

PREVENIR, PROTEGER : mesures générales

Les décisions sont prises **au cas par cas** par la direction, après concertation collégiale avec équipe soignante / médecins coordonnateurs, et consultation du conseil de la vie sociale.

Le confinement en chambre devrait rester exceptionnel, le lien avec les proches, ainsi que les visites des professionnels et bénévoles étant maintenus autant que possible.

Les **EPI et désinfectants** doivent être mis à disposition de tous, professionnels ou non, dans tout l'établissement.

Utiliser les ressources spécialisées pour la formation, l'expertise et les renforts RH : CPIAS, équipes mobiles ou opérationnelles d'hygiène (EMH/EOH), astreinte gériatrique (hotline/plateforme), HAD, soins palliatifs...

Former et sensibiliser :

- Former tous les personnels notamment nouveaux arrivants.
- Sensibiliser au risque de transmission sans symptômes, par affichage pour professionnels + proches + bénévoles.

Instaurer les mesures de protection/hygiène :

- En permanence, **mesures de base** : hygiène des mains, masque chirurgical, distanciation physique, pas de contacts étroits (embrassades, serrage de mains, ...).
- Nettoyage et désinfection au minimum quotidiens de l'environnement proche des résidents, aération régulière (plusieurs fois par jour si possible).

Anticiper :

- Dépistage : prévoir une stratégie active et opérationnelle, et des procédures en cas de suspicion de COVID-19.
- Tests : s'assurer d'un accès prioritaire pour l'établissement.
- Directives anticipées : **vérifier leur présence/actualisation pour l'ensemble des résidents, au minimum en ce qui concerne l'éventualité d'un transfert en réanimation.**

REPERER, DIAGNOSTIQUER: actions immédiates

Repérer signes cliniques inhabituels, ++ si apparition brutale : généraux (fièvre, variations T°, frissons, courbatures, asthénie intense), digestifs (douleur abdominale, diarrhée, nausée, vomissement), respiratoires (toux, désaturation), neurologiques (céphalées, syndrome confusionnel même non fébrile, hallucinations, chutes), ORL (étournement, larmoiement, rhinorrhée, perte goût/odorat), hors autres causes évidentes.

Ecarter diagnostics différentiels : autre infection virale, infection bactérienne, AVC ou circonstancielles (constipation, histoire de vie).

Que faire en cas de suspicion de COVID-19 chez un résident ?

- L'isoler immédiatement en chambre seule, avec précautions d'hygiène renforcées sans attendre le résultat du test.
- Débuter la prise en charge des décompensations initiales (déshydratation, dénutrition, risque thrombo-embolique...).
- Faire réaliser test RT-PCR (ou antigénique) sur prélèvement nasopharyngé, ou RT-PCR salivaire ou nasal si NP impossible. Nouveaux variants : criblage réalisé par le laboratoire de virologie.

Hygiène : en attente du diagnostic, mesures **renforcées** dont port de lunettes pour les soignants (en plus des **mesures de base**) :

- Soins au contact direct du patient = surblouse étanche ou tablier plastique.
- Risque de contact liquides biologiques, muqueuse, peau lésée = gants à usage unique non stériles.
- Manœuvre à risque d'aérosolisation - frottis rhinopharyngé, ventilation non invasive, administration de traitement par aérosol, induction d'expectorations, kinésithérapie respiratoire... = APR de type FFP2 (en remplacement du masque chirurgical) et lunettes.
- Informer le référent COVID de l'établissement, tous les professionnels de l'EHPAD, le médecin traitant et mettre en place une fiche de surveillance (T°, pouls, tension, saturation, fréquence respiratoire, signes fonctionnels, surveillance hydratation).

Que faire après un diagnostic positif chez un résident ?

Dès le premier cas : **1/**organiser prise en charge. **2/** identifier cas contacts et appliquer mesures ; si incertitude/contacts, isoler tous les résidents du secteur. **3/** Arrêter les activités de groupe dans l'établissement. **4/** En lien avec ARS, dépister tous professionnels et résidents (incluant intervenants extérieurs + visiteurs), à moduler selon expertise gériatrique et autres (hygiéniste, infectiologue, microbiologiste, médecin du travail...). Si négatifs à J0, envisager surveillance clinique étroite + nouveau dépistage à J7. **5/ Déclarer** systématiquement sur l'application Voozanoo. **6/** Discuter Ac monoclonaux pour les patients infectés et/ou à risque de forme grave

Que faire cas d'épidémie avérée (à partir de 3 cas) ?

1/ Créer un secteur COVID+ dédié. **2/** Arrêter visites et interventions non indispensables de professionnels extérieurs / bénévoles. **3/ Alerter direction et autorités** de santé pour application de mesures supplémentaires : renfort en personnel, matériel, mesures d'éviction des professionnels.



Données actualisées au 13/01/2022
Suivre les mises à jour sur
www.coreb.infectiologie.com

! MISE A JOUR !
13 janvier 2022

COVID-19 en EHPAD repérer et prendre en charge

*A destination des médecins
responsables/coordonnateurs*

N° UTILES COVID

Référent COVID / hygiène de l'EHPAD :

.....

Autres référents hygiène - EOH/EMH/CPIAS :

.....

Hotline / astreinte gériatrique :

.....

Référent maladies infectieuses :

.....

EMSP :

HAD :

ARS :

Autres numéros utiles :

.....

Protocoles en cours :

Signes évocateurs de COVID-19 chez un personnel :
éviction professionnelle immédiate, rechercher contacts, informer hiérarchie, consulter médecine du travail ou médecin traitant, test RT-PCR.

Document réalisé avec :



PRENDRE EN CHARGE UN PATIENT COVID 19
SYMPTOMATIQUE : thérapeutique

Prise en charge possible sur place **après avis collégial et contact hotline gériatrique** conformément aux recommandations du CNP précisant les critères d'hospitalisation **et sous réserve de** :

- Non-décision d'hospitalisation du résident quelle qu'en soit la raison ;
- Renfort suffisant en infirmier(e)s (IDE), aides-soignantes et ASH, en particulier présence IDE la nuit, recours HAD possible et astreinte médicale H24 et 7/7 si cas multiples ;
- Stocks de traitements, O2 et matériels disponibles sur place.

BILAN INITIAL : clinique : TA, pouls, SaO₂, fréquence respiratoire, état général - hydratation, dénutrition ; Biologique : NFS, plaquettes, CRP, Na, K, créatinine, urée.

Selon comorbidités ou clinique (liste non exhaustive) : ferritine, troponine, LDH, D-Dimères, fibrinogène, TP, TCA, glycémie, ECG.

ANTALGIE : paracétamol PO ou injectable (Perfalgan possible en EHPAD) de 1 à 3 g/24h. AINS à éviter (sauf traitement chronique par AINS)

THROMBO-PROPHYLAXIE :

Pas d'association HBPM avec AOD ou AVK.

- Patient sous AVK avec risque instabilité INR + risque interactions médicamenteuses : discuter relais / HBPM ou HNF selon antécédents, fonction rénale, traitements associés.
- Patient sous AOD : maintien de l'AOD.

HBPM :

- Si clairance créatinine (Clcr) > 30mL/mn => Enoxaparine 4000 UI/24h SC ; Tinzaparine 4500 UI/24h SC; Fondaparinux 2,5 mg/24h SC.
- Si Clcr entre 15 et 30 mL/mn => Enoxaparine 2000 UI/24h SC.
- Si Clcr <15 mL/mn => indication à discuter avec plateforme / hotline gériatrique de Calciparine 5000 UI 2x/24h avec surveillance anti-Xa (protocole d'adaptation disponible et connu du prescripteur et des médecins d'astreinte).

Durée : 7 à 10 jours.

A noter : Prolongation thrombo-prophylaxie après 10^{ème} jour / patients à haut risque thrombotique et faible risque hémorragique. Pas de surveillance activité anti-Xa. Surveillance plaquettes recommandée 2x/sem (minimum 1 x).

OXYGENOTHERAPIE :

Si indication oxygénothérapie => avis nécessaire / gériatre (hotline gériatrique) sur indication hospitalisation.

Si maintien en EHPAD décidé :

- Indication O2 si SpO₂ ≤94% (≤90% pour patients BPCO/IRC).
- Saturation cible > 94% (90-92 % si BPCO/IRC) en débutant à 2L/mn ou 3 L/mn.

Modalités : lunettes jusqu'à un débit de 4-6L/mn ; masque à haute concentration si débit >4-6 L/mn avec SpO₂ <92% et acceptation par le résident.

CORTICOTHERAPIE :

Patient oxygéno-requérant = indication corticothérapie => avis nécessaire / gériatre (hotline gériatrique) sur l'indication d'une hospitalisation.

Si maintien en EHPAD décidé :

- Dexaméthasone : 6 mg/24h (oral/IV) pdt 5 à 10 j jusqu'à disparition des besoins en O2.
- Methylprednisolone: PO; Medrol® : 32 mg/24h ; IV/SC : Solumedrol®20 mg/24h.
- Prednisone (Cortancyl®) : 40 mg/24h (Oral/IV/SC) pdt 5 à 10 j réduction à ½ dose à J5.

HYDRATATION (IV ou hypodermoclyse/SC) :

- Envisager perfusion sous-cutanée si apport PO < 1 L/24h.
- G5 + 4 g de NaCl /L (sans apport potassique), 1000 cc.
- Surveillance/adaptation des doses de diurétiques.
- Surveillance accrue si insuffisance cardiaque.

Attention : toute hypernatrémie >150 mmol/L nécessite une réhydratation intraveineuse.

Traitement antiviral : en cours de validation/autorisation (*Paxlovid*® : *nirmatrelvir + ritonavir, voie orale*) patient à risque de forme grave < 5 jours du début des symptômes, vigilance interactions médicamenteuses+++

ANTIBIOTHERAPIE : **Pas d'indication d'antibiothérapie systématique** (A discuter selon évolution clinique: expectorations purulentes et ré-aggravation de la dyspnée).

- Pneumonie non grave (O₂ < 2l ; qSOFA < 2) :
 - o Amoxicilline + Acide clavulanique :1g x 3/24h PO,
 - si allergie: Pristinamycine: 1g x 3 /24h.
- Pneumonie grave ou facteur de risque de gravité :
 - o Ceftriaxone IV/SC 1g/24h + macrolide disponible
 - si allergie: Lévofloxacine: 500 mg /24h
- Durée totale de 5 à 7 jours maximum.

AEROSOLS : uniquement chez patients asthmatiques / BPCO chez qui le traitement de fond ne doit pas être arrêté.

Anticorps monoclonaux (modification des molécules pour le variant Omicron) => Validation des indications et de l'organisation (hôpital de jour, hospitalisation, *HAD à venir*) par le médecin hospitalier référent du patient ou COVID/centre 15

Curatif : **Sotrovimab 500 mg IV à l'hôpital**, dans les 5 j du début des symptômes, chez les patients non-oxygéno-requérant à risque de forme grave : **patients > 80 ans ou déficit de l'immunité** : Chimiothérapie en cours, transplantation d'organe solide, allogreffe de cellules souches hématopoïétiques, lupus systémique ou vasculaire avec traitement immunosuppresseur, traitement par corticoïde > 10 mg/jour d'équivalent prednisone pendant plus de 2 semaines, traitement immunosuppresseur incluant rituximab ; **ou patients à risque de complications** : Obèse (IMC > 30 kg/m²), BPCO et insuffisance respiratoire chronique, Hypertension artérielle compliquée, Insuffisance cardiaque, Diabète (de type 1 et de type 2), Insuffisance rénale chronique, Autres pathologies chroniques

Prophylactiques en pré-exposition : Autorisation d'accès précoce pré-AMM bithérapie **tixagévimab/cilgavimab Evusheld**® Patients éligibles : faiblement ou non-répondeur ou non-éligible à la vaccination, et à haut risque de forme grave appartenant à l'un des sous-groupes à risque :
Receveurs d'une greffe d'organe solide, greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques, hémopathie lymphoïde, traitement par anticorps anti-CD20 ou inhibiteurs de BTK ou azathioprine, cyclophosphamide et mycophénolate mofétil, déficit immunitaire primitif.

MESURES COMPLEMENTAIRES et SURVEILLANCE

Mobilisation précoce même si oxygénothérapie : intervention du kinésithérapeute dès le 3^{ème} jour (mobilisation active au lit puis marche si possible). Repérage et prévention des troubles de déglutition. Hydratation et soins de bouche systématiques. Prévention du syndrome d'immobilisation et évaluation du risque d'escarres. Contrôle : facteurs aggravant le syndrome confusionnel, troubles digestifs (constipation fécalome, diarrhées), décompensation de comorbidité. Nutrition : 3 CNO /24h si forme symptomatique.

Surveillance :

- **3 à 6 x /24h** (traçabilité informatique ou sur feuille de surveillance) : fréquence cardiaque + respiratoire, oxymétrie par saturomètre de pouls (SpO₂).
- **3x/24h** : T°, PA, vigilance (Glasgow ou autre).
- **Contrôle quotidien** : surveillance hydrique (quantification des apports), signes de déshydratation (poids), présence d'une diurèse, transit intestinal, adaptation des traitements en cours avec vigilance accrue chez insuffisant cardiaque et diabétique, ECG si besoin.