



Prise en charge des patients atteints de CoViD 19

Protocole de continuité des soins Ville - Hôpital du Val d'Oise

Etape N° 1 le Repérage et la Recherche de Signe de Gravité

► Repérage :

Tableau clinique de CoViD 19

- **Infection respiratoire Aiguë**, ou survenue brutale de :
- **en population générale** : syndrome pseudo grippal, céphalées intenses atypiques, anosmie ou hyposmie sans rhinite, agueusie ou dysgueusie.
- **population âgée > 80 ans** : altération de l'état général, chutes répétées, dégradation cognitive, diarrhée, décompensation d'une pathologie antérieure sans facteur déclenchant identifié
- **enfant** : comme population général, diarrhée, fièvre isolée du nourrisson

ET

Exposition à risque

- Contact étroit* avec cas confirmé ou possible
- Retour d'une zone épidémique
- Exposition professionnelle à risque (soignants, abattoirs...)

* Le « contact étroit » est défini comme DEUX personnes : face à face à moins d'un mètre SANS masque NI protégées par un hygiaphone (à fortiori si plusieurs épisode de toux ou éternuement) ou ayant partagé un espace confiné au moins 15 minutes, s'étant embrassées (ou accolade), ayant conversé sans masque, ayant flirté ou partagé un repas ayant participé à une démarche de soin (le soignant comme le soigné) ayant partagé la même classe dans un cadre scolaire / universitaire résidant sous le même toit, ayant partagé un transport privé sans masque avec des personnes au statut CoVID inconnu (les contacts de contacts n'entrent pas dans la définition de « contact étroit » et se croiser dans une salle, une cage d'escalier ne répond pas non plus à la définition d'un contact étroit).

► Recherche de signe de gravité :

Signes généraux : Température > 40°

Signes respiratoires : Tachypnée > 24/mn ET saturation < 95% (ou < 90% si comorbidité respiratoire)

Signes hémodynamiques : Hypotension artérielle (TAS < 100 mmHg) en l'absence de traitement anti hypertenseurs, FC > 120/mn, trouble du rythme non connu, oligurie et ou signes objectifs de déshydratation (pli cutané, sécheresse muqueuse...)

Signes neurologiques : altération de la conscience, confusion, ralentissement idéo-moteur, somnolence

Etape N° 2 Ecarter les diagnostics alternatifs urgents +++ et confirmer le diagnostic de CoViD 19

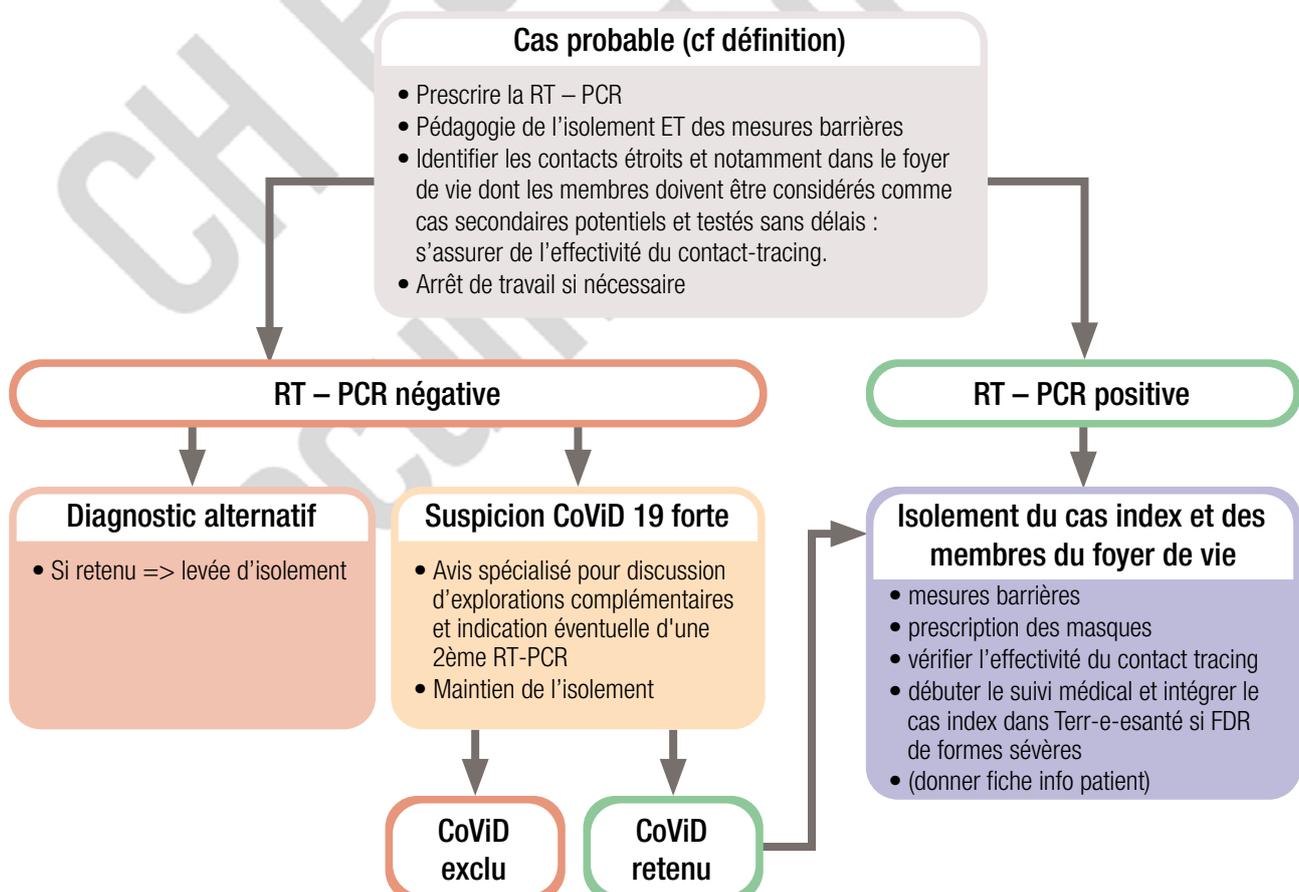
► Ecarter le diagnostic alternatif +++ :

- pneumonie bactérienne (S. Pneumoniae ++++) voir Légionellose sur terrain à risque
- sepsis X notamment chez la personne âgée
- En cas de retour de zone endémique, paludisme ou autres infections

► Confirmer le diagnostic :

- R.T – P.C.R à la phase symptomatique. **Ne pas faire de RT – PCR (sauf indication discutée avec un infectiologue) aux patients victimes préalablement d'une CoViD 19**
- Signes accessoires : lymphopénie / éosinopénie, TDM + inj. de P.d.C iodés **si l'on suspecte une embolie pulmonaire** (pas d'indication de TDM pour le diagnostic d'une CoViD 19)¹
- Pas de sérologie avant le 10^{ème} jour

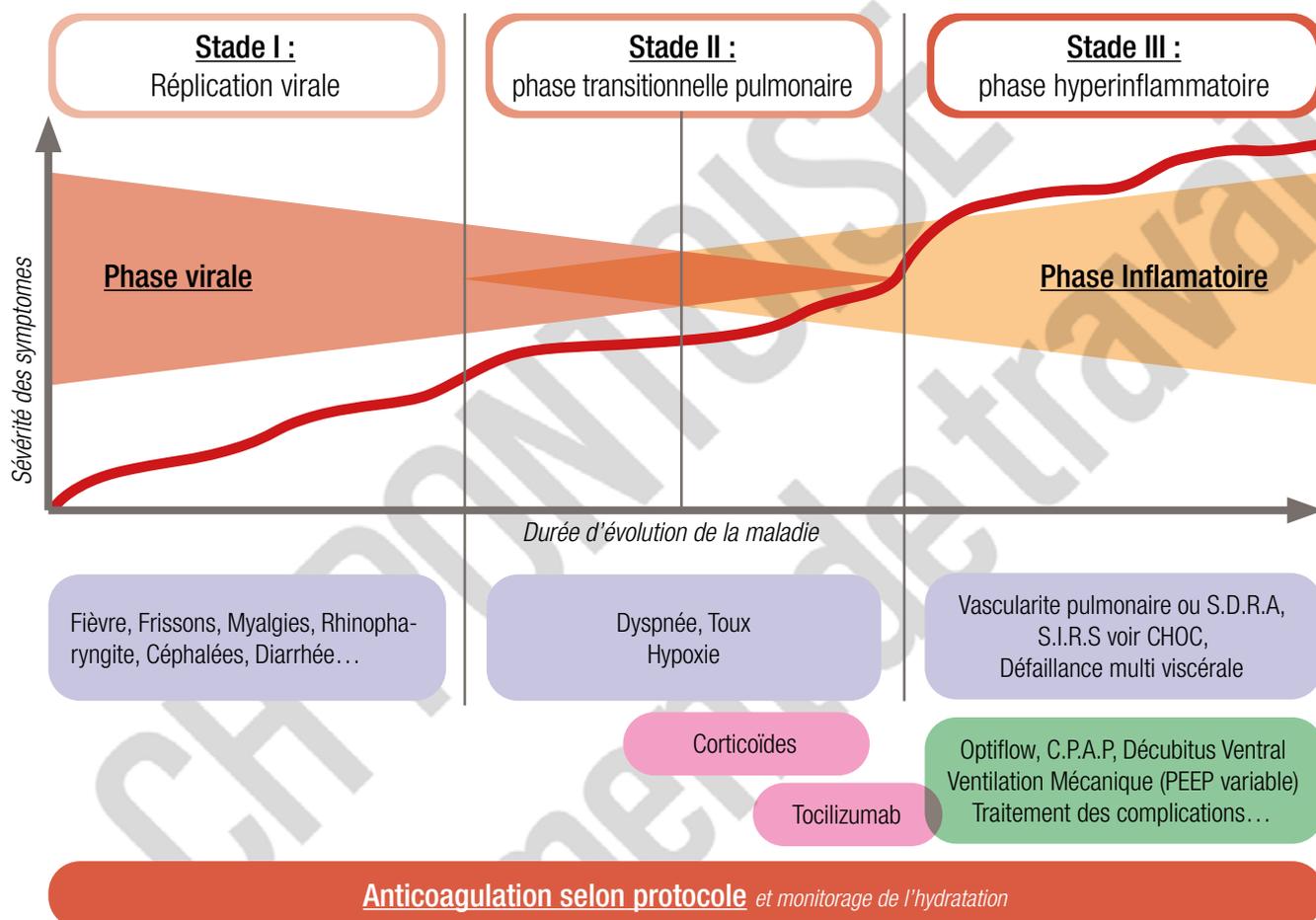
ETAPE N° 3 Briser les chaînes de transmission



Etape N° 4 La prise en charge

► 1) Identifier précisément la temporalité dans la CoVID 19 au moment de la prise en charge et **DATER le J1 = premier jour des symptômes** :

- Phase virale : s'étend de J -2 à J7 ~ J10 du début des symptômes
- Phase transitionnelle courte d'environ 24h et survenant entre J7 et J10 (peut aller de J6 à J12)
- Phase inflammatoire : à partir de J7 par rapport au début des symptômes



► 2) Repérer les Facteurs de risques de formes inflammatoires sévères⁴ :

- Age > 65 ans
- Obésité dès I.M.C > 30 kg/m²
- Hypertension artérielle
- Diabète mal équilibré
- Terrain vasculaire comportant les A.T.C.D d'A.V.C, de coronaropathie ou de chirurgie cardiaque
- Insuffisance cardiaque stade N.Y.H.A 3
- Comorbidités respiratoires à risque de décompensation
- Insuffisance rénale chronique dialysée
- Néoplasie évolutive sous traitement,
- Cirrhose ≥ stade B,
- Syndrome drépanocytaire majeur et/ou asplénie
- Grossesse au troisième trimestre.

Mention particulière pour les immunodépressions (médicamenteuse, greffe d'organe solide, hémopathie maligne sous traitement, VIH non contrôlé ou CD4 <200/mm³) => discuter avec l'infectiologue



Les Patients présentant des Facteurs de risque de formes sévères doivent être inscrits dans l'outil partagé de suivi ambulatoire Terr-e-santé®

► 3) Qualifier la forme clinique lors de la prise en charge : _____

- **Formes légères** : Anosmie / agueusie Myalgies Céphalées Troubles digestifs (nausées diarrhées) Kérato-conjonctivite Engelures, ...
- **Formes modérées** : Syndrome grippal associant Fièvre autour de 39° Myalgies Toux mais Absence de dyspnée (saturation et fréquence respiratoire demeurant dans les valeurs cibles)
- **Formes sévères** : Syndrome général marqué (fièvre > 39° avec asthénie +++), Pneumonie (Toux, Douleurs thoraciques, Polygnée > 25/mn et Sat < 94% ou PaO₂ / FIO₂ < 300), Maladie thrombo Embolique (A.V.C, Embolie pulmonaire, infarctus splénique...), Défaillance rénale, Colite sévère...

► 4) Prises en charge et orientations en fonction de la temporalité et de la forme clinique –

Dans tous les cas :

- **Les Anti Inflammatoires non Stéroïdiens sont contre indiqués²**
- **Pas d'indication à un traitement par Hydroxychloroquine³**
- **Pas d'indication spécifique à un traitement par Azythromycine³**

A la phase virale : de J1 des symptômes à J7 : _____

Formes légères et formes modérées :

- **Repérer les patients présentant des F.D.R de formes inflammatoires sévères et les intégrer dans Terr-e-santé® pour suivi quotidien**
- Traitement symptomatique (paracétamol, anti spasmodiques si douleurs abdominales...)
- Prévention des complications thrombo-emboliques des patients selon protocole (annexe 2)
- Proposer aux patients porteurs de facteurs de risque de formes sévères un bilan biologique systématique au 7^{ème} jour comportant à minima NFS, CRP, D-dimères, Fibrinogène.
- Rappel téléphonique systématique à la phase transitionnelle

Formes sévères d'emblée :

- Contact direct avec l'infectiologue (ou référent CoVID institutionnel) sur la ligne dédiée CoVID - Ville : 01 30 75 53 53 (pour le GHT NOVO).

A la phase transitionnelle de _(J6) J7 à J10 _(J12) : _____

Concerne les formes légères qui deviennent modérées (rare) ou les formes modérées qui deviennent sévères (les formes sévères qui deviennent critiques sont d'ores et déjà hospitalières par définition)

Formes légères devenant modérées :

- le traitement demeure identique
- introduire une prévention thrombo-embolique selon protocole annexe 2 si non fait auparavant
- chez la personne âgée > 75 ans s'assurer d'une hydratation quotidienne efficace ≥ 1500 cc par jour et le cas échéant y suppléer par hypodermoclyse de S. Physiologique 1000 cc/j (S.S.I.A.D)
- renforcer le suivi ambulatoire à un suivi QUOTIDIEN

Formes modérées évoluant vers le sévère :

- évaluer les besoins d'une oxygénothérapie qui, pour le domicile, DOIVENT demeurer $\leq 2l/mn$ pour maintenir les objectifs de saturation :
 - 95% en l'absence de comorbidité respiratoire
 - 90% (88 à 92%) en présence de comorbidité respiratoire.

Si le débit doit être supérieur à $2l/mn$ adresser au C.H référent

- Assurer une prévention thrombo-embolique selon protocole annexe 2
- En cas de nécessité d'une oxygénothérapie introduire une corticothérapie générale selon protocole annexe 3
- Chez la personne âgée > 75 ans s'assurer d'une hydratation quotidienne efficace ≥ 1500 cc par jour et le cas échéant y suppléer par hypodermoclyse de S. Physiologique 1000 cc/j (S.S.I.A.D)
- Le relevé des constantes sur l'outil de suivi doit se faire au minimum toutes les 6h

Formes sévères d'emblée :

**Fièvre $> 40^\circ$
ou
Tachypnée $> 24/mn$ malgré Oxygène $2l/mn$
ou
Maintien impossible d'une saturation $\geq 94\%$ (ou 90% si comorbidité respiratoire) avec un débit de $2l/mn$ maximum**

- Anticoagulation selon le protocole en annexe 2
- Adresser le patient vers le C.H référent après contact avec l'infectiologue d'astreinte (ligne directe 01 30 75 53 53) pour admission : (les formes critiques doivent être traitées par le centre 15)
 - Directement dans le service de maladies infectieuses (ou Unité CoViD) en heures ouvrables
 - Via le S.A.U dans le service de maladies infectieuses (ou Unité CoViD) en heures de permanence de soins

A la Phase Inflammatoire à partir de J10 (J12) :

Formes légères et modérées :

- Le traitement demeure symptomatique
- Levée de l'isolement prophylactique
- Sortie du suivi dans l'outil Terr-e-sante®

Formes sévères :

Formes sévères depuis la phase transitionnelle

- Vérifier la stabilité des besoins en O_2
- Prévoir un bilan biologique au J12 (idem bilan J7)
- Poursuivre les traitements anticoagulants et la corticothérapie
- Motiver une hospitalisation en cas de :
 - dégradation respiratoire (FR et/ou Saturation sous O_2) et rechercher une complication de type Embolie pulmonaire
 - fièvre $> 39^\circ$
 - décompensation d'une comorbidité (ex : acidocétose, trouble du rythme...)

Formes devenant sévères à l'issue de la phase transitionnelle

- Evaluer les besoins en O_2 pour maintenir une FR $\leq 24/mn$ et Sat. $\geq 94\%$
- Vérifier l'observance du traitement anti coagulant et rechercher une complication thrombo-embolique si ce n'est pas le cas
- Motiver une hospitalisation si :
 - Corticothérapie déjà en place
 - Besoins en $O_2 > 2 l/mn$ pour maintenir saturation $> 94\%$ et FR $< 25/mn$
 - Diagnostic de complication (myocardite, évènement thrombo-embolique, acidocétose...)

Etape N° 5 De l'hôpital vers la ville

La sortie des patients atteints de CoViD 19 peut s'effectuer à toutes les phases de la pathologie avec cependant des objectifs de prise en charge différents selon ces phases. Pré requis à la sortie :

- Un contact systématique entre l'infectiologue et le médecin référent du patient en ville
- Un compte rendu d'hospitalisation doit être disponible pour le médecin référent

► Sorties à la phase virale (avant le 7ème jour) :

Les **formes non sévères** chez des patients sans facteurs de risque d'évolution vers une forme sévère :

- Pas de suivi spécifique dans Terr-e Sante
- Avertir sur les possibilités d'accentuation des symptômes à la phase transitionnelle et la nécessité de reconsulter en urgence en cas d'apparition d'une dyspnée
- Traitement symptomatique

Les **formes non sévères** chez des patients **avec facteurs de risque** d'évolution vers une forme sévère

- Inclusion dans l'outil Terr-e-Sante
- Avertir sur les possibilités d'accentuation des symptômes à la phase transitionnelle et la nécessité de reconsulter en urgence en cas d'apparition d'une dyspnée
- Traitement symptomatique
- anticoagulation prophylactique (cf annexe 2)

Les **formes sévères** précoces, faiblement oxygène requérante (débit inférieur ou égal à 2l/mn) avec ou sans facteur de risque de dégradation (ces formes sont exceptionnelles) :

- Inscription dans Terr-e-Santé
- Avertir sur la possibilité d'accentuation des symptômes à la phase transitionnelle et la nécessité de reconsulter en urgence en cas d'apparition d'une dyspnée
- Bilan biologique à prévoir au 6^{ème} ou 7^{ème} jour et comportant NFS, CRP, d-Dimères, Fibrinogène
- Consultation systématique vers le 7ème jour
- vérifier la continuité du traitement anticoagulant prophylactique
- Diriger vers une hospitalisation si :
 - Dégradation ventilatoire (nécessité d'augmenter les débits d'O₂ au-delà de 2l/mn pour maintenir au repos saturation ≥ 94% ET fréquence respiratoire ≤ 24/mn)
 - Fièvre ≥ 40°
 - Adipsie / Aphagie complète
 - Décompensation d'une comorbidité sous-jacente

► Sorties à la phase transitionnelle (entre le 7ème et le 10ème jour) :

- Ne devraient à priori pas avoir lieu puisque la phase transitionnelle justifiant d'une hospitalisation est définie comme une phase d'instabilité clinique qui justifie d'une évaluation. Les sorties vers la ville signifient une stabilisation clinique.

► **Sorties à la phase inflammatoire (au-delà du 10^{ème} (12^{ème}) jour) :**

Les **formes non sévères** chez des patients sans facteurs de risque d'évolution vers une forme sévère :

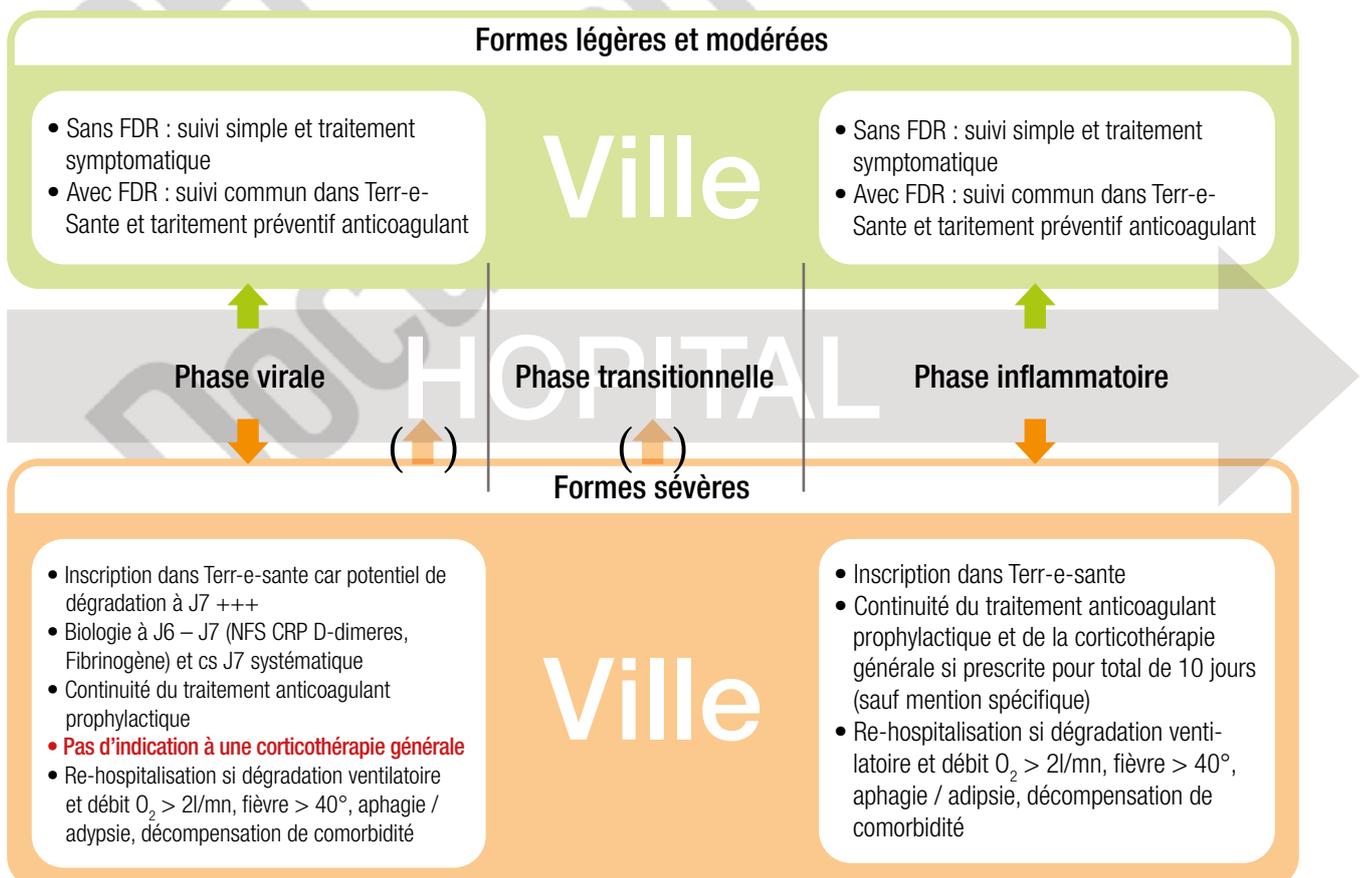
- Pas de suivi spécifique dans Terr-e-Sante
- Avertir sur les possibilités de complications retardées et la nécessité de reconsulter en urgence en cas d'apparition d'une douleur thoracique et/ou d'une dyspnée
- Traitement symptomatique

Les **formes non sévères** chez des patients **avec facteurs de risque** de forme sévère :

- Les patients seront inscrits dans l'outil Terr-e-Sante
- Avertir sur les risques de complications retardées et la nécessité de reconsulter en urgence en cas d'apparition d'une douleur thoracique nouvelle et/ou d'une dyspnée
- Traitement symptomatique
- Anticoagulation prophylactique selon le protocole en annexe 2.

Les **formes sévères** chez les patients avec ou sans facteurs de risques :

- doivent avoir un débit d'O₂ stabilisé ≤ 5 l/mn
- s'assurer de partager le suivi dans Terr-e-santé®
- maintenir une vigilance vis à vis des complications potentielles y compris sous traitements (embolie pulmonaire, A.V.C, I.D.M, décompensation de diabète y compris acidocétose...)
- chez les personnes âgées s'assurer d'une hydratation minimale (1 500 cc quotidiens) et le cas échéant proposer un apport parentéral (sous cutanée à privilégier). Une alimentation minimale doit être maintenue
- dans tous les cas s'assurer de la bonne observance des traitements spécifiques prescrits :
 - corticothérapie par voie générale prescrite pour 10 jours au total, sauf mention spécifique (protocole annexe 3)
 - anticoagulation prophylactique ou poursuite d'une anticoagulation efficace qui ne doit pas faire défaut (protocole annexe 2)



Identification des situations indiquant une RT-PCR SARS CoV 2

Remarques préalables :

1) Dans l'hypothèse où le patient a déjà été victime d'une CoVID 19 documentée par :

- RT-PCR positive
- Anosmie et Agueusie sans rhinite
- Sérologie positive

Il (elle) n'est plus éligible à une RT-PCR SARS CoV 2 (en dehors de très rares conditions spécifiques recensées par un infectiologue).

2) Il n'y a pas d'indication à un suivi virologique autrement dit rechercher la négativation d'une PCR.

Dans les situations listées ci-après vous trouverez les indications de la RT-PCR.

Situation N°1 - Vous êtes symptomatique

Symptômes majeurs	Symptômes mineurs
Anosmie (ou Anosmie ET agueusie)	Céphalées intenses / asthénie intense
Fièvre > 38° ET toux SANS autre point d'appel	Douleurs musculaires (hors douleurs lombaires) et/ou articulaires
Dyspnée et toux sèche quinteuse	Diarrhées /vomissements
	Douleurs thoraciques
Si 1 signe majeur, ou au moins 2 signes mineurs : faire RT PCR SARS CoV 2	

Situation N°2 - Vous avez été en contact ETROIT récemment avec une personne CoVID+ confirmée : faire une RT - PCR au minimum à partir du 5^{ème} jour et idéalement au 7^{ème} jour après contact extra familial ou sans délai après contact (intra familial) résidant sous le même toit.

Rappel : Le « contact étroit » est défini comme DEUX personnes :

- face à face à moins d'un mètre SANS masque NI protégées par un hygiaphone (à fortiori si plusieurs épisode de toux ou éternuement) ou ayant partagé un espace confiné au moins 15 minutes,
- s'étant embrassées (ou accolade), ayant conversé sans masque, ayant flirté ou partagé un repas
- ayant participé à une démarche de soin (le soignant comme le soigné)
- ayant partagé la même classe dans un cadre scolaire / universitaire
- résidant sous le même toit
- ayant partagé un transport privé sans masque avec des personnes au statut CoVID inconnu

(les contacts de contacts n'entrent pas dans la définition de « contact étroit » et se croiser dans une salle, une cage d'escalier ne répond pas non plus à la définition d'un contact étroit...)

Situation N° 3 -Patient revenant d'un séjour en zone à risque ET n'ayant pas bénéficié de RT - PCR avant départ de la zone ou à l'arrivée à l'aéroport en France

Au retour, il faut :

- accorder une vigilance particulière au moindre symptôme qui pourrait évoquer une CoVID
- adopter de façon SCRUPULEUSE les gestes barrières
- être évalué par un médecin après s'être signalé auprès de son employeur/contacts fréquents pour juger de la pertinence d'une R.T – P.C.R

Situation N° 4 – Personne ayant été confrontée à une situation dite « à risque »

- Boîte de nuit
- Séance de cinéma

- Rassemblement en milieu clos sans respect des mesures de distanciation / mesures barrières (bar, salles de jeux, salles de sport, salle de concert, salle fumeur à l'aéroport...)
- Co-voiturage avec des personnes au statut CoVID inconnu

Ces personnes doivent :

- accorder une vigilance particulière au moindre symptôme qui pourrait évoquer une CoVID 19
- adopter de façon **SCRUPULEUSE** les gestes barrières
- être évaluée par un médecin pour juger de la pertinence d'une R.T – P.C.R

► Annexe 2⁹

Prévention des complications thrombo-emboliques des patients ambulatoire atteints de CoVID 19 et n'observant pas de traitement anticoagulant au long cours

	Pas d'oxygénothérapie	oxygénothérapie
I.M.C < 30 kg/m ² sans FDR Thrombo Embolique		H.B.P.M dose prophylactique standard
I.M.C < 30 kg/m ² avec FDR Thrombo Embolique	H.B.P.M dose prophylactique standard Enoxaparine 0,4ml/j sous cutanée	
I.M.C ≥ 30 Kg/m ² avec ou sans FDR thrombo embolique	Enoxaparine 0,4 ml (soit 4000 Ui anti Xa) /12h en sous cutanée Ou Enoxaprine 0,6 ml /12h (soit 6000 Ui Anti Xa) / 12h en sous cutanée Si poids > 120kgs Ou H.N.F 200 UI/Kg/24h si insuffisance rénale avec Cl. Créatinine < 30 ml/mn	
Thromboses itératives de cathéters ou d'E.E.R Syndrome inflammatoire marqué (fg > 8g/l) Hypercoagulabilité (D-dimère > 3 mcg/ml)	H.B.P.M dose curative (ex Enoxaparine 100Ui anti Xa/kg/12h sans dépasser 10000 Ui anti Xa/12h) Ou H.N.F 500 UI/kg/24h si insuffisance rénale avec Cl Créatinine < 30ml/mn	
Traitement anticoagulant au long cours	Vérifier l'observance et l'efficacité des doses administrées	

■ Risque intermédiaire ■ Risque élevé ■ Risque très élevé

Surveillance du traitement anticoagulant :

- pas de surveillance pour les prophylaxies à doses standard (0,4ml ou 4000 UI anti Xa)
- activité anti Xa 4h après 3^{ème} injection si dose supérieure à la dose standard (0,4 ml ou 4000 Ui anti Xa) puis régulièrement si insuffisance rénale

Durée du traitement anticoagulant :

- durée minimale de 7 jours
- idéalement arrêt après Fibrinogène < 4g/l ET mobilité antérieure retrouvée

► Annexe 3

Utilisation des Corticostéroïdes dans les formes sévères de CoViD 19

- Les corticostéroïdes ont démontré un bénéfice dans la prise en charge des formes sévères de CoViD 19 en réduisant la mortalité à 28 jours des patients nécessitant une assistance respiratoire⁵ (1/3 chez les patients ventilés et 1/5 chez les patients bénéficiant d'O₂)
- La réduction de mortalité induite par la corticothérapie⁶ ne semble pas différente selon :
 - Dexaméthasone vs hydrocortisone
 - Forte doses vs doses plus standard
- **Il n'a pas été démontré de bénéfice à une corticothérapie générale dans le cadre de la prise en charge de CoViD 19 en DEHORS des formes sévères (i.e ne bénéficiant pas de support O₂) et la possibilité d'effets délétère dans ce cadre n'est pas tranchée⁷.**
- L'administration des corticostéroïdes dans le cadre de la prise en charge des formes sévères en milieu hospitalier se fait actuellement selon les modalités du protocole Recovery, utilisant la Dexaméthasone 6mg/j voie orale ou injectable pendant 10 jours
- Une prescription d'Ivermectine (Stromectol®) est nécessaire chez les patients ayant fréquenté une zone endémique d'anguillulose (3mg = 1 cp par 15kgs de poids corporel)
- Les tables d'équivalence des corticostéroïdes⁸ permet d'envisager une corticothérapie ambulatoire selon les modalités suivantes :
 - Dexaméthasone orale 6mg (DECTANCYL 0,5 mg = 12 comprimés le matin en 1 prise) par jour pendant 10 jours
 - Prednisolone (Solupred®) : 60mg par jour répartis en 40 mg le matin vers 8h et 20 mg vers 18h pendant 5 jours puis passer à 40mg le matin pendant 5 jours

► Annexe 4

- Modalité d'intégration des patients dans Terr-e-santé®
- A écrire par groupe Sesan

► Annexe 5

- Annuaire des référents infectiologues des C.H du Val d'Oise

Centre Hospitalier	Infectiologues	Lignes directes
G.H.T N.O.V.O Pontoise	Dr E. Devaud Dr S. Harent Dr C. Lambert Dr M. Parisey	01 30 75 53 53
C.H Eaubonne	Dr L. El Hajj	
C.H Argenteuil	Dr P. Longuet	
C.H Gonesse	Dr Sehouane	

Prestataires en mesure de fournir de l'oxygène au domicile de façon transitoire

PSAD	Bastide Médical	Toute la France	01 64 67 65 00 akulus@bastide-medical.fr et amorel@bastide-medical.fr	Aurélie Kulus infirmière coordonnatrice	d'Arras Aurianne	aurianne-darras@bastide-medical.fr	06 20 83 12 64
PSAD	HOME PERF	95,93, 78, 92, 75, 77, 94, 91 60, 80, 02,27	01 41 21 41 76 gennevilliers@homeperf.com	Melanie Graff Peggy Jarvis Johanne Yoyotte Elodie Gayraud	Maleya VINAGBE 06.14,15,80,87 maleya,tumba@homeperf.com Nejjari HICHAM HICHAM	nejjari@homeperf.com	06 14 13 68 93
PSAD	LVL médical	toute la France hors corse	Ingrid Pereira ingrid.pereira@lvlmedical.fr 06 22 94 43 54	Aurélie MIATH Pauline DA SILVA techniciens respi	Delphine RICHARD (respi) Naldia LEZ-BOT(perf/nut)		808 800 300
PSAD	MEDEOS PERFUSION	95,60,80,02,	laurine : 06 58266804 et Ludivine : 06 58 727135 medeosperf2@gmail.com	laurine Boiteux et Ludivine Gamba	Nicole MADKAUD	nadkaud@gmail.com	03 64 60 02 60
PSAD	Nutrime-dical	Ile de France - tous secteurs, 60, 27, 200 kms autour de Paris	Justin MOITEL 07 60 61 03 33	07 60 61 03 33	Léa JANISSON	lea.janisson@nutrimedical.fr	06 59,92,05,55
PSAD	OXYVIE	95,93,78,92, 75,77,94,91, 60,27	M.MEZZI 06 09 30 62 09 ymezzi@mucodom.fr MME.BALLOURD 06.12.82.05.72 kballouard@mucodom.fr MME.HANG 06.22.30 21 17 ghang@mucodom.fr	M.MEZZI Corinne GUILLAUME	Mr Maurice ATTAS Président	ymezzi@mucodom.fr cguillaume@oxyvie.fr OXYVIE contact@oxyvie.fr	06 09 30 62 09 07 78 66 45 55
PSAD	Vitalaire	France entière, DOM-TOM	09.69.36.90.06	GUILVARD Adrien ZAHIRI Mélanie PAVEAUD Céline	Damien LAURENT (Directeur Régional) Ousama YAKDI (Délégué Perfusion Nutrition Diabète) Jalila HABBAD (Déléguée Respiratoire)	damien.laurent@vitalaire.fr ousama.yakdi@vitalaire.fr jalila.habbad@vitalaire.fr	06 07 87 67 94 06 27 61 17 14 07 77 97 57 86

Références bibliographiques

- 1 - Avis du H.S.C.P du 08 Avril 2020 relatif à la prise en charge à domicile ou en structure de soins des cas de COVID-19 suspectés ou confirmés (complémentaire aux avis des 5 et 23 mars 2020)
- 2 - Little P. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and covid-19. BMJ. 27 mars 2020 ; m1185
- 3 - Cavalcanti, F.G. Zampieri, R.G. Rosa, L.C.P. Azevedo, V.C. Veiga, A. Avezum, L.P. Damiani, A. Marcadenti, L. Kawano-Dourado, T. Lisboa, D.L.M. Junqueira, P.G.M. de Barros e Silva, L. Tramujas, E.O. Abreu-Silva, L.N. Laranjeira, A.T. Soares, L.S. Eche-nique, A.J. Pereira, F.G.R. Freitas, O.C.E. Gebara, V.C.S. Dantas, R.H.M. Furtado, E.P. Milan, N.A. Golin, F.F. Cardoso, I.S. Maia, C.R. Hoffmann Filho, A.P.M. Kormann, R.B. Amazonas, M.F. Bocchi de Oliveira, A. Serpa-Neto, M. Falavigna, R.D. Lopes, F.R. Machado, and O. Berwanger, for the Coalition Covid-19 Brazil I Investigators*: Hydroxychloroquine with or without Azithromycin in Mild-to-Moderate Covid-19A.B. The New England Journal of Medicine July 23, 2020, and updated on September 10, 2020.
- 4 - Avis du HSCP relatif à l'opportunité de recommandations spécifiques pour certaines personnes pouvant être considérées comme particulièrement vulnérables parmi les personnes à risque de forme grave de Covid-19
- 5 - Horby P, Lim WS, Emberson JR, et al ; RECOVERY Collaborative Group. Dexamethasone in hospitalized patients with Covid-19: preliminary report. N Engl J Med. Published online July 17, 2020.
- 6 - The WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies (REACT) Working Group. Association between administration of systemic corticosteroids and mortality among critically ill patients with COVID-19: a meta-analysis. JAMA. Published online September 2, 2020
- 7 - Dexamethasone in Hospitalized Patients with Covid-19 — Preliminary Report ; The RECOVERY Collaborative Group ; July 17, 2020, NEJM
- 8 - D. Czock, F. Keller, F. Maximilian Rasche, U. Häussler : Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Systemically Administered Glucocorticoids ; REVIEW ARTICLE ; Clin Pharmacokinet 2005 ; 44 (1): 61-98
- 9 - S. Susen, C.A. Tacquard, A. Godon, A. Mansour, D. Garrigue, P. Nguyen, A. Godier, S. Testa, P. Albaladejo, Y. Gruel, au nom du GIHP et du GFHT : Traitement anticoagulant pour la prévention du risque thrombotique chez un patient hospitalisé avec covid-19 et surveillance de l'hémostase propositions du GIHP et du GFHT