



République Tunisienne
Ministère de la Santé

Les Guides de l'INEAS

Direction Qualité des Soins et Sécurité des patients

Recommandations de prise en charge des patients âgés suspects ou confirmés de la COVID-19

MISE A JOUR NOVEMBRE 2020





Ce document est destiné aux professionnels de la santé et aux établissements de santé pour le triage et la prise en charge des patients suspects ou atteints de COVID-19. Ce document est valable jusqu'à la fin de l'épidémie.

Ce guide représente une aide à la prise de décision. Il ne remplace pas le bon sens clinique.

Il s'agit de propositions développées méthodiquement pour aider le praticien à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.



Société Tunisienne
de Gériatrie



INEAS
الهيئة الوطنية للتقييم و الاعتماد في المجال الصحي
Instance Nationale de l'Evaluation
& de l'Accréditation en Santé

Table des matières

I.	Introduction.....	7
II.	Symptomatologie du sujet âgé.....	7
III.	Facteurs de gravité	8
IV.	Prise en charge thérapeutique du sujet âgé suspect ou confirmé COVID-19	8
1.	PREVENTION	8
A.	Règles générales.....	8
B.	Renforcement des gestes barrières au sein même du domicile et des institutions gériatriques	9
C.	Le soutien psychologique	9
D.	Continuité des soins	9
2.	TRAITEMENT DES CAS CONFIRMES	9
A.	Règles Générales	9
B.	Critères d'hospitalisation	10
C.	Prise en charge du sujet âgé à domicile ou dans un centre de confinement	10
D.	Prise en charge en milieu hospitalier	12
E.	Les critères de sortie après hospitalisation	12
F.	Cas particuliers	12
V.	Circuit du malade âgé dans les structures sanitaires publiques et privées.....	15
VI.	Annexes :	16

Groupe de Travail

Hatem Briki	Médecin Gériatre privé
Iheb Ghariani	Médecin Gériatre privé
Iméne Ksontini	Médecin Interniste Gériatre
Maha Ben Moallem Hachicha	Médecin Gériatre privé
Meryam Labidi	Médecin Gériatre publique
Nizar Ktari	Médecin Gériatre privé
Radhouane Gouiaa	Médecin Interniste Gériatre
Sondos Baccar	Médecin Gériatre publique
Sonia Maalej	Médecin Pneumologue
Sonia Ouali Hammami	Médecin Interniste Gériatre

Groupe de Lecture

Agnès Hamzaoui	Professeur Pneumologue
Iheb Labbene	Professeur Anesthésiste-Réanimateur
Monia Smiti	Professeur Interniste
Leila Alouane	Professeur en Sciences de la Nutrition
Sihem Aidli	Professeur Pharmacologue
Rim Abdelmalek	Professeur Infectiologue

INEAS

Mohamed Ben Hamouda	Chef de service guides de pratique clinique
Hella Ouertatani	Chef de service parcours de soins
Asma Ben Brahem	Directrice qualité des soins et sécurité des patients
Chokri Hamouda	Directeur Général

Méthodologie

Définition du sujet à traiter :

L'INEAS a reçu une demande officielle du ministère de la santé pour l'élaboration du parcours du patient suspect ou atteint de COVID-19, vu l'urgence et les circonstances particulières, il a été décidé d'élaborer un avis d'experts portant sur le sujet.

Formation du groupe de travail :

Les experts membres du groupe de travail reflètent l'ensemble des parties prenantes concernées par la thématique dont

- les professionnels de la santé représentant les différentes spécialités intéressées par le thème.
- les ministères intéressés par le thème et leurs différentes directions.
- les conseils ordinaires.

Recherche bibliographique :

La recherche bibliographique a été effectuée auprès des moteurs de recherche suivants : Pubmed, tripdatabase... ainsi que les sites où sont publiés les guidelines les plus récents traitant du thème recherché : WHO, G-I-N, CDC, NICE, HAS, SIGN...

Déclaration des liens d'intérêts :

Les membres du panel d'experts sollicités pour participer au groupe de travail et de lecture ainsi que les membres de l'INEAS ont communiqué leurs déclarations de liens d'intérêts. Une politique de gestion des déclarations d'intérêt a été créée à l'INEAS pour éviter toute situation de conflit.

Rédaction du guide :

La rédaction du contenu du guide a été réalisée par le panel d'experts sur la base de la synthèse des données consultées.

Plusieurs réunions ont été organisées afin d'élaborer les recommandations à partir de l'argumentaire scientifique, des avis des experts tunisiens.

Relecture et finalisation :

Le document finalisé a été transmis au groupe de lecture pour validation scientifique.

Plan de suivi et de mise à jour :

L'INEAS a prévu une mise à jour du guide élaboré selon la notion de « living guidelines ». L'actualisation des recommandations sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratiques significatives survenues depuis sa publication.

I. Introduction

Face à la situation pandémique exceptionnelle que vit le monde aujourd'hui et face à la rapidité de transmission du SARS-CoV-2, l'ensemble des gériatres de la Tunisie représenté par le Groupe des Gériatres du Grand Tunis (GGGT), l'Association Tunisienne de Recherche et d'Etude en Gériatrie et en Gérontologie (ATREGG), l'Association Tunisienne de Gérontologie (ATUGER) et la Société Tunisienne de Gériatrie (STG) se mobilisent activement afin d'engager rapidement une démarche commune et coordonnée pour élaborer une prise en charge des personnes âgées atteintes ou suspectes de COVID-19 dans les structures sanitaires, les institutions gériatriques, ainsi que la prise en charge à domicile des personnes âgées.

Les personnes âgées représentent la population la plus vulnérable au vu des données alarmantes que nous recensons dans les pays les plus touchés. Les cas les plus sévères ayant nécessité une assistance respiratoire sont majoritairement des sujets âgés et les différentes études publiées ont noté une prévalence plus élevée de la mortalité chez les personnes âgées de 65 ans et plus et qui augmente de façon exponentielle avec l'âge pour être plus importante chez les octogénaires.

L'âge en lui-même est un facteur de gravité, en raison des modifications physiologiques liées à l'âge, de la fréquence des comorbidités, de la polymédication, des troubles nutritionnels, des troubles neurocognitifs et de la fragilité du sujet âgé.

Ces constatations nous ont incité à prendre des mesures strictes et une organisation sanitaire exceptionnelle afin de préserver nos seniors.

II. Symptomatologie du sujet âgé

Les signes cliniques chez le sujet âgé ne sont pas forcément ceux rencontrés habituellement chez les sujets plus jeunes atteints de COVID-19.

En effet, la symptomatologie gériatrique est souvent atypique, trompeuse et d'emprunt.

Vu la situation épidémiologique actuelle en Tunisie, chez le sujet âgé, toute symptomatologie récente inexplicée ou toute situation clinique non améliorée sous traitement doit faire suspecter la COVID-19.

Outre la symptomatologie typique avec fièvre, toux et dyspnée, on rapporte ici les signes atypiques retrouvés chez les sujets âgés confirmés COVID-19 :

1. Symptomatologie digestive avec diarrhée, nausées, vomissements, douleur abdominale
2. Altération récente de l'état général
3. Etat confusionnel
4. Des chutes récentes chez des malades non connus chuteurs ou une perte de l'autonomie brusque inexplicée
5. L'absence totale de fièvre ou une variation de température allant de l'hypothermie à l'hyperthermie
6. La fluctuation hémodynamique quasi constante chez les sujets âgés

III. Facteurs de gravité

➤ Facteurs cliniques :

- Score SEGA > 8 (**annexe 1**)
- Age ≥ 70 ans
- Sexe masculin
- SpO₂ ≤ 94%
- Comorbidités (au moins deux co-morbidités) : HTA non équilibrée, maladies cardiovasculaires, diabète non équilibré, maladies vasculaires cérébrales, affections respiratoires chroniques, cancers, insuffisance rénale terminale dialysée, cirrhose...
- Obésité morbide
- Immunodépression
- Dénutrition
- Déshydratation

➤ Facteurs Biologiques :

- Lymphopénie <1000 elt /mm³
- Baisse de la clairance de la créatinémie
- Elévation des ASAT et ALAT
- Procalcitonine ≥0,5 ng/ml
- CRP > 100 mg/l
- Elévation des LDH
- Ferritinémie >300 ng/ml
- Hypoalbuminémie <30 gr/l
- D-Dimère >1 µg/mL
- Elévation de la troponine

➤ Facteurs radiologiques :

Etendue des opacités pulmonaires, condensations pulmonaires et bronchogramme aérien (à confronter à l'état clinique notamment la saturation en oxygène).

IV. Prise en charge thérapeutique du sujet âgé suspect ou confirmé COVID-19

1. PREVENTION

A. Règles générales

- Respect rigoureux de toutes les mesures générales de prévention pour les personnes âgées elles-mêmes, les membres de la famille, les aidants et tous les autres intervenants. Il convient de rappeler l'importance de l'utilisation d'objets strictement personnels, de nettoyer et de désinfecter les plats, les plateaux, et autres ustensile avant et après

utilisation, de veiller au nettoyage et à la désinfection des tables, chaises et autres objets, de nettoyer et désinfecter les accessoires d'aide à la mobilité, aux transferts, à l'hygiène et à l'élimination.

- Privilégier le gel hydro alcoolique au savon pour les personnes âgées dépendantes ou à mobilité réduite.

B. Renforcement des gestes barrières au sein même du domicile et des institutions gériatriques

- Le maintien à domicile est la règle chez le sujet âgé vu la situation actuelle en Tunisie

- Veiller à maintenir une activité physique régulière.

- Veiller au minimum de contact physique avec éviction de tout contact avec les membres de la famille en particulier les enfants et les adolescents.

- Les aidants et auxiliaires de vie dans les institutions gériatriques doivent respecter rigoureusement les règles d'hygiène et de prévention.

- Les médecins et autres personnels de santé intervenant aux domiciles des personnes âgées doivent porter tous les équipements de protection individuelle et de prévention tout en veillant à désinfecter tout le matériel indispensable à leurs interventions.

C. Le soutien psychologique

Il est recommandé de prévoir un soutien psychologique et un accompagnement à distance des sujets âgés ainsi que de leurs familles. Cet accompagnement peut se faire par téléphone afin de les rassurer.

Il est recommandé de déceler rapidement les signes de dépression chez les sujets âgés pour qui la décision d'isolement a été portée.

D. Continuité des soins

Il est important d'assurer la continuité des soins, en organisant soit des consultations habituelles, soit des visites à domicile ou des téléconsultations, afin d'éviter la décompensation des maladies chroniques, de gérer les événements aigus et d'assurer le renouvellement des ordonnances.

2. TRAITEMENT DES CAS CONFIRMES

A. Règles Générales

- Tout syndrome gériatrique inexpliqué doit inviter à la prudence et faire suspecter la COVID19.

- Devant un tableau épidémio-clinique fortement évocateur de la COVID-19 chez la personne âgée, une RT-PCR négative ne doit pas écarter le diagnostic.

- Une nouvelle prescription des AINS est fortement déconseillée devant un contexte de virose en cette période chez les personnes âgées.

- Vue la polymédication chez les personnes âgées, leur prise en charge thérapeutique doit tenir compte obligatoirement des possibles interactions médicamenteuses (exemple : certains antibiotiques comme les macrolides, les céphalosporines et les quinolones

potentialisent l'effet des AVK) et de la toxicité cardiaque de certains médicaments (allongement de l'espace QT).

B. Critères d'hospitalisation

- 1) L'hospitalisation sera discutée selon la forme clinique (**Tableau 1**), les comorbidités et les critères sociaux.
- 2) Si l'isolement ou la prise en charge à domicile (absence de soutien familial) sont impossibles, les patients âgés seront hospitalisés quel que soit leur état clinique.
- 3) En cas de forme pauci-symptomatique sans comorbidités et avec la présence d'aïdants coopérants et disponibles, traiter et suivre à domicile (ou en centre de confinement) en renforçant la surveillance et le suivi (une fois par jour par téléphone par le médecin traitant)
- 4) Une hospitalisation est indiquée si le score SEGA de fragilité est > 8 (**annexe 1**).

Tableau 1 : Formes cliniques et indications d'hospitalisation chez le sujet âgé

Formes cliniques	Définition	Conduite
Forme asymptomatique	PCR positive sans signes cliniques	Pas d'hospitalisation
Forme pauci-symptomatique	Toux sèche légère, malaise, céphalées, douleurs musculaires, anosmie, agueusie	Pas d'hospitalisation
Forme mineure avec deux comorbidités ou plus	Pneumonie sans signe de sévérité (toux, dyspnée légère, FR<30cpm, SpO2>94%), diarrhée sans retentissement	Hospitalisation
Forme modérée	Dyspnée, FR ≥ 30 cpm ou SpO2 ≤ 94% à l'air ambiant	Hospitalisation
Forme sévère	Détresse vitale, défaillance d'organe	Hospitalisation en réanimation

C. Prise en charge du sujet âgé à domicile ou dans un centre de confinement

- a) Insister sur les règles de prévention pour l'aïdant
- b) La prise en charge est non-spécifique et elle doit être centrée sur la prévention et la prise en charge des syndromes gériatriques.
- c) Prescrire du paracétamol au besoin, et de la vit C
- d) Supplémenter en vit D
- e) Prévenir les complications de décubitus (escarres...) par une mobilité régulière
- f) Prévenir, dépister et prendre en charge précocement de façon énergique la dénutrition, responsable de déficit immunitaire, de carences diverses, de sarcopénie, elle-même cause majeure de perte de l'autonomie :

- Si pas de dénutrition et en dehors des patients obèses, il faut assurer une alimentation hyperprotidique, hypercalorique.
- En cas de dénutrition modérée¹: avec l'alimentation hyperprotidique, hypercalorique, ajouter deux à trois compléments nutritionnels oraux (CNO) entre les repas (si pas possible, enrichir l'alimentation en ajoutant du fromage râpé, du fromage blanc, du beurre, de la viande hachée, des œufs...). Il faut prévenir le syndrome de renutrition inapproprié (SRI) par voie orale (supplémentation en vitamines, phosphore, vitamine B1).
- En cas de dénutrition sévère²: Renutrition entérale par sonde nasogastrique en respectant les mesures de prévention COVID-19 (alternativement, renutrition parentérale) ; La cible énergétique est de 15-25_KCal/Kg/j et 1,2-2 g/Kg/j de protéines à atteindre progressivement (J1= 8 Kcal/kg/j ; J2 = 15 Kcal/kg/j ; J3 = 20 Kcal/kg/j ; J4 = 25 Kcal/kg/j ; voire J5=30kcal/kg/j).
- En cas d'obésité, les objectifs pourront être évalués à partir du poids ajusté :
Poids ajusté = (Poids idéal théorique : 0,9 x (Taille (cm) – 100 (Homme)) (- 106 [Femme]) + ¼ x (poids actuel – poids idéal théorique).
- Il ne faut pas oublier la prévention du SRI par voie veineuse (supplémentation en complexes vitaminiques, phosphore, oligo-éléments, vitamine B1, Folate de calcium)
- Ne pas oublier que le phosphore est contre-indiqué en cas d'hypocalcémie et d'insuffisance rénale et en cas d'hypercalcémie pour la forme intraveineuse (risque de précipitation du calcium au niveau des tissus mous et des vaisseaux) et que de préférence il faut le doser avant la supplémentation.
- Dans tous les cas, adapter la texture de l'alimentation en cas de troubles de la mastication ou de la déglutition.

- g) Prévenir la déshydratation (bonne hydratation, perfusion sous cutanée si nécessaire...)
- h) Anticoagulation par l'héparine à doses préventives (**annexe 2**) en présence de facteurs de risque de thrombose (obésité, cancer évolutif, antécédent de maladie thromboembolique, âge > 70 ans, insuffisance veineuse, mobilité limitée...) et en respectant les contre-indications à l'héparine et en préférant l'HNF (Calciparine) si la clearance de la créatinine < 30 ml/min/1,73m².
- i) L'isolement sera maintenu jusqu'à atteindre 10 jours depuis le début des signes cliniques et au moins 48 à 72 heures après la disparition des symptômes particulièrement la fièvre si elle existait et les signes respiratoires. Le port de masque doit être respecté rigoureusement par le patient durant 14 jours qui suivent la levée de l'isolement.
- a) Assurer obligatoirement une surveillance quotidienne au minimum téléphonique.

¹ prise de plus de 50% de l'ingestat habituel et/ou perte de poids entre 5 et 10% du poids habituel avant le début de la maladie et/ou IMC entre 17 et 18,5 kg/m² (entre 18 et 21 Kg/m² si âge > 70 ans) et/ou Albuminémie entre 30 et 35 g/l)

² Prise de moins de 50% de l'ingestat habituel et/ou perte de poids de plus de 10% du poids habituel avant le début de la maladie et/ou IMC < 17 Kg/m² (< 18 Kg/m² si âge > 70 ans) et/ou Albuminémie < 30 g/l.

- b) L'approche technique des soins ne doit pas faire oublier le facteur humain et le besoin d'accompagnement psychologique.

D. Prise en charge en milieu hospitalier

- L'hospitalisation doit se faire dans un service dédié par la structure aux patients COVID-19, de médecine ou de réanimation selon la sévérité du tableau clinique (**tableau 1**)
- La prise en charge thérapeutique en milieu hospitalier relative à l'infection COVID-19 est identique à celle du sujet plus jeune (**annexe 2**) en assurant la prise en charge nutritionnelle précoce comme décrite précédemment si le patient est hospitalisé dans un service de médecine et démarrer la renutrition entérale (NE) selon les mêmes modalités décrites ci-haut dans les 24-48 heures suivant l'admission en réanimation ou 12 heures après l'intubation ; le décubitus ventral ne constituant pas une contre-indication à la NE.

La renutrition parentérale (RP) est indiquée si la NE est contre-indiquée, impossible, mal tolérée ou insuffisante ou en cas d'escalade dans l'utilisation des drogues vasoactives.

- La prise en charge du sujet âgé hospitalisé doit être multidisciplinaire impliquant une intervention psychologique, nutritionnelle, physiologique de mobilisation, la prévention des complications du décubitus, l'évaluation du risque d'escarre et la prise en charge de tout syndrome gériatrique...

E. Les critères de sortie après hospitalisation

- La sortie du patient est envisagée en cas d'amélioration clinique avec 48-72 heures d'apyrexie et disparition des symptômes ayant indiqué l'hospitalisation.
- L'isolement du patient sera maintenu 10 jours à partir du début des signes cliniques
- Une surveillance quotidienne par contact téléphonique en impliquant les aidants (**annexe 3**) avec respect rigoureux des mesures de prévention jusqu'à guérison clinique.

F. Cas particuliers

✓ **Personne âgée avec troubles neurocognitifs vivant à domicile :**

- La COVID-19 se manifeste essentiellement par un syndrome confusionnel surajouté et/ou par l'exacerbation des troubles cognitifs et/ou du comportement chez le patient atteint de troubles neurocognitifs.
- La démence au stade léger et modéré ne constitue nullement un critère de limitation des soins et la personne âgée atteinte de démence doit bénéficier des mêmes recommandations de prise en charge sur ce document en privilégiant le maintien à domicile particulièrement dans les formes mineures.
- Pour la personne âgée atteinte de troubles neurocognitifs majeures avec dépendance, il est logique d'éviter l'obstination déraisonnable en cas d'indication des mesures de réanimation invasive.
- Renforcer le rôle des aidants principaux pour le respect des mesures de prévention.

- En cas de troubles neurocognitifs légers, penser à donner un support écrit avec des images expliquant la maladie, les symptômes, les règles de prévention.

- Privilégier le gel hydro alcoolique au lavage au savon.

✓ **Personnes âgées isolées :**

- Devant la situation actuelle, il faut coordonner avec l'aidant principal s'il existe ou prendre contact rapidement avec les services du ministère des affaires sociales pour suivi, surveillance et prise en charge sociale et médicale.

✓ **Personnes âgées en institution :**

Les mêmes mesures d'hygiène strictes, tant pour les malades institutionnalisés que pour le personnel soignant, doivent être appliquées rigoureusement.

Dans le cadre du plan national de prévention de la propagation du virus corona SARS-CoV-2 et de son implication dans les efforts de l'état pour limiter la propagation du nouveau virus, le ministère de la Femme, de la Famille, de l'Enfance et des Personnes âgées renforce les mesures déjà prises au mois de mars et préconise les directives suivantes :

- Interdiction formelle de toutes les visites familiales ou autres dans toutes les institutions d'accueil et d'hébergement de personne âgée dans les secteurs publique et privé.
- Interdiction de sortie des personnes âgées de ces établissements.
- Une RT-PCR négative est obligatoire pour toute nouvelle admission.
- Préparer une chambre d'isolement pour les cas suspects et pour les nouveaux résidents.
- Arrêt des activités de jour des clubs des personnes âgées et
- Renforcement des mesures d'hygiène avec désinfection des locaux en collaboration avec les municipalités ou les instances locales.
- Confinement du personnel soignant des institutions dans les limites du possible.

Toutefois, il est recommandé d'appliquer ces mesures afin de prévenir les éventuels clusters dans les institutions d'accueil et d'hébergement de personne âgée, tout en restant vigilants aux éventuelles répercussions psychologiques qu'elles peuvent être induites et de les prendre en charge précocement.

✓ **La fin de vie et soins palliatifs :**

-Soulagement de la douleur : traitement antalgique palier 2, si besoin traitement antalgique palier 3 avec injection de morphiniques et titration.

-Hygiène et hydratation de la bouche.

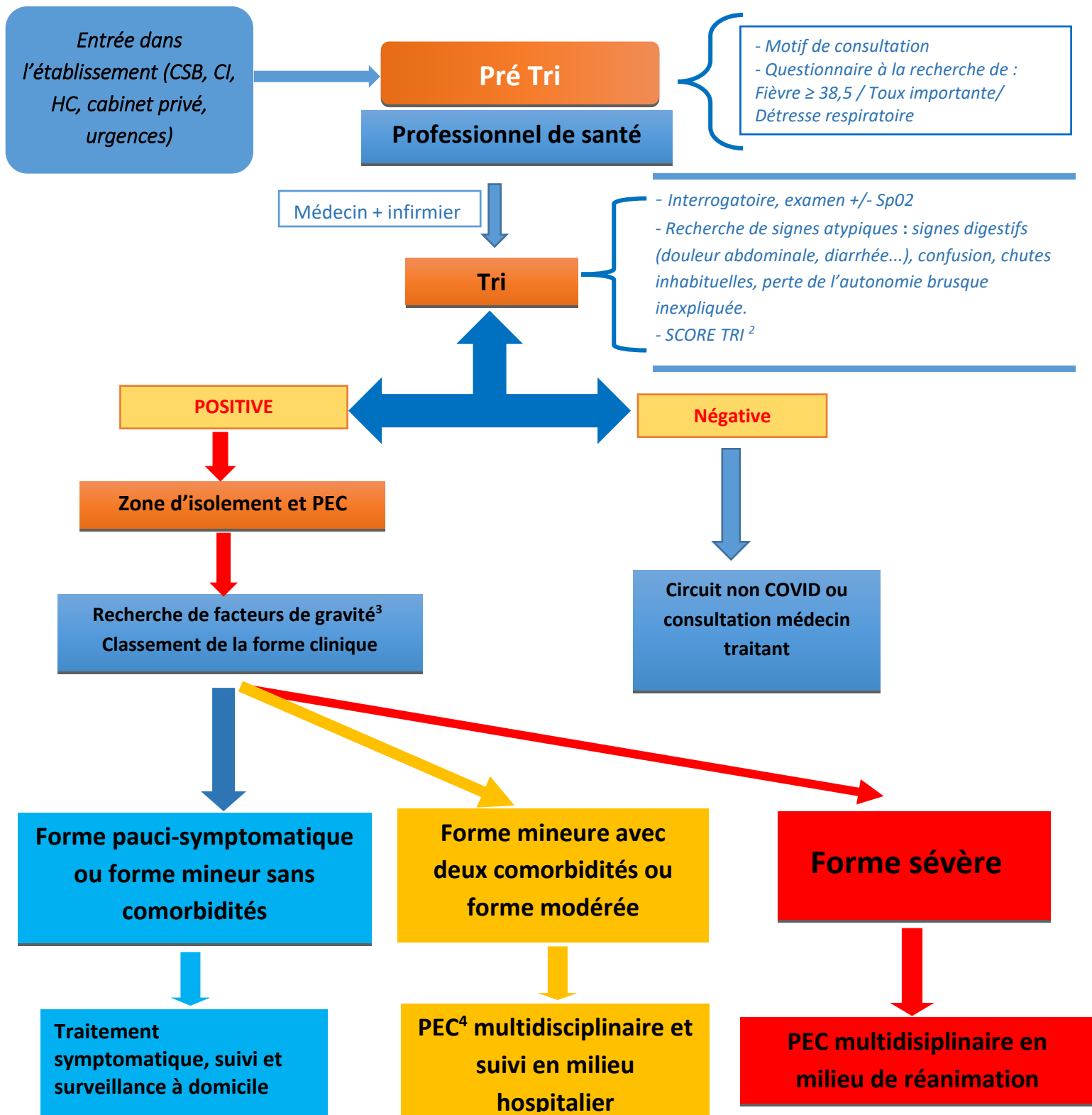
-Paracétamol en cas de fièvre

-Confusion : Traitement symptomatique des signes cliniques du syndrome confusionnel, ce traitement doit être ponctuel en choisissant les médicaments à demi-vie courte et à moindres risques d'interactions.

Messages à retenir

- Renforcer **les mesures de prévention** chez toute personne âgée devant la situation épidémiologique actuelle tout en garantissant la continuité de soins habituelle, notamment dans les institutions et les maisons de retraite.
- Prévoir dans tous les cas **un soutien psychologique et un accompagnement à distance des sujets âgés** ainsi que de leurs familles.
- Pensez au COVID-19 devant **des signes atypiques** (confusion, chutes ...) retrouvés chez les sujets âgés ou devant tout **syndrome gériatrique inexplicé même en l'absence de fièvre**.
- Chercher les **facteurs de gravité** chez toute personne âgée confirmée COVID-19.
- L'hospitalisation sera discutée **selon la forme clinique** (Tableau 1), **les comorbidités**, les **critères sociaux**, le **score SEGA de fragilité** (annexe 4) et à chaque fois que la prise en charge (PEC) à domicile (absence de soutien familial) est impossible.
- La PEC **thérapeutique** en milieu hospitalier **relative au COVID- 19** est identique à celle du sujet plus jeune en prenant compte des particularités gériatriques mentionnées dans ce document.
- La PEC du sujet âgé hospitalisé doit être **multidisciplinaire** impliquant une intervention psychologique, nutritionnelle, physiologique de mobilisation, la prévention des complications du décubitus, l'évaluation du risque d'escarre et la PEC de tout syndrome gériatrique.
- **Un suivi en post hospitalisation** avec une surveillance quotidienne par contact téléphonique (des questions simples à poser) en impliquant les aidants est fortement souhaité jusqu'à guérison clinique.

V. Circuit du malade âgé dans les structures sanitaires publiques et privées



1. Chez le sujet âgé COVID19 on peut avoir une absence totale de fièvre ou une variation de température allant de l'hypothermie à l'hyperthermie

2. Tableau 1 GUIDE PARCOURS DU PATIENT SUSPECT OU CONFIRME COVID-19

3. Facteurs de gravité : voir paragraphe 3 : facteurs de gravité

4. PEC : prise en charge

VI. Annexes :

- **Annexe 1** : score SEGA : Oubaya N, Mahmoudi R, Jolly D, Zulfiqar A-A, Quignard E, Cunin C, et al. Screening for frailty in elderly subjects living at home: validation of the modified Short Emergency Geriatric Assessment (SEGAm) instrument. J NutrHealthAging 2014 ; 18(8) :757–64.

- **Annexe 2** : Les Guides de l'INEAS : GUIDE PARCOURS DU PATIENT SUSPECT OU CONFIRME COVID-19 REPONSE RAPIDE SYNTHESE SEPTEMBRE 2020 : paragraphe VII. La prise en charge thérapeutique

- **Annexe 3** : Critères de suivi après la sortie d'hospitalisation des personnes âgées COVID-19 confirmé

Questions	Oui	Non
Est-ce que vous avez de la fièvre		
Est-ce que vous êtes essoufflé		
Est-ce que vous avez des douleurs thoraciques		
Est-ce que vous avez de la diarrhée ou de la constipation		
Est-ce que vous avez une asthénie importante inhabituelle		
Est-ce que vous avez chuté		
Est-ce que vous mangez / buvez normalement		
Est-ce que vous avez un autre symptôme		

NB : chaque réponse positive doit alerter le médecin

Annexe 4 : Grille Fragilité SEGA (Volet-A modifiée)³

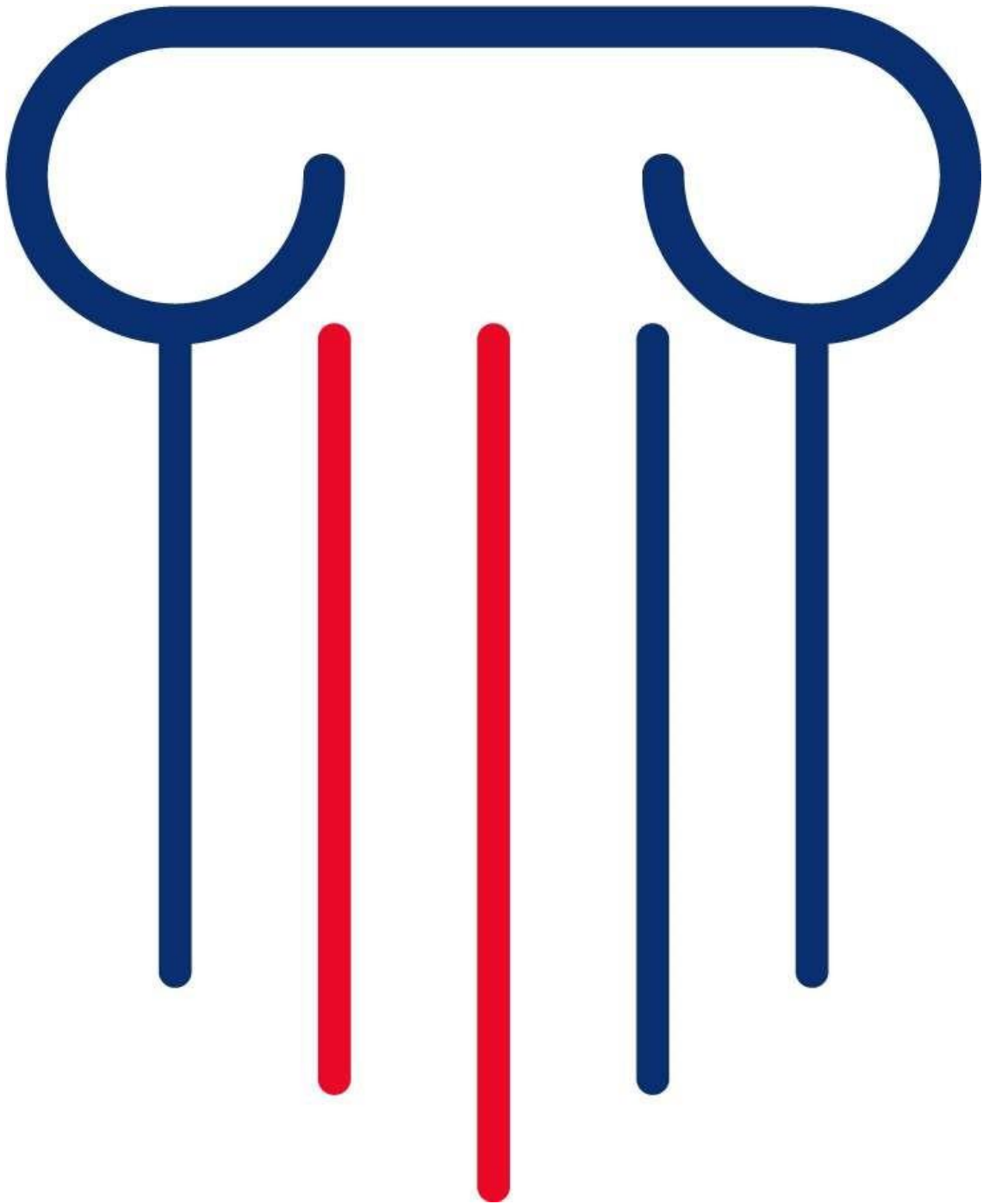
Volet A	Profil gériatrique et facteurs de risque			
	0	1	2	Score
Age	74 ans ou moins	Entre 75 ans et 84 ans	85 ans ou plus	
Provenance	Domicile	Domicile avec aide professionnelle	Foyer logement ou EHPAD	
Médicaments	3 médicaments ou moins	4 à 5 médicaments	6 médicaments ou plus	
Humeur	Normale	Parfois anxieux ou triste	Déprimé	
Perception de sa santé par rapport aux personnes de même âge	Meilleure santé	Santé équivalente	Moins bonne santé	
Chute dans les 6 derniers mois	Aucune chute	Une chute sans gravité	Chute(s) multiples ou compliquée(s)	
Nutrition	Poids stable, apparence normale	Perte d'appétit nette depuis 15 jours ou perte de poids (3kg en 3 mois)	Dénutrition franche	
Maladies associées	Absence de maladie connue et traitée	De 1 à 3 maladies	Plus de 3 maladies	
AIVQ (confection des repas, téléphone, prise des médicaments, transports)	Indépendance	Aide partielle	Incapacité	
Mobilité (se lever, marcher)	Indépendance	Soutien	Incapacité	
Continence (urinaire et/ou fécale)	Continence	Incontinence occasionnelle	Incontinence permanente	
Prise des repas	Indépendance	Aide ponctuelle	Assistance complète	
Fonctions cognitives (mémoire, orientation)	Normales	Peu altérées	Très altérées (confusion aiguë, démence)	
Total / 26				

TOTAL Volet A		
< ou = 8 : Personne peu fragile	[9-11] : Personne fragile	> ou = 12 : Personne très fragile

³ https://reseaux-sante-ca.org/IMG/pdf/2018_grille_sega_validee_.pdf : date de consultation :18/11/2020

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES :

- 1) Wu J, Wu X, Zeng W, Guo D, Fang Z, Chen L, Huang H, Li C. Chest CT Findings in Patients With Coronavirus Disease and Its Relationship With Clinical Features. *Investigative Radiology* ,2020 ;55,5:257-261.
- 2) Garnier-Crussard A, Forestier E, Gilbert T., Krolak-Salmon P. Novel Coronavirus (COVID-19) Epidemic: What Are the Risks for Older Patients? . *J Am Geriatr Soc* 2020;68,5:939-940
- 3) Mendelson M. Could enhanced influenza and pneumococcal vaccination programs help limit the potential damage from SARS-CoV-2 to fragile health systems of southern hemisphere countries this winter?. *International Journal of Infectious Diseases* 2020 ;94 : 32–33
- 4) Graziano O, Giovanni R, Silvio B. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA* 2020;323,18:1775-1776
- 5) Thierry S. Épidémie COVID-19 ce que doivent savoir les gériatres. *Repères en Gériatrie* 2020 ;22, 183.
- 6) Liu K, Chen Y, Lin R. Clinical feature of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. *Journal of Infection* 2020;80 ,6:e14-e18
- 7) Di Filippo L, De Lorenzo R, D'Amico M, Sofia V, Roveri L, Mele R, et al. COVID-19 is associated with clinically significant weight loss and risk of malnutrition, independent of hospitalisation: a post-hoc analysis of a prospective cohort study, *Clin Nutr* 2020;S0261-5614,20 :30589-6
- 8) ESPEN experts. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. *Clin Nutr.* 2020 ; 39 :1631-1638
- 10) Jeffrey IM, Salvatore C, Roland ND, Beverly JDH , Ryan T H , Sharon Y I, et al. Clinical Nutrition Research and the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review of the ASPEN COVID-19 Nutrition Taskforce. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2020 Oct 23. doi: 10.1002/jpen.2036
- 11) Mingwei Zhu, Hongyuan Cui, Wei Ch, et al. Guidelines for parenteral and enteral nutrition in geriatric patients in China. *Aging Med.* 2020 ;3 :1110-124. <https://doi.org/10.1002/agm2.12110>
- 12) Juan B O, Diana C, María E G, Charles B, Fernando C, M Isabel T D C. Lessons Learned in Nutrition Therapy in Patients With Severe COVID-19. *J Parenter Enteral Nutr.* 2020;00:1–7
- 13) Behrens S, Kozeniecki M , Knapp N, Martindale RG. Nutrition Support During Prone Positioning: An Old Technique Reawakened by COVID-19. *Nutr Clin Pract.* 2020;0:1–5
- 14) Singer P, Blaser AR, Berger MM, Alhazzani W, Calder PC, Casaer MP, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clin Nutr* 2019;38:48-79.
- 15) Haute Autorité de Santé. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéine énergétique chez la personne âgée ; Recommandations 2007. https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/synthese_denutrition_personnes_agees.pdf
- 16) Thibault R, Quilliot D, Seguin P, et al. Épidémie virale COVID-19. Stratégie de prise en charge nutritionnelle à l'hôpital. Avis d'experts de la SFNCM. https://www.sfnm.org/images/stories/ARTICLES/2020/PEC_NUT_HOPITAL_COVID19_SFNCM.pdf



© Instance Nationale de l'Évaluation et de l'Accréditation en Santé (INEAS)
Site Internet : <http://www.ineas.tn>