

## PROTEGER

Les professionnels de santé libéraux veillent à constituer leurs stocks de sécurité en masques, gants, surblouses et tabliers, lunettes, auprès des opérateurs du marché.

PATIENT, SOIGNANT, CONTACTS  
→ SHA + MASQUE

Dès l'entrée dans le cabinet =>

- **patient** : frictions des mains avec une solution hydro-alcoolique (SHA) et port de **masque chirurgical** ;
- **soignant /secrétaire** : précautions standard et complémentaires « gouttelettes » => SHA, masque chirurgical, aération des locaux.

Eviter les situations de soins à risque de générer des aérosols, notamment l'examen de gorge avec Streptotest ; envisageable à condition de disposer des EPI requis (APR de type FFP2, lunettes, surblouse).

Si patient en attente de résultat SARS-CoV2 => prescrire et expliquer mesures d'isolement (masques à prescrire ou donner pour le domicile, arrêt de travail...) dans l'attente de la confirmation diagnostique + évaluation environnement social (précarité...) et recherche de personnes contact, personnes vulnérables.

## DIAGNOSTIQUER

Test virologique SARS-CoV2 :

- Date de début des symptômes  $\geq$  4 jours
- **ou** Exposition au nouveau variant dans les 14 jours précédents (retour de voyage, ou contact à risque avec cas probable/confirmé)
- ⇒ **RT-PCR par prélèvement nasopharyngé (NP).**
- Date de début des symptômes < 4 jours, sans notion d'exposition aux nouveaux variants
- ⇒ **RT-PCR ou test antigénique NP** (remontée des résultats sur plateforme SI-DEP).
- ⇒ Si prélèvement NP impossible, possibilité test RT-PCR sur prélèvement oropharyngé profond, ou LAMP-PCR sur prélèvement salivaire.

Le test RT-PCR sur prélèvement nasopharyngé reste le test de référence pour la détection du virus SARS-CoV-2.

**Sérologie** : uniquement si date de début des symptômes  $\geq$  14 jours.

**Aide au diagnostic** : lymphopénie, éosinopénie profonde,  $\nearrow$  LDH, lésions évocatrices au scanner thoracique (notamment si PCR négative et forte suspicion clinique), angio-scanner thoracique si suspicion EP.

*Si le test est réalisé au cabinet, le professionnel doit s'assurer de disposer d'un stock suffisant d'EPI (APR de type FFP2, lunettes, surblouse) ; du matériel et de consommables permettant la désinfection des surfaces en respectant la norme de virucide 14476 ; d'un circuit d'élimination des déchets d'activité de soins à risque infectieux produits dans ce cadre.*

**Test positif** : informer le patient et renseigner les données patient et contacts du foyer sur « contact-covid » d'AmeliPro.

**Test négatif** : si forte suspicion clinique et personne à risque de forme grave et date de début des symptômes < 8 jours : répéter test PCR nasopharyngé. Maintien des mesures d'isolement.

**Envisager systématiquement diagnostic alternatif ou associé** : pneumonie bactérienne franche (pneumocoque), autres infections (voyages en zone tropicale), autres viroses respiratoires (grippe) d'autant plus si RT-PCR négative, OAP, EP, etc.



! MISE A JOUR !  
18 janvier 2021

## COVID-19

Prise en charge et suivi du patient en médecine de ville

### N° UTILES COVID

Référent maladies infectieuses :

15 ou service d'urgences :

CPAM :

ARS (si suspicion de cluster, hébergement collectif, situation de précarité...) :

Recherche clinique (nom du protocole en cours + n° attaché de recherche clinique)

Autres numéros utiles :

Partenariat : Collège de la médecine générale, [coronacliv.fr](http://coronacliv.fr)  
Sources : HCSP, Ministère de la Santé, HAS, SpF

Données actualisées au 18/01/2021

Suivre les mises à jour sur [www.coreb.infectiologie.com](http://www.coreb.infectiologie.com)

## REPERER ET EVALUER

**Tableau clinique évocateur** : infection respiratoire aiguë avec fièvre ou sensation de fièvre, ou toute autre manifestation clinique suivante, de survenue brutale :

- **Population générale** : asthénie, myalgies inexpliquées ; céphalées en dehors d'une pathologie migraineuse connue ; anosmie ou hyposmie sans rhinite associée ; agueusie ou dysgueusie.
- **Personnes âgées de 80 ans ou plus** : altération de l'état général ; chutes répétées ; apparition ou aggravation de troubles cognitifs ; syndrome confusionnel ; diarrhée ; décompensation d'une pathologie antérieure.
- **Enfants** : tous les signes sus-cités en population générale ; altération de l'état général ; diarrhée ; fièvre isolée chez l'enfant de moins de 3 mois.
- **En contexte d'urgence** : troubles du rythme récents, atteintes myocardiques aiguës, événements thrombo-emboliques graves.

**Nouveaux variants** : rechercher notion de voyage, ou contact à risque avec cas probable / confirmé de nouveau variant dans les 14 jours précédant l'apparition des symptômes. Le préciser dans la prescription de test PCR.

### Signes de gravité = discuter hospitalisation / appel 15 :

T°>40°C, tachypnée (FR > 22), désaturation SpO2 < 95% ou < 90% si comorbidités respiratoires (BPCO...), TA systolique < 100 mm Hg, ou marbrures, sueurs, TRC allongé chez l'enfant ; fréquence cardiaque > 120/mn, ou troubles du rythme ; altération de la conscience ; confusion, ralentissement idéo-moteur, somnolence ; déshydratation, oligurie, altération brutale de l'état général.

**Patients sous O2 à domicile** : indication à hospitaliser, voire appeler le 15 si oxygène-requérance > 3 l/mn ou apparition d'une complication quelle qu'elle soit.

**Patients à risque de forme grave** : surveillance rapprochée => âge > 65 ans, hypertension artérielle compliquée, ATCD d'AVC ou de coronaropathie, de chirurgie cardiaque, comorbidités respiratoires à risque de décompensation, insuffisance rénale chronique dialysée, insuffisance cardiaque stade NYHA III ou IV, néoplasie évolutive sous traitement, cirrhose hépatique ≥ stade B, diabète, obésité (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>), immunodépression (médicamenteuse, greffe d'organe solide, hémopathie maligne

sous traitement, VIH non contrôlé ou CD4 <200/mm<sup>3</sup>), syndrome drépanocytaire majeur, asplénie, grossesse au troisième trimestre.

## PRENDRE EN CHARGE UN CAS CONFIRME

**Test positif.** Absence de signes de gravité (ce qui est le cas chez 85% des patients) → isolement et surveillance à domicile

**Traiter les symptômes.** Introduction AINS contre-indiquée mais poursuite du traitement habituel avec la plus petite dose efficace, en lien avec spécialiste référent.

**Pas d'antibiotique systématique** (co-infections bactériennes exceptionnelles).

**Pas de traitement antiviral validé** (recherche clinique en cours) mais discuter traitement par oseltamivir si co-épidémie grippale.

**Prophylaxie thrombo-embolique** chez les patients à risque (alitement prolongé) ou sous O2 :

- Enoxaparine 4000 UI x 1/j, Daltéparine 5000 UI x 1/j, Nadroparine 2800 UI x 1/j, Tinzaparine 4500 UI x 1/j, Fondaparinux 2,5 mg x 1/j.
- Si IMC>30, cancer actif, ATCD personnel d'EP ou de TVP, thrombophilie, → prophylaxie par HBPM à dose intermédiaire : Enoxaparine 4000 U x 2/j.
- Si insuffisance rénale sévère (DFG < 30 ml/mn) → HNF 5000 UI x 2 à 3/j SC => durée de 7 à 10j.

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

**Patient oxygène-requérant à domicile => prise en charge à adapter dans le cadre d'une discussion tripartite avec médecin hospitalier et patient :**

Possibilité d'oxygénothérapie, uniquement si besoins O2 < 4 l/mn :

- **En sortie d'hospitalisation**, avec surveillance ad-hoc à domicile : infirmiers, kiné, médecin, incitation à télésurveillance par applications ;
- **ou de façon exceptionnelle, en amont de l'hôpital**, peut être proposée chez des patients stables, entourés et

observants, sans FDR, avec discussion préalable et décision partagée avec le médecin hospitalier référent COVID permettant de définir la surveillance nécessaire (IDE, HAD...). Une attention particulière sera portée à ces patients en raison de la rapidité de la dégradation lorsqu'elle survient. Dans cette situation, possibilité de corticothérapie par dexaméthasone, si > J7 début symptômes fonctionnels (DSF). PO chaque fois que possible (pas de troubles de la déglutition, ni troubles digestifs, ou troubles de la conscience), à la posologie de 6 mg/j pour 5 à 10 jours (arrêter après 24h de sevrage en O2). En cas de tension d'approvisionnement : méthylprednisolone 32 mg/j, ou prednisone 40 mg/j, avec décroissance progressive les 3-4 derniers jours.

**Réévaluer cliniquement notamment entre J6-J12** d'autant plus si patient à risque de forme grave. Coordonner les professionnels de santé (pharmacien, kiné, infirmier...). Un saturomètre à domicile peut être un bon outil d'aide au suivi distanciel, il est obligatoire chez les patients sous oxygénothérapie. Vigilance sur l'évolution de l'état général et respiratoire. Dépister et prévenir les complications vitales (cardio-respiratoires, thrombo-emboliques notamment), évaluer les conséquences fonctionnelles.

## Guérison et levée de l'isolement

La levée de l'isolement du patient diagnostiqué COVID se fait après 48h sans fièvre (sans apyrétique) ET :

- **Pour les formes réanimatoires**, isolement strict jusqu'à J10 DSF prolongé de mesures barrières strictes jusqu'à J24. **Idem pour les formes non-réanimatoires d'un patient immunodéprimé** (médicaments, greffe d'organe solide, hémopathie maligne sous traitement, VIH non contrôlé ou CD4 <200/mm<sup>3</sup>).
- **Pour les formes non-réanimatoires** voire asymptomatiques **d'un patient non-immunodéprimé**, isolement strict jusqu'à J7 inclus DSF ou de la RT-PCR SARS-CoV2+ prolongé de mesures barrières strictes jusqu'à J14.

*Pas de test pour confirmer la levée d'isolement.*

**Personne-contact** : isolement à partir du jour du contact avec un cas confirmé pour les personnes-contact, suivi d'un test diagnostique réalisé au 7<sup>ème</sup> jour d'isolement, isolement qui sera poursuivi si le résultat du test est positif.