

18 mois de COVID-19 à Nancy

Dr François Goehringer
Jeudi 18 novembre 2021



Acte 1: Phase pré-pandémique



?



?



- RECHERCHE INFORMATION PERTINENTE
- TRANSMISSION/ FORMATIONS
- PREPARATION

Acte 2: le virus débarque en Europe/France



- Cas suspects quelque soit gravité:
 - Prise en charge des premiers patients suspects en ESR dans conditions d'isolement strict (phase 1-2) sur le territoire zonal
 - Rédaction de procédures
 - Interlocuteur privilégié des tutelles (ARS) pour expertise et application des doctrines
 - Mise en place dépistage: SMIT puis secteur dédié
 - Réponses (prudentes) au sollicitations médiatiques
 - Partage d'expérience cliniciens (CoCliCo...)

Acte 3 Première vague



Montée en charge première vague rapidement progressive sans être dépassé

Premiers patients au P3 (4 lits), dépassé en 1 semaine, P3 fermé par la suite

-117 COVID en réa au pic (capacité de réa en temps normal: 64 lits): train sanitaire

-Mise à profit de la semaine de retard par rapport à Alsace: adaptation capacitaire proactive

-Pas trop de perte de chance (sauf SSPI et respirateurs non adaptés au pic...), pas de « tri »

-Bonne solidarité entre disciplines et Public/privé

PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT COVID EN MEDECINE V.14

INSTALLATION :

Chambre seule préférée, possibilité de chambre double si les 2 patients sont COVID CONFIRMES, précaution Gouttelettes + contact (cf. recommandation EOH), évaluer d'emblée la nécessité Nimbus (score Waterloo) car changement de matelas compliqué par la suite dans de bonnes conditions de sécurité pour les soignants, manomètre O₂ installé.

Evaluation médicale initiale : dans l'observation, paramètres habituels (HDM, ATCD, constantes, clinique), ne pas oublier de noter dans l'observation :

- Statut vaccinal Covid, type et date des injections
- Jo des symptômes
- Notion de contagé
- Type de variant
- Personne de confiance
- Médecin traitant
- Conditions de vie à domicile
- Comorbidités cardiovasculaire, respiratoire, diabète, IMC>30, insuffisance rénale, immunodépression, cancer évolutif
- Directives anticipées
- Evaluation collégiale de l'équipe médicale sur le statut réanimatoire du patient. (Enjeux éthiques de l'accès aux soins de réanimation et autres soins critiques (SC) en contexte de pandémie COVID-19, SRLF, SFGG, SFAR, SPLIF, SFAF, 16/03/2020)

BILAN D'ENTREE :

Sauf si déjà fait dans un service d'urgences

- Sang : NFS, Iono, calcémie, phosphorémie, magnésium, triglycérides, Glycémie, urée, créat, acide urique, ALAT, ASAT, Bilirubine, LDH, CRP, PCT, ferritine, BNP, troponine, TP, TCA, D-dimères, Fibrinogène, Albumine, préalbumine, EPP, hémocultures, **sérologie Covid**, Gaz du sang si oxygénodépendant ou polypnéique (FR > 20/min), +ou- sérologie VIH
- Respiratoire :
 - RT-PCR COVID-19 refaire systématiquement si prélèvement initial fait en dehors du CHRU ou si diagnostic initial fait sur test antigénique, pour avoir info de la PCR de criblage sur les variants. si non productif → prélèvement nasopharyngé ; si productif crachat ou aspi. à répéter 1 fois si premier négatif et forte suspicion clinique
 - PCR grippe (seulement en période épidémique)
- Urines : BU, antigénurie légionnelle si tableau clinique et pneumopathie compatibles ET prélèvement(s) COVID négatif(s), Ionogramme urinaire avec calcium et phosphore, glucose, créat et acide urique + protéinurie si insuffisance rénale aigue ou trouble hydroélectrolytique
- Radio de thorax au lit
- Angioscanner thoracique si oxygénodépendant (éliminer EP, % de parenchyme atteint)
- Echocardiographie si troponine >50 pg/mL

ANTICIPATION DE LA SORTIE DU PATIENT DES L'ADMISSION :

- A J1 : Définir l'orientation future du patient :
 - Domicile sans aide
 - Domicile avec aide et/ou sous oxygène : sollicitation de l'assistante sociale pour la demande de l'aide et appel en parallèle de la PTA du grand Nancy au 03 83 45 84 90



Acte 4 la décrue

- Lourdemment impacté par le COVID, pic d'activité au 5 avril 2020, puis:
 - Reste patients COVID réa les plus lourds
 - Services de médecine COVID: accueils post réa, « soulagement » d'EHPAD/USLD , quelques rares nouveaux cas, signes d'une circulation à bas niveau
 - Difficulté aux urgences médicales de différentier filière COVID/non COVID (cas atypiques): alors que les nouveau cas sont rare, tout est devenu COVID potentiel!
 - Services non COVID, lutte pour optimiser fonctionnement: volonté légitime de reprendre des activité/services de spécialité, mais besoin majeur de lits de médecine polyvalente
 - Réapparition des maintiens à domicile impossibles disparue pendant 2 mois
 - Stagnation post COVID, car EHPAD/USLD prennent au compte goutte

Stratégie mise en place

- Reprise progressive d'activité non COVID
 - Limité à 50% du volume d'avant crise puis réévaluation
- Quota par spécialité, et hiérarchie du caractère urgent établie pathologie par pathologie par les services concernés:
 - Niveau 1 : programmation de 0 à 15 jours
 - Niveau 2 : programmation de 15j à 2 mois
 - Niveau 3 : programmation de 2 à 6 mois
 - Niveau 4 : programmation > à 6 mois

Chirurgie/Bloc opératoire

- Selon algorithmes, RT-PCR ciblée dans les 48h précédant intervention
- FFP2 pour toute intubation
- Redimensionnement SSPI pour distanciation
 - Diminution Capacitaire
- Extubation en salle de bloc
- Pas de SSPI pour les COVID

Consultations

- Favoriser la téléconsultation
- Gestion de flux, si possible, pas de station en salle d'attente, directement en box.
 - Information patient, praticiens, transporteurs sur importance de ponctualité
 - Transporteurs invités à ne pas rester dans les locaux
- Patient reste dans son box, c'est le personnel qui va à lui (consult, pvt, ECG, pansements, etc...)
- Pas de prise de rendez vous immédiate pour suivi, patient rappelé par secrétariat
- Désinfection des box suite à la consultation

Gestion des Lits

- Problème des chambres doubles!
 - En priorité pour patients ATCD COVID guéri documenté
 - Patient COVID+? (mais en pratique sont en SMIT en chambre seul)
 - Patients asymptomatiques au statut non connu: dépistage RT-PCR à l'admission et changement de chambre si +

Acte 5: Deuxième et troisième vague



- Deuxième vague fusionnée avec troisième, **surcharge longue Octobre 2020 à mai 2021**
 - Epuisement des équipes
 - Moins solidaire intra et inter ES
 - Difficulté de MEP relais de PEC avec médecine de ville
 - Patients non COVID à prendre en charge+++ donc capacité COVID moindre que première vague
 - Pas d'autres capacités REB: si autre alerte synchrone, on aurait pas pu faire face (EBOLA, MERS...)

Acte 6 (en fait en même temps que 5)

- **LA VACCINATION**

- Gériatrie proactive en EHPAD
- Relai info vaccinale: Antibio-Est/Asteinte infectio
- Lutte fake-News



Puis enfin un bel été 2021, on souffle



Et finalement que nous promet l'hiver?

