

# Actualités

## Covid-19 Omicron et prise en charge en ville

### Webinaire 13.01.2022

#### Contributions :

Point de situation épidémiologique : A. MORIN, directeur de crise COVID 19 ARS

Virologie - Que sait-on du variant Omicron : Dr LEPILLER, responsable du service Virologie du CHU 25

Clinique et thérapeutique : Dr BAILLY, infectiologue du CHU 25

Focus sur l'oxygénothérapie en ville : Pr GEORGES, pneumologue du CHU 21

Réflexions sur les indications de l'hospitalisation : Dr KOEBERLE, chef du service gériatrie du CHU 25 et responsable de la plateforme gériatrique Appui COVID

#### Modération de la table ronde :

Dr MIREK - CHU 21 et Dr BLASCO - CHU 25, médecins anesthésistes réanimateurs

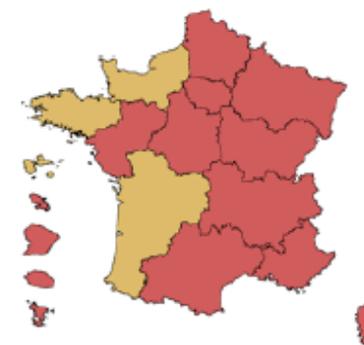
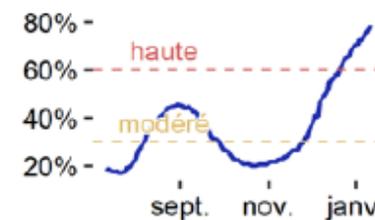
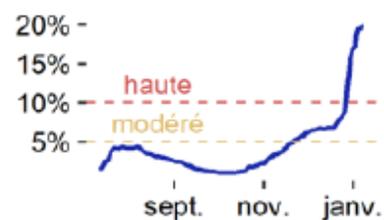
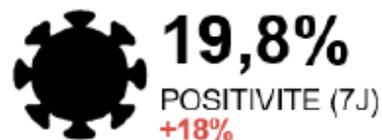
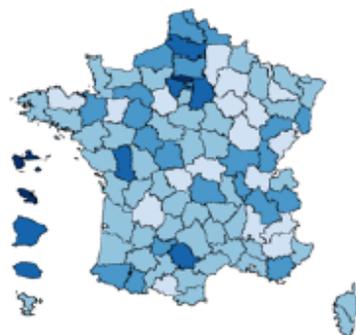
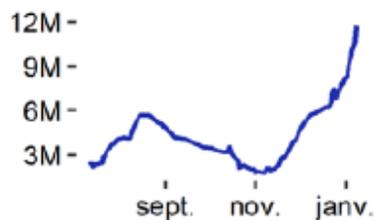
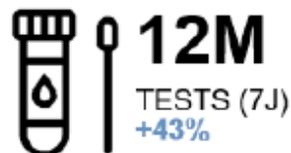
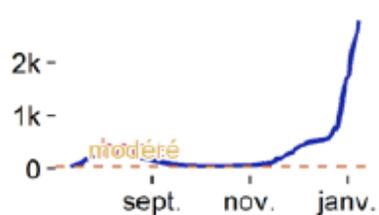
Dr ROCH directeur médical DAC FC - Dr SERIN médecin généraliste

Avec l'appui du Dr SIMONET-médecin santé publique ARS et de X. BOURDY-DUBOIS, pharmacien d'officine

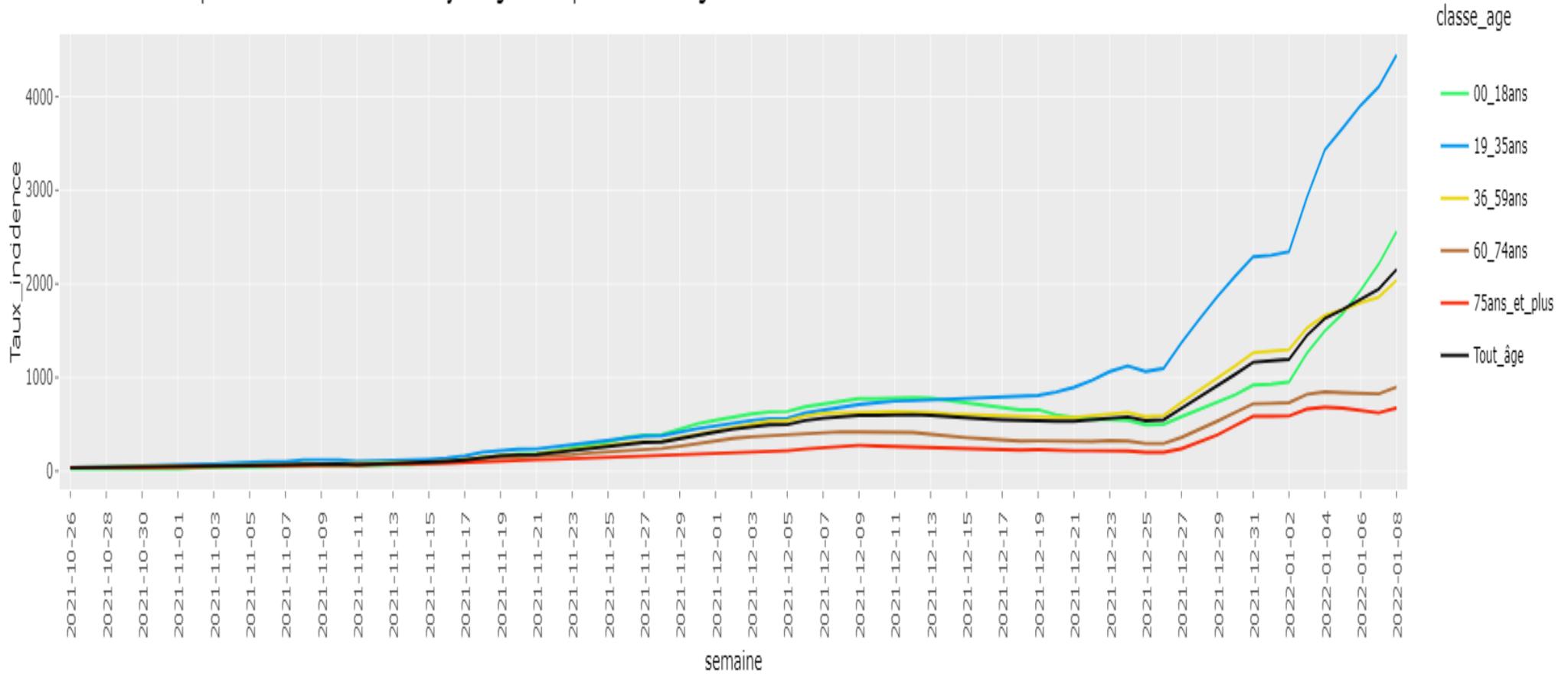




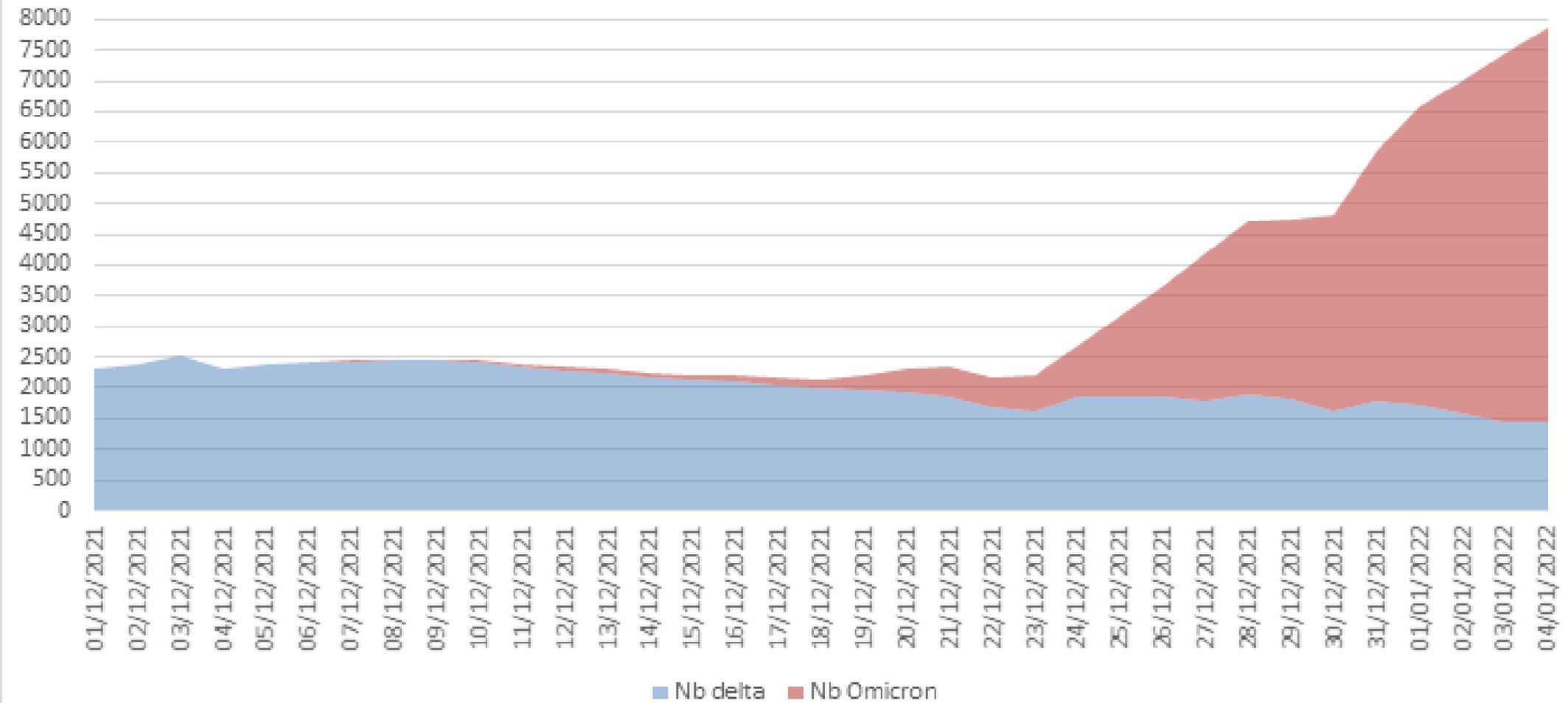
# INDICATEURS DE PILOTAGE - COVID-19



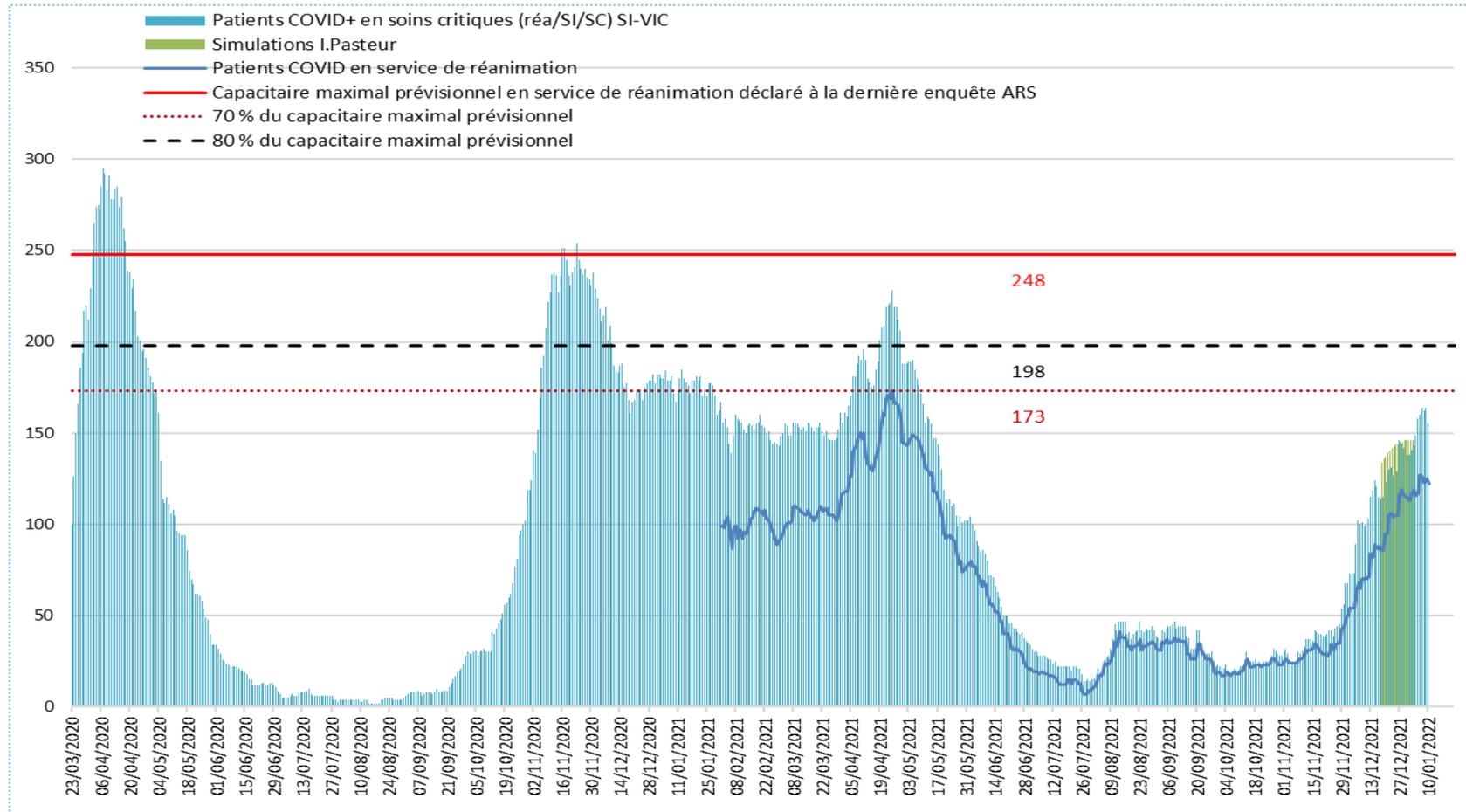
### Taux d'incidence pour 100 000 habitants sur 7 jours glissants par tranche d'âges

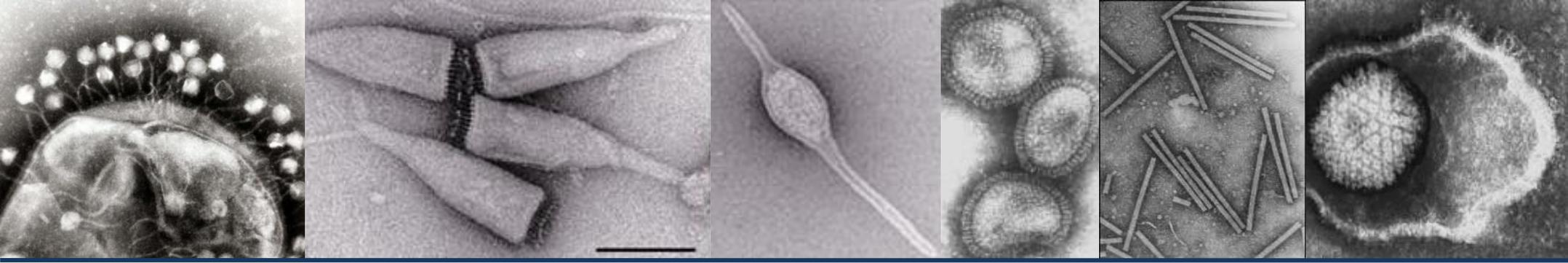


## Répartition Omicron/Delta en date de tests : moyenne glissante 7 jours centrée du nombre de positifs



# Impact hospitalier en BFC





# SARS-CoV-2 variant omicron

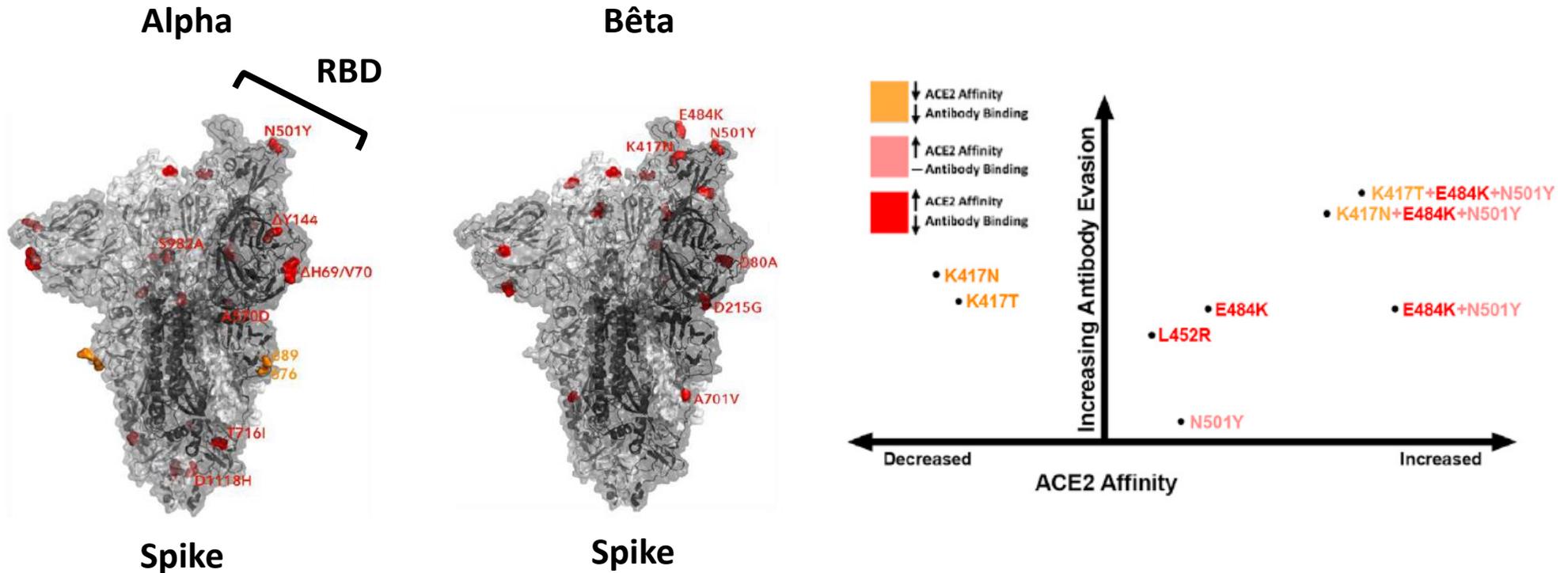
Janvier 2022

Lepiller Quentin

Laboratoire de Virologie, CHU Besançon

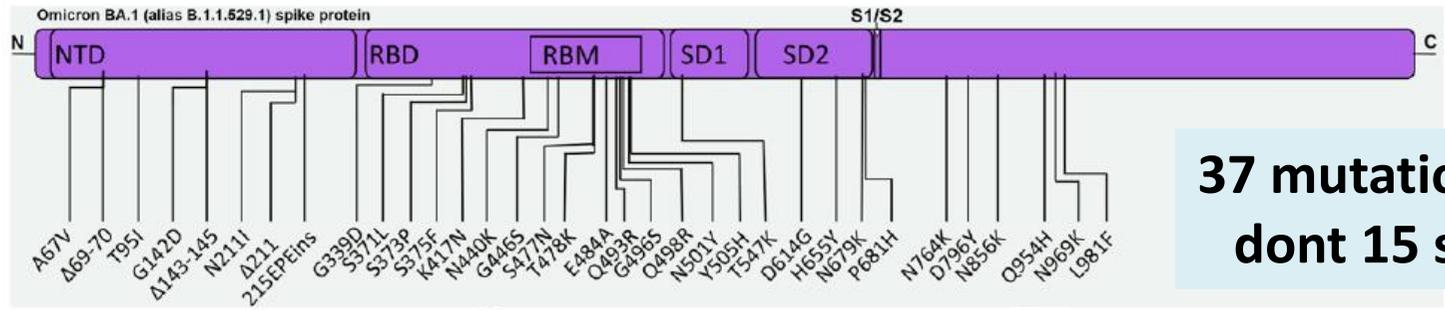
[g1lepiller@chu-besancon.fr](mailto:g1lepiller@chu-besancon.fr)

# Variants Spike SARS-CoV-2

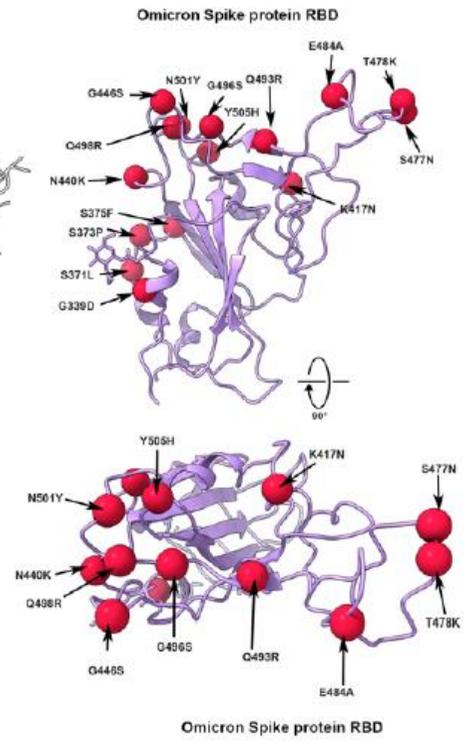
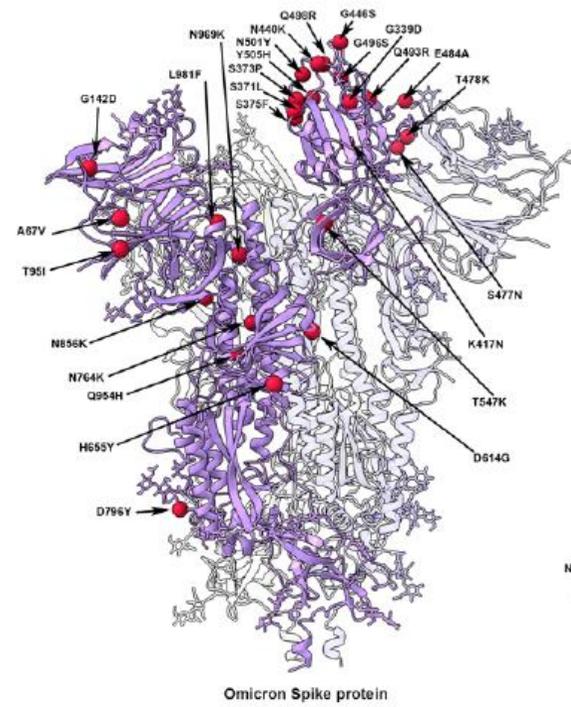
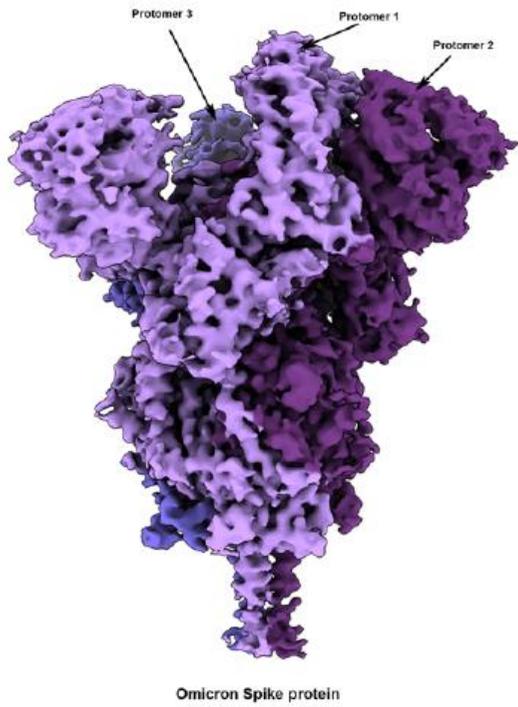


Les mutations sur la Spike peuvent impacter la fixation au récepteur et l'échappement aux anticorps préexistants

# Variant Omicron

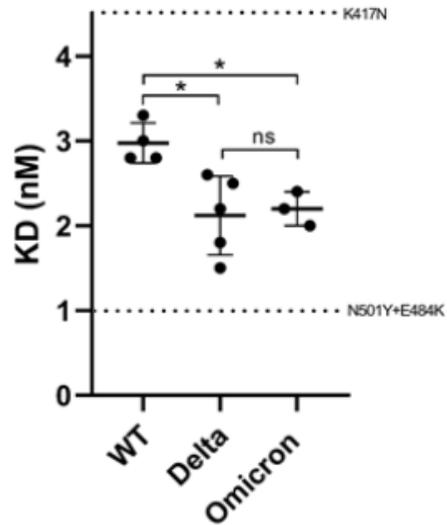


**37 mutations Spike  
dont 15 sur RBD**



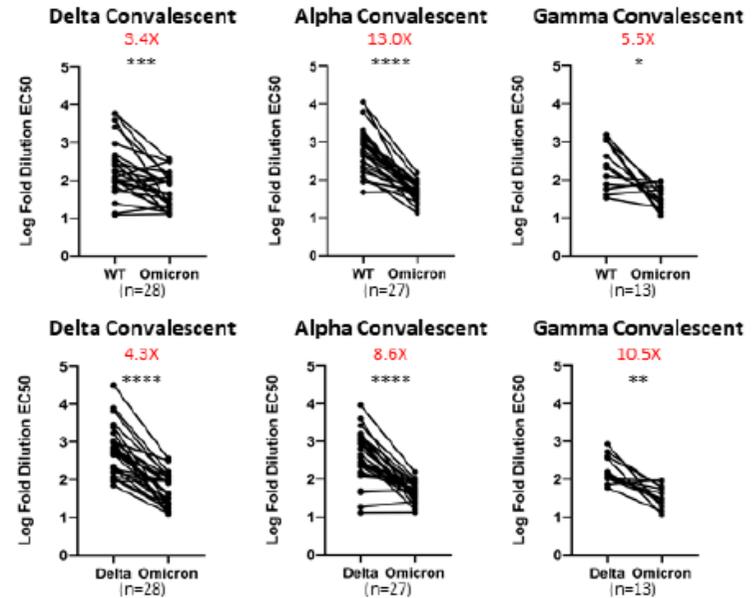
# Impact des mutations sur Omicron

## Fixation au récepteur ACE2



Delta ≈ Omicron

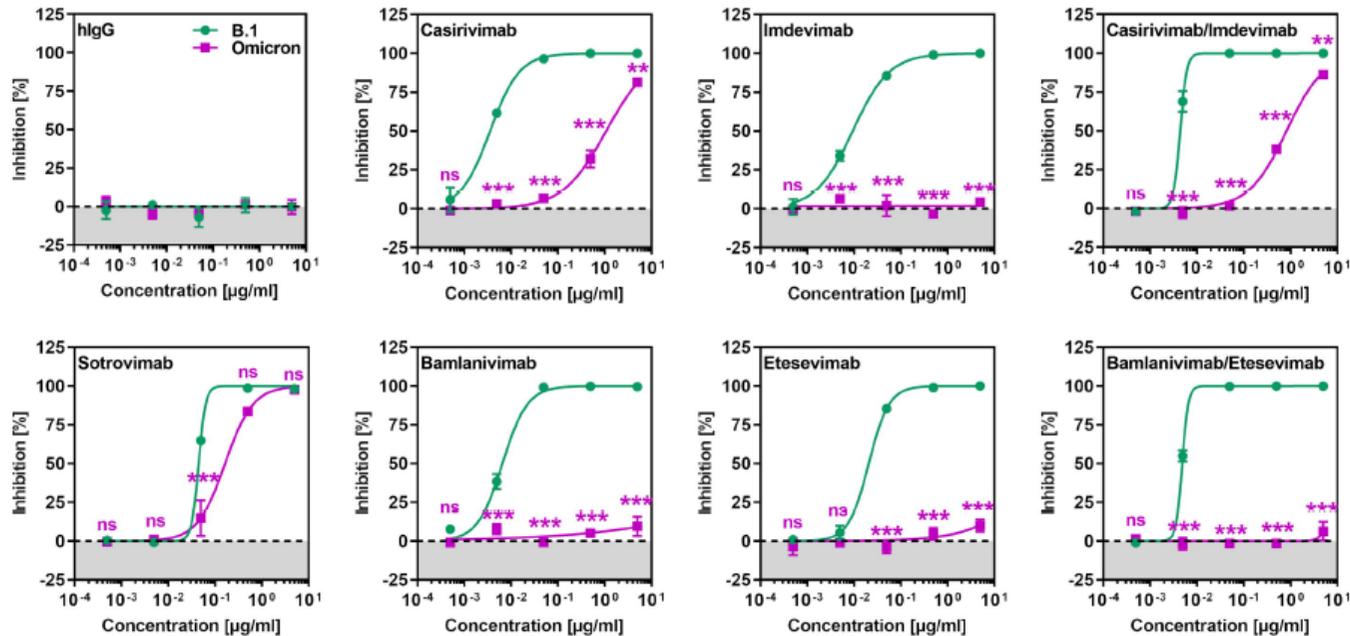
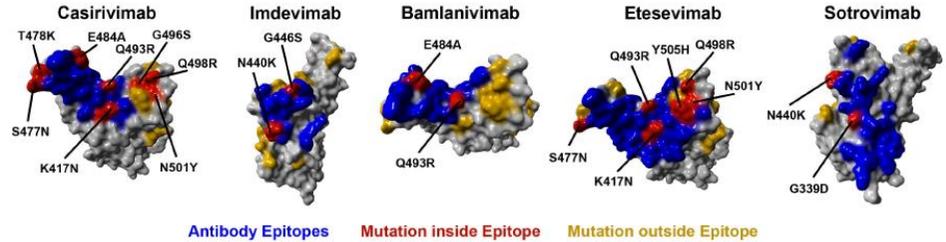
## Impact sur les Ac préexistants



Echappement partiel

# Impact des mutations sur Omicron

## Impact sur les Ac thérapeutiques

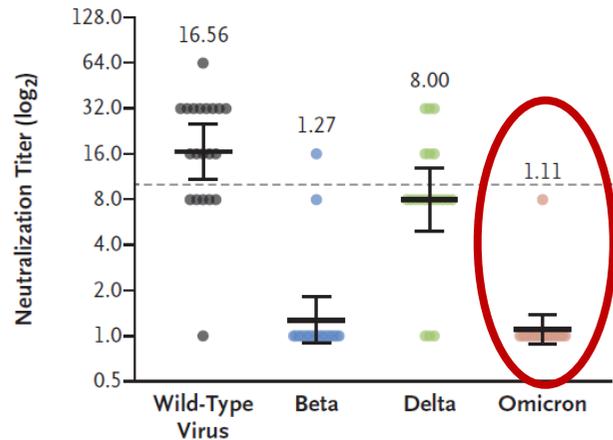


**Echappement variable selon les anticorps**

# Impact des mutations sur Omicron

## Impact sur les Ac post-vaccinaux

A Neutralization in Samples from Participants Who Received 2 Doses



C Neutralization in Samples from Participants Who Received 3 Doses

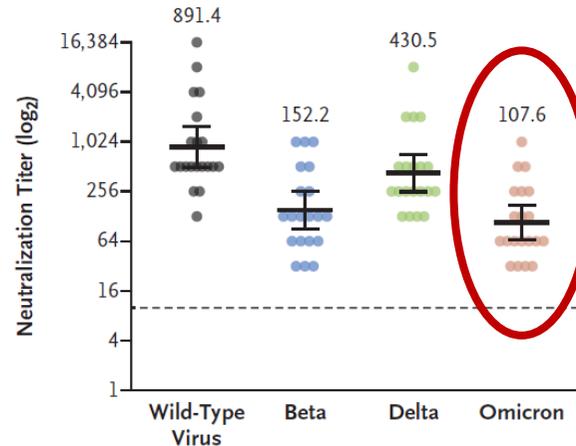


Table 2. Effectiveness of Two Doses of BNT162b2 Vaccine before and during Proxy Omicron Period.\*

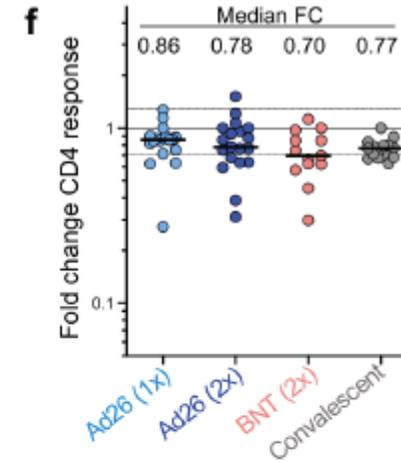
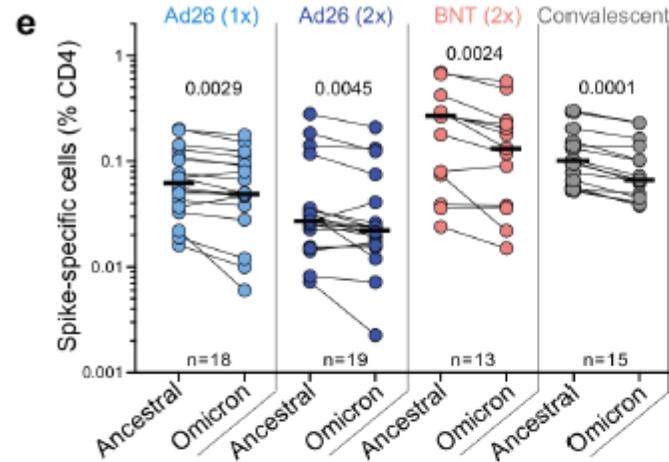
Variable	Vaccine Effectiveness (95% CI)	
	Comparator Period	Proxy Omicron Period
	%	
Overall estimate	93 (90–94)	70 (62–76)
Sensitivity analyses of PCR results		
Patients with S-gene target failure	—	69 (48–81)
Patients in Gauteng province	—	70 (59–78)
Patients with Covid-19 symptoms	—	50 (35–62)

### Maintien d'une efficacité vaccinale :

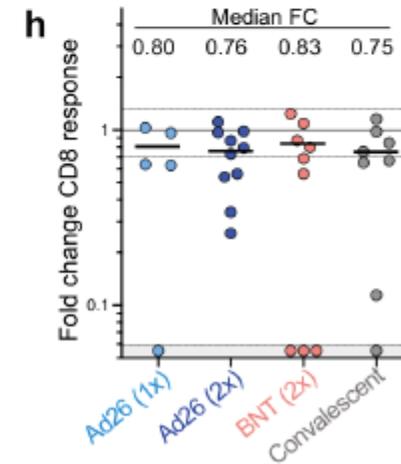
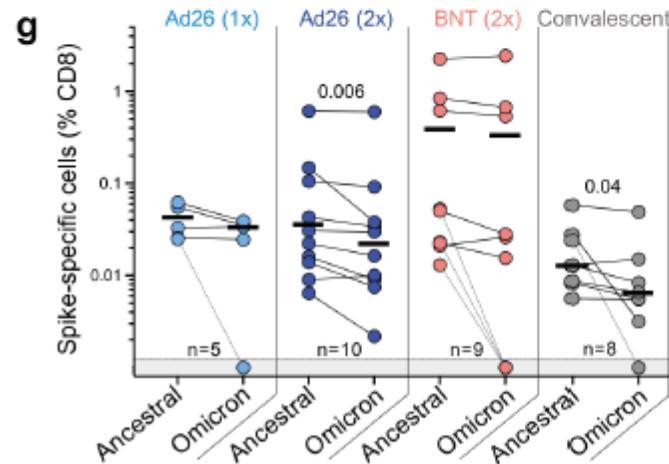
- contre les formes sévères
- ↑ après 3 doses

# Conservation d'une immunité cellulaire

Lymphocytes T CD4<sup>+</sup>

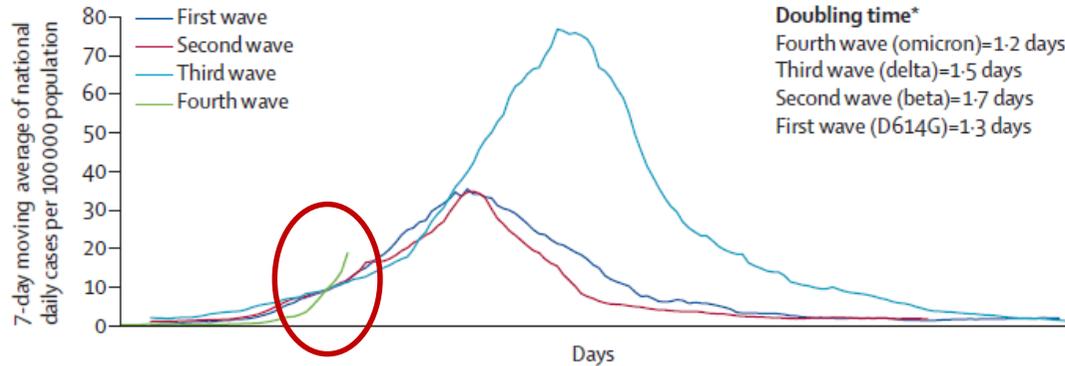


Lymphocytes T CD8<sup>+</sup>



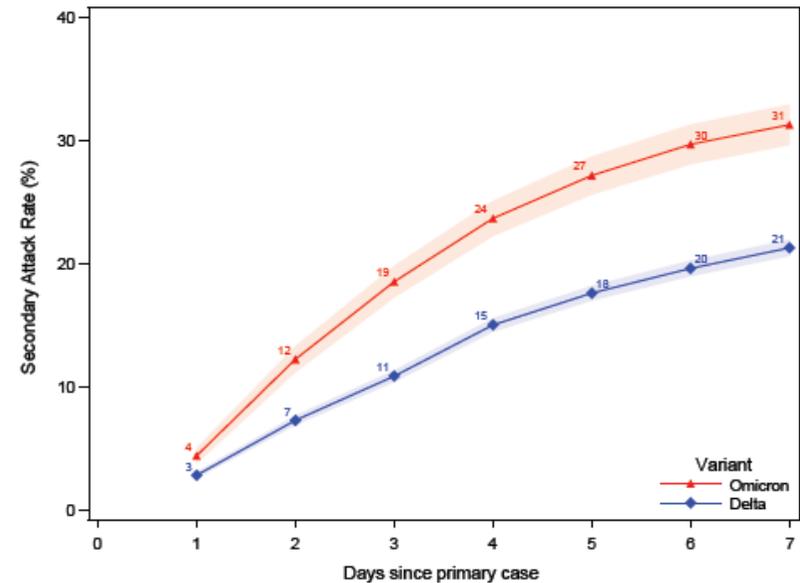
# Transmissibilité du variant omicron

## Temps de doublement



Province de Gauteng (Afrique du Sud)

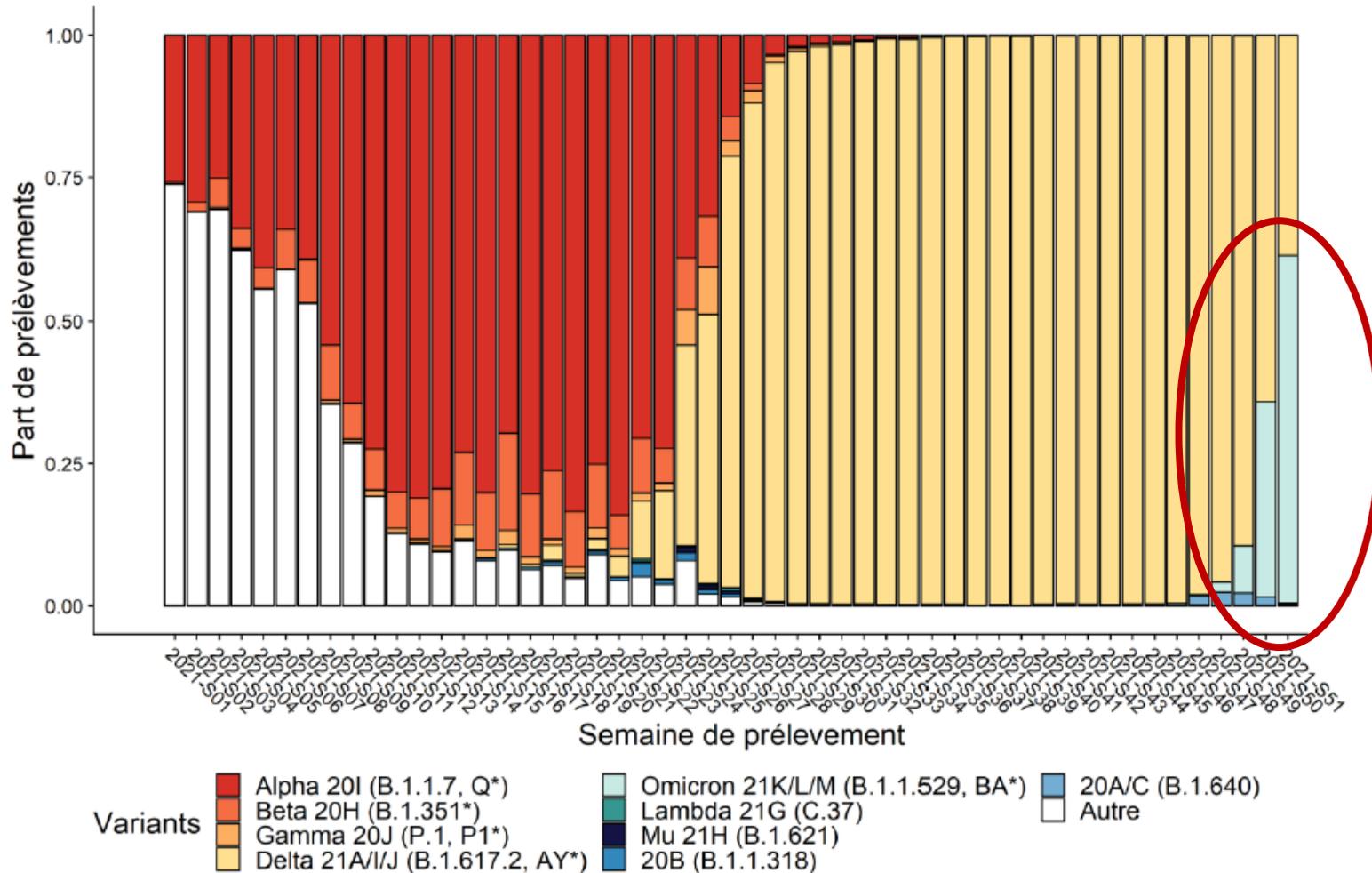
## Taux d'attaque



↑ temps de doublement et taux d'attaque en situation épidémique

# Epidémiologie variant omicron

## Circulation des variants en France



# Clinique et thérapeutique

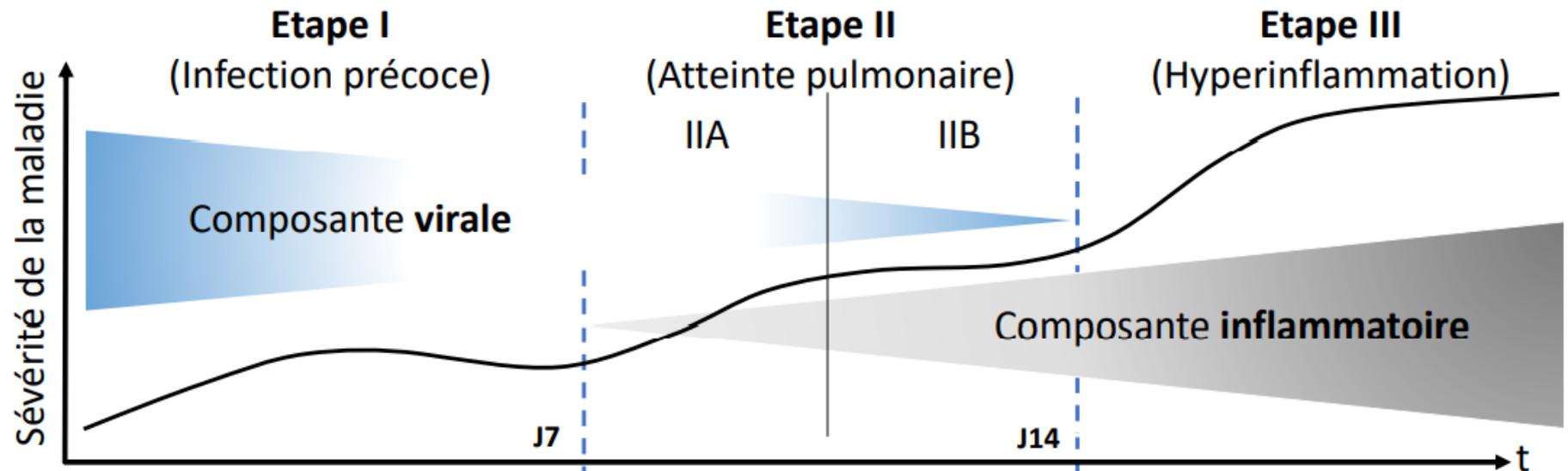
## L'essentiel de la prise en charge médicale en ville

Dr Benoit Bailly  
Pr Catherine Chirouze

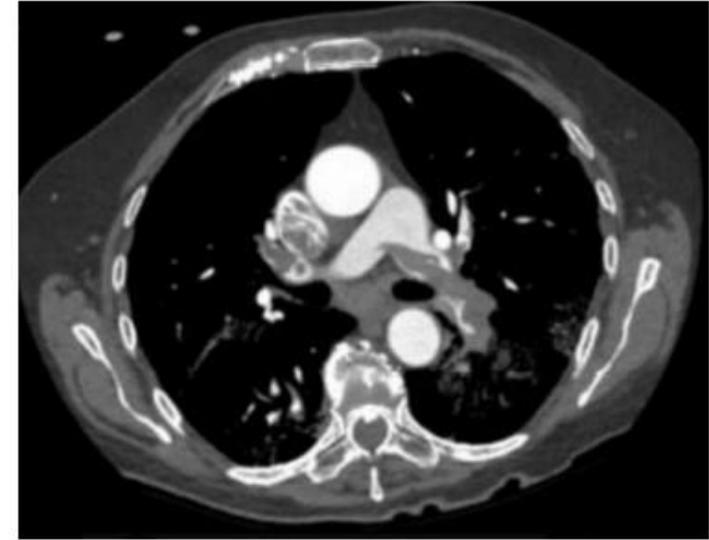
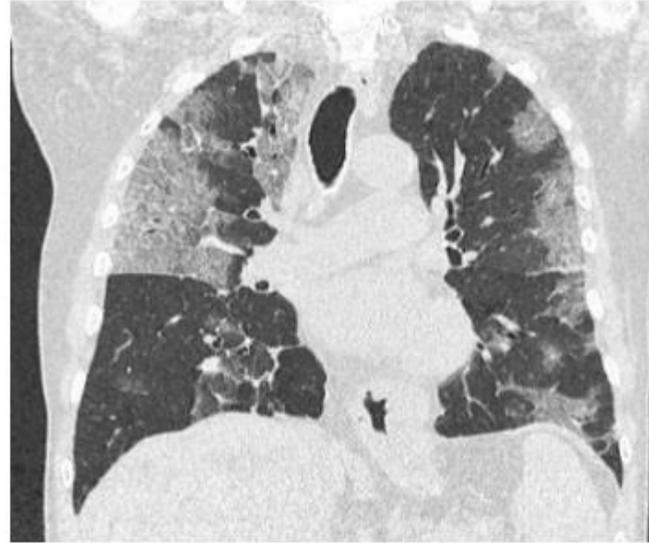
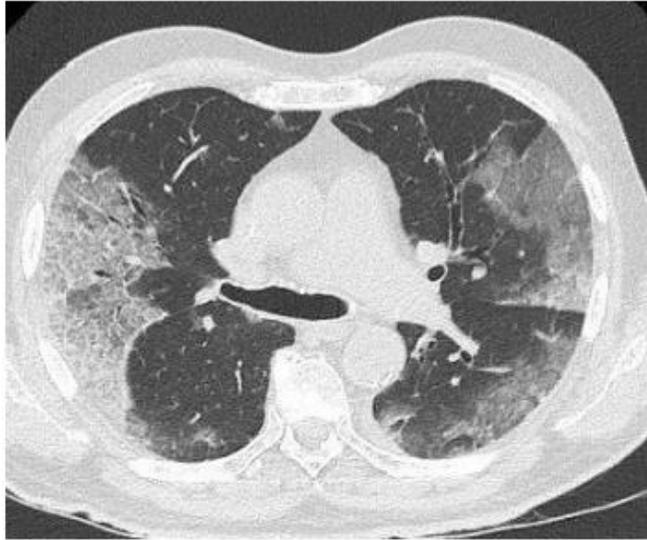
Absence de conflit d'intérêt



# Tableau clinique « historique »

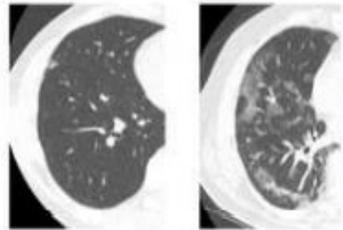


Signes cliniques	Asthénie Fièvre Toux sèche	Dyspnée <b>sans</b> (IIA) et <b>avec</b> hypoxémie (IIB) ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 \leq 300$ mm Hg)	SDRA SIRS/choc septique Défaillance cardiaque
Examens complémentaires	Lymphopénie	Anomalie morphologique de l'imagerie pulmonaire Cytolyse hépatique	Élévation des marqueurs inflammatoires (CRP, IL-6, D-dimère, ferritine...)

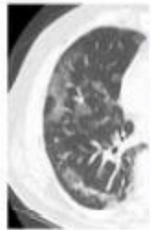


**Verre dépoli multifocal à prédominance périphérique**

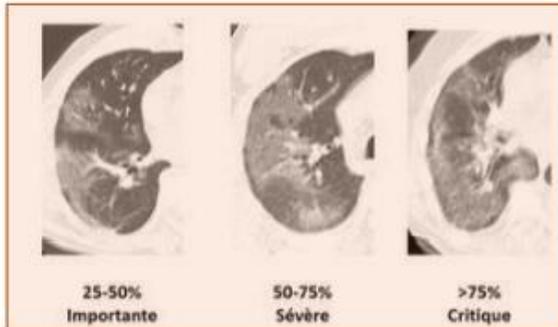
**Embolie pulmonaire à rechercher au moindre doute**



<10%  
Minime



10-25%  
Modérée



25-50%  
Importante

50-75%  
Sévère

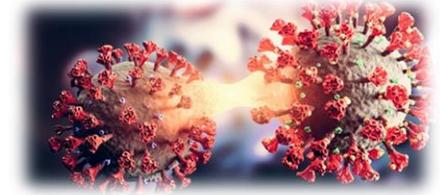
>75%  
Critique

Surface de l'atteinte  
pulmonaire > 25% : risque  
évolution défavorable

Danzi GB *et al.* Eur Heart J 2020 Mars  
Yuan M *et al.* PLoS One 2020 Mars  
Grillet F *et al.* Radiology 2020 Avril  
Li K *et al.* Invest Radiol 2020 Juin

# Présentation clinique infection

## Omicron vs. Delta, ce que l'on sait début janvier 2022



- Durée d'incubation plus courte
- Charge virale nasopharyngée moins élevée
- Moins de formes graves
- Durée d'hospitalisation moins longue
- Efficacité vaccinale (schéma avec dose de rappel) conservée contre les formes graves



**Severity of Omicron variant of concern and vaccine effectiveness against symptomatic disease: national cohort with nested test negative design study in Scotland**

[Aziz Sheikh](#), [Steven Kerr](#), [Mark Woolhouse](#), [Jim McMenamin](#), [Chris Robertson](#)

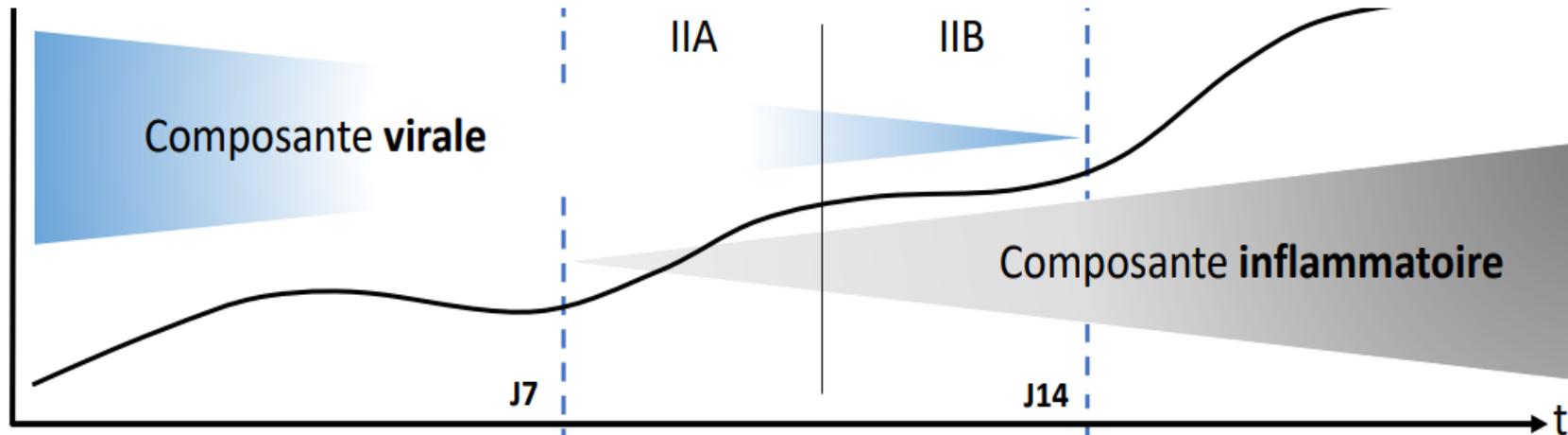


**Characteristics and Outcomes of Hospitalized Patients in South Africa During the COVID-19 Omicron Wave Compared With Previous Waves**

[Caroline Maslo](#), MD, PhD<sup>1</sup>; [Richard Friedland](#), MD, BVSc<sup>1</sup>; [Mande Toubkin](#), RN, RM, Rpaeds<sup>1</sup>; [et al](#)

[➤ Author Affiliations](#) | [Article Information](#)

*JAMA*. Published online December 30, 2021. doi:10.1001/jama.2021.24868



Traitement anti viraux :

- Remdesivir (3 jours IV)
- Paxlovid® (PF-07321332/ritonavir): PO, AMM en attente

Corticoïdes ↔ oxygénothérapie

Dexaméthasone 6 à 8 mg  
Cortancyl 40 mg en ville

Ac inhibiteur de l'interleukine (IL-6) : TOCILIZUMAB

Antagoniste du récepteur de l'interleukine-1 : Anakinra

Plasma de convalescents vaccinés

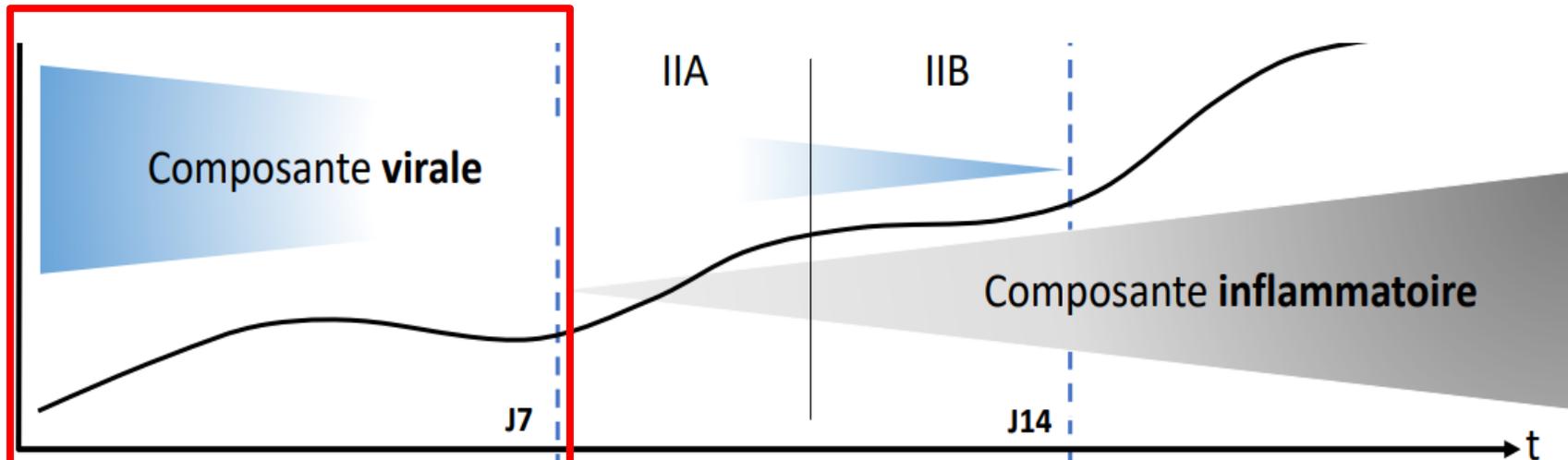
Ac monoclonaux visant la protéine S :

- Sotrovimab (Xevudy®) : CURATIF précoce, patient à risque de forme grave

Plasma de convalescents vaccinés ?

Anticoagulation

Ac monoclonaux visant la protéine S :  
• Evusheld® (tixagévimab 150 mg /cilgavimab 150 mg) en pré-exposition



**Traitement anti viraux :**

- Remdesivir (3 jours IV)
- **Paxlovid**® (PF-07321332/ritonavir): PO, AMM en attente

**Ac monoclonaux visant la protéine S :**

- Sotrovimab (Xevudy®) : CURATIF précoce, patient à risque de forme grave

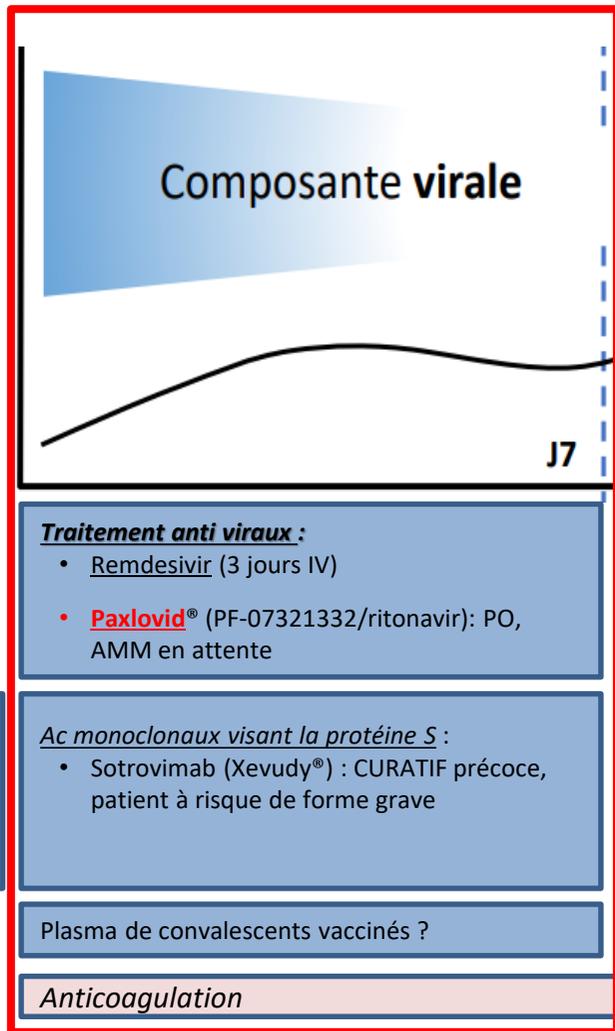
Plasma de convalescents vaccinés ?

Anticoagulation

Traitements à initier le plus tôt possible pour prévenir une aggravation (en ambulatoire)

*Ac monoclonaux visant la protéine S :*

- **Evusheld**® (tixagévimab 150 mg /cilgavimab 150 mg)



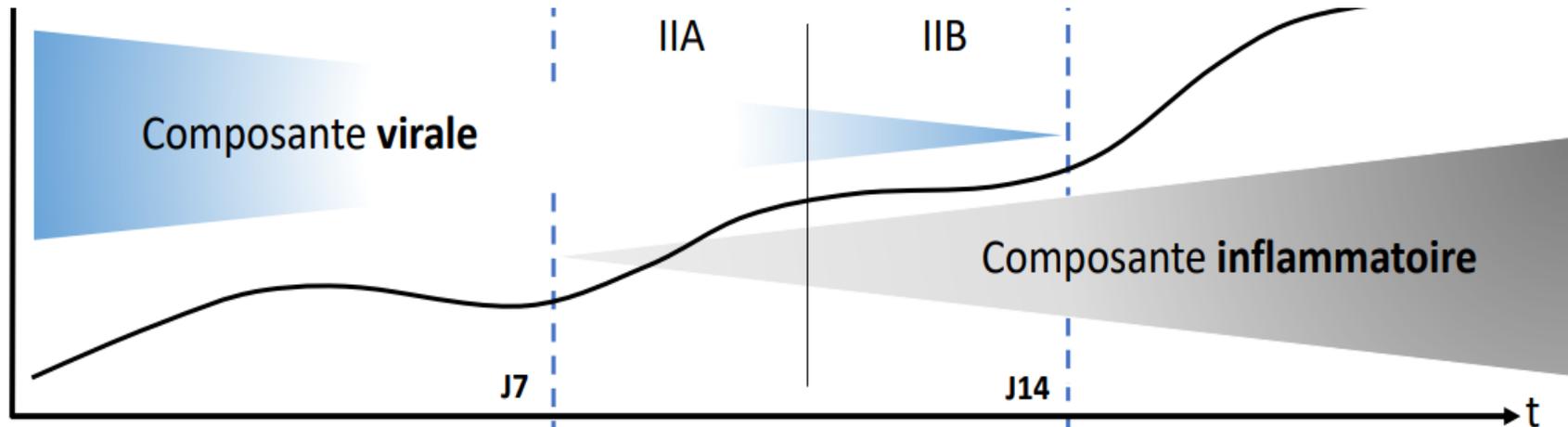
# Paxlovid<sup>®</sup> (PF-07321332/ritonavir)

Pfizer's Novel COVID-19 Oral Antiviral Treatment Candidate  
Reduced Risk of Hospitalization or Death by 89% in Interim  
Analysis of Phase 2/3 EPIC-HR Study

Friday, November 05, 2021 - 06:45am

- Inhibiteur de la protéase *Per os*
- Test virologique +
- Prise dans les 5 jours premiers des symptômes
- 2 prises par jours durant 5 jours

- ❖ « Pan-variant »
- ❖ Disponible fin février /mars 2022 ?



*Traitement anti viraux :*

- Remdesivir (3 jours IV)
- Paxlovid® (PF-07321332/ritonavir): PO, AMM en attente

*Ac monoclonaux visant la protéine S :*

- Sotrovimab (Xevudy®) : CURATIF précoce, patient à risque de forme grave

Plasma de convalescents vaccinés ?

Anticoagulation

Traitements à initier le plus tôt possible pour prévenir une aggravation

**Ac monoclonaux visant la protéine S :**

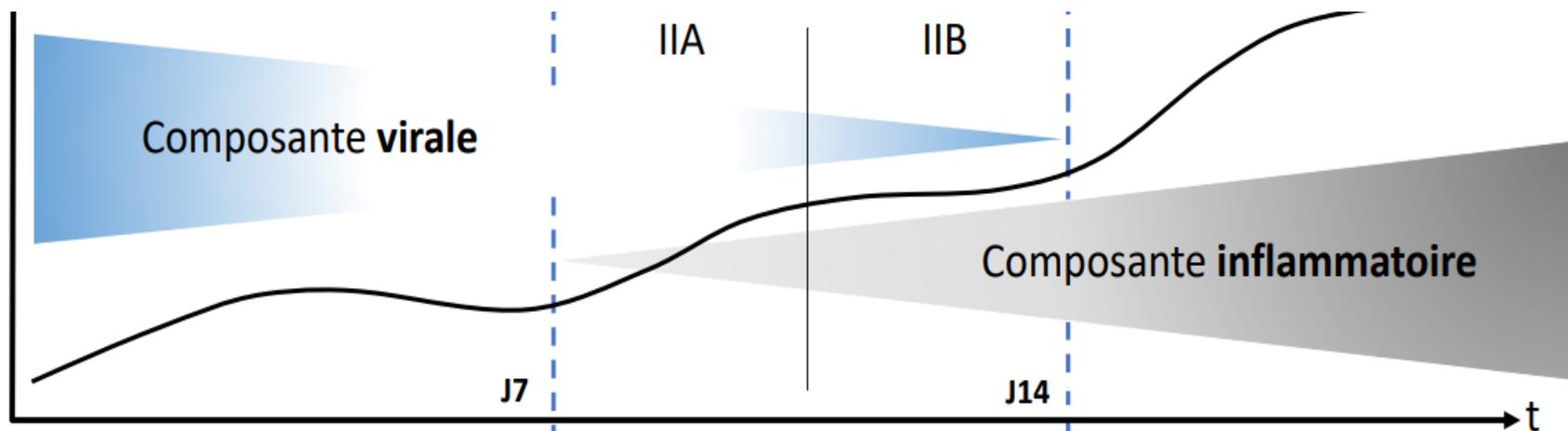
- Evusheld® (tixagévimab 150 mg /cilgavimab 150 mg) en pré-exposition

# Evusheld® en Traitement **pré**-exposition

(tixagévimab 150 mg /cilgavimab 150 mg)

Médecin spécialiste  
référent

- ❖ Patient ≥ 12 ans, **non répondeurs à la vaccination\*** ou **faiblement répondeur\*\*** après un schéma vaccinal complet
  - **ET** appartenant à l'un des sous-groupes à très haut risque de forme sévère de COVID-19 tels que définis par l'ANRS-MIE :
    - – Receveurs de greffes d'organes solides,
    - – Receveurs d'une greffe allogénique de cellules souches hématopoïétiques,
    - – Patients souffrant d'une hémopathie lymphoïde (LLC traitées ou non, lymphomes non hodgkiniens et myélomes sous traitement, y compris les patients receveurs de thérapie cellulaire génique de type CAR-T cell ou d'Ac thérapeutiques bi-phénotypiques),
    - – Patients recevant un traitement par anticorps anti-CD20 ou inhibiteurs de BTK ou azathioprine, cyclophosphamide et mycophénolate mofétil,
    - – Sujets porteurs d'un déficit immunitaire primitif
  - **OU** les patients > 12 ans séronégatifs après un schéma vaccinal complet ou non éligibles à la vaccination et qui présentent une immunodépression sévère et qui sont à haut risque de forme sévère de COVID-19.
- **Longue demi-vie permet une durée de protection d'au moins 6 mois**
- **La combinaison des deux anticorps conserve une activité neutralisante malgré une perte partielle d'activité sur Omicron.**



**Traitement anti viraux :**

- Remdesivir (3 jours IV)
- Paxlovid® (PF-07321332/ritonavir): PO, AMM en attente

**Ac monoclonaux visant la protéine S :**

- Sotrovimab (Xevudy®) : CURATIF précoce, patient à risque de forme grave

Plasma de convalescents vaccinés ?

Anticoagulation

Traitements à initier le plus tôt possible pour prévenir une aggravation

**Ac monoclonaux visant la protéine S :**  
 • Evusheld® (tixagévimab 150 mg /cilgavimab 150 mg) en pré-exposition

# Anticorps monoclonaux en traitement curatif précoce

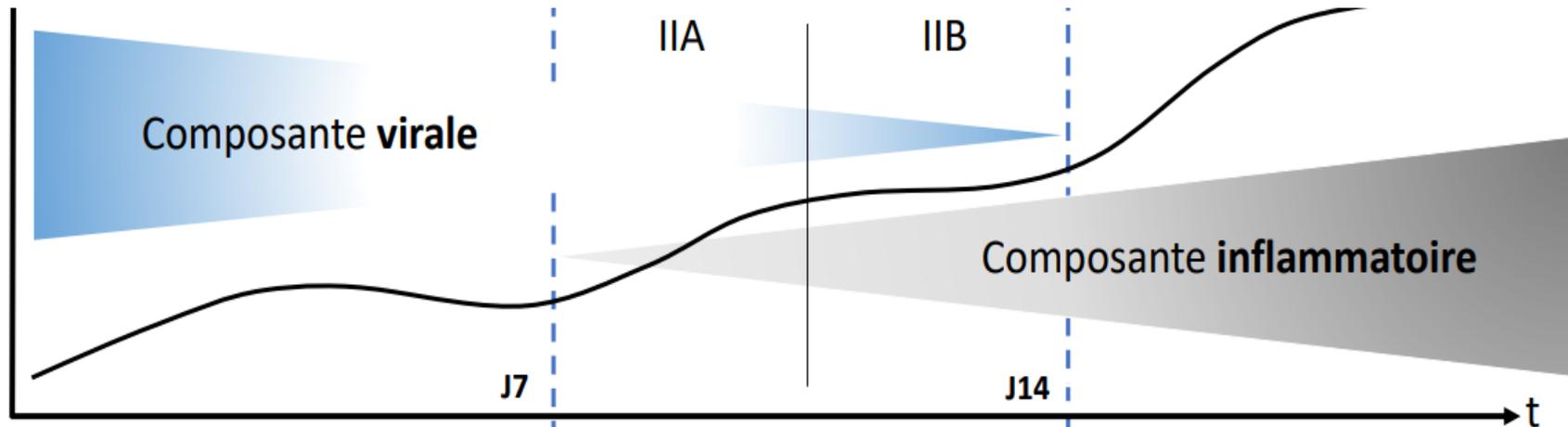
- ❑ [RISQUE ELEVE D'EVOLUTION VERS UNE FORME GRAVE selon ANRS](#) (aout 2021)
- ❑ FORME PAUCI-SYMPATOMATIQUE HORS OXYGENOTHERAPIE
- ❑ DELAI MAX DE 5 JOURS APRES LE DEBUT DES SYMPTOMES



- ❖ Perte complète d'activité du Ronapreve® sur la variant OMICRON
- ❖ Activité conservée du **Sotrovimab** Xévudy® (disponible janvier/février 2022 ?)

## ❖ Sotrovimab Xévudy® chez patients ≥ 18 ans

- Approuvé par EMA le 16 décembre 2021 en curatif précoce uniquement - en attente HAS & ANSM pour la France
- Dose unique : 500 mg IV sotrovimab (HDJ ?)



**Traitement anti viraux :**

- Remdesivir (3 jours IV)
- Paxlovid® (PF-07321332/ritonavir): PO, AMM en attente

**Ac monoclonaux visant la protéine S :**

- Sotrovimab (Xevudy®) : CURATIF précoce, patient à risque de forme grave

Plasma de convalescents vaccinés ?

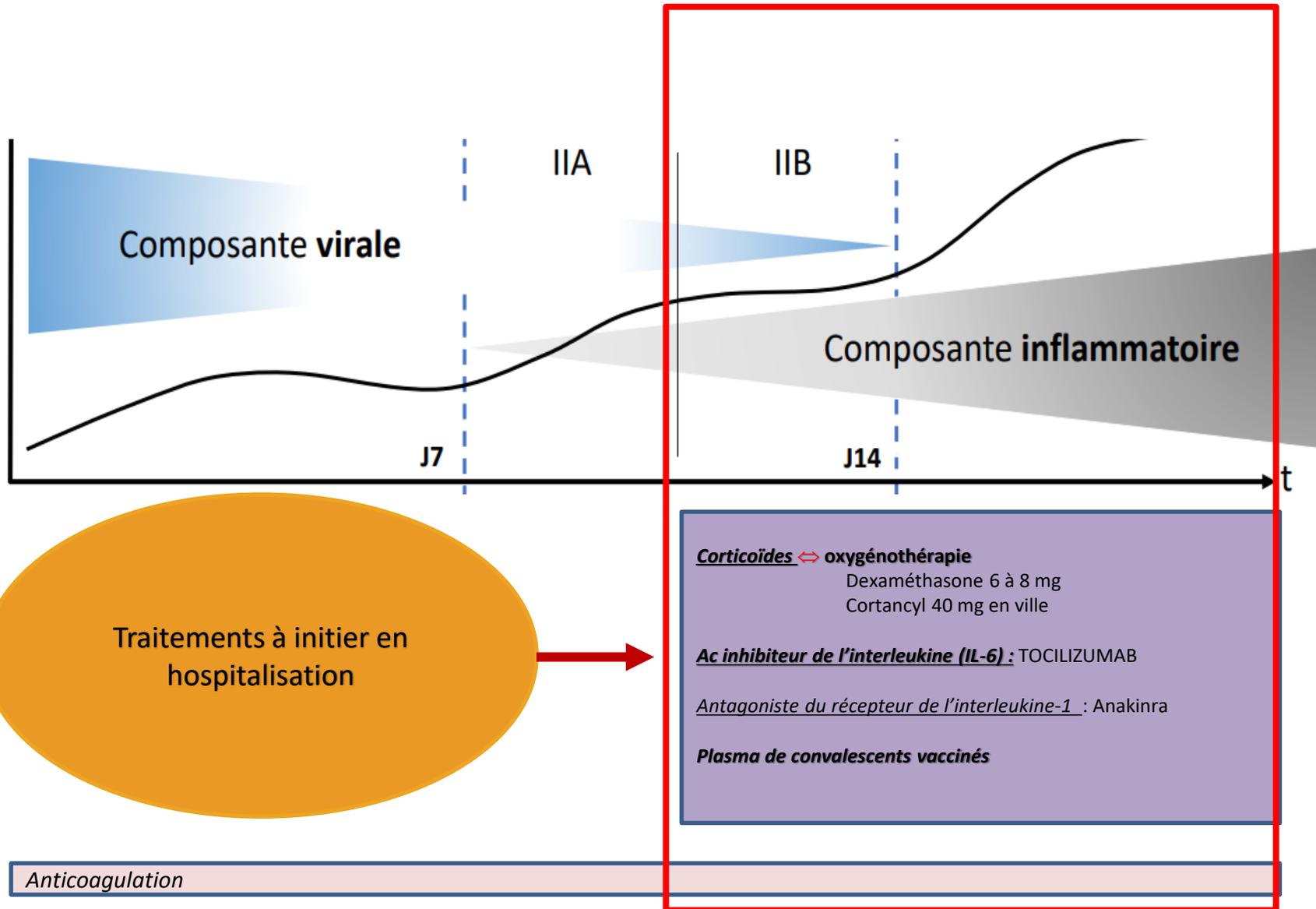
Anticoagulation

**Ac monoclonaux visant la protéine S :**

- Evusheld® (tixagévimab 150 mg /cilgavimab 150 mg) en pré-exposition

# Prophylaxie thrombo-embolique chez les patients à risque

- **Indiquée** chez les patients à risque (alitement prolongé) ou sous O<sub>2</sub> :
  - Enoxaparine 4000 UI x 1/j
  - Fondaparinux 2,5 mg x 1/j
- Si obésité
  - $30 \leq \text{IMC} < 40 \text{ kg/ m}^2$  : enoxaparine 6000 UI x 1/j
  - si  $\geq 40 \text{ kg/ m}^2$  : 4000 UI x 2/j
- Si insuffisance rénale sévère (DFG < 30 mL/min) : HNF 5000 UI x 2 à 3/j ou 200 UI/kg/j => durée de 7 à 10 j.



# Corticoïdes

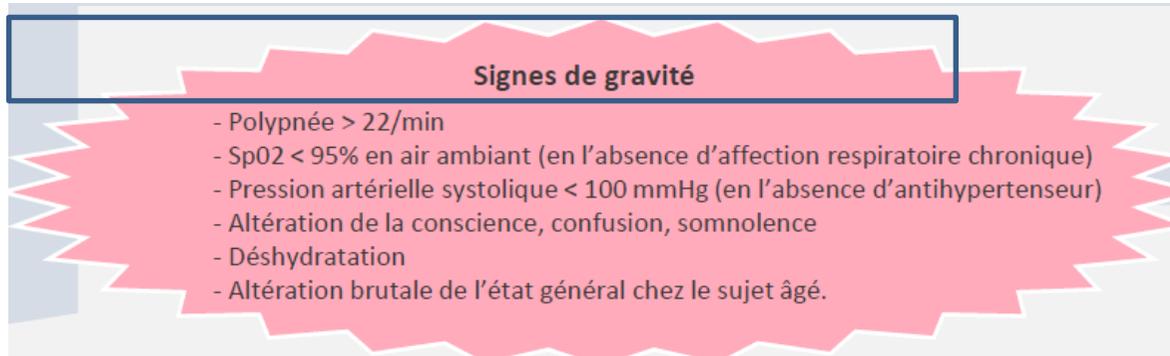
- **Indication:** pneumonie COVID-19 requérant une oxygénothérapie
- **Bénéfice seulement si initiée au-delà de J5 des symptômes**
- **Dexaméthasone 6 mg/j** IV ou PO pour une durée maximum de 10 jours
- **Effets Indésirables :** hyperglycémie transitoire = CORTANCYL 40 mg/jour
- **A noter:**
  - Absence de limitation liée à l'âge du patient, mais attention aux effets indésirables
  - Absence de signal sur infections secondaires
  - Administré à faible dose, *a priori*, pas d'impact significatif sur la durée de l'excrétion virale du SRAS-CoV-2

# Antibiothérapie

- **Surconsommation majeure d'antibiotique** probabiliste au début de l'épidémie alors que les co/sur-infections bactériennes représentent < 5% des pneumonie COVID-19 ≠ grippe
- Foyer pulmonaire non spécifique d'une sur-infection
- **Expectorations** purulentes en faveur
- **TDM thoracique** informatif si suspicion d'un co-infection bactérienne (PFLA)
- Si suspicion d'infection bactérienne pulmonaire:
  - Amoxicilline-acide clavulanique / Pristinamycine si allergie aux bêta-lactamines
  - 5 jours

# Critères d'hospitalisation

1/ PRESENCE DE CRITERES DE GRAVITE, quel que soit le statut vaccinal



**Signes de gravité**

- Polypnée > 22/min
- SpO<sub>2</sub> < 95% en air ambiant (en l'absence d'affection respiratoire chronique)
- Pression artérielle systolique < 100 mmHg (en l'absence d'antihypertenseur)
- Altération de la conscience, confusion, somnolence
- Déshydratation
- Altération brutale de l'état général chez le sujet âgé.

2/ VIGILANCE PARTICULIERE POUR LES PERSONNES AVEC FACTEUR DE RISQUE DE FORME GRAVE, Y COMPRIS LES PERSONNES VACCINEES

- Âge ≥ 65 ans
- ATCD cardiovasc : HTA compliquée, AVC, coronaropathie, chir cardiaque
- Insuffisance cardiaque NYHA III ou IV
- Diabète chronique non équilibré ou avec complications
- Pathologie respiratoire chronique susceptible de décompenser
- Insuffisance rénale chronique dialysée
- Cancer sous traitement (hors hormonothérapie)
- Immunodépression :
  - Médicamenteuse
  - Infection à VIH non contrôlée ou avec CDA < 200/mm<sup>3</sup>
  - Greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques
  - Hémopathie maligne en cours de traitement
- Cirrhose ≥ stade B
- Obésité IMC > 30
- Grossesse à partir du 3<sup>ème</sup> trimestre

- ❖ A ce jour pas de modification thérapeutique majeure depuis 2020 pour la majorité des patients
  - ❖ Paracétamol
  - ❖ +/- traitement anticoagulant
  - ❖ Corticoïdes uniquement si besoin d'O2
  - ❖ Antibiothérapie non systématique

**Les patients à très haut risques de formes graves pourront prochainement bénéficier de thérapeutiques actives sur Omicron en curatif précoce (IP et Ac monoclonaux)**

- ❖ Ne pas méconnaître une infection bactérienne associée ! Ou un autre diagnostic non infectieux !
  - ❖ Ex : pneumopathie aigue communautaire ou IUH chez un patient COVID...
- ❖ Forte prévalence d'infections COVID Omicron asymptomatiques chez les vaccinés
- ❖ Ne pas oublier la grippe

# Oxygénothérapie

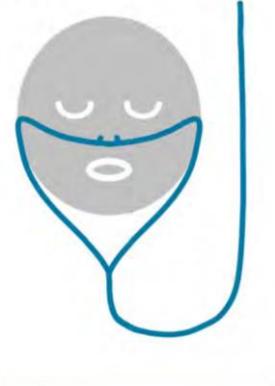
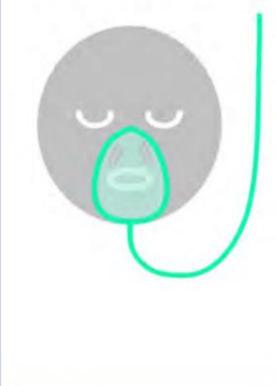
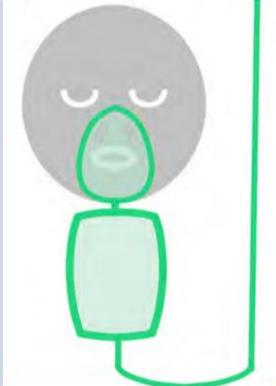
Pr Marjolaine Georges  
Service de Pneumologie et Soins Intensifs  
Respiratoires  
CHU Dijon Bourgogne



# Quelle source d'oxygénothérapie utiliser ?

Extracteurs fixes	Oxygénothérapie liquide	Bouteilles d'O2 gazeux
		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peu onéreux</li> <li>- Simple d'utilisation</li> <li>- Peu encombrant</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Onéreux</li> <li>- Silencieux</li> <li>- <b>Débits élevés (15 l/min ou +)</b></li> <li>- <b>Déambulation hors du domicile</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Peu onéreux</li> <li>- Silencieux</li> <li>- Débits élevés (<math>\leq 15</math> l/min)</li> <li>- Déambulation hors du domicile</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Débit limité à 5 ou 9 l/min (un seul modèle, peu disponible)</b></li> <li>- <b>Bruyant</b></li> <li>- <b>Pas de déambulation hors du domicile</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Encombrant</b></li> <li>- <b>Livraisons régulières (prendre en compte l'accessibilité du domicile)</b></li> <li>- <b>Théoriquement prescription limitée aux pneumologues</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Très faible autonomie (secours si O2 24h/24 ou déambulation)</b></li> </ul>
<p><b>L'oxygénothérapie à haut débit et humidifiée n'est pas possible au domicile.</b></p>		

# Quelle interface utiliser ?

Lunettes	Masque à moyenne concentration	Masque à haute concentration
		
<ul style="list-style-type: none"><li>- Débit jusque 6 l/min</li><li>- Confort pour manger et parler</li><li>- Discret</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Débit entre 6 et 10 l/min</li><li>- Efficace si respiration buccale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Débit entre 10 et 15 l/min</li><li>- <b>Permet de délivrer des FiO2 élevées</b></li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>- <b>Moins efficace en cas d'ouverture buccale</b></li><li>- <b>Risque de saignement de nez</b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Moindre confort</li><li>- Peu discret</li><li>- <b>Claustrophobie</b></li><li>- <b>Réinhalation du CO<sub>2</sub></b></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Moindre confort</li><li>- Peu discret</li><li>- <b>Claustrophobie</b></li><li>- <b>Réinhalation du CO<sub>2</sub></b></li></ul>

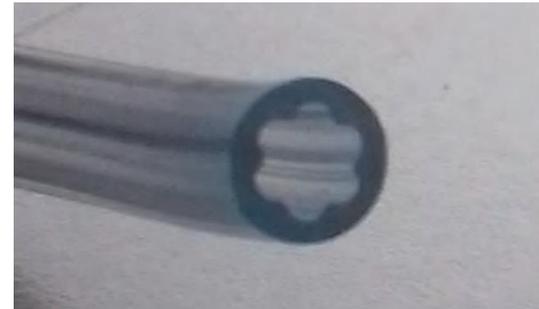
# Autres matériels

- Tubulure étoilée anti-écrasement
- Tubulure longue et raccords bicôniques

Tubulure standard à renflement



Tubulure étoilée anti-écrasement



- Oxymètre de pouls



**L'ensemble du matériel est fourni par le prestataire**

**Le prestataire assure l'éducation des personnes à domicile à l'utilisation de l'O<sub>2</sub>**

# 1/ Sevrage de l'oxygénothérapie à domicile après une hospitalisation pour pneumonie grave à Covid19

- Contact préalable avec le médecin généraliste, l'IDE, le prestataire
  - pour vérifier les critères d'éligibilité et assurer le suivi du patient 2 à 3/j
- Le patient est informé
  - des téléphones de l'équipe hospitalière et des urgences joignables 24h/24
  - des modalités d'utilisation des dispositifs ( $O_2$ , oxymètre) dont il dispose
  - des signes d'aggravation devant conduire à l'appel du SAMU
- **Titration de l'oxygénothérapie**
- **Commencer au même débit qu'à l'hôpital sous contrôle de la  $SpO_2$**
- **si  $SpO_2 > 96 \%$ , baisser l' $O_2$  d'1L/min toutes les 12 h**
- En cas de  $SpO_2 < 90 \%$ , contrôle dans les 15 min suivantes

## 2/ Indication d'oxygénothérapie à domicile pour la PEC initiale d'une pneumonie grave à Covid19

- Patient autonome
- domicile salubre avec isolement possible (chambre seule)
- et à moins de 30 min d'une structure d'urgence
- présence d'un aidant 24h/24

L'oxygène doit être utilisé probablement dès que la  $SpO_2$  est inférieure à 92 %

La  $SpO_2$  cible est entre 92 et 96 %

Commencer à 1 l/min et titrer  $\pm 1$  l/min en fonction de la  $SpO_2$

Le maintien à domicile doit être argumenté si le débit est  $> 3$  l/min pour obtenir une  $SpO_2 \geq 92$  %

Surveillance rapprochée ( $SpO_2$ , fréquence respiratoire, clinique)

**Toujours être vigilant à la disproportion entre signes cliniques de DRA et  $PaO_2$**

## FdR des formes inflammatoires sévères

- âge > 65 ans
- hypertension artérielle
- diabète de type 2 compliqué et mal équilibré
- terrain vasculaire (AVC, coronaropathie, chirurgie cardiaque)
- IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>
- insuffisance cardiaque
- mal respiratoires à risque de décompensation
- insuffisance rénale chronique dialysée
- néoplasie évolutive sous traitement
- cirrhose ≥ stade B
- syndrome drépanocytaire majeur ou asplénie
- grossesse
- immunodépressions (médicament, greffe d'organe, VIH)

## Motiver l'hospitalisation si

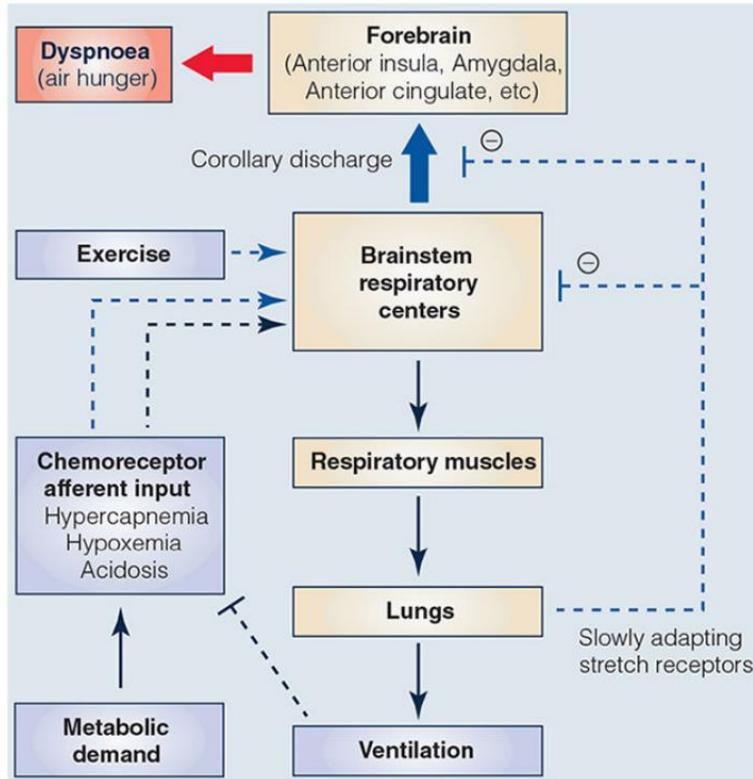
- dégradation respiratoire ( $O_2 > 2$  l/mn pour  $SpO_2 > 94\%$  et  $FR < 24$ /mn)
- rechercher une complication (embolie pulmonaire, myocardite)
- fièvre > 39°
- adypsie / Aphagie com
- décompensation d'une comorbidité (acidocétose, trouble du rythme)
- corticothérapie déjà en place

**Statut vaccinal ?**

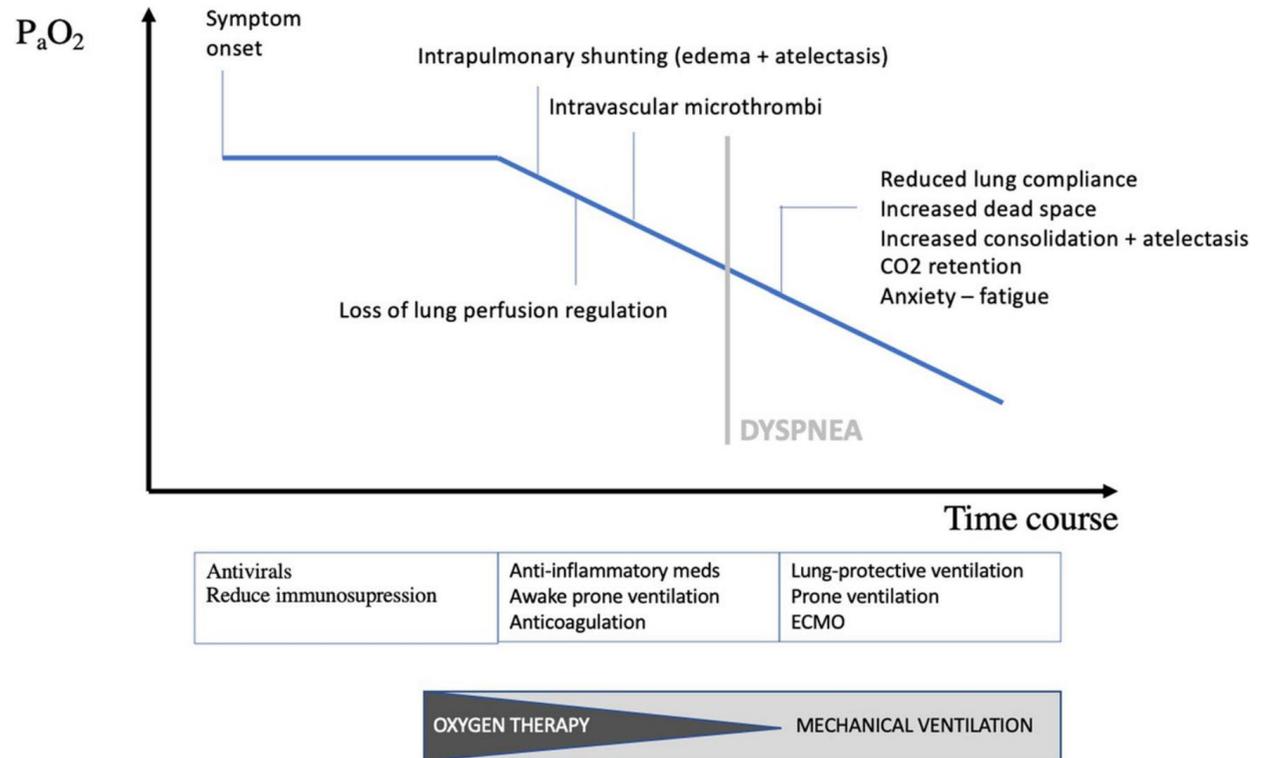
**Sérologie vaccinale ?**

**Type de variant ?**

# 'Happy' or 'silent' hypoxemia in Covid19 patients



Simonson, J Physiol 2021



Dhont, Respir Res 2020

### 3/ Si le maintien au domicile est justifié et le débit > 5 l/min

- S'accompagne d'une corticothérapie et d'une anticoagulation prophylactique
- **Changer la source d'oxygène**
  - Extracteur Platinium jusque 9 l/min
  - Oxygénothérapie liquide
- **Changer d'interface**
  - Attention : avec le masque à haute concentration, le débit doit être suffisant pour gonfler la réserve (> 6 l/min)
- Discuter **morphiniques et anxiolytiques** si la dyspnée n'est pas soulagée ou si le patient reste inconfortable

# Quelle ordonnance pour l'oxygénothérapie ?

- Prescription O<sub>2</sub> à court terme, possible pour tous les médecins généralistes
- Débit au repos et à l'effort
- Durée sur 24 heures
- Source principale d'O<sub>2</sub> : extracteur 5l/min, extracteur 9l/min, O<sub>2</sub> liquide
  - + source de secours : grande bouteille d'O<sub>2</sub>
  - + source de mobilité : petite bouteille d'O<sub>2</sub>
- Interface : lunettes, masque à moyenne ou haute concentration
- Mise à disposition d'un oxymètre de pouls
- QSP 1 mois, AR 2 fois si besoin

# SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE GÉRIATRIQUE : RÉFLEXIONS SUR LES INDICATIONS DE L'HOSPITALISATION

**Dr Séverine KOEBERLE**  
Chef de service de Gériatrie  
Médecin responsable plateforme gériatrique  
CHU de Besançon



# Spécificités de la PEC gériatrique

- Présentation clinique atypique
  - *Symptômes digestifs en particulier la diarrhée*
  - *Décompensation d'états poly pathologiques*
  - *Fréquence des syndromes gériatriques : chutes, syndrome confusionnel, déshydratation, AEG*
- Moins de formes graves respiratoires pour les schémas vaccinaux complets
- PEC réanimatoires extrêmement lourdes avec pronostics fonctionnels médiocres chez les > 75 ans fragiles (CFS > 4) en particulier obésité sarcopénique, IR, diabète et DPE
  - => Nécessité d'évaluation de la réserve fonctionnelle

# Score de Fragilité Clinique



**1 Très en forme** - Personnes qui sont robustes, actives, énergiques et motivées. Ces personnes font de l'exercice régulièrement. Ils sont parmi les plus en forme de leur âge.



**2 Bien** - Personnes qui ne présentent **aucun symptôme de maladie active** mais sont moins en forme que la catégorie 1. Font souvent, des exercices ou sont très **actives par période**. (par exemple des variations saisonnières).



**3 Assez bien** - Personnes dont les **problèmes médicaux sont bien contrôlés**, mais ne sont **pas régulièrement actives** au-delà de la marche quotidienne.



**4 Vulnérable - Sans être dépendantes** des autres pour l'aide quotidienne, souvent leurs **symptômes limitent leurs activités**. Une plainte fréquente est d'être ralentie et/ou d'être fatiguée pendant la journée.



**5 Légèrement fragile** - Personnes qui ont souvent un **ralentissement plus évident**, et ont besoin d'aide dans les **activités d'ordre élevé de la vie quotidienne** (finances, transport, grosses tâches ménagères, médicaments). Généralement, la fragilité légère empêche progressivement de faire les courses, de marcher seul dehors, de préparer les repas et de faire le ménage.



**6 Modérément fragile** - Personnes qui ont besoin d'aide pour **toutes les activités à l'extérieur** et pour l'**entretien de la maison**. A l'intérieur, elles ont souvent des problèmes pour monter/descendre les escaliers, ont besoin d'aide **pour prendre un bain** et pourraient avoir besoin d'une aide minimale (être à coté) pour s'habiller.



**7 Sévèrement fragile - Totalement dépendantes pour les soins personnels**, quelle que soit la cause (physique ou cognitive). Malgré tout, elles semblent stables et n'ont pas un risque élevé de décéder (dans les prochains 6 mois).



**8 Très sévèrement fragile** - Totalement dépendantes, la fin de vie approche. Typiquement, elles ne pourraient pas récupérer même d'une maladie mineure/ maladie légère.



**9 En phase terminale** - Approchant la fin de vie. Cette catégorie concerne les personnes ayant une **espérance de vie < 6 mois**, qui **sinon ne sont pas fragiles de façon évidente**.

## Classification de la fragilité des personnes atteintes de démence.

Le degré de fragilité correspond au degré de démence.

Les **symptômes courants de démence légère** inclus : l'oubli des détails d'un événement récent mais le souvenir que l'événement a eu lieu, la répétition de la même question / histoire et le retrait social.

Dans la **démence modérée**, la mémoire récente est très altérée, même si les personnes peuvent bien se rappeler des événements de leur vie passée. Ils peuvent faire des soins personnels avec incitation.

Dans la **démence grave**, elles ne peuvent pas faire les soins personnels sans aide.

# Le niveau de soins

- **Il s'agit d'un outil qui permet :**
  - *De formaliser les discussions entre le patient, son représentant si il est désigné et son médecin concernant son projet de soins*
  - *De favoriser la communication entre les professionnels intervenants dans le cercle de soins du patient autour d'un même objectif partagé par tous*
  - *De mettre du sens à la prise en charge aussi bien en termes de soins que de parcours*
- Le projet de soins permet de se **situer entre abandon thérapeutique et obstination déraisonnable du point de vue du patient** en concertation avec son médecin généraliste.
- En théorie, ce projet **se formalise en dehors d'un contexte d'urgence** avec le médecin qui connaît le mieux le patient, son contexte de vie, ses espoirs et ses représentations.

- Avis CCNE, n° 121 : Fin de vie, autonomie de la personne et volonté de mourir.  
- Dossier « Loi Leonetti-Claeys, nouveaux droits, nouveaux enjeux » ; La revue du praticien, Vol 67 – décembre 2017.  
- ANESM, Accompagner la fin de vie des personnes âgées en EHPAD, janvier 2017.  
- IGAS, Evaluation de l'application de la loi du 2 février 2016 sur la fin de vie ; Tome 1 : rapport, avril 2018.  
- HAS, La personne de confiance, avril 2016.  
- Loi Claeys Leonetti n°2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.  
- Loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

# Comment réaliser un projet de soins ?

- **Les informations indispensables**

- Une estimation médicale de l'espérance de vie hors situation aiguë : comorbidités actives, dépendance dans les activités de vie quotidienne, une estimation des capacités décisionnelles (<https://eprognosis.ucsf.edu/>)
- Une estimation médicale de la gravité de la pathologie aiguë en cours : diagnostic, évolution, pronostic vital, fonctionnel, bénéfices/risques des traitements entrepris, cercle de soins en place, isolement ...
- L'expression du choix du patient de façon directe (consentement éclairé ou refus), indirecte (consentement substitutif par les directives anticipées, une personne de confiance désignée) ou absence de consentement en cas d'urgence en lien avec le cercle familial le plus à même d'orienter la prise de décision médicale.

- **Le processus délibératif**

- En pluridisciplinarité : au minimum le cercle de soins du patient : médecin traitant, IDE, kiné, diététicienne ...
- En collégialité : besoin de recours à l'avis d'un médecin extérieur (plateforme d'appel gériatrique par exemple).

- **La traçabilité**

- Le processus délibératif doit faire l'objet d'une traçabilité écrite, datée, mentionnant les participants
- Le relevé des conclusions doit être accessible par tout professionnel du cercle de soins.