

Centre Africain pour le Contrôle et la Prévention des Maladies

Critères de gestion à domicile, de soins intensifs et de sortie pour les patients de COVID-19



Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC)
Roosevelt Street, Old Airport Area, W21 K19
P. O. Box 3243, Addis Ababa
Ethiopia

Tel: +251 11 551 7700

Email: africacdc@africa-union.org

January 2021



Vue d'ensemble

L'augmentation continue des cas de COVID-19 signalés sur le continent africain menace de submerger nos infrastructures sanitaires déjà faibles. Il est donc important que les États membres prennent des mesures sérieuses et urgentes en matière de gestion des cas afin de réduire de manière significative les décès dus à la COVID-19.

Compte tenu des lacunes en matière d'infrastructures et de ressources, la technologie devrait être envisagée pour gérer à distance les patients au sein du système de prestation de soins de santé pendant cette période. Il est évident que même les pays disposant d'infrastructures et de ressources de soins de santé plus avancées ont eu du mal à traiter les patients atteints de COVID-19 ou non pendant cette pandémie. Les cas légers à modérés de COVID-19 et certains cas non COVID-19 bénéficieront de consultations de télémédecine.

Les données actuelles sur les caractéristiques cliniques de COVID-19 indiquent que la majorité des patients (80 %) développeront des symptômes légers à modérés et n'auront pas besoin d'être hospitalisés. Ils peuvent être infectés par le virus à domicile après évaluation des risques par les services sociaux et de santé afin d'exclure les facteurs qui pourraient rendre les soins à domicile inappropriés ou se référer à la politique nationale sur la gestion des cas légers. Un nombre important de patients atteints de Covid-19 peuvent être asymptomatiques malgré un test positif. Ce groupe de patients doit prendre des mesures de protection importantes pour prévenir la propagation du virus au sein de leur foyer et de la communauté.

Étant donné que 20 % des patients devraient développer des symptômes graves, il devient impératif de leur prodiguer des soins critiques de qualité. Les États membres doivent veiller à ce que les unités de soins intensifs (USI) soient prêtes à faire face à l'augmentation des cas de COVID-19 graves. Les États membres sont encouragés à utiliser toutes les ressources dont ils disposent pour fournir aux patients une assistance de base en matière d'oxygène.





Gestion à domicile des cas légers de COVID-19

Cas légers définis comme des infections virales non compliquées des voies respiratoires supérieures avec l'un des éléments suivants : fièvre (en excluant toute autre cause de fièvre), fatigue, toux avec ou sans crachats, anorexie, malaise, douleurs musculaires, mal de gorge et perte de l'odorat ou du goût.

Suggestions d'actions pour les soins à domicile

- Déployer un outil d'évaluation et de gestion des risques adapté aux besoins du pays de manière à ce que les citoyens les plus vulnérables soient les mieux protégés.
- Donner la priorité à l'identification et au traitement des personnes à haut risque, en particulier celles qui présentent des conditions médicales préexistantes, grâce à la surveillance COVID-19 et à un programme de soutien à l'auto-isolement
 - ✓ Services de consultation par télé médecine pour les patients en auto-isolement, par le biais d'appels vidéo et téléphoniques. Les agents de santé communautaire (ASC) peuvent assurer un suivi régulier des cas confirmés et des contacts en isolement. Des rapports quotidiens seront mis à la disposition des ministères de la santé concernés et des autres parties prenantes.
 - ✓ Les ASC devraient être formés au triage à distance des patients présentant des symptômes et aider à différencier les patients nécessitant une escalade et une hospitalisation des patients susceptibles de récupérer à domicile.
 - ✓ Formation des ASC à l'utilisation correcte des EPI (équipements de protection individuelle) et fourniture d'EPI adéquats aux ASC sur le terrain.

Critères d'inclusion pour les soins à domicile

1. Cas asymptomatiques et légers à modérés de COVID-19 sans conditions chroniques sous-jacentes (diabète, hypertension, maladie pulmonaire chronique, asthme, tuberculose et immunosuppression).
2. Saturation en oxygène inférieure à 93 %.
3. Évaluation clinique, sociale et environnementale favorable.
4. Un lien de communication est bien établi avec les prestataires de soins de santé, le personnel de santé publique et les agents de santé communautaire.

Critères d'exclusion pour les soins à domicile

1. Patients de COVID-19 ayant une présentation sévère.
2. Les patients COVID-19 souffrant de maladies chroniques sous-jacentes telles que le diabète, l'hypertension, une maladie pulmonaire préexistante, l'asthme, la tuberculose ou l'immunosuppression.
3. Saturation en oxygène inférieure à 93 %.
4. Patients âgés de plus de 65 ans.
5. Les soins à domicile ne sont pas possibles en raison du cadre résidentiel, de la dynamique familiale ou de préoccupations liées à la sécurité.
6. Difficulté à établir des liens de communication avec les prestataires de soins de santé, le personnel de santé publique et les agents de santé communautaire.

Le rôle des prestataires de soins de santé dans les soins à domicile

- Effectuer une première évaluation des risques sur l'état de santé de la personne et des membres de sa famille.
- Évaluer les facteurs sociaux (type d'habitation, nombre de membres de la famille, capacité de distance sociale, accessibilité, etc.) et environnementaux (hygiène, traitement des déchets, ventilation, etc.).
- Des conseils doivent être donnés aux personnes en contact avec le ménage concernant l'élimination appropriée des déchets infectieux, conformément aux conseils des autorités locales.
- Les patients et leurs familles doivent recevoir une éducation sur la prévention et le contrôle des infections, la gestion des symptômes et un soutien psychosocial continu pendant la durée des soins à domicile et de l'isolement.
- Identifier les patients COVID-19 qui se détériorent à domicile (saturation en oxygène inférieure à 95%, dyspnée croissante, réduction de la fonction rénale, etc.) afin de faciliter une admission précoce dans les établissements de santé appropriés.
- Les prestataires de soins de santé doivent procéder à une évaluation continue des contacts familiaux et informer de manière appropriée si l'un d'entre eux développe des symptômes nécessitant une auto-isolement ou des tests supplémentaires.

Ce que les patients COVID-19 doivent faire pendant leur isolement à domicile

- Restreindre le patient à une chambre individuelle bien ventilée. Ouvrez les fenêtres autant que possible.
- Limiter les déplacements dans le ménage et en particulier dans les espaces communs (cuisine et salle de bain).
- Maintenir une distance d'au moins un mètre par rapport aux contacts domestiques et une durée de temps inférieure à 15 minutes.

- Utiliser du linge et des ustensiles de cuisine spécifiques.
- Désigner une personne en bonne santé et sans maladie chronique sous-jacente comme aide-soignant.
- Aucun visiteur ne doit être autorisé avant d'être complètement rétabli ou d'avoir passé les 14 jours d'isolement à domicile.
- Maintenir une bonne hygiène des mains et des voies respiratoires, c'est-à-dire se laver les mains à l'eau et au savon et porter un masque chirurgical.
- Élimination des déchets dans une zone séparée à manipuler avec précaution, de préférence dans un bac de couleur.
- Nettoyage quotidien de la chambre du patient à l'aide d'antiseptiques ménagers.
- Signaler le plus tôt possible tout symptôme de difficultés respiratoires ou de détérioration au contact du ménage et au prestataire de soins de santé. Le patient doit signaler toute préoccupation liée à la santé mentale, par exemple l'anxiété ou les troubles du sommeil ou la violence domestique.
- Évitez les transports publics pour vous rendre dans les établissements de soins de santé, demandez une ambulance ou voyagez dans un véhicule privé dont toutes les fenêtres sont ouvertes en utilisant un masque facial. Informer le personnel de transport médical (c'est-à-dire l'équipe d'ambulanciers) ou le conducteur du véhicule privé du diagnostic du patient.
- Maintenir un bon apport en liquide d'au moins 2 litres/jour, faire un exercice physique raisonnable dans l'espace personnel du patient et maintenir le contact avec la famille et les amis par téléphone et les médias sociaux si possible.

Rôle des soignants pendant les soins à domicile

- Effectuer une évaluation des risques avec un prestataire de soins de santé pour confirmer le contact familial le plus approprié qui peut s'occuper du patient de COVID-19 à domicile.
- Limiter le nombre de soignants et affecter un membre du ménage à cette tâche.
- Le soignant doit rester dans une autre pièce, si possible ou, si ce n'est pas possible, maintenir une distance d'au moins un mètre avec le patient.
- Le soignant doit porter un masque médical qui couvre la bouche et le nez lorsqu'il se trouve dans la même pièce que le patient. Retirez le masque en utilisant une technique appropriée.
- Veillez à une bonne hygiène des mains après tout type de contact avec la personne malade, son environnement immédiat ou ses fluides corporels.
- Utiliser le linge et les ustensiles de cuisine réservés au patient. Nettoyez-les quotidiennement à l'eau et au savon ainsi que les vêtements du patient, les draps de lit et les serviettes à main.

- Nettoyer et désinfecter quotidiennement la salle de bain, les surfaces des toilettes et les surfaces fréquemment touchées, en utilisant un savon ou un détergent ménager, puis un désinfectant ménager ordinaire contenant 0,1 % d'hypochlorite de sodium. Des gants et des vêtements de protection, par exemple des tabliers en plastique, doivent être utilisés pendant le nettoyage.
- Les déchets générés lors des soins à domicile des patients atteints de COVID-19 doivent être placés dans une poubelle avec couvercle et conservés dans la chambre du patient, puis éliminés comme déchets infectieux selon les conseils des autorités locales.
- Les personnes et les soignants qui ont été exposés à des cas de COVID-19 doivent surveiller leur santé pendant 14 jours à partir du dernier jour de contact possible. Cela inclut les contacts face à face dans un rayon de 1 mètre pendant plus de 15 minutes à partir de 2 jours avant et jusqu'à 14 jours après l'apparition des symptômes chez leurs proches.
- Avertir les prestataires de soins de santé ou le personnel de santé publique si l'état du patient se détériore ou si le prestataire de soins commence à développer des symptômes évocateurs de COVID-19.





Gestion des cas sévères

Traitement de l'hypoxie

- Visez une saturation en oxygène (SpO₂) supérieure à 93 % (88-92 % dans le cas de la bronchopneumopathie chronique obstructive [BPCO]) pendant la réanimation. Cette cible peut être assouplie à une SpO₂ supérieure à 90 % une fois que le patient est stable chez les adultes non enceintes et supérieure ou égale à 92-95 % chez les femmes enceintes.

Aide à la respiration

- Simple soutien de l'O₂ en cas d'hypoxie.
- O₂ nasal ou masque facial ciblant une SpO₂ supérieure ou égale à 93 % (88-92 % dans les cas de BPCO).

Gestion améliorée de l'hypoxie avec des modalités non invasives

- Atténuer le risque d'aérosolisation pour les autres **patients** et les professionnels de la santé. Cette procédure est considérée comme une procédure génératrice d'aérosols (AGP).
- Surveiller les pulsions respiratoires exagérées. Une pulsion respiratoire très élevée peut entraîner de très grands volumes de marée, de grandes variations de la pression transpulmonaire et des lésions pulmonaires induites par le patient lui-même (p-SILI).
- Surveillez de près la détérioration. L'absence d'amélioration dans l'heure qui suit devrait déclencher une évaluation pour une intubation trachéale.
- Envisager une ventilation en position éveillée (<https://africacdc.org/download/guidance-for-awake-prone-ventilation-in-the-non-intubated-conscious-patient/>).
- Modalités d'augmentation par ordre d'efficacité :
 - ✓ O₂ nasal à haut débit - soyez conscient de la consommation élevée de ressources en O₂,
 - ✓ Pression positive continue des voies aériennes (CPAP),
 - ✓ La ventilation non invasive (VNI), telle que la pression positive des voies respiratoires (PPA),
 - ✓ Le CPAP à bulles chez les nouveau-nés et les jeunes enfants, et
 - ✓ Position couchée chez les patients éveillés et non intubés au moins 2 heures par jour.

Ventilation invasive

- Atténuation des risques autour de l'intubation - intubation anoétiquée à séquence rapide et éviter les respirations délivrées par un masque à valve à poche car il s'agit d'un AGP. Utiliser un masque facial avec réservoir pour la pré-oxygénation.
- La plupart des opérateurs expérimentés devraient intuber.
- Laryngoscopie vidéo, si disponible.
- Il est préférable d'utiliser un cathéter d'aspiration en ligne, si celui-ci n'est pas disponible, il faut utiliser un cathéter d'aspiration ordinaire.
- Utilisation de filtres HEPA (haute efficacité pour les particules de l'air), si possible.

Ventilation protectrice pulmonaire

- Maintenir la tête du patient élevée à 30-45 degrés.
- Ventilation (CO₂):
 - ✓ Pression du plateau inférieure ou égale à 30 cm H₂O,
 - ✓ Pression d'entraînement (pression de plateau moins PEP) inférieure ou égale à 15 cm H₂O,
 - ✓ Fréquence respiratoire inférieure à 35/min,
 - ✓ Volume courant visant 6 ml/kg à 8 ml/kg (surtout lorsque la compliance pulmonaire est encore bonne) ; peut être utilisé s'il y a des indications spéciales telles qu'une acidose sévère, et en considérant un poids idéal de 4-5 ml/kg ultraprotecteur si possible (calculer à partir du sexe et de la taille),
 - ✓ Considérer le rapport entre le temps d'inspiration et le temps d'expiration (I:E) 1:1 ou même des rapports inverses, lorsque la compliance pulmonaire est très faible mais pas lorsqu'elle est bonne (supérieure à 40 ml/cmH₂O), et
 - ✓ Permettre l'hypercapnie permissive (laisser le CO₂ augmenter tout en s'assurant que le pH ne baisse pas en dessous de 7,25-7,30) si nécessaire pour éviter une ventilation préjudiciable.

Oxygénation

- Titrer la fraction de l'oxygène inspiré (FiO₂) pour cibler un SpO₂ supérieur ou égal à 93%.
- PEEP - Individualiser pour chaque patient. Réduire la PEP (viser 5-10 cm H₂O) lorsque la compliance pulmonaire est bonne.
- Augmentez la PEP lorsque la compliance pulmonaire est faible. Habituellement supérieure ou égale à 10 cm H₂O et considérer supérieure à 15 dans le cas du syndrome de détresse respiratoire aiguë sévère (SDRA). Surveiller les complications pendant la PEEP élevée.

- Pour réduire la demande en O₂ et éviter la dyssynchronie patient-ventilateur, utiliser une sédation titrée. Envisagez la relaxation musculaire. Commencez par un régime de bolus plutôt que de perfusion si possible.
- En position couchée 14 à 16 heures par jour, utilisez des équipes de pronation pour faciliter cette opération.¹
- Des vasodilatateurs pulmonaires nébulisés tels que l'époprosténol (Flolan) ou l'oxyde nitrique titré peuvent être envisagés.
- Envisagez une ventilation à pression négative (APRV).
- Orientation précoce vers l'ECMO (oxygénation extra-corporelle par membrane), si possible

Gestion de la secretion

- Prévoyez des sécrétions épaisses qui peuvent être abondantes ou difficiles à évacuer. Cela peut bloquer les filtres, surtout s'ils sont placés à proximité des patients, et peut constituer un problème important lors de la ventilation en décubitus ventral où des échangeurs de chaleur-humidité sont utilisés.
- Utilisez l'aspiration en ligne.
- La plupart des centres sont passés à des circuits humidifiés en raison de l'épaisseur des sécrétions qui peuvent bloquer les principales voies respiratoires.
- Envisagez l'utilisation de mucolytiques et d'une solution saline hypertonique en nébulisation ou de N-acétyl cystéine.
- Une bronchoscopie thérapeutique peut être nécessaire. Traitez cela comme un AGP.
- La trachéotomie est considérée comme un AGP et est généralement retardée de 14 à 21 jours.

Gestion des fluides

- Veillez à un équilibre hydrique adéquat et sachez que de nombreux patients sont assez déshydratés à l'admission.
- Évitez la surhydratation qui peut aggraver l'insuffisance respiratoire.
- Utilisez des cristalloïdes, de préférence des solutions liquides équilibrées, comme le lactate de Ringers et la solution de plasmalyte. Si les solutions susmentionnées ne sont pas disponibles, une solution saline normale peut être utilisée.
- La réanimation doit être ciblée, avec des bolus de 250-500 ml de liquide (envisager des bolus plus petits si l'on craint une aggravation de l'insuffisance respiratoire).
- Liquide d'entretien et pertes continues + 20-30 ml/heure. Attendez-vous à des pertes insensibles élevées en cas de fièvre élevée.

¹<https://africacdc.org/download/guidance-for-awake-prone-ventilation-in-the-non-intubated-conscious-patient/>

- Surveillez attentivement la fonction rénale, car l'insuffisance rénale est associée à une augmentation significative de la mortalité.
- Évitez les médicaments néphrotoxiques chez les patients souffrant de lésions rénales aiguës ou d'une maladie rénale chronique.
- Soyez conscient de la tendance à la coagulation dans les filtres de dialyse. Envisagez de doubler l'héparinisation du circuit, d'utiliser l'époprosténol pour l'anticoagulation du filtre ou l'anticoagulation systémique.

Cardiovasculaire

- De nombreux patients n'ont pas besoin de soutien cardiovasculaire.
- Il faut s'attendre à ce que certains aient besoin d'un soutien vasopresseur, ce qui peut généralement être considéré dans le contexte d'une sédation profonde.
- Utilisez la noradrénaline (norépinéphrine) comme agent de première ligne ; envisagez l'épinéphrine, la vasopressine et la dopamine (lorsque d'autres agents ne sont pas disponibles) :
 - ✓ Viser une pression artérielle moyenne (MAP) de 60-65 mmHg, et
 - ✓ Envisager une dose de stress de corticostéroïdes si les besoins élevés en vasopresseurs persistent (hydrocortisone 200 mg/jour en doses fractionnées de perfusion).
- Si une perfusion inadéquate due à une diminution du débit cardiaque est cliniquement suspectée, il faut envisager d'ajouter de la dobutamine.
- Les autres pathologies cardiovasculaires peuvent inclure la myocardite, la péricardite, les épanchements péricardiques et les arythmies, les lésions myocardiques de type 2, l'infarctus du myocarde, le cor pulmonaire aigu, le dysfonctionnement ventriculaire systolique aigu et le syndrome de Takotsubu. La prévalence de l'insuffisance myocardique aiguë sévère a été décrite en Chine comme une cause importante de décès, mais il semble que ce soit moins fréquent dans d'autres régions.
- Surveiller les écocardiographes quotidiennement et suivre la troponine et le NT-Pro BNP à l'admission et par la suite à intervalles, si possible.

Augmentation des thromboses micro et macro

- Il est probable que les événements macro thrombotiques soient plus fréquents.
- Probabilité que la prévalence de la thrombose veineuse profonde (TVP) et de l'embolie pulmonaire (EP) soit d'au moins 25-30%, probablement plus élevée dans certains contextes.
- L'angiographie pulmonaire par tomographie assistée par ordinateur (CTPA) est préférable à la scintigraphie par ventilation-perfusion (VQ) pour exclure l'embolie pulmonaire (EP). L'échocardiographie peut être utile dans le cadre des soins intensifs lorsque le patient ne peut pas être transporté pour une CTPA.

- Les preuves d'une anticoagulation accrue ne sont pas confirmées.
- Utiliser une héparine prophylactique de faible poids moléculaire (HFPM, telle que l'énoxaparine), option privilégiée, ou de l'héparine non fractionnée (HNF). De nombreux établissements ont doublé la dose de façon pragmatique (c'est-à-dire la dose habituelle ajustée en fonction du poids, administrée deux fois par jour).
- Continuer l'anticoagulation prophylactique pendant 2 à 4 semaines après la sortie de l'hôpital, après avoir évalué le risque de saignement. Il peut s'agir d'une HBPM ou d'un anticoagulant oral direct à la dose prophylactique.
- Une anticoagulation à dose complète, de préférence avec un HBPM (comme l'énoxaparine ou l'héparine non fractionnée [HNF]), chez les personnes présentant une thromboembolie veineuse confirmée (MTEV, TVP et EP) ou chez les patients présentant une MTEV très probable mais pour lesquels l'imagerie n'est pas possible pour confirmer le diagnostic.
- La microangiopathie diffuse avec thrombose, en particulier dans les poumons, joue probablement un rôle important dans les lésions pulmonaires et la réduction des échanges gazeux. Cela peut être signalé par une élévation du D-dimère.
- Les taux de fibrinogène peuvent souvent être très élevés. Le temps de prothrombine (PT) et le temps de céphaline activée (TCA) sont généralement peu anormaux. Une légère thrombocytopénie est fréquente.
- La coagulopathie intravasculaire disséminée est moins fréquente, mais peut être observée en décompensation avancée.

La neuropsychiatrie

- Les complications neurologiques comprennent la perte de l'odorat et du goût, les maladies vasculaires cérébrales aiguës, l'altération de la conscience, l'ataxie, les convulsions, les névralgies, les lésions des muscles squelettiques, les signes du tractus corticospinal, la méningite, l'encéphalite, l'encéphalopathie, le syndrome de Guillain-Barré, l'anxiété et la psychose. Chacune de ces affections doit être gérée selon ses propres mérites, conformément aux orientations nationales.
- Les patients nécessitant une ventilation invasive auront besoin d'une sédation, souvent profonde, qui peut comporter un risque pour le patient.
- Surveillez le niveau de sédation en utilisant un score de sédation validé tel que le Richmond Agitation and Sedation Score (RASS).
- Adaptez la sédation aux besoins du patient et ne sédationnez qu'aussi profondément que nécessaire. Une ventilation obligatoire complète, lorsque l'interaction avec le patient n'est pas souhaitée ou lorsque la relaxation musculaire est utilisée, peut nécessiter une sédation profonde (par exemple RASS-4).
- Chez les patients qui déclenchent leur propre ventilation, utiliser une sédation en éveil (par exemple RASS 0 à -2).

- Attendez-vous à un délire après une sédation et ventilation prolongées. Cela peut être assez grave chez certains patients.
- Envisagez une prise en charge ciblée plutôt que de réinstaurer une sédation plus profonde. Cela peut inclure l'utilisation de moyens non pharmacologiques, d'un agoniste alpha-2, la réinitialisation du rythme circadien avec de la mélatonine et des antipsychotiques titrés typiques ou atypiques. Évitez les benzodiazépines dans la mesure du possible.

Autres lésions des organes

- Les tests de la fonction hépatique sont souvent légèrement perturbés. Il est possible de gérer cette situation de manière conservatrice.
- Une insuffisance hépatique complète est très rare.
- Une pancréatite a été observée. La plupart du temps, elle ne nécessite que des soins de soutien.
- Des lésions musculaires peuvent survenir en cas d'élévation de la créatine kinase (CK).

Infection

- La co-infection avec d'autres organismes est possible mais pas courante. Cependant, il faut examiner chaque cas individuellement.
- Pendant la saison de la grippe, commencez empiriquement avec l'oseltamivir en attendant les résultats des tests.
- En cas d'incertitude concernant la présence d'une pneumonie communautaire, commencez à prendre des antibiotiques, conformément aux directives locales. Arrêtez dès que le diagnostic est clair.
- La procalcitonine est généralement faible en COVID-19 et est utile pour décider si une infection bactérienne supplémentaire est présente.
- La lymphopénie est très courante, en général, et la neutrophilie est fréquente dans les cas graves. Surveillez le rapport neutrophiles-lymphocytes (NLR), identifié comme un facteur de risque indépendant de maladie grave chez les patients atteints de COVID-19.
- Les infections secondaires survenant plus tard pendant la ventilation sont courantes. Surveillez activement ce phénomène, traitez-le rapidement et visez à arrêter les antibiotiques dès que l'infection a été suffisamment éliminée.

Inflammations

- Une tempête de cytokines est fréquente. Elle nécessite principalement un traitement de soutien.²
- Attendez-vous à des taux sériques élevés de CRP, d'IL6, de ferritine et de neutrophiles.
- La dexaméthasone, 6 mg/jour pendant 10 jours, est actuellement recommandée pour les patients nécessitant une oxygénothérapie ou une ventilation mécanique.
- Le choc septique doit être pris en charge conformément aux directives nationales et à celles de la campagne «Surviving Sepsis Campaign». ³
- Chez les enfants et les jeunes adultes, il faut être attentif au syndrome inflammatoire multisystémique.⁴
- Le plasma convalescent et les anticorps monoclonaux sont recommandés comme médicament expérimental uniquement jusqu'à ce que davantage de données soient disponibles sur leur utilisation.

Communication

- Communiquer avec des patients gravement malades atteints de COVID-19 peut être difficile, surtout lorsqu'ils souffrent de délire ou d'autres séquelles neuropsychiatriques. Il peut être difficile de comprendre ce qui leur est dit. Le soignant peut également avoir des difficultés à comprendre ce qu'on lui dit.

Ces techniques de communication peuvent être utiles :

- Attirez l'attention du patient avant de lui donner des instructions verbales. Soyez au même niveau physique que le patient et maintenez un contact visuel approprié.
- Parlez directement au patient de manière calme, même s'il est confus et agité.
- Parlez calmement et distinctement, sans hausser la voix ou le ton.
- Dites au patient qui vous êtes et ce qui lui sera fait.
- Utilisez des mots simples et conversationnels et donnez une instruction ou une déclaration à la fois.
- Donnez des indices et donnez l'exemple du comportement souhaité.
- Vérifiez que le patient a bien compris et répétez les instructions si le patient ne comprend pas.
- Soutenez et rassurez le patient. Accuser réception des réponses et les comprendre.
- Fournir des instructions et des informations écrites à ceux qui peuvent lire.

²<https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/whats-new/>

³https://emcrit.org/wp-content/uploads/2017/01/Surviving_Sepsis_Campaign_International.96723.pdf

⁴<https://africacdc.org/download/multisystem-inflammatory-syndrome-in-children-and-adolescents-temporally-related-to-covid-19/>

Nutrition

La nutrition est une partie importante de la prise en charge de chaque patient, y compris les patients atteints de COVID-19. Il est fortement recommandé de commencer l'alimentation dès que possible chez tous les patients, à l'exception de ceux qui souffrent d'une obstruction intestinale mécanique, d'iléus ou qui sont sous repos intestinal.

- Évaluer l'état nutritionnel du patient en utilisant son poids, sa taille, son indice de masse corporelle, etc.
- Commencer l'alimentation dès que l'état du patient le permet.
- La voie d'administration préférée est entérale - orale, orogastrique, nasogastrique ou naso-jéjunale.
- Déterminez les besoins nutritionnels en utilisant les méthodes suivantes :
 - ✓ Calories—minimum 25–30 kcal/kg/day
 - ✓ Carbohydate—60%–70%
 - ✓ Fats and lipids—30%–40%
 - ✓ Adequate protein—1.5 g/kg/day
 - ✓ Multivitamins and mineral mix
- Ce qui précède peut-être intégré dans un régime alimentaire fluide utilisant des produits alimentaires disponibles localement qui peuvent être mélangés et administrés par sonde d'alimentation.

L'utilisation d'une mnémorique de rappel pour s'assurer que les éléments de routine des soins de l'USI pour chaque patient ont été pris en compte.

En voici quelques exemples :

- **Des câlins rapides au lit, s'il vous plaît :** Fluidothérapie et alimentation ; analgésie et antiémétiques ; sédation et essai de respiration spontanée ; thromboprophylaxie ; position tête haute (30 degrés) en cas d'intubation ; prophylaxie des ulcères ; contrôle du glucose ; soins de la peau/des yeux et aspiration ; cathéter à demeure ; sonde nasogastrique ; soins intestinaux ; environnement (par exemple, contrôle de la température, ventilation adéquate) ; désescalade (par exemple, questions de fin de vie, traitements non nécessaires) ; et soutien psychosocial (pour le patient, la famille et le personnel).

Sortie d'isolement pour les patients de COVID-19

- A. Critères de sortie des patients de l'isolement (c'est-à-dire arrêt des précautions fondées sur la transmission) sans exiger de nouveaux tests :
- ✓ Pour les patients symptomatiques, 10 jours après l'apparition des symptômes, plus au moins 3 jours supplémentaires sans symptômes (y compris sans fièvre et sans symptômes respiratoires)

- ✓ Pour les cas asymptomatiques, 10 jours après un test positif pour le CoV-2-SARS

Par exemple, si un patient présente des symptômes pendant deux jours, il peut sortir de l'isolement après 10 jours + 3 = 13 jours à compter de la date d'apparition des symptômes ; pour un patient présentant des symptômes pendant 14 jours, le patient peut sortir (14 jours + 3 jours) 17 jours après la date d'apparition des symptômes ; et pour un patient présentant des symptômes pendant 30 jours, le patient peut sortir (30 +3) 33 jours après l'apparition des symptômes.

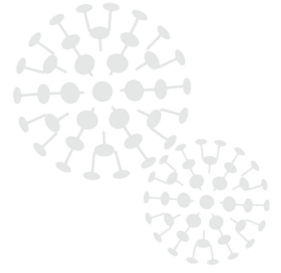
- B. Pour les pays qui choisissent de continuer à utiliser les tests dans le cadre des critères de libération, la recommandation initiale de deux tests PCR négatifs à au moins 24 heures d'intervalle peut être utilisée - le test de répétition doit être effectué 10 à 14 jours après le premier test positif.



Références

1. OMS : Gestion clinique de COVID-19. Orientations provisoires 27 mai 2020
COVID-19 : Prise en charge clinique. <https://www.who.int/publications-detail/clinical-management-of-covid-19>.
2. Hall MW, Joshi I, Leal L, Ooi EE. Modulation immunitaire dans COVID-19 : Considérations stratégiques pour une intervention thérapeutique personnalisée. Clin Infect Dis 2020.
3. Organisation mondiale de la santé. Soins à domicile pour les patients dont la présence de COVID-19 est suspectée ou confirmée et gestion de leurs contacts. Orientation provisoire. 13 août 2020. [https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications-detail/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts) (Consulté le 25 août 2020).





Africa Centres for Disease Control and Prevention (Africa CDC), African Union Commission
Roosevelt Street W21 K19, Addis Ababa, Ethiopia

+251 11 551 7700 fricaccdc@africa-union.org www.africaccdc.org [africaccdc](https://www.facebook.com/africaccdc) [@AfricaCDC](https://twitter.com/AfricaCDC)