



## **Recommandations pour l'admission en unité de soins intermédiaires et de soins intensifs des patients présentant une infection à SARS-CoV-2 – Epidémie Covid-19**

### **1- Principes de base**

- Egalité de prise en charge des patients Covid-19 et non Covid-19, les critères usuels d'hospitalisation et d'orientation des patients non Covid-19 restant valables
- Prise en compte du bénéfice potentiel individuel du séjour en unité de soins intensifs ou soins continus pour chaque malade, selon les directives générales (Mesures de soins intensifs) et spécifiques en cas d'afflux de patients lors d'épidémies graves (en cours d'élaboration) de l'ASSM
- Tenir compte des ressources disponibles, en personnel qualifié, en matériel spécifique, et en lieux dédiés, afin d'éviter de surcharger des structures
- Principe du regroupement des patients Covid-19, dans la mesure du possible, pour limiter la dissémination hospitalière de l'infection
- Mise en place de processus de soutien du personnel confronté à la prise en charge des patients dans les périodes de surcharge
- Identification précoce dès les urgences des patients nécessitant une hospitalisation, et orientation par filières spécifiques (cf point 2)
- Les décisions de triage difficiles doivent être prises conjointement, de manière multidisciplinaire, et si possible confortée par un 2<sup>ème</sup> avis d'un médecin indépendant, pour diminuer la charge émotionnelle associée à la décision et protéger les personnes responsables de ce tri.
- La tenue d'un registre des décisions de triage par écrit est conseillée dans chaque hôpital.

### **2-Catégories de patients présentant une infection à SARS-CoV-2 nécessitant une hospitalisation**

- Patients indépendants, pas d'apport supplémentaire en oxygène nécessaire, pas de défaillance d'organe:
  - o Retour à domicile
  - o Contrôle par médecin traitant à 24-48 selon état
- Patients nécessitant des soins de base ou une oxygénothérapie, sans critères de gravité (cf point 3) :
  - o Hospitalisation en chambre, si possible définie comme chambre Covid-19 avec surveillance habituelle
  - o Oxygénothérapie par lunettes, maximum 4 l/min, avec contrôle SpoO2 et fréquence respiratoire 3-4x/j
  - o Évaluation régulière médicale de l'évolution pour suite de prise en charge dans les plus brefs délais (escalade vs retour à domicile)
- Patients nécessitant une oxygénothérapie et un monitoring des paramètres vitaux en continu (au minimum SpO2, dans l'idéal TA – FC – FR) :



- Hospitalisation en unité de type 'Soins intermédiaire' ou 'Soins continus'
  - Oxygénothérapie par lunettes (max 15 l/min même sans dispositif 'High-Flow) ou masque Venturi ou masque réservoir
  - Utilisation oxygénothérapie à haut débit et ventilation non invasive déconseillée en dehors à l'extérieur et à l'intérieur d'une unité de soins intensifs (risque d'aérosols et de dégradation en cas d'échec)
- Patients présentant un dysfonctionnement organique croissant (par exemple, une insuffisance respiratoire croissante):
- Transfert à l'unité de soins intensifs, si possible dans secteur Covid-19

### 3- Critères d'orientation dans les filières

Les caractéristiques individuelles des patients doivent toujours être prises en compte :

- Index de fragilité et comorbidités (trajectoire de santé du patient)
- Volonté exprimées du patient / Directives anticipées / Avis du représentant légal

Aide à la décision de l'évaluation du patient par le score EWS modifié est proposée (adaptée de référence 1) :

Paramètre	3	2	1	0	1	2	3
Age				< 65			>65
FR (/min)	< 9		9-11	12-20		21-24	> 25
SpO2 (%) sous air ambient	< 92	92-93	94-95	>95			
Administration d'O2 nécessaire		Oui		Non			
TAS (mmHg)	<91	91-100	101-110	111-219			> 219
FC (/min)	< 41		41-50	51-90	91-110	111-131	> 132
Etat conscience				Normale			confus, léthargique, coma
Température (°C)	<35.1		35.1- 36.0	36.1-38.0	38.1- 39.0	> 39.0	



#### 4- Orientation dans les filières selon score EWS

Score EWS modifié (adapté de référence 1) :

- 0 - 4 pts : filière hospitalisation sans monitoring
- 5 – 6 pts (ou >3 pts dans une des colonnes) : filière 'soins intermédiaires' ou 'soins continus'
- > 6 pts : filière 'soins intensifs'

#### 5- Évolution clinique possible des cas Covid-19:

Les patients peuvent présenter plusieurs phases dans l'évolution de leur maladie et il est important de considérer la situation clinique selon le schéma suivant (2) :

INCUBATION PERIOD and ONSET OF SYMPTOMS 3 DAYS AGO	FIRST WEEK				SECOND WEEK				LONG TERM INFO PENDING
	WARD illness day 4	WARD illness day 5	WARD illness day 6	WARD illness day 7	WARD/ICU illness day 8	ICU illness day 9	ICU illness day 10	ICU illness day 11	
	SETTING	Initial important viral shedding		Decrease of the viral shedding sometimes associated with transient respiratory deterioration		Respiratory failure, increase of the viral shedding and viremia or Decrease of the viral shedding, and superinfections		Duration of viral excretion unknown	
OXYGEN THERAPY AND MECHANICAL VENTILATION	NO		Consider oxygen support	FNC	FNC followed by MV	MV		MV	
ORGAN FAILURE	<b>Typical signs according to current publications</b> Fever, cough, and shortness of breath (15%) bilateral pneumonia (75%), lymphopenia (35%), thrombocytopenia (12%), prothrombin time decreased (30%), elevated liver enzyme levels (about 30%)		Deterioration of respiratory status with most often spontaneous recovery		ARDS If shock beware of superinfections ⚠️ Possible renal failure Neurological failure unlikely Hemostasis disorders			YES	
CO-INFECTION/SUPERINFECTION	NOT LIKELY				Consider a possible HAP/VAP and other nosocomial infections (see text for diagnostic procedures)			Profound immune paralysis and late onset infections	
ANTIBIOTICS	NO				Consider antibiotic therapy			YES	
ANTIVIRAL AGENTS	NO				Consider antiviral agents if deterioration*				

FNC = flow nasal cannula; HFNC = high flow nasal cannula; HAP = healthcare-associated pneumonia; VAP = ventilator-associated pneumonia; MV = Mechanical ventilation;  
 \* The use of immunomodulation including corticosteroids is unlikely but debated

Les facteurs suivant ont été associé à un risque de développement d'un ARDS plus important et peuvent également être pris en compte (3) :

- o Age > 65 ans
- o Fièvre > 39 °C
- o Lymphopénie et neutropénie
- o Augmentation des LDH
- o D-Dimères augmentés
- o IL-6 (si disponible)



SCHWEIZERISCHE GESELLSCHAFT FÜR INTENSIVMEDIZIN  
SOCIÉTÉ SUISSE DE MÉDECINE INTENSIVE  
SOCIETÀ SVIZZERA DI MEDICINA INTENSIVA  
SGI-SSMI-SSMI

## Références

1- Liao et al. Novel coronavirus infection during the 2019–2020 epidemic: preparing intensive care units—the experience in Sichuan Province, China. *Intensive Care Med* (2020) 46:357–360. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05954-2>

2- Bouadma et al. Severe SARS-CoV-2 infections: practical considerations and management strategy for intensivists. *Intensive Care Med* (2020) : <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05967-x>

3- Wu et al. Risk Factors Associated With Acute Respiratory Distress Syndrome and Death in Patients With Coronavirus Disease 2019 Pneumonia in Wuhan, China. *JAMA Intern Med*. doi:10.1001/jamainternmed.2020.0994

Si vous avez des questions, veuillez contacter [sgi@imk.ch](mailto:sgi@imk.ch).

SSMI 17.03.2020