

Le 18 mars 2020

Le rôle des unités IMC pendant la pandémie COVID-19

Situation initiale

Sur la base de l'évolution de l'épidémie dans le nord de l'Italie et de son extension au canton du Tessin, nous pouvons partir du principe que fin mars-début avril le reste de la Suisse devra faire face à une situation d'urgence sanitaire globale. On ne sait pas si les mesures prises par le Conseil fédéral et relayées par l'OFSP, ayant pour but de réduire massivement les contacts sociaux, entraîneront un confinement effectif et un ralentissement de la vague épidémique.

En Italie, l'urgence absolue a éclaté en 24 jours, avec comme conséquence une pénurie précoce de lits de soins intensifs et 10% du personnel médical atteint par le virus. Après l'augmentation de la capacité d'accueil des malades critiques et la fermeture des blocs opératoires, la Lombardie compte plus de 920 postes de ventilation. En regard, 200 patients nécessitant des soins intensifs s'ajoutent chaque jour.

Afin de lutter contre cette épidémie, il est critique qu'une coopération serrée se développe aussi rapidement que possible entre les responsables politiques et les prestataires médicaux, de manière à évaluer précisément les ressources disponibles et mettre en œuvre les mesures nécessaires. Nos représentants de la Société Suisse de Médecine Intensive discutent, en ce moment, avec les autorités sanitaires, la mise en œuvre de mesures face à l'épidémie.

L'objectif de cette Newsletter est de faire le point sur la situation actuelle et proposer une réflexion sur laquelle les cliniciens pourront se baser pour définir des critères de triage dans les hôpitaux accueillant des malades souffrant du COVID-19.

Possibilités de développement de l'activité des IMC et recommandations de triage

Environ quatre-vingts pour cent des patients ont une évolution cliniquement peu inquiétante sans nécessité d'hospitalisation. Vingt pour cent des malades doivent être hospitalisés parce qu'ils présentent des symptômes sévères et 5 % seront en état critique (ZunyouWu, MD, et al. JAMA Published online February 24, 2020).

L'évolution de la maladie chez les patients hospitalisés pour une infection à COVID-19 se décompose essentiellement en 3 phases, lorsque le pronostic est mauvais :

- Phase 1, jours 1 à 5: réplication du virus, clinique légère avec fièvre, toux, courbatures, etc.
- Phase 2, jours 5 à 7 : mécanismes d'activation du système immunitaire et détérioration clinique avec augmentation de la dyspnée et de l'hypoxémie (médiane à partir du jour 6).
- Phase 3, à partir du jour 8: patients en phase critique avec développement potentiel d'un SDRA, d'un choc septique, d'une défaillance multiviscérale ou choc cardiogénique. (Young et al 3/3/2020).

Les données épidémiologiques sont actuellement insuffisantes pour définir des règles de triage des malades. Pendant la phase initiale de la maladie (jours 1 à 5), la vieillesse, un score SOFA élevé, la présence de co-morbidités et une augmentation des D-dimères sont des facteurs d'évolution défavorable. (2) Au cours de l'évolution de la maladie (à partir du jour 6), les valeurs de laboratoire (augmentation de la CRP et de la ferritine, lymphocytes, etc...) semblent fournir une indication possible d'un mauvais pronostic. (3)

Afin d'utiliser les ressources humaines et matérielles pendant la phase pandémique du COVID-19 aussi efficacement et économiquement que possible, les critères de triage pour les

différents services médicaux hospitaliers (services généraux, unités de soins intermédiaires, unités de médecine intensive) sont essentiels, afin d'éviter l'effondrement du système de santé en quelques semaines. Il convient d'ajuster les critères de manière dynamique en fonction de l'évolution de la pandémie qui peut passer brutalement d'une phase compensée à une phase décompensée. Les facteurs susceptibles d'accélérer une décompensation du système de santé pendant la phase pandémique sont par exemple : l'augmentation rapide et brutale du nombre de patients nécessitant une prise en charge aux soins intensifs, l'absentéisme des employés atteints par la maladie virale, l'insuffisance des ressources matérielles (ventilateurs, matériel de protection des soignants et chambres de médecine intensive).

Le principal objectif des recommandations de triage pendant la phase de « pandémie compensée » est d'assurer des soins optimaux aussi bien aux patients COVID-19 +, qu'aux « patients non COVID-19 ».

En cas de situation de décompensation, c'est-à-dire si un état d'urgence est déclaré, les critères de triage devraient être ajustés pour aider à garantir la survie du plus grand nombre de patients COVID-19 + et des autres malades, tout en s'assurant que les ressources humaines et matérielles soient déployées conformément aux besoins. Dans le même temps, nous avons également l'obligation d'assurer la prise en charge des « patients non COVID-19 » dans cette situation.

La CRUIMC recommande de mettre à niveau les unités de soins intermédiaires du point de vue des ressources matérielles et humaines afin de soutenir ou de soulager les unités de soins intensifs. L'infrastructure des unités de soins intermédiaires permet un large éventail de soins, et peut être utilisée comme unité de médecine intensive. Cependant, il est impératif que les unités de soins intermédiaires modernisent et accroissent aussi bien leur matériel (appareils respiratoires, dispositifs VNI, OHD, surveillance invasive, etc.) que leur personnel médico-infirmier en qualité et en quantité, pour assurer la sécurité des patients. Dans les circonstances de pandémie décompensée, il peut être acceptable de valider une prise en charge dégradée des patients. Cette situation implique que les patients sont traités le mieux possible avec des moyens matériels et humains insuffisants selon les standards habituels.

Avec la Société Suisse de Médecine Intensive (SSMI), nous sommes en train de formuler des recommandations de triage. L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) a mandaté l'Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM) pour réviser les directives éthiques dans une situation de pandémie. Ces documents vous seront transmis dès qu'ils seront disponibles.

Quelle que soit l'état de dégradation des moyens de prise en charge, la protection du personnel médico-soignant travaillant dans un hôpital reste une priorité indiscutable de la mise en œuvre d'un plan pandémique réussi. Cela implique une formation minutieuse du personnel sur la façon de mettre en œuvre les moyens de protection individuels (mise et retrait des vêtements de protection), sur l'organisation du flux, et sur la prise en charge des patients infectés.

Le recrutement précoce de personnel supplémentaire et une planification opérationnelle adaptée doivent également être menés, car la pandémie est susceptible de durer plusieurs semaines et d'entraîner un épuisement précoce de l'équipe soignante.

Prochaines étapes

La SSMI et la CRUIMC essaieront de soutenir au mieux les unités de médecine intensive et de soins intermédiaire de Suisse avec des informations utiles. L'objectif est de créer un réseau où un échange rapide et régulier d'informations et d'idées utiles sera possible. Dans le même temps, des efforts sont déployés pour créer une base de données pour les patients COVID-19 afin de répondre au plus vite aux questions médicales importantes.

Au nom de la CRUIMC et de la SSMI, nous tenons à vous remercier chaleureusement pour votre investissement.

Pour la CRUIMC



Dr méd. Jolanda Contartese
Présidente CRUIMC



Pr Dr méd. Werner Z'Graggen
Vice-Président CRUIMC

Pour la SSMI



Pr Dr méd. Thierry Fumeaux
Président gestionnaire



Franziska Von Arx-Strässler
Présidente soins

Littérature

1. Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China Summary of a Report of 72 314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *Zunyou Wu, Jennifer M. McGoogan, JAMA Published online February 24, 2020*
2. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study *Fei Zhou*, Ting Yu*, Ronghui Du*, Guohui Fan*, Ying Liu*, Zhibo Liu*, Jie Xiang*, Yeming Wang, Bin Song, Xiaoying Gu, Lulu Guan, Yuan Wei, Hui Li, Xudong Wu, Jiuyang Xu, Shengjin Tu, Yi Zhang, Hua Chen, Bin Cao « The lancet.com » 9.3.2020*
3. Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China *Qiurong Ruan^{1,2}, Kun Yang³, Wenxia Wang⁴, Lingyu Jiang⁵ and Jianxin Song^{4*} Intensive Care Med <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05991-x> published 3.3.2020*