

COVID-19 – Département du Bas-Rhin

Réunion - Contribution des professionnels de ville à la prise en charge des patients COVID+

Jeudi 5 novembre 2020

de 18 heures 30 à 19 heures 30

Compte-rendu – Dr Guilaine KIEFFER-DESGRIPPES

Audioconférence

OBJET DE LA REUNION

Propositions de prise en charge à domicile de patients COVID+ oxygéo-requérants par les professionnels de ville en lien avec l'Hôpital sur le territoire du Bas-Rhin.

ÉTAIENT PRESENTS

Pour le CHU de Strasbourg :

Monsieur le Professeur Pascal BILBAULT, Service des Urgences Médico-chirurgicales Adultes
Hôpital de Hautepierre

Monsieur le Professeur Yves HANSMANN, Chef de pôle Maladies infectieuses et tropicales et
médecine interne des HUS

Madame Yasmine SAMMOUR, Directrice de l'Hôpital Civil et déléguée de pôles chez CHRU de
Strasbourg - Hôpitaux Universitaires de Strasbourg

Monsieur Rodolphe SOULIE, Directeur des Opérations et Projets aux Hôpitaux Universitaires de
Strasbourg

Un Représentant du SSR

Pour les professionnels de ville :

Pour l'URPS ML Grand Est :

Docteur Claude BRONNER

Dr Guilaine KIEFFER-DESGRIPPES

Pour l'URPS des Pharmaciens Grand Est :

Docteur Claude WINDSTEIN

Pour l'URPS des Infirmiers Grand Est :
Monsieur Julien BOEHRINGER

Pour l'URPS des Biologistes Grand Est :
Docteur Lionel BARRAND

Pour l'URPS des Masseurs-Kinésithérapeutes Grand Est :
Monsieur Ludovic BRAYE (URPS-MK)

Pour les Association de PDS Ambulatoire :
Docteur Maxime BOUMANDIL, Président de l'ASUM 67
Docteur Dan SELLAM, Président de SOS Médecins 67

Pour la Plate-forme territoriale d'appui (PTA) d'Alsace :
Monsieur Nicolas VENZON, Directeur Général de la PRAG

NOTES ET COMMENTAIRES DE SEANCE

Objectifs de la réunion :

Cette réunion avait pour objectif de définir ensemble un processus de prise en charge pluriprofessionnelle de patients COVID+ oxygéo-requérants afin de contribuer et d'anticiper une éventuelle saturation des services d'hospitalisation COVID conventionnels :

- En préhospitalier afin de limiter les hospitalisations de patients qui pourraient être maintenus à domicile
- Et en post-hospitalier afin que l'hôpital puisse faire sortir des patients plus tôt, lorsque ceux-ci ne présentent plus de facteur de gravité, même s'ils nécessitent encore une oxygénothérapie.

En concertation avec les professionnels de ville, le Professeur Yves HANSMANN (*Infectiologue hospitalier*) et le Professeur Pascal BILBAULT (*Urgences Médico-chirurgicales Adultes*), **des critères cliniques ont été définis, ainsi qu'une organisation opérationnelle en pré et en post-hospitalier.**

I. EN PREHOSPITALIER :

1. Prise en charge et traitement à domicile de patients COVID + présentant une dyspnée de repos modérée (inférieure à 20/mn) avec début de désaturation (supérieur à 92 – 94 %) :

- Mise sous O2 à 2 ou 3 litres afin de maintenir une saturation supérieure ou égale à 92 – 94 %.
- Paracétamol si température
- HBPM à dose préventive
- Antibiothérapie si suspicion de surinfection (*par exemple, foyer auscultatoire*)

- Corticothérapie, systématiquement mise en place à l'hôpital ; en attente des préconisations de la Haute Autorité de Santé pour le domicile ; 40mg / jour durant 5 jours
- Bilan biologique avec CRP (*Protéine C-réactive*).

2. Suivi et surveillance à domicile :

Passage d'un professionnel de santé (*médecin, infirmier ou masseur-kinésithérapeute*) au minimum 2 fois par jour (*voire 3 si nécessaire*).

Lors du passage :

- Surveillance de la fréquence respiratoire
- Surveillance de la tension artérielle
- Glycémie capillaire, notamment en cas de corticothérapie
- Saturation en O₂

3. Critères de gravité qui doivent conduire à une hospitalisation immédiate :

- S'il est nécessaire d'augmenter le débit d'O₂ au-delà de 3 litres pour maintenir cette saturation de 92 - 94 % : hospitalisation immédiate (*appel au 15*)
- Fréquence respiratoire supérieure à 24 - 30 : hospitalisation immédiate (*appel au 15*)
- Age supérieur à 75 ans (*en tenant compte de l'âge physiologique du patient*)
- Greffés : ne pas maintenir à domicile si apparition de dyspnée même modérée
- CRP supérieure à 150
- Agitation et/ou troubles de la conscience

4. Organisation opérationnelle retenue par les partenaires :

- Passage d'un professionnel de santé (*médecin, infirmier ou masseur-kinésithérapeute*) 2 à 3 fois par jour.
- Appel du pharmacien de proximité pour mise en place de l'O₂ à domicile
- Dans le cas où le médecin traitant n'a pas les ressources de proximité, il passe **un appel à la PRAG**. La PRAG doit disposer d'une liste de professionnels (*infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pharmaciens*) localisés sur le territoire pour répondre à ces demandes de prise en charge par le médecin traitant.

II. EN SORTIE D'HOSPITALISATION :

Le Professeur Yves HANSMANN (*Infectiologue hospitalier*) et le Professeur Pascal BILBAULT (*Urgences Médico-chirurgicales Adultes*) nous indiquent que les patients qui pourraient sortir alors même qu'ils nécessitent encore une oxygénothérapie présentent en général peu de risques de rebond de la maladie.

Actuellement, tant que les patients recourent à l'O₂, ils sont maintenus à l'hôpital. En effet le sevrage d'O₂ de certains patients est parfois long et progressif.

Organisation retenue :

L'hôpital appelle le médecin traitant avec un délai de prévenance de 12 heures à 24 heures.
Les modalités de surveillance et de prise en charge sont présentées au médecin traitant.

L'organisation est la même qu'en préhospitalier ; à savoir :

- Soit suivi par le médecin lui-même
- Soit appel aux infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes libéraux
- Et, en cas de difficulté, il est fait appel à la PRAG.

En cas de sortie un samedi ou un dimanche, il sera fait appel au médecin de garde par le biais de la régulation libérale.

Cas particuliers de patients arrivant aux urgences et dont l'état clinique contraindique toute réanimation lourde (*grand âge par exemple*) :

Le Professeur Pascal BILBAULT propose qu'une HAD puisse se mettre en place à domicile. Une concertation avec la HAD est prévue pour définir la bonne organisation, qui devra toujours mettre le médecin traitant dans « *la boucle* ». Il s'agit en général de patients complexes et la PRAG peut être facilitatrice, voire même la porte d'entrée ; à définir avec les médecins, la HAD, les Urgences et la PRAG.