

**ARBRE DÉCISIONNEL (21/01/2021)**  
**PRISE EN CHARGE INTENSIVE AMBULATOIRE DE PATIENTS**  
**COVID-19 ADULTES À UN STADE PRÉOCCUPANT**  
**DANS UN CONTEXTE DE SATURATION DES HÔPITAUX**

Pour une version en ligne (éventuellement plus récente), voir [ici](#)

Patient adulte avec COVID-19 confirmé ou hautement suspect  
 Présentant au moins un signe de pneumonie<sup>1</sup> ET  
 une SpO<sub>2</sub> ≤94%<sup>2</sup> à l'air ambiant OU une fréquence respiratoire ≥25/minute

**Signes d'alarme 'Red flags'**



**HOSPITALISATION IMMÉDIATE**

- **Saturation en oxygène** au repos:
  - SpO<sub>2</sub> < 90%
  - SpO<sub>2</sub> < 88% si pathologie respiratoire hypoxémiante chronique
  - SpO<sub>2</sub> ≤ 92% avec un débit maximal d'O<sub>2</sub> de 4L/min
- **Fréquence respiratoire:** ≥ 30/min au repos ou < 12/min
- **Décompensation hémodynamique:** hypotension systolique < 100 mmHg OU tachycardie > 120/min OU bradycardie < 45/min
- **Etat de conscience altéré**
- Signes cliniques de **déshydratation**<sup>3</sup> et/ou d'**hypovolémie**<sup>4</sup>
- **Aucune amélioration** de l'état clinique après une prise en charge intensive ambulatoire de 72 heures

**Si aucun signe d'alarme: ÉVALUATION**

**Risque de COVID-19 sévère<sup>5</sup>**

- > 65 ans<sup>6</sup>
- IMC ≥ 30
- Diabète types 1 et 2
- Pathologie cardiaque chronique<sup>7</sup>
- Pathologie respiratoire chronique
- Insuffisance rénale chronique (stade 3a à 5)
- Pathologie hépatique chronique
- Hémopathie maligne ou cancer actif
- Immunosuppression sévère<sup>8</sup>
- Atteinte neurologique<sup>9</sup> ou troubles psychiatriques majeurs requérant des antipsychotiques
- Drépanocytose homozygote<sup>10</sup>

- Bilan biologique de base récent
- Autonomie<sup>11</sup>, formation<sup>12</sup>, préférences<sup>13</sup> du patient
- Présence d'un proche 24/7
- Équipe multidisciplinaire de professionnels de la santé<sup>14</sup>
- Équipement de protection individuel pour les soignants (informels et professionnels)
- Saturomètre fiable
- Accès rapide à l'O<sub>2</sub>
- Enregistrement de toutes les informations dans le dossier médical (électronique)

**Information & Concertation : patient, entourage, équipe de soins**  
 (y compris référent COVID à l'hôpital)

**PRISE EN CHARGE INTENSIVE AMBULATOIRE**

**(Télé)monitoring fréquent (au moins 2-3 fois par jour) des paramètres vitaux<sup>15</sup> effectué par le patient, l'entourage et/ou un professionnel de la santé**

Thromboprophylaxie	Oxygénothérapie	Corticoïdes	Autres
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation &amp; hydratation chez tous les patients</li> <li>• Enoxaparine SC 50 UI kg/ jour, pendant 14 jours:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ À envisager selon le jugement clinique chez tous les patients alités</li> <li>◦ Recommandée chez les patients alités avec facteur(s) de risque de thromboembolie veineuse<sup>16</sup></li> <li>◦ Ne pas ajouter à un traitement anticoagulant chronique</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lunettes nasales<sup>17</sup></li> <li>• A démarrer si SpO<sub>2</sub> ≤94%</li> <li>• Ciblez SpO<sub>2</sub> &gt;92% sous oxygène max 4L/min</li> <li>• Si pathologie respiratoire hypoxémiante chronique, ciblez SpO<sub>2</sub> 88-92%</li> <li>• Commencez par 2L/min, contrôle après 30 min</li> <li>• Si nécessaire, augmentez par palier de 1L/min</li> <li>• Respectez les mesures de sécurité</li> <li>• Libérez rapidement le matériel inutilisé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Corticoïdes non recommandés systématiquement pour les patients ne requérant pas d'O<sub>2</sub></li> <li>• Si patients avec hypoxémie requérant de l'O<sub>2</sub>:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Dexaméthasone per os 6mg/jour pendant 10 jours</li> <li>OU</li> <li>◦ Méthylprednisolone 32mg/jour pendant 10 jours</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracétamol AINS (en l'absence de contre-indication)</li> <li>• Antibiotiques seulement si surinfection bactérienne<sup>18</sup> et selon la BAPCOC</li> <li>• IPP à envisager si AINS ou corticoïdes en plus de facteurs de risque de saignement GI<sup>19</sup></li> </ul>

! Les données sur la COVID-19 sont extrêmement évolutives.  
 La validité de cet arbre décisionnel (21/01/2021) sera revue régulièrement.

Pour la version la plus récente voir [ici](#).

Les 19 notes sont reprises sur la page suivante

<sup>1</sup> **Signes de pneumonie:** fièvre, toux, dyspnée ou polypnée (FR > 20/min).

<sup>2</sup> La **SpO<sub>2</sub>** doit être mesurée pendant au moins 1 à 2 minutes. Le niveau de SpO<sub>2</sub> incitant à hospitaliser le patient doit être interprété en fonction de votre jugement clinique.

<sup>3</sup> **Signes de déshydratation:** perte de poids ≥ 5% (sévère si > 10%), pli cutané positif, soif, sécheresse buccale, confusion possible et diminution du débit urinaire.

<sup>4</sup> **Signes d'hypovolémie :** hypotension artérielle, tachycardie, extrémités froides et marbrées, diminution du débit urinaire.

<sup>5</sup> La présence **d'un facteur de risque** est un signal d'alarme qui devrait entraîner, en fonction de votre jugement clinique, une surveillance ambulatoire deux fois plus fréquente ou, si cela n'est pas possible, une admission à l'hôpital (sauf si en contradiction avec une planification anticipée des soins).

**Attention!** Le risque de COVID-19 sévère augmente avec chaque année supplémentaire après 65 ans et avec l'accumulation de facteurs de risque.

<sup>6</sup> Pour les patients âgés de **plus de 75 ans** et résidant en institution, veuillez vous référer au protocole thérapeutique pour les résidents atteints de COVID-19 : <http://docs.toubipbip.be/docs/d574edb2e8fce1a0.pdf>

<sup>7</sup> **Pathologies cardiaques chroniques:** insuffisance cardiaque, maladie coronarienne, cardiomyopathie et hypertension pulmonaire.

<sup>8</sup> **Immunosuppression sévère :** chimiothérapie en cours, immunodéficiences sévères héréditaires, transplantation... Voir CBIP: chapitre « Indications et risques du traitement antibiotique » (<https://www.cbip.be/fr/chapters/12?frag=8900094>)

<sup>9</sup> **Atteinte neurologique:** démence, syndrome de Down, infirmité motrice cérébrale (IMC)...

<sup>10</sup> **Pour d'autres maladies rares,** même s'il n'y a pas de données robustes actuelles, faites confiance à votre jugement clinique.

<sup>11</sup> **Autonomie du patient** pour l'alimentation, l'hydratation, la surveillance des paramètres vitaux, l'appel à l'aide, le traitement.

<sup>12</sup> **Formation du patient et/ou de son entourage** sur l'usage approprié de l'oxygénothérapie et du saturimètre, sur l'identification de *red-flags* de manière à réagir rapidement si besoin et se diriger vers l'hôpital le plus proche. Un numéro de téléphone accessible 24/7 peut être utile.

<sup>13</sup> **Importance de l'information et de la concertation** avec le patient, notamment sur le niveau d'intensité des soins que le patient veut recevoir, y compris l'admission à l'hôpital en cas de situation médicale urgente (red flags).

<sup>14</sup> **Cette équipe** peut comprendre un médecin généraliste coordinateur, un(e) infirmier(e), un(e) kinésithérapeute et une équipe hospitalière partageant des informations par les mêmes canaux de communication ; une telle équipe permet l'organisation de soins intégrés par la consultation de toutes les parties concernées, y compris le patient et son entourage. Les options thérapeutiques doivent être discutées de manière approfondie avec le patient.

<sup>15</sup> **Le monitoring** peut être effectué par le patient, l'entourage ou un professionnel de la santé (médecin généraliste, infirmier, kiné...) MAIS la décision médicale reste de la responsabilité du médecin généraliste. Le télémonitoring semble faisable chez les patients COVID-19 même s'il n'y a actuellement pas de données probantes sur le (coût)efficacité du télémonitoring chez les patients COVID-19 pris en charge à domicile.

<sup>16</sup> **Risque de thrombo-embolie veineuse:** thrombophilie connue; antécédents personnels ou familiaux de maladie veineuse thromboembolique; obésité (IMC>30); insuffisance cardiaque; insuffisance respiratoire; âge >70; cancer actif; chirurgie majeure dans les 3 derniers mois.

<sup>17</sup> **L'administration d'oxygène** par lunettes nasales est préférable. Un masque à oxygène classique peut être utilisé en cas de congestion nasale.

<sup>18</sup> Si une **pneumonie bactérienne** est suspectée ou confirmée chez un patient avec COVID-19, le choix de l'**antibiotique** dépendra du profil local de l'antibio-résistance et des allergies du patient : en Belgique, the Belgian Antibiotic Policy Coordination Commission (BAPCOC) recommande la prescription d'amoxicilline or amoxicilline-acide clavulanique à haute dose.

<sup>19</sup> **Facteurs de risque de saignements gastro-intestinaux :** Usage combiné d'AINS et de corticoïdes / AINS ou corticoïdes utilisés conjointement avec un anticoagulant ou un antiagrégant / Antécédents d'ulcère, de saignement ou de perforation GI />65 ans et/ou comorbidités sévères.

Pour en savoir plus sur la COVID-19: [https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19\\_fact\\_sheet\\_ENG.pdf](https://covid-19.sciensano.be/sites/default/files/Covid19/COVID-19_fact_sheet_ENG.pdf)

Avec le soutien de:

