

AVIS

relatif à la prise en charge à domicile¹ ou en structure de soins² des cas de COVID-19 suspectés ou confirmés (complémentaire aux avis des 5 et 23 mars 2020)

8 avril 2020

Dans les suites de ses avis du 5 mars 2020 relatif à la prise en charge des cas confirmés d'infection au virus SARS-CoV2 et du 23 mars 2020 relatif aux recommandations thérapeutiques dans la prise en charge du COVID-19, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) complète ces deux avis afin de préciser la prise en charge des cas de COVID-19 suspectés ou confirmés en ambulatoire.

Dans le contexte de l'épidémie à SARS-CoV-2, responsable du COVID-19, le HCSP a réactivé le groupe de travail « grippe, coronavirus, infections respiratoires émergentes » composé d'experts membres ou non du HCSP. Un sous-groupe dédié à l'aspect thérapeutique du COVID-19 a été constitué. Des membres de ce sous-groupe ainsi que des professionnels de l'hospitalisation à domicile, des membres du collège de médecine générale et du collège national des généralistes enseignants, une radiologue, un gériatre et des membres de la société d'infectiologie en langue française ont également participé à l'élaboration des recommandations figurant dans cet avis.

Contexte

Le 11 mars 2020 l'organisation mondiale de la santé (OMS) déclarait la pandémie à COVID-19. Depuis le 15 mars 2020, la France est au stade 3 de l'épidémie ; la circulation du virus SARS-CoV-2 est active sur l'ensemble de territoire avec toutefois des situations territoriales hétérogènes

Si les cas les plus graves de COVID-19 doivent être pris en charge en milieu hospitalier, la plupart des cas, sans gravité, peuvent être pris en charge en ambulatoire.

Le HCSP a pris en compte

¹ Y compris hospitalisation à domicile (HAD) et établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

² Cabinet médical ou maison médicale ou centre de santé (hors établissements de santé).

- les données épidémiologiques de l'infection à SARS-CoV-2 ;
- le développement des techniques de consultation à distance ;
- les recommandations relatives au traitement du COVID-19 figurant dans l'avis du HCSP du 23 mars 2020 ;
- la prise en charge ambulatoire de la majorité des cas de COVID-19 sans gravité ;
- la nécessité de coordonner les structures d'offre de soins, impliquant l'ensemble des professionnels de santé de premier recours autour des spécialistes de médecine générale ;
- la possibilité de mettre en place une hospitalisation à domicile (HAD) pour certaines situations qui ne nécessitent pas une hospitalisation conventionnelle ;
- la nécessité d'assurer la prise en charge des patients ayant une suspicion de COVID-19 dans des conditions optimales de sécurité (mesures barrières efficaces) pour eux-mêmes, leur entourage et les soignants.

1. Données épidémiologiques

Le 11 mars 2020, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) déclarait la pandémie de COVID-19. La France est au stade 3 de l'épidémie depuis le 15 mars 2020. La circulation du virus est intense sur le territoire avec toutefois une hétérogénéité de la répartition des cas de COVID-19 sur ce territoire.

Au 07 avril 2020, 78 167 cas confirmés de COVID-19 (38 cas le 27 février 2020) étaient identifiés en France. 7 131 personnes étaient hospitalisées en réanimation et 10 328 patients étaient décédés (ce chiffre incluant les décès au sein des EHPAD). L'âge médian des malades était de 60 ans. Au niveau mondial, plus d'un million de cas sont recensés dans plus de 200 pays, l'Europe et les États-Unis constituant actuellement l'épicentre de cette épidémie.

2. Présentation clinique du COVID-19

La période médiane d'incubation s'étend selon les données actuelles de 4 (4.4-5.5) à 4.9 (2-7) jours [1,2], toutefois, les symptômes peuvent apparaître entre 2 et 14 jours après l'exposition [3].

La présentation clinique du COVID-19 est caractérisée par une symptomatologie polymorphe qui peut rapidement s'aggraver avec l'apparition d'une dyspnée pendant la première ou la deuxième semaine d'évolution.

2.1 Formes asymptomatiques

Plusieurs études portant sur des clusters familiaux ont retrouvé des cas asymptomatiques ou pauci symptomatiques à l'origine de contamination de l'entourage [4].

Dans une étude sur l'investigation du bateau de croisière Diamond Princess, le pourcentage de cas asymptomatiques a été estimé à 17,9% (95% CrI : 15.5–20.2%) [5].

Au cours de l'investigation d'un cluster dans une EHPAD à Washington, 13 des 23 (57%) résidents positifs pour le SARS-CoV2 étaient asymptomatiques la première semaine mais 10 d'entre ont développé des symptômes la deuxième semaine portant à 3/23 (13%) le taux de personnes asymptomatiques [6]

2.2 Symptômes de COVID-19 rapportés dans la littérature, sur des cas confirmés

- La triade fièvre, toux, dyspnée proposée par le *Center for disease control* (CDC) [3] n'est pas toujours constatée au stade précoce de la maladie.

- **La fièvre** n'est pas toujours présente.

Dans les cohortes chinoises, elle était retrouvée respectivement dans 83%, 94% et 98% des cas dans trois séries de patients hospitalisés [7-9]. Dans la cohorte de Guan et al, incluant des personnes non hospitalisées, seulement 59% des cas confirmés avaient plus de 38 °C [2]. Dans un cluster de sujets âgés en EHPAD, la fièvre n'a été constatée que chez 4,3% des cas confirmés [6].

On rappelle qu'une température d'au moins 38 °C le matin ou de 38,3 °C le soir, est nécessaire pour définir la fièvre [10]. La température de référence est la température rectale. Toutes les autres méthodes sont sources d'erreur, et ne peuvent que servir de point d'appel [11].

Dans les séries chinoises, les normes de température sont différentes. Dans une étude sur les facteurs de risque de mortalité chez 191 patients hospitalisés, Zhou et al. définissent la fièvre par une température axillaire d'au moins 37,3 °C [8].

- **La toux**

Selon quatre séries chinoises de patients hospitalisés, la toux est constatée dans 59% [2], 79% [8], 81% [7] et 82% des cas [12]. La toux est accompagnée d'une expectoration chez 33,7% des 1099 patients de la série de Guan et al, comportant des patients non hospitalisés [2].

La toux est moins fréquente chez les personnes âgées (30% des cas dans le cluster de cas en EHPAD à Washington [6]. La durée de la toux peut être supérieure à 14 jours [13]. Toutefois les infections respiratoires basses sont souvent à l'origine de toux post-infectieuses durant plus de 6 semaines (toux subaiguës) et certaines toux chroniques (plus de deux mois) ont fréquemment pour cause une rhinite persistante [14].

- **La dyspnée**

Selon quatre séries chinoises, la dyspnée est constatée chez 18,7% [2], 31% [7,9] et 55% des patients. Dans la série de Zhou et al, 29% des patients avaient une fréquence respiratoire supérieure à 24 cycles/minutes [8]. Le délai médian d'apparition de la dyspnée était respectivement de 5 jours [1-10] et de 8 jours [5-11] dans deux séries de 138 et 41 patients hospitalisés à Wuhan [9, 12].

➤ **Les autres symptômes sont moins souvent signalés :**

- **des myalgies** sont rapportées dans 11% à 44% des cas selon les séries de cas hospitalisés [7, 12]. Dans la cohorte de Guan et al et dans celle de Zhou et al, ce symptôme est rapporté chez 15% des patients [2, 8] ;
- **des céphalées** sont rapportées chez 6,5% à 13,6% selon les séries [7, 9, 12] ;
- **des maux de gorge** sont présents chez 5%, 17,4%, 13,9% des patients selon les séries [2, 7, 9] sans indication de durée ;
- **une congestion nasale** est rapportée chez 4,8% des 1099 patients de l'étude de Guan et al [2]. Une rhinorrhée a été retrouvée chez 4% de 99 hospitalisés à Wuhan [7] ;
- **une anosmie et/ou une agueusie.** Le Conseil national professionnel d'ORL a constaté une recrudescence d'**anosmies** brutales sans obstruction nasale, parfois isolées qui pourraient être en relation avec le COVID-19 [15]. Des sociétés savantes d'ORL d'autres pays européens ont également signalé ces symptômes [16]. Les études ayant fait état de ces symptômes au cours du COVID-19 sont rares [17,18] et il n'est pas formellement établi, à ce jour, que

ces symptômes sont liés à l'infection par le SARS-CoV2. D'autres études sont en cours. La DGS recommande toutefois dans un DGS urgent qu'en présence d'une anosmie sans obstruction nasale et/ou **une agueusie**, le diagnostic de COVID-19 est à considérer comme vraisemblable et implique l'isolement du patient de facto [15] ;

- **une diarrhée** est signalée chez 3%, 5% et 10% respectivement dans trois séries de patients hospitalisés [8,9,12]. Parmi les 1099 patients de l'étude de Guan comportant des patients non hospitalisés 3,8% avaient la diarrhée [2] ;
- **des nausées/ vomissements** sont présents chez 1%, 5% et 13,7% respectivement dans trois séries de patients hospitalisés [7-9]. Parmi les 1099 patients de l'étude de Guan comportant des patients non hospitalisés 5% avaient des nausées/ vomissements [2] ;
- **les douleurs thoraciques** sont peu fréquentes selon les données des premières cohortes chinoises. Ce symptôme est signalé chez deux patients (2%) de la cohorte de Chen et al [7].

➤ **Chez les personnes âgées on retrouve souvent au premier plan ;**

- **une symptomatologie digestive : diarrhée, vomissements, nausées ;**
- ces symptômes initialement non fébriles sont souvent au premier plan [15]. Dans le cluster en EHPAD à Washington, 17% des cas confirmés avaient des malaises et 13% avaient des nausées [6] ;
- un état **confusionnel**.

➤ **Formes avec complications cardiovasculaires**

- comme pour les infections à SARS-CoV et à MERS-CoV des atteintes à type de myocardites aiguës et des arythmies cardiaques ont été rapportées au cours des infections à SARS-CoV-2, particulièrement au cours des formes graves avec syndrome de détresse respiratoire aigüe (SDRA), sans que la fréquence ait pu être déterminée [19] ;
- on rappelle que les patients diabétiques et/ou ayant une pathologie cardiaque préexistante ont un risque plus élevé de complications cardiovasculaires au cours du COVID-19 et/ou de forme grave de la maladie [20].

➤ **Symptomatologie et risque d'évolution vers un COVID-19 grave**

Dans une série de 191 patients, la fréquence des différents signes cliniques cités ci-dessus (fièvre, toux, expectoration, myalgies, diarrhée, nausées ou vomissements) n'était pas significativement différente en fonction de l'évolution fatale ou pas, en dehors de la dyspnée (fréquence respiratoire > 24 cycles/minute) [8].

Toutes les études menées en Chine montrent une corrélation entre le risque de forme grave ou de décès et d'une part l'âge, particulièrement à partir de 70 ans, et d'autres part l'existence de comorbidités [8, 9, 21].

En France, au 24 mars 2020, parmi 10 176 cas hospitalisés, l'âge moyen des 2 516 (24,7 %) personnes admises en réanimation était de 65 ans et la répartition en fonction des classes d'âge était la suivante : moins de 15 ans : 1%, 15-44 ans : 8%, 45-64 ans : 29%, 65-74 ans : 36%, et plus de 75 ans : 26%.

Parmi les 1100 (10,8 %) patients décédés, 93% étaient âgés de 65 ans et plus. Le taux de mortalité était, pour les mêmes classes d'âge, respectivement, de 0%, 0%, 9%, 32% et 59%. Parmi 15 956 personnes passant dans les services d'urgence pour suspicion de COVID-19 du 16 au 22 mars, celles de 65 ans et plus et celles de 75

ans ou plus avaient été hospitalisées respectivement dans plus de 2 cas sur 3 et dans 80%. [Santé publique France 24 mars : <https://www.santepubliquefrance.fr/>]

2.3 Signes d'alerte de gravité

Il existe différentes formes cliniques de l'infection à SARS-CoV-2 [22]

- des formes asymptomatiques, pauci-symptomatiques et des pneumonies sans signe de gravité.
- des formes graves, d'emblée ou secondairement : les aggravations observées à la fin de la première ou pendant la deuxième semaine sont décrites comme d'évolution très rapide vers des syndromes de détresse respiratoire aiguë et des tableaux nécessitant une prise en charge en réanimation.

Les signes d'alerte suivants sont des indications d'hospitalisation car en faveur d'une possible aggravation d'évolution très rapide :

Critère majeur

- **saturation en oxygène mesurée avec une oxymétrie de pouls (SpO2) < 95% en air ambiant** (en l'absence d'affection respiratoire chronique hypoxémiante) ;

Autres critères

- polypnée (fréquence respiratoire > 24 cycles /minute au repos) ;
- chute de la pression artérielle systolique < 100 mm Hg (en l'absence de prise d'antihypertenseurs).
- altération brutale de l'état général ou de la vigilance chez le sujet âgé ;

2.4 Signes de gravité

Les signes de gravité suivants sont des indications d'appel au SAMU-Centre 15 :

- saturation en oxygène mesurée à l'oxymétrie de pouls (SpO2) < 90% en air ambiant ;
- polypnée (fréquence respiratoire > 30 cycles /min ;
- chute de la pression artérielle systolique < 90 mm HG ;
- altération de la conscience, confusion, somnolence.

3. Prise en charge des cas ambulatoire

3.1 Organisation des soins ambulatoires

En période de crise épidémique, les réponses sanitaires doivent pouvoir s'appuyer sur l'organisation actuelle des soins de première ligne, dont le maillage territorial est un atout [23]. Les initiatives renforçant la coordination des soins entre les professionnels de santé de première ligne (médecins généralistes, pharmacien(ne)s, kinésithérapeutes, infirmier(es) etc..) doivent être accompagnées et valorisées. Qu'il s'agisse de structures préexistantes (cabinet de groupe, maison de santé pluridisciplinaire (MSP), centre de santé (CDS), communautés professionnelles territoriales de santé (CTPS), réseaux de soins, dispositif Asalée) et/ou de structures dédiées au COVID-19. La collaboration avec le ou les

établissements d'HAD du territoire doit être recherchée afin qu'elle puisse être opérationnellement établie en cas de besoin.

L'objectif est de pouvoir répondre à l'urgence sanitaire actuelle tout en assurant la continuité des soins pour le suivi médical de la population et des personnes souffrant de pathologies chroniques ainsi que pour la permanence de soins.

3.2 Mesures barrières et de distanciation physique pour les patients et les soignants

Pour les patients présentant un COVID-19 suspecté ou confirmé, l'application de ces mesures est essentielle lors de la prise en charge :

- Hygiène des mains et port de masque chirurgical par le patient dès le début de sa prise en charge quel que soit le lieu, au domicile, au cabinet libéral, en hospitalisation et en structure médico-sociale ;
- En milieu de soins ou en établissement médico-social, la double protection assurée par le port d'un masque chirurgical par la personne et par le soignant est une mesure barrière idéale lorsqu'elle est réalisable ;
- Application des mesures de distanciation physique :
 - à domicile : limiter les sorties et les visites de personnes à leur domicile à celles strictement essentielles,
 - en milieu de soins : possibilité de privilégier les alternatives aux consultations en présentiel qui feraient courir des risques aux patients (télémédecine, téléconsultations, renouvellement d'ordonnance par le pharmacien...), sans pour autant retarder les prises en charge, au cabinet, de problèmes aigus ou chroniques,
 - en structures de soins, mettre en place un circuit dédié et/ou une tranche horaire dédiée aux patients amenés à se déplacer.

Protection des soignants

- les soignants doivent pouvoir disposer de masques de protection (chirurgicaux et FFP2) à utiliser respectivement selon les situations [24], de solutions hydro-alcooliques, de gants et de surblouses en quantités suffisantes pour se protéger eux-mêmes et pour équiper les patients qui ne le seraient pas ;
- les soignants sont particulièrement exposés et peuvent contribuer à diffuser l'infection s'ils se trouvent contaminés. Leur statut professionnel est une indication prioritaire à un test de dépistage par RT-PCR en cas de symptômes évocateurs [20];
- des filières de prélèvements doivent être organisées pour permettre aux soignants de se faire prélever facilement. Les auto-prélèvements sont proscrits en raison du risque de résultats faussement négatifs liés à un prélèvement nasopharyngé incorrectement réalisé.

3.3 Éléments de diagnostic et d'orientation

3.3.1 Régulation téléphonique et téléconsultation

Place de la téléconsultation pour les patients suspects de COVID-19

La téléconsultation permet, dans certaines situations, d'apporter une aide médicale pour tenter d'évaluer la symptomatologie et l'éventuelle gravité, en respectant la stratégie de diminution des contacts actuellement préconisée [22].

Un guide de téléconsultation a été mis en place par le ministère de la santé : (Annexe 1 et tableau 1) https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche_medecin_v16032020finalise.pdf

Toutefois, il est nécessaire dans certaines situations d'examiner le patient pour l'ausculter, mesurer sa saturation en oxygène à l'aide d'un oxymètre de pouls (SpO2) et évaluer précisément sa fréquence respiratoire.

Aucun test n'a été validé dans le cadre de la téléconsultation en ambulatoire pour approximer la saturation en oxygène et la littérature scientifique ne fournit pas à l'heure actuelle de données claires sur la sécurité des soins dans le cadre de la téléconsultation. **L'existence de solutions numériques permettant une téléconsultation ne doit pas faire différer l'examen clinique du patient lorsque le médecin l'estime nécessaire.**

Au terme de l'évaluation par téléphone ou par tout autre mode de téléconsultation trois éventualités sont possibles :

- 1) le tableau clinique permet de proposer des conseils (mesures barrières, traitement symptomatique) et de mettre en place une solution de surveillance régulière (cf. infra) ;
- 2) une évaluation clinique ambulatoire (avec mesures de protections adéquates pour le soignant) est nécessaire pour effectuer un examen clinique avec mesure de la SpO2, de la fréquence respiratoire et de la fréquence cardiaque, de la pression artérielle systolique et de la température ;
- 3) une hospitalisation en urgence est indiquée, nécessitant un appel au Samu – centre 15 dans les situations où on retrouve un des signes d'alerte mentionné au paragraphe 2.3. La tachypnée perceptible lors de la conversation téléphonique est un élément d'alerte supplémentaire.

3.3.2 Place de l'examen physique

Il est essentiel de rechercher des signes infection respiratoire basse en contexte d'épidémie de COVID-19. Le diagnostic de pneumonie repose sur la présence d'une fièvre, d'une toux, de signes auscultatoires (localisés ou diffus) bien qu'inconstants, d'une fréquence respiratoire > 20 cycles /minute et d'une fréquence cardiaque > 100 /mn.

Il est essentiel de recueillir la **saturation en O₂** mesurée par oxymétrie de pouls, y compris en l'absence de signes d'infection respiratoire basse. Il est possible d'observer une désaturation en oxygène chez un patient qui ne se plaint pas de dyspnée.

Par ailleurs l'aspect du patient, la coloration de la peau (pâleur cyanose, sueurs), la qualité du contact (confusion) sont d'une aide précieuse à la démarche diagnostique et à l'évaluation de la gravité.

3.3.3 Place des examens biologiques

a) Diagnostic virologique

Le diagnostic de certitude de l'infection repose sur la recherche de l'ARN du virus SARS-CoV-2 par RT-PCR sur un prélèvement nasopharyngé. La sensibilité de ce test varie selon la qualité du prélèvement et sa précocité dans l'histoire naturelle de la maladie (l'excrétion virale est maximale au début de la maladie).

En médecine ambulatoire, la réalisation de tests par RT-PCR est actuellement prioritaire chez les personnes suivantes [20]. Cette recommandation est susceptible d'évoluer en fonction de la mise à disposition des tests.

- professionnel de santé ou personnel de structures médico-sociales et d'hébergement avec symptômes évocateurs de COVID-19 ;
- donneurs d'organes, tissus ou de cellules souches hématopoïétiques ;
- exploration d'un foyer de cas possibles au sein d'une structure d'hébergement collectif (en particulier collectivités de personnes âgées mais aussi lieu d'accueil pour les personnes avec un handicap, milieu carcéral, caserne, résidence universitaire...);
- femmes enceintes symptomatiques, en particulier au cours des deuxièmes et troisièmes trimestres de la grossesse ;
- personnes à risque de formes graves de COVID-19 et présentant des symptômes évocateurs d'infection à SARS-CoV-2, tant que la situation locale le permet ;
- Patients ayant une forme grave de COVID-19.

Perspectives d'accès aux tests en médecine ambulatoire

- Un plus large accès aux tests diagnostiques (par RT-PCR ou par sérologie) devrait permettre dans un futur proche de faire évoluer la stratégie d'identification des cas.
- Cette évolution devra respecter le parcours de soins des patients.

b) Examens biologiques

- **A ce jour aucun examen biologique complémentaire n'est recommandé de manière systématique dans le cadre du COVID-19.**
- **Les examens biologiques seront demandés dans le cadre d'une orientation diagnostique différentielle ou d'un bilan de décompensation d'une pathologie préexistante.**

Dans la revue de la littérature, les anomalies biologiques les plus fréquemment rapportées sont une leucopénie et une lymphopénie. Celles associées de façon significative aux formes graves de COVID-19 sont une lymphopénie < 800/mm³ [2, 8, 9, 12], une thrombopénie < 150 000/mL [2,8], une hyperleucocytose à polynucléose, et une augmentation des D-dimères [8].

En pratique ambulatoire les indications et la nature d'un bilan biologique sont les suivants :

- En cas de doute diagnostique clinique sur une pneumopathie bactérienne (isolée ou de surinfection) : NFS, CRP ;
- Bilan de décompensation d'une pathologie préexistante (diabète, insuffisance rénale...).

Les autres examens biologiques répertoriés dans la revue de la littérature s'inscrivent dans le bilan de gravité de COVID-19 et ne sont pas recommandés en

routine dans les formes modérées de COVID-19. Leur indication et leur liste doivent être discutés en fonction de la clinique et du contexte de prise en charge.

3.3.4 Place de l'imagerie médicale (Société Française de Radiologie ; <http://www.sfrnet.org/>)

- la radiographie thoracique est peu contributive pour la mise en évidence des signes de COVID-19, car il s'agit surtout d'opacités peu denses, en verre dépoli ;
- il n'y a pas d'indication actuelle à réaliser un scanner thoracique à des fins de dépistage de COVID-19 chez des patients non symptomatiques ou paucisymptomatiques, même si l'imagerie peut montrer des anomalies dans ces formes cliniques de l'infection ;
- la prescription d'imagerie en ville doit être évitée chez des patients sans critères d'hospitalisation, pour respecter le confinement et limiter la circulation du virus ;
- si cette prescription apparaît indispensable pour un diagnostic différentiel, il faut prendre contact avec le cabinet de radiologie pour organiser le rendez-vous dans des conditions de sécurité (horaire dédié, pas de passage en salle d'attente, personnel protégé) ;
- en cas de découverte d'images en verre dépoli à l'occasion de la réalisation d'un scanner thoracique :
 - il convient de discuter de la recherche d'une infection par le SARS-CoV-2 par RT-PCR,
 - l'extension initiale importante des lésions objectivées lors de cet examen est un facteur de mauvais pronostic.

3.4 Prise en charge

3.4.1 Traitement spécifique

Aucun traitement antiviral à effet antiviral attendu n'est actuellement recommandé en ambulatoire [26, 27] en dehors d'essais cliniques (en privilégiant les essais académiques). Ces essais sont à promouvoir en particulier en médecine ambulatoire.

Depuis le 23 mars, les résultats de deux essais évaluant l'hydroxychloroquine dans le traitement du COVID-19, menés en Chine, ont été publiés [28, 29] ainsi que ceux d'un deuxième essai mené en France évaluant l'association Hydroxychloroquine-Azithromycine (sans groupe témoin) [30].

L'analyse des données issues de ces essais n'apporte pas d'informations susceptibles de modifier les recommandations concernant les cas non hospitalisés, émises dans l'avis du HSCP du 23 mars.

3.4.2 Selon la forme clinique de COVID-19 et la présence ou non de facteurs de risque de forme grave

a) Patient atteint de COVID-19 (suspecté ou confirmé) sans signe de gravité et sans pneumonie

- suivi clinique par le spécialiste en médecine générale. Réévaluation entre J6 et J12. Port de masque anti projection pendant 14 jours et appel du centre 15 en cas d'apparition de symptômes de gravité ;

- restriction de tout contact avec des patients à risque de forme grave de COVID-19 ;
 - surveillance renforcée pour les patients à risque de forme grave avec la possibilité d'une aide au suivi via différentes applications numériques ;
 - traitements médicamenteux symptomatiques (paracétamol en cas de fièvre ou de douleurs en évitant un surdosage par prise ou par jour) [3] ;
 - éviter les lavages des cavités nasales (Coronaclac : <https://lecmg.fr/coronaclac/>; Société Française d'ORL (SFORL) : <https://www.sforl.org/actualites-covid-19/>) ;
 - les AINS doivent être proscrits [31] ainsi que les corticoïdes (les patients sous corticothérapie au long cours doivent la continuer) [32].
- b) Patient atteint de COVID-19 (suspecté ou confirmé) avec pneumonie, sans signe de gravité, sans facteurs de risque de forme grave,**
- suivi clinique par le spécialiste en médecine générale. Réévaluation à 48-72H puis entre J6 et J12. Port du masque anti projection pendant 14 jours. Appel du centre 15 en cas d'apparition de symptômes de gravité ;
 - restriction de tout contact avec des patients à risque de forme grave de COVID-19 ;
 - traitement médicamenteux symptomatique (paracétamol en cas de fièvre ou de douleurs en évitant un surdosage journalier ou par prise) [3] ;
 - éviter les lavages des cavités nasales (Coronaclac : <https://lecmg.fr/coronaclac/>; Société Française d'ORL (SFORL) : <https://www.sforl.org/actualites-covid-19/>) ;
 - les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) doivent être proscrits [28] ainsi que corticoïdes (toutefois, les patients sous corticothérapie au long cours doivent la continuer) [29] ;
 - l'indication ou non d'une antibiothérapie probabiliste doit suivre les recommandations actuelles (cf. annexe 2).
- c) Patient atteint de COVID-19 (suspecté ou confirmé) avec pneumonie, sans signes de gravité avec facteurs de risque de forme grave**
- surveillance renforcée par le spécialiste en médecine générale. Réévaluation à 48h puis entre J6 et J12. Port du masque anti projection pendant 14 jours et appel du centre 15 en cas d'apparition de symptômes de gravité ;
 - restriction de tout contact avec des patients à risque de forme grave de COVID-19 ;
 - traitement médicamenteux symptomatique (paracétamol en cas de fièvre ou de douleurs en évitant un surdosage par prise et journalier) [3] ;
 - les AINS doivent être proscrits [28] ;
 - l'indication ou non d'une antibiothérapie probabiliste doit suivre les recommandations actuelles (cf. annexe 2) ;
 - la corticothérapie n'est pas indiquée [4].

3.4.3 Patient nécessitant une oxygénothérapie (à domicile avec ou sans HAD ou en EHPAD)

L'indication d'une oxygénothérapie à domicile peut être posée :

- dans le cadre de soins de support ;
- dans le cadre de soins palliatifs chez un patient non hospitalisé en raison de sa situation clinique, après discussion collégiale et avec le patient ou son représentant (si des directives anticipées ont été émises) ;
- A la sortie d'hospitalisation d'un patient dont l'état est stable. Un sevrage progressif de l'oxygénothérapie peut être réalisé en ambulatoire, en EHPAD voire en HAD selon les ressources en personnels disponibles sur le territoire.

3.4.4 Traitements associés pour les personnes âgées à domicile ou en EHPAD

Il convient de veiller chez tout patient alité, aux différents points suivants :

- prévenir le risque thromboembolique (prévention de type héparine de bas poids moléculaire), selon les recommandations actuelles (adaptation au débit de filtration glomérulaire) ;
- éviter tout arrêt d'anticoagulant ou d'antiagrégant plaquettaire dans le contexte infectieux car risque important d'évènements cardiovasculaires ;
- assurer une hydratation correcte avec perfusion sous cutanée ou intraveineuse dès lors que le patient est polynémique et/ou fébrile et/ou hors d'état de s'hydrater seul. Réévaluer quotidiennement l'état d'hydratation ;
- assurer, si possible, une mobilisation précoce même si une oxygénothérapie est en cours avec intervention du kinésithérapeute dès le 3ème jour d'alitement (mobilisation active au lit puis marche) ;
- lutter contre les troubles de déglutition fréquents en cas de pneumonie ; hydratation et soins de bouche ;
- adapter les traitements antihypertenseurs à l'état hémodynamique des patients. Arrêt des antihypertenseurs dès que la pression artérielle systolique est inférieure à 140 mm Hg ;
- réaliser un électrocardiogramme en cas de points d'appel clinique en raison du risque de myocardite, d'infarctus du myocarde et de troubles du rythme liés au COVID-19 ;
- contrôler quotidiennement la diurèse, le transit intestinal et les douleurs, et adapter les traitements en cours ;
- prévenir le syndrome d'immobilisation et évaluer le risque d'escarres ;
- contrôler les facteurs aggravant le syndrome confusionnel.

3.5 Prescription d'un arrêt de travail

Les patients infectés par le SARS-CoV-2 doivent être mis en arrêt de travail de droit commun (maladie professionnelle pour les professionnels de santé) pour une durée recouvrant au moins la durée recommandée avant la levée de confinement (durée minimale d'éviction) [33].

- Au moins 7 jours après le début des signes cliniques et 2 jours sans fièvre ni dyspnée (ou retour à l'état respiratoire antérieur au COVID-19) en l'absence de facteurs de risque de COVID-19 grave ;

- Au moins 9 jours et après le début des signes cliniques et 2 jours sans fièvre ni dyspnée (ou retour à l'état respiratoire antérieur au COVID-19) chez les personnes immunodéprimées ;
- En pratique, en cas de COVID-19 confirmé ou suspecté, la durée de l'arrêt de travail est laissée à l'appréciation du praticien en fonction du tableau clinique et de la situation du patient ;
- En cas de reprise de l'activité professionnelle, les mesures barrières et de distanciation physique doivent être respectées [33].

3.6 Modalités de surveillance

- La surveillance doit être fréquente et cette fréquence est à l'appréciation du spécialiste en médecine générale selon l'évaluation clinique, l'existence de facteurs de risque de COVID-19 grave et la situation du patient (compréhension des conseils, environnement familial et social, capacité à utiliser un outil numérique). Cette surveillance doit être renforcée notamment lors de la 2^e semaine d'évolution, entre **J6 et J12** du début des symptômes.
- Il est possible de recourir à des applications numériques quand elles sont disponibles et facilement utilisables par le patient, à la condition qu'il n'ait pas besoin d'une surveillance de la saturation en oxygène. Il existe actuellement différentes possibilités d'aide au suivi via différentes applications numériques comme COVIDOM (<https://www.aphp.fr/contenu/covidom-une-solution-de-telesuivi-domicile-pour-les-patients-porteurs-ou-suspectes-covid-19>) ou la plateforme de l'Université Côte d'Azur (<https://open-cmg.univ-cotedazur.fr/>), les solutions intégrées dans certains logiciels métier etc...

Cette surveillance peut être réalisée :

- soit par le médecin équipé d'un oxymètre de pouls
- soit par un(e) infirmier(e) de ville équipé(e) oxymètre de pouls
- soit selon l'organisation territoriale des soins et les ressources en professionnels de santé

- **Personnes à surveiller**

Tous les patients doivent être surveillés à la 2^e semaine d'évolution (J6-J12) mais il est nécessaire d'apporter une attention particulière aux :

- patients avec facteurs de risque de formes graves de COVID-19 ;
- patients avec des pathologies chroniques non listées, à ce jour, comme à risque de forme grave de COVID-19 ;
- patients précaires ou isolés ;
- patients ayant une symptomatologie bruyante, sans signe d'alerte de gravité (asthénie intense, fièvre élevée, fréquents épisodes de toux, diarrhée profuse etc..).

- **Paramètres à surveiller particulièrement :**

- SpO2 ;
- fréquence respiratoire : la fréquence respiratoire est facilement mesurable en consultation. À distance on peut se faire aider de l'entourage immédiat du patient pour compter à haute voix chaque inspiration. Le débit de mots ou de

nombres sans reprise inspiratoire est également un indicateur approximatif dont la performance n'a pas été évaluée ;

- pression artérielle : la désinfection régulière et efficace de l'appareil pouvant être difficilement réalisable, une désinfection du bras avec une SHA ou à l'eau et au savon peut être réalisée avant la prise de pression artérielle ;
- fréquence cardiaque ;
- état général.

3.6.1 Patients relevant de soins palliatifs

Les soins palliatifs sont administrés et coordonnés par une équipe pluriprofessionnelle, et doivent être réévalués régulièrement.

Selon la HAS, ces soins et traitement doivent être actifs, continus, proportionnés et ajustés à l'évolution de la maladie, dans une approche globale et individualisée du patient et de ses proches [34].

Pendant l'épidémie de Covid-19 certains patients seront éligibles à une approche palliative. Celle-ci doit être réalisée dans le respect de la loi du 2 février 2016 :

- Elaboration et suivi du projet thérapeutique, d'éventuelles LATA (Limitations et Arrêt des Thérapeutiques Actives) ou des directives anticipées du patient (ou si impossibles, des informations apportées par la personne de confiance) ;
- La traçabilité de cette démarche ainsi que la décision collégiale (médecin traitant, médecin coordonnateur d'EHPAD, médecin d'HAD, infirmier...) amenant à ces soins doivent être consultables à tout instant dans le dossier du patient ;
- La décision collégiale d'une approche palliative terminale avec sédation profonde doit être prise dans le respect des principes éthiques.

Dans tous les cas, les soins palliatifs sont précédés de soins de support permettant le passage d'un cap avant le retour à l'état antérieur.

4. Place de l'Hospitalisation à Domicile (HAD)

Les interventions de l'HAD s'effectuent au domicile privé et en établissements médicaux sociaux, dont les EHPAD pour des soins pluridisciplinaires 24h/7J.

Les prises en charge des patients en HAD sont réalisées en coordination avec les médecins traitants, les professionnels libéraux et les équipes de l'HAD.

Les demandes d'admission des patients en HAD se font par les médecins traitants pour les patients à domicile et par les prescripteurs hospitaliers pour les avais d'hospitalisation.

L'HAD anticipe par ailleurs les besoins de ré-hospitalisations en lien avec le SAMU et les services hospitaliers d'urgence et les acteurs de la permanence de soins.

L'HAD est en étroite collaboration avec les différents dispositifs territoriaux de coordination des soins (Réseaux, Plateforme Territorial d'Appui, Dispositif d'appui à la coordination etc.)

Catégories de patients pouvant être accueillis en HAD, cette liste n'étant pas limitative :

- a) **Patients déjà suivis en HAD** pour une pathologie préexistante (cancers, thérapies injectables ...) et suspects de COVID-19 ;

- b) **Patient avec poly-morbidités** en EHPAD ou à domicile avec signes de COVID-19 mais sans indication de réanimation, ni de transfert hospitalier en cas d'aggravation avec, si besoin la mise en place de soins palliatifs et de fin de vie ;
- c) **Patients atteint de COVID-19 fragiles** pour surveillance clinique sans solution alternative locale (précarité sociale, isolement...) ou ayant des facteurs de risque de forme grave sans signes de gravité immédiat mais justifiant une continuité des soins 24H/24;
- d) **Patients sortant d'hospitalisation à J11-J12** avec diminution des besoins en oxygène en post COVID-19 nécessitant encore des soins complexes.

5. Critères de levée de confinement au décours d'une hospitalisation

Afin d'organiser au mieux le soin de retour à domicile ou en EHPAD des patients hospitalisés, se référer à l'avis du HCSP 16 mars 2020 [33].

Le HCSP recommande :

1. de prendre en charge exclusivement en ambulatoire les personnes présentant un COVID-19 suspecté ou confirmé en l'absence de signes de gravité ;
2. de respecter des mesures barrières et de distanciation physique lors de la prise en charge de tout patient atteint de COVID-19 suspecté ou confirmé ;
3. de ne pas différer l'examen clinique du patient lorsqu'au terme du premier contact par téléphone ou grâce aux solutions numériques de téléconsultation, les éléments de l'évaluation l'exigent ;
4. de rechercher des signes de gravité d'emblée ou des signes d'alerte en faveur d'une possible aggravation. Cette démarche repose principalement sur la mesure de la saturation en oxygène : une saturation en oxygène <95%, en l'absence de pathologie pulmonaire chronique, nécessite une hospitalisation ;
5. de ne pas prescrire de traitement à effet antiviral attendu, en ambulatoire, en dehors d'essais cliniques académiques qui sont à promouvoir ;
6. de ne pas prescrire une antibiothérapie systématique en cas de COVID-19 suspecté ou confirmé, en l'absence de signes en faveur d'une pneumonie bactérienne ;
6. de coordonner l'accès au dépistage du COVID-19 par RT-PCR par les acteurs de la première ligne de soin : médecins traitants, médecins coordinateurs d'EHPAD ;
7. de sauvegarder la continuité des soins pendant la phase épidémique en assurant la sécurité des soignants.
8. d'instituer une coordination étroite entre d'une part les professionnels de santé du premier recours (médecins généralistes, pharmacien(ne)s, kinésithérapeutes, infirmier(es) etc..), qu'ils soient isolés ou qu'ils appartiennent à une structure existante (cabinet de groupe, MSP, CDS, CTPS ...), et d'autre part les réseaux de santé, les équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs et les établissements d'HAD.

Le HCSP rappelle que ces recommandations ont été faites dans l'état actuel de nos connaissances et des ressources disponibles et qu'elles seront susceptibles d'évolutions importantes, notamment dans deux circonstances :

- **accessibilité plus grande et plus fiable aux tests diagnostiques ;**
- **mise au point et validation de traitements pouvant réduire la contagiosité**

Avis rédigé par un groupe d'experts, membres ou non du Haut Conseil de la santé publique.

Validé le 8 avril 2020 par le président du Haut Conseil de la santé publique

Références

1. Jiang X, Rayner S, Luo M. Does SARS-CoV-2 has a longer incubation period than SARS and MERS? J Med Virol. mai 2020;92(5):476-8.
2. Guan W, Ni Z, Hu Y, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 28 févr 2020;NEJMoa2002032.
3. Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). [Internet]. Disponible sur: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/symptoms.html>
4. HSCP. COVID-19 : prise en charge des cas confirmés [Internet]. 2020 mars [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=771>
5. Mizumoto K, Kagaya K, Zarebski A, Chowell G. Estimating the asymptomatic proportion of coronavirus disease 2019 (COVID-19) cases on board the Diamond Princess cruise ship, Yokohama, Japan, 2020. Eurosurveillance [Internet]. 12 mars 2020 [cité 29 mars 2020];25(10). Disponible sur: <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.10.2000180>
6. Kimball A, Hatfield KM, Arons M, James A, Taylor J, Spicer K, et al. Asymptomatic and Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections in Residents of a Long-Term Care Skilled Nursing Facility – King County, Washington, March 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep [Internet]. 27 mars 2020 [cité 1 avr 2020];69(13). Disponible sur: http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/69/wr/mm6913e1.htm?s_cid=mm6913e1_w
7. Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The Lancet. févr 2020;395(10223):507-13.
8. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet. mars 2020;S0140673620305663.
9. Wang D, Hu B, Hu C, Zhu F, Liu X, Zhang J, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel Coronavirus-Infected Pneumonia in Wuhan, China. JAMA [Internet]. 7 févr 2020 [cité 8 mars 2020]; Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2761044>
10. Collectif, Chirouze C, Epaulard O, Berre RL, CMIT. E. Pilly : Maladies infectieuses et tropicales. Edition 2020. Alinéa Plus; 2019. 720 p.
11. Niven DJ, Gaudet JE, Laupland KB, Mrklas KJ, Roberts DJ, Stelfox HT. Accuracy of Peripheral Thermometers for Estimating Temperature: A Systematic Review and Meta-analysis. Ann Intern Med. 17 nov 2015;163(10):768.
12. Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. The Lancet. févr 2020;395(10223):497-506.
13. Holshue ML, DeBolt C, Lindquist S, Lofy KH, Wiesman J, Bruce H, et al. First Case of 2019 Novel Coronavirus in the United States. N Engl J Med. 5 mars 2020;382(10):929-36.
14. Irwin RS, French CL, Chang AB, Altman KW, Adams TM, Altman KW, et al. Classification of Cough as a Symptom in Adults and Management Algorithms. Chest. janv 2018;153(1):196-209.
15. dgs-urgent@dgs-urgent.sante.gouv.fr. [DGS-URGENT] 2020-INF-16 INFORMATION SUR DES FORMES CLINIQUES ATYPIQUES DE COVID-19 [Internet]. 2020 [cité 1 avr 2020]. Disponible sur: <https://dgs-urgent.sante.gouv.fr/>
16. ENT UK at The Royal College of Surgeons of England. Loss of sense of smell as marker of COVID-19 infection [Internet]. [cité 1 avr 2020]. Disponible sur:

<https://www.entuk.org/sites/default/files/files/Loss%20of%20sense%20of%20smell%20as%20marker%20of%20COVID.pdf>

17. Vaira LA, Salzano G, Deiana G, De Riu G. Anosmia and ageusia: common findings in COVID-19 patients: otolaryngological manifestations in COVID19. *The Laryngoscope* [Internet]. 1 avr 2020 [cité 2 avr 2020]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/lary.28692>
18. Mao L, Wang M, Chen S, He Q, Chang J, Hong C, et al. Neurological Manifestations of Hospitalized Patients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective case series study [Internet]. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*; 2020 Feb [cited 2020 Apr 5]. Available from: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.02.22.20026500>
19. Madjid M, Safavi-Naeini P, Solomon SD, Vardeny O. Potential Effects of Coronaviruses on the Cardiovascular System: A Review. *JAMA Cardiol* [Internet]. 27 mars 2020 [cité 30 mars 2020]; Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jamacardiology/fullarticle/2763846>
20. HCSP. Avis relatif à la prise en charge des personnes à risque de formes graves de COVID-19 et à la priorisation des tests, [Internet]. 2020. Available from: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=790>
21. Wu Z, McGoogan JM. 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. *JAMA* [Internet]. 24 févr 2020 [cité 8 mars 2020]; Disponible sur: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2762130>
22. Lescure F-X, Bouadma L, Nguyen D, Parisey M, Wicky P-H, Behillil S, et al. Clinical and virological data of the first cases of COVID-19 in Europe: a case series. *Lancet Infect Dis*. 2020 Mar;S1473309920302000.
23. Van Weel C, Kidd MR. Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage. *Can Med Assoc J*. 16 avr 2018;190(15):E463-6.
24. SF2H. AVIS relatif aux indications du port des masques chirurgicaux et des appareils de de protection respiratoire de type FFP2 pour les professionnels de santé [Internet]. 2020 [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/Avis-Masque-SF2H-SPILF-04.03.2020.pdf>
25. Greenhalgh T, Koh GCH, Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. *BMJ*. 25 mars 2020;m1182.
26. HCSP. Avis relatif aux recommandations thérapeutiques dans la prise en charge du COVID-19 (complémentaire à l'avis du 5 mars 2020) [Internet]. 2020 mars [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=785>
27. ansm. Médicament Plaquenil (hydroxychloroquine) dans le traitement de la maladie COVID-19 à l'hôpital à titre exceptionnel [Internet]. 2020 mars. Disponible sur: <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Actualite/Plaquenil-et-Kaletra-les-traitements-testes-pour-soigner-les-patients-COVID-19-ne-doivent-etre-utilises-qu-a-l-hopital-Point-d-information>
28. Chen Z, Hu J, Zhang Z, Jiang S, Han S, Yan D, et al. Efficacy of hydroxychloroquine in patients with COVID-19: results of a randomized clinical trial [Internet]. *Epidemiology*; 2020 mars [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2020.03.22.20040758>
29. CHEN Jun, LIU Danping, LIU Li, LIU Ping, XU Qingnian, XIA Lu, LING Yun, HUANG Dan,. A pilot study of hydroxychloroquine in treatment of patients with common coronavirus disease-19 (COVID-19). *J Zhejiang Univ (Med Sci)* 2020, Vol 49 Issue (1): 0-0 [Internet]. Disponible sur: <http://www.zjujournals.com/med/EN/10.3785/j.issn.1008-9292.2020.03.03>
30. Gautret P, Lagier JC, Parola P et al. Clinical and microbiological effect of a combination of hydroxychloroquine and azithromycin in 80 COVID-19 patients with at least a six-day follow up: an observational study [Internet]. 2020. Disponible sur: <https://www.mediterranee-infection.com/wp-content/uploads/2020/03/COVID-IHU-2-1.pdf>

31. Little P. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and covid-19. BMJ. 27 mars 2020;m1185.
32. Société Française de Médecine d'Urgence (SFMU), Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF). Prise en charge des patients Covid-19, ou suspects, en structures d'urgence [Internet]. 2020 [cité 2 avr 2020]. Disponible sur: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:-nbWxqirOTwJ:https://www.preventioninfection.fr/%3Fjet_download%3D8874+%&cd=2&hl=fr&ct=cInk&gl=fr&client=firefox-b-d
33. HCSP. Coronavirus SARS-CoV-2 : critères cliniques de sortie d'isolement des patients infectés. [Internet]. 2020 mars. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=781>
34. HAS. Soins palliatifs. À amorcer tôt et à gérer en collégialité [Internet]. 2019. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-03/soins_palliatifs__lessentiel_en_4_pages.pdf

Annexe 1 : composition du groupe de travail

Daniel Camus
Celine Cazorla
Christian Chidiac
Emmanuel Debost
Bruno Hoen
Bruno Lina
Sophie Matheron
Nathalie Morgensztejn (ANSM)
Henri Partouche (pilote du groupe de travail)
Bruno Pozzetto

Personnes auditionnées :

Olivier Saint-Lary : CNGE
Pauline Jeanmougin : antibiologic
Marc Magnet : FNHAD
Nicolas Gandrille : fondation santé service (HAD)
Mathieu de Stampa : APHP (HAD)
Serge Gilberg : CMGF
Marie-Pierre Revel : radiologie Cochin

SG-HCSP :

Sylvie Floreani :

Prise en charge médicale, les experts suggèrent de :

35. Traiter la symptomatologie virale par paracétamol, sans dépasser la posologie de 60 mg/kg/jour chez l'enfant et de 3 g/jour chez l'adulte.
36. Contre-indiquer le traitement symptomatique par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ou corticothérapie (les patients sous corticothérapie au long cours doivent la continuer).
37. Ne pas instaurer une antibiothérapie probabiliste systématique.
38. Instaurer une antibiothérapie probabiliste en cas de suspicion de pneumonie aiguë communautaire, par azithromycine lorsque la dyspnée est au premier plan.
39. Instaurer une antibiothérapie probabiliste en cas de suspicion de pneumonie aiguë communautaire, par amoxicilline-acide clavulanique lorsque l'expectoration productive est au premier plan [5].

Le 8 avril 2020

Haut Conseil de la santé publique

14 avenue Duquesne

75350 Paris 07 SP

www.hcsp.fr