

	<b>RECOMMANDATIONS REGIONALES</b>  <b>COVID-19</b>  <b>PERIODE DE DECONFINEMENT</b>	<b>Création (V1)</b> Date : 06/05/2020
		<b>Validation technique</b> <b>Direction Métier (DOS)</b> Date : 03/06/2020
		<b>Approbation Cellule</b> <b>Doctrines</b> Date : 04/06/2020
		<b>Validation CRAPS</b> Date : 05/06/2020
<b>COVID-19</b>  <b>071</b>	<b>Evolution de l'activité SSR</b>  <b>En fin de confinement</b>  <b>de l'épidémie COVID 19</b>	<b>Version : 2</b> Date : 05/06/2020
		<b>Type de diffusion :</b> Diffusion partenaires externes Mise en ligne internet
Toutes les doctrines régionales sont consultables sur : <a href="https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante">https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante</a>		

## PREAMBULE

- **Modalités de rédaction :**

- **Rédacteurs** : Philippe Azouvi, Claire Sterin, Annaig Durand
- **Comité de lecture** : CPias IDF (Dr Elise Seringe), GT SSR AP-HP (Pr Pascale Pradat-Diehl, Dr Christine Geffrier, Albane Trihan), collégiale de gériatrie (Dr Eric Pautas, Dr Olivier Brunat), CNP de MPR (Dr Brigitte Barrois), FHF (Emilien Roger, Noémie Pesnaux), FEHAP (Renaud Coupry, Marie Deroy), FHP (Helena Kisler), UGECAM (Nafissa Khaldi).

- **Références :**

- Avis du Haut Conseil de la Santé Publique relatif aux critères cliniques de sortie d'isolement des patients ayant été infectés par le SARS-CoV-2 16 mars 2020
- 21/03/2020 : Doctrine ARS Ile de France : Recommandations sur le secteur SSR dans le contexte de l'épidémie COVID-19
- Recommandations COVID-19 SSR- DGOS- 21/03/2020
- Levée des précautions renforcées des patients atteints de COVID-19 Version 1 – 21 avril 2020, collégiale de gériatrie AP-HP
- Lignes directrices relatives à l'adaptation de l'organisation de l'offre de soins hospitalière dans l'attente et en préparation des mesures de déconfinement- DGOS 16/04/2020
- Recommandations de structuration des filières de prise en charge des patients COVID+ en sortie de court séjour- DGOS mission SSR 21/04/2020
- Procédure de déconfinement des patients atteints du Covid19 – CPias Ile de France Version du 23/04/2020

- Fiche récapitulative pour l'adressage d'un patient COVID de MCO vers SSR, Groupe de travail AP-HP et ARS, 25/04/2020
- Avis du Haut conseil de la Santé Publique du 20 avril 2020
- **Ces recommandations évolueront avec les connaissances sur le COVID-19, la stratégie nationale et les orientations régionales.**
- **MISE A JOUR le 2 juin 2020, prenant en compte les recommandations nationales** : lignes directrices pour le secteur du SSR concernant l'organisation générale de l'offre de soins après déconfinement. MARS N°2020\_53, 27/05/2020 : cf pages 6 (activités ambulatoires), page 8 (visites de proches, permissions de sortie), page 9 (balnéothérapie)

## OBJET DU DOCUMENT

Les présentes recommandations complètent et actualisent la doctrine de la prise en charge en SSR des patients atteints par le COVID-19 publiée le 21/03/2020, en application des documents susmentionnés, pour s'adapter à la période intermédiaire allant jusqu'au 11 mai 2020 et surtout au début du déconfinement à compter du 11 mai 2020 (sous réserve de l'évolution de la politique nationale et du classement des zones dites rouges).

Elles visent à favoriser la réorganisation du secteur SSR, avec un triple objectif :

- Adapter l'offre SSR aux besoins des patients COVID+ en sortie de MCO
- Permettre la reprise partielle de l'activité SSR pour les patients non COVID, afin d'éviter des pertes de chance liées au report ou à l'arrêt des prises en charge du fait de la crise sanitaire
- 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

Ces recommandations pourront nécessiter quelques adaptations en fonction de la spécialisation des SSR, du type de patient (par exemple pédiatrie) et de l'architecture des locaux.

### 1. Adapter l'offre SSR aux besoins de réadaptation des patients COVID+ en sortie de MCO ou de réanimation

Le secteur SSR va probablement continuer à être sollicité dans les semaines qui viennent pour prendre en charge les patients COVID+ en sortie du secteur MCO. Il convient donc de préserver une offre permettant ces prises en charge dans des unités dédiées dans les établissements SSR.

Il est rappelé que le SSR n'est qu'une des possibilités de sortie des patients COVID+ hospitalisés en MCO. Le secteur SSR n'est pas simplement une voie « d'aval » du MCO, il s'adresse aux patients qui peuvent bénéficier d'une réadaptation même brève permettant une meilleure autonomie au domicile. Les problèmes sociaux ne constituent pas en soi un motif suffisant d'adressage en SSR, d'autres voies doivent alors être recherchées.

Les critères de transfert en SSR ont été rappelés dans la fiche issue du GT AP-HP ARS jointe en annexe.

La DGOS a identifié plusieurs niveaux de SSR intervenant dans la prise en charge des patients COVID+ :

- Pour une prise en charge des patients directement en sortie des services de réanimation et de surveillance continue :
  - o **Unités COVID-19 de Sevrage Ventilatoire (USV) :**
    - Niveau 2 – Soins de Réadaptation Post-Réanimation (USV 2 – SRPR)
    - Niveau 1 (USV 1), correspondant en IDF principalement aux SSR respiratoires
- Pour une prise en charge des patients en sortie des services de réanimation ou de médecine une fois passée la phase de sevrage ventilatoire :
  - o **Unités COVID-19 de réadaptation pour patients poly-déficients après une hospitalisation prolongée** (correspondant principalement à des SSR neurologiques et locomoteurs)
  - o Unités COVID-19 de réadaptation gériatrique
  - o Unités COVID-19 de réadaptation polyvalente

Il est difficile actuellement de chiffrer précisément les besoins respectifs dans ces différentes filières, mais il semble que les besoins les plus importants quantitativement se trouvent dans le secteur gériatrique pour des patients âgés qui sont asthéniques, dénutris, déconditionnés à l'effort même pour des actes simples de la vie quotidienne (cf. annexe 1 : fiche récapitulative pour l'adressage d'un patient COVID de MCO vers SSR du GT AP-HP ARS). A la date du 26 avril 2020, sur les 3423 patients COVID en SSR déclarés dans l'export SIVIC, plus de 85% sont âgés de plus de 65 ans.

Dans tous les cas, un accès à un psychiatre (ou à un psychologue) pour évaluer et prendre en charge le retentissement psychologique, et à un diététicien, pour la prise en charge de la dénutrition éventuelle, sera organisé (une réflexion spécifique est en cours sur la prise en charge de la dénutrition des personnes âgées touchées par le COVID).

L'intérêt d'une équipe mobile de rééducation et de réadaptation intra-hospitalière pour aider à l'orientation des patients sortant de MCO a été souligné par la DGOS. Cette équipe mobile, pluri-professionnelle, doit comprendre si possible un médecin de médecine physique et de réadaptation (MPR) et/ou gériatre. En l'absence de solution rapide, un appui peut être demandé à la cellule de régulation SSR de l'ARS : [ars-idf-covid-regulation-ssr@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-covid-regulation-ssr@ars.sante.fr)

## 2. Reprise des activités hors COVID

Il est important de préserver les activités SSR hors COVID, qui ont été temporairement réduites voire arrêtées du fait de la crise sanitaire. L'objectif est de réduire au maximum les risques de perte de chance, tout en préservant l'offre de soins pour les patients COVID.

Cette reprise devra être très progressive, en se limitant au début (tant que l'afflux des patients COVID+ reste important) aux cas les plus urgents. **Le risque serait en effet un engorgement du secteur SSR confronté à l'arrivée en grand nombre de patients COVID en sortie de MCO, aux patients non COVID présentant une pathologie urgente, et d'autre part à la reprise des activités programmées**, dans un contexte où le renfort en personnels dont les activités avaient été stoppées va progressivement se tarir.

La reprise d'activité en hospitalisation complète (HC) comme en hospitalisation de jour (HDJ) doit reposer au préalable sur un questionnaire visant à rechercher à la fois la présence de

symptômes et l'existence potentielle de cas dans l'entourage. En cas de symptômes évocateurs, un test PCR est réalisé.

La reprise des activités doit donc être très progressive, il conviendra de prioriser les activités indispensables de celles qui peuvent attendre, en distinguant :

- **Les situations urgentes**, qui étaient déjà maintenues en principe pendant la phase épidémique, correspondant à une pathologie aiguë ou à la décompensation d'une pathologie chronique, pour lesquelles une prise en charge adaptée en SSR (souvent en sortie de MCO) pourrait permettre une meilleure récupération fonctionnelle. L'absence ou le retard de la prise en charge SSR entraînerait une perte de chance de récupération, et donc un risque de majoration d'un handicap difficilement réversible ou une réhospitalisation en MCO. Il s'agit notamment (liste non limitative) :
  - o **SSR neurologique** : cérébrolésion aiguë grave notamment AVC ou traumatisme crânien, lésion médullaire aiguë traumatique ou non, ou déséquilibre récent d'un état de déficience chronique avec exacerbation des douleurs, aggravation fonctionnelle motrice, vésico-sphinctérienne ou cognitivo-comportementale, par exemple après poussée de SEP, déséquilibre d'une maladie de Parkinson...
  - o **SSR locomoteur** : traumatisme sévère, suite d'une intervention chirurgicale lourde (pathologies infectieuses, tumorale, amputation...)
  - o **SSR gériatrique** : perte d'autonomie réversible à la suite d'un accident, d'une chute, ou d'une maladie intercurrente hors COVID, après réévaluation du projet de vie
  - o **Autres spécialités SSR** : décompensation d'une BPCO, d'une insuffisance cardiaque, d'un infarctus du myocarde, ou d'une autre maladie chronique par exemple.
- **Les situations non urgentes** mais dont le report de la prise en charge SSR au-delà de deux mois pourrait entraîner une perte de chance ou un handicap persistant. Il s'agit notamment des suites d'interventions programmées urgentes ou semi-urgentes par exemple (liste non limitative) : suites de neurochirurgie (tumeur cérébrale, malformation vasculaire), de chirurgie orthopédique lourde (chirurgie du rachis par exemple), suite de chirurgie thoracique lourde (péri-transplantation par exemple) ou de chirurgie carcinologique, suites de traitements anti-cancéreux lourds, décompensation de conduites addictives ou de pathologies métaboliques ...Une réflexion doit être envisagée dans chaque établissement pour prioriser la reprise de ces différentes activités et leur progressivité.
- Pour les situations moins urgentes pour lesquelles la prise en charge SSR peut être différée, il conviendra d'évaluer avec les services de chirurgie ou de médecine concernés la situation au cas par cas en reportant ce qui peut l'être sans entraîner de perte de chance.

Dans ce cadre, il est recommandé aux établissements SSR, de passer au crible leur file active de patients qui sont sortis ou n'ont pas été pris en charge du fait du confinement pour les remettre dans un processus de soins.

Dans tous les cas, comme cela a été rappelé dans la fiche DGOS du 16/04/2020<sup>1</sup>, cela nécessite **l'organisation matérielle et logistique de filières COVID+ et COVID- distinctes** avec un respect très strict des mesures barrières, notamment la mise à disposition des protections nécessaires pour les professionnels et les patients, des accès et des circuits identifiés, des chambres individuelles si nécessaire.

### 3. Reprise des activités ambulatoires (patients COVID ou non COVID)

Les activités ambulatoires ont été arrêtées ou tout au moins fortement réduites depuis la mise en place du confinement, notamment ;

- HDJ SSR
- Equipes mobiles de Réadaptation-Réinsertion (EM RR)
- Consultations externes
- HAD-Réadaptation

Le risque de l'arrêt de ces activités ambulatoires est double :

- Entraîner une perte de chance pour les patients à domicile, majorée par l'arrêt de l'activité de nombreux rééducateurs libéraux (masseurs kinésithérapeutes notamment, mais aussi orthophonistes) pendant le confinement
- contribuer à l'engorgement des services SSR en HC (et donc en amont des services MCO) en maintenant en HC des patients qui pourraient en situation normale être prise en charge en ambulatoire.

De nombreux établissements SSR ont néanmoins mis en place des suivis à distance (télé suivi) voire des rééducations à distance (télé-rééducation) afin de garder un lien avec ces patients.

La reprise de ces activités à compter de la levée du confinement devra tenir compte du rapport bénéfice risque et de la volonté des patients. Il convient de distinguer trois types d'activité :

- les activités ponctuelles « one-shot » : consultations, évaluations sur plateau médico-technique (examens urodynamiques, exploration instrumentale de la marche...), évaluations pluridisciplinaire ou neuropsychologique, gestes techniques ponctuels (injection de toxine botulique, remplissage de pompe à Baclofen, infiltrations articulaires, adaptation d'orthèse ou de prothèse....)
- les activités itératives (HDJ SSR de rééducation- réadaptation classique) comportant des venues régulières plusieurs fois par semaine en établissement pour des séances de rééducation pluridisciplinaire
- les activités ayant lieu au domicile des patients (visites à domicile pour préparer la sortie de l'établissement, évaluation par les Equipes Mobiles de Réadaptation-Réinsertion, HAD-R).

Pour ces différentes activités 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, par exemple : risque de complications somatiques (infectieuses, métaboliques ou autres), majoration de la spasticité ou des douleurs, risque de dégradation fonctionnelle, risque de prolongation non justifiée de l'hospitalisation.

---

<sup>1</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organisation\\_soins-hospitaliers\\_covid-19.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/organisation_soins-hospitaliers_covid-19.pdf)

La reprise de ces activités devra donc être progressive en priorisant les activités les plus urgentes. Il conviendra de respecter une organisation adaptée au risque de circulation du virus dans l'enceinte de l'établissement qu'entraînera inévitablement la reprise de ces activités :

- Organiser un circuit spécifique pour les patients ambulatoires en évitant tout contact avec les patients hospitalisés en HC
- Affichage des consignes générales d'hygiène
- Identifier les symptômes à l'arrivée en HDJ, formation des patients à l'hygiène des mains, port du masque si impossible de respecter la distanciation (dans l'idéal une charte sera rédigée pour préciser les conditions d'accès)
- Mise à disposition de solution hydro-alcoolique (SHA) à l'entrée
- Accès au plateau technique soit à des horaires distincts soit dans des locaux distincts de ceux utilisés par les patients en HC.
- Aménager les salles d'attente et organiser les plannings et 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...)
- Maintenir une distance de 1 m dans les salles d'attente ou salles de repas éventuelles (suppression d'une chaise sur deux le cas échéant, enlever tout objet à utilisation collective (magazine, ...))
- Nettoyer et désinfecter régulièrement les surfaces (comptoir, ordinateurs, téléphones...)
- Eviter que les patients entrants et sortants se croisent, organiser les flux
- Gestes barrières et distanciation sociale entre les patients et avec les professionnels. Eviter la déambulation des patients.
- Eviter, 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.

Pour la reprise des activités des EM RR, il faudra s'aligner sur les consignes en vigueur pour la pratique de ville, et adapter l'activité en fonction du mode de déplacement des professionnels (certaines EM utilisent des véhicules pour leurs déplacements alors que les EM intervenant dans Paris intra-muros utilisaient précédemment les transports en commun, ce qui majore les risques et devrait être évité).

**MISE A JOUR le 2 juin 2020** : Il est recommandé de rouvrir les hôpitaux de jour qui auraient été fermés et de reprogrammer les consultations et les activités au domicile des patients (équipes mobiles notamment) en priorisant les patients les plus exposés à une perte de chance, avec une évaluation du rapport bénéfice risque. L'utilisation des transports en commun pour les Equipes Mobiles RR peut être envisagée sous réserve du respect des procédures barrières.

Dans tous les cas possibles, le recours au télé-soin devra être encouragé, les actes à distance des différents professionnels de rééducation, masseurs-kinésithérapeute, orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, étant désormais autorisés. Cette prise en charge à distance doit cependant être coordonnée par un médecin responsable et sa faisabilité ainsi que ses risques potentiels doivent faire l'objet d'une réévaluation régulière. Dans l'idéal, le premier bilan d'évaluation doit être fait en présentiel dans l'établissement (sauf si le patient était déjà connu), ainsi que des réévaluations régulières.

L'organisation des plateaux techniques de rééducation et d'exploration doit être adaptée spécifiquement : soit individualiser un plateau technique dédié aux activités ambulatoires, distinct du plateau consacré à l'HC, soit réserver des plages horaires spécifiques pour l'ambulatoire et l'HC. Le bionettoyage avant et après chaque patient, ainsi que le respect des mesures barrières s'impose dans tous les cas. Il est recommandé de plus de regrouper les patients qui se trouvent au même stade de la maladie.

#### 4. Reprise des visites des proches

Les visites des familles en SSR avaient été interdites lors de la mise en place du confinement, sauf cas particuliers (visite des parents en pédiatrie et situations de fin de vie). Cette mesure visait à limiter le risque de transmission du COVID-19 dont les conséquences pour des patients en situation de fragilité pourraient être très graves. Ce principe est resté la règle jusqu'au 11 mai (sous réserve des annonces gouvernementales concernant la levée du confinement en zone rouge), date de sortie progressive du confinement.

Cette interdiction a entraîné cependant de nombreuses difficultés : souffrance morale des patients isolés à l'hôpital, et de leurs familles, appauvrissement des stimulations et des interactions sociales, difficultés pour préparer les proches au retour à domicile, et donc risque de prolongation des hospitalisations.

Depuis le 11 mai, il convient de réfléchir à l'assouplissement de cette règle et à une reprise progressive des visites, comme cela est d'ores et déjà fait pour les EHPAD et les USLD. Cependant, la situation des EHPAD est un peu différente, car il s'agit d'un lieu de vie et non de soins, qui fait l'objet de recommandations spécifiques.

La reprise des visites faisant courir un risque élevé d'introduction du COVID-19 dans l'établissement, cette reprise ne pourra se faire dans un premier temps que dans un cadre strict et contrôlé, par exemple (il ne s'agit que de propositions générales pouvant faire l'objet d'un débat au cas par cas, et qui seront à adapter en fonction des doctrines nationales sur le sujet) :

- visites sur RDV programmé et sur autorisation avec un accompagnement par du personnel de l'établissement
- prévoir une fiche d'information à remettre au visiteur en amont et une charte de visite à signer
- traçabilité des visites
- durée limitée (une heure par ex maximum)
- lieu de visite à définir (prévoir bionettoyage après) : espace dédié, correctement aéré.
- nombre de personnes limité (une ou deux)
- respect strict des précautions barrières (distance d'au moins 1m50 entre le patient et les visiteurs, aucun contact physique)
- port du masque par le patient et le visiteur et friction hydro-alcoolique
- éviter tout contact entre les visiteurs des différents patients (circuits à organiser)

Cela suppose une organisation et des moyens matériels et humains adaptés.

**MISE A JOUR le 2 juin 2020** : il est recommandé par la DGOS de « s'organiser pour rendre possible les visites de proches en priorisant les patients les plus psychologiquement impactés par leur hospitalisation et/ou n'ayant pas eu de contact avec leurs proches depuis le plus

longtemps », tout en étant attentif à « limiter les allées et venues des personnes extérieures à l'établissement et de les planifier afin d'éviter les regroupements ».

La reprise des permissions de sortie pourra être envisagée, lorsqu'elles présentent un intérêt thérapeutique et/ou préparent la sortie (recommandation DGOS), avec une vigilance sur l'éventualité de symptômes chez les personnes partageant le domicile le cas échéant.

## 5. Principes d'organisation des filières et questions liées à la contagiosité

La fin des mesures d'isolement (ou de la période de contagiosité) en SSR a fait l'objet de diverses recommandations (Haut Conseil de la Santé Publique du 16/03/2020 ; collégiale de gériatrie le 21/04/2020 ; CPias IDF le 23/04/2020). Ces recommandations **ne sont toutefois qu'indicatives, et susceptibles d'évolution avec le temps et l'évolution des connaissances scientifiques**. En effet, il existe aujourd'hui de **nombreuses incertitudes** sur la durée de la période de contagiosité, qui peut varier selon les tableaux cliniques (formes sévères, patients immunodéprimés..), mais aussi sur l'immunité des patients ayant contracté le virus une première fois.

Il existe cependant actuellement un consensus entre les experts pour admettre que les critères de guérison sont uniquement cliniques (dans l'état actuel des connaissances) et ne doivent pas prendre en compte les données de la PCR. En effet, d'une part certaines études ont montré la persistance d'une excrétion virale parfois prolongée (PCR positive) sans que cela ne soit nécessairement synonyme de contagiosité. Et à l'inverse, les tests de PCR sont parfois faussement négatifs chez des patients porteurs du virus (diagnostiqués par exemple sur le scanner thoracique).

Dans le doute, le principe de précaution s'impose cependant, et nous nous appuyons ici sur les recommandations du CPias IDF (Procédure de déconfinement des patients atteints du Covid-19<sup>2</sup>.

Rappelons que, selon ces recommandations, le maintien de l'isolement en secteur COVID dépend

- d'une part du délai depuis le début des symptômes et depuis la guérison clinique
- d'autre part de la présence ou non d'au moins un facteur de risque (FDR) de formes graves (les patients en SSR étant en situation de vulnérabilité faisant a priori jusqu'à preuve du contraire partie des personnes à risque)

Schématiquement, le CPias recommande de distinguer trois périodes, en se basant sur les principes énoncés par le HCSP dans son avis du 16 mars 2020<sup>3</sup> :

- la période d'isolement allant du premier jour des symptômes (J0) jusqu'à la guérison clinique (au minimum J8 en l'absence de FDR, et J10 en présence d'au moins un FDR, ET au moins 48h sans symptômes dyspnée/fièvre) ; pendant cette période, le patient est isolé en chambre, dans une unité dédiée COVID dans l'idéal, la rééducation se fait en chambre et non sur plateau technique, et les précautions complémentaires gouttelettes (PCG) et contact (PCC), avec port d'un masque chirurgical par le patient pendant les soins, s'ajoutent aux précautions standard.
- La période de post-isolement débute quand les critères de guérison sont remplis (donc au minimum à J8 ou J10 selon l'absence ou la présence de FDR) et jusqu'à une durée

<sup>2</sup> <http://www.cpias-ile-de-france.fr/docprocom/doc/CPiasIdF-procedure-deconfinement-Covid19-040520.pdf>

<sup>3</sup> <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=781>



de 7 jours pour les patients sans FDR et 14 jours pour les patients présentant au moins un FDR. Pendant cette phase, le patient reste en unité COVID si elle pré-existait, mais peut sortir de sa chambre avec un masque chirurgical, qu'il doit aussi porter pendant les soins ; les précautions complémentaires gouttelettes et contacts continuent à s'appliquer. Il peut avoir accès au plateau technique de rééducation mais en regroupant les patients au même stade de la maladie (tranches horaires dédiées) avec le respect des précautions barrières habituelles et du bionettoyage avant et après chaque patient. Le patient doit être formé à l'hygiène des mains avant accès au plateau technique. Seule la rééducation respiratoire doit se faire en chambre.

- La période de retour à la normale débute quand la période de post isolement prend fin (J15 ou J24 selon l'absence ou la présence de FDR). Le patient peut alors être transféré dans une unité « COVID guéri » ou « post-COVID », si possible distincte d'une unité « COVID-free » qui elle est destinée aux patients non diagnostiqués COVID (mais sans certitude sur le fait qu'ils aient ou non contracté le virus : portage asymptomatique, faux négatif en PCR, absence de test sérologique fiable pour le moment). En effet, il peut persister (même si le risque semble faible) une contagiosité résiduelle et à l'inverse le risque de réinfection n'est pas nul. Les PCG et PCC sont alors arrêtées et les précautions standard poursuivies : le patient peut faire la rééducation en plateau technique, toujours en regroupant les patients qui sont au même stade de la maladie.

Rappelons que ces recommandations du CPIas sont susceptibles d'évoluer avec le temps et les connaissances et doivent s'adapter aux contraintes locales (taille des unités et des plateaux techniques).

La balnéothérapie est pour l'instant déconseillée même s'il n'existe pas de preuve de transmission du COVID-19 dans l'eau.

**MISE A JOUR le 2 juin 2020** : la reprise des activités de balnéothérapie en bassins chlorés peut être envisagée sous réserve du respect des gestes barrières dans l'eau et en dehors de l'eau, notamment le port du masque jusqu'au plus près du bassin, avant l'entrée dans l'eau. Ensuite, en raison de l'impossibilité de conserver le masque pour les activités dans le bassin, le respect strict des mesures de distanciation physique doit être la règle, ce qui implique que le nombre de personnes présentes en même temps dans le bassin soit adapté à l'obligation de maintenir une limite d'**un baigneur / 4 m<sup>2</sup>** et, en cas d'impossibilité à respecter cette limite, le bassin ne pourra être occupé que par un patient à la fois<sup>4</sup>.

**Il en va de même pour les activités collectives, sous réserve du respect de la distanciation physique.**

Cas particulier des patients sortant de réanimation : les propositions ci-dessus ne s'appliquent qu'aux patients pris en charge en services MCO hors réanimation. Pour ces derniers patients, ayant présenté des formes sévères de la maladie, le risque de contagiosité serait potentiellement plus élevé et plus prolongé, du fait d'une charge virale plus importante. Il n'existe cependant pas de donnée permettant de chiffrer cette période de contagiosité et le risque doit donc être évalué au cas par cas. Certains cliniciens proposent de retenir une période de post-isolement de 14 jours à compter du jour de sortie de réanimation, mais cette proposition n'est qu'indicative.

Après le retour à domicile, les patients peuvent bénéficier des dispositifs de suivi en ville existants.

---

<sup>4</sup> Cf. avis du HCSP du 31 mai 2020 : <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=846>

### **Cas particulier des patients « COVID-free » (n'ayant pas présenté d'infection COVID-19 connue) :**

Après consultation du CPias IDF, l'accès au plateau technique est possible dans les situations suivantes :

- 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 évocateurs\*
- 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 20 avril 2020<sup>5</sup>*

Sous réserve que les prérequis ci-dessous soient respectés :

- Respect des mesures barrières.
- Respect rigoureux des précautions standard.
- Port systématique du masque chirurgical par les professionnels de santé
- Education du patient à l'hygiène des mains et au port du masque chirurgical
- Port du masque chirurgical par le patient dès l'entrée dans l'hôpital, en sortie de chambre, dans les zones de circulation et sur le plateau technique / activités collectives **si accès autorisé** (cf. ci-dessus).
- Accès au plateau technique
  - A des horaires dédiés différents de ceux des patients COVID en période Post isolement ou de retour à la normale (COVID guéri), (cf. procédure de déconfinement CPias<sup>6</sup> du 4 mai 2020)
  - Nombre limité de participants permettant le respect de la distanciation sociale
- Chambre individuelle
  - A privilégier en toutes circonstances
  - Obligatoire si facteur de risque de formes graves (cf. définitions du HCSP du 20 avril 2020) ou si notion de contact avec un cas COVID
  - Si chambre double : port du masque en chambre par les patients +/- paravent entre les 2 lits facilement bionettoyable + fréquence de bionettoyage renforcée des sanitaires
- Surveillance clinique des patients et définition d'une procédure en cas d'apparition de symptômes

### **Pour les professionnels :**

Dans tous les cas, il convient de rappeler les règles à respecter par les professionnels, notamment l'hygiène des mains, le port du masque en toute circonstance (et masque FFP2 en cas de geste invasif), mais aussi la distanciation sociale et spatiale des personnels qui est à respecter scrupuleusement en dehors de l'activité de soins (staff, pauses, repas...) : se

---

<sup>5</sup> <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/AvisRapportsDomaine?clefr=812>

<sup>6</sup> <http://www.cpias-ile-de-france.fr/docprocom/doc/CPiasIdF-procedure-deconfinement-Covid19-040520.pdf>

placer et rester à au moins 1 à 2 mètres de distance les uns des autres, surtout dans les moments où le port du masque n'est pas possible.

## 6. Annexes :

- Fiche récapitulative pour l'adressage d'un patient COVID de MCO vers SSR (GT AP-HP / ARS)
- Synoptique déconfinement COVID-19 Cpias (version du 04/05/2020)

## Annexe 1 : Fiche récapitulative pour l'adressage d'un patient COVID de MCO vers SSR - Version n°2 du 27 avril 2020 validée par le GT APHP/ARS, tenant compte des recommandations CEPIAS

### Caractéristiques des patients après une infection COVID-19

- Le retour au domicile est la première option envisagée si l'autonomie et l'entourage du patient le permettent.

Le transfert en SSR doit être réservé, aux patients asthéniques, dénutris, déconditionnés à l'effort même pour des actes simples de la vie quotidienne, qui peuvent bénéficier d'une réadaptation même brève permettant une meilleure autonomie au domicile. Le séjour en SSR permet la préparation du retour au domicile ou la réévaluation du projet de vie.

*N.B les problèmes sociaux (absence de domicile, logement pas adapté, absence de droits sociaux), ne sont pas des motifs d'adressage en SSR*

### Critères permettant le transfert

- Pas de transfert direct en SSR depuis la réanimation, ni depuis le domicile.
- Un patient peut être admis en SSR COVID-19 :
  - à partir du 10<sup>ème</sup> jour après l'entrée en réanimation ou le début des symptômes, s'il a présenté une forme grave,
  - à partir du 7<sup>ème</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 : amélioration de la dyspnée, fréquence respiratoire < 22/mn, température < 37°8 C, besoins en O<sub>2</sub> stabilisés, stabilité hémodynamique.
- Préférer un SSR à proximité d'un court séjour si transfert < J10 après le début des symptômes (pour permettre un retour en MCO ou en réanimation, compte-tenu du risque d'aggravation possible entre J6 et J10).
- Les SSR ont des moyens hétérogènes, veillez à adresser le patient dans un établissement adéquat à ses besoins.

### Besoins de réadaptation communs à tous les patients COVID

- Besoins de réentraînement à l'effort
- Besoins nutritionnels
- Besoins de soutien psychologique (prise en charge de l'anxiété voire d'un syndrome de stress post-traumatique)

### Besoins de réadaptation particuliers (voir tableau au verso)

- Patients avec atteintes respiratoires nécessitant de l'oxygénothérapie ou des moyens spécifiques d'un SSR respiratoire
- Patients avec pathologies cardiaques
- Patients avec troubles neurologiques et/ou psychiatriques

### Durée de séjour, contagiosité et précautions

En fonction de la contagiosité, 3 périodes en secteurs COVID dédiés peuvent être définies dont 2 surtout concernent le SSR

**Période de confinement jusqu'à J8 (pas de facteurs de risque de forme grave/patients immuno-compétents) ou J10 (au moins 1 facteur de risque de forme grave/séjour en réa/patients immunodéprimés) après le début des symptômes :**

- Contagiosité maximale : précautions gouttelettes et contact, confinement en chambre
- Kinésithérapie réalisée en chambre si l'état du patient le permet

**Période de post confinement jusqu'à J14 (pas de facteurs de risque de forme grave/patients immuno-compétents) ou jusqu'à J24 (au moins 1 facteur de risque de forme grave/séjour en réa/patients immunodéprimés)**

- Risque de contagion persistante : précautions gouttelettes et contact jusqu'à J14 (pas de facteurs de risque de forme grave) ou J24 après le début des symptômes (facteurs de risque de forme grave) ou jusqu'à J14 après la sortie de réanimation
- Accès possible au plateau technique pour le patient avec masque en même temps que les patients au même stade de la maladie que lui (hors kiné respiratoire qui se poursuit en chambre)

**Période de retour à la normale : de J15 ou J24 jusqu'au retour à domicile (patients COVID guéris)**

- Risque de contagiosité résiduelle : arrêt des précautions gouttelettes et contacts, maintien des précautions standard
- Accès possible au plateau technique pour le patient sans masque, sauf s'il tousse, en même temps que les patients au même stade de la maladie que lui (hors kiné respiratoire qui se poursuit en chambre)

*N. B pour les patients COVID - : secteur dédié COVID free, si possible distinct du secteur des patients COVID guéris*

**A défaut d'organisation en secteurs dédiés : organisation des plateaux techniques en plages dédiées**

- Une plage pour les patients de chacune des périodes et une pour les patients COVID free
- Sur le plateau technique : respect rigoureux des précautions standard (respect des opportunités d'hygiène des mains) et bionettoyage du matériel entre chaque patient

### Modalités de transfert

- Intérêt d'une équipe mobile intra hospitalière d'évaluation pour 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
- Sinon : utilisation de Via trajectoire (procédure simplifiée) en ciblant un établissement adapté aux besoins du patients, et si pas de réponse dans les 48 h ou refus
  - Activation de la fonction « **Effectuer une demande d'expertise** » sur Via Trajectoire par le service demandeur
  - Mail: [ars-idf-covid-regulation-ssr@ars.sante.fr](mailto:ars-idf-covid-regulation-ssr@ars.sante.fr)

Besoins des patients COVID Typologie de patients	Type de SSR adapté
<b>Type 1a</b> : Patients en sortie de médecine fatigués qui ne peuvent pas rentrer chez eux : <u>Pas de besoin d'O<sub>2</sub></u> ni de soins lourds - <b>Patients déconditionnés</b>	SSR polyvalent avec possibilité de réentraînement ou MCO « tiède » avec moyens de rééducation
<b>Type 1b</b> Patients en sortie de médecine <b>après post réanimation prolongée sans besoin O<sub>2</sub></b> ni soins lourds <b>Patients très dénutris, très déconditionnés</b>	SSR polyvalent avec possibilité de réentraînement intensif et renutrition +++
<b>Type 2a</b> : Patients avec atteinte respiratoire - Patients « plus légers » - <u>besoin d'O<sub>2</sub>&lt; 2L/mn au repos et lors de l'exercice</u> - Patients déconditionnés	SSR gériatrique ou polyvalent avec moyens techniques respiratoires (pour les recommandations DGOS : unités COVID 19 de réadaptation polyvalente)
<b>Type 2b</b> : Patients avec atteinte respiratoire <b>Patients plus graves, post trachéotomie, avec nécessité d'appareillage respiratoire ou besoin d'O<sub>2</sub>&gt; 2L/mn au repos et lors de l'exercice</b>	SSR respiratoire (pour les recommandations DGOS : unités COVID 19 de sevrage ventilatoire -USV) / niveau 1 - USV 1)
<b>Type 3 a</b> : Patients avec <b>pathologie neurologique ou locomotrice, concomitante ou secondaire au covid, polydéficience</b> <u>Sans besoin O<sub>2</sub></u>	SSR neurologique (pour les recommandations DGOS : unités COVID 19 de réadaptation pour patients poly-déficients après une hospitalisation prolongée)
<b>Type 3 b</b> : Patients avec <b>pathologie neurologique ou locomotrice, concomitante ou secondaire au covid, polydéficience</b> <u>Avec besoin d'O<sub>2</sub></u>	SSR neurologique avec moyens respiratoires (pour les recommandations DGOS : unités COVID 19 de réadaptation pour patients poly-déficients après une hospitalisation prolongée)
<b>Type 4</b> : Handicap neuro préexistant décompensé	SSR neurologique, polyvalent, gériatrique
<b>Type 5a</b> : Patients avec cardiopathie et <b>besoin de réadaptation cardiologique</b> particulières :	SSR cardiologique COVID +
<b>Type 5b</b> : 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
<b>Type 6</b> : <b>Population gériatrique</b> (>75 ans, comorbidités pré-existantes, polypathologiques avant COVID) qui a décompensé à cause du COVID, même s'il n'a pas fait une forme grave. Déjà en structure gériatrique SSR, SLD, EHPAD ou limite domicile : <b>La population la plus nombreuse +++</b>	SSR gériatrique (pour les recommandations DGOS : unités COVID 19 de réadaptation gériatrique)
<b>Type 7</b> : Patients (gériatriques ou non) <b>avec troubles comportementaux</b> sévères rendant complexe le suivi des précautions d'hygiène ou une prise en charge en réadaptation	SSR type unité cognitivo-comportementale.

**Possibilités de réhabilitation à domicile (en direct après MCO ou en relais du SSR)**

- Lien avec le médecin traitant avant la sortie,
- Evaluation de l'environnement : domicile et famille
- HAD de réadaptation
- Autres modalités de télé-réadaptation
- Contact avec des kinésithérapeutes continuant à exercer au domicile

**Références**

- *Recommandations DGOS de structuration des filières de prise en charge des patients covid+ en sortie de court séjour du 21/04/2020*
- *Recommandations DGOS pour le secteur SSR dans le contexte de l'épidémie COVID 19 du 23/03/2020*
- *Recommandations régionales Covid 19 : sortie à domicile de patients Covid+ dont l'état de santé nécessite un suivi actif*
- *Arrêté pour le remboursement des actes de télé-soins*
- *Procédure d'inclusion dans Covidom Rehab (à venir)*
- *Recommandation AP-HP : critères de levée du confinement pour les patients âgés atteints de Covid-19 Conséquences pour entrées – sorties en court séjour, SSR, SLD dédiés*
- *Procédure de déconfinement des patients atteints du Covid19 – CPias Ile de France Version du 23/04/2020*

## Annexe 2 : Extrait du synoptique déconfinement COVID-19 CPias Ile-de-France (version du 4 mai 2020)

<http://www.cpias-ile-de-france.fr/docprocom/doc/CPiasIdF-synoptique-deconfinement-040520.xlsx>

