

DIRECTIVE N°...../2020/MSHP/DGS RELATIVE A LA PRISE EN CHARGE ET A LA PROTECTION DU PERSONNEL DE SANTE DANS LE CADRE DE LA MALADIE A COVID-19

CONTEXTE

I : COMMENT RECONNAITRE UN PATIENT ATTEINT DE CORONAVIRUS

I-1 : Cas suspect

I-2 : Cas contact

I-3 : Cas confirmé

II : PRISE EN CHARGE DES CAS SIMPLES

II-1 : Les caractéristiques cliniques du cas simple

II-2 : Traitement des cas simples

III : PRISE EN CHARGE DES CAS SEVERES

III-1 : Les caractéristiques cliniques du cas sévère

III-2 : Traitement des cas sévères dans un centre dédié (ou Unité de Soins Intensifs)

IV : PRISE EN CHARGE DE COMPLICATIONS LIEES AU COVID-19

IV-1 : Prise en charge des patients présentant une Hypoxémie sévère (SpO2 < 90%) ou SDRA

IV-2 : Prise en charge des patients présentant un sepsis ou Choc septique associé

V : PRISE EN CHARGE DES CAS PARTICULIERS

V-1 : Enfants et sujets âgés

V-2 : Femmes enceintes

VI : CRITERES DE GUERISON OU CRITERES PERMETTANT LA SORTIE D'HOSPITALISATION DES PATIENTS « CAS CONFIRMES »

VI-1 : Critères cliniques

VI-2 : Critères radiologiques

VI-3 : Critères virologiques

VII : SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES CAS ET LEURS CONTACTS

VIII : PROTECTION DU PERSONNEL DE SANTE

CONTEXTE

Partie de la Chine en décembre 2019, le COVID 19, est devenu une pandémie mondiale selon l’OMS depuis le 11 mars 2020.

C’est une maladie à contamination rapide qui a causé de nombreux décès à travers le monde.

La côte d’Ivoire à l’instar de plusieurs pays Africains est touchée par ce fléau.

Compte tenu de l’évolution de l’épidémie en Côte d’Ivoire, le Gouvernement a pris prendre des dispositions particulières d’urgence, pour mieux faire face aux défis liés à une réponse efficace à cette épidémie.

Ainsi, de nombreuses actions sont menées par le Ministère de la Santé et d’Hygiène Publique (mise en place d’un comité de crise, élaboration d’un plan de riposte, sensibilisation des populations aux mesures d’hygiène sanitaire et d’hygiènes...).

Cependant, dans le cadre de la prise en charge, il s’avère nécessaire pour le MSHP, de disposer de procédures et/ou de directives standard afin d’assurer la prise en charge adéquate des malades d’une part, et de l’autre de veiller à la protection du personnel de soins dans le cadre de la gestion de la maladie à COVID-19.

Le présent document décrit les directives de prise en charge et de protection du personnel de santé.

I : COMMENT RECONNAITRE UN PATIENT ATTEINT DE CORONAVIRUS

Les symptômes évocateurs du Covid-19 sont la Fièvre, la toux et une difficulté respiratoire. La classification des atteints est basée sur des arguments épidémiologique, clinique et des résultats de laboratoire.

I-1 : Cas suspect : Toute personne présentant une infection respiratoire aiguë (Fièvre, Toux, Difficultés respiratoires) **et** au cours des 14 jours précédant l’apparition des symptômes, répond à au moins un des critères suivants :

- Séjour dans une zone où sévit une épidémie à Covid-19
- Contact avec une personne atteinte de la maladie à Covid-19

I.2. Cas Contact : Toute personne ayant été en contact avec un cas de Covid-19 selon au moins une des modalités suivantes :

- A vécu dans le même foyer que le cas
- A eu un contact physique direct avec le cas pendant sa maladie
- A voyagé avec le malade dans tout type de moyen de transport
- A dispensé des soins directs aux malades covid-19
- A partagé le même environnement qu’un malade atteint du Covid-19

I.3. Cas confirmé : Cas suspect avec une confirmation en laboratoire du virus responsable du Covid-19, quels que soient les signes et symptômes cliniques.

II : PRISE EN CHARGE DES CAS SIMPLES

II.1. Les caractéristiques cliniques du cas simple

Toute personne avec :

- Fièvre inférieure à 38 degrés Celsius
- Absence de difficulté respiratoire
- Présence ou non d'une toux
- Absence de co-morbidités (Insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, Asthme, Insuffisance rénale, infection à VIH, Hépatite virale B et C, diabète, obésité...)
- Absence de traitement immunosuppresseur, corticothérapie, anti-cancéreux

II.2. Traitement des cas simples

- Confinement à domicile
- Appliquer les mesures barrières (Port de masque, lavage des mains, friction des mains avec du gel hydro-alcoolique)
- Traitement symptomatique de la fièvre, toux, écoulement nasal, des céphalées
- **Chloroquine et Hydroxychloroquine non recommandé**
- **Antibiothérapie non recommandée**
- **Ne pas prescrire l'acide acétyl salicylique et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)**
- Surveiller de la température 2 fois par jour
- Boire abondamment de l'eau de boisson
- Soutien psycho-social

III : PRISE EN CHARGE DES CAS SEVERES

III.1 Les caractéristiques cliniques du cas sévères

Chez les adultes : Les signes de gravité suivant sont des indications d'hospitalisation :

- Polygnée (fréquence respiratoire > 30/min)
- Oxymétrie de pouls (SpO2) < 90% en air ambiant
- Pression artérielle systolique < 90 mmHG
- Altération de la conscience, confusion, somnolence
- Déshydratation
- Présence de co-morbidités (Insuffisance respiratoire, insuffisance cardiaque, Asthme, Insuffisance rénale, infection à VIH, Hépatite virale B et C, diabète, obésité...)
- Traitement immunosuppresseur, corticothérapie, anti-cancéreux en cours
- Aspects radiologiques (radiographie pulmonaire standard et/ou tomodensitométrie thoracique).
 - o Nb : il est recommandé d'utiliser en priorité un appareil radiologique mobile dans la zone à risque et d'éviter de déplacer les patients infectés dans les

services d'imagerie médicale en raison du risque de contamination du personnel

Chez les enfants : Les signes de gravité suivant sont des indications d'hospitalisation

- Une Cyanose ou saturation en oxygène inférieure à 92%
- Détresse respiratoire aiguë (geignement ou Tirage intercostal)
- Balancement thoracique, tachypnée
- Incapacité d'allaiter ou de boire de l'eau
- Léthargie, Confusion mentale ou convulsion

NB : Un bilan minimal devra être réalisé pour apprécier le retentissement et une éventuelle co-infection ou comorbidité

- Hémogramme, Goutte épaisse/Test de diagnostic rapide du paludisme, urée, glycémie, créatininémie, ASAT/ALAT, radiographie thoracique (si une radiographie mobile disponible)

III.2. Traitement des cas sévères dans un centre dédié (ou USI)

- Conditionnement et monitoring du patient
- Oxygénothérapie à 5 litres /mn
- Expansion volémique avec des solutés cristalloïdes
- Antibiothérapie (au choix)
 - o Amoxicilline-Acide clavulanique : 100 mg/kg/ jour toutes les 8 heures
 - o Ceftriaxone :50 mg/kg/jour en une fois par jour ou 2 fois par jour toutes les 12 heures
 - o Levofloxacin 500 mg/ Jour en une prise sur 24 heures.
- Traitement antiviral empirique. Choisir une combinaison de deux molécules parmi :
 - o Lopinavir/ritonavir :
 - (200 mg/50mg) 2 capsules x2/j per os pendant 10 jours
 - o L'Hydroxychloroquine :
 - Posologie : 400 mg x 2 par jour à J1 per os, puis 200 mg/j pendant 10 jours
 - Faire un ECG systématique (effets secondaires cardiaques)
 - o Le Remdesivir :
 - Posologie : 200 mg en dose de charge puis 100 mg 1x/jour administré en intraveineuse lente de 30 min – 1 heure
 - Durée : 05-10 jours
 - o Interféron alfa-2B en nébulisation :
 - 100 000 à 200 000 UI/kg toutes les 12 heures par jour pendant 5 à 7 jours (cas modéré chez adulte et enfant)
 - 200 000 à 400 000 UI/kg toutes les 12 heures par jour pendant 5 à 7 jours (cas sévère chez adulte et enfant)
- Soutien psycho-social dès que l'état clinique du patient le permet.

IV : PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS LIES AU COVID-19

La gestion des complications liées au Covid-19 devra idéalement être prise en charge dans une unité de soins intensif. Il s'agit essentiellement du :

- Hypoxémie sévère et Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)
- Sepsis et choc septique

IV.1 Prise en charge des patients présentant une hypoxémie sévère (SpO₂ < 90%) ou SDRA

- La gestion des voies aériennes doit être assurée par le plus expérimenté de l'équipe
- Pas de remplissage vasculaire en dehors de signes d'insuffisance circulatoire ou d'état de choc.
- Oxygénothérapie au masque si hypoxémie sévère (jusqu'à 10 l/min), en visant une SpO₂ ≥ 90%.
- Oxygénothérapie nasale à haut débit et ventilation non invasive (VNI) doivent être évitées autant que possible
- L'intubation suivie de l'assistance ventilatoire est réalisée dès la constatation de l'échec de l'oxygénothérapie.
- Intubation vigile sous fibroscopie doit être évitée du fait du risque de toux et d'aérosol lors de la pulvérisation de l'anesthésique local
- L'utilisation de vidéo-laryngoscopie qui éloigne l'opérateur du patient est proposée en première intention.
- En cas de nécessité de ventilation mécanique, il faut régler un volume courant à 6 ml/kg de poids idéal théorique, une pression expiratoire positive > 5 cm H₂O pour obtenir une pression de plateau < 30 cm H₂O.
- La curarisation doit être envisagée dès l'intubation afin d'éviter la toux et la dissémination d'aérosol contaminé.
- Après la procédure d'intubation, tout le matériel non protégé est jeté ou désinfecté.

IV.2 Prise en charge des patients présentant un sepsis ou choc septique associé

- Remplissage vasculaire par cristalloïdes (30 ml/kg), à répéter si efficacité et persistance d'une hypovolémie relative avec pré-charge dépendance.
- Débuter les drogues vasopresseurs s'il persiste des signes de choc malgré le remplissage. La noradrénaline doit être utilisée en première intention, en visant une pression artérielle moyenne ≥ 65 mm Hg.

- Antibiothérapie de type pneumonie communautaire (Amoxicilline plus acide clavulanique ou céphalosporines de 3ème génération (C3g) + macrolides ou Fluoroquinolone antipneumococcique) débutée rapidement.
- Traitement symptomatique des défaillances d'organe.
- Eviter la corticothérapie, même substitutive.

V : PRISE EN CHARGE DES CAS PARTICULIERS

V.1 Enfants et sujets âgés

En plus de la gestion ci-dessus, les éléments suivants doivent être pris en compte

- Administrer un bolus de 20 ml/kg de Cristalloïde puis 20 – 60 ml/kg dans la 1^{ère} heure.
- Déterminer le besoin de bolus liquides supplémentaires (10 à 20 ml/kg chez les enfants et les personnes âgées) en fonction de la réponse clinique et de l'amélioration des cibles de perfusion
- Monitoring des patients pour une meilleure surveillance des patients.
- Surveiller de près pour guider l'administration du volume au-delà de la réanimation initiale

V.2 Femmes enceintes

- Le traitement symptomatique doit être réalisé en tenant compte des adaptations physiologiques de la grossesse
- L'utilisation d'agents thérapeutiques expérimentaux (en dehors de l'étude de recherche) devrait être guidée par l'évaluation des risques-avantages individuels pour la mère et la sécurité du fœtus, avec la consultation d'un obstétricien et d'un comité d'éthique
- Les décisions relatives à l'accouchement d'urgence et à l'interruption de la grossesse devraient être fondées sur ces facteurs : âge gestationnel, état maternel et stabilité fœtale
- Il est recommandé de consulter des obstétriciens, pédiatres et des réanimateurs (selon l'état de la mère)

VI : CRITERES DE GUERISON OU CRITERES PERMETTANT LA SORTIE D'HOSPITALISATION DES PATIENTS « CAS CONFIRMES »

Au moment de sa sortie d'hospitalisation ou de confinement, il est important de s'assurer que le patient ne représente pas un risque pour son entourage.

VI.1 Critères cliniques

- Apyrexie constante depuis 72 heures
- Disparition des signes cliniques liés au SARSCoV-2
- Il est admis qu'il puisse persister une toux résiduelle irritative, post-virale isolée.

VI.2 Critères radiologiques

- Amélioration des signes radiologiques (en comparaison des images de début)

VI.3 Critères virologiques

- Deux prélèvements nasopharyngés **négatifs en PCR** pour le SARS-CoV-2, à 48 heures d'intervalle.

NB : Le premier contrôle virologique est effectué au minimum le 7^{ème} jour après la date de début du premier symptôme.

VII : SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE DES CAS ET LEURS CONTACTS

Le soutien psychologique des malades et leurs parents et des rétablis va consister à

- Ecouter régulièrement les victimes afin d'évaluer les besoins et les préoccupations d'ordre psychologiques ;
- D'amener les personnes à la décharge de leurs souffrances et blessure morale ;
- Apporter les bonnes informations aux victimes afin de les aider à dissiper les mythes et les attitudes de régression ;
- Prévenir les comportements à risque et le stress chronique chez les parents et la communauté proches du malade ;
- Aider les équipes d'intervention à gérer efficacement les situations de stress ;
- Fournir des traitements médicamenteux en cas de décompensation psychotique ;
- Préparer les rétablis au retour en famille et en communauté.

VIII : PROTECTION DU PERSONNEL DE SANTE

Lors de la prise en charge des patients dans un établissement de santé :

- Identifier un circuit dédié pour les patients Covid positif. Ce circuit doit mettre en œuvre les principes suivants :
 - Limiter les hospitalisations classiques ou partielles aux indications indispensables ;
 - Port systématique du masque par le personnel soignant lors des soins
 - Visites limitées ou interdites
- Une double protection est obligatoire (port du masque pour ces patients et leurs soignants)
- La prise en charge des patients infectés par le COVID-19, nécessite les éléments de protection suivants :

- Port de masque FFP-2
 - Protection de la tenue professionnelle dans l'idéal par une surblouse manches longues, imperméable
 - Friction hydro-alcoolique (SHA)
 - Charlotte
 - Port systématique de gants
 - Lunette de protection (ou masque à visière)
- Les phases d'habillage et de déshabillage des équipements de protection individuelle (EPI) doivent être maîtrisés par les soignants afin d'éviter toute contamination
 - Et en l'absence de SAS de sécurité, sanctuariser un espace dans le couloir permettant habillage et déshabillage du personnel
 - Se laver régulièrement les mains au savon ou, en l'absence de point d'eau et de savon, d'avoir recours à la friction des mains avec une solution hydro-alcoolique.

Fait à Abidjan le



Dr AKA Aouélé