

COVID-19 - Repérer et prendre en charge un patient en contexte épidémique – 1^{ère} consultation médicale (21 août 2020)

Repérer et Evaluer - Tableau clinique évocateur / exposition

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.

Signes de gravité : T°>40°C, tachypnée (FR > 24), 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/min, ou troubles du rythme ; altération de la conscience ; confusion, ralentissement idéo-moteur, somnolence ; déshydratation, oligurie, altération brutale de l'état général.

Exposition à risque dans les 14j précédents : contact sans protection avec un patient diagnostiqué ou cas possible, situation professionnelle à risque (abattoirs...), retour d'une zone de circulation active du virus.

Protéger - Patient, soignant, contacts → SHA + MASQUE

Dès le début de la consultation => patient : frictions des mains avec une solution hydro-alcoolique (SHA) et port de **masque chirurgical** ; **soignant** : 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 cas possible => 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 (cf suivi des contacts au verso).

Diagnostiquer - Exclusion ou confirmation de COVID-19

Envisager systématiquement diagnostic alternatif : pneumonie bactérienne franche (pneumocoques), paludisme ou autres infections (recherche de voyage en zone tropicale), autres viroses respiratoires d'autant plus si RT-PCR négative.

Aide au diagnostic : lymphopénie, éosinopénie profonde, LDH (↑); angio-scanner thoracique si suspicion embolie pulmonaire

Test virologique RT-PCR SARS-CoV-2 par prélèvement naso-pharyngé à répéter si forte suspicion et début des symptômes < 3 jours. Sérologie uniquement si symptômes > 10 jours. Appel à l'expertise infectiologique si doute.

Prendre en charge

Signes de gravité : hospitalisation (contact SAU ou SAMU Centre 15).

Patients à risque de forme grave = surveillance rapprochée => âge >65 ans, hypertension artérielle, 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 > 30kg/m²), immunodépression (médicamenteuse, greffe d'organe solide, hémopathie maligne sous traitement, VIH non contrôlé ou CD4 <200/mm³), syndrome drépanocytaire majeur, asplénie, grossesse au troisième trimestre.

Traiter les symptômes. Introduction AINS contre-indiquée. Pas de traitement antiviral validé (recherche clinique en cours uniquement disponible pour les patients hospitalisés et dans certaines indications).

Réévaluation clinique à confronter aux résultats des tests virologiques, (en téléconsultation ou présente) notamment entre J5-J10 et d'autant plus si patient à risque de forme grave.

Alerter

Si situation complexe (suspicion de cluster, hébergement collectif, situation de précarité...) => signaler rapidement à l'ARS.

Si RT-PCR + => informer le patient et renseigner les données patient et contacts du foyer sur « contact-covid » d'AmeliPro.

Infectiologue référent : [REDACTED]

Contact ARS : [REDACTED]

COVID-19 : suivi des contacts (21 août 2020)**Niveau 1 : médecin de 1^{er} recours****Patient avec tableau clinique évocateur**

En complément de la prise en charge du patient (cf. recto) :

1/ Prescrire :

- RT-PCR au plus tôt
- **Isolement et mesures barrière** en attente résultats (AT au besoin)

2/ Remettre ou prescrire **4 masques chirurgicaux** à porter par le patient en attendant ses résultats RT-PCR

3/ Débuter l'identification des contacts

Mesures identiques d'emblée à tout le foyer si :

- *symptômes depuis plusieurs jours pour le patient,*
- *ou ATCD contact cas confirmé / probable,*
- *ou symptômes similaires chez d'autres membres du foyer*

Résultats labo

PCR -

Evoquer diagnostic alternatif

Cohérent avec clinique
= lever isolementDoute clinique = **explorations complémentaires** +- avis spécialisé, **maintenir isolement**

Diagnostic exclu

Diagnostic retenu

Cas probable

OU

RT-PCR+ cas confirmé**Pour le PATIENT :**

- Prescrire **2 masques chir / jour** pour durée isolement
- **Isolement et mesures barrière minimum** 8j après 1^{ers} symptômes (10j cas particuliers) ET 48h apyrexie et sans dyspnée
- **Suivi médical**
- Renseigner AmeliPro (confirmer cas)

Pour tous les membres du FOYER :

- Isolement immédiat
- Mesures barrière
- Prescription RT-PCR

Membres du foyer et autres « contacts à risque » : enquête et prise en charge par la plateforme Assurance maladie

ISOLEMENT pour les membres du foyer : selon leurs symptômes et résultats RT-PCR**Où ?** => si possible au domicile, sinon hébergement dédié (cellules locales préfecture et collectivités)**Combien de temps ?** => Dans tous les cas jusqu'au résultat RT-PCR, puis :

- **RT-PCR+ avec symptômes** : 8j ou 10j (personnes à risque de forme grave) après 1^{ers} symptômes **et** 48h apyrexie et sans dyspnée
- **RT-PCR+ sans symptôme** : 10j après 1^{ere} PCR positive
- **RT-PCR négative sans symptôme** :
 - o personnes contacts **non séparées** du cas : 14j après guérison clinique de tous les cas
 - o personnes contacts **séparées** du cas : 14j après le dernier contact avec le cas

Si la personne contact ou le cas est un personnel soignant => durée d'isolement à évaluer selon situation et en lien avec l'établissement employeur

Références : HCSP 16 mars, 20 avril, 8 juillet, 20 août 2020, MINSANTE 5 mai 2020, SpF 7 mai 2020, Réponses rapides HAS 8 juillet 2020