

# ***UP TO DATE PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN PÉRIODE D'ÉPIDÉMIE A SARS-COV2***

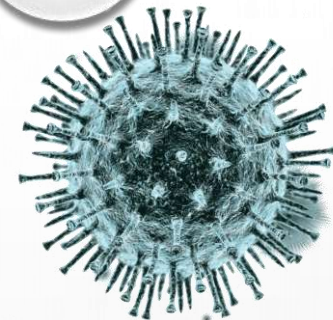
DR FREMERY ALEXIS - JEUDI 25 MARS 2020

25 233

CAS CONFIRMÉS  
EN FRANCE

1 331

DÉCÈS EN FRANCE



# INTRODUCTION

- IDENTIFICATION DU 1<sup>ER</sup> CLUSTER : 31 DÉCEMBRE 2019
- RÉSERVOIR ANIMAL : CHAUVE-SOURIS
- MORTALITÉ : 2% (PROBABLEMENT SURESTIMÉ)
- 15% DE CAS SÉVÈRES CHEZ LES SUJETS CONFIRMÉS
- 4.5% D'HOSPITALISATION EN RÉANIMATION
- 60-70% DE MORTALITÉ EN RÉANIMATION
- INDICE DE REPRODUCTION : 2.7
- FORMES PÉDIATRIQUES RARES : 0% DE DÉCÈS
- MORTALITÉ : PERSONNES ÂGÉES (10%)

Total Confirmed

**474 204**

Confirmed Cases by  
Country/Region/Sovereignty

**81 736** China

**74 386** Italy

**69 197** US

**49 515** Spain

**37 323** Germany

**27 017** Iran

**25 604** France

**10 909** Switzerland

**9 640** United Kingdom

Total Deaths

**21 313**

7 503 deaths  
Italy

3 647 deaths  
Spain

3 169 deaths  
**Hubei** China

2 077 deaths  
Iran

1 331 deaths  
France

465 deaths  
United Kingdom


356 deaths  
Netherlands



# CLINIQUE

- INCUBATION : 5,5 JOURS (IC 95% 4-7), EXTRÊMES 13 JOURS
- DÉLAI D'ADMISSION HOSPITALIERE : 6,5 À 8 JOURS APRÈS DÉBUT DES SYMPTOMES
- SYNDROMES PSEUDO-GRIPPAUX : FIÈVRE, FRISONS, CÉPHALÉES, MYALGIES, TOUX, ASTHÉNIE
- AUTRES : SYMPTOMES DIGESTIFS, ANOSMIE
- PEU DE SIGNES ORL
- 60% PATIENTS APYRÉTIQUES
- FORMES PEU/PAS SYMPTOMATIQUES FRÉQUENTES
- TDM : IMAGES BILATÉRALES EN VERRE DÉPOLI

DR FREMERY ALEXIS - JEUDI 25 MARS 2020



# DÉFINITION DES CAS *(EN DATE DU 13/03/20)*



- CAS POSSIBLE

- TOUTE PERSONNE PRÉSENTANT DES SIGNES CLINIQUES D'INFECTION RESPIRATOIRE AIGUE AVEC UNE FIÈVRE OU UNE SENSATION DE FIÈVRE

**ET** AYANT VOYAGÉ OU SÉJOURNÉ DANS UNE ZONE D'EXPOSITION A RISQUE DANS LES 14J PRÉCÉDANT LA DATE DE DÉBUT DES SIGNES CLINIQUES

- TOUTE PERSONNE PRÉSENTANT UNE PNEUMONIE AVEC AUTRE ÉTIOLOGIE EXCLUE DONT L'ÉTAT CLINIQUE NÉCESSITE UNE HOSPITALISATION OU DES SIGNES DE DÉTRESSE RESPIRATOIRE AIGUE SANS ÉTIOLOGIE ÉVIDENTE D'EMBLÉE

# DÉFINITION DES CAS *(EN DATE DU 13/03/20, ÉVOLUTION QUOTIDIENNE)*



- CAS PROBABLE

TOUTE PERSONNE PRÉSENTANT DES SIGNES CLINIQUES D'INFECTION RESPIRATOIRE AIGUE DANS LES 14 JOURS SUIVANT UN CONTACT ÉTROIT AVEC UN CAS CONFIRMÉ DE COVID-19

- CAS CONFIRMÉ

TOUTE PERSONNE SYMPTOMATIQUE OU NON AVEC UN PRÉLÈVEMENT CONFIRMANT L'INFECTION

# INDICATIONS D'HOSPITALISATION

- POLYPNÉE (FRÉQUENCE RESPIRATOIRE > 24 CYCLES/MIN AU REPOS).
- OXYMÉTRIE DE POULS (SP02) < 95% EN AIR AMBIANT.
- PRESSION ARTÉRIELLE < 100 MMHG.
- TROUBLES DE LA VIGILANCE.
- ALTÉRATION BRUTALE DE L'ÉTAT GÉNÉRAL OU DE LA VIGILANCE CHEZ LE SUJET ÂGÉ.



# CRITÈRES DE GRAVITÉ

- TEMPÉRATURE > 40°C.
- FRÉQUENCE RESPIRATOIRE SUPÉRIEUR À 24 CYCLES/MIN.
- SPO2 < 90% EN AIR AMBIANT OU OXYGÉNOREQUÉRANCE > 3L/MN\*
- PAO2 < 70 MMHG SUR GAZ DU SANG ARTÉRIEL.
- PA SYSTOLIQUE < 100 MMHG.
- TROUBLES DE LA VIGILANCE.
- LACTATES ARTÉRIELS > 2 MMOL/L.
- ANOMALIES BILATÉRALES À LA RADIOGRAPHIE OU AU SCANNER THORACIQUE.

# PRISE EN CHARGE



## TRANSMISSION PAR AÉROSOLISATION DE GOUTTELETTES ET CONTACT AVEC SURFACES SÈCHES

- ISOLEMENT AIR ET CONTACT RENFORCÉ
- ZONE SPÉCIFIQUE
- CHAMBRE INDIVIDUELLE, EN PRESSION NÉGATIVE AVEC TRAITEMENT D'AIR
- A DÉFAUT : PORTE FERMÉE, MESURES BARRIÈRES, AÉRER 10MIN/H, PRESSION AIRE NULLE

*Transmission aérienne opportuniste ?*

- INTUBATION, VENTILATION MANUELLE, VNI, TRACHÉOTOMIE

- OXYGÉNOTHÉRAPIE CONVENTIONNELLE (6L/MIN), SNG, ENDOSCOPIE BRONCHIQUE,

ASPIRATION BRONCHIQUES, PRÉLEVEMENTS RESPIRATOIRES, ASPIRATION DE LIQUIDES BIOLOGIQUES

DR FREMERY ALEXIS - JEUDI 25 MARS 2020



# HABILLAGE POUR PEC D'UN CAS INFECTÉ



- MASQUE FFP2
- SURBLOUSE ETANCHE MANCHES LONGUES + TABLIER IMPERMÉABLE
- FRICTIONS HYDRO-ALCOOLIQUE
- CHARLOTTE
- GANTS
- LUNETTES DE PROTECTION

**FORMATION HABILLAGE-DESHABILLAGE**

DR FREMERY ALEXIS - JEUDI 25 MARS 2020

# MASQUE



- CHIRURGICAL SI CONTACT < 1 MÈTRE D'UN PATIENT OU DE L'UN DE SES PROCHES
- CHIRURGICAL LORS D'ÉVALUATION D'UNE DÉTRESSE RESPIRATOIRE
- CHIRURGICAL SI (SOIGNANT) PRÉSENTANT UN SYNDROME VIRAL
- CHIRURGICAL SI (SOIGNANT) REVENANT D'UNE ZONE DE CLUSTER < 14 JOURS
- **FFP2 LORS D'ÉVALUATION D'UNE DÉTRESSE RESPIRATOIRE EN ZONE DE CLUSTER**



# MASQUE. PRÉCISIONS

- RESPECTER LES CONDITIONS D'UTILISATION DE LA NOTICE
- NE PAS RÉUTILISER UN MASQUE DÈS LORS QU'IL A ÉTÉ MANIPULÉ ET OTÉ DU VISAGE
- MASQUE CHIRURGICAL : MAX 4H
- MASQUE FFP2 : MAX 8H
- RESPECTER LES BONNES PRATIQUES D'ÉLIMINATION DES MASQUES
- **NE PAS UTILISER D'AUTRES TYPES D'ÉCRANS À LA PLACE DES MASQUES CHIRURGICAUX**



# ENTRETIEN DE L'ENVIRONNEMENT

## NORME EN 14476

- HYPOCHLORITE DE SODIUM : EAU DE JAVEL 0,1%
- ORGANOCHLORÉS 0,1%
- IODOPHORES : BETADINE 10%
- ETHANOL 70%
- GLUTARALDHEYDE 2% : STERANIOS
- AMMONIUM QUATERNAIRE 0,04% : ANIOSURF, SURFANIOS
- DÉRIVÉS PHÉNOLIQUES



# TRANSPORT INTRA-HOSPITALIER

- **INDICATION DES EXAMENS COMPLÉMENTAIRES A DISCUTER**
- **TRANSPORTS A PLANIFIER (RISQUE D'AÉROSOLISATION) :**
  - COULOIRS ET ASCENSEURS DÉGAGÉS
  - TENUE DE L'ÉQUIPE DE PEC D'UN CAS INFECTÉ
  - DÉSINFECTION DES MAINS
  - LIMITER LE NOMBRE DE PERSONNES IMPLIQUÉES
  - DÉSINFECTION DU MATÉRIEL

# VENTILATION MÉCANIQUE

**Volume : 6  
mL/kg  
PEP > 5 cmH2O  
Pplat < 30  
cmH2O**



- INTUBATION VIGILE SOUS FIBROSCOPIE : A ÉVITER
- VIDÉO-LARYNGOSCOPIE EN 1<sup>ÈRE</sup> INTENTION
- FILTRE À HAUTE EFFICACITÉ (HEPA)
- VENTILATION EN PRESSION POSITIVE QU'APRÈS GONFLAGE DU BALLONNET
- CURARISATION DÈS INTUBATION POUR ÉVITER LA TOUX
- EVITER LA VNI OU L'OXYGÉNATION A HAUT DÉBIT
- EVITER LES DÉCONNEXIONS DE CIRCUITS (CHANGEMENT DE FILTRES TOUTES LES 48H, SYSTÈMES D'ASPIRATION CLOS)

# SI VENTILATION NON INVASIVE (*À ÉVITER*)

## INDICATIONS : BPCO & OAP

- SOIGNANTS PROTÉGÉS
- MASQUE AU PATIENT AVANT VNI
- VNI ARRÊTÉE AVANT RETRAIT
- LIMITER LA PRÉSENCE DE SOIGNANTS DANS LA PIÈCE

# TRAITEMENT SPÉCIFIQUE *(PAS DE PREUVES SCIENTIFIQUES)*



- **MOLÉCULES PROPOSÉES POTENTIELLES**

- DÉTRESSE RESPIRATOIRE AIGUE

**REMDESIVIR** IVL 30MIN-1H : 200MG EN DOSE DE CHARGE PUIS 100MG 1X/J PENDANT 10-14 JOURS

- ATTEINTE PARENCHYMATEUSE SANS SIGNES DE GRAVITÉ

**LOPINAVIR/RITONAVIR** : 200/50MG X2/J PO PENDANT 14 JOURS

- A DÉFAUT :

**CHLOROQUINE** : 200MGX3/J OU 400MGX2 À J1 PUIS 400MG/J PENDANT 10 JOURS

## **ANTICORPS MONOCLONONAUX ?**

- **MOLÉCULES A NE PAS PRESCRIRE** : RIBAVIRINE, CORTICOIDES

DR FREMERY ALEXIS - JEUDI 25 MARS 2020

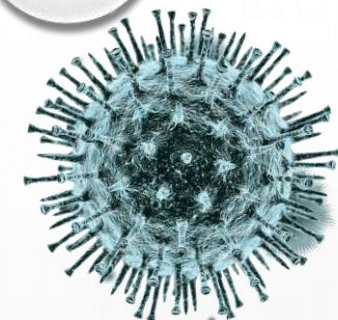




# TRAITEMENT ASPÉCIFIQUE

- COUVERTURE SYSTÉMATIQUE INFECTION/SURINFECTION DANS LES FORMES SÉVÈRES
- CO-CIRCULATION GRIPPE : OSELTAMIVIR À DISCUTER

# CRITÈRES D'ADMISSION EN RÉANIMATION



## 1- ANTICIPER

Le recours aux soins critiques pour les patients COVID+ sous Oxygène

Dans les EHPAD ET LES USLD, Au SAU, en MCO - Avant la gravité clinique + Traçabilité

## 2- RECUEILLIR

Les éléments décisionnels

### S'ADAPTER

Organisations locales  
Situation sanitaire

### SE COORDONNER

Parcours de soins  
Expertises

### INFORMER- SOUTENIR COMMUNIQUER

Les patients  
Les proches  
Les soignants  
Le grand public

### VOLONTES DU PATIENT

→ Exprimée  
→ Directives anticipées  
→ P. de confiance / Proches

### SINGULARITE CLINIQUE

→ Respiratoire  
→ Hémodynamique  
→ Neurologique  
→ Score SOFA

### SINGULARITE DU PATIENT

→ Fragilité = CFS  
→ Comorbidités  
→ Age  
→ Neuro-Cognitif

## 3- DECIDER

Sous la responsabilité d'un médecin après un processus collégial

### ADMISSION NON NECESSAIRE

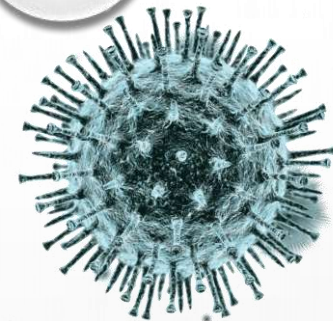
Hospitalisation MCO  
Surveillance  
Réévaluation

### ADMISSION IMMEDIATE

Sans/avec restriction  
Réévaluation

### ADMISSION REFUSEE

Hospitalisation MCO  
Soins palliatifs



# TESTS DIAGNOSTIQUES PRIORITAIRES

- **CRITÈRES LIÉS À LA GRAVITÉ DES TABLEAUX CLINIQUES**

- PATIENTS PRÉSENTANT UNE SYMPTOMATOLOGIE RESPIRATOIRE HOSPITALISÉS EN RÉANIMATION (SDRA NOTAMMENT) ;
- PATIENTS AVEC DES SYMPTÔMES ÉVOCATEURS DE COVID-19 HOSPITALISÉS POUR PNEUMOPATHIE HYPOXÉMIANTE ;
- SUIVI DE L'EXCRÉTION VIRALE CHEZ LES PATIENTS GRAVES DE RÉANIMATION AFIN DE GUIDER LE TRAITEMENT.

- **PERSONNEL DE SANTÉ AVEC SYMPTÔMES ÉVOCATEURS DE COVID-19**

- **CRITÈRES LIÉS À UNE SITUATION**

- PATIENT HOSPITALISÉ POUR UNE AUTRE CAUSE ET DEVENANT SYMPTOMATIQUE (TOUX OU FIÈVRE OU DYSPNÉE) ;
- DONNEURS D'ORGANES, TISSUS OU DE CELLULES SOUCHES HÉMATOPOÏÉTIQUES ;
- EXPLORATION D'UN FOYER DE CAS POSSIBLES (EN PARTICULIER EN COLLECTIVITÉS DE PERSONNES ÂGÉES)
- FEMMES ENCEINTES SYMPTOMATIQUES EN PARTICULIER AU COURS DES DEUXIÈMES ET TROISIÈMES TRIMESTRES



# SOURCES

- EPIDÉMIOLOGIE EN FRANCE

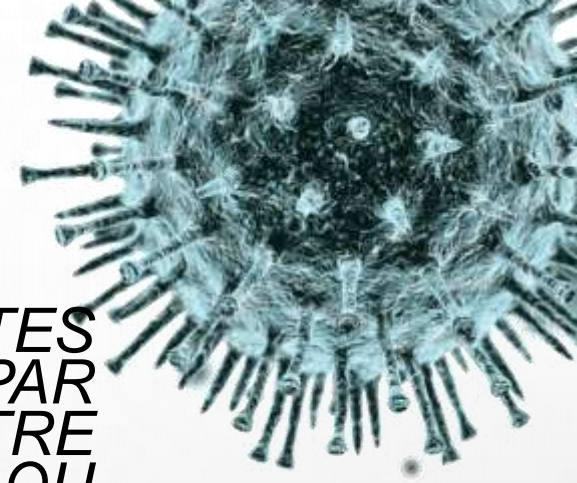
[HTTPS://WWW.SANTEPUBLIQUEFRANCE.FR/MALADIES-ET-TRAUMATISMES/MALADIES-ET-INFECTIONS-RESPIRATOIRES/INFECTION-A-CORONAVIRUS/](https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/)

- SUIVI EN TEMPS RÉEL DE LA PANDÉMIE

[HTTPS://GISANDDATA.MAPS.ARCGIS.COM/APPS/OPSDASHBOARD/INDEX.HTML#/BDA7594740FD40299423467B48E9ECF6](https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/BDA7594740FD40299423467B48E9ECF6)

- RECOMMANDATIONS ET AVIS

[HTTPS://WWW.SRLF.ORG/CORONAVIRUS/#BIBLIO](https://www.srlf.org/coronavirus/#BIBLIO)



**« LA PROTECTION DES ÉQUIPES SOIGNANTES PLACÉES AU CONTACT DES PATIENTS INFECTÉS, PAR LE COVID-19 NE PEUT EN AUCUN CAS ÊTRE SACRIFIÉE AU MOTIF DE RATIONNEMENT OU D'ÉPUISEMENT DES RESSOURCES DISPONIBLES. LA SÉCURISATION DES STRUCTURES DE SOINS EST UN PREREQUIS IMPÉRATIF À LA PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS INFECTÉS OU NON PAR LE COVID-19 ».**

COMMISSION D'ETHIQUE DE LA SRLF DU 20 MARS 2020

**MERCI POUR VOTRE ATTENTION.**