

## GUIDE

# Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Parcours de réadaptation du patient COVID+ à la sortie de réanimation et/ou de MCO, en SSR puis à domicile

Validée par le Collège le 4 juin 2020

## L'essentiel

### Conditions de transfert :

#### → Réponse rapide n°1 :

- Pas d'admission directe en SSR depuis la réanimation.
- Critères permettant le transfert d'un patient COVID+ d'un service de "Médecine, chirurgie, obstétrique" (MCO) vers une unité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) :
  - Un patient peut être admis en unité SSR COVID-19 :
    - à partir du 10<sup>e</sup> jour après le début des symptômes ou l'entrée en réanimation, s'il a présenté une forme grave,
    - à partir du 7<sup>e</sup> jour après le début des symptômes après un séjour en MCO seul pour une forme non grave,
    - ET si possible au moins 48 heures après amélioration des symptômes : réduction de la dyspnée, fréquence respiratoire < 22/mn, température < 37,8° C, besoins en O2 stabilisés, stabilité hémodynamique.
  - Préférer un SSR à proximité d'un court séjour si transfert <J7 ou <J10 après le début des symptômes (aggravation possible entre J6 et J9).
- Les problèmes sociaux, sans pour autant être négligés, ne constituent pas en soi un motif suffisant d'adressage en SSR, d'autres voies doivent alors être recherchées.

### Objectifs du séjour en SSR :

- **Réponse rapide n°2** : Les besoins de réadaptation de la plupart des patients COVID sont liés au réentrainement à l'effort, à la réadaptation respiratoire, au renforcement musculaire global, à la ré-autonomisation dans les activités de la vie quotidienne, au traitement des désordres psychomoteurs, au traitement d'éventuelles complications, à la mise en place

d'un programme d'éducation thérapeutique adapté, à la rééducation des troubles perceptivo-moteurs, au suivi nutritionnel, et au soutien psychologique.

- **Réponse rapide n°3** : Pour les activités de rééducation et de réadaptation, le rapport bénéfice / risque doit être évalué individuellement, en priorisant les activités dont le report entraînerait une perte de chance pour le patient ou l'aggravation d'une comorbidité.

#### Conditions d'accueil :

- **Réponse rapide n°4** : L'unité SSR COVID doit être équipée de façon à répondre aux besoins du patient. Il convient de respecter une organisation adaptée au risque de circulation du virus dans l'enceinte de l'établissement. L'accès au plateau technique doit être planifié afin de proposer des plages horaires différentes pour les patients COVID en période post-isolément (entre J10 et J24 après le début des symptômes) et COVID « guéris sur le plan infectieux » (>J24 après le début des symptômes et >14 jours après sortie de réanimation).
- **Réponse rapide n°5** : Critère permettant le retour à domicile, quel que soit le type de suivi : retour au niveau fonctionnel et à l'état d'autonomie antérieurs, ou s'en approchant si des aides à domicile suffisantes peuvent-être organisées en amont du retour. Le retour du patient à domicile nécessite sa participation active et souvent celle de son entourage.

# Sommaire

<b>Contexte</b>	<b>4</b>
<b>Principes d'organisation des filières liés à la contagiosité</b>	<b>4</b>
<b>Patients COVID+ en sortie de réanimation ou de MCO</b>	<b>4</b>
Sortie des patients COVID+ de réanimation ou de MCO	5
Modalités de transfert	8
<b>Patients COVID+ en SSR</b>	<b>8</b>
Sortie des patients COVID+ de SSR	11
<b>Patients COVID+ à domicile</b>	<b>12</b>
Intervention des professionnels de santé libéraux	13
Parcours de soin pluriprofessionnel coordonné	14
<b>Ressources</b>	<b>15</b>
<b>Références</b>	<b>15</b>
<b>Méthode d'élaboration et avertissement</b>	<b>16</b>

## Contexte

Des mesures de confinement de la population ont été mises en place depuis le 17/03/2020 pour réduire significativement la circulation du virus, et ainsi protéger les patients et les professionnels de santé.

Ces réponses rapides s'inscrivent dans le cadre de la stratégie nationale de sortie de confinement progressif depuis le 11/05/2020 ; elles reprennent essentiellement les propositions du document « Évolution de l'activité SSR en fin de confinement de l'épidémie COVID 19 » diffusé par l'ARS d'Île-de-France (ARS IdF, 9 mai 2020).

Les présentes réponses visent à favoriser l'organisation du parcours des patients COVID+ en sortie de service (MCO) ou de réanimation, vers le domicile, ou vers les unités de Soins de suite et de réadaptation (SSR) avant leur retour à domicile :

- Privilégier et organiser un retour sécurisé à domicile chaque fois que cela est possible ;
- Préparer les unités SSR à l'accueil et à la prise en charge de patients post COVID+ ;
- Envisager la reprise progressive des activités ambulatoires prioritaires ;
- Préserver la sécurité des patients et des personnels en période de levée du confinement alors que la circulation du virus persiste.

### Rappel

Ces réponses rapides élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

## Principes d'organisation des filières liés à la contagiosité

La levée des mesures d'isolement (ainsi que la définition de la période de contagiosité) du patient en SSR a fait l'objet de diverses recommandations (HCSP, 16 mars 2020 ; AP-HP, 21 avril 2020 ; CPias IdF, 4 mai 2020).

La fiche du Ministère des solidarités et de la santé préconise une organisation matérielle et logistique de filières COVID+ et COVID- distinctes au sein d'une même unité SSR (Ministère des solidarités et de la santé, 6 mai 2020), avec sectorisation géographique des unités (bâtiments ou étages différents dans un même bâtiment), la nécessité d'un respect très strict des mesures barrières, passant par la mise à disposition des protections nécessaires pour les professionnels et les patients, accès et circuits identifiés spécifiques à chaque population, et lorsque cela est possible et nécessaire, répartition de patients en chambres individuelles plutôt qu'en chambres doubles.

## Patients COVID+ en sortie de réanimation ou de MCO

Se référer à la Réponse rapide<sup>1</sup> :

Les patients hospitalisés en réanimation présentent un risque de contagiosité potentiellement plus élevé et plus prolongé, du fait d'une charge virale plus importante. Il n'existe cependant pas de donnée

<sup>1</sup> Haute Autorité de santé. [Réponses rapides dans le cadre du COVID 19 - Prise en charge précoce de Médecine Physique et de Réadaptation \(MPR\) en réanimation, en soins continus ou en service de rééducation post-réanimation \(SRPR\)](#). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

objective aujourd'hui permettant de quantifier précisément cette période de contagiosité (Sethuraman, 2020) : le risque doit donc être évalué au cas par cas. À titre indicatif, certaines équipes hospitalières proposent de maintenir une période de post-isolement de 14 jours à compter du jour de sortie de réanimation, avec mesures d'isolement du patient et de protection du personnel appropriées.

Le Ministère des solidarités et de la santé (Ministère des solidarités et de la santé, 21 avril 2020) a souligné l'intérêt d'une équipe mobile de rééducation et de réadaptation intra-hospitalière pour aider à l'orientation des patients sortant de MCO.

Cette équipe mobile, pluri-professionnelle, doit comprendre si possible un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) et/ou un gériatre, et idéalement un kinésithérapeute, un orthophoniste, un ergothérapeute, un psychomotricien, un diététicien et un assistant de service social. En effet, une évaluation clinique ciblée précoce des patients en MCO permet :

- d'évaluer le niveau d'indépendance antérieure, de l'environnement matériel, architectural et humain présent ;
- de mettre en place si nécessaire ces évaluations, couplées à l'identification du réseau de soin d'aval des médecins MPR et/ou gériatres et du médecin traitant si un retour à domicile est envisagé ;
- de préciser les besoins de soins infirmiers et de rééducation, avec estimation de la durée de ces soins ;
- d'optimiser l'orientation des patients dès le MCO (retour à domicile sécurisé ou orientation vers un SSR spécifique), et de réduire ainsi les temps d'hospitalisation.

Par ailleurs, l'évaluation et la prise en charge d'un possible retentissement psychologique (angoisse, anxiété en aigu, épisode dépressif aigu, syndrome de stress post-traumatique en moyen séjour) doit être systématiquement réalisée par un psychiatre, un psychologue, voire un psychomotricien.

Les pathologies neuro musculaires doivent faire l'objet d'une consultation par un MPR.

Les conséquences nutritionnelles de l'infection doivent systématiquement être évaluées et traitées (nutritionniste et/ou diététicien)<sup>2</sup>, après évaluation de la déglutition si nécessaire.

Les éventuels troubles de la déglutition et de la voix, les signes neurologiques et troubles psychomoteurs, perceptivo-moteurs, et cognitifs post-réanimation (désorientation temporo-spatiale, confusion, désadaptation psychomotrice, ralentissement, trouble de l'ajustement tonico-postural, etc.) doivent être évalués et pris en charge par des rééducateurs spécialisés.

## **Sortie des patients COVID+ de réanimation ou de MCO**

Le retour au domicile sécurisé est la première option envisagée si le niveau d'autonomie, l'environnement et l'entourage du patient le permettent. Cela renforce l'intérêt et l'importance d'une équipe mobile de rééducation et de réadaptation intra-hospitalière au sein des unités COVID MCO. En l'absence d'équipe mobile de réadaptation-réinsertion (EM-RR), cela suppose l'implication et la coordination des professionnels de ville, autour du médecin traitant, pour la mise en œuvre d'activités de rééducation et de réadaptation.

Dans le contexte de crise sanitaire et épidémique, le service de retour à domicile de l'Assurance Maladie (Prado) a été étendu pour les établissements demandeurs (MCO ou SSR) aux sorties d'hospitalisation des patients COVID+.

---

<sup>2</sup> Voir les fiches pratiques de la Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNCM) : <https://www.sfnm.org/pratiques-et-recommandations/recommandations/fiches-covid-19>

Le service Prado a pour objet d'accompagner la sortie de MCO ou de SRR du patient en prenant et en suivant la réalisation des rendez-vous avec les professionnels de santé nécessaires à la continuité de sa prise en charge, tels qu'ils sont prescrits par l'équipe médicale hospitalière en lien avec le médecin traitant et ainsi de :

- sécuriser le parcours des patients COVID+ ;
- systématiser l'information du médecin traitant ;
- faciliter la coordination des professionnels de santé autour du patient ;
- favoriser la mise en place d'un accompagnement social si nécessaire.

La sortie d'hospitalisation d'un patient COVID+ doit faire l'objet d'une organisation et, dans le cas du retour à domicile, d'une concertation avec les professionnels de ville assurant la continuité de la prise en charge.

Le transfert en SSR doit être réservé :

- aux patients pour lesquels une rééducation/réadaptation, même brève, conditionne le retour à domicile sécurisé : patients asthéniques et déconditionnés à l'effort (y compris et surtout pour les actes simples de la vie quotidienne tels que la toilette, habillage, etc.), patients dénutris, patients en perte d'autonomie, présentant un syndrome de désadaptation psychomotrice, montrant des signes d'anxiété généralisée, de stress post-traumatique ;
- aux patients ayant été hospitalisés pour un problème neurologique, orthopédique, oncologique ou autre et n'ayant pu bénéficier d'une prise en charge classique en SSR du fait d'une infection COVID intercurrente ;
- aux patients ayant développé des complications neurologiques (AVC, neuromyopathie de réanimation, troubles cognitifs isolés) et/ou des troubles cognitivo-comportementaux liés à l'infection COVID.

Il semble important de préciser que l'existence de problèmes sociaux, sans pour autant les négliger, ne constituent pas en soi un motif suffisant d'adressage en SSR ; d'autres voies doivent alors être recherchées.

Un lien avec le Centre communal d'action sociale (CCAS) et les services sociaux intervenant sur la commune est nécessaire. Selon la situation du patient, il peut s'agir par exemple du service social dit de « polyvalence de secteur », du service social spécialisé psychiatrie en ville (au sein des centres médico-psychologiques), du service social d'entreprise ou de l'Assurance Maladie (notamment pour les patients atteints d'une pathologie chronique).

De plus, différents Dispositifs d'appui à la coordination (DAC) ont pour mission l'appui à la prise en charge des parcours complexes (avec des critères d'intervention différents : âges, pathologies, etc.). Ces dispositifs ont en commun l'appui aux professionnels pour la coordination des parcours de santé complexes.

Dans le contexte du COVID, les patients ne doivent pas rester à l'hôpital une fois l'infection guérie ; ainsi, tout doit être mis en œuvre pour permettre une sortie d'hôpital rapide et sécurisée.

Quand le retour à domicile n'est pas possible à la sortie de réanimation ou de MCO, le patient peut être hospitalisé dans une unité dédiée au sein d'un SSR :

- Pour les patients nécessitant une surveillance respiratoire rapprochée - sevrage ventilatoire difficile (trachéotomie par exemple) : Unité COVID-19 de Sevrage Ventilatoire (USV) :
  - Niveau 1 : USV-1 correspondant, selon les régions, aux SSR respiratoires,
  - Niveau 2 : USV-2 Soins de Réadaptation Post-Réanimation (SRPR) ;
- Pour les patients sevrés, avec ou sans oxygénothérapie complémentaire :

- Unité COVID-19 de réadaptation pour patients poly-déficients après hospitalisation prolongée (correspondant principalement à des SSR/ services de MPR neurologiques et locomoteurs), pour lesquels la rééducation sera possiblement longue,
- Unités COVID-19 de réadaptation gériatrique,
- Unités COVID-19 de SSR polyvalent,
- Unités COVID-19 de SSR cardiologique, respiratoire, autres (oncologique, psychiatrique, etc.).

### Adressage d'un patient COVID de MCO vers SSR (d'après l'ARS IdF, 9 mai 2020)

Besoins des patients COVID selon la typologie	Type de SSR adapté
Type 1a : Patients en sortie de médecine fatigués qui ne peuvent pas rentrer chez eux : Pas de besoin d'O2 ni de soins lourds - Patients déconditionnés	SSR polyvalent avec possibilité de réentraînement ou MCO « tiède » avec moyens de rééducation
Type 1b : Patients en sortie de médecine après post réanimation prolongée sans besoin O2 ni soins lourds. Patients très dénutris, très déconditionnés	SSR polyvalent avec possibilité de réentraînement intensif et renutrition +++
Type 2a : Patients avec atteinte respiratoire - Patients « plus légers » - besoin d'O2 < 2 L/mn au repos et lors de l'exercice- Patients déconditionnés	SSR gériatrique ou polyvalent avec moyens techniques respiratoires
Type 2b : Patients avec atteinte respiratoire Patients plus graves, post trachéotomie, avec nécessité d'appareillage respiratoire ou besoin d'O2 > 2 L/mn au repos et lors de l'exercice	SSR respiratoire
Type 3 a : Patients avec pathologie neurologique ou locomotrice, concomitante ou secondaire au covid, polydéficience Sans besoin d'O2	SSR neurologique
Type 3 b : Patients avec pathologie neurologique ou locomotrice, concomitante ou secondaire au covid, polydéficience Avec besoin d'O2	SSR neurologique avec moyens respiratoires
Type 4 : Handicap neuro préexistant décompensé	SSR neurologique, polyvalent, gériatrique
Type 5a : Patients avec cardiopathie et besoin de réadaptation cardiologique particulières	SSR cardiologique COVID +
Type 5b : Patients dont la cardiopathie n'est pas au premier plan ou avec antécédents cardiologiques transfert dans structure polyvalente, MPR, gériatrique	SSR polyvalent ou gériatrique MPR ou MCO « tiède » avec moyens de rééducation, avec possibilité de télé-expertise cardiologique
Type 6 : Population gériatrique (>75 ans, comorbidités pré-existantes, polypathologiques avant COVID) qui a décompensé à cause du COVID, même sans forme grave. Déjà en structure gériatrique SSR, SLD, EHPAD ou limite domicile	SSR gériatrique
Type 7 : Patients (gériatriques ou non) avec troubles comportementaux sévères rendant complexe le suivi des précautions d'hygiène ou une prise en charge en réadaptation	SSR type unité cognitivo-comportementale.



Critères permettant le transfert d'un patient COVID de MCO vers SSR (AP-HP, 21 avril 2020 ; ARS IdF, 9 mai 2020) :

- Pas d'admission directe en SSR depuis la réanimation.
- Un patient peut être admis en SSR COVID-19 :
  - à partir du 10<sup>e</sup> jour après le début des symptômes ou l'entrée en réanimation, s'il a présenté une forme grave,
  - à partir du 7<sup>e</sup> jour après le début des symptômes après un séjour en MCO seul pour une forme non grave,
  - ET si possible au moins 48 heures après amélioration des symptômes cliniques : amélioration de la dyspnée, fréquence respiratoire < 22/mn, température < 37,8° C, besoins en O2 stabilisés, stabilité hémodynamique.
- Préférer un SSR à proximité d'un court séjour si transfert <J7 (formes non graves) ou < J10 (formes graves) après le début des symptômes (pour permettre un retour en MCO ou en réanimation, car aggravation possible entre J6 et J9).
- Le SSR doit être équipé de façon à répondre aux besoins du patient (cf. tableau d'adressage).

Le séjour en SSR, qui a pour objectif de prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, physiques, cognitives, psychologiques des déficiences liées au COVID-19, permet également la préparation du retour au domicile ou la réévaluation du projet de vie.

## Modalités de transfert

- Évaluation pluri-professionnelle des besoins en rééducation et de l'environnement de vie de patient par une équipe mobile intra hospitalière pour aide à l'orientation en SSR des patients COVID dès le séjour en réanimation ou en service de médecine.
- Identification d'un « coordinateur COVID-19 » dans la filière de prise en charge des patients COVID+, qui est l'interlocuteur privilégié d'une part des établissements de court séjour cherchant une solution d'aval pour leur patient, d'autre part de l'ARS dans le cadre de la cellule de régulation mise en place.
- Les transferts de « gré à gré » sont à favoriser dans le même établissement MCO-SSR, en veillant à conserver une capacité d'accueil du SSR pour assurer la continuité des soins pour les autres patients atteints de pathologies chroniques.
- Sinon : utilisation de Via trajectoire (procédure simplifiée) en ciblant un établissement adapté aux besoins du patients, et si pas de réponse dans les 48 heures ou refus. Activation de la fonction « Effectuer une demande d'expertise » sur Via Trajectoire par le service demandeur. Le Groupe Alvéole de la Société de pneumologie de langue française (SPLF) propose une carte de France des structures de réhabilitation respiratoire<sup>3</sup>.
- Quel que soit le mode de transfert, il importe que l'unité SSR qui accueille le patient puisse retransférer celui-ci sans difficulté en médecine ou réanimation en cas de ré-aggravation clinique.

## Patients COVID+ en SSR

Se référer à la Réponse rapide<sup>4</sup>

<sup>3</sup> <https://splf.fr/la-carte-de-la-rehabilitation/>

<sup>4</sup> Haute Autorité de santé. [Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 – Prise en charge des patients post-COVID-19 en Médecine Physique et de Réadaptation \(MPR\), en Soins de Suite et de Réadaptation \(SSR\), et retour à domicile](#). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.



Se basant sur l'avis du Haut Conseil de la santé publique (HCSP, 16 mars 2020), les recommandations du CPias IdF (CPias IdF, 4 mai 2020) distinguent trois périodes d'adaptation des mesures de protection pendant la prise en charge des patients, quel que soit le statut virologique :

- La période d'isolement :
  - du premier jour des symptômes (J0) jusqu'à guérison clinique de l'infection (au minimum J8 en l'absence de facteur de risque (FDR), et J10 en présence d'au moins un FDR, ET au moins 48h sans symptômes dyspnée/fièvre),
  - le patient est isolé en chambre seule, idéalement dans une unité COVID différenciée du reste du service et si possible isolée géographiquement, avec personnel dédié,
  - la rééducation et la réadaptation se font en chambre (et non sur plateau technique), de même que les repas (et non en salle commune),
  - application de précautions complémentaires gouttelettes (PCG) et contact (PCC) pour le personnel (charlotte, masque FFP2 si disponible, lunettes, surblouse, gants), avec port d'un masque chirurgical par le patient pendant les soins lorsque cela est possible (dyspnée, etc.).
- La période de post-isolement :
  - débute dès que les critères de guérison de l'infection sont remplis (donc au minimum à J8 ou J10 selon l'absence ou la présence de FDR), et se prolonge pendant 7 jours pour les patients sans FDR et 14 jours pour les patients présentant au moins un FDR,
  - le patient reste en unité COVID si elle préexistait, mais peut sortir de sa chambre avec un masque chirurgical, qu'il doit continuer de porter pendant les soins dans la mesure du possible (dyspnée, etc.),
  - l'accès au plateau technique de rééducation et aux espaces de réadaptation (salle de simulation d'espace de vie, escalier d'exercice, extérieurs, etc.) est possible en regroupant les patients au même stade évolutif de la maladie (tranches horaires dédiées) et en respectant les précautions barrières habituelles avec bionettoyage strict avant et après les séances de chaque patient. Le patient doit être formé à l'hygiène des mains avant accès au plateau technique et aux espaces de réadaptation.
  - la kinésithérapie respiratoire se réalise en chambre.
- les précautions complémentaires gouttelettes et contacts continuent de s'appliquer pour les personnels soignants, médicaux et paramédicaux.

Par ailleurs, comme indiqué précédemment, certaines équipes hospitalières recommandent de maintenir une période de post-isolement de 14 jours à compter du jour de sortie de réanimation, indépendamment du délai post-1<sup>er</sup> symptôme.

- La période de retour à la normale :
  - débute après la période de post-isolement (J15, ou J24 si présence de FDR).
  - le patient peut alors être transféré éventuellement dans une unité « COVID guéri » ou « post-COVID », si possible distincte d'une unité « COVID-free » (idéalement réservée aux patients non diagnostiqués COVID, sans certitude cependant sur leur statut infectieux : portage asymptomatique, faux négatif en PCR, absence de test sérologique fiable pour le moment. Même faible, il peut persister un risque de contagion résiduelle et, à l'inverse, le risque de réinfection n'est probablement pas nul). En cas de nécessité de passage en secteur « COVID-free », privilégier une chambre seule pour le patient ; sinon, réaliser des séparations physiques (paravents) des patients, renforcer les mesures de bionettoyage des salles d'eau, et prévoir une chambre vide pour isoler rapidement un patient « COVID free » présentant des symptômes suspects.

- les PCG et PCC sont alors arrêtées et les précautions standard poursuivies : le patient peut faire la rééducation sur le plateau technique, toujours en regroupant les patients qui sont au même stade de la maladie – excepté la kinésithérapie respiratoire qui se poursuit en chambre.

Les besoins de rééducation / réadaptation des patients COVID+ sont généralement liés au réentrainement à l'effort, au renforcement musculaire global, à la réadaptation respiratoire, aux complications neurologiques, à la ré-autonomisation dans les activités de la vie quotidienne, au traitement des troubles psychomoteurs, au suivi nutritionnel – en tenant compte d'une éventuelle dysphagie post-intubation, au traitement des symptômes psycho-comportementaux, et au soutien psychologique (prise en charge de l'anxiété et/ou d'un syndrome de stress post-traumatique).

Il convient aussi de respecter une organisation adaptée au risque de circulation du virus dans l'enceinte de l'établissement et dans les unités « COVID free » :

- Affichage des consignes générales d'hygiène.
- Mise à disposition de solution hydro-alcoolique (SHA), y compris à l'entrée de l'établissement et des unités de soin.
- Respect rigoureux des gestes barrières et des précautions standard.
- Port systématique du masque chirurgical par les professionnels de santé (et masque FFP2 en cas de geste invasif). Il est par ailleurs recommandé pour le personnel de se changer en arrivant en poste, et de porter des pyjamas/vêtements hospitaliers, ainsi que des chaussures qui restent à l'hôpital.
- Lorsque cela est possible, différencier géographiquement les unités « COVID+ » des unités « COVID-free » (bâtiments différents) ; au sein des unités COVID+, regrouper les patients en secteurs selon leurs « périodes d'adaptation ».
- Lorsque cela est possible, privilégier des équipes médicales, soignantes et de rééducation différentes pour les secteurs COVID+ / « COVID-free » (plannings spécifiques, astreintes spécifiques).
- Distanciation physique entre les patients et avec les professionnels, y compris en dehors de l'activité de soins (staff, pauses, repas, etc.), surtout dans les moments où le port du masque n'est pas possible. Privilégier les rencontres dans des espaces qui s'aèrent facilement.
- Port du masque chirurgical par le patient dès l'entrée dans l'établissement, en sortie de chambre, dans les zones de circulation et sur le plateau technique / activités collectives si accès autorisé (cf. ci-dessus).
- Éducation du patient à l'hygiène des mains, port du masque si impossible de respecter la distanciation (dans l'idéal une charte est rédigée pour préciser les conditions d'accès).
- Maintenir une distance d'1 mètre dans les salles de repas (suppression d'une chaise sur deux le cas échéant).
- Nettoyage et désinfection régulière des surfaces « contacts » (portes et poignées de porte, rampes murales, comptoirs, ordinateurs, téléphones, etc.). Ces mesures de bionettoyage doivent être appliquées à chaque surface en contact avec un patient, avant et après le soin (tables d'examen, outils du plateau technique, etc.).
- Chambre individuelle :
  - à privilégier en priorité et chaque fois que cela est possible ;
  - obligatoire si patient porteur de facteurs de risques de formes graves (cf. définitions du HCSP du 20/04/2020) ou si notion de contact avec un cas COVID ;

- si chambre double : port du masque en chambre par les patients +/- paravent facilement bionettoyable entre les 2 lits + fréquence de bionettoyage renforcée des sanitaires. Selon les établissements, le port du masque en chambre double peut-être discuté pour les patients hospitalisés en secteurs « COVID-free » depuis au moins 15 jours. Il est important de distinguer les patients en provenance de l'extérieur (contact COVID potentiel) des patients admis d'un service hospitalier « COVID-free » du même établissement depuis un temps suffisamment long. Un « sas de surveillance » (isolement en chambre seule temporaire à l'arrivée du patient) ou le maintien d'une chambre libre par unité (pour isoler rapidement un patient symptomatique suspect) peuvent être discutés.
- Accès au plateau technique :
  - à des horaires dédiés différents de ceux des patients COVID en période post-isolement ou de retour à la normale (COVID guéri) (CPias IdF, 4 mai 2020) ;
- nombre limité de participants permettant le respect de la distanciation physique.
- Surveillance clinique des patients et du personnel soignant et définition d'une procédure en cas d'apparition de symptômes.

## Sortie des patients COVID+ de SSR

Lorsque le séjour en unité SSR-COVID est bref (relai MCO-domicile avec nécessité de reconditionnement/réautonomisation dans les activités de la vie quotidienne, réactivation des aides à domicile, sécurisation de l'environnement), le suivi immédiat peut être assuré de différentes manières. Pour ces patients ne relevant pas d'une rééducation spécifique (neurologique, cardiologique, etc.) prolongée, le retour au niveau fonctionnel et à l'état d'autonomie antérieurs (ou s'en approchant si des aides à domicile suffisantes peuvent-être organisées en amont du retour) constitue l'objectif du séjour et donc le critère de sortie.

Des téléconsultations médicales peuvent être organisées au lendemain, puis à une semaine de la sortie, lors du passage de relai au médecin traitant.

Des programmes d'autorééducation pendant l'hospitalisation, secondairement encadrés par des kinésithérapeutes en télésoin, peuvent aussi être organisés dans l'attente d'une prise en charge par un kinésithérapeute libéral.

Des programmes d'autorééducation vocale ou des troubles de la déglutition peuvent être proposés par un orthophoniste libéral, en présentiel ou en télésoin.

Un suivi diététique peut être indiqué selon l'état nutritionnel.

Un suivi psychologique doit systématiquement être proposé au patient lors de sa sortie, par télésanté dès la première semaine (idéalement par le psychologue ayant pris en charge le patient).

Un suivi des actions sur les facteurs de perte d'autonomie (séquelles respiratoires, troubles cognitifs, troubles moteurs, actions sur l'entourage et l'environnement matériel, et limitations dans les activités antérieures, qui sont travaillés en SSR) peut être organisé au domicile en orientant vers les ergothérapeutes d'EM-RR, ESA, HDJ et SSIAD, et libéraux, en fonction des besoins repérés et des ressources du secteur.

Afin de sécuriser au mieux le domicile, les ergothérapeutes des EM-RR peuvent être mis à contribution, et évaluer, si nécessaire, le domicile avant puis quelques jours après le retour du patient à domicile. Il est aussi possible d'orienter vers les ergothérapeutes libéraux du secteur.

Un suivi psychomoteur en présentiel ou en télé-soin si nécessaire peut être proposé au domicile en continuité des soins effectués en SSR. Il est possible d'orienter vers les psychomotriciens exerçant en

libéral, en accueil de jour, EM-RR, ESA en HDJ, en ESA, en SSIAD, en CMP, en EHPAD, etc., en fonction des besoins repérés et des ressources du secteur.

Un suivi pneumologique et cardiologique est systématiquement proposé aux patients à distance.

Une consultation spécialisée de MPR en cas de persistance de déficits neuro-musculaires, cognitifs et/ou fonctionnels peut être envisagée afin de mettre en place une rééducation permettant un maintien à domicile autonome ou une reprise d'activité professionnelle.

## Patients COVID+ à domicile

Se référer aux Réponses rapides<sup>5</sup>

Outre l'intérêt socio-familial pour le patient, les activités ambulatoires contribuent à éviter l'engorgement des services SSR en hospitalisation complète.

Le retour du patient à domicile nécessite sa participation active et souvent celle de son entourage. Le rôle de l'aidant est primordial pour favoriser l'autonomie du patient et l'accompagner de manière adaptée et sécurisée.

Les soins de suite et de réadaptation peuvent être assurés en ambulatoire, en respectant les mesures de sécurité, selon différentes situations :

- Hospitalisation de jour (HDJ) SSR ;
- Équipes mobiles de Réadaptation-Réinsertion (EM-RR) ;
- Consultations externes ;
- Hospitalisation à domicile de Réadaptation (HAD-R) ;
- Prise en charge par les rééducateurs libéraux au cabinet, au domicile et/ou par télésoin.

Quelle que soit la situation, le rapport bénéfice / risque doit être évalué à chaque fois individuellement, en priorisant les activités les plus urgentes dont le report entraînerait une perte de chance pour le patient, selon les risques : complications somatiques et/ou reprise d'une pathologie stabilisée, majoration d'une hyperactivité musculaire gênante, désadaptation psychomotrice, raccourcissements musculaires, carence nutritionnelle potentiellement en lien avec une dysphagie séquellaire, douleurs chroniques, dégradation fonctionnelle liée à la perte/diminution d'activité physique régulière, aggravation d'une comorbidité, difficultés de maintien à domicile, troubles psychologiques (dépression, syndrome de glissement, séquelles d'un stress post-traumatique etc.).

En plus des mesures précédemment indiquées, il convient de respecter une organisation adaptée au risque de circulation du virus dans l'enceinte de l'établissement lors des visites du patient :

- Éviter, et si cela n'est pas possible, limiter le nombre d'accompagnants (un seul maximum par patient).
- S'assurer du respect des mesures barrières par les transporteurs sanitaires.
- Organiser les flux :
  - pour éviter la déambulation des patients et que les patients entrants et sortants se croisent.

---

<sup>5</sup> Haute Autorité de santé. [Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Prise en charge des patients COVID-19, sans indication d'hospitalisation, isolés et surveillés à domicile](#). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

Haute Autorité de santé. [Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 – Prise en charge des patients post-COVID-19 en Médecine Physique et de Réadaptation \(MPR\), en Soins de Suite et de Réadaptation \(SSR\), et retour à domicile](#). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

Haute Autorité de santé. [Réponses rapides dans le cadre du COVID 19 - Mesures et précautions essentielles à tenir par le Masseur-Kinésithérapeute auprès des patients à domicile](#). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.

- avec un circuit spécifique pour les patients ambulatoires en évitant tout contact avec les patients en hospitalisation complète (HC).
- Identifier les symptômes à l'arrivée en HDJ.
- Aménagement de salles d'attente et organisation des plannings et de la fréquence des rendez-vous de façon à limiter au maximum le temps de présence et les contacts sur le site (éviter les attentes prolongées en salle d'attente, les repas collectifs, etc.).
- Protection et mise en sécurité sanitaires (sacs isolés) des vêtements et affaires des patients en ambulatoire dans un espace de vestiaire dédié.
- Maintenir une distance de 1 mètre dans les salles d'attente (suppression d'une chaise sur deux le cas échéant, enlever tout objet à utilisation collective (magazine, etc.).
- Accès au plateau technique à des horaires distincts et/ou dans des locaux distincts de ceux utilisés par les patients en HC.

L'accès au plateau technique est possible dans les situations suivantes (CPias IdF, 4 mai 2020) :

- Pour tout patient sans antécédent de contact avec un cas COVID ET hospitalisé depuis plus de 14 jours sans symptômes évocateurs. \*
- Pour tout patient sans antécédent de contact avec un cas COVID ET venant du domicile ou d'un EHPAD (confinement respecté) sans symptômes évocateur. \*
- Pour tout patient contact d'un cas COVID dont le dernier contact date de plus de 14 jours ET sans apparition de symptômes (liste des symptômes évocateurs. Avis du HCSP du 20/04/2020).

Les activités des EM-RR doivent respecter les consignes en vigueur pour la pratique de ville, selon le mode de déplacement des professionnels (véhicules spécifiques ou transports en commun).

## **Intervention des professionnels de santé libéraux**

La sortie d'hospitalisation est conditionnée au retour au niveau fonctionnel et à l'état d'autonomie antérieurs.

Les professionnels intervenants doivent impérativement avoir le matériel de protection nécessaire à la prise en charge des patients suspects ou atteints de COVID-19.

La prise en charge en ville doit être pluriprofessionnelle pour être adaptée aux besoins des patients. Quand il existe, le cercle de soins habituel du patient est respecté. Les étapes clés du parcours dépendent des atteintes somatiques et psychologiques présentées par le patient, notamment :

- les séquelles respiratoires et le déconditionnement à l'effort doivent faire l'objet d'un suivi ;
- le retentissement psychologique doit être évalué si cela n'a pas été déjà fait ;
- les conséquences nutritionnelles doivent être recherchées et traitées.

Dans tous les cas, une consultation (en présentiel ou à distance) avec le médecin traitant est à prévoir dans la semaine suivant la sortie d'hospitalisation (MCO ou SSR).

Le médecin traitant peut orienter le patient vers des médecins spécialistes : cardiologue, pneumologue, notamment pour avis spécialisé en cas de difficultés respiratoires. La téléconsultation doit être privilégiée dans la mesure du possible.

Le recours au télésoin doit être privilégié pour les différents professionnels de rééducation. Cette prise en charge à distance doit cependant être coordonnée par le médecin MPR ou le médecin traitant.

Le premier bilan d'évaluation doit être fait par le professionnel en présentiel (sauf si le patient était déjà connu), ainsi que des réévaluations régulières.

Pour les orthophonistes et les masseurs-kinésithérapeutes libéraux, le premier soin en présentiel n'est pas obligatoire si un bilan avec transmission d'un plan de soins a été réalisé avant la sortie d'hospitalisation<sup>6</sup>.

## Parcours de soin pluriprofessionnel coordonné

Quels que soient le mode de rééducation/réhabilitation mis en place (SSR, EMR, ambulatoire, etc.) et ses modalités (présentiel, télésoin), la qualité du parcours du patient COVID+ repose sur :

- la transmission par l'établissement adresseur des éléments nécessaires à la continuité des soins ;
- la réalisation de diagnostics kinésithérapiques, orthophoniques, ergothérapiques, et psychomoteurs ;
- les préconisations et conseils pour le patient, l'entourage et l'environnement ;
- la pluridisciplinarité de la prise en charge ;
- le suivi des conseils des intervenants médicaux et paramédicaux ;
- la prise en compte des aspects sociaux et professionnels de la prise en charge ;
- le partage des informations entre les différents professionnels concernés ;
- la bonne coordination des soins autour du médecin traitant, du médecin MPR et/ou médecin gériatre;
- la mise en place des actions de prévention et de l'éducation aux règles d'hygiène et aux gestes barrières pour le patient et son entourage ;
- une démarche d'éducation thérapeutique du patient ;
- la réévaluation régulière de la prise en charge ;
- l'identification rapide des signes d'alerte ;
- la sensibilisation du patient suivi en ville à l'appel du 15 ou du 112 en cas de signes évocateurs de complications.

---

<sup>6</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041889362&categorieLien=id>



## Ressources

Ces réponses rapides évolueront avec le développement des connaissances sur le COVID-19. Elles viennent compléter les sites, documents et guides développés par les sociétés savantes.

Voir toutes les [réponses rapides dans le cadre du COVID-19](#) de la Haute Autorité de santé.

### Pour les professionnels

Haute Autorité de santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID 19 - Prise en charge précoce de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) en réanimation, en soins continus ou en service de rééducation post-réanimation (SRPR), avril 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3182178/fr/prise-en-charge-precoce-de-medecine-physique-et-de-readaptation-mpr-en-reanimation-en-soins-conti-nus-ou-en-service-de-reeducation-post-reanimation-srpr](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3182178/fr/prise-en-charge-precoce-de-medecine-physique-et-de-readaptation-mpr-en-reanimation-en-soins-conti-nus-ou-en-service-de-reeducation-post-reanimation-srpr)

Haute Autorité de santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID 19 - Mesures et précautions essentielles à tenir par le Masseur-Kinésithérapeute auprès des patients à domicile, avril 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3179850/fr/mesures-et-precautions-essentielles-pour-le-masseur-ki-nesitherapeute-aupres-des-patients-a-domicile](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3179850/fr/mesures-et-precautions-essentielles-pour-le-masseur-ki-nesitherapeute-aupres-des-patients-a-domicile)

Haute Autorité de santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 – Prise en charge des patients post-COVID-19 en Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), et retour à domicile, avril 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3179826/fr/prise-en-charge-des-patients-post-covid-19-en-medecine-physique-et-de-readaptation-mpr-en-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr-et-retour-a-domicile](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3179826/fr/prise-en-charge-des-patients-post-covid-19-en-medecine-physique-et-de-readaptation-mpr-en-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr-et-retour-a-domicile)

Haute Autorité de santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Prise en charge des patients COVID-19, sans indication d'hospitalisation, isolés et surveillés à domicile, avril 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3182290/fr/prise-en-charge-des-patients-covid-19-sans-indication-d-hospitalisation-isoles-et-surveilles-a-domicile](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3182290/fr/prise-en-charge-des-patients-covid-19-sans-indication-d-hospitalisation-isoles-et-surveilles-a-domicile)

Haute Autorité de santé. Place des tests sérologiques dans la stratégie de prise en charge de la maladie COVID-19, mai 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3179992/fr/place-des-tests-serologiques-dans-la-strategie-de-prise-en-charge-de-la-maladie-covid-19](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3179992/fr/place-des-tests-serologiques-dans-la-strategie-de-prise-en-charge-de-la-maladie-covid-19)

Haute Autorité de santé. Téléconsultation et télésoin pendant l'épidémie de COVID-19, avril 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3183032/fr/teleconsultation-et-telesoin-pendant-l-epidemie-de-covid-19](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183032/fr/teleconsultation-et-telesoin-pendant-l-epidemie-de-covid-19)

## Références

1. Agence régionale de santé Grand-Est. Conduite à tenir pour les patients sortant d'hospitalisation dans le cadre de l'épidémie COVID-19. Version du 13 mars 2020. Nancy: ARS Grand-Est; 2020. [https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2020-03/2020-03-13\\_Conduite%20pour%20les%20patients%20sortant%20hospitalisa-tion%20cadre%20epidemie\\_v2.pdf](https://www.grand-est.ars.sante.fr/system/files/2020-03/2020-03-13_Conduite%20pour%20les%20patients%20sortant%20hospitalisa-tion%20cadre%20epidemie_v2.pdf)
2. Agence régionale de santé Ile-de-France. Evolution de l'activité SSR. En fin de confinement de l'épidémie COVID 19. Recommandations régionales COVID-19 période de déconfinement, 9 mai 2020. Paris: ARS IDF; 2020. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-05/Deconfinement-recos-SSR-71-Recommandations-ARSIDF.pdf>
3. Assistance publique-hôpitaux de Paris. Levée des précautions gouttelettes et contact des patients atteints de COVID-19. Recommandations. Version 1 – 21 avril 2020. Paris: APHP; 2020. <http://www.sofarthro.com/me-dias/files/LEVEE%20PRECAUTIONS%20GOUTTELETTES.pdf>



4. Centre d'appui pour la prévention des infections associées aux soins Ile-de-France. Procédure de déconfinement des patients atteints du Covid19, 4 mai 2020. Paris: CPias Ile-de-France; 2020. <http://www.cpias-ile-de-france.fr/doc-procom/doc/CPiasIdF-procedure-deconfinement-Covid19-040520.pdf>
5. Haut conseil de la santé publique. Avis du 16 mars relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2. Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=781>
6. Haut conseil de la santé publique. Avis du 20 avril 2020 relatif aux signes cliniques d'orientation diagnostique du Covid-19. Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=812>
7. Haut conseil de la santé publique. Actualisation du 20 avril 2020 de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics. Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=807>
8. Ministère des solidarités et de la santé. Coronavirus (COVID-19). Recommandations de structuration des filières de prise en charge des patients covid+ en sortie de court séjour, 21 avril 2020. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche\\_sortie\\_reanimation-ssr\\_covid-19.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_sortie_reanimation-ssr_covid-19.pdf)
9. Ministère des solidarités et de la santé. Coronavirus (COVID-19). Lignes directrices relatives à l'organisation générale de l'offre de soins après déconfinement, 6 mai 2020. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/deconfinement-lignes-directrices-offre-soins-covid-19.pdf>
10. Sethuraman N, Jeremiah SS, Ryo A. Interpreting diagnostic tests for SARS-CoV-2. JAMA 2020. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2020.8259>

## Méthode d'élaboration et avertissement

La méthode retenue pour cette réponse rapide est basée sur une synthèse narrative des données disponibles les plus pertinentes, les recommandations nationales et internationales, ainsi que sur une consultation des parties prenantes (par voie électronique).

Ce document a été élaboré collégalement entre la Haute Autorité de santé et des experts désignés par : Collège Français en Orthophonie (CFO), Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), Collège de la Masso-Kinésithérapie (CMK), Conseil National Professionnel d'Ergothérapie (CNPE), Conseil National Professionnel de Médecine Physique et de Réadaptation (CNP-MPR), Conseil National Professionnel des Psychomotriciens (CNPP).

Validation par le collège de la HAS en date du 04 juin 2020.

### Liste des participants

**Haute Autorité de santé** : M. Michel Gedda, chef de projet ; Mme Sophie Despeyroux, documentaliste ; Mme Sylvie Lascols, assistante documentaliste.

**Conseils nationaux professionnels, sociétés savantes et organisations professionnelles** : Dr Nicolas Bayle, MPR, Créteil (CNP-MPR) ; M. Didier Billet, kinésithérapeute, Lyon (CMK) ; Dr Hélène Brun-Buda, médecin conseil, Paris (CNAM) ; Mme Nathaly Joyeux, orthophoniste, Avignon (CFO) ; Mme Aline Kamblock, orthophoniste, économiste de la santé, Paris (CNAM) ; Dr Clément Leclaire, médecin coordonnateur, Paris ; M. Bastien Morin, psychomotricien, Lyon (CNPP) ; Dr Odile Rames, médecin conseil, Paris (CNAM) ; M. Nicolas Rispal, ergothérapeute, Troyes (CNPE) ; M. Anthony Soter, psychomotricien, Paris (CNPP) ; Mme Sophie Tricot, orthophoniste, Annonay (CFO) ; M. Cyril Vigouroux, ergothérapeute, Toulouse (CNPE) ; Mme Estelle Villiot-Danger, kinésithérapeute, Briançon (CMK).

**Ces réponses rapides sont élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication, elles sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.**

**Ces réponses rapides sont fondées sur ce qui apparaît souhaitable ou nécessaire au moment où elles sont formulées. Elles ne prennent pas en compte les capacités d'approvisionnement en équipements de protection individuelle.**