

PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE VILLE-HÔPITAL-VILLE COVID-19

Seine-et-Marne



Version du 9 décembre 2020



Groupe
hospitalier
Sud Île-de-France



CENTRE HOSPITALIER
DU SUD SEINE ET MARNE
FONTAINEBLEAU • MONTEREAU • NEMOURS



Table des matières

1. Repérer et évaluer.....	6
1.1 Symptomatologie et évaluation clinique initiale	6
Identification des patients à risque de forme sévère	7
1.2 Datation du début des symptômes.....	9
1.3 Formes cliniques.....	10
Forme légère.....	10
Forme modérée	10
Forme sévère.....	10
Formes compliquées.....	11
2. Diagnostiquer	11
2.1 Indication RT PCR.....	11
2.2 Indication des tests antigéniques	11
2.3 Tests sérologiques.....	12
3. Suivre et casser les chaînes de transmissions pour la Covid 19	12
3.1 Consignes d'isolement au domicile.....	12
3.2 Qu'est-ce qu'un cas contact ?.....	12
3.3 Déclaration des cas positifs et des cas contacts.....	13
3.4 Isolement et arrêt de travail.....	13
4. Prendre en charge un patient confirmé Covid 19	14
4.1 Place d'E-COVID - Terr eSanté : Présentation de la plateforme de suivi des patients COVID	14
4.2 Notion de cercle de soins.....	15
4.3 Que faire en cas de forme légère ?.....	15
4.4 Que faire en cas de forme modérée ?.....	16
4.5 Que faire en cas de suspicion de forme sévère ?	17
4.6 Anticoagulation.....	18
4.7 Corticothérapie	19
4.8 Examens complémentaires.....	19
4.9 Mesures associées.....	20

5. Annexes.....	21
a. Annexe 1 : Fiches techniques	21
b. Annexe 2 : Annuaire.....	28
c. Annexe 3 : Fiche de sortie de l'hôpital	30
d. Annexe 4 : Exercice anosmie.....	31
e. Annexe 5 : Oxygénothérapie.....	32
f. Annexe 6 : Bibliographie.....	33
g. Annexe 7 : Glossaire.....	34
h. Annexe 8 : Composition du groupe de travail.....	35

Objectif : Coordonner le parcours de soins entre la ville et l'hôpital pour les patients infectés par le SARS-Cov2.

Contexte : La situation épidémique par vague nécessite un parcours de soins efficient permettant un accès rapide à une hospitalisation pour les patients évoluant vers une forme sévère. D'autre part, afin de libérer au plus vite les lits d'hospitalisation, il est nécessaire de permettre une sortie précoce à domicile des patients stabilisés tout en leur assurant une prise en charge et un suivi médical coordonné.

Rappel : L'infection à SARS-Cov 2 est caractérisée par une évolutivité de l'infection en 3 phases ayant des modalités de prise en charge différente. (Cf annexe 1.)

Repérer et évaluer	Diagnostiquer	Suivre et casser les chaînes de transmission	Prendre en charge un patient confirmé
<ul style="list-style-type: none"> - Exposition à risque - Eliminer les autres causes du tableau clinique - Identifier le J0 - Chercher les facteurs de risque de sévérité 	<ul style="list-style-type: none"> - le choix du test dépend de la forme clinique, la phase clinique, l'existence de FDR - Evaluer la nécessité d'examens complémentaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Isolement des patients et des contacts (évaluation sociale) - Déclaration SIDEP et Ameli Pro - Vérifier la disponibilité du matériel de protection (SHA, masques) - Tester les contacts 	<ul style="list-style-type: none"> - Mesures thérapeutiques - inclusion dans Terr-e-santé - Repérage de la phase critique (J7-J10) - Mesures sociales, psychologiques, réadaptatives...

1. Repérer et évaluer

1.1 Symptomatologie et évaluation clinique initiale

Les signes cliniques répertoriés et évocateurs d'une infection au SARS Cov2 sont en population générale :

Symptômes majeurs	Symptômes mineurs
Anosmie (ou Anosmie ET agueusie)	Céphalées intenses / asthénie intense
Fièvre > 38° ET toux SANS autre point d'appel	Douleurs musculaires (hors douleurs lombaires) et/ou articulaires
Dyspnée et toux sèche quinteuse	Diarrhées /vomissements
Fièvre isolée en période de pandémie	Douleurs thoraciques

Il existe de nombreux signes atypiques digestifs, neurosensoriels, vasculaires... en cas de contexte de contagie, rechercher une infection à SARS-Cov 2.

Chez la personne âgée : altération de l'état général, chutes répétées ou non habituelles, troubles du comportement, confusion, troubles digestifs, décompensation d'un état de base.

Chez l'enfant : mêmes signes qu'en population générale, diarrhée et chez l'enfant de moins de 3 mois, une fièvre isolée.

Recherche des signes de gravité

- Température > 40°
- Tachypnée > 25 /mn, saturation < 95% (ou < 90% si comorbidité respiratoire)
- Hypotension artérielle (TAS < 100 mmHg) en l'absence de traitement anti-hypertenseurs, marbrures ou signes d'hypoperfusion périphérique, FC > 120/mn, trouble du rythme non connu, oligurie et ou signes objectifs de déshydratation (pli cutané, sécheresse muqueuse...)
- Altération de la conscience, confusion, ralentissement idéo-moteur, somnolence

 **En présence de signe de gravité : contacter le SAMU en composant le 15**

La question : « Êtes-vous essoufflé ? » ne suffit pas. L'hypoxie n'est pas toujours ressentie par le patient.

NB : Envisager un diagnostic alternatif : pneumopathie bactérienne franche lobaire aiguë, autres viroses respiratoires, ...

Identification des patients à risque de forme sévère

Attention, il existe un effet cumulatif des facteurs de risques pour évoluer vers une forme sévère

En cas de présence de symptômes, il faut rechercher les facteurs de risques (FDR) de formes sévères qui sont :

- Age > 65 ans
- Obésité
- HTA compliquée
- Diabète compliqué
- ATCD vasculaire : AVC, coronaropathie ou chirurgie cardiaque
- Insuffisance cardiaque stade 3
- Insuffisance respiratoire chronique
- Insuffisance rénale chronique dialysée
- Cancer évolutif (hors hormonothérapie)
- Cirrhose ≥stade B
- Drépanocytose
- Grossesse au 3^{ème} trimestre
- Immunodépression : médicament, greffe d'organe solide, hémopathie maligne, infection par le VIH avec CD4<200
- Les affections neuromusculaires, pouvant altérer la fonction respiratoire : maladies du motoneurone, myasthénie grave, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, paralysie cérébrale, quadriplégie ou hémip légie, tumeur maligne primitive cérébrale, maladie cérébelleuse progressive ;



Patients à réévaluer cliniquement entre J7 et J14 pour détecter précocement les atteintes pulmonaires liées au SARS-cov2.

Les femmes enceintes -> A risque de forme sévère au 3^{ème} trimestre

Par analogie avec les autres virus respiratoires
A cause du risque de menace d'accouchement prématuré
Risque de transmission maternofoetale faible

Les enfants

Peu symptomatique.
Plus ils sont jeunes, moins ils sont symptomatiques, moins ils sont contagieux.
Pour les enfants de plus de 11 ans : même conduite à tenir que chez les adultes.

Prescription d'un test RT-PCR si :

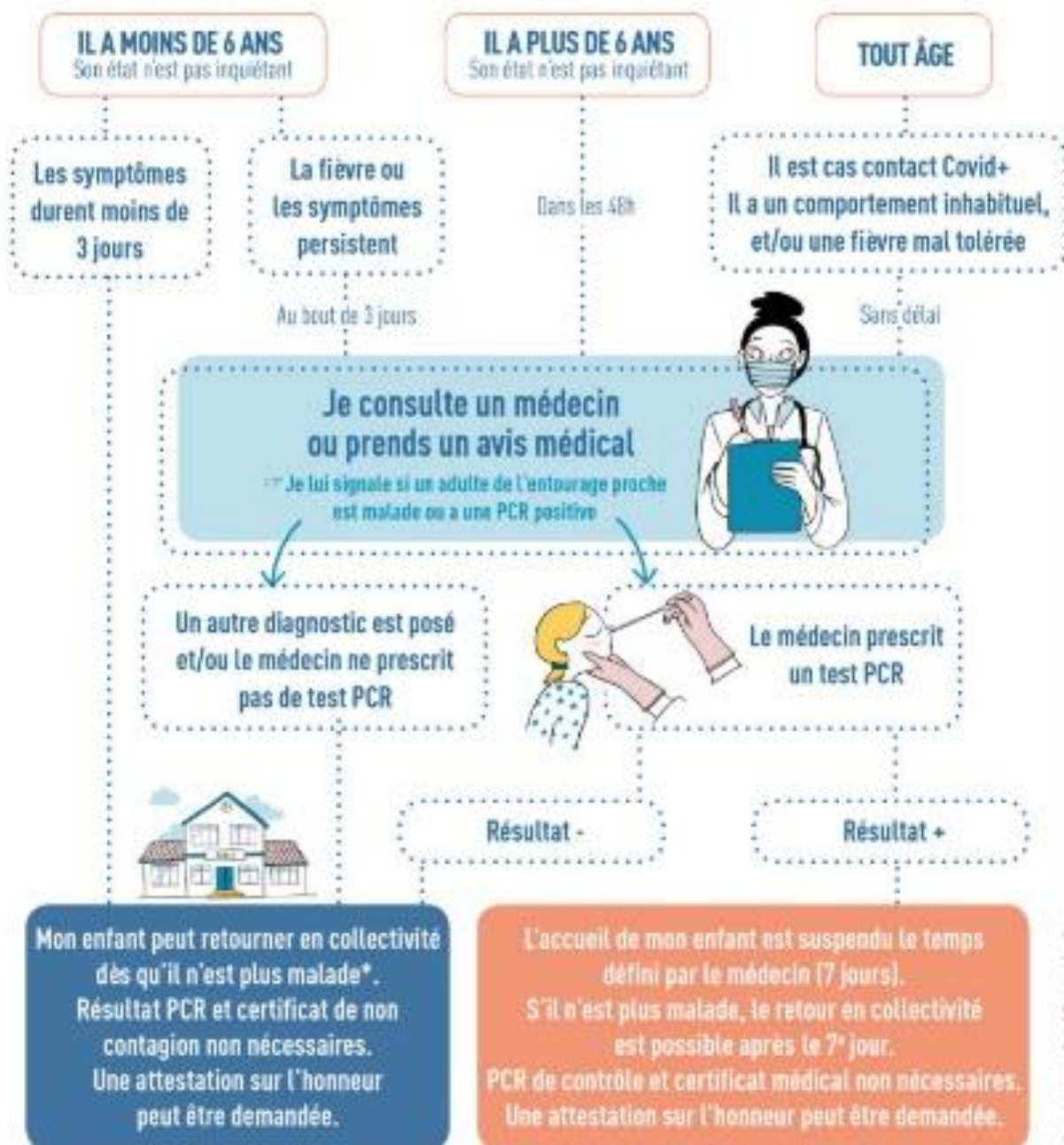
- Fièvre sans autre cause identifiée chez l'enfant de plus de 6 ans ;
- Fièvre sans cause identifiée persistant au troisième jour chez l'enfant de moins de 6 ans
- Chez l'enfant de plus de 6 ans si l'enfant a eu un contact avec un cas Covid-19 ou s'il habite avec une personne de plus de 65 ans et/ou avec facteur de risque

MON ENFANT EST MALADE

(fièvre supérieure 38°, toux, diarrhée, vomissements...)



LA RÈGLE D'OR : Je ne le mets pas en collectivité



*L'isolement peut être prolongé dans le cas d'un contact étroit (voir l'article sur le sujet "Votre enfant est cas contact")

mpedia.
spécialiste de l'enfant

Pour des parents bien informés.

Mis à jour le 17/09/2020

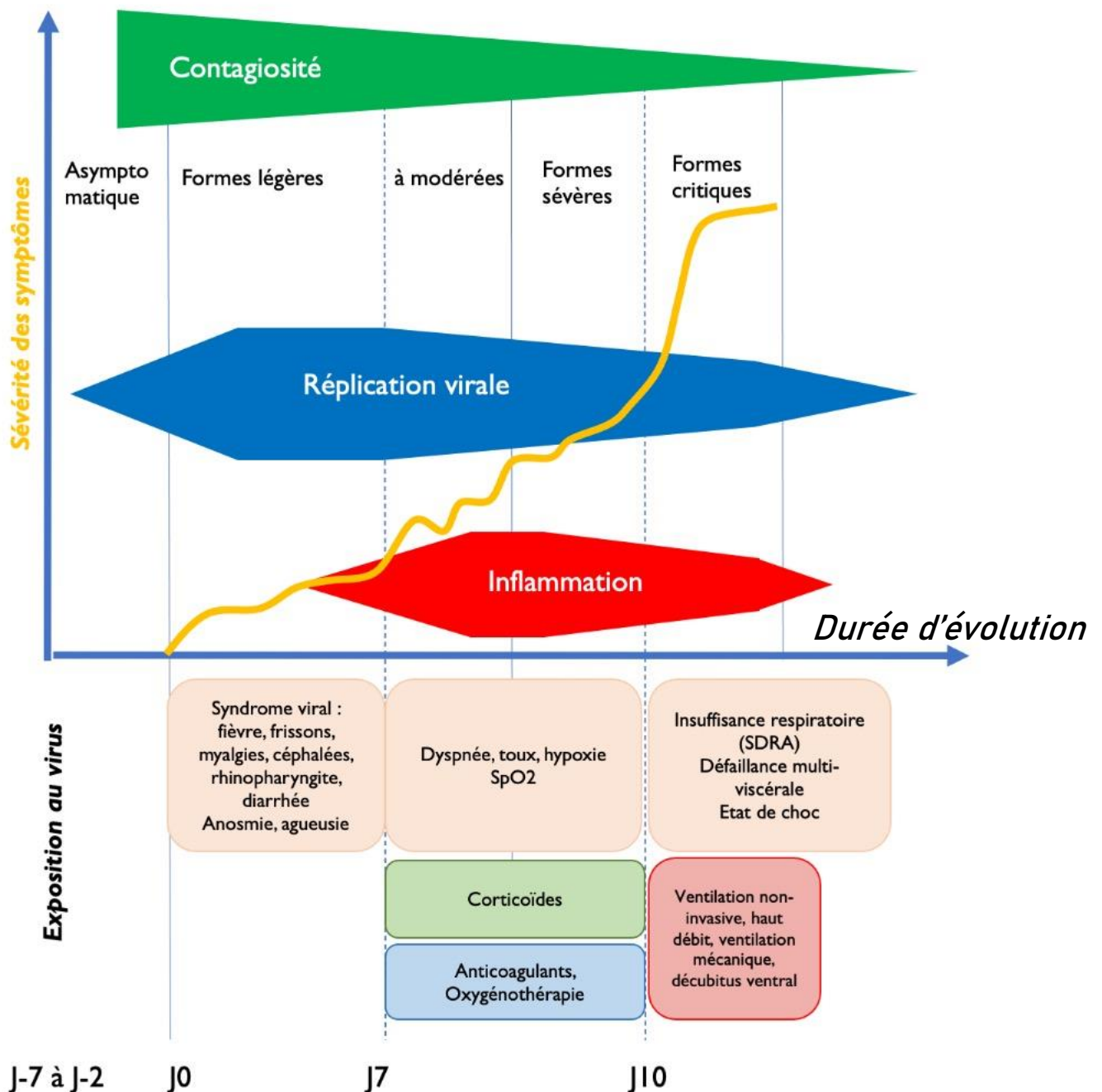
Source : Sociétés savantes de pédiatrie (SFP / GPIP avec le soutien de l'AFPA)

1.2 Datation du début des symptômes

En cas de présence de symptômes évocateurs d'une infection au SARS-Cov2 listés ci-dessus, il est essentiel de dater les débuts de la manifestation des symptômes : J0

Le J0 sert de référence pour déterminer la phase de l'infection.

Attention, certains patients donnent le premier jour de dyspnée qui ne correspond pas au J0 réel.



Adapté de Gandhi RT, Clin Infect Dis 2020

L'infection à SARS Cov 2 commence par une phase virale puis évolue vers une phase inflammatoire dont découle plusieurs formes cliniques possibles. A l'aide du J0, la compréhension de l'évolution de l'infection pour chaque patient est importante afin d'anticiper les formes cliniques possibles et complications.

La contagiosité est maximale la veille du premier jour des symptômes et les 48 premières heures mais elle peut aller de 48h avant symptômes jusqu'à 7 jours après. En cas d'atteinte pulmonaire, la contagiosité peut aller jusqu'à 3 semaines.

Un patient très symptomatique est plus contagieux qu'un patient pauci symptomatique.

1.3 Formes cliniques

Quelle que soit la forme clinique initiale, les patients présentant des facteurs de risque peuvent évoluer vers une forme sévère.

Les frontières entre les différentes formes sont perméables. Il s'agit de définition afin d'aider à définir une prise en charge adaptée.

Forme légère

Anosmie / agueusie Myalgies Céphalées Troubles digestifs (nausées diarrhées) Kérato-conjonctivite, Engelures,

→ Pas de toux, pas de dyspnée, pas de fièvre

Forme modérée

Syndrome grippal associant fièvre autour de 39°, myalgies et toux

→ Pas de dyspnée ou dyspnée modérée (≤ 22 /min)

Forme sévère

Syndrome général marqué (fièvre $> 39^\circ$ avec asthénie +++)

Pneumonie (Toux)

Douleurs thoraciques, Polypnée > 22 /mn et Sat $< 94\%$)

Objectifs de saturation prise au repos fonction de l'âge à titre indicatif :

- 20-64 ans $> 96\%$
- 65-79 ans $> 94\%$
- 80-89 ans $> 92\%$
- > 89 ans $> 90\%$

Si insuffisance respiratoire chronique : SpO₂ attendue $> 92\%$ (ou saturation de base si connue).

Formes compliquées

Les formes compliquées peuvent intervenir le plus fréquemment entre J7 et J21.

- Infection bactérienne :
 - Infection bactérienne pulmonaire pouvant survenir après J14 d'évolution et/ou après 7 jours de corticothérapie : re-majoration des symptômes respiratoires avec ré-ascension du syndrome inflammatoire biologique (hyperleucocytose à PNN)
 - Peu d'infection bactérienne associée initialement mais possible infection extra pulmonaire
- Embolie pulmonaire/TVP :
 - Secondaire à l'état pro-inflammatoire et à une atteinte vasculaire
 - Ce risque peut intervenir jusqu'à J21
 - À rechercher en cas de douleurs thoraciques, tachycardie
- Déshydratation sévère :
 - Observée plus fréquemment après J14 (hypovolémie, hypotension orthostatique, risqué de chute quel que soit l'âge)
 - Responsable de décès brutal notamment en EHPAD

2. Diagnostiquer

2.1 Indication RT PCR

- Si l'on constate un signe majeur, ou au moins deux signes mineurs : faire RT PCR SARS CoV 2 (sensibilité supérieure aux tests antigéniques)
- Si 1^{ère} RT PCR négative et forte suspicion clinique et date de début des symptômes < 8 jours : répéter test PCR nasopharyngé dès que possible avec le maintien des mesures d'isolement de 7 jours

Il n'y pas lieu de reconstrôler un test RT-PCR positif. Certains patients présentent une excrétion de résidus viraux pendant plusieurs semaines à plusieurs mois sans contagiosité associée.

2.2 Indication des tests antigéniques

- Pour tout patient symptomatique si date de début des symptômes inférieure ou égale à 4 jours
- En cas de résultat négatif :
 - Pour les personnes symptomatiques âgées de 65 ans ou plus et celles présentant au moins un facteur de risqué de forme sévère, réaliser un test RT-PCR ;
 - Pour les autres, la confirmation par un test RT-PCR est à faire en cas de forte suspicion clinique.

Tout test antigénique positif doit faire l'objet d'une déclaration CPAM au même titre qu'une RT-PCR.

Attention :

- Les tests antigéniques n'ont pas tous la même sensibilité.
- En l'absence de symptômes, on ne doit pas réaliser de tests antigéniques pour les contacts.

2.3 Tests sérologiques

Indication d'une sérologie réalisée en laboratoire pour rattraper un diagnostic après J14 qui n'aurait pas été confirmé par PCR ou tests antigéniques.

Pas d'indication au TROD sérologique réalisée par ponction au bout du doigt : mauvaise sensibilité.

3. Suivre et casser les chaînes de transmissions pour la Covid 19

3.1 Consignes d'isolement au domicile

Les principales consignes à donner aux patients :

- Ne pas dormir dans la même chambre
- Porter le masque au domicile
- Ne pas partager de repas
- Aérer régulièrement les pièces
- Ne pas sortir du domicile (sauf consultation médicale)
- Désinfecter régulièrement les sanitaires

→ Prescription de masques + SHA

3.2 Qu'est-ce qu'un cas contact ?

Définition d'un contact :

- Face à face à moins d'un mètre SANS masque NI protégées par un hygiaphone (à fortiori si plusieurs épisodes de toux ou éternuement) ou ayant partagé un espace confiné au moins 15 minutes,
- S'étant embrassé (ou accolade), ayant conversé sans masque, ayant flirté ou partagé un repas
- Ayant participé à une démarche de soin (le soignant comme le soigné)
- Ayant partagé la même classe dans un cadre scolaire / universitaire
- Résidant sous le même toit
- Ayant partagé un transport privé sans masque avec des personnes au statut CoVID inconnu

3.3 Déclaration des cas positifs et des cas contacts

Les laboratoires de biologie remontent via SIDEp les PCR +.

Les médecins prescripteurs de PCR ou réalisateur de tests antigéniques déclarent sur Améli Pro les cas confirmés et leurs contacts.

Pour les tests antigéniques, il convient également de déclarer le résultat sur SIDEp.

3.4 Isolement et arrêt de travail

Cas contact	Cas positifs
Isolement 7 ou 14 jours (séparation du cas positif ou non)	Isolement Au moins 7 jours 10 jours si FDR de sévérité
Levée d'isolement Si PCR négative en fin de période d'isolement	Levée d'isolement 48h sans fièvre
Travail : Eviction Arrêt de travail par CPAM Ou télétravail (arrêt non systématique chez les personnels soignants)	Travail: Eviction Arrêt de travail par médecin traitant ou télétravail <u>selon l'état clinique</u> (arrêt non systématique chez les personnels soignants)
Reprise du Travail À la fin de la période d'isolement si PCR négative	Reprise du Travail <u>Fonction de l'état clinique</u> 48h sans fièvre

Les cas contacts asymptomatiques doivent être isolés 7 jours à partir de leur dernier contact avec le cas positif. Ils doivent donc être arrêtés ou télétravailler.

Si la personne contact vit dans le même foyer que le cas positif : il doit mettre les mesures d'isolement en place au domicile : il est soit arrêté ou mis en télétravail. Dans ce cas : l'arrêt est fait par la CPAM. Si l'isolement n'est pas possible entre le cas positif et les autres membres du foyer en son sein, la durée d'isolement du cas contact est de 14 jours.

Pour les personnes contact, le test RT-PCR doit être réalisé au dernier jour de leur période d'isolement. L'isolement ne peut être levé que si celui-ci est négatif. S'il est positif, il repart sur une période d'isolement de 7 jours.

En l'absence de symptômes, il n'y a pas d'indication à réaliser un test antigénique chez les contacts.

Chez les contacts, en cas de symptômes avant la date prévue de PCR, il convient de réaliser une RT-PCR ou un test antigénique dès que possible.

Pour les personnels soignants ou non soignants au sein d'un Etablissement de Santé ou Etablissement médicosocial :

PCR +/cas confirmé :

les personnels asymptomatiques et non remplaçables peuvent être maintenus en poste avec des mesures de précaution et d'hygiène renforcées. Cette décision est prise par l'établissement si les bénéfices de la présence du personnel en question sont supérieurs aux risques associés à son absence. (contact Equipe opérationnelle d'hygiène/médecine du travail/encadrement)

Contacts à risque :

pas d'éviction sauf s'ils deviennent symptomatiques ou s'il existe un doute sur la possibilité du soignant à respecter les mesures barrières permettant d'éviter la contamination des patients ou des autres professionnels de l'établissement.
test entre J+5 et J+7 du dernier contact.

4. Prendre en charge un patient confirmé Covid 19

Cette partie décrira les recommandations et les conseils et de prises en charge en fonction de la présentation clinique : forme légère, modérée ou suspicion de forme sévère. L'objectif est d'empêcher l'évolution vers les formes sévères ou de les détecter précocement afin d'améliorer le pronostic.

4.1 Place d'E-COVID - Terr eSanté : Présentation de la plateforme de suivi des patients COVID

Depuis la première vague, une plateforme s'est constituée au Groupe Hospitalier Sud Ile-de-France (GHSIF), adossée au SAMU 77, son objectif est de suivre QUOTIDIENNEMENT et à distance les patients infectés, par l'intermédiaire d'une application d'auto surveillance. Les patients le nécessitant sont rappelés par les personnels présents 7j/7 au niveau de la plateforme en lien avec le médecin Terr-eSanté Melun et le cercle de soins.

Cette plateforme s'appuie sur Terr-eSanté et plus particulièrement sur son module *e-covid*.

Pour l'inscription à Terr-eSanté d'un patient, il suffit d'appeler la plateforme Terr-eSanté Melun au 01 81 74 27 26 de 9h à 17h.

Les renseignements suivants sont nécessaires : Nom de naissance, prénom, date de naissance, lieu de naissance, téléphone.

4.2 Notion de cercle de soins

Le cercle de soins regroupe l'ensemble des professionnels médicosociaux autour d'un patient.

En cas de sortie d'hospitalisation, le patient sera avant tout adressé à son médecin traitant s'il en a un, avec une fiche récapitulative de sa situation de prise en charge covid accompagnée du CRH.

En l'absence de médecin traitant, l'inscription à Terr-eSanté semble indispensable dans l'objectif de trouver une solution avec le cercle de soins existant et les DAC.

- s'il le souhaite, le médecin traitant sera rajouté au cercle de soins dans le dossier Terr-eSanté et sera prévenu par l'hôpital. Pour se faire, des professionnels dédiés l'aideront à cette tâche.

- En cas de patient en situation complexe, une orientation vers les DAC est toujours possible :

- Pour le Nord : DAC 77 Nord/ 01 83 61 62 00/ contact@gospelreseau77.com
- Pour le Sud : DAC 77 SUD / 01 60 71 05 93 / rt2s77@coordinationsud77.fr

- Les structures d'appui à la sortie seront également enregistrées dans le cercle de soins : HAD, prestataire, SSIAD, IDE libérale, DAC...

Les trois Grands principes pour la sortie de l'hôpital :

-Avant J7 : (ou sortie depuis les urgences/UH) : considérer le suivi comme patient ambulatoire

-Éviter les sorties entre J7-J10 : surtout si FDR

- A partir de J10 : Tous les patients hospitalisés pour Covid dans les centres hospitaliers du département sortiront de l'hôpital avec un télésuivi via la plateforme départementale avec appel du médecin traitant par la plateforme.

4.3 Que faire en cas de forme légère ?

a. Organisation du suivi au domicile :

Plusieurs options s'offrent aux professionnels de ville pour effectuer le suivi :

- Effectuer un suivi ou télésuivi médical, suivi ou télésuivi infirmier...
- Effectuer un e-suivi sur le module e-Covid de Terr-eSanté
- Possibilité de e-suivi en direct/autosurveillance du patient (appel au DAC pour appui Terr-eSanté) ou via la plateforme départementale E-Covid Terr-eSanté 01 81 74 27 26 de 9h à 17h

Avertir sur les possibilités d'accentuation des symptômes à 7 jours et nécessité de reconsulter en urgence en cas d'apparition d'une dyspnée et/ou d'une douleur thoracique

Traitement symptomatique :

- Paracétamol en cas de fièvre ou douleurs en l'absence de contre-indication
- Pas d'antibiotique systématique
- Pas de traitement antiviral validé

- Contre-indication à l'introduction d'AINS
- Pas d'indication à l'introduction d'une corticothérapie en l'absence d'oxygénorequérance liée à la Covid 19.

Rappeler aux patients de conserver une bonne hydratation et nutrition, notamment en cas d'anosmie/agueusie

1 appel systématique entre J7-J10 par le cercle de soins ou la plateforme Terr-eSanté Melun

Contact médical si FDR entre J7-J10 (MT, Médecin de la zone, plateforme ou hôpital)

b. En cas de forme légère en sortie d'hospitalisation :

Création d'un dossier Terr-eSanté : information du MT et réévaluation par le MT dans les 48h

Avertir 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

4.4 Que faire en cas de forme modérée ?

a. Organisation du suivi au domicile :

Plusieurs options s'offrent aux professionnels de ville pour effectuer le suivi :

- Effectuer un suivi ou télésuivi médical, suivi ou télésuivi infirmier...
- Effectuer un e-suivi sur le module e-Covid de Terr-eSanté
- Possibilité de e-suivi en direct/autosurveillance du patient (appel au DAC pour appui Terr-eSanté) ou via la plateforme Terr-eSanté Melun
01 81 74 27 26 de 9h à 17h
 - En cas de suivi par la plateforme, un appel quotidien systématique entre J7 et J10

En cas de forme modérée complexe ou qui pose question, contacter le médecin hospitalier référent afin de confirmer son suivi en ambulatoire.

Avertir sur les possibilités d'accentuation des symptômes à 7 jours et nécessité de reconsulter en urgence en cas d'apparition d'une dyspnée et/ou d'une douleur thoracique.

Traitement symptomatique :

- Paracétamol en cas de fièvre ou douleurs en l'absence de contre-indication
- Pas d'antibiotique systématique
- Pas de traitement antiviral validé
- Contre-indication à l'introduction d'AINS
- Pas d'indication à l'introduction d'une corticothérapie en l'absence d'oxygénorequérance liée à la Covid 19.

Traitement du risque thrombotique (cf 4.6)

Surveiller le risque de déshydratation et de dénutrition

Prévoir obligatoirement une consultation médicale avec bilan biologique [NFS, CRP, ionogramme sanguin, créatininémie] (à J7-J10 pour les patients avec FDR) avec la recherche d'un syndrome inflammatoire, d'une déshydratation ou de troubles ioniques.

b. En cas de forme modérée en sortie d'hospitalisation :

- Création d'un dossier Terr-eSanté : information du MT et réévaluation par le MT dans les 48h
- Avertir 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
- Discuter l'anticoagulation préventive selon les facteurs de risque

4.5 Que faire en cas de suspicion de forme sévère ?

Pour toute dégradation respiratoire, fièvre persistante >5 jours, impossibilité de boire et manger, décompensation d'une pathologie sous-jacente (ex : diabète)

- ➔ Si détresse vitale ou signe de gravité : appeler le SAMU 77 en composant le 15
- ➔ Sinon appel numéro local pour hospitalisation
- ➔ Sinon Urgences

Oxygénothérapie au domicile

L'oxygène à domicile peut être proposé sur une pneumopathie covid 19 grave hypoxémique pour un malade en limitation thérapeutiques dans un contexte de décision médicale argumentée de non-hospitalisation.

Elle peut aussi être envisager afin de décharger le système hospitalier en cas de saturation capacitaire, en prenant en charge à domicile les patients avec une atteinte pulmonaire modérée ne nécessitant pas une indication formelle à l'hospitalisation ou bien dans les suites d'une hospitalisation après stabilisation du patient.

En cas de maintien au domicile d'une forme oxygénorequérante stable : avis auprès du référent hospitalier.

La mise en œuvre à domicile se fait après concertation entre les acteurs du soin de ville, médecin traitant, IDE à domicile, prestataires d'oxygénothérapie et/ou HAD et une équipe hospitalière multidisciplinaire (pneumologie, maladies infectieuses, soins critiques, gériatrie) selon les modalités pratiques encadrées par les sociétés savantes (SPLF, COREB, CMG). Une identification des patients au niveau du SAMU référent pour anticiper la prise en charge urgente en cas de dégradation est indispensable.

Quelle que soit la prise en charge retenue, les objectifs thérapeutiques sont de maintenir une SpO₂ > à 92% avec un débit d'oxygène < 4 L/min en complément d'une corticothérapie et d'une anticoagulation prophylactique

Réévaluer avec hospitalisation si :

- besoins en O₂ > 4 litres par minute
- désaturation SPO₂ < 90 % à deux prises consécutives

-complication, perte autonomie, conditions de maintien à domicile devenues impossible

Les patients sont équipés d'un saturomètre et une visite IDE à domicile pluriquotidienne est organisée.

Pour les patients en maintien à domicile pour situation palliative, l'astreinte de soins palliatifs peut être contacté et l'HAD sollicitée pour la prise en charge

En cas de sortie d'hospitalisation d'une forme sévère : avec accord du médecin traitant pour réévaluation 48h après la sortie

- Retour à domicile avec oxygénothérapie : débit d'O₂ stabilisé ≤ 3 l/mn
- Création d'un dossier Terr-eSanté
- Maintien d'une vigilance vis à vis des complications potentielles y compris sous traitements :
 - Douleurs thoraciques : embolie pulmonaire, I.D.M,
 - Paralyse, trouble de la parole : AVC
 - Glycémie élevée : décompensation de diabète
- Isolement 21 jours (J0 = premier jour des symptômes)
- chez les personnes âgées s'assurer d'une hydratation minimale (1 500 ml quotidiens). En cas d'impossibilité, proposer apport sous cutanée Une alimentation minimale doit être maintenue avec possibilité complément HPHC 2fois/jour.
- dans tous les cas s'assurer de la bonne observance des traitements spécifiques prescrits :
 - corticothérapie par voie générale prescrite pour 10 jours au total (incluant la dose donnée à l'hôpital), sauf mention spécifique
 - anticoagulation prophylactique ou poursuite d'une anticoagulation efficace qui ne doit pas faire défaut.

4.6 Anticoagulation

Définir le risque thrombotique :

Évaluer le risque lié au terrain du patient indépendant de la Covid 19 :

Facteurs de risque (FDR) thromboemboliques notamment : un cancer actif (traitement au cours des 6 derniers mois), antécédents personnels récents (< 2 ans) d'évènement thromboembolique.

Autres facteurs de risque peuvent être considérés comme : âge >70 ans, alitement prolongé, postpartum, contraception orale combinée...

Définir et caractériser les facteurs de risque thrombotiques paraissant déterminant dans la Covid 19 :

- la sévérité du COVID-19 reflétée par l'intensité du traitement : absence d'oxygénothérapie (O₂), oxygénothérapie, oxygénothérapie nasale à haut débit (ONHD) ou ventilation artificielle.

- L'indice de masse corporelle (IMC)

En découle 4 catégories de risque :

- Risque faible : aucun facteur de risque de TVP, pas de surpoids, pas d'O2 pour la Covid
- Risque intermédiaire : présence de facteur de risque ou surpoids ou O2 pour la Covid
- Risque élevé : : présence de facteur de risque ou surpoids ET O2 pour la Covid
- Risque très élevé : patient réanimatoire.

	Pas d'O2	O2
Clinophile et aucun FDR TVP	Risque faible : pas HBPM	Risque intermédiaire : Enoxaparine 4000 UI x 1/j Si Insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/mn) : HNF 5000 UI x 2/j
Clinophile et FDR TVP ou IMC >30	Risque intermédiaire : Enoxaparine 4000 UI x 1/j Si poids sup à 120 kg : 6000 UI X 1 /j	Risque élevé : Enoxaparine 4000ui X 2 /j Si Insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/mn) : HNF 5000 UI x 3/j SC Si poids sup à 120 kg : 6000 UI x 2/j

Molécules alternatives : Fondaparinux 2,5 mg x 1/j.

=> Durée de 7 à 10j.

Prolongation de la thrombo-prophylaxie au-delà du 10ème jour chez des patients à haut risque thrombotique et faible risque hémorragique. Dans tous les cas, réévaluer régulièrement la balance bénéfice/risque.

4.7 Corticothérapie

Elle n'est indiquée qu'en cas de pneumopathie Covid oxygénorequérante.

Elle peut être délétère dans les autres situations cliniques moins sévères.

Modalités en cas de prescription :

Prednisone 40mg le matin 8 à 10 jours au total.

4.8 Examens complémentaires

Pas d'examen complémentaire systématique

Pas de scanner thoracique systématique. Les anomalies scannographiques ne sont pas pathognomonique de l'infection à SarsCov 2. Certaines sont aussi retrouvées dans d'autres infections y compris bactérienne comme les infections à *M. pneumoniae*.

En cas de douleur thoracique : rechercher une embolie pulmonaire par angioscanner thoracique.

La sérologie Sars Cov2 a un intérêt pour rattraper un diagnostic de Covid 19 avec test PCR négatif (possiblement trop tardif) et forte suspicion Clinique. Elle se positive entre J5 et J28 (surtout après J14).

Pas d'indication à la réalisation de TROD sérologique.

4.9 Mesures associées

Prise en charge psychologique dans le contexte de l'isolement et/ou de l'anxiété liée au diagnostic

Appui au situation complexe : DAC

Prise en charge diététique : compléments nutritionnels HPHC

Rééducation : réhabilitation respiratoire par kinésithérapeutes libéraux

- Existence d'un RESEAU RECUP AIR (Basé à Paris) et regroupant des kinésithérapeutes libéraux ambulatoire en Ile de France
Tel : 09 80 34 15 30
- Modalité d'orientation :
 - Patient ayant eu une infection COVID 19 avec persistance d'une gêne à l'effort au niveau respiratoire ou difficultés motrice
 - Pas nécessaire d'effectuer un bilan pré réentraînement à l'effort
 - Faire prescription médicale d'une réhabilitation respiratoire post COVID pour le patient
 - Contacter la coordinatrice du réseau (uniquement par un professionnel de santé)
Tél : 07 49 12 06 66 Le patient sera ensuite recontacté

Orthophonie/ORL pour la rééducation de l'anosmie/agueusie (persistance > 1 mois)

Consultation pour symptômes persistants (respiratoire ou non)

- À plus de 6 semaines de l'infection Covid 19
- Dyspnée persistante ou forme oxygénorequérante : Réévaluation pulmonaire clinique M1-M3-M6 ; à M3 : TDM, EFR, Test de marche de 6 min.

5. Annexes

a. Annexe 1 : Fiches techniques

REPERER et EVALUER :

Symptômes majeurs :

Anosmie/agueusie
Fièvre
Toux sèche ou quinteuse
Dyspnée

Symptômes mineurs :

Douleurs musculaires et/ou
articulaires
Diarrhées/Vomissements
Douleurs thoraciques

Signes de gravité

- Température > 40°
- Tachypnée > 25 /mn, saturation < 95% (ou < 90% si comorbidité respiratoire)
- Hypotension artérielle (TAS < 100 mmHg) en l'absence de traitement anti-hypertenseurs, marbrures ou signes d'hypoperfusion périphérique, FC > 120/mn, trouble du rythme non connu, oligurie et ou signes objectifs de déshydratation (pli cutané, sécheresse muqueuse...)
- Altération de la conscience, confusion, ralentissement idéo-moteur, somnolence

APPEL 15

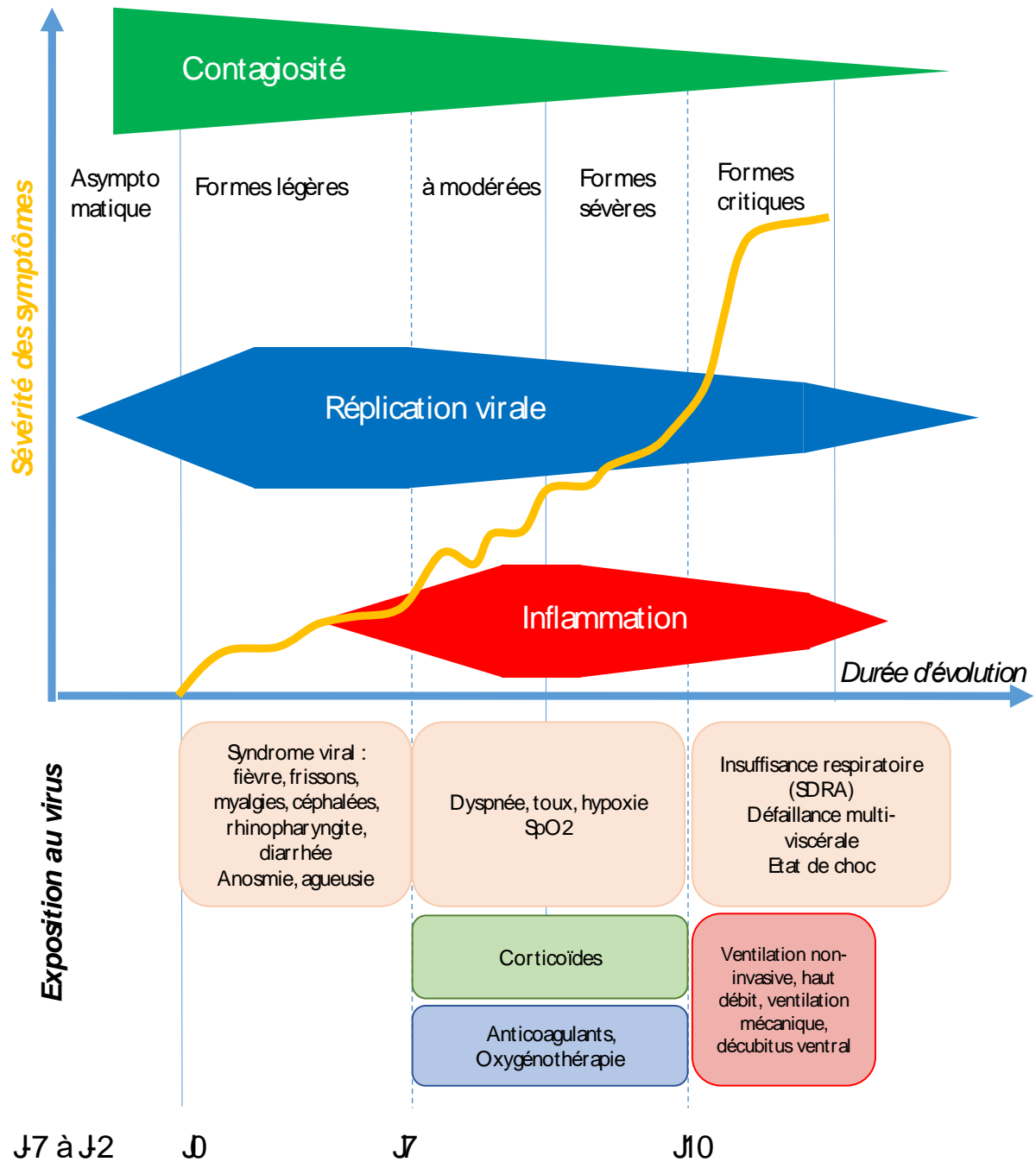
Eliminer diagnostic différentiel (pneumopathie bactérienne franche lobaire aiguë, autres viroses respiratoires, ...)

JO

Facteurs de risque de sévérité :

- Age > 65 ans
- Obésité
- HTA
- Diabète
- ATCD vasculaire : AVC, coronaropathie ou chirurgie cardiaque
- Insuffisance cardiaque stade 3
- Insuffisance respiratoire chronique
- Insuffisance rénale chronique dialysée
- Cancer évolutif
- Cirrhose ≥stade B
- Drépanocytose
- Grossesse au 3ème trimestre
- Immunodépression
- Affections neuromusculaires, pouvant altérer la fonction respiratoire

DATER L'INFECTION SARS COV2:



Adapté de Gandhi RT, Clin Infect Dis 2020

FORMES CLINIQUES :

Forme légère :

Anosmie / agueusie
Myalgies
Céphalées
Troubles digestifs
(nausées diarrhées)
Kérato-conjonctivite,
Engelures

Forme modérée:

Syndrome grippal
associant fièvre autour de
39°, myalgies
Toux
Pas de dyspnée ou
dyspnée modérée
(≤ 22 /min)

Forme sévère :

Syndrome général marqué
(fièvre $> 39^\circ$ avec asthénie
+++)
Pneumonie (Toux)
Douleurs thoraciques,
Polypnée > 22 /mn et Sat $< 94\%$)

Objectifs de Saturation :

- 20-64 ans $> 96\%$
- 65-79 ans $> 94\%$
- 80-89 ans $> 92\%$
- > 89 ans $> 90\%$

Formes compliquées : J7-J21

Infection bactérienne :

Infection bactérienne pulmonaire pouvant survenir après J14 d'évolution et/ou après 7 jours de corticothérapie : re-majoration des symptômes respiratoires avec ré-ascension du syndrome inflammatoire biologique (hyperleucocytose à PNN)

Peu d'infection bactérienne associée initialement mais possible infection extra pulmonaire

Embolie pulmonaire/TVP :

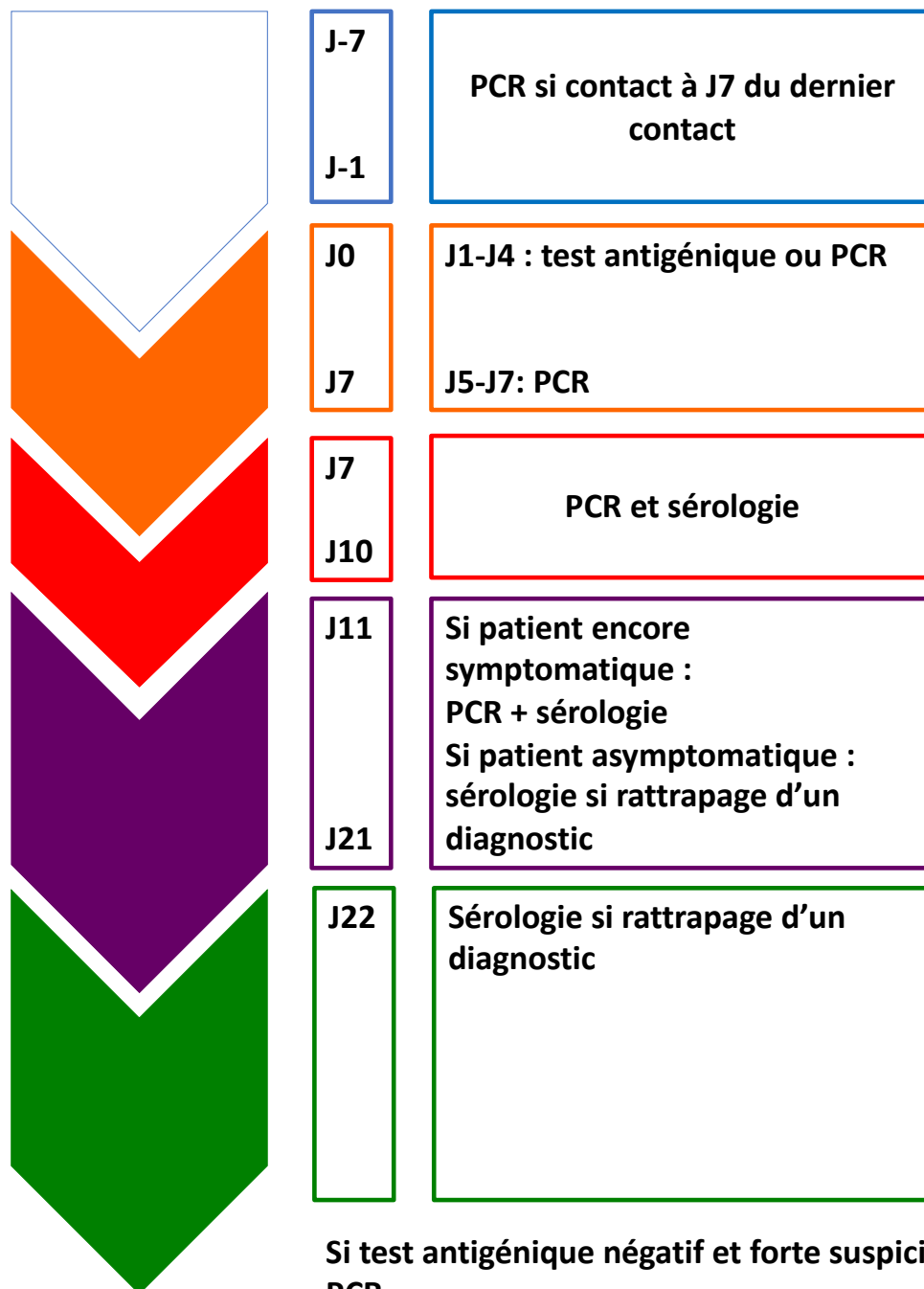
Secondaire à l'état pro-inflammatoire et à une atteinte vasculaire
Ce risque peut intervenir jusqu'à J21
à rechercher en cas de douleurs thoraciques, tachycardie

Déshydratation sévère :

observée plus fréquemment après J14 (hypovolémie, hypotension orthostatique, risqué de chute quel que soit l'âge)
Responsable de décès brutal notamment en EHPAD

DIAGNOSTIQUER :

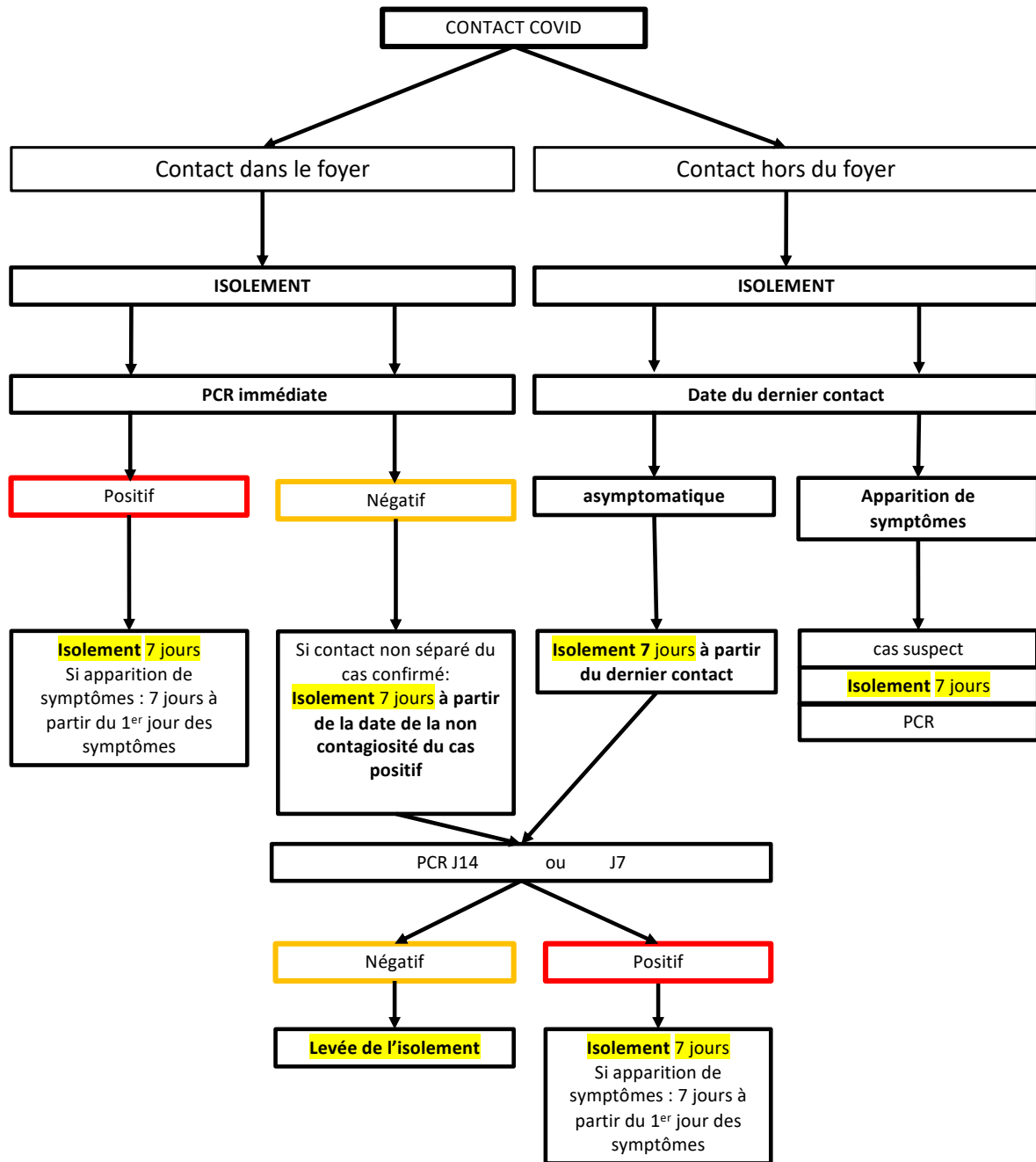
J0 = premier jour des symptômes



**Si test antigénique négatif et forte suspicion :
PCR**

Pas de TROD sérologique

SUIVRE ET CASSER LES CHAINES DE TRANSMISSIONS :



Pas d'indication à un test antigénique chez les contacts asymptomatiques.

ISOLEMENT ET TRAVAIL :

Cas contact	Cas positifs
Isolement 7 ou 14 jours (séparation du cas positif ou non)	Isolement Au moins 7 jours 10 jours si FDR de sévérité
Levée d'isolement Si PCR négative en fin de période d'isolement	Levée d'isolement 48h sans fièvre
Travail : Eviction Arrêt de travail par CPAM Ou télétravail (arrêt non systématique chez les personnels soignants)	Travail: Eviction Arrêt de travail par médecin traitant ou télétravail <u>selon l'état clinique</u> (arrêt non systématique chez les personnels soignants)
Reprise du Travail À la fin de la période d'isolement si PCR négative	Reprise du Travail <u>Fonction de l'état clinique</u> 48h sans fièvre

Principales consignes pour l'isolement :

- Ne pas dormir dans la même chambre
- Porter le masque au domicile
- Ne pas partager de repas
- Aérer régulièrement les pièces
- Ne pas sortir du domicile (sauf consultation médicale)
- Désinfecter régulièrement les sanitaires

Pour les personnels soignants ou non soignants au sein d'un Etablissement de Santé ou Etablissement médicosocial :

PCR +/-cas confirmé :

les personnels asymptomatiques et non remplaçables peuvent être maintenus en poste avec des mesures de précaution et d'hygiène renforcées. Cette décision est prise par l'établissement si les bénéfices de la présence du personnel en question sont supérieurs aux risques associés à son absence. (contact Equipe opérationnelle d'hygiène/médecine du travail/encadrement)

Contacts à risque :

pas d'éviction sauf s'ils deviennent symptomatiques ou s'il existe un doute sur la possibilité du soignant à respecter les mesures barrières permettant d'éviter la contamination des patients ou des autres professionnels de l'établissement.
test entre J+5 et J+7 du dernier contact.

PRENDRE EN CHARGE UN PATIENT CONFIRME :

Forme légère	Forme modérée	Forme sévère
INSCRIPTION DANS TERR E SANTE		
<p>Surveillance (auto, IDE, Med, e-covid)</p> <p>Contact pour les patients avec FDR entre J7 et J10 ou e-covid (appel J7-J10) et Informer sur signes d'aggravation à J7-J10</p>	<p>e-covid : appel quotidien +/-</p> <p>Referent hospitalier pour Discuter l'indication hospit ou ambu</p>	<p>Hospitalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si signe de gravités : SAMU - Urgences - Entrée directe
<p>Traitement symptomatique Hydratation et Alimentation</p>	<p>Traitement symptomatique Hydratation et Alimentation</p> <p>Prévention thromboembolique chez patient à risque</p>	<p>FDR TVP :</p> <p>un cancer actif (traitement au cours des 6 derniers mois), antécédents personnels récents (< 2 ans) d'évènement thromboembolique. Autres FDR : âge >70 ans, alitement prolongé, postpartum, contraception orale combinée</p>

	Pas d'O2	O2
<p>Clinophile et aucun FDR TVP</p>	<p>Risque faible :</p> <p>pas HBPM</p>	<p>Risque intermédiaire :</p> <p>Enoxaparine 4000 UI x 1/j</p> <p>Si Insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/mn) HNF 5000 UI x 2/j</p>
<p>Clinophile et FDR TVP ou IMC >30</p>	<p>Risque intermédiaire :</p> <p>Enoxaparine 4000 UI x 1/j</p> <p>Si poids sup à 120 kg : 6000 UI X 1 /j</p>	<p>Risque élevé :</p> <p>Enoxaparine 4000ui X 2 /j</p> <p>Si Insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/mn) HNF 5000 UI x 3/j SC</p> <p>Si poids sup à 120 kg : 6000 UI x 2/j</p>

Pas d'indication à un traitement antibiotique systématique

Ne pas introduire d'AINS

Ne pas prescrire de corticothérapie en l'absence d'oxygénorequérance liée à la Covid 19

Pas de traitement antiviral validé

b. Annexe 2 : Annuaire

	Secteur Nord	Secteur Melun-Provins	Secteur Sud
Psychologue	VOIR FICHE ARS DEDIEE		
DAC	☎ 01 83 61 62 00 ✉ contact@gospelreseau77.com	☎ 01 60 71 05 93 ✉ rt2s77@coordinationsud77.fr	
Rééducation	Réseau RECUP AIR (Kinésithérapeutes libéraux ambulatoires en Ile-de-France) 09 80 34 15 30 Coordinatrice du réseau (à contacter uniquement par un professionnel de santé) 07 49 12 06 66		
Cs symptômes persistants	secretariat.medecine5@ghsif.fr		
Filière gériatrique	07 85 08 17 69 (9h-18h)	Provins : 01 64 60 47 38	Site de Nemours : 01 64 45 47 98 Site de Montereau : 01 64 31 65 87
Astreinte gériatrique	<u>GHEF – Site de Meaux</u> : 01 82 22 87 27 <u>GHEF – Site de Marne-la-vallée</u> : 01 61 10 68 42 <u>GHEF – Site de Coulommiers</u> : 06 45 20 82 65	Dr Sylvie Aufaure 06.81.14.78.28 ✉ sylvie.aufaure@ghsif.fr	☎ 01 64 31 65 87 ✉ astreinte.geriatrique@ch-sud77.fr
Astreinte palliative	07 79 73 37 96		
IMH de territoire	Dr Nathalie DIGUIO ☎ 01 61 10 61 52 ✉ ndiguio@ghef.fr Mme BEAUDENON (Infirmière hygiéniste) ☎ 06 45 20 82 92 ✉ nbeaudenon@ghef.fr	Dr Coralie NOEL ☎ 01 81 74 21 27 ✉ Coralie.noel@ghsif.fr Mme Claudine THONIARD ☎ 06 33 45 37 02 ✉ Claudine.thoniard@ghsif.fr	Dr Sandrine BIANGOMA ☎ 07 62 00 65 52 ✉ s.biangoma@ch-sud77.fr
Avis infectiologue	01 61 10 64 21	06 73 29 73 24	Docteur BERTHOL : 07 56 99 93 91 (Lundi, Mardi A.M, jeudi A.M, vendredi A.M) Docteur IORDACHE : 06 74 46 66 64 (Mardi matin, jeudi matin) Docteur AMOKRANE : 06 58 74 15 12 (Mercredi matin, vendredi matin)
Avis pneumologue	Pneumologie Meaux : 01 64 35 38 57 Pneumologie Marne-la-Vallée : 01 61 10 65 44	✉ secretariat.pneumologie@ghsif.fr	
N° vert pour questions non méd.	0 800 130 000		
Astreinte francilienne d'infectiologie	Du lundi au vendredi de 20h à 8h Du samedi 13h au lundi 8h Les jours fériés de 8h à 20h ☎ 01 46 61 15 00		
Cs ORL	ecrconsultchir.mlv@ghef.fr ☎ 01 61 10 68 68		
Entraide médicale :	Commission nationale d'entraide du CNOM 7/7j : 0 800 288 038 - entraide@77.medecin.fr		

PLATEFORMES TÉLÉPHONIQUES DE SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE EN ÎLE-DE-FRANCE



© ARS Île-de-France - Novembre 2020 - Gettyimages

<p>POUR TOUS</p>	<p>01 48 95 59 40 lundi au vendredi de 10h00 à 17h00 psychotrauma.avicenne@aphp.fr</p>	<p>Évaluation des demandes et orientation, consultations présentes ou en visioconférence réalisées par des psychologues et psychiatres pour toute situation de traumatisme, liée ou non à la Covid</p>	<p>Centre régional psychotraumatisme Paris Nord (AP-HP)</p>
<p>POUR TOUS</p>	<p>01 42 34 78 78 Lundi au vendredi de 9h30 à 18h00 crp.htd@aphp.fr Psycho.centreappel.htd@aphp.fr</p>	<p>Évaluation des demandes et orientation, consultations présentes ou en visioconférence réalisées par des psychologues et psychiatres pour toute situation de traumatisme, liée ou non à la Covid</p>	<p>Centre régional psychotraumatisme Paris Centre et Sud (AP-HP)</p>
<p>POUR TOUS LES ACTEURS DE LA SANTÉ</p>	<p>01 42 34 78 78 Lundi au vendredi de 9h30 à 18h00 Psycho.centreappel.htd@aphp.fr</p>	<p>Entretiens téléphoniques, téléconsultations et consultations présentes réalisés par des psychologues et psychiatres. Possibilité de consultation en présentiel et en urgence H24</p>	<p>Centre régional psychotraumatisme Paris Centre et Sud (AP-HP)</p>
<p>POUR LES FAMILLES ENDEUILLÉES PAR L'ÉPIDÉMIE COVID-19</p>	<p>01 48 95 59 40 lundi au vendredi de 10h00 à 17h00 psychotrauma.avicenne@aphp.fr</p>	<p>Entretiens téléphoniques, consultations présentes ou en visioconférence réalisées par des psychologues et psychiatres pour les endeuillé.e.s et appui aux professionnels (sociaux et sanitaires) en difficulté avec une situation de deuil</p>	<p>Centre régional psychotraumatisme Paris Nord (AP-HP)</p>
<p>POUR TOUTE PERSONNE SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES ET LEUR ENTOURAGE</p>	<p>Numéro vert 01 4800 4800 7j/7j de 11h00 à 19h00</p>	<p>Information, conseil et soutien aux personnes et familles touchées par des troubles psychiques en vue de faciliter leur accès aux soins. Conseils aux professionnels non spécialisés. Entretiens téléphoniques réalisés par des infirmiers, psychologues et psychiatres.</p>	<p>Plateforme « Psy Ile de France » Paris psychiatrie & neurosciences et l'AP-HP</p>
<p>POUR LES EHPAD (personnels et familles de résidents)</p>	<p>01 44 49 24 79 7j/7 de 10h00 à 18h00 cump75.covid19.nck@aphp.fr</p>	<p>Soutien médico psychologique aux EHPAD, entretiens téléphoniques par les professionnels de la CUMP de Paris. Possibilité de déplacement dans les EHPAD pour assurer les prises en charges sur site en lien avec les acteurs départementaux et les dispositifs en place. Possibilité d'intervention en cas d'urgence via le 15.</p>	<p>Dispositif coordonné par la CUMP de Paris (AP-HP) en lien avec le réseau des CUMP franciliennes</p>
<p>POUR LES JEUNES (de 7 à 25 ans) DONT UN MEMBRE DE LA FAMILLE SOUFFRE D'UN TROUBLE PSYCHIATRIQUE</p>	<p>01 84 79 74 60 lundi au vendredi de 11h00 à 17h00 (lundi, mercredi et jeudi jusqu'à 19h00) lesfunambules@oeuvre-falret.asso.fr</p>	<p>Accueil téléphonique réalisé par des psychologues avec possibilité de fixer une téléconsultation ou un entretien en présentiel</p>	<p>Plateforme Les funambules L'Œuvre Falret</p>

c. Annexe 3 : Fiche de sortie de l'hôpital

Etiquette

J 0 = Date de début des symptômes :

Date de PCR SARS Cov 2 positive :

Comorbidités à risque :

- Age >65 ans
- Insuffisance respiratoire chronique sous O2 ou pathologie respiratoire à risque de décompensation
- Insuffisance rénale chronique dialysée
- Insuffisance cardiaque NYHA III ou IV
- Cirrhose > stade B
- ATCD cardio-vasculaire
 - HTA compliquée
 - AVC
 - Antécédents coronariens
 - Autres
- Diabète insulino-dépendant ou avec complications secondaires
- Immunodépression
- Cancer en cours de traitement
- Obésité IMC >30
- Affections neuromusculaires

SCANNER THORACIQUE

Date :

Pourcentage d'atteinte :

EP oui non

TRAITEMENTS INITIES :

- Oxygénothérapie
- Traitements inhalés
- Antibiotiques
- Anticoagulant

Nom du Médecin hospitalier : **Coordonnées :**

d. Annexe 4 : Exercice anosmie

Exercices tous les jours en utilisant des flacons étiquetés
A acheter au rayon des épices de votre supermarché

**LIRE LE NOM DU PRODUIT AVANT DE LE SENTIR POUR DONNER
LE TEMPS AU SYSTEME SENSORIEL
D'ASSOCIER LES DEUX INFORMATIONS**

VANILLE	
CAFE	
ANETH	
THYM	
CANELLE	
CLOU DE GIROFLE	
LAVANDE	
CORIANDRE	
VINAIGRE LEGER	
MENTHE	
CUMIN	

e. Annexe 5 : Oxygénothérapie

Oxygénothérapie : comment facturer ?

Pour l'initiation de la stratégie de prise en charge à domicile, le médecin peut facturer la majoration pour « consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique » (MIS) d'une valeur de 30 € (1).

En cas de nouvelle visite à domicile durant la prise en charge, le médecin peut facturer la majoration MIS pour cette seconde visite (à l'exclusion des consultations au cabinet médical et des téléconsultations qui restent à facturer selon les principes de droit commun).

Par exemple, pour un médecin généraliste de secteur 1, les cotations attendues sont :

- initiation de la stratégie de prise en charge à domicile :
 - o consultation ou téléconsultation : TCG/G/GS (25 €) + MIS (30 €) = 55 €
 - o visite à domicile : VG/VGS (25 €) + MD (10 €) + MIS (30 €) = 65 €
- si une nouvelle consultation se fait au domicile du patient, une seconde MIS est facturable au cours de la prise en charge uniquement :
 - o VG/VGS (25 €) + MD (10 €) + MIS (30 €) = 65 €

Le reste de la prise en charge de ces patients est facturé selon les principes conventionnels habituels ou, le cas échéant, avec les mesures dérogatoires en vigueur le temps de l'état d'urgence sanitaire.

(1) Dans le respect des règles de l'article 15.9 des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

f. Annexe 6 : Bibliographie

Rapport relatif à l'actualisation de la prise en charge des patients atteints de Covid-19 publié le 20/08/2020

Avis relatif à l'actualisation de la liste de facteurs de risque de forme grave de Covid-19 publié le 14/11/2020

Avis relatif à l'actualisation des recommandations thérapeutiques dans le Covid-19 publié le 02/07/2020

Avis relatif à la conduite à tenir en fonction du statut virologique SARS-CoV-2 chez une personne testée dans le cadre du dépistage ou du contact-tracing publié le 20/07/2020

Durée d'isolement et de quarantaine des cas confirmés de Covid-19 et des personnes contact à risque - DGS Urgent, 29 septembre 2020

COVID-19 Prise en charge et suivi du patient en médecine de ville - COREB, 1er décembre 2020

COVID-19 - Repérer et prendre en charge un patient en contexte épidémique - 1ère consultation médicale - COREB, 05 octobre 2020

Prise en charge de premier recours des patients suspectés de COVID-19 - Réponses rapides HAS, CMG, SPILF, CNGE, 9 novembre 2020

Préserver les capacités hospitalières et assurer la continuité des soins : des recommandations aux professionnels face à la Covid-19 - Ministère de la Santé, 17 novembre 2020

Haute Autorité de Santé. Prise en charge à domicile des patients atteints de la Covid-19 et requérant une oxygénothérapie. Saint-Denis La Plaine : HAS;

Sites de références :

<https://www.infectiologie.com/fr/covid-19.html>

<https://www.coreb.infectiologie.com/fr/covid-19.html>

<https://bibliovid.org/>

<https://lecmg.fr/coronacliv/>

g. Annexe 7 : Glossaire

AINS	Anti-inflammatoire non stéroïdien
ATCD	Antécédent
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CMG	Collège de Médecine Générale
COREB	Coordination du Risque Epidémique et Biologique
CRH	Compte rendu hospitalier
CRP	Protéine C Réactive
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination. Evolution et regroupement des réseaux de santé et dispositifs MAIA
e-COVID	Volet Covid du dossier Terr-eSanté d'un patient
EFR	Exploration fonctionnelle respiratoire
FC	Fréquence cardiaque
FDR	Facteurs de risque
HAD	Service d'Hospitalisation à Domicile
HBPM	Héparine de bas poids moléculaire
HPHC	Complément alimentaire Hyperprotéiné, Hypercalorique
HTA	Hypertension artérielle
IDM	Infarctus du myocarde
IMC	Indice de masse corporelle
J0	Premier jour des symptômes
MT	Médecin traitant
NFS	Numération Formule Sanguine
ONHD	Oxygénothérapie nasale à haut débit
PNN	Polynucléaires neutrophiles
RT-PCR	Reverse Transcriptase - Polymerase Chain Reaction
SHA	Solution hydro-alcoolique
SIDEP	Système d'Information de DEpistage Populationnel
SPLF	Société de pneumologie de langue française
SPO2	Saturation en oxygène
SSIAD	Service de Soins infirmiers à domicile
TAS	Tension artérielle systolique
TDM	Tomodensitométrie
Terr-eSanté	Outil numérique en appui des organisations des professionnels de santé et médico-sociaux.
TROD	Test de dépistage rapide à orientation diagnostic
TVP	Thrombose Veineuse profonde
VHV	Ville-hôpital-Ville

h. Annexe 8 : Composition du groupe de travail

M. Adrien BEAUMEL, Directeur Association Santé 77 Nord et président Association des Réseaux IDF

Dr Omar BELKHODJA, Médecin urgentiste, Chef de pôle territorial Urgences, GHEF

Dr Claire BELTRAMO, Médecin généraliste, Thorigny-sur-Marne

Dr Yannick COSTA, Médecin biologiste, Chef de service Laboratoire de biologie médicale, Président de la CME, GHEF

Dr Anne-Laure DARDENNE, Directrice du Département Finances, Contrôle de gestion, Système d'information, Information médicale, Chef de service du Département d'Information Médicale, GHEF

Dr Astrid DE PONTFARCY, Médecin infectiologue, Chef du pôle Qualité et gestion des Risques, GHSIF

Dr François DOLVECK, Directeur du SAMU 77, Chef du département d'urgence, Chef de pôle de médecine intensive, Urgence Réanimation, GHSIF

Dr Constance FOURCART, Médecin généraliste, CPTS Sud Seine et Marne

Dr Sabrina FURNO, Médecin généraliste, CPTS Liens Santé 77

Mme Sylvie LAINE, Directrice de l'Association Réseau Santé Sud 77

Dr Moïse MACHADO, Médecin infectiologue, Chef de service Médecine infectieuse et tropicale, GEHF

Mme Hélène MARIE, Directrice Direction Départementale 77 de l'ARS IDF

Dr Alain-Gil MPELA, Médecin urgentiste, Responsable de la plateforme Terr-eSanté Melun, GHSIF

Dr Claire SIRET, Médecin généraliste - Le Mée-sur-Seine, Présidente du Conseil Départemental l'Ordre des Médecins de Seine et Marne

Remerciements :

Dr Edouard DEVAUD Chef de Service Médecine Interne / Pathologies Infectieuses et tropicales du GHT NOVO - Président de CME GHT NOVO site de Pontoise.

Secrétariat du SAMU 77 et du CESU 77

Mr Jérémy PRESSAT, chargé de communication, GHSIF

Cette procédure est issue d'un travail commun faisant état des connaissances à date.

Les membres du groupe de travail et/ou les organisations auxquelles ils appartiennent ne peuvent être tenus responsables de tout préjudice, réclamation, coût ou obligation issu de l'utilisation, bonne ou mauvaise, de l'interprétation des renseignements que contient cette procédure.