

REPUBLIQUE
DEMOCRATIQUE DU
CONGO

MINISTERE DE LA SANTE



SECRETARIAT GENERAL

PROTOCOLE DE PRISE EN CHARGE DE L'ÉPIDÉMIE A CORONAVIRUS COVID-19

MARS, 2020

TABLE DES MATIERES

| | |
|---|----|
| REMERCIEMENTS | 2 |
| AVANT-PROPOS | 3 |
| ACRONYMES | 5 |
| CHAPITRE I. INTRODUCTION | 6 |
| CHAPITRE II. DIAGNOSTIC CLINIQUE | 7 |
| 1. SYMPTOMES | 7 |
| 1.1. Symptômes les plus courants | 7 |
| 1.2. Autres symptômes possibles | 7 |
| 2. GROUPES PRIORITAIRES | 8 |
| 3. CLASSIFICATION DE LA MALADIE | 9 |
| 3.1. Stade léger | 9 |
| 3.2. Stade modéré | 10 |
| 3.3. Stade sévère | 10 |
| CHAPITRE IV. PRISE EN CHARGE | 14 |
| IV.1. Mesures de Prévention et contrôle des infections appropriées | 15 |
| I.1. Instructions pour les personnels soignants | 15 |
| IV.2. PRISE EN CHARGE D’UN CAS SUSPECT VALIDE | 18 |
| IV.3. PRISE EN CHARGE D’UN CAS CONFIRME | 20 |
| IV.5. CAS SPECIFIQUES | 38 |
| CHAPITRE V. SUIVI ET EVALUATION | 47 |
| V.1. DEFINITION DES CONCEPTS | 47 |
| V.2. CIRCUIT D’INFORMATION | 49 |
| V.3. Numéro unique de prise en charge | 50 |
| V.4. Outils de collecte | 50 |
| ANNEXES | 52 |
| Fiche technique 1. Classification des cas | 53 |
| Fiche technique 2. Mesures de préventions et contrôle des infections | 54 |
| Fiche technique 3. Schéma thérapeutique adopté en RDC | 55 |
| Fiche technique 4. Prise en Charge des cas suspect validés | 57 |
| Fiche technique 5. Soins à domicile pour les patients présumés ou infectés présentant des symptômes bénins | 58 |
| | 58 |
| Fiche technique 6. Conseils sur la gestion des dépouilles des personnes décédées du COVID-19 | 61 |

REMERCIEMENTS

L'épidémie de Covid-19 a touché plus tardivement les pays africains, mais le nombre de personnes contaminées ne cesse d'augmenter depuis plusieurs jours. Son arrivée plus tardive en Afrique ne signifie pas que le continent sera moins durement touché.

C'est ainsi que le ministère de la santé ensemble avec ses partenaires ont procédé à la recherche des approches les plus adaptées pour prendre en charge les personnes touchées par cette maladie à Covid-19.

Au regard de ce travail de longue haleine qui a nécessité l'aide et la collaboration de plusieurs experts tant internationaux que nationaux. Le ministère de la santé adresse ses sincères remerciements au **Centre de Prévention et Contrôle de la Maladie (CDC)**, **WORLD HEALTH** et **Organisation Mondiale de la Santé (OMS)** pour leur appui technique à l'organisation de l'atelier d'élaboration et adoption de ce précieux protocole.

Il exprime également sa reconnaissance envers tous les experts nationaux qui ont collaboré à l'élaboration de cet important outil de travail. Il s'agit notamment : Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK), Programme National des Urgences Et Actions Humanitaires (PNUAH), Ministère de la Santé, Direction Générale de Lutte contre les Maladies (DGLM), Ministère Provincial de la Santé/Kinshasa (MPS/KIN).

Enfin, le ministère de la santé félicite le programme national des urgences et action humanitaire « PNUAH » pour tous les efforts consentis pour doter le pays de cet instrument normatif qui aiderait à la prise en charge des personnes touchées par cette épidémie à Covid-19.

AVANT-PROPOS

Au regard du contexte sanitaire international caractérisé par l'émergence des maladies d'origine animale « zoonoses », La République Démocratique du Congo, un pays aux multiples défis n'est pas à l'abri des défis d'ordre socio-économiques, sécuritaires et sanitaires qui l'oblige dans le cadre de l'approche « one health », à mettre en place des stratégies pour se préparer, répondre et riposter devant des situations sanitaires à même de mettre en péril, la santé de sa population,

C'est dans ce cadre que la Commission Prise en charge médicale de l'infection au nouveau corona virus (Covid-19) sous le lead du Programme National des Urgences et Action Humanitaire(PNUAH) s'est fait le devoir de mettre sur pied le protocole thérapeutique de prise en charge de la maladie à corona virus à l'attention des tous les prestataires de première ligne sur l'ensemble du territoire national suivant les lignes directrices édictées par le Ministère de la Santé sous notre gouverne avec la collaboration de nos partenaires techniques et financiers(OMS,CDC/Atlanta) ; du Comité scientifique pilotée par les Facultés de Médecine des Université de Kinshasa, Lubumbashi et d'autres chercheurs

A titre d'exorde, ce protocole constitue un prélude de la prise en charge standardisée de la maladie au Covid-19 qui du reste n'est pas perfectible compte-tenu du caractère peu connu du virus à l'heure actuelle et par conséquent, il peut être sujet à des modifications chaque fois que des nouvelles connaissances de la maladie seront connues,

Je salue à cet effet, le courage et l'abnégation de tous les Experts, qui d'une manière ou d'une autre ont contribué à l'élaboration de cet outil de prise en charge sans déroger aux dispositions du Plan National de développement sanitaire 2019-2022 et des stratégies des soins de santé primaire dans sa globalité

Devant cette pandémie qui décime beaucoup de vies humaines, nous pouvons espérer mettre à l'abri notre population de la vulnérabilité leur imposée par cette maladie dans le souci de matérialiser la Couverture sanitaire universelle telle que prônée par le Chef de l'Etat.

Ministre de la santé

Dr ETENI LONGONDO ANDRE

EQUIPE DE REDACTION

| GOUVERNEMENT | |
|-----------------------------------|--------------|
| PROF DR KAYEMBE NTUMBA Jean-Marie | CUK |
| DR MWALUKA KYEMBE CHRISTOPHE | PNUAH |
| DR SINGA ALI MOBUTU LAURENT | PNUAH |
| DR BASUMBA MIMI JESSE | PNUAH |
| DR MUKENDI WA KALALA STEPHANE | CUK |
| DR KASONGO KATOLO CHARLES | PNUAH |
| DR KAKESA MAKWISA DJENNY | MSP |
| DR BONGOPASI NSWE CHRISTIAN | PNUAH |
| DR KAPEPULA MFWAMBA JEAN CLAUDE | CR MAKALA |
| DR BAKARI NADINE | MSP/KIN |
| PARTENAIRES | |
| DR LONGUMA ONEMA HENRY | CDC |
| DR KOLIE MARIE CLAIRE | OMS |
| DR MOBULA LINDA | WORLD HEALTH |
| | MSF |

ACRONYMES

| | |
|-------------------|---|
| CDC | Centre de Prévention et Contrôle de la Maladie |
| OMS | Organisation Mondiale de la Santé |
| CUK | Cliniques Universitaires de Kinshasa |
| PNUAH | Programme National des Urgences Et Actions Humanitaires |
| PRONANUT | Programme National de Nutrition |
| DGLM | Direction Générale de Lutte contre les Maladies |
| MPS/KIN | Ministère Provincial de la Santé/Kinshasa |
| Covid-19 | Coronavirus Disease 2019 |
| SARS-CoV-2 | Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 |
| PSE | Personne Sous Enquête |
| PCI | Prévention et Contrôle des Infections |
| SRAS | Syndrome Respiratoire Aigu Severe |
| SDRA | Syndrome De Détresse Respiratoire Aigu |
| VRI | Voies Respiratoires Inferieures |
| VRS | Voies Respiratoires Supérieures |
| EPI | Equipement de Protection Individuelle |
| PEEP | Pression expiratoire positive |
| PAO2 | Pression Partielle en Oxygène |
| SAO2 | Saturation en Oxygène |
| FI02 | Fraction Inspire en Oxygène |
| PAM | Pression Artérielle Moyenne |
| CTC | Centre de Traitement de Coronavirus |

CHAPITRE I. INTRODUCTION

La maladie à coronavirus 2019 (COVID-19) est une infection des voies respiratoires causée par un coronavirus nouvellement émergent SRAS-CoV-2, qui a été reconnu pour la première fois à Wuhan, en Chine, en décembre 2019. Le séquençage génétique du virus suggère qu'il s'agit d'un bêta coronavirus étroitement lié au virus du SRAS.

Pour empêcher la propagation du SRAS-CoV-2 et collecter des informations pour mieux comprendre le virus et son impact sur les résultats de santé, la RDC au travers son Ministère de Sante travaille avec ses partenaires et les structures de prise en charge pour identifier les personnes sous enquête (PSE), les tester pour le virus qui cause COVID-19, et soigner ceux qui sont positif.

Pour aider nos équipes sur terrain, le Programme National des Urgences et Actions Humanitaires (PNUAH) a développé un protocole qui fournit une approche standardisée pour les soins de personnes infectées en commençant par les triages des cas positifs présumés (individus avec signes et symptômes ou histoire de contact avec un porteur du virus responsable du COVID-19 est positif) et de cas confirmés par un laboratoire. Cas confirmés de COVID-19 (individus avec au moins un échantillon respiratoire dont le test de dépistage du virus responsable du COVID-19 dans un laboratoire du MS/RDC a été positif). Ces données sont nécessaires pour suivre l'impact de l'épidémie et éclairer la réponse de santé publique.

MISSION

Le système de santé de la RDC en réponse à l'épidémie de COVID-19 a pour mission :

1. Réduire la morbidité et la mortalité
2. Minimiser la transmission des maladies
3. Protéger le personnel de santé
4. Préserver le fonctionnement du système de santé

CHAPITRE II. DIAGNOSTIC CLINIQUE

1. SYMPTOMES

Dans de nombreux cas, la maladie est difficilement détectable puisque ses symptômes s'apparentent à ceux de la [grippe](#) ou d'un [rhume](#). De plus, les symptômes varient énormément d'une personne à une autre. Certains individus ont peu de symptômes, voir même aucun, alors que d'autres connaissent des troubles respiratoires qui nécessitent une hospitalisation. Heureusement, dans la plupart des cas, les symptômes sont bénins, mais il ne faut pas pour autant négliger le risque de contagion. Les symptômes apparaissent généralement 1 à 14 jours environ après l'infection.

1.1. Symptômes les plus courants

De manière générale, les symptômes observés sont :

- La fièvre
- La fatigue
- Une toux sèche

1.2. Autres symptômes possibles

Certaines personnes dénotent également :

- Des douleurs
- Une congestion nasale
- Un écoulement nasal
- Des maux de gorge
- Des maux de tête
- De la diarrhée
- Des vomissements
- Une perte d'appétit

- Des problèmes respiratoires

Des symptômes légers pour une majorité, mais d'autres plus graves, pour certaines personnes à risque. Les symptômes sont habituellement légers et apparaissent de façon progressive. La plupart des individus, même s'ils sont infectés, n'ont aucun symptôme, ou très peu, et se sentent bien. Dans environ 80 % des cas, les personnes qui ont contracté le virus ne nécessitent aucun soin particulier. Cependant, environ 14% aura néanmoins des symptômes plus graves, généralement liés à des difficultés respiratoires qui nécessite une hospitalisation et un soutien en oxygène, et 5% nécessitent une admission dans une unité de soins intensifs.

2. GROUPES PRIORITAIRES

Nous avons quatre groupes cibles prioritaires : *les enfants, les femmes enceintes, les personnes âgées et celles qui ont d'autres problèmes de santé*. Ils sont prioritaires à cause de leur vulnérabilité.

Chez les enfants atteints de COVID-19 : les symptômes sont généralement moins graves que les adultes et se manifestent principalement par une toux et de la fièvre mais une coinfection a été observée.

Chez les femmes enceintes : il n'y a actuellement aucune différence connue entre les manifestations cliniques des femmes enceintes et non enceintes ou des adultes en âge de procréer au COVID-19. Les symptômes dus à des adaptations physiologiques de la grossesse ou à des événements indésirables de la grossesse, tels que dyspnée, fièvre, symptômes gastro-intestinaux ou fatigue, peuvent chevaucher les symptômes de COVID-19. Les femmes enceintes et récemment enceintes dont le COVID-19 est suspecté ou confirmé devraient être traitées avec des thérapies de soutien et de gestion en tenant compte des adaptations immunologiques et physiologiques pendant et après la grossesse.

Chez les personnes âgées et celles qui ont d'autres problèmes de santé : entre autres des problèmes cardiaques, de l'hypertension artérielle ou du diabète sont plus susceptibles de développer des complications et ont un risque accru de mortalité. Les personnes âgées et

immunodéprimées peuvent présenter des symptômes atypiques. Ils peuvent présenter des symptômes bénins mais présentent un risque élevé de détérioration et doivent être admis dans une unité désignée pour une surveillance étroite.

Dans tous les cas, les personnes qui toussent, font de la fièvre et ont de la difficulté à respirer doivent consulter le médecin afin d'établir un diagnostic.

3. CLASSIFICATION DE LA MALADIE

La maladie à Covid-19 est classifiée à trois stades en fonction de l'apparition et évolution des complications (signes de gravité) : léger, modérée et sévère. Le premier stade est la forme non compliquée (pas de complications ou signes de gravité) et les deux derniers stades sont les formes compliquées (apparition des complications ou signes de gravité). Le tableau ci-dessous nous illustre l'équivalence des nomenclatures entre celle reconnue par l'OMS et celle adoptée par les CUK (adopté dans ce document normatif).

Tableau I. Equivalence des nomenclatures de la maladie à Covid-19 selon OMS et CUK

| | OMS | CUK |
|---------|------------|------------|
| STADE 1 | LEGERE | LEGERE |
| STADE 2 | SEVERE | MODERE |
| STADE 3 | CRITIQUE | SEVERE |

Alors que la plupart des personnes atteintes de COVID-19 ne développent qu'une maladie légère ou non compliquée, dans les cas graves, COVID-19 peut être compliqué par la pneumonie, le syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA), la septicémie et le choc septique, la défaillance multi viscérale, y compris les lésions rénales aiguës et les lésions cardiaques (2). L'âge avancé et la comorbidité ont été signalés comme facteurs de risque de décès.

3.1. Stade léger

Les patients dont l'infection virale des voies respiratoires supérieures n'est pas compliquée peuvent présenter des symptômes non spécifiques tels que : Fièvre ($T^{\circ} < 38,5^{\circ}$), Fatigue, Toux

(avec ou sans production de crachats), Anorexie, malaise, douleur musculaire, mal de gorge, dyspnée ou fréquence respiratoire normale (12-20cpm) associée à une auscultation pulmonaire normale, congestion nasale ou maux de tête. Rarement, les patients peuvent également présenter des diarrhées, des nausées et des vomissements. La radiographie du thorax est normale et la saturation en oxygène à l'air libre supérieur ou égale à 95%.

3.2. Stade modéré

Un syndrome est associé à ce stade modéré, il s'agit de la pneumonie sous toutes ses formes.

Pneumonie : aucun signe de pneumonie grave et aucun besoin d'oxygène supplémentaire

Pneumonie sévère : fièvre ($T^{\circ} \leq 38,5^{\circ}C$) ou suspicion d'infection respiratoire, plus l'un des symptômes suivants : Fréquence respiratoire entre 20 et 30 respirations / min ; Détresse respiratoire sévère avec auscultation pulmonaire normale ; ou SaO2 entre 90 et 95% sur l'air ambiant (adapté à partir de 14). Alors que le diagnostic est posé sur des bases cliniques ; l'imagerie thoracique peut identifier ou exclure certaines complications pulmonaires.

3.3. Stade sévère

Trois syndromes sont associés à ce stade sévère notamment le syndrome de détresse respiratoire aiguë, la septicémie et le choc septique.

3.3.1. Syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)

Qui apparaît dans la semaine suivant une agression clinique connue ou des symptômes respiratoires nouveaux ou s'aggravant avec une détresse respiratoire sévère (battement des ailes du nez, cyanose, difficulté de la parole, agitation, perte de conscience, tirage sous costale). A ce stade, il est recommandé :

- Imagerie thoracique (radiographie, tomodensitométrie ou échographie pulmonaire) montrera des opacités bilatérales, non entièrement expliquées par une surcharge volumique, un effondrement lobaire ou pulmonaire ou des nodules.

- Origine des infiltrats pulmonaires : insuffisance respiratoire non entièrement expliquée par une insuffisance cardiaque ou une surcharge liquidienne.
- Besoin d'une évaluation objective (par exemple, échocardiographie) pour exclure la cause hydrostatique des infiltrats / œdèmes si aucun facteur de risque n'est présent.
- Une évaluation de l'atteinte à l'oxygénation déterminera le stade de SDRA, selon qu'il s'agit : SDRA doux : $200 \text{ mm Hg} < \text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 300 \text{ mm Hg}$ (avec PEEP ou CPAP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$, ou non ventilé), SDRA modérée : $100 \text{ mm Hg} < \text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 200 \text{ mm Hg}$ (avec PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$, ou non ventilé) ou SDRA sévères : $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 100 \text{ mm Hg}$ (avec PEEP $\geq 5 \text{ cmH}_2\text{O}$, ou non ventilé).

Lorsque PaO_2 n'est pas disponible, $\text{SpO}_2 / \text{FiO}_2 \leq 315$ suggère un SDRA (y compris chez les patients non ventilés).

3.3.2. Septicémie

Dysfonctionnement organique potentiellement mortel provoqué par une réponse dérégulée de l'hôte à une infection suspectée ou prouvée.

Les signes de dysfonctionnement organique comprennent : Altération de l'état mental, Respiration difficile ou rapide, faible saturation en oxygène, Débit urinaire réduit, Accélération du cœur fréquence cardiaque, pouls faible, extrémités froides ou pression artérielle basse, Marbrures cutanées ou signes de laboratoire de coagulopathie, thrombocytopénie, acidose, taux élevé de lactate ou hyperbilirubinémie.

3.3.3. Choc septique

Une hypotension persistante malgré la réanimation volémique, nécessitant des vasopresseurs pour maintenir la pression artérielle moyenne ($\text{PAM} \geq 65 \text{ mm Hg}$ et un taux sérique de lactate $> 2 \text{ mmol / L}$).

CHAPITRE III. APPROCHES THERAPEUTIQUES

Les approches thérapeutiques feront l'objet de développement des ordinogrammes et algorithmes pour chaque type de stades.

Les patients plus âgés et ceux présentant des comorbidités, telles que les maladies cardiovasculaires et le diabète sucré, ont un risque accru de maladie grave et de mortalité. Ils peuvent présenter des symptômes bénins mais présentent un risque élevé de détérioration et doivent être admis dans une unité désignée pour une surveillance étroite.

Pour ceux qui souffrent d'une maladie bénigne, l'hospitalisation peut ne pas être nécessaire à moins que l'on ne craigne une détérioration rapide ou une incapacité à retourner rapidement à l'hôpital, mais l'isolement pour contenir / atténuer la transmission du virus doit être priorisé. Tous les patients pris en charge à l'extérieur de l'hôpital (c'est-à-dire à domicile ou dans des contextes non traditionnels) doivent être informés de se gérer de manière appropriée conformément aux directives édictées par le MSP pour l'isolement à domicile et de retourner dans un hôpital désigné COVID-19 en cas d'aggravation.

Il n'existe actuellement aucun médicament à traiter ni vaccin pour prévenir COVID-19. Par conséquent, des approches communautaires pour ralentir la transmission, notamment une hygiène appropriée des mains, une étiquette contre la toux, une distanciation sociale et une réduction du contact face à face avec les cas potentiels de COVID-19 sont nécessaires pour ralentir la transmission de la maladie et réduire le nombre de personnes qui tombent malades.

Dans chaque établissement de santé, les principaux objectifs sont les suivants :

- Fourniture du niveau approprié de soins médicaux
- Protéger le personnel de santé et les patients non-COVID-19 accédant aux soins de santé contre l'infection
- Se préparer à une poussée potentielle chez les patients infectés par les voies respiratoires
- Se préparer à l'approvisionnement potentiel en équipements de protection individuelle et aux pénuries de personnel

Les considérations techniques suivantes feront Object des procédures opérationnelles standards qui sont encours de développement par les équipes techniques à la matière :

- Prise en charge clinique des patients COVID-19
- Recommandations de prévention et de contrôle des infections pour COVID-19
- Alternatives au triage et aux visites en face à face.
- Optimisation de l'offre d'équipements de protection individuelle de votre établissement pour prévenir de cas de pénurie.
- Comment préparez votre établissement à trier et à gérer en toute sécurité les patients souffrant de maladies respiratoires, y compris COVID-19. Se familiariser avec les conseils de prévention et de contrôle des infections pour la prise en charge des patients COVID-19.

CHAPITRE IV. PRISE EN CHARGE

La prise en charge correcte consistera à la (au) :

- 1) Mise en œuvre immédiate des mesures de Prévention et contrôle des infections appropriées
- 2) Dépistage et triage clinique
- 3) Collecte d'échantillons pour le diagnostic de laboratoire
- 4) Gestion du COVID-19 léger : traitement symptomatique et surveillance
- 5) Prise en charge des COVID-19 modéré : oxygénothérapie et surveillance
- 6) Prise en charge des COVID-19 modéré : traitement des coïnfections
- 7) Gestion du COVID-19 critique : syndrome de détresse respiratoire aiguë (SDRA)
- 8) Prise en charge des maladies sévères et COVID-19 : prévention des complications
- 9) Prise en charge des maladies sévères et COVID-19 : choc septique
- 10) Thérapies complémentaires pour COVID-19 : corticostéroïdes
- 11) Prise de soin des femmes enceintes avec COVID-19
- 12) Prise soin des nourrissons et des mères avec COVID-19 : IPC et allaitement
- 13) Soins aux personnes âgées atteintes de COVID-19

Seuls les cas suspects validés et les cas confirmés seront pris en charge

IV.1. Mesures de Prévention et contrôle des infections appropriées

I.1. Instructions pour les personnels soignants

La PCI est une partie essentielle et intégrale de la gestion clinique des patients. Initier la PCI au point d'entrée du patient à l'hôpital. Le dépistage doit être effectué au premier point de contact au service des urgences ou aux services / cliniques externes. Les patients suspects de COVID-19 doivent recevoir un masque et être dirigés vers une zone séparée. Gardez une distance d'au moins 1 m entre les patients suspects. Les précautions standard doivent toujours être appliquées dans tous les domaines des établissements de santé :

- Les précautions standard incluent l'hygiène des mains et l'utilisation d'un équipement de protection individuelle (EPI) en cas de contact indirect et direct avec le sang, les liquides organiques, les sécrétions (y compris les sécrétions respiratoires) et la peau non intacte des patients.
- Les précautions standard comprennent également la prévention des blessures par piqûre d'aiguille ou d'objets tranchants ; gestion sûre des déchets ; nettoyage et désinfection de l'équipement ; et le nettoyage de l'environnement.
- En plus des précautions standard, les travailleurs de la santé devraient effectuer une évaluation des risques au point de service à chaque contact avec le patient afin de déterminer si des précautions supplémentaires (par exemple gouttelettes, contact ou en suspension dans l'air) sont nécessaires.

Comment mettre en œuvre les mesures PCI pour les patients avec COVID-19 suspecté ou confirmé ?

I.2. Instructions pour les patients

- Donner au patient suspect un masque médical et diriger le patient vers une zone séparée ; une salle d'isolement si disponible.
- Gardez une distance d'au moins 1 m entre les patients suspects et les autres patients.

- Demander à tous les patients de se couvrir le nez et la bouche pendant la toux ou les éternuements avec du tissu ou un coude fléchi et pratiquer l'hygiène des mains après un contact avec des sécrétions respiratoires.

1.2.1. Appliquer des précautions contre les gouttelettes

- Les précautions contre les gouttelettes empêchent la transmission de grosses gouttelettes de virus respiratoires.
- Utilisez un masque médical si vous travaillez à moins de 1 m du patient.
- Placer les patients dans des chambres individuelles ou regrouper ceux qui ont le même diagnostic étiologique.
- Si un diagnostic étiologique n'est pas possible, grouper les patients avec un diagnostic clinique similaire et basé sur des facteurs de risque épidémiologiques, avec une séparation spatiale.
- Lorsque vous prodiguez des soins en contact étroit avec un patient présentant des symptômes respiratoires (par exemple toux ou éternuements), utilisez une protection oculaire (masque facial ou lunettes), car des projections de sécrétions peuvent survenir.
- Limitez les mouvements des patients dans l'établissement et assurez-vous que les patients portent des masques médicaux lorsqu'ils sont à l'extérieur de leur chambre.

1.2.2. Appliquer des précautions aéroportées lors de l'exécution d'une procédure générant des aérosols

- Veiller à ce que les travailleurs de la santé effectuant des procédures générant des aérosols (par exemple, aspiration ouverte des voies respiratoires, intubation, bronchoscopie, réanimation cardio-respiratoire) utilisent l'EPI approprié, y compris des gants, des blouses à manches longues, une protection oculaire et des respirateurs à particules testés (N95 ou niveau de protection équivalent ou supérieur).
- Un test d'ajustement planifié ne doit pas être confondu avec la vérification de l'étanchéité d'un utilisateur avant chaque utilisation.

Dans la mesure du possible, utilisez des chambres individuelles correctement ventilées lors de l'exécution de procédures générant des aérosols, c'est-à-dire des chambres à pression négative avec au moins 12 changements d'air par heure ou au moins 160 L /

- Évitez tout déplacement ou transport médicalement inutile des patients.
- Effectuer l'hygiène des mains.
- seconde / patient dans des installations avec ventilation naturelle.
- Évitez la présence de personnes inutiles dans la pièce.
- Prendre soin du patient dans le même type de chambre après le début de la ventilation mécanique.

1.2.3. Appliquer des précautions aéroportées lors de l'exécution d'une procédure générant des aérosols

- Veiller à ce que les travailleurs de la santé effectuant des procédures générant des aérosols (par exemple, aspiration ouverte des voies respiratoires, intubation, bronchoscopie, réanimation cardio-respiratoire) utilisent l'EPI approprié, y compris des gants, des blouses à manches longues, une protection oculaire et des respirateurs à particules testés (N95 ou niveau de protection équivalent ou supérieur).
- Un test d'ajustement planifié ne doit pas être confondu avec la vérification de l'étanchéité d'un utilisateur avant chaque utilisation.
- Dans la mesure du possible, utilisez des chambres individuelles correctement ventilées lors de l'exécution de procédures générant des aérosols, c'est-à-dire des chambres à pression négative avec au moins 12 changements d'air par heure ou au moins 160 L / seconde / patient dans des installations avec ventilation naturelle.
- Évitez la présence de personnes inutiles dans la pièce.
- Prendre soin du patient dans le même type de chambre après le début de la ventilation mécanique.

IV.2. PRISE EN CHARGE D'UN CAS SUSPECT VALIDE

Elle est fonction de la localisation du patient :

1.1. Aux portes d'entrées du pays (Barrières)

Après la notification par les équipes de la surveillance, voici les étapes à suivre par l'équipe de soins :

- Appliquer les mesures de protection et contrôle de l'infection
- Evacuation du cas vers le site d'isolement en utilisant une ambulance
- Présenter le cas à l'équipe de site pour un dépistage et triage : reconnaissance précoce des patients avec infection respiratoire aiguë sévère (IRAS) associé à COVID-19 (Sévère ou léger)
- Orienter le cas selon sa forme
- Utiliser le protocole de soins en fonction du cas
- Documenter tout cas positif présumé dans le registre en complétant toutes les informations requises.

1.2. Dans la communauté

- Appliquer les mesures de protection et contrôle de l'infection
- Contacter votre COVID-19 Point focal local pour consultation et directives
- Evacuation du cas vers le site d'isolement en utilisant une ambulance
- Présenter le cas à l'équipe de site pour une catégorisation et le triage (Sévère ou léger)
- Orienter le cas selon sa forme
- Utiliser le protocole de soins en fonction du cas
- Documenter tout cas positif présumé dans le registre en complétant toutes les informations requises.

1.3. Au niveau de structure sanitaire

- Appliquer les mesures de protection et contrôle de l'infection
- Informer votre COVID-19 Point focal local pour consultation et directives
- Catégorisation et le triage (Sévère ou léger)
- Orienter le cas selon sa forme
- Utiliser le protocole de soins en fonction du cas
- Contacter l'équipe de labo pour prélèvement
- Documenter tout cas positif présumé dans le registre en complétant toutes les informations requises.

NB : Pour les provinces qui n'ont pas la capacité de faire les tests et qui doivent envoyer des échantillons à l'INRB pour tests :

- Saisir toutes les personnes sous enquête (PSE), ou cas présumés positifs et confirmés en laboratoire de COVID-19 dans le système de déclaration obligatoire (Fiche individuelle et base de données prise en charge) du MSP. Les résultats des tests seront retournés au DPS/laboratoire de santé Publique de provinces selon le protocole actuel.
- L'identifiant individuel de cas avec notion COVID-19 doit être inclus sur tous les formulaires PSE et de rapport de cas et sur les étiquettes d'expédition.

IV.3. PRISE EN CHARGE D'UN CAS CONFIRME

1. PREALABLES

- Port de PPE obligatoire
- Informer votre COVID-19 Point focal local,
- Utiliser le protocole de soins en fonction du stade de la maladie
- Documenter le cas positif dans le registre en complétant toutes les informations requises

2. DEPISTAGE, TRIAGE ET ORIENTATION CLINIQUE DES CAS

L'élément capital qui nous permet de procéder au dépistage et triage clinique est la présence ou non des signes cliniques.

Ce processus a lieu dans le centre de traitement de coronavirus disease 19.

Dépistage : il s'agit d'un dépistage passif car il est réalisé qu sein d'une structure des soins de santé à tous les malades dont le laboratoire a confirmé le test positif. Ici, il est question de déceler les signes de gravité. Y a-t-il présence ou non des signes de gravité.

Triage : une fois, le dépistage a eu lieu, le triage serait effectué chez les patients avec signes de gravité (complications). Le score news permettra de déterminer le degré d'atteinte d'un patient et l'indication d'une prise en charge en soins intensifs ou en réanimation. (Score news).

Orientation : les patients ne présentant aucun signe de gravité seront traité à domicile et ceux présentant des signes de gravité en hospitalisation. Le score news nous permettra les orienter soit aux soins intensifs ou soit en réanimation.

Figure 1. depistage, triage et orientation des cas

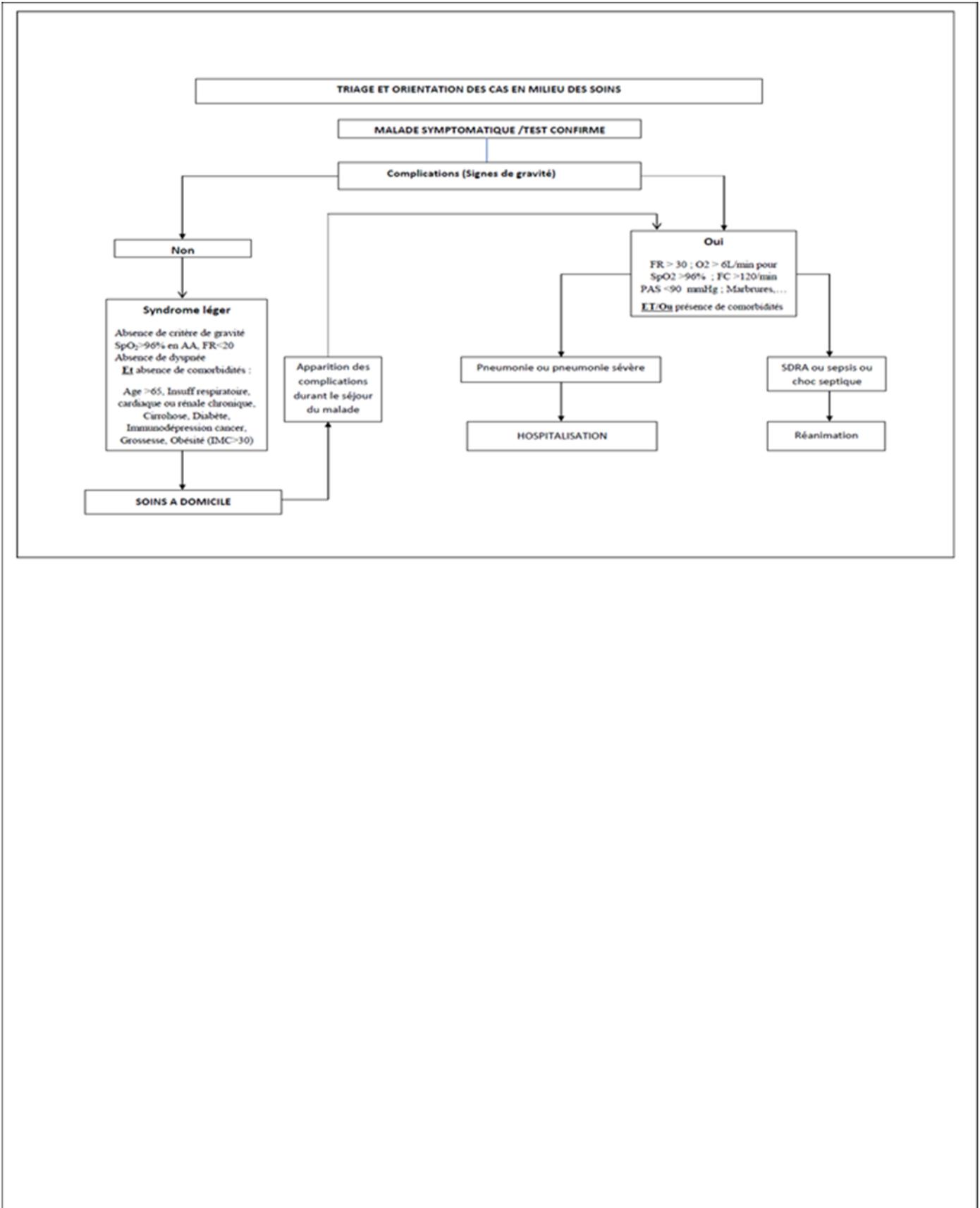


Figure 2. dépistage, triage et orientation des cas au CTC (shema RDC)

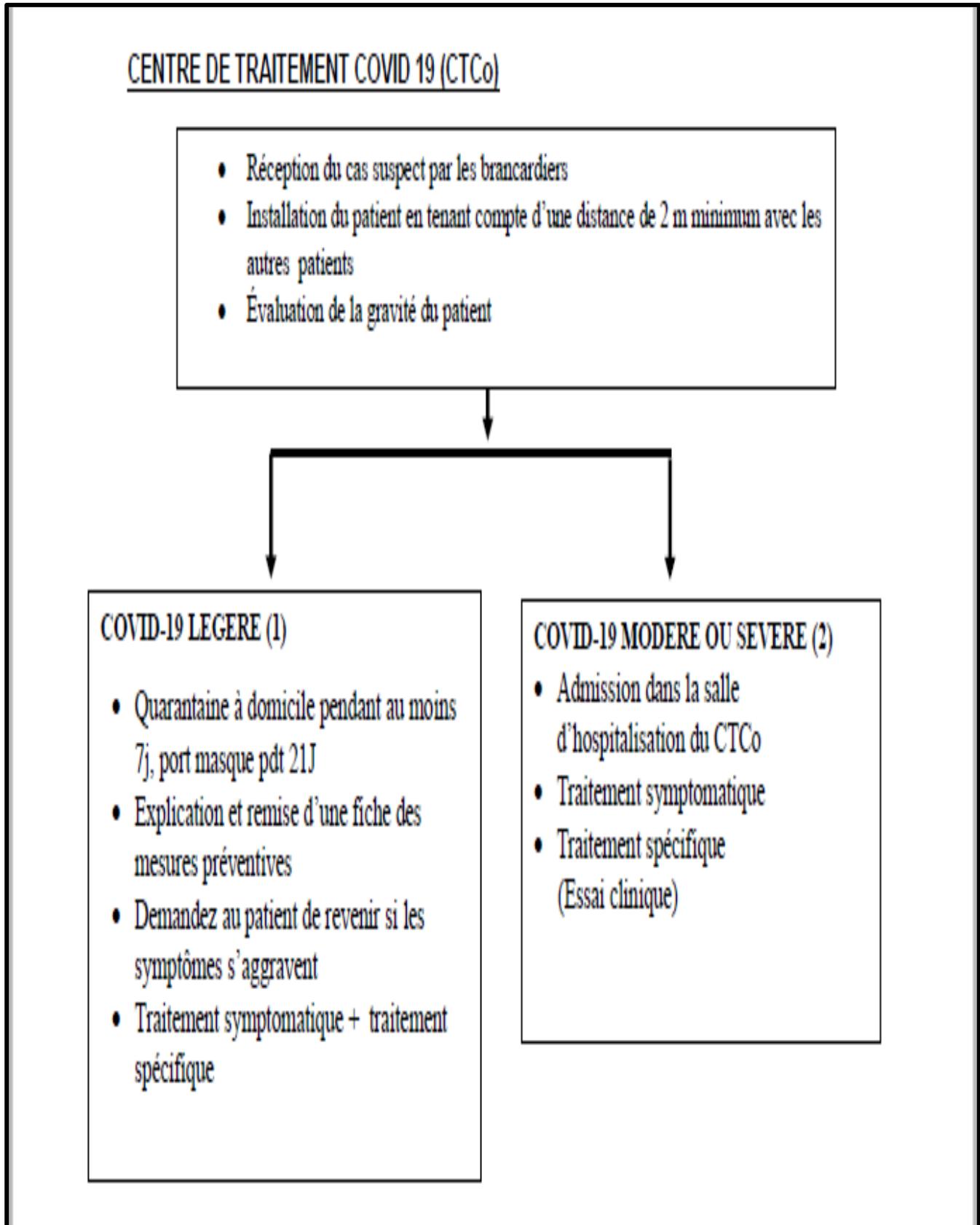


Figure 3. Scores d'alertes selon news

Détermine le degré d'atteinte d'un patient et l'indication d'une prise en charge en soins intensifs ou en réanimation. Il ne doit pas être utilisé chez les patients de moins de 16 ans, et les femmes enceintes. Le score a été validé rétrospectivement et jugé plus sensible que la plupart des scores précédents. Cette validation n'a pas encore été publié.

| Paramètres physiologiques | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--------------------------------|-------|--------|---------|-----------|---------|---------|----------------------------------|
| Fréquence respiratoire | ≤8 | | 9-11 | 12-20 | | 21-24 | ≥25 |
| Saturation en oxygène | ≤91 | 92-93 | 94-95 | ≥96 | | | |
| Supplémentation en oxygène | | oui | | non | | | |
| Température | ≤35,5 | | 35,1-36 | 36,1-38 | 38,1-39 | ≥39,1 | |
| Pression artérielle systolique | ≤90 | 91-100 | 101-110 | 111-219 | | | ≥220 |
| Fréquence cardiaque | ≤40 | | | 51-90 | 91-110 | 110-130 | ≥131 |
| Niveau de conscience | | | | conscient | | | Grognement, douleur, inconscient |

Critères du score NEWS

Les patients ayant un faible score peuvent continuer à recevoir des soins habituels. Ceux dont le score est élevé devraient être surveillés plus attentivement et être proposés pour le transfert vers une unité de soins intensifs ou un service de réanimation.

| Scores | Réponse clinique | Risque clinique |
|----------------|---|-----------------|
| 0 | Pas de changement Surveillance toutes les maximum 12h | faible |
| 1 à 4 | Surveillance toutes les 2 à 6h Avis IDE référente pour augmenter la surveillance et/ou décision avis médical | |
| ≥1 score rouge | Surveillance horaire Avis médical en urgence | moyen |
| 5 à 6 | | |
| ≥ 7 | Surveillance continue Avis médical en extrême urgence Transfert en réanimation | élevé |

Interprétation du score NEWS

3. COLLECTE D'ECHANTILLONS POUR DIAGNOSTIC EN LABORATOIRE

- Recueillir des hémocultures pour les bactéries qui causent la pneumonie et la septicémie, idéalement avant le traitement antimicrobien. Ne tardez pas à la thérapie antimicrobienne pour recueillir les hémocultures.
- Prélever des échantillons des **DEUX** voies respiratoires supérieures (VRS : nasopharyngées et oropharyngées) et des voies respiratoires inférieures (VRI : expectorations expectorées, aspiration endotrachéale ou lavage broncho-alvéolaire) pour les tests de nCoV par RT-PCR : Les cliniciens peuvent choisir recueillir uniquement des échantillons de VRI lorsque ceux-ci sont facilement disponibles (par exemple, chez les patients sous ventilation mécanique).
- La sérologie à des fins de diagnostic n'est recommandée que lorsque la RT-PCR n'est pas disponible.
- Utiliser une EPI appropriée pour la collecte des échantillons (précautions contre les gouttelettes et les contacts pour les échantillons VRS; précautions aéroportées pour les échantillons VRI).
- Lors du prélèvement d'échantillons VRS, utilisez des tampons viraux (Dacron ou rayonne stérile, pas de coton) et le milieu de transport viral. Chez un patient présentant un nouveau coronavirus suspecté, en particulier une pneumonie ou une maladie sévère, un seul échantillon VRS n'exclut pas le diagnostic, et des échantillons VRS et VRI supplémentaires sont recommandés. Les VRI (vs. Les échantillons VRS) sont plus susceptibles d'être positifs et pour une période plus longue. Les cliniciens peuvent choisir de ne prélever que des échantillons de VRI lorsque ceux-ci sont facilement disponibles (par exemple, chez les patients sous ventilation mécanique). L'induction des expectorations doit être évitée en raison de risque accru d'augmenter la transmission des aérosols. Des infections doubles avec d'autres infections virales respiratoires ont été trouvées dans les cas de SRAS et de MERS. A ce stade, nous avons besoin d'études microbiologiques détaillées dans tous les cas suspects.
- Les échantillons VRS et VRI peuvent être testés pour d'autres virus respiratoires, tels que la grippe A et B (y compris la grippe zoonotique A), le virus respiratoire syncytial, les virus para influenza, les rhinovirus, les adénovirus, les entérovirus (par exemple EVD68), le

métapneumovirus humain et les coronavirus humains endémiques (c'est-à-dire HKU1, OC43, NL63 et 229E).

- Les spécimens de VRI peuvent également être testés pour les agents pathogènes bactériens, y compris Legionella pneumophila. Chez les patients hospitalisés avec une infection confirmée par le nCoV, des échantillons répétés de VRS et de VRI doivent être prélevés pour démontrer le dégagement. La fréquence de prélèvement des échantillons dépendra des circonstances locales mais devrait être au moins tous les 2 à 4 jours jusqu'à ce qu'il y ait deux résultats négatifs consécutifs (les échantillons VRS et VRI si les deux sont collectés) dans un patient à au moins 24 heures d'intervalle. Si la pratique locale de contrôle des infections nécessite deux résultats négatifs avant l'élimination des gouttelettes précautions, les échantillons peuvent être prélevés aussi souvent que quotidiennement.

4. PRISE EN CHARGE DES CAS AU STADE LEGER

Les patients atteints d'une maladie bénigne ne nécessitent pas d'interventions hospitalières, mais l'isolement est nécessaire pour contenir la transmission du virus. Le traitement est à domicile avec un séjour moyen¹ de 14 jours. Bien que la plupart des patients atteints d'une maladie bénigne puissent ne pas avoir d'indications d'hospitalisation, il est nécessaire de :

1. Appliquer les mesures de prévention et contrôle de l'infection (PCI) approprié pour contenir et atténuer la transmission. Cela peut se faire soit à l'hôpital, s'il n'y a que des cas sporadiques ou de petites grappes, soit dans des contextes non traditionnels réorientés ; ou à la maison.
2. Documenter le cas positif dans la fiche et le registre en complétant toutes les informations requises
3. Fournir aux patients atteints de COVID-19 léger un traitement symptomatique : Fièvre (antipyrétiques), Toux (antitussifs), Vomissement (antiémétique), Gastralgie (inhibiteurs de pompes à protons), correction des troubles hydro-électrolytiques et héparine de bas poids moléculaire à dose préventive

¹ Le séjour moyen est définie comme une durée qui s'écoule de la date d'admission à la date où le patient atteint son statut de patient « guéri ».

4. Mettre le patient sous Antibiothérapie empirique
5. Fournir aux patients atteints de COVID-19 léger un traitement spécifique
6. Conseiller au malade une alimentation équilibrée
7. Briefer les patients atteints de COVID-19 léger sur les éventuelles complications de la maladie. S'ils développent l'une de ces complications, ils devraient rechercher des soins en urgence.
8. Surveiller le patient pendant 6 jours en partant du jour de son premier dépistage
9. Réévaluer au J7 du dépistage.
10. si test négatif, continuer à surveiller pendant 6 jours encore
11. Réévaluer au J14 si test négatif, déchargez le malade tout en le conseillant de veiller sur les règles d'hygiène.
12. Si lors de réévaluation le test demeure positif, le patient devrait être maintenu dans le programme jusqu'à ce que les résultats du laboratoire soient négatifs.

5. PRISE EN CHARGE DES CAS AU STADE MODERE

La prise en charge repose de la prise en charge sur l'oxygénothérapie et surveillance. Les patients atteints d'une maladie sévère nécessitent obligatoirement d'interventions hospitalières et un isolement obligatoire pour contenir la transmission du virus. La prise en charge se fera aux soins intensifs jusqu'à la rémission.

Préalables

Tous les domaines où les patients atteints de SRAS sont pris en charge doivent être équipés :

- D'oxymètres de pouls
- De systèmes d'oxygène fonctionnels et d'interfaces jetables à usage unique et délivrant de l'oxygène (canule nasale, dents nasales, masque facial simple et masque avec sac de réservoir).

Examens à l'admission

Les tests de laboratoire d'hématologie, de biochimie et d'imagerie doivent être effectués à l'admission et comme indiqué cliniquement pour surveiller les complications, telles qu'une lésion

hépatique aiguë, une lésion rénale aiguë, une lésion cardiaque aiguë ou un choc : urée, créatinine, transaminases, ECG, Echo cœur, etc.

Traitement

- (i) Administrer immédiatement une **oxygénothérapie supplémentaire** aux patients atteints du Syndrome Respiratoire Aiguë Sévère (SRAS), de détresse respiratoire, d'hypoxémie ou de choc et cibler la SpO₂ > 94% :
 - Les patients présentant des signes d'urgence (respiration obstruée ou absente, détresse respiratoire sévère, cyanose centrale, choc, coma ou convulsions) devraient recevoir une gestion des voies respiratoires et une oxygénothérapie pendant la réanimation pour cibler la SpO₂ ≥ 94%.
 - Une fois que le patient est stable, la cible est > 90% de SpO₂ chez les adultes non enceintes et ≥ 92–95% /chez les patientes enceintes (16, 25).
- (ii) Mettre le patient sous une antibiothérapie empirique
- (iii) Mettre le patient sous traitement systématique
- (iv) Antipyrétiques

Surveillance

Surveiller de près les patients atteints de COVID-19 pour détecter des signes de détérioration clinique, tels qu'une insuffisance respiratoire rapidement progressive et une septicémie et répondre immédiatement par des interventions de soins de soutien.

Les patients hospitalisés avec COVID-19 nécessitent une surveillance régulière des signes vitaux et, si possible, l'utilisation des scores d'alerte médicale précoce (par exemple **NEWS2**) qui facilitent la reconnaissance précoce et l'escalade du traitement du patient en détérioration.

Les tests de laboratoire d'hématologie et de biochimie et l'ECG doivent être effectués à l'admission et comme indiqué cliniquement pour surveiller les complications, telles qu'une lésion hépatique aiguë, une lésion rénale aiguë, une lésion cardiaque aiguë ou un choc.

6. PRISE EN CHARGE DES CAS AU STADE SEVERE

1.1. Préalables

Les patients atteints d'une maladie sévère nécessitent obligatoirement d'interventions hospitalières et un isolement obligatoire pour contenir la transmission du virus. La prise en charge se fera à la réanimation.

Toutes les zones où les patients atteints de SARI sont soignés doivent être équipées d'oxymètres de pouls, fonctionnels systèmes d'oxygène et interfaces jetables à usage unique délivrant de l'oxygène (canule nasale, masque facial simple et masque avec sac de réservoir).

Prendre des précautions de contact lors de la manipulation des interfaces d'oxygène contaminé des patients infectés par le Covid-19.

Gestion prudente des fluides chez les patients atteints de SRAS lorsqu'il n'y a aucune preuve de choc. Les patients atteints de SRAS doivent être traités avec prudence avec des liquides intraveineux, car une réanimation liquidienne agressive peut aggraver l'oxygénation, en particulier dans les environnements où la ventilation mécanique est limitée.

Ne pas administrer systématiquement de corticostéroïdes systémiques pour le traitement de la pneumonie virale ou du SDRA en dehors des essais cliniques, sauf s'ils sont indiqués pour une autre raison.

1.1.1. Thérapie de soutien précoce et surveillance

- a. Administrer immédiatement une oxygénothérapie supplémentaire aux patients atteints de SRAS et de détresse respiratoire, d'hypoxémie ou de choc.
- b. Initier l'oxygénothérapie à 5 L / min : la SpO₂ cible est $\geq 90\%$. Titrer les débits pour atteindre la SpO₂ cible $\geq 90\%$ chez les adultes non enceintes et la SpO₂ $\geq 92-95\%$ chez les patientes enceintes.
- c. Donnez des antimicrobiens empiriques pour traiter tous les agents pathogènes susceptibles de provoquer SRAS. Donner des antimicrobiens dans l'heure suivant la première évaluation du patient pour les patients atteints de septicémie.

Le traitement antibiotique empirique doit être basé sur le :

- Diagnostic clinique (acquis pneumonie, pneumonie associée aux soins de santé [si l'infection a été contractée en milieu de soins] ou septicémie),
- Épidémiologie locale et Données de sensibilité et directives de traitement.

La thérapie empirique comprend un inhibiteur de la neuraminidase pour le traitement de la grippe il existe une circulation locale ou d'autres facteurs de risque, y compris des antécédents de voyage ou une exposition aux virus de la grippe animale.

Thérapie empirique doit être désamorcée sur la base des résultats de la microbiologie et du jugement clinique.

L'application de thérapies de soutien opportunes, efficaces et sûres est la pierre angulaire de la thérapie pour les patients qui développent manifestations graves du nCoV.

1.1.2. Notion de comorbidité

Comprendre les conditions co-morbides du patient pour adapter la gestion des maladies graves et apprécier le pronostic :

- a. Déterminer quelles thérapies chroniques doivent être poursuivies et quelles thérapies doivent être arrêtées temporairement.
- b. Surveillez les interactions médicamenteuses.
- c. Utiliser une gestion prudente des fluides chez les patients atteints de SRAS lorsqu'il n'y a aucune preuve de choc.
- d. Les patients atteints de SRAS doivent être traités avec prudence avec des liquides intraveineux, car une réanimation liquidienne agressive peut aggraver l'oxygénation, en particulier dans les environnements où la disponibilité de la ventilation mécanique est limitée. Cela s'applique aux soins aux enfants et aux adultes

1.1.3. Surveillance

Surveiller étroitement les patients atteints de SRAS pour détecter des signes de détérioration clinique, tels qu'une insuffisance respiratoire à progression rapide et une septicémie, et appliquer immédiatement des interventions de soins de soutien.

1.1.4. Communication

- Communiquez tôt avec le patient et sa famille
- Pendant la gestion des soins intensifs de SRAS, déterminer quelles thérapies chroniques doivent être poursuivies et lesquelles les thérapies doivent être arrêtées temporairement.
- Communiquer de manière proactive avec les patients et les familles et fournir un soutien et un pronostic information.
- Comprendre les valeurs et les préférences du patient concernant les interventions de maintien de la vie.

N'échantillonnez pas les narines ou les amygdales

1.2. Prise en charge de l'insuffisance respiratoire hypoxémique et du SDRA

Reconnaître une insuffisance respiratoire hypoxémique sévère ***lorsqu'un patient souffrant de détresse respiratoire échoue à l'oxygénothérapie standard.*** Les patients peuvent continuer d'avoir un travail respiratoire ou d'hypoxémie accru même lorsque l'oxygène est délivré par le visage masque avec sac de réservoir (débits de 10 à 15 L / min, qui est généralement le débit minimum requis pour maintenir le gonflage du sac ; FiO₂ 0,60-0,95).

L'insuffisance respiratoire hypoxémique dans le SDRA résulte généralement d'une inadéquation intrapulmonaire de ventilation-perfusion ou shunt et nécessite généralement une ventilation mécanique. L'oxygène nasal à haut débit (ONHD) ou la ventilation non invasive (VNI) ne doivent être utilisés que chez certains patients souffrant d'hypoxémie arrêt respiratoire. Le risque d'échec

du traitement est élevé chez les patients atteints de MERS traités par VNI et les patients traités par ONHD ou NIV doit être étroitement surveillé afin de détecter toute détérioration clinique

Des publications récentes suggèrent que les nouveaux systèmes ONHD et VNI avec un bon ajustement d'interface ne créent pas la dispersion de l'air expiré et devrait donc être associée à un faible risque de transmission par voie aérienne.

L'intubation endotrachéale doit être effectuée par un prestataire formé et expérimenté en utilisant les précautions aéroportées :

- ✓ Les patients atteints de SDRA, en particulier les jeunes enfants ou ceux qui sont obèses ou enceintes, peuvent désaturer rapidement lors de l'intubation.
- ✓ Pr oxygéner avec 100% de FiO₂ pendant 5 minutes, via un masque facial avec sac réservoir, masque à valve sac, ONHD ou VNI.
- ✓ L'intubation à séquence rapide est appropriée après une évaluation des voies respiratoires qui n'identifie aucun signe d'intubation difficile.

Les recommandations suivantes dans cette section concernent les **patients ventilés mécaniquement atteints de SDRA**.

Mettre en œuvre une **ventilation mécanique en utilisant des volumes de marée inférieurs** (4 à 8 ml / kg de poids corporel prévu, PCP) et une inspiration plus faible pressions (pression de plateau <30 cmH₂O).

- ✓ Cette recommandation est suggérée pour les patients atteints d'insuffisance respiratoire induite par la septicémie qui ne remplit pas les critères SDRA.
- ✓ Le volume courant initial est de 6 ml / kg de poids corporel ; volume courant jusqu'à 8ml / kg est autorisé en cas d'effets secondaires indésirables (par exemple, dyssynchronie, pH <7,15).
- ✓ L'hypercapnie est autorisée si elle atteint l'objectif de pH de 7,30 à 7,45.
- ✓ L'utilisation d'une sédation profonde peut être nécessaire pour contrôler la commande respiratoire et atteindre les objectifs de volume courant.
- ✓ Bien qu'une pression de conduite élevée (pression de plateau) puisse prédire plus précisément une augmentation mortalité dans les SDRA par rapport au volume courant élevé ou à la pression de plateau, les essais contrôlés randomisés (ECR) de

stratégies de ventilation qui ciblent la pression motrice ne sont pas disponibles actuellement.

Chez les patients atteints de SDRA sévère, une ventilation sujette à > 12 heures par jour est recommandée.

- L'application d'une ventilation sujette est fortement recommandée pour les patients adultes et pédiatriques avec SDRA sévère mais nécessite des ressources humaines et une expertise suffisante pour être exécutées en toute sécurité.

Utiliser une **stratégie conservatrice de gestion des fluides** pour les patients SDRA sans hypo perfusion tissulaire.

- Le principal effet est de raccourcir la durée de la ventilation.

Chez les patients atteints de SDRA modéré ou sévère, une Pression expiratoire positive (PEP) plus élevée au lieu d'une PEP inférieure est suggérée.

- ✓ Le titrage PEP nécessite la prise en compte des avantages (réduction de l'atélectraumatisme et amélioration du recrutement alvéolaire) par rapport aux risques (Surdistension inspiratoire finale entraînant une lésion pulmonaire et une résistance vasculaire pulmonaire plus élevée).
- ✓ Une intervention connexe des manœuvres de recrutement est délivrée sous forme de périodes épisodiques de haute pression positive continue des voies aériennes [30–40 cm H₂O], augmentations progressives PEP avec une pression de conduite constante ou une pression de conduite élevée ;

Chez les patients atteints de SDRA modéré à sévère (PaO₂ / FiO₂ <150), *le blocage neuromusculaire par perfusion continue ne doit pas être couramment utilisé.*

Dans les milieux ayant accès à l'expertise en soutien extracorporel à la vie, envisager l'orientation de patients souffrant d'hypoxémie réfractaire malgré une ventilation protectrice des poumons.

- Évitez de déconnecter le patient du ventilateur, ce qui entraîne une perte de PEP et une atélectasie.
- Utilisez des cathéters en ligne pour aspiration des voies aériennes et clampage du tube endotrachéal lorsqu'une déconnexion est requise (par exemple, transfert vers un ventilateur de transport)

1.3. Prise en charge du choc septique

Reconnaître le choc septique

Lorsqu'une infection est suspectée ou confirmée et que des vasopresseurs sont nécessaires pour maintenir la pression artérielle moyenne (PAM) ≥ 65 mmHg et le lactate est ≥ 2 mmol/L, en l'absence d'hypovolémie.

- En l'absence de mesure du lactate, utilisez la pression artérielle moyenne et les signes cliniques de perfusion pour définir le choc.
- **Entretien standard** comprend la reconnaissance précoce et les traitements suivants dans l'heure qui suit la reconnaissance : traitement antimicrobien et chargement de liquide et vasopresseurs pour l'hypotension.
- L'utilisation de cathéters veineux et artériels centraux doit être basée sur la disponibilité des besoins individuels des patients.

Lors de la réanimation d'un choc septique

- a. Chez l'adulte, administrer au moins 30 ml / kg de cristalloïde isotonique au cours des 3 premières heures.
- b. Chez les enfants dans des milieux bien dotés, donner 20 ml / kg en bolus rapide et jusqu'à 40-60 ml / kg dans la première heure.

La réanimation liquidienne peut entraîner une surcharge volumique, y compris une insuffisance respiratoire. S'il n'y a pas de réponse à la charge de fluide et que les signes de surcharge volumique apparaissent (par exemple, distension veineuse jugulaire, crépitements à l'auscultation pulmonaire, œdème pulmonaire d'imagerie ou hépatomégalie chez les enfants),

réduisez ou arrêtez l'administration de liquide. ***Cette étape est particulièrement importante lorsque la ventilation mécanique n'est pas disponible.***

- Les cristalloïdes comprennent une solution saline normale et du lactate de Ringer. Déterminer le besoin de bolus de fluide supplémentaires (250-1000 ml dans adultes ou 10-20 ml / kg chez les enfants) en fonction de la réponse clinique et de l'amélioration des cibles de perfusion.

Les cibles de perfusion incluent PAM (> 65 mmHg ou cibles adaptées à l'âge chez l'enfant), débit urinaire (> 0,5 ml / kg / h chez l'adulte, 1 ml / kg / h chez l'enfant), et amélioration des marbrures cutanées, remplissage capillaire, niveau de conscience et lactate.

- Tenir compte des indices dynamiques de volume réactivité pour guider l'administration du volume au-delà de la réanimation initiale en fonction des ressources et de l'expérience locales.
- Les amidons sont associés à un risque accru de décès et de lésions rénales aiguës par rapport aux cristalloïdes.
- Les effets des gélatines sont moindres clairs, mais ils sont plus chers que les cristalloïdes.
- Les solutions hypotoniques (vs. Isotoniques) sont moins efficaces pour augmenter volume intravasculaire. Survivre à une septicémie suggère également l'albumine pour la réanimation lorsque les patients ont besoin de quantités importantes de cristalloïdes.

Administrer des vasopresseurs lorsque le choc persiste pendant ou après la réanimation liquidienne. La pression artérielle cible initiale est PAM ≥ 65 mmHg chez l'adulte et cibles adaptées à l'âge chez l'enfant.

Si les cathéters veineux centraux ne sont pas disponibles, les vasopresseurs peuvent être administrés par voie intraveineuse périphérique, mais utiliser une grosse veine et étroitement surveiller les signes d'extravasation et de nécrose tissulaire locale. En cas d'extravasation, arrêtez la perfusion. Les vasopresseurs peuvent également être administrés à l'aide d'aiguilles interosseuses.

Si des signes de mauvaise perfusion et de dysfonction cardiaque persistent malgré la réalisation de la cible PAM avec des fluides et des vasopresseurs, envisager un inotrope comme la dobutamine :

- ✓ Les vasopresseurs (c'est-à-dire la norépinéphrine, l'épinéphrine, la vasopressine et la dopamine) sont administrés de la manière la plus sûre par cathéter veineux à un débit strictement contrôlé, mais il est également possible de les administrer en toute sécurité via la veine périphérique et intra-osseuse aiguille.
- ✓ Surveiller la tension artérielle fréquemment et titrer le vasopresseur à la dose minimale nécessaire pour maintenir la perfusion et prévenir les effets secondaires.
- ✓ La norépinéphrine est considérée comme de première intention chez les patients adultes ; de l'épinéphrine ou de la vasopressine peuvent être ajoutées pour la cible PAM.
- ✓ En raison du risque de tachyarythmie, réserver la dopamine à certains patients à faible risque de tachyarythmie ou ceux avec bradycardie.

N'utilisez pas de cristalloïdes hypotoniques, d'amidons ou de gélatines pour la réanimation.

Schéma thérapeutique adopté en RDC

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE (standard)

- Antipyrétique si fièvre, antitussif si toux, antalgique (Paracétamol)
- Oxygénothérapie ou Ventilation assistée si détresse respiratoire
- Correction des troubles hydro-électrolytiques
- **Pas d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)**
- Les autres volets du traitement à adapter selon les cas (femme enceinte, enfant etc...)
- Héparine de bas poids moléculaire à dose préventive et antibiotique à large spectre dans les formes sévères

TRAITEMENT SPECIFIQUE (1)

1. COVID- 19 LEGERE

Hydroxychloroquine (Plaquenil) : 3 x 200 mg/j // 10jrs ou Chloroquine 2 x 200 mg/j //10 jrs
+ Azythromycine 500 mg j1 250 mg j2-j5 PO

2. COVID-19 MODEREE

OPTION 1

Hydroxychloroquine ou chloroquine +
Azythromycine

POSOLOGIE :

Hydroxychloroquine : 3 x 200 mg/j //10jrs PO
Chloroquine : 2 X 200 mg pdt 10 J

Azythromycine : 500 mg j1 250 mg j2-j5 PO

OPTION 2

Lopinavir 200 mg/Ritonavir 50 mg (LPV/r)

POSOLOGIE : 2 X 2 Co /J //14 J PO

3. COVID-19 SEVERE

OPTION 1

- Hydroxychloroquine ou chloroquine + Azythromycine

POSOLOGIE :

Hydroxychloroquine 3 x 200 mg/j //10jrs
PO Chloroquine 2X 500 mg si ≥50 Kg ou 1X
500 mg ou 2X 250 mg si <50 Kg

Azythromycine : 500 mg j1 250 mg j2-j5 PO

OPTION 2

- Remdesivir + Vitamine C

POSOLOGIE :

Remdesivir 200mg J1 puis 100 mg
pdt 5 à 10 jrs en perfusion 30'-1 h

Vitamine C : 3 x 500 mg IVD/ j / 10 J

OPTION 3

- Hydroxychloroquine ou chloroquine + LPV/r

POSOLOGIE: idem cas modérés

IV.4. PRISE EN CHARGE DE COÏNFECTION

Donner des antimicrobiens empiriques pour traiter tous les agents pathogènes susceptibles de provoquer SRAS et septicémie dès que possible, dans l'heure suivant l'évaluation initiale pour les patients atteints de septicémie.

- a. Bien que l'on puisse soupçonner que le patient est atteint de COVID-19, administrer les antimicrobiens empiriques appropriés dans l'heure suivant l'identification de la septicémie.
- b. Le traitement antibiotique empirique doit être basé sur le diagnostic clinique (pneumonie communautaire, pneumonie associée aux soins de santé [si l'infection a été contractée dans un établissement de soins de santé] ou septicémie), épidémiologie locale et données de sensibilité (Cfr.Directives nationales de traitement).

En cas de circulation locale continue de la grippe saisonnière, une thérapie empirique avec un **inhibiteur de la neuraminidase** doit être envisagée pour le traitement des patients grippaux ou à risque de maladie grave.

La thérapie empirique doit être désamorcée sur la base des résultats de la microbiologie et du jugement clinique.

Inhibiteur de la neuraminidase

Les inhibiteurs de la neuraminidase sont une classe de médicaments antiviraux actifs contre les virus de la grippe. Ils inhibent spécifiquement une enzyme, la neuramidase virale, indispensable à la libération des virions à la fin du cycle de replication :

1. Osetalmivir
2. zanamivir

IV.5. CAS SPECIFIQUES

1. PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES

L'âge avancé et les maladies comorbides telles que le diabète et l'hypertension ont été signalés comme un facteur de risque de décès chez les personnes atteintes de COVID-19 (4). Par conséquent, les personnes âgées sont les plus à risque de décès et constituent l'une des populations les plus vulnérables. Il est important de reconnaître que les personnes âgées ont les mêmes droits que les autres à recevoir des soins de santé de haute qualité, y compris des soins intensifs. Reportez-vous au guide Soins intégrés pour les personnes âgées (ICOPE) (<https://www.who.int/ageing/publications/icope-handbook/en/>).

Pour les personnes âgées avec un COVID-19 probable ou suspecté, fournir une évaluation centrée sur la personne, y compris non seulement la prise d'antécédents conventionnels, mais une compréhension approfondie de la vie, des valeurs, des priorités et des préférences de la personne pour la gestion de la santé.

Assurer une collaboration multidisciplinaire entre médecins, infirmières, pharmaciens et autres professionnels de la santé dans le processus de prise de décision pour lutter contre la multimorbidité et le déclin fonctionnel.

Remarque 1 : Les changements physiologiques avec l'âge entraînent une baisse de la capacité intrinsèque, se manifestant par une malnutrition, un déclin cognitif et des symptômes dépressifs; ces conditions doivent être gérées de manière globale.

La détection précoce des prescriptions de médicaments inappropriées est recommandée pour prévenir les événements indésirables et les interactions médicamenteuses pour les personnes traitées pour COVID-19.

Remarque 2 : Les personnes âgées courent un plus grand risque de polypharmacie, en raison de nouveaux médicaments prescrits, d'un bilan comparatif des médicaments inadéquat et d'un manque de coordination des soins, ce qui augmente le risque de conséquences négatives pour la santé.

Faire participer les soignants et les membres de la famille à la prise de décisions et à l'établissement d'objectifs tout au long de la prise en charge des patients COVID-19 plus âgés.

2. PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES

À ce jour, les données sur la présentation clinique et les résultats périnataux après COVID-19 pendant la grossesse ou la puerpéralité sont limitées.

Rien n'indique que les femmes enceintes présentent des signes ou des symptômes différents ou présentent un risque plus élevé de maladies. Jusqu'à présent, il n'y a aucune preuve de transmission de la mère à l'enfant lorsque l'infection se manifeste au troisième trimestre, sur la base d'échantillons négatifs de liquide amniotique, de sang de cordon, de pertes vaginales, d'écouvillonnages de gorge néonataux ou de lait maternel. De même, les preuves d'une augmentation des issues maternelles ou néonatales graves sont incertaines et se limitent à une infection au troisième trimestre, avec certains cas de rupture prématurée des membranes, de détresse fœtale et d'accouchement prématuré.

Cette section s'appuie sur les recommandations existantes de l'OMS sur la grossesse et les maladies infectieuses et fournit des remarques supplémentaires pour la prise en charge des femmes enceintes et récemment enceintes.

Étant donné que la transmission asymptomatique de COVID-19 peut être possible chez les femmes enceintes ou récemment enceintes, comme dans la population générale, toutes les femmes ayant des antécédents épidémiologiques de contact doivent être étroitement surveillées.

Les femmes enceintes dont le COVID-19 est soupçonné, probable ou confirmé, y compris les femmes qui peuvent avoir besoin de passer du temps isolé, devraient avoir accès à des soins qualifiés respectueux centrés sur la femme, y compris des soins obstétricaux, fœtaux et néonataux, ainsi que de la santé mentale et un soutien psychosocial, prêt à prendre en charge les complications maternelles et néonatales.

Les considérations pour les femmes enceintes sont mises en évidence. Il ne vise pas à remplacer le jugement clinique ou la consultation d'un spécialiste, mais plutôt à renforcer la prise en charge clinique de ces patients et à fournir des conseils à jour. Les meilleures pratiques pour la prévention et le contrôle des infections (IPC), le triage et les soins de soutien optimisés sont inclus.

Le Traitement symptomatique en fonction de la sévérité de cas comme tout Syndrome Respiratoire aigu Sévère (SRAS), les mesures IPC appropriées et la prévention des complications s'appliquent également aux femmes enceintes et récemment enceintes, y compris celles qui font une fausse couche, une perte fœtale en fin de grossesse et les femmes post-partum / post-avortement. Ces précautions IPC doivent être appliquées pour toutes les interactions entre un soignant infecté et un enfant.

Le mode de naissance doit être individualisé en fonction des indications obstétricales et des préférences de la femme. L'OMS recommande que la césarienne ne soit idéalement pratiquée que lorsqu'elle est médicalement justifiée. Les décisions d'accouchement d'urgence et d'interruption de grossesse sont difficiles et reposent sur de nombreux facteurs tels que l'âge gestationnel, la gravité de l'état maternel, la viabilité et le bien-être du fœtus.

Les consultations multidisciplinaires de spécialistes en soins obstétriques, périnatals, néonataux et intensifs sont essentielles.

Toutes les femmes récemment enceintes atteintes de COVID-19 ou qui se sont remises de COVID-19 devraient recevoir des informations et des conseils sur une alimentation sûre du nourrisson et des mesures IPC appropriées pour prévenir la transmission du virus COVID-19.

À ce stade, rien n'indique que les femmes enceintes présentent un risque accru de maladie grave ou de compromission fœtale. Les femmes enceintes et récemment enceintes qui se sont rétablies de COVID-19 devraient être autorisées et encouragées à suivre des soins prénatals, postpartum ou post-avortements de routine, le cas échéant. Des soins supplémentaires doivent être fournis en cas de complications.

Toutes les femmes enceintes atteintes de COVID-19 ou en convalescence devraient recevoir des conseils et des informations concernant le risque potentiel de résultats défavorables de la grossesse.

3. PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ATTEINTS DE CORONAVIRUS

1. **Manifestations cliniques**

Syndrome léger

- Fièvre,
- Fatigue,
- Toux (avec ou sans production de crachats),
- Anorexie, malaise, douleur musculaire, mal de gorge, dyspnée, congestion nasale ou maux de tête.

Rarement, les patients peuvent également présenter des diarrhées, des nausées et des vomissements.

Pneumonie

Toux ou a de la difficulté à respirer + respiration rapide : respiration rapide (en respirations / min) :

- ✓ <2 mois : ≥ 60 ;
- ✓ 2 à 11 mois : ≥ 50 ; 1 à 5 ans : ≥ 40 et aucun signe de pneumonie sévère.

Pneumonie sévère

Toux ou difficulté à respirer, plus au moins un des symptômes suivants :

- a. Cyanose centrale ou SpO₂ <90% ;
- b. Détresse respiratoire sévère (par exemple grognements, tirage thoracique très sévère) ;
- c. Signes de pneumonie avec un signe de danger général : incapacité à allaiter ou à boire, léthargie ou perte de conscience ou convulsions.
- d. D'autres signes de pneumonie peuvent être présents : tirage thoracique, respiration rapide (en respirations / min) : <2 mois : ≥ 60 ; 2 à 11 mois : ≥ 50 ; 1 à 5 ans : ≥ 40 .

Alors que le diagnostic est posé sur des bases cliniques ; l'imagerie thoracique peut identifier ou exclure certaines complications pulmonaires.

Septicémie

Infection suspectée ou prouvée et ≥ 2 critères du syndrome de réponse inflammatoire systémique en fonction de l'âge, dont l'un doit être une **température anormale** ou **une numération des globules blancs**.

Choc septique

une hypotension (pression artérielle systolique [PAS] <5e centile en dessous de la normale pour âge) ou 2-3 des éléments suivants : état mental altéré; tachycardie ou bradycardie (rythme cardiaque(RC) <90 bpm ou > 160 bpm chez les nourrissons et RC <70 bpm ou > 150 bpm chez les enfants); recharge capillaire prolongée (> 2 sec) ou vasodilatation chaude avec des impulsions limitantes; tachypnée; tacheté éruption cutanée ou pétéchiale ou purpurique; augmentation du lactate; oligurie; hyperthermie ou hypothermie.

2. Traitement

2.1. Prise en charge du COVID-19 léger : traitement symptomatique et surveillance

Les patients atteints d'une maladie bénigne ne nécessitent pas d'interventions hospitalières, mais l'isolement est nécessaire pour contenir la transmission du virus.

Bien que la plupart des patients atteints d'une maladie bénigne puissent ne pas avoir d'indications d'hospitalisation, il est nécessaire de :

1. Mettre en œuvre une prévention et contrôle de l'infection (PCI) approprié pour contenir et atténuer la transmission. Cela peut se faire soit à l'hôpital, s'il n'y a que des cas sporadiques ou de petites grappes, soit dans des contextes non traditionnels réorientés ; ou à la maison.
2. Fournir aux patients atteints de COVID-19 léger un traitement symptomatique tel que des **antipyrétiques** pour la fièvre.
3. Conseiller les patients atteints de COVID-19 léger sur les signes et les symptômes d'une maladie compliquée. S'ils développent l'un de ces symptômes, ils devraient rechercher des soins en urgence.

2.2. Prise en charge des COVID-19 sévères : oxygénothérapie et surveillance

Tous les domaines où les patients atteints de SRAS sont pris en charge doivent être **équipés** :

- a. D'oxymètres de pouls,
- b. De systèmes d'oxygène fonctionnels et d'interfaces jetables à usage unique et délivrant de l'oxygène (canule nasale, dents nasales, masque facial simple et masque avec sac de réservoir).

Les enfants présentant des signes d'urgence (respiration obstruée ou absente, détresse respiratoire sévère, cyanose centrale, choc, coma ou convulsions) devraient recevoir une gestion des voies respiratoires et une oxygénothérapie pendant la réanimation pour cibler la SpO₂ ≥ 94% ; Sinon, la SpO₂ cible est ≥ 90%. L'utilisation de dents nasales ou de canules nasales est préférée chez les jeunes enfants, car ils peuvent être mieux tolérés.

2.3. Prise en charge du Choc septique

- En l'absence de mesure du lactate, utilisez la pression artérielle moyenne et les signes cliniques de perfusion pour définir le choc.
- Entretien standard comprend la reconnaissance précoce et les traitements suivants dans l'heure qui suit la reconnaissance : traitement antimicrobien et chargement de liquide et vasopresseurs pour l'hypotension.
- L'utilisation de cathéters veineux et artériels centraux doit être basée sur la disponibilité des besoins individuels des patients.

La réanimation liquidienne peut entraîner une surcharge volumique, y compris une insuffisance respiratoire. S'il n'y a pas de réponse à la charge de fluide et que les signes de surcharge volumique apparaissent (par exemple, distension veineuse jugulaire, crépitements à l'auscultation pulmonaire, œdème pulmonaire d'imagerie ou hépatomégalie chez les enfants), réduisez ou arrêtez l'administration de liquide. ***Cette étape est particulièrement importante lorsque la ventilation mécanique n'est pas disponible.***

- Les cristalloïdes comprennent une solution saline normale et du lactate de Ringer.
- Déterminer le besoin de bolus de fluide supplémentaires (250-1000 ml dans adultes ou 10-20 ml / kg chez les enfants) en fonction de la réponse clinique et de l'amélioration des cibles de perfusion.

Les cibles de perfusion incluent PAM (> 65 mmHg ou cibles adaptées à l'âge chez l'enfant), débit urinaire (> 0,5 ml / kg / h chez l'adulte, 1 ml / kg / h chez l'enfant), et amélioration des marbrures cutanées, remplissage capillaire, niveau de conscience et lactate.

- Tenir compte des indices dynamiques de volume réactivité pour guider l'administration du volume au-delà de la réanimation initiale en fonction des ressources et de l'expérience locales.
- Les amidons sont associés à un risque accru de décès et de lésions rénales aiguës par rapport aux cristalloïdes.
- Les effets des gélamines sont moindres clairs, mais ils sont plus chers que les cristalloïdes.
- Les solutions hypotoniques (vs. Isotoniques) sont moins efficaces pour augmenter volume intravasculaire. Survivre à une septicémie suggère également l'albumine pour la réanimation lorsque les patients ont besoin de quantités importantes de cristalloïdes.

Administrer des vasopresseurs lorsque le choc persiste pendant ou après la réanimation liquidienne. La pression artérielle cible initiale est PAM ≥ 65 mmHg chez l'adulte et cibles adaptées à l'âge chez l'enfant.

Si les cathéters veineux centraux ne sont pas disponibles, les vasopresseurs peuvent être administrés par voie intraveineuse périphérique, mais utiliser une grosse veine et étroitement surveiller les signes d'extravasation et de nécrose tissulaire locale. En cas d'extravasation, arrêtez la perfusion. Les vasopresseurs peuvent également être administrés à l'aide d'aiguilles interosseuses.

Si des signes de mauvaise perfusion et de dysfonction cardiaque persistent malgré la réalisation de la cible PAM avec des fluides et des vasopresseurs, envisager un inotrope comme la dobutamine.

- ✓ Les vasopresseurs (c'est-à-dire la norépinéphrine, l'épinéphrine, la vasopressine et la dopamine) sont administrés de la manière la plus sûre par cathéter veineux à un débit strictement contrôlé, mais il est également possible de les administrer en toute sécurité via la veine périphérique et intra-osseuse aiguille.
- ✓ Surveiller la tension artérielle fréquemment et titrer le vasopresseur à la dose minimale nécessaire pour maintenir la perfusion et prévenir les effets secondaires.

- ✓ La norépinéphrine est considérée comme de première intention chez les patients adultes ; de l'épinéphrine ou de la vasopressine peuvent être ajoutées pour la cible PAM.
- ✓ En raison du risque de tachyarythmie, réserver la dopamine à certains patients à faible risque de tachyarythmie ou ceux avec bradycardie.

Chez les enfants atteints d'un choc froid (plus fréquent), l'épinéphrine est considérée comme de première intention, tandis que la norépinéphrine est utilisé chez les patients en état de choc chaud (moins fréquent).

IV.6. Prévention des complications lors du traitement

| Résultat attendu | Interventions |
|---|---|
| Réduisez les jours de la ventilation mécanique invasive | <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser des protocoles de sevrage qui incluent une évaluation quotidienne de la disposition à respirer spontanément • Minimiser la sédation continue ou intermittente, en ciblant des paramètres spécifiques de titration (sédation légère sauf contre-indiqué) ou avec interruption quotidienne des perfusions sédatives continues |
| Réduire l'incidence des ventilateurs associés à la pneumonie | <ul style="list-style-type: none"> • L'intubation orale est préférable à l'intubation nasale chez les adolescents et les adultes • Gardez le patient en position semi-allongée (élévation de la tête de lit de 30 à 45 °) • Utilisez un système d'aspiration fermé ; drainer et jeter périodiquement le condensat dans les tubes • Utilisez un nouveau circuit de ventilation pour chaque patient ; une fois le patient ventilé, changer de circuit s'il est sale ou endommagé mais pas régulièrement • Changez l'échangeur de chaleur et d'humidité lorsqu'il fonctionne mal, lorsqu'il est sale ou tous les 5 à 7 jours. |
| Réduire l'incidence des thrombo-embolisme veineux | <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une prophylaxie pharmacologique (héparine de bas poids moléculaire [préférée si disponible] ou héparine 5000 unités sous-cutanée deux fois par jour) chez les adolescents et les adultes sans contre-indication. • Pour ceux qui ont des contre-indications, utilisez prophylaxie mécanique (dispositifs de compression pneumatiques intermittents). |
| Réduire l'incidence des infections de la circulation sanguine due aux cathéters | <ul style="list-style-type: none"> • Utilisez une liste de contrôle(Checklist) dont le remplissage est vérifié par un observateur en temps réel pour rappeler chaque étape nécessaire à l'insertion stérile et comme rappel quotidien pour retirer le cathéter s'il n'est plus nécessaire. |
| Réduisez l'incidence des ulcères de pression | <ul style="list-style-type: none"> • Tourner le patient toutes les deux heures |
| Réduire l'incidence des ulcères de stress et saignements gastro-intestinaux | <ul style="list-style-type: none"> • Donner une nutrition entérale précoce (dans les 24 à 48 heures suivant l'admission) • Administrer des inhibiteurs des récepteurs de l'histamine-2 ou des inhibiteurs de la pompe à protons chez les patients présentant des facteurs de risque de saignement gastro-intestinal. Les facteurs de risque de saignement gastro-intestinal comprennent la ventilation mécanique pendant ≥48 heures, la coagulopathie, la thérapie remplacement rénal, maladie du foie, comorbidités multiples et score d'insuffisance organique plus élevé. |
| Réduire l'incidence des faiblesses liées aux soins intensifs | <ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser activement le patient au début de la maladie lorsqu'il le peut en toute sécurité |

CHAPITRE V. SUIVI ET EVALUATION

Le suivi - évaluation est un aspect très important lors d'une prise en charge. Les indicateurs qui seront présentés sous forme de graphiques ou tableau nous permettront d'interpréter les tendances durant la prise en charge. Les données récoltées nous permettront de planifier les activités notamment commander les intrants nécessaires, le matériel nécessaire, prévoir les besoins en formation ou support technique, ajouter le nombre des CTC ou réduire, augmenter ou permuter les ressources humaines.

V.1. DEFINITION DES CONCEPTS

1. Cas suspect validé

A. un patient atteint d'une maladie respiratoire aiguë (c'est-à-dire de la fièvre et au moins un signe ou un symptôme de maladie respiratoire, par exemple, toux ou essoufflement) ET sans aucune autre étiologie expliquant pleinement la présentation clinique ET des antécédents de voyage ou résidence dans un pays, une zone ou un territoire qui a signalé une transmission locale de la maladie à COVID-19 au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes ;

B. un patient atteint d'une maladie respiratoire aiguë ET qui a été en contact avec un cas confirmé ou probable de maladie COVID-19 au cours des 14 jours précédant l'apparition des symptômes (voir la définition du contact ci-dessous) ;

C. un patient présentant une infection respiratoire aiguë sévère (c'est-à-dire de la fièvre et au moins un signe ou symptôme de maladie respiratoire, exemple, toux ou essoufflement) ET qui nécessite une hospitalisation ET qui n'a pas d'autre étiologie qui explique la clinique.

2. Cas probable

Toute personne présentant des signes cliniques d'infection respiratoire aiguë dans les 14 jours suivant un contact étroit² avec un cas confirmé de COVID-19

3. Cas confirmé

Un cas confirmé est une personne avec une confirmation en laboratoire de l'infection par le virus COVID-19, quels que soient les signes cliniques et les symptômes.

4. Guéri

Un guéri est un patient :

- Qui ne présente plus les symptômes de la maladie
- Dont le laboratoire a réalisé deux tests consécutifs confirmés négatifs à l'espace de 7 jours d'intervalle

5. Rechute

On parle d'une rechute lorsqu'un patient qui a répondu aux critères de sortie revient pour une autre épisode de la maladie.

6. Abandon

Un patient qui décide d'arrêter la prise en charge par son propre consentement ou qui disparaît

7. Nouvelle admission

Un patient qui se présente aux structures de santé pour un premier épisode de la maladie

² Contact étroit est une personne qui, à partir de 24h précédant l'apparition des symptômes d'un cas confirmé a partagé le même lieu de vie (par exemple : famille, même chambre) ou a eu un contact direct avec lui, en face à face, à moins d'1 mètre du cas ou pendant plus de 15 minutes, lors d'une discussion ; flirt ; amis intimes ; voisins de classe ou de bureau ; voisins du cas dans un moyen de transport de manière prolongée ; personne prodiguant des soins à un cas confirmé ou personnel de laboratoire manipulant des prélèvements biologiques d'un cas confirmé, en l'absence de moyens de protection adéquats.

8. Transfert

Un patient qui quitte un autre centre de traitement du coronavirus pour un autre centre de traitement du coronavirus (CTC)

9. Reference

Un patient qui quitte une structure de santé pour un centre de traitement du coronavirus (CTC)

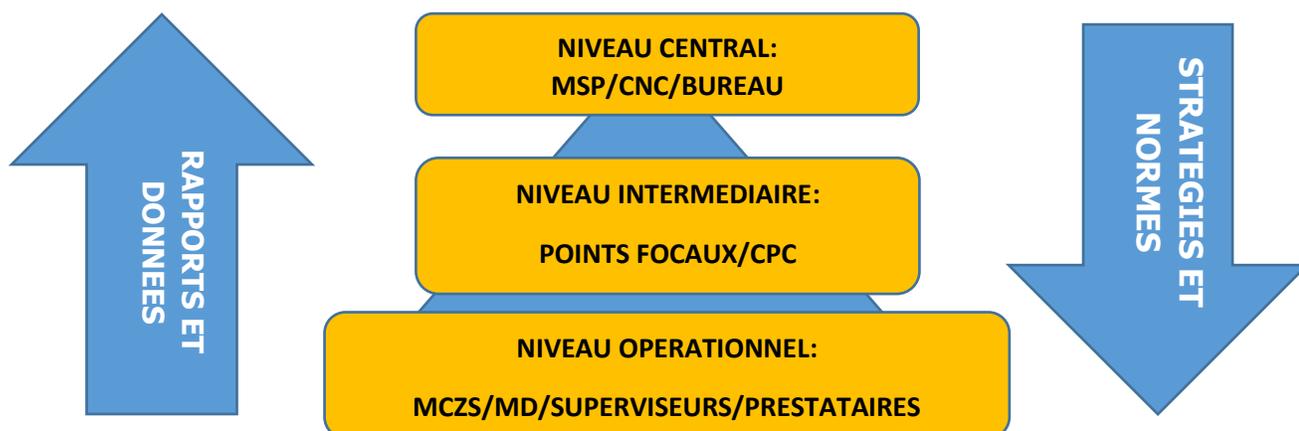
10. Décédé

Un patient qui meurt admis dans le programme après avoir été confirmé positif au laboratoire ou un patient qui meurt en dehors du programme testé positif au laboratoire après investigation.

11. Non répondant

Un « non-répondant au traitement » est défini comme un patient pris en charge qui ne répond pas au traitement

V.2. CIRCUIT D'INFORMATION



V.3. Numéro unique de prise en charge

Le Numéro unique de prise en charge est défini comme un numéro unique assigné à chaque patient diagnostiqué avec une maladie Covid-19 et admis dans la prise en charge. Il doit figurer sur les fiches et les autres documents concernant ce patient (fiche de suivi, registre).

Code de la province/Code du CTC/Code de la zone /numéro d'enregistrement

V.4. Outils de collecte

Les données seront collectées sur terrain à l'aide d'une fiche de collecte. Il existe deux types des fiches de collecte soft et dure. La fiche de collecte soft à l'aide du logiciel...

Au total 3 fiches seront disponibles sur terrain.

1. Fiche de supervision rapportage et de collecte des données au niveau du CTC

- Données sur l'admission : fiche d'admission
- Données sur le suivi journalier : fiche de suivi journalière
- Données sur le transfert : fiche de transfert
- Données sur la sortie : fiche de sortie

2. Fiche de rapportage et de collecte des données au niveau des axes

- Fiche de rapport points focaux (axe) nous permettra d'avoir une revue de chaque partie de la prise en charge avec une vue globale c.à.d. une revue des outils/matériels, modules et méthodes de formation, la qualité de la supervision, le personnel et l'organisation, la logistique, le financement, les recommandations pour réajustement si besoin

3. Fiche d'évaluation

- Fiche d'évaluation : évaluation de l'utilisation du protocole et l'évolution de la prise en charge (soins). Il faut voir si le protocole fonctionne, c'est-à-dire le nombre de personnes qui l'utilisent et le nombre de patients qui en bénéficient (taux d'inclusion dans le protocole).

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ANNEXES

Fiche technique 1. Classification des cas

(1) COVID-19 LEGERE

- Tout sujet testé positif avec peu ou pas de symptômes
- Température < 38,5 °C (Paracétamol)
- Fréquence respiratoire normale (entre 12-20 cpm)
- Auscultation pulmonaire normale
- Radiographie du thorax normale (Si disponible)
- Saturation en oxygène à l'air libre (SaO₂) ≥ 95 %

Traitement symptomatique + traitement spécifique

(2) COVID-19 MODEREE ET COVID-19 SEVERE

COVID-19 MODERE

- Température ≤ à 38,5 °C (Paracétamol)
- Fréquence respiratoire entre 20 et 30 cpm
- Auscultation pulmonaire normale
- Radiographie du thorax normale (Si disponible)
- Saturation en oxygène à l'air libre entre 90 et 95 %

Traitement symptomatique + oxygénothérapie aux lunettes ou masque selon le cas + Traitement spécifique

COVID-19 SEVERE : Prise en charge en réanimation / Soins intensifs

- Température ≥ 38,5 °C (Paracétamol), Fréquence respiratoire ≥ 30 cpm
- Signes de détresse respiratoire : battement des ailes du nez, cyanose, difficulté de la parole, agitation, perte de conscience, tirage sous costal
- Coma, insuffisance rénale, état de choc
- Radiographie du thorax (si disponible) pathologique : syndrome alvéolaire, syndrome interstitiel
- Saturation en oxygène à l'air libre < à 90 %

- Traitement symptomatique + oxygénothérapie à haut débit ou Ventilation assistée si pas d'amélioration au masque à haut débit.
- Mesures de réanimation conventionnelles : choc, anémie, hyper/hypoglycémie, HTA, troubles hydroélectriques.
- Choc : cristalloïdes et au besoin noradrénaline
- Anémie non tolérée : Transfusion de culots érythrocytaires.

Fiche technique 2. Mesures de préventions et contrôle des infections

MESURES DE SANTE PUBLIQUE INDIVIDUELLES RECOMMANDEES POUR TOUT LE MONDE

| | Sujet asymptomatique, sans risque d'exposition | sujet Asymptomatique, contact étroit et non protégé | Sujet/voyageur Asymptomatique venant d'une zone en épidémie | Sujet Symptomatique, suspecté ou confirmé + |
|--|--|---|---|---|
| Hygiène des mains | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Étiquette respiratoire (utilisation du creux du bras ou mouchoir jetable) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Utilisation de masques | x | x | x | ✓ |
| Nettoyage de l'environnement (des surfaces et des objets fréquemment utilisés) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Autosurveillance | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ (de l'aggravation) |
| Isolement (personnes symptomatiques) | x | x | x | ✓ |
| Quarantaine volontaire à domicile (auto-isolement) | x | ✓ | x | ✓ |
| Autoséparation de protection (personnes vulnérables) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Évitement volontaire des lieux bondés (Les rassemblements de masse) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Quarantaine obligatoire | x | ✓ | ✓ | ✓ |

Fiche technique 3. Schéma thérapeutique adopté en RDC

TRAITEMENT SYMPTOMATIQUE (standard)

- Antipyrétique si fièvre, antitussif si toux, antalgique (Paracétamol)
- Oxygénothérapie ou Ventilation assistée si détresse respiratoire
- Correction des troubles hydro-électrolytiques
- **Pas d'anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS)**
- Les autres volets du traitement à adapter selon les cas (femme enceinte, enfant etc...)
- Héparine de bas poids moléculaire à dose préventive et antibiotique à large spectre dans les formes sévères

TRAITEMENT SPECIFIQUE (1)

1. COVID- 19 LEGERE

Hydroxychloroquine (Plaquenil) : 3 x 200 mg/j // 10jrs ou Chloroquine 2 x 200 mg/j //10 jrs
+ Azythromycine 500 mg j1 250 mg j2-j5 PO

2. COVID-19 MODEREE

OPTION 1

Hydroxychloroquine ou chloroquine +
Azythromycine

POSOLOGIE :

Hydroxychloroquine : 3 x 200 mg/j //10jrs PO

Chloroquine : 2 X 200 mg pdt 10 J

Azythromycine : 500 mg j1 250 mg j2-j5 PO

OPTION 2

Lopinavir 200 mg/Ritonavir 50 mg (LPV/r)

POSOLOGIE : 2 X 2 Co /J //14 J PO

3. COVID-19 SEVERE

OPTION 1

- Hydroxychloroquine ou chloroquine + Azythromycine

POSOLOGIE :

Hydroxychloroquine 3 x 200 mg/j //10jrs
PO Chloroquine 2X 500 mg si ≥ 50 Kg ou 1X
500 mg ou 2X 250 mg si < 50 Kg

Azythromycine : 500 mg j1 250 mg j2-j5 PO

OPTION 2

- Remdesivir + Vitamine C

POSOLOGIE :

Remdesivir 200mg J1 puis 100 mg
pdt 5 à 10 jrs en perfusion 30'-1 h

Vitamine C : 3 x 500 mg IVD/ j / 10 J

OPTION 3

- Hydroxychloroquine ou chloroquine + LPV/r

POSOLOGIE: idem cas modérés

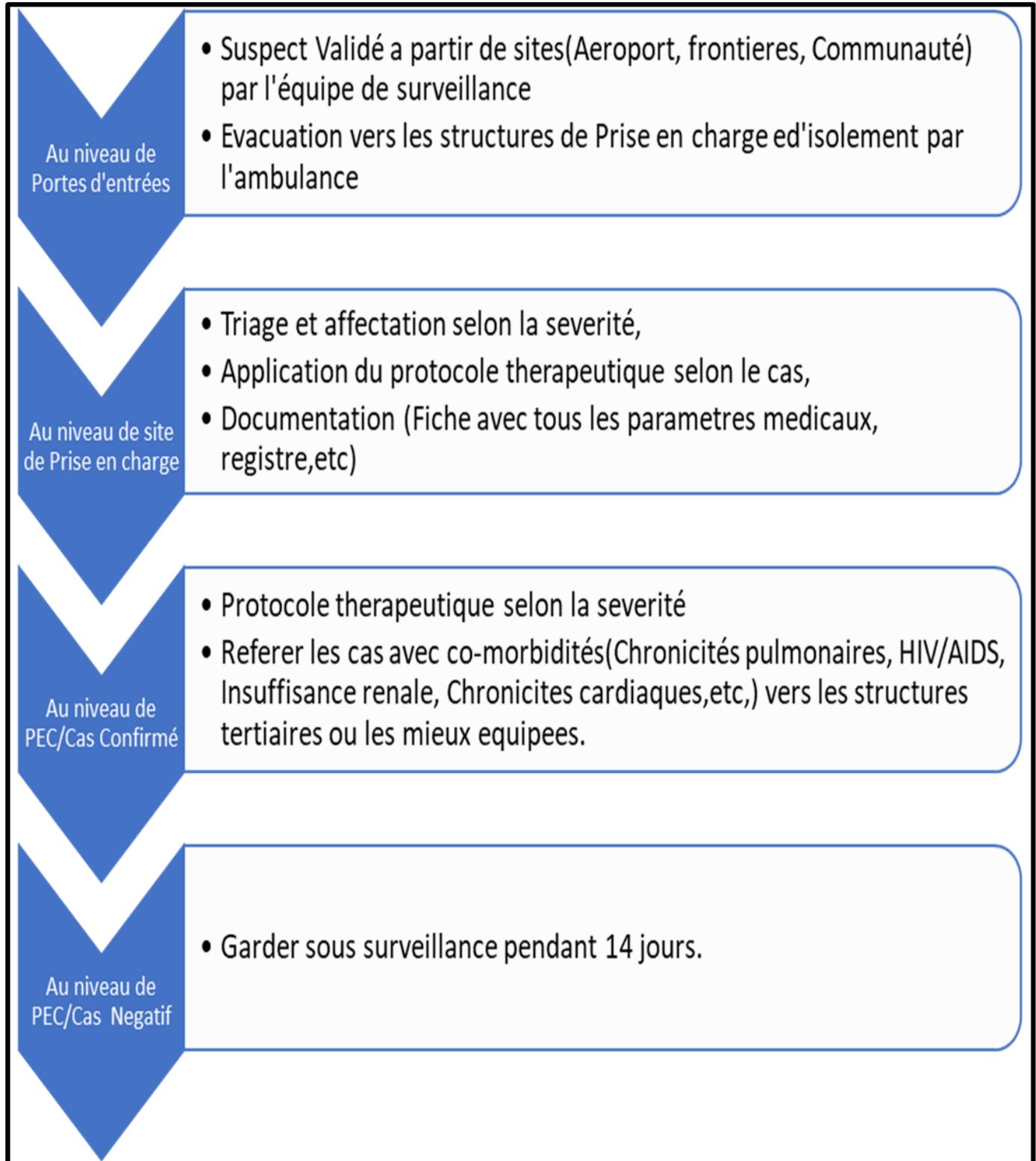
(1) Pour les patients sous chloroquine/Hydroxychloroquine

- *Risque de réactions allergiques*
 - ✓ Administrez de la Cetirizine 10 mg si modérée, adrénaline si grave et passez à l'option 2 pour ce patient.
 - ✓ Avoir le nécessaire pour la prise en charge du choc anaphylactique.
- *Risque de prolongation de l'intervalle QTc*
 - ✓ En cas de prise concomitante de Chloroquine ou Hydroxychloroquine avec les médicaments suivants : Azithromycine, Erythromycine ; Artemether-Luméfantrine, Ciprofloxacine, Lévofloxacine
 - ✓ L'association sera donc réservée aux patients hospitalisés et sous surveillance étroite.
 - ✓ ECG préalable chez les cardiaques et personnes âgées, à défaut d'être systématique en cas d'association
 - ✓ Si possible, administrer le médicament avec du lait ou autre aliment
 - ✓ Les doses plus faibles de Chloroquine ont été préférées pour minimiser le risque d'effets indésirables potentialisés par l'association à l'Azithromycine.
- *Tenir compte des contre-indications* : allergie connue à l'Hydroxychloroquine ou chloroquine, déficience en G6PD, prolongation de QT, rétinopathie.
- Les enfants <12 ans, les femmes enceintes et allaitantes ne sont pas concernés par ces schémas thérapeutiques. Les protocoles de Pédiatrie, Gynéco-obstétrique et réanimation sont attendus (en cours).
- Notifier tout cas d'événement indésirable au CNPV :
cnpvrdc@yahoo.fr ou pharmacoclinique@unikin.ac.cd

NB : - A toutes les étapes, un soutien psychologique du patient est nécessaire .

- Pour le Remdesivir, un document de consentement de son utilisation doit être signé au préalable par le patient (Accord Comité d'éthique de l'ESP requis).
- Ce document est conçu pour les Cliniques Universitaires de Kinshasa (CUK), mais pourra éventuellement être adapté à toute autre formation hospitalière.
- Ce document est susceptible de subir des modifications en fonction des données nouvelles.
- Ce document devra être complété par les différents aspects de prise en charge liés à chaque spécialité (en cours).

Fiche technique 4. Prise en Charge des cas suspect validés



Fiche technique 5. Soins à domicile pour les patients présumés ou infectés présentant des symptômes bénins

Compte tenu des connaissances actuellement limitées de la maladie causée par l'infection par le 2019-nCoV et de ses schémas de transmission, **l'OMS recommande que les cas présumés d'infection par le 2019-nCoV soient isolés et suivis en milieu hospitalier**. Cela permettra d'assurer à la fois la sécurité et la qualité des soins (au cas où les symptômes des patients s'aggravaient) ainsi que la sécurité de la santé publique.

Toutefois, pour diverses raisons envisageables, y compris les situations où les soins hospitaliers ne sont pas disponibles ou présentent des risques (capacités limitées et ressources insuffisantes pour répondre à la demande de services de soins), ou en cas de refus éclairé de l'hospitalisation par le patient, d'autres lieux pourront devoir être envisagés pour la prestation des soins.

1. Dans un tel cas, les patients qui présentent des symptômes bénins et ne souffrent pas d'une **affection chronique sous-jacente telle qu'une pneumopathie ou une cardiopathie, une insuffisance rénale ou une affection immunodéprimée** susceptible de les exposer à un risque accru de complications, peuvent être soignés à domicile.
2. Les mêmes principes en matière de soins à domicile s'appliquent aux patients asymptomatiques pour lesquels l'hospitalisation n'est plus requise.
3. **Une telle décision nécessite une appréciation clinique prudente et doit s'appuyer sur l'évaluation de la sécurité du domicile du patient.**
4. Une liaison avec un professionnel de santé doit être établie pendant toute la durée des soins à domicile jusqu'à ce que le patient soit pleinement rétabli.
5. Un membre du personnel médical doit être chargé d'évaluer l'état de santé actuel des contacts et l'évolution éventuelle des symptômes chez ceux-ci par téléphone et, dans l'idéal et si cela est faisable, moyennant des consultations directes régulières (quotidiennes par exemple), en procédant à des tests de diagnostic spécifiques selon les besoins.
6. En outre, les patients et les membres du foyer doivent avoir été formés aux règles d'hygiène individuelle et des mesures essentielles de prévention et de lutte contre l'infection, et de la manière de prendre soin du membre de la famille présumé infecté en réduisant autant que possible les risques, et de prévenir la propagation de l'infection aux contacts au sein du foyer.
7. Le patient et sa famille doivent bénéficier de manière systématique d'un soutien, d'informations et d'un suivi.

Ils doivent respecter les recommandations suivantes :

- Placer le patient dans une pièce bien ventilée où il sera seul.
- Limiter le nombre des aidants qui s'occuperont du patient ; dans l'idéal confier ce rôle à une personne qui est en bonne santé et sans facteurs de risque.
- Pas de visites autorisées.

- Les membres du foyer doivent rester dans une autre pièce ou, si cela n'est pas possible, maintenir une distance d'un mètre au moins avec la personne malade (dormir dans un lit différent par exemple).
- Limiter les déplacements du patient et réduire au minimum les espaces partagés. Veiller à ce que les espaces communs (cuisine et salle de bains, par exemple) soient bien ventilés (garder les fenêtres ouvertes, par exemple).
- L'aidant doit porter un masque médical soigneusement ajusté sur le visage lorsqu'il se trouve dans la même pièce que le malade. Les masques ne doivent être ni touchés ni manipulés une fois en place. Si le masque est mouillé ou sali par des sécrétions, il doit être changé immédiatement. Jeter le masque après usage et se laver les mains après l'avoir retiré.
- **Pratiquer les gestes d'hygiène des mains après tout contact avec des personnes malades ou leur environnement immédiat.** Les règles d'hygiène des mains doivent aussi être suivies avant et après la préparation de la nourriture, avant de manger, après être allé aux toilettes, et chaque fois que les mains semblent sales. Si les mains ne sont visiblement pas souillées, une solution hydroalcoolique peut être utilisée. Lorsque les mains sont visiblement souillées, les gestes d'hygiène des mains doivent être faits avec de l'eau et du savon. Tenir compte des questions de sécurité (risques d'ingestion accidentelle et d'incendie, par exemple) avant de recommander l'utilisation de solutions hydroalcooliques pour les mains au sein du foyer.
- Lorsque le lavage des mains se fait avec de l'eau et du savon, il est souhaitable d'utiliser des essuie-tout en papier jetables pour se sécher les mains. Si cela n'est pas possible, utiliser des serviettes de toilettes réservées à cet usage et les remplacer dès qu'elles sont humides.
- Les règles d'hygiène respiratoire doivent être respectées par tous, en particulier les personnes malades, à tout moment : se couvrir la bouche et le nez lorsque l'on tousse ou éternue, utiliser des masques médicaux, des masques en tissu, des mouchoirs ou son coude replié, et se laver ensuite les mains.
- Jeter les matériels utilisés pour se couvrir la bouche ou le nez ou les laver de manière appropriée après usage (laver par exemple les mouchoirs en tissu en utilisant du savon ou de la lessive ordinaire et de l'eau).
- Éviter tout contact direct avec des liquides corporels, en particulier les sécrétions orales ou respiratoires, et les selles. Utiliser des gants jetables pour les soins des affections respiratoires et lors de la manipulation des selles, de l'urine et des déchets. Appliquez les règles d'hygiène des mains avant et après avoir retiré les gants.
- Les gants, mouchoirs, masques et autres déchets provenant des personnes malades ou des personnes prenant soin d'elles doivent être placés dans des contenants munis d'un sac dans la chambre de la personne malade avant d'être jetés avec les autres déchets du foyer.
- Éviter les autres types d'exposition possibles aux personnes malades ou aux objets contaminés de leur environnement immédiat (éviter de partager les brosses à dents, les cigarettes, les ustensiles de cuisine, les serviettes, le linge de toilette ou de lit, par

exemple). Les ustensiles de cuisine et la vaisselle doivent être lavés avec du savon ou du liquide vaisselle et de l'eau après usage et peuvent être réutilisés au lieu d'être jetés.

- Nettoyer et désinfecter régulièrement les surfaces touchées telles que les tables de chevet, les cadres de lit et les autres meubles de la chambre, quotidiennement avec un désinfectant ménager ordinaire contenant une solution chlorée⁶ diluée à 1 %.
- Nettoyer et désinfecter les surfaces des salles de bains et des toilettes au moins une fois par jour avec un désinfectant ménager ordinaire contenant une solution chlorée diluée à 1 %.
- Laver les vêtements, les draps et les serviettes de toilette, etc. des personnes malades à la main en utilisant de la lessive ordinaire et de l'eau, ou à la machine à 60–90 °C avec de la lessive ordinaire, et les sécher soigneusement. Placer le linge contaminé dans un sac à linge sale. Ne pas secouer le linge sale et éviter tout contact direct de la peau et des vêtements avec le linge contaminé.
- Utiliser des gants jetables et des vêtements de protection (des tabliers en plastique par exemple) lors du nettoyage des surfaces et de la manipulation des vêtements ou du linge souillés par des liquides corporels. Appliquez les gestes d'hygiène des mains avant et après avoir retiré les gants.
- Les personnes présentant des symptômes doivent rester à leur domicile jusqu'à la disparition de ceux-ci sur la base des conclusions cliniques et/ou de laboratoire (***deux tests RT-PCR négatifs à au moins 24 heures d'intervalle***).
- Tous les membres du foyer doivent être considérés comme étant des contacts et leur état de santé doit être suivi comme indiqué ci-dessous.
- Si un membre du foyer montre les premiers symptômes d'une infection respiratoire aiguë, notamment fièvre, toux, mal de gorge et difficultés respiratoires, suivre les recommandations de santé publique ci-haut.

Les agents de santé dispensant des soins à domicile doivent mener une évaluation des risques pour choisir l'équipement de protection individuelle (EPI) adapté.

Fiche technique 6. Conseils sur la gestion des dépouilles des personnes décédées du COVID-19

Il est possible qu'une personne contracte le COVID-19 en touchant une surface ou un objet sur lequel se trouve le virus, puis en se touchant la bouche, le nez ou éventuellement les yeux, bien que ce n'est pas le principal moyen utilisé par le virus se propage.

Les directives suivantes doivent être suivies scrupuleusement :

- Les gens devraient envisager de ne pas toucher le corps d'une personne décédée de COVID-19.
- Les personnes âgées et les personnes de tous âges souffrant de graves problèmes de santé sous-jacents sont plus à risque de développer une maladie grave à COVID-19 en s'infectant par le fait de toucher un corps infecté.
- Les activités telles que les baisers, le lavage et le linceulage doivent être évitées avant, pendant et après la préparation du corps, si possible.
- Si le lavage du corps ou l'enveloppement sont des pratiques religieuses ou culturelles importantes, les familles sont encouragées à travailler avec leurs chefs culturels et religieux communautaires et le personnel du salon funéraire sur la façon de réduire leur exposition autant que possible.
 - Au minimum, les personnes menant ces activités devraient porter des gants jetables.
 - Si des éclaboussures de liquides sont prévues, un équipement de protection individuelle (EPI) supplémentaire peut être nécessaire (comme une blouse jetable, un écran facial ou des lunettes et un masque facial).
- Le nettoyage des EPI utilisés doit être effectué conformément aux instructions du fabricant pour tous les produits de nettoyage et de désinfection (par exemple, concentration, méthode d'application et temps de contact, etc.).
- Après avoir retiré l'EPI, effectuez l'hygiène des mains en vous lavant les mains avec du savon et de l'eau pendant au moins 20 secondes ou en utilisant un désinfectant pour les mains à base d'alcool qui contient au moins 60% d'alcool si vous ne disposez pas d'eau et de savon.
- Du savon et de l'eau doivent être utilisés si les mains sont visiblement souillées.
- Des funérailles ou des visites peuvent être organisées pour une personne décédée de COVID-19.
- Les travailleurs des salons funéraires devraient suivre leurs précautions de prévention et de contrôle des infections lorsqu'ils manipulent un défunt décédé de COVID-19.
- S'il est nécessaire de transférer un corps dans un sac, suivre les précautions standard, y compris l'équipement de protection individuelle (EPI) supplémentaire si des projections de liquide sont à prévoir.

- Pour transporter un corps après que le corps a été mis en sac, désinfectez l'extérieur du sac avec un produit contenant des agents pathogènes viraux émergents approuvés par l'EPA. Suivez les instructions du fabricant pour tous les produits de nettoyage et de désinfection (par exemple, concentration, méthode d'application et temps de contact, etc.).
- Porter des gants jetables en nitrile lors de la manipulation du sac mortuaire.
- L'embaumement peut être effectué : Pendant l'embaumement, suivez les précautions standard, y compris l'utilisation d'EPI supplémentaire si des éclaboussures sont attendues (par exemple, blouse jetable, écran facial ou lunettes et masque facial).
- Portez une protection respiratoire appropriée si des procédures génèrent des aérosols ou si cela est nécessaire pour les produits chimiques utilisés conformément à l'étiquette du fabricant.
- Portez des gants résistants par-dessus les gants jetables en nitrile s'il y a un risque de coupures, de blessures par perforation ou d'autres blessures qui cassent la peau.
- Les personnes décédées avec COVID-19 peuvent être enterrées ou incinérées, mais vérifiez les exigences supplémentaires de l'État et locales qui peuvent dicter la manipulation et l'élimination des restes des personnes décédées de certaines maladies infectieuses.

PROPOSITION D'ORGANISATION DE PRISE EN CHARGE LORS DE LA PROPAGATION DANS LA VILLE PROVINCE DE KINSHASA

1. Travaillez avec le PNUAH pour comprendre l'impact et la propagation de l'épidémie dans la ville.
2. Désigner le personnel qui sera responsable des soins aux patients suspects ou connus de COVID-19. S'assurer qu'ils sont formés sur les recommandations de prévention et de contrôle des infections pour COVID-19 et l'utilisation appropriée de l'équipement de protection individuelle.
3. Surveiller les prestataires de soins et assurer la maintenance du personnel et des opérations essentiels des établissements de santé :
 - S'assurer que le personnel est au courant des politiques en matière de congés de maladie et est encouragé à rester à la maison s'il souffre de symptômes respiratoires.
 - Soyez conscient des restrictions de travail recommandées et de la surveillance basée sur l'exposition du personnel aux patients COVID-19.
 - Conseillez aux employés de vérifier les signes de maladie avant de se présenter au travail chaque jour et d'aviser leur superviseur s'ils tombent malades.
 - N'exigez pas de note d'un professionnel de la santé pour les employés souffrant de symptômes respiratoires avant de retourner au travail.
 - Dans les contextes de transmission généralisée, votre établissement peut envisager de dépister du personnel pour la fièvre ou les symptômes respiratoires avant d'entrer dans l'établissement.
 - Établir des plans d'urgence pour l'absentéisme accru causé par la maladie des employés ou la maladie des membres de leur famille qui les obligerait à rester à la maison. La planification de l'absentéisme pourrait inclure la prolongation des heures, la formation croisée des employés actuels ou l'embauche d'employés temporaires.

4. Dans la mesure du possible, prenez en charge à domicile les patients COVID-19 légèrement malades.
5. Évaluer la capacité du patient à effectuer une surveillance à domicile, la capacité d'isoler en toute sécurité à la maison et le risque de transmission dans l'environnement du patient.
6. Les soignants et les personnes malades devraient avoir des instructions claires concernant les soins à domicile et quand et comment accéder au système de santé pour des soins en face à face ou des conditions urgentes / d'urgence.
7. Si possible, identifier le personnel qui peut surveiller ces patients à domicile avec des « check-ins » quotidiens en utilisant des appels téléphoniques, des SMS, des portails de patients ou d'autres moyens.
8. Faire appel à l'équipe du PNUAH du ministère de santé publique locale, aux services de santé à domicile et aux organisations communautaires pour fournir des services de soutien (tels que la livraison de nourriture, de médicaments et d'autres biens) aux personnes traitées à domicile.