	RECOMMANDATIONS RÉGIONALES COVID 19	Création : I. Crassard / F. Woimant Date : 14/03/2020
		Validation technique par la direction métier : Date : 20/03/2020
		Approbation par la cellule doctrines : Date : 21/03/2020
		Validation par la CRAPS : Date : 22/03/2020
COVID-19 18	<i>Prise en charge en NEUROLOGIE</i>	Version : 1 Date : 22/03/2020 Diffusion : Partenaires ARS Site internet ARS

PRÉAMBULE

L'infection par COVID-19 est dans la grande majorité des cas sans gravité. Elle requiert cependant une vigilance particulière pour les patients présentant des fragilités, atteints de comorbidités (cf. annexe). Ainsi, concernant la neurologie, il peut s'agir de patients ayant un traitement immunosuppresseur (par exemple les patients avec scléroses en plaques sous traitement de fond), ceux ayant une tumeur cérébrale ou une maladie neurologique avec atteinte respiratoire (maladies musculaires, sclérose latérale amyotrophique...). Sachant qu'il s'agit souvent de patients âgés, ceci peut également concerner un grand nombre d'autres patients atteints de pathologies neurologiques, notamment les démences, les maladies neurodégénératives, les maladies rares à expression neurologique... L'enjeu est donc de protéger les patients atteints de pathologie neurologique de toute contamination et d'organiser la poursuite des traitements nécessaires dans la continuité des soins.

Dans le cadre de la pathologie neurovasculaire, la prise en charge en urgence des AVC reste une des priorités de la filière neurologique, y compris pour les patients porteurs du COVID 19, dans les meilleures conditions possibles pour les patients et les soignants.

Depuis le 18 mars 2020, en raison de la diffusion de l'épidémie, tous les établissements de santé (ES) d'Ile-de-France sont potentiellement concernés par la prise en charge de patients suspects ou confirmés de COVID19.

Il est demandé aux ES de réserver un étage ou un service de médecine, à la prise en charge des patients suspects ou confirmés de COVID19, nécessitant une hospitalisation (hors soins critiques) liée au COVID ou à une autre pathologie. Si les contraintes architecturales et fonctionnelles ne le permettent pas, il est demandé aux ES de proposer une solution pour contrôler au mieux les risques de contamination (réf¹).

¹ Préparation à la phase épidémique de COVID-19. Etablissement de santé, médecine de ville, établissements médico-sociaux. Guide méthodologique du 16 mars 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide-covid-19-phase-epidémique-v15-16032020.pdf>

Pour les autres services (réanimation, USC, USI, plateaux techniques interventionnels et non interventionnels), il est demandé aux ES

- De se préparer à prendre en charge des patients suspects ou confirmés de COVID19
 - En séparant les patients suspects ou confirmés de COVID19, des patients non COVID19
 - En assurant les règles d'hygiène renforcées
 - En appliquant les mesures barrière à tous (patients et personnels)
- De déterminer la proportion de patients suspects ou confirmés de COVID19 qu'ils peuvent prendre en charge dans chaque service.

À titre d'exemple, un ES a proposé de regrouper les patients de l'USIC et de l'USINV, pour dédier :

- Une USI à la prise en charge de patients suspects ou confirmés de COVID19
- L'autre USI à la prise en charge des patients sans signe évocateur de COVID19.

Objet du document

L'objet de ce document est de faire le point sur les recommandations actuelles sur la prise en charge de patients présentant une pathologie neurologique dans le contexte d'infection à COVID19.

Ce document a été élaboré par un groupe incluant les personnes suivantes :

- Pr Jean Louis Mas – président de la SFN (Société Française de Neurologie)/ bureau : Pr G Edan (Rennes), Pr C Tranchant (Strasbourg) , Pr JP Azulay (Marseille), Pr B Dubois (Paris), Pr C Moreau (Marseille) ; Pr S Dupont (Paris)
- Pr Bruno Stankoff – président de la Collégiale de neurologie APHP
- Dr Thomas de Broucker – président du CNNHG (Collège National des Neurologues des Hopitaux Généraux)
- Pr Emmanuel Touzé – président SFNV (Société Française Neuro Vasculaire)
- Dr Michel Gugenheim – président de l'ANLLF (Association des Neurologues Libéraux de Langue Française)
- Dr Isabelle Crassard, Dr France Woimant – référentes neurologie – ARSIF

Ces recommandations visent à homogénéiser la prise en charge régionale. **Elles seront sujettes à modifications dans le temps en fonction de l'évolution des connaissances sur le COVID-19, de la stratégie nationale et des orientations régionales.**

Les prises en charges sont présentées dans 3 tableaux ci-après :

- I. Pathologies chroniques
- II. Pathologie neurovasculaire aigue : Urgence
- III. Pathologies neurologiques en cours de bilan ou nécessitant des traitements en établissements de santé

Dans chacun de ces trois cas, les patients peuvent présenter ou non des signes évocateurs de COVID-19. Par ailleurs, certains de ces patients souffrants de pathologies chroniques sont considérés comme atteints de comorbidités, c'est-à-dire qu'ils sont à risque de développer une forme grave de l'infection virale COVID-19 (Annexe). Ils feront l'objet d'une prise en charge particulière.

I. Pathologies chroniques (SEP, Parkinson, ATCD AVC, épilepsie, démences...)

I.1 - SANS signes évocateurs de COVID19 (fièvre, frissons, signes respiratoires haut ou bas, courbatures...)

L'interrogatoire téléphonique lors de la prise de rendez-vous par le patient est important pour éliminer des signes de Covid19.

I.1.1. SANS décompensation de la maladie chronique	
Objectif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Protéger ces patients d'une infection COVID-19 et poursuivre leur prise en charge (surveillance, renouvellements d'ordonnance) dans des conditions sécurisées 2. Libérer les hôpitaux de cette activité pour leur permettre de se concentrer sur les patients graves (atteints de COVID-19 ou pas) en termes de personnels soignants et de locaux
CAT (Conduite A Tenir)	<ol style="list-style-type: none"> 1. A l'hôpital, déprogrammer les consultations hospitalières et les examens sur les plateaux techniques, si possible : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Réorienter ces patients sur une autre prise en charge sécurisée par rapport au risque infectieux : <ul style="list-style-type: none"> ○ Téléconsultation² ○ Consultation téléphonique ○ Adressage aux médecins de ville si ils peuvent exercer de façon sécurisée (en évitant les risques de contamination dans les salles d'attente) ○ Prolongation des ordonnances auprès des pharmaciens 2. En ville, déprogrammer les consultations en présentiel et les examens complémentaires si possible pour protéger les patients du risque de contamination et pour libérer des créneaux pour absorber les consultations hospitalières <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Réorienter ces patients sur une autre prise en charge sécurisée : <ul style="list-style-type: none"> ○ Téléconsultation ○ Consultation téléphonique ○ Intervention des IDE à domicile ○ Prolongation des ordonnances auprès des pharmaciens ○ Limiter la prescription d'actes kiné et orthophonistes non indispensables 3. Si la consultation en présentiel est indispensable à l'hôpital ou en ville : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ le premier interrogatoire téléphonique qui a éliminé des signes de COVID-19 doit être renouvelé par un rappel le jour de la consultation afin d'orienter au mieux le patient <ul style="list-style-type: none"> ○ Si possible, faire porter un masque chirurgical à tous les patients avec une comorbidité (Annexe) dès l'arrivée dans la structure (entrée dans l'hôpital, arrivée dans le cabinet médical) ○ Mettre en place toutes les mesures barrières et notamment en consultation et pour les séances : désinfecter le matériel (sièges, poignées, WC,...) entre 2 patients, éviter les attentes groupées, réduire les délais d'attente dans les salles d'attente, supprimer les journaux dans les salles d'attente, maintenir une distance de 1 m entre chaque patient, aérer fréquemment la salle d'attente ○ Appliquer les règles d'hygiène et de protection du personnel soignant (Annexe)

^{2 2} Dans le cas où la téléconsultation réalisée conduit à établir une ordonnance à destination du patient, celle-ci doit être transmise au pharmacien choisi par le patient via une messagerie sécurisée de santé ou être déposée dans le dossier patient dans le cas de l'usage d'une solution de téléconsultation intégrant cette fonctionnalité. À défaut, l'ordonnance peut être transmise directement au patient par messagerie.

	I.1.2. AVEC décompensation de la maladie chronique nécessitant une hospitalisation
CAT	<p>Hospitaliser dans un secteur/service d'hospitalisation identifié non COVID-19 en prenant toutes les mesures nécessaires pour éviter une contamination.</p> <p>Dans la mesure du possible, les patients non COVID avec pathologie neurologique nécessitant une hospitalisation doivent aller dans des services de neurologie dans l'établissement le plus proche et/ou ils sont suivis habituellement</p>

**I.2. AVEC signes évocateurs de COVID-19
(fièvre, frissons, signes respiratoires haut ou bas, courbatures...)**

	I.2.1 SANS décompensation de la maladie chronique		
Situations	<p>1° cas :</p> <p>pas de signe de gravité respiratoire ET pas de comorbidité (annexe 1)</p>	<p>2° cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit infection respiratoire basse bénigne + comorbidités (annexe) • soit (1 seul des items) <ul style="list-style-type: none"> - pneumopathie aiguë hypoxémiante oxygéo-requérante - FR >22/min - SpO2 < 90% en air ambiant - PA systolique <90 mmHg - Altération de la conscience - Déshydratation - AEG brutale chez le sujet âgé 	<p>3° cas :</p> <ul style="list-style-type: none"> • soit pneumopathie aiguë hypoxémiante oxygéo-requérante + comorbidités (annexe) • soit PaO2 ≤70mmHg
Objectif	Protéger l'environnement (patients et soignants) d'une contamination par le virus du COVID19 en prenant en charge le patient dans des conditions sécurisées	Protéger le personnel soignant et les patients non COVID19 de l'infection en permettant de prendre en charge les patients COVID19 dans la qualité et la sécurité	Protéger le personnel soignant et les patients non COVID19 de l'infection en permettant de prendre en charge les patients COVID19 dans la qualité et la sécurité
PCR	Pas de nécessité de confirmer le diagnostic par une PCR	<p>Dans la mesure du possible, confirmer le diagnostic par une PCR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • A domicile (exemple : IDE envoyé à domicile pour faire un prélèvement naso-pharyngé) • Sinon (oxygéo requérante, troubles de la conscience,...) dans une unité hospitalière dédiée aux confirmations diagnostiques (UHCD, SAS,...), attente du résultat pendant 8h. 	Le diagnostic sera confirmé par une PCR en REA

<p>CAT</p>	<p>1. Consultation médicale initiale (En téléconsultation, consultation par téléphone, en présentiel par médecin traitant)</p> <p>2. Prise en charge à domicile :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Confinement (annexe) • Traitement symptomatique +/- arrêt de travail • Surveillance (autosurveillance, surveillance téléphonique, surveillance à domicile par IDE ou médecin, télésurveillance, téléconsultation) du COVID-19 et de décompensation de la maladie chronique, selon une fréquence définie par la consultation initiale Expliquer au patient les critères à surveiller et que faire en cas d'aggravation • Consultation médicale ou téléconsultation à J7 du début des signes (en présentiel ou téléconsultation) 	<p>1. Hospitaliser dans le secteur/service de l'établissement de santé réservé aux COVID19 (en fonction de l'organisation de l'ES : SMIT, pneumo, médecine...)</p> <p>2. Contacter le 15 pour la destination et le transport (SMUR ou ambulance dédiée COVID-19)</p>	<p>1. Hospitaliser en REA, dans la partie réservée COVID-19</p> <p>2. Contacter le 15 pour la destination et le transport (SMUR ou ambulance dédiée COVID19)</p>
<p>Protection du personnel</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lors d'une consultation médicale ou para médicale, le professionnel de santé et le patient doivent porter un masque • Si le patient se rend en consultation, il doit prévenir en amont le personnel soignant de son arrivée et signaler sa condition 		

	I.2.2 AVEC décompensation de la maladie chronique
CAT	Hospitaliser si possible dans l'établissement où le patient est suivi habituellement.

II. PATHOLOGIE NEUROVASCULAIRE : Urgence

II.1. SANS signes évocateurs de COVID-19

(Fièvre, frissons - Signes respiratoires haut ou bas (toux,...) - Autres signes d'infection virale (courbatures,...))

Objectifs	Traiter le patient en le protégeant d'une contamination COVID
CAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hospitaliser en USINV +/- prise en charge en salle de neuroradiologie interventionnelle dans le secteur dédié aux patients sans signes évocateurs de COVID 19 2. appliquer des règles d'hygiène stricte dans les locaux communs
Moyens	Contacteur le 15 pour la destination et le transport

II.2. AVEC signes évocateurs de COVID-19

(Fièvre, frissons - Signes respiratoires haut ou bas (toux,...) - Autres signes d'infection virale (courbatures,...) ; Date de début des signes)

Objectifs	Protéger le personnel soignant et les patients non COVID-19 de l'infection en permettant de prendre en charge les patients COVID-19 dans la qualité et la sécurité
CAT	<ol style="list-style-type: none"> 1. Prise en charge au sein du parcours identifié COVID-19 dans l'ES ayant une USINV, par l'équipe de l'USINV +/- de neuroradiologie interventionnelle 2. En fonction du tableau neurologique, hospitaliser en SMIT, en pneumo, en service de médecine dédié COVID-19 ou en REA ; la prise en charge est effectuée en lien avec l'équipe de l'USINV. 3. Si impossibilité, hospitaliser en USINV <p>Important : L'USINV doit identifier des lits COVID-19 dans ce cas, dans des zones de moindre circulation, en chambre individuelle et le plus à distance des autres lits. Appliquer des règles d'hygiènes strictes³.</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. La confirmation du diagnostic par une PCR ne doit pas retarder la mise en œuvre des traitements urgents (thrombolyse, thrombectomie...). Si la PCR ne peut pas être faite d'emblée, considérer le patient comme Covid+ jusqu'à réception du résultat

³ Cf AVIS de Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) du 28 janvier 2020 relatif aux mesures d'hygiène pour la prise en charge d'un patient considéré comme cas suspect, possible ou confirmé d'infection à 2019-nCoV

<https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/01/Avis-prise-en-charge-2019-nCo-28-01-2020.pdf>

AVIS du Haut Conseil de la santé publique du 18 février 2020 relatif au traitement du linge, au nettoyage d'un logement ou de la chambre d'hospitalisation d'un patient confirmé à SARS-CoV-2 et à la protection des personnels et du 17 mars 2020 1 relatif à la réduction du risque de transmission du SARS-CoV-2 par la ventilation et à la gestion des effluents des patients COVID-19, cf <https://www.hcsp.fr>

Moyens	<p>Contacteur le 15 pour la destination et le transport</p> <p>La mise en place d'un parcours dédié d'un patient «cas possible » Covid-19 doit être anticipée et prédéfinie. Ce parcours doit être identifié en lien avec le SAMU-Centre 15 pour l'admission des patients et régulièrement testé</p>
---------------	--

II.3. Patient COVID19 confirmé, déjà hospitalisé, qui présente une pathologie neurovasculaire aigue sévère

Objectif	Protéger le personnel soignant et les patients non COVID19 de l'infection en permettant de prendre en charge les patients COVID19 dans la qualité et la sécurité
CAT	<p>1. Prise en charge par l'équipe de l'USINV +/- de neuroradiologie interventionnelle dans le secteur dédié aux patients COVID 19</p> <p>2. En fonction du tableau neurologique, hospitaliser en SMIT, en pneumo, en service de médecine dédié Covid+, ou en REA ; la prise en charge est effectuée en lien avec l'équipe de l'USINV.</p> <p>3. Si impossibilité, hospitaliser en USINV</p> <p>Important : L'USINV doit identifier des lits COVID dans ce cas, dans des zones de moindre circulation, en chambre individuelle et le plus à distance des autres lits</p> <p>Appliquer des règles d'hygiène strictes dans les locaux communs</p>

Les filières AVC doivent être maintenues ; d'éventuelles mutualisations entre services de soins critiques et/ou établissements pouvant être proposées.

III. Pathologies neurologiques en cours de bilan ou nécessitant des traitements en établissements de santé

III.1 Déprogrammable

Objectifs	<p>1. Protéger ces patients d'une infection virale</p> <p>2. Libérer les hôpitaux de cette activité pour leur permettre de se concentrer sur les patients graves (atteints de COVID19 ou pas) en termes de personnels soignants et de locaux</p>
CAT	Déprogrammer les HDJ et HDS pour lesquels il n'y a pas d'urgence ou de risque à suspendre la prise en charge

III.2 Non déprogrammable

Objectifs	Assurer la bonne prise en charge en protégeant patients et personnels de la contamination virale
CAT	<p>Sans signe évocateur de COVID19</p> <ul style="list-style-type: none"> - Patients suivis pour tumeur cérébrale en cours de chimiothérapie ou radiothérapie (voir recommandations »doctrine oncologie)⁴ - Patients SEP ayant un traitement de fond : Les recommandations actuelles préconisent de ne pas interrompre les traitements de fond de la SEP. la réalisation de ces traitements lorsqu'ils sont en perfusions peut éventuellement être décalée mais ceci doit impérativement être discuté au cas par cas avec le neurologue. Ces traitements seront réalisés et en chambre seule, si possible en HDJ (afin de limiter la contamination des patients) avec protection des patients (masque chirurgical, mesures barrières), voire en HAD. - Toute autre pathologie neurologique nécessitant un traitement par perfusion <p>La réalisation de cette prise en charge est faite dans le centre habituel de suivi du patient. En effet, compte tenu de la répartition des centres de neurologie dans la région, l'adressage dans des centres non COVID ne paraît pas réalisable.</p> <p>En cas de symptômes de COVID-19 (fièvre, frissons, signes respiratoires haut ou bas, courbatures...) ou patient avec test positif</p> <ul style="list-style-type: none"> - prendre conseil auprès du neurologue concernant les mesures à appliquer - Confirmer le diagnostic de COVID19 par la réalisation d'un test PCR en ville - Si besoin, adresser le patient dans un ES COVID19 - Protéger le personnel soignant

CONCLUSION

Concernant les pathologies neurologiques, comme pour toutes les pathologies chroniques, les activités qui peuvent être déprogrammées doivent l'être au maximum. Les modes de consultation à distance et sécurisés (téléconsultation, ...) sont à privilégier pour d'une part libérer les professionnels de ces activités et permettre aux établissements de santé de se concentrer sur cette épidémie et d'autre part pour protéger de cette infection les patients fragiles.

L'offre hospitalière de neurologie (USINV, UNV, service de neurologie, centres experts) est concentrée quasi exclusivement dans les établissements de santé COVID19 en Ile de France. Ceci rend difficile l'adressage dans la région des patients sans signes évocateurs de COVID vers les ES non COVID. Dans la mesure du possible, les patients non COVID avec pathologie neurologique nécessitant une hospitalisation doivent aller dans des services de neurologie dans l'établissement le plus proche et/ou où ils sont suivis habituellement.

Pour l'instant les patients ayant une infection COVID et une atteinte neurologique doivent être préférentiellement hospitalisés dans un secteur d'hospitalisation spécialisé dans la prise en charge du COVID. Néanmoins cette situation est susceptible d'évoluer très vite. Il sera alors recommandé d'identifier des lits COVID notamment dans les USINV pour les patients nécessitant une prise en charge neurologique urgente.

⁴ Avis provisoire du HCSP du 14 mars 2020 Recommandations relatives à la prévention et à la prise en charge du COVID-19 chez les patients à risque de formes sévères. Annexe : COVID-19 et Cancers Solides :

ANNEXES

Avis de la Société française d'hygiène hospitalière (SF2H) relatif aux indications du port des masques chirurgicaux et FFP2 pour les professionnels de santé

AVIS

relatif aux indications du port des masques chirurgicaux et des appareils de de protection respiratoire de type FFP2 pour les professionnels de santé

04 mars 2020

Pour le masque chirurgical

- Que le port d'un masque chirurgical soit réservé :
 - Aux personnes présentant des signes d'infection respiratoire évoquant un Covid-19 et/ou aux patients Covid-19 ;
 - Aux professionnels de santé, aux personnes chargées des premiers secours et en charge du transport sanitaire en cas de contact avec une des personnes citées ci-dessus.
- Que la population non malade ne porte pas de masque chirurgical.
- Qu'un personnel de santé en contact avec une personne présentant des signes d'infection respiratoire, et en absence d'acte invasif sur la sphère respiratoire, porte un masque chirurgical en face à face (soignant/soigné).

Pour le masque FFP2

- Que les masques filtrant de protection de type FFP2 soient réservés exclusivement aux personnels soignants qui réalisent des gestes médicaux invasifs ou des manœuvres au niveau de la sphère respiratoire.

Avis du HCSP définissant le périmètre des patients jugés comme à risque de forme grave d'infection Covid19



Réf :

Le Président

Paris, le 14 mars 2020

Le HCSP considère que les personnes à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2 sont les suivantes :

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

- **malgré l'absence de données dans la littérature en raison d'un risque présumé compte-tenu des données disponibles sur les autres infections respiratoires sont également considérés à risque :**
 - les personnes avec une immunodépression congénitale ou acquise :
 - médicamenteuse : chimiothérapie anti cancéreuse, immunosuppresseur, biothérapie et/ou une corticothérapie à dose immunosuppressive,
 - infection à VIH non contrôlé ou avec des CD4 <200/mm³,
 - 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 de la classification de Child-Pugh au moins ;
 - les personnes présentant une obésité morbide (indice de masse corporelle > 40 kg/m²) par analogie avec la grippe A(H1N1)09.

S'agissant des femmes enceintes, en l'absence de données disponibles, il est recommandé d'appliquer les mesures ci-dessous à partir du troisième trimestre de la grossesse.

Recommandations du ministère de la santé mises à jour du 20/03/2020

<https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/covid-19-informations-aux-professionnels-de-sante/article/covid-19-prise-en-charge-en-ambulatoire>

Place des tests

Les patients présentant des signes de COVID-19 ne sont plus systématiquement classés et confirmés par test biologique (RT-PCR SARS-CoV-2).

Les situations suivantes doivent faire l'objet de tests systématiques :

- ▶ les personnes présentant des signes de gravité et des symptômes évocateurs du COVID-19
- ▶ les professionnels de santé présentant des symptômes évocateurs de COVID-19
- ▶ **les personnes fragiles ou à risque présentant des symptômes évocateurs du COVID-19**
- ▶ les trois premières personnes présentant des symptômes évocateurs du COVID-19 dans les structures collectives hébergeant des personnes fragiles, pour prendre des mesures immédiates afin d'éviter une transmission entre les résidents
- ▶ **les personnes hospitalisées présentant des symptômes évocateurs de COVID-19**
- ▶ les femmes enceintes symptomatiques, quel que soit le terme de la grossesse
- ▶ les donneurs d'organe, tissus ou cellules souches hématopoïétiques

Pour ces populations, il y a plusieurs possibilités de tests :

- ▶ Pour les patients à l'hôpital ou avec signes de gravité, ces tests seront réalisés dans les hôpitaux.
- ▶ Pour les autres patients répondeurs aux critères de dépistage, il est possible d'être testé dans les laboratoires en ville, sur prescription médicale. Les prélèvements seront réalisés à domicile. Les patients ne doivent en aucun cas se rendre directement dans les laboratoires de biologie, mais les appeler au préalable afin de savoir si le test y est disponible, et connaître les modalités de prélèvement.

Les autres patients sont diagnostiqués s'ils présentent des signes cliniques compatibles avec COVID-19.

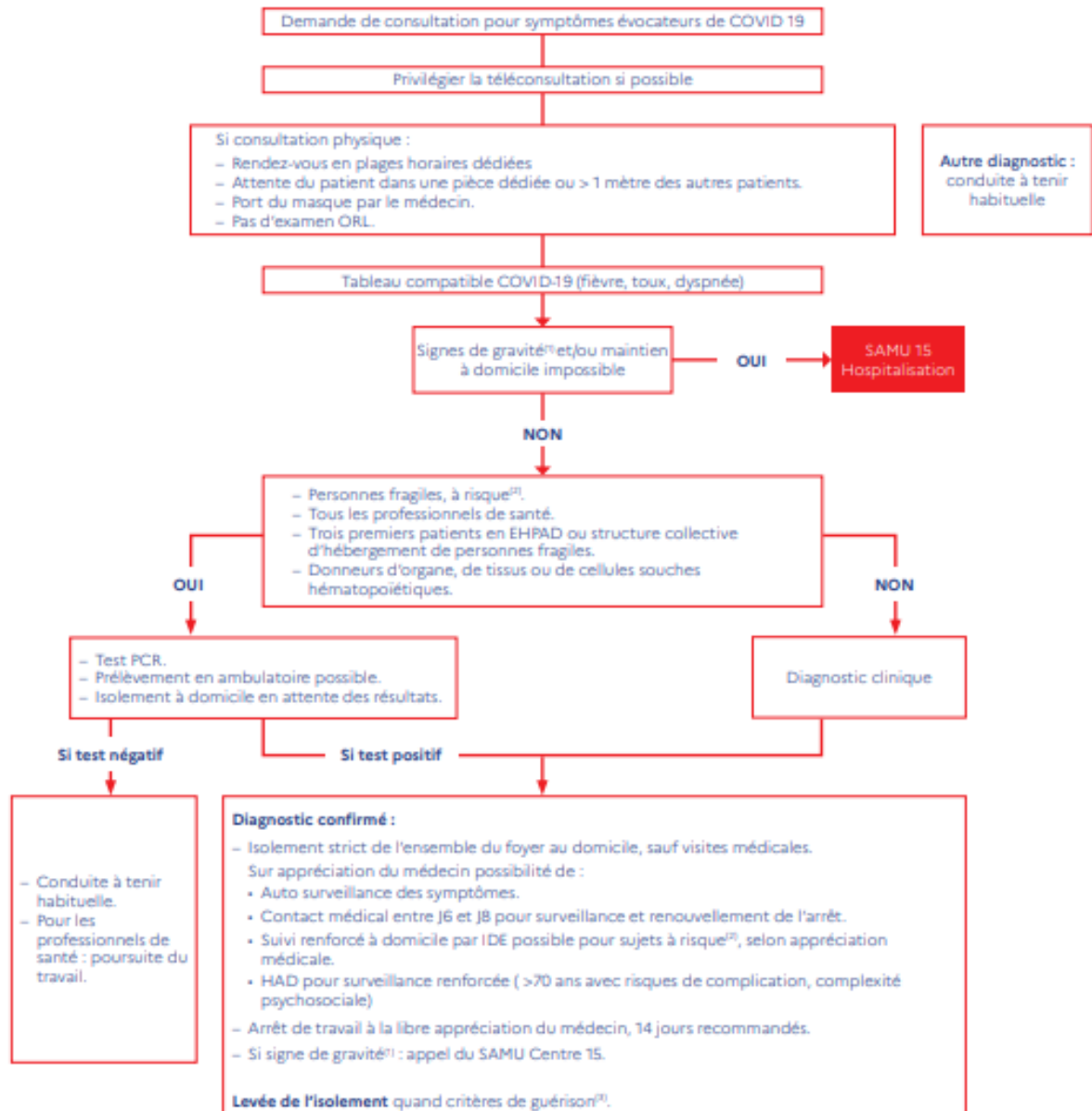
Prise en charge à domicile et isolement

Les patients atteints de COVID-19, en l'absence de critères d'hospitalisation, sont pris en charge à domicile et y sont isolés de manière stricte. Les modalités du suivi sont décidées sur appréciation médicale :

- ▶ Une auto-surveillance simple des symptômes, sans programmation ultérieure de consultation.
- ▶ Un suivi médical (téléconsultation à privilégier, à défaut physique) entre J6 et J8 pour surveillance.
- ▶ **Un suivi renforcé à domicile par IDE pour sujets à risques ne pouvant assumer une auto-surveillance.**

Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arbre-simplifie-pec-patient-covid-19.pdf> mise à jour du 19/03/2020

PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT EN MÉDECINE DE VILLE



(1) Critères liés à la gravité :
Détresse respiratoire nécessitant une hospitalisation en réanimation (SDRA) | Patients avec des symptômes évocateurs de COVID 19 hospitalisés pour une pneumopathie avec signes de gravité (pneumopathie hyperlobaire)
Polyposse (fréquence respiratoire < 22/min) | Oxygénurie de pouls (SpO2) < 92 % air ambiant | Pression artérielle systolique < 90 mmHg | Abaissement de la conscience, confusion, somnolence | Déshydratation | Abaissement de NGU général localisé chez le sujet âgé

(2) Sujets à risque :
Sujets âgés > 70 ans, patients aux antécédents cardiovasculaires (hypertension artérielle compliquée, antécédent d'accident vasculaire cérébral ou de coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV), diabétiques insulinodépendants non équilibrés ou présentant des complications secondaires à leur pathologie, personnes présentant une pathologie chronique respiratoire susceptible de décompenser lors d'une infection virale, patients présentant une insuffisance rénale chronique dialysée, malades atteints de cancer sans traitement, immunodépression médicamenteuse (immunosuppresseurs, corticostéroïdes) ou une corticothérapie à dose immunosuppressive, infections à VIH sans traitement ou avec des CD4 < 200/mm³, immunodépression consécutive à une greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques, maladies atteintes d'hépatopathie chronique en cours de traitement, maladies atteintes de cirrhose au stade B ou, moins, personnes présentant une infirmité motrice (indice de massé corporelle < 42 kg/m²), femmes enceintes à partir de 7^e semaine.

(3) Critères de guérison :
Les personnes atteintes de COVID-19, au moins 8 jours à partir du début des symptômes + disparition de la fièvre vérifiée par une température rectale inférieure à 38°C (une seule avec un thermomètre 2 fois par jour et en l'absence de prise d'antipyrétique dans les 24 heures précédentes) et au moins 48h après la disparition d'une éventuelle dyspnée (fréquence respiratoire inférieure à 22/min au repos) Pour les personnes immunodéprimées, au moins 12 jours à partir du début des symptômes et critères identiques à ceux de la population générale. Part d'un masque chirurgical de type II pendant les 14 jours suivant la levée du confinement lors de la reprise des activités professionnelles. Pour le personnel de santé sans risque de COVID-19, au moins 10 jours à partir du début des symptômes et critères identiques à ceux de la population générale. Part d'un masque chirurgical de type II pendant les 7 jours (14 jours pour les patients immunodéprimés) suivant la levée du confinement lors de la reprise des activités professionnelles. Pour le personnel de santé sans risque de COVID-19, au moins 10 jours à partir du début des symptômes et critères identiques à ceux de la population générale. Part d'un masque chirurgical de type II pendant les 7 jours (14 jours pour les patients immunodéprimés) suivant la levée du confinement lors de la reprise des activités professionnelles. Pour le personnel de santé sans risque de COVID-19, au moins 10 jours à partir du début des symptômes et critères identiques à ceux de la population générale. Part d'un masque chirurgical de type II pendant les 7 jours (14 jours pour les patients immunodéprimés) suivant la levée du confinement lors de la reprise des activités professionnelles.

Critères liés à la gravité justifiant une hospitalisation

(Source : <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/arbre-simplifie-pec-patient-covid-19.pdf> mise à jour du 19/03/2020)

- Détresse respiratoire nécessitant une hospitalisation en réanimation (SDRA) | Patients avec des symptômes évocateurs de COVID 19 hospitalisés pour une pneumopathie avec signes de gravité (pneumopathie hypoxémiante) :
- Polypnée (fréquence respiratoire > 22/min)
- Oxygénémie de pouls (SpO2) < 90 % en air ambiant
- Pression artérielle systolique < 90 mmHG
- Altération de la conscience, confusion, somnolence
- Déshydratation
- Altération de l'état général brutale chez le sujet âgé.