

ORGANISATION D'UNE PRISE EN CHARGE PLURI-PROFESSIONNELLE « VILLE/HOPITAL » DE PATIENTS COVID+ O² REQUERANTS, SUR LE TERRITOIRE DU BAS-RHIN

OBJECTIFS DU DISPOSITIF

Mise en œuvre d'une organisation pluri-professionnelle, en lien avec l'hôpital :

- pour limiter les hospitalisations
- accélérer la sortie d'hospitalisation

Afin d'éviter une potentielle saturation des services d'hospitalisation conventionnelle accueillant des malades COVID+.

Cette organisation pluri-professionnelle (URPS-ML, URPS-IDEL, URPS-Pharmaciens, URPS-MK, URPS-Biologistes) en lien étroit avec l'Hôpital, doit permettre la prise en charge à domicile de patients COVID + oxygéo-requérants.

[Une recommandation de la HAS a été publiée le 9 novembre 2020](#). Elle définit les critères d'éligibilité des patients permettant une oxygénothérapie à domicile, les indices de gravité ainsi que les conditions nécessaires à cette prise en charge.

Cette recommandation de la HAS est opposable aux praticiens.

I. PRISE EN CHARGE PRE-HOSPITALIERE :

Il s'agit de la prise en charge la plus « délicate » compte tenu du risque d'aggravation rapide des patients COVID+.

Elle nécessite en conséquence de respecter les critères d'inclusion définis dans la recommandation de la HAS et d'appliquer strictement les protocoles de prise en charge.

1° Les critères d'inclusion des patients figurent en page 3 et 4 du document joint en annexe.

2° Le protocole de prise en charge ci-dessous a été défini conjointement entre les médecins hospitaliers et les médecins de ville :

Ainsi, si un patient est éligible à l'oxygénothérapie à domicile en application de ladite recommandation et présente une saturation comprise entre 90 et 92% au repos, le traitement suivant est instauré :

- 2l d'O² afin de maintenir une saturation comprise entre 92 et 94%

Titration de l'O² :

Commencer à 2l/mn

Titrer par pallier de 1l pour une SpO₂ > ou égale à 92%

Si le débit d'O₂ nécessaire est > à 4l appeler le 15

Si SpO₂ > 96% titrer à la baisse par pallier de 1L toutes les 12H

Contrôle avec saturomètre dont le patient est équipé ; réévaluation par IDE 2 à 3 fois par jour

- Paracétamol (sauf allergie) si température : dose max 3g/j à diminuer en cas de cytolysé hépatique
- HBPM à dose préventive pendant 7 à 10j
- Antibiothérapie uniquement si foyer bactérien extra-pulmonaire documenté
- Corticothérapie : la HAS recommande une corticothérapie à domicile pour tout patient O² requérant. La posologie est la suivante :
40 mg/jour prednisone ou 32 mg de méthyl prednisolone pendant 5 jours à 10 jours puis en dose dégressive en 3-5 jours
- Bilan biologique avec CRP
- Hydratation et alimentation équilibrée

3° Critères de gravité imposant une hospitalisation immédiate :

- Nécessité d'augmenter l'O² au-delà de 3l pour maintenir une saturation > ou égale à 92%
- Désaturation < 90% à au moins 2 reprises consécutives
- Fréquence respiratoire supérieure à 30
- Troubles de la conscience et/ou apparition d'une complication quelle qu'elle soit
- CRP > 150

Si apparition de l'un de ces critères appel au 15 pour hospitalisation immédiate.

4° Surveillance du patient par une organisation fonctionnelle pluri-professionnelle mettant en lien la ville et l'hôpital

Pour assurer cette surveillance, le médecin généraliste coordonne l'intervention des professionnels à domicile (IDEL, kiné, pharmacien pour l'O₂).

En cas de difficulté ou s'il ne souhaite pas coordonner cette prise en charge, **il sollicite la PRAG** qui organisera cette prise en charge grâce à des professionnels de santé et des officines volontaires figurant sur une liste préétablie.

Modalités de la surveillance :

- La HAS préconise pendant les 24 premières heures une surveillance de la saturation toutes les 2 heures. A cette fin un oxymètre de pouls doit être mis à la disposition du patient. Il pourra être livré en même temps que l'O₂ par les officines (la prise en charge fait l'objet actuellement d'une discussion avec l'Assurance maladie).
- A partir du 2^{ème} : jour passage d'une IDEL 2 fois/jour ou mieux encore 3 fois/jour.
- L'IDEL surveillera :
 - la saturation en O₂

- la fréquence respiratoire
- une dyspnée éventuelle
- la TA
- la glycémie lorsque le patient est sous corticoïdes
- la température

Ces patients étant susceptibles de s'aggraver rapidement, toute aggravation nécessite un contact avec une équipe hospitalière de référence, notamment dans le cas où le maintien d'une saturation supérieure ou égale à 92 % requiert une augmentation du débit d'O² à plus de 3l. Le CHU met à la disposition des professionnels de ville une permanence 24/24 au numéro suivant : **03 69 55 10 58**.

Si le médecin traitant devait avoir besoin d'un avis ou d'un conseil, il peut également joindre cette astreinte sanitaire en infectiologie au **03 69 55 10 58 (24/24)**.

II. II. SORTIE D'HOSPITALISATION D'UN PATIENT SOUS OXYGENOTHERAPIE

L'organisation retenue est la suivante :

L'hôpital appelle la PRAG en respectant un délai de prévenance de 12 à 24h (*l'idéal serait de prévenir la PRAG la veille de la sortie du patient*). Ils conviennent ensemble des modalités de surveillance du patient.

Lorsque les conditions du retour à domicile sont complexes (problème d'entourage, situation qui pourrait être difficile à domicile pour de multiples raisons...) et à l'instar de ce qui se pratique habituellement à l'hôpital quand il s'agit de préparer les sorties d'hospitalisation également complexes, l'interne ou le cadre de santé appelle la PRAG pour « sécuriser » la sortie et mettre en place toutes les aides et les intervenants au domicile.

La PRAG se met dès lors en rapport avec le médecin traitant.

Soit celui-ci est en mesure et souhaite coordonner la surveillance en faisant appel aux professionnels ad-hoc (IDE, kiné, pharmacien), soit la PRAG prend le relai.

Le cas échéant, si l'état du patient le nécessite, une HAD sera instaurée.

Organisation de la surveillance :

- Passage d'un IDEL 2 à 3 fois/jour
- L'IDEL surveillera :
 - la TA,
 - la FR
 - la SpO²
- Si la SpO₂ est > à 96% , sevrage progressif de l'O² :
 - par pallier de 1l tout en maintenant une saturation supérieure à 96%
- Passage d'un MK si nécessité de kinésithérapie

Nota.

Si absence de médecin de traitant ou injoignable/indisponible, la sortie d'hospitalisation ne sera pas possible.

Nota.

Si la sortie du patient est prévue le WE, l'hôpital sollicitera le médecin de garde.

En semaine en cas d'absence du médecin TT, SOS médecins pourra être sollicité, et devra assurer la surveillance jusqu'à ce que le médecin TT reprenne la main.

Cas particulier d'un patient arrivant aux urgences et dont l'âge et l'état général contraindique toute réanimation, une HAD pourra être envisagée.

Dans ce cas il sera fait appel à la PRAG, qui en lien avec le médecin traitant mettra cette HAD en œuvre.