-19 Asymptomatique ou présentant une forme ambulatoire



# COVID 19

## APPUI AUX PROFESSIONNELS DE SANTE

Vous êtes professionnels de santé, vous exercez en libéral et vous avez un patient



Résidant sur le  
Grand Versailles\*



De plus de 60 ans



ou porteur de  
handicap



Dont la situation vous  
semble complexe



Une infirmière, une assistante sociale ou une psychologue de la MAIA, du PAT, ou du réseau REPY évalue et coordonne les actions nécessaires pour accompagner votre patient (Covid-19 ou non) dont le maintien à domicile est fragilisé par la situation de crise sanitaire.



Un dossier de coordination eCovid/Terr-eSanté est ouvert pour sécuriser la prise en charge. Vous pouvez bénéficier du soutien du Chef de de projet eParcours .



Contactez nous au  
01 30 83 60 00  
du lundi au vendredi  
ou [nikni@mda.yvelines.fr](mailto:nikni@mda.yvelines.fr)

\*Bailly, Bois-D'arcy, Bougival, Buc, Châteaufort, Fontenay-le-Flaury, La Celle-Saint-Cloud, Jouy-en-Josas, Le Chesnay-Rocquencourt, Les Loges-en-Josas, Noisy-le-Roi, Saint-Cyr-L'École, Toussus-le Noble, Versailles, Viroflay, Vélizy-Villacoublay, Renneville.