



FICHE ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SSR

RECOMMANDATIONS DE STRUCTURATION DES FILIÈRES DE PRISE EN CHARGE EN SSR DES PATIENTS COVID+ EN SORTIE DE COURT SÉJOUR

Au regard de l'évolution de l'épidémie de COVID 19, la constitution de filières organisées et de parcours de soins territoriaux sont des leviers à activer dès que possible pour apporter les réponses de court et moyen terme à la situation de crise. Il s'agira avant tout de soulager le plus tôt possible les établissements en première ligne dans la prise en charge des patients COVID+, mais également d'organiser dès à présent les modalités de prise en charge de moyen et long terme.

A ce titre, les structures SSR constituent un élément de réponse essentiel à la crise actuelle en mettant à disposition :

- Une offre de soins médicaux permettant de libérer des lits de médecine de court séjour ;
- Une offre de soins de rééducation et de réadaptation pour des patients COVID+ ;
- La continuité de l'accueil des patients COVID- qui nécessitent des soins de réadaptation.

En complément de la fiche établissement SSR « recommandation pour le secteur SSR dans le contexte de l'épidémie COVID-19 » la présente doctrine vise à structurer :

- Les filières de prise en charge en SSR en aval du court séjour en décrivant les différents parcours ;
- L'organisation de l'offre de soins en SSR en spécifiant les conditions de fonctionnement indispensables à la prise en charge sécurisée des patients.

Sur cette base, les Agences Régionales de Santé (ARS) devront identifier les lits SSR disponibles, d'établissements publics comme privés, par territoire et par filière, en distinguant ceux dédiés ou pouvant être dédiés à la prise en charge des patients COVID+, de ceux disponibles pour la réadaptation de patients COVID-.

1. Principe d'organisation

Il est recommandé aux ARS d'intégrer au plus tôt le suivi des capacités en lits de SSR sur leur territoire dans les outils de suivi et dans les cellules de régulation mises en place, en distinguant les lits COVID+, par spécialité, par filière, et les lits COVID-. La cartographie des établissements en charge des patients COVID+ doit être diffusée par l'ARS, en intégrant si possible les éléments de structuration de filière ci-dessous.

Au sein de chaque établissement SSR inscrit dans la filière de prise en charge des patients COVID+ décrite ci-dessous, il est recommandé d'identifier un « coordinateur COVID-19 ». Celui-ci sera l'interlocuteur privilégié des établissements de court séjour cherchant une solution d'aval pour leur patient et sera joignable en permanence. Il sera également l'interlocuteur de l'ARS dans le



cadre de la cellule de régulation mise en place. Il est également recommandé, partout où cela est possible, de mettre en place un pilotage territorial coordonné MCO - SSR afin d'anticiper au mieux les besoins de transferts dans l'un ou l'autre sens, ainsi que de fluidifier la circulation de l'information. A ce titre, une cellule de coordination incluant un médecin et un cadre de santé de chaque site pourra être envisagée. Il peut être pertinent d'embarquer plusieurs établissements SSR dans le dispositif afin de disposer au sein de la cellule de l'ensemble des filières d'aval.

Sur cette base, les structures prescriptrices de réadaptation pourront orienter leurs patients COVID+ dans les établissements SSR disposant de lits COVID+, en respectant l'adéquation entre le profil du patient et le type de lit SSR COVID+ visé. Pour ce faire, il est nécessaire d'identifier dans les logiciels d'orientation tel que via Trajectoire la situation médicale du patient de façon à ce que les établissements SSR disposent d'un minimum d'informations quant à la charge en soins et en aides humaines, la seule indication « plan blanc » ne suffit pas. En cas de transferts de patients COVID+ de réanimation entre régions, les besoins et possibilités de réadaptation et de rééducation doivent être anticipés et pensés.

Il convient également de maintenir la possibilité de transfert en SSR des patients COVID- pour lesquels les soins de réadaptation sont nécessaires et ne peuvent pas être déprogrammés depuis les services de médecine d'établissements MCO. X

2. Projection de l'expertise de rééducation et de réadaptation : les équipes mobiles pluriprofessionnelles de bilan, d'orientation et de réadaptation précoce en intra ou inter établissements

La culture et l'expertise de rééducation et de réadaptation doivent pouvoir être apportées au patient au plus tôt dans la prise en charge, dès la réanimation si possible. Les bénéfices d'initier une réadaptation précoce sont nombreux pour des patients hospitalisés sur des durées longues, avec des soins ventilatoires lourds. L'apport de l'expertise de rééducation tôt dans le parcours améliore ainsi la qualité de prise en charge et permet une réduction des durées séjour à chaque étape.

Il est donc recommandé en premier lieu de déployer des équipes mobiles de rééducation et réadaptation sur tous les territoires, à partir des établissements SSR. Celles-ci interviendront principalement dans les établissements de court séjour et auront un rôle majeur à jouer pour fluidifier le parcours des patients COVID+. Elles se différencient des équipes mobiles de réadaptation qui peuvent déjà exister au sein des territoires par leurs lieux et modalités d'intervention. L'équipe mobile de rééducation et de réadaptation aura vocation, en fonction des compétences disponibles au sein de l'établissement d'intervention, à :

- Prescrire la réadaptation précoce et les soins de rééducation, dès la phase de réanimation si possible ;
- Orienter le patient à sa sortie de réanimation ou de médecine de court séjour pour assurer la cohérence du projet de réadaptation avec l'offre disponible sur le territoire ;
- Participer à la production des soins de rééducation et de réadaptation si nécessaire.

Ces équipes seront prioritairement constituées de médecins spécialisés en médecine physique et de réadaptation et de compétences en rééducation : masseur-kinésithérapeute et orthophoniste



notamment. Le cas échéant, lorsque le projet du patient le nécessite, elles devront s'articuler avec les équipes de soins palliatifs et les équipes mobiles de gériatrie extra-hospitalières, sous la coordination du référent gériatrique de territoire.

3. Les filières de prise en charge des patients COVID+ en sortie de court séjour

La constitution de filières de prise en charge COVID+ doit permettre d'accélérer le transfert des patients depuis les lits de réanimation et de médecine des établissements de santé de court séjour, lorsqu'ils ne peuvent pas rentrer directement à domicile, en proposant la prise en charge la plus adaptée à la situation du patient.

Il est demandé aux ARS, dès que possible, de structurer les filières de prise en charge des patients atteints de COVID-19 et des patients non atteints, par territoire, en concertation avec les établissements de court séjour adresseurs et en identifiant les établissements SSR et les capacités d'accueil correspondantes par filière, à savoir :

- Pour une prise en charge des patients directement en sortie des services de réanimation et de surveillance continue pour des patients non sevrés de l'assistance respiratoire :
 - **Unités COVID 19 de Soins de Réadaptation Post-Réanimation (SRPR)** pour des patients dépendant de la ventilation mécanique invasive permanente et modérée ou d'une trachéotomie, en distinguant les SRPR à orientation :
 - **Pneumologique pour des patients déficients sur le plan respiratoire uniquement**
 - **Neurologique pour des patients poly-déficients**
 - **Unité COVID 19 de Sevrage Ventilatoire (USV)** pour les patients en insuffisance respiratoire majeure, modérée ou simple, stabilisés, non intubés, nécessitant de l'oxygénothérapie
- Pour une prise en charge des patients en sortie des services de réanimation ou de médecine une fois passée la phase de sevrage ventilatoire :
 - **Unités COVID 19 de réadaptation pour patients poly-déficients** après une hospitalisation prolongée
 - Unités COVID 19 de réadaptation gériatrique
 - Unités COVID 19 de réadaptation polyvalente

4. La prise en charge des patients COVID+ en sortie de réanimation et de surveillance continue

Les patients intubés pour une pneumonie infectieuse associée au COVID-19 présentent dans leur large majorité un syndrome de détresse respiratoire aigüe (SDRA) modéré à sévère. Les premiers retours des services de réanimation font apparaître des durées de ventilation mécanique d'au moins deux semaines pour une proportion importante de patients. Il est dès lors nécessaire de structurer des unités à même de conduire le sevrage de la ventilation mécanique de ces patients, dans un contexte de limitation des lits et des moyens humains alloués à la réanimation.



Ces unités auront pour mission le sevrage de la ventilation mécanique et la prise en charge en rééducation précoce des patients. Elles constituent un pont entre les services de réanimation et les services de SSR. Elles reçoivent des patients issus de services de réanimation qui nécessitent une surveillance médicale avec des soins spécifiques. Elles proposent une rééducation anticipée, ainsi qu'un suivi médical spécialisé et pluridisciplinaire. La prise en charge doit permettre aux patients de retrouver une autonomie et une indépendance respiratoire.

4.1. Unités COVID 19 de Soins de Réadaptation Post-Réanimation (SRPR)

La réponse de première ligne en aval de la réanimation sont les services de soins de réadaptation post-réanimation (SRPR). Leur vocation est de prendre en charge des patients dépendant de la ventilation mécanique invasive permanente et modérée ou d'une trachéotomie au terme de leur séjour en réanimation. Le sevrage ventilatoire sera l'objet principal du séjour en SRPR et impliquera nécessairement une prise en charge globale du patient.

Les SRPR prendront en charge des patients en insuffisance respiratoire majeure, intubés ou non, encore dépendants d'appareillage (trachéotomie, ventilation non invasive, ventilation invasive). Ces SRPR participeront à réduire la durée de séjour des patients en réanimation. Il est recommandé d'identifier deux types de SRPR aux compétences et organisations spécifiques, pour un objectif thérapeutique différent :

- **Les SRPR Pneumologiques** ont vocation à prendre en charge les patients présentant une déficience unique de la fonction respiratoire. Les objectifs de prise en charge sont le sevrage respiratoire, le reconditionnement à l'effort et la réhabilitation respiratoire ;
- **Les SRPR Neurologiques** ont vocation à prendre en charge les patients en insuffisance respiratoire majeure, associée à d'autres déficiences liées au passage en réanimation. Ils assureront de manière précoce le reconditionnement à l'effort, mais également la rééducation neuro-motrice et le soutien psychologique afin de limiter les séquelles de patients (amyotrophie, escarre, etc.).

Pour constituer une unité de SRPR, les établissements doivent répondre aux exigences suivantes :

- Equipements :
 - Respirateurs type « life support de niveau 3 » (chaque lit est équipé d'un respirateur) ;
 - Appareils de monitoring (fréquence cardiaque/pression artérielle/saturation en oxygène) dans chaque chambre ;
 - Possibilité de perfusion intraveineuse ;
 - Nutrition entérale (gastrostomie ou sonde nasogastrique) ;
 - Chariot d'urgence ;
 - Fibroscopie bronchique disponible 24h/24 ;
 - Radiographies de thorax peuvent y être réalisées au lit 24h/24.
- Garde médicale sur place, 24h/24, 7j/7, potentiellement mutualisée avec d'autres secteurs de l'établissement ;
- Médecins : issus des filières médecine intensive réanimation ou anesthésiste-réanimation ET un pneumologue et/ou médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation et/ou neurologue, dans tous les cas formés à la ventilation mécanique et aux situations d'urgence, en fonction de l'orientation donnée au service ;



- Equipes paramédicales composées de : IDE et AS formés à la réanimation respiratoire et aux dispositifs utilisés, masseurs-kinésithérapeutes formés à la prise en charge motrice et respiratoire, ergothérapeutes, orthophonistes formés à la prise en charge de patients trachéotomisés et aux troubles de la déglutition, diététicien, psychologue ;
- Accès aux équipements et personnels formés permettant les gestes d'urgence et de réanimation respiratoire, notamment l'intubation trachéale ;
- Accès rapide, de proximité, anticipé et coordonné à une unité de réanimation ou de soins intensifs adaptés.

Afin de rendre opérationnels ces SRPR avant la saturation des services de réanimation, il est recommandé d'organiser au plus tôt l'identification et la montée en compétence des équipes afin de leur permettre de prendre en charge des patients sous ventilation mécanique.

Cette montée en compétence doit s'organiser via des formations proposées par les équipes des médecins réanimateurs ou anesthésistes-réanimateurs à destination des équipes des futurs SRPR. Ces structures pourront bénéficier du soutien de l'ARS, pour accompagner notamment les redéploiements de personnels.

4.2. Les unités COVID 19 de sevrage ventilatoire en sortie de réanimation et de surveillance continue (USV)

Les USV constituent la deuxième ligne de réponse pour les patients en sortie de réanimation, non sevrés de l'assistance respiratoire, en complément des SRPR. Ces unités permettent la prise en charge de patients en insuffisance respiratoire majeure, modérée ou simple, stabilisés, non intubés, nécessitant de l'oxygénothérapie haut débit et/ou encore dépendants d'appareillage (trachéotomie, ventilation non invasive).

La structuration de cette filière d'aval, en fonction des environnements et compétences présentes dans les établissements concernés, doit permettre de réduire les durées de séjour dans les services de réanimation, de surveillance continue, de soins intensifs ou d'hospitalisation complète en médecine.

Les SSR éligibles doivent répondre aux exigences suivantes :

- En priorité, SSR autorisé à la mention « affections respiratoires », ou éventuellement « affections du système nerveux » compétent dans la prise en charge des patients nécessitant de l'oxygénothérapie haut débit et/ou trachéotomisés et/ou ventilés par ventilation non invasive. En fonction de la disponibilité en lits pour ces deux mentions spécialisées au sein de chaque territoire, il peut être envisagé d'inclure d'autres types de SSR possédant des compétences suffisantes dans le domaine de la gestion des patients avec insuffisance respiratoire prolongée ;
- Garde médicale sur place, 24h/24, 7j/7, potentiellement mutualisée avec d'autres secteurs de l'établissement ;
- Compétences obligatoires : médecin spécialisé en pneumologie, ou spécialisé en médecine physique et de réadaptation et/ou neurologie et formés dans la prise en charge des patients trachéotomisés et/ou en ventilation non invasive et aux situations d'urgence dans le cas d'un établissement autorisé à la mention « affections du système nerveux » ;



- Equipes paramédicales composées de : masseur-kinésithérapeute, diététicien, orthophoniste, ergothérapeute, psychologue, personnels de santé compétents dans le maniement du matériel permettant la ventilation ;
- Equipements :
 - Oxygénothérapie, ventilation non invasive, aspiration endo-trachéale et surveillance continue de la saturation en oxygène ;
 - Espaces et équipements nécessaires au drainage bronchique, aux massages et au réentraînement à l'effort ;
 - Accès aux équipements et personnels permettant les gestes d'urgence et de réanimation respiratoire, notamment l'intubation trachéale ;
 - Accès anticipé, coordonné et de proximité à une unité de réanimation médicale ou de soins intensifs adaptés.

5. Les unités COVID 19 de réadaptation pour patients poly-déficients après une hospitalisation prolongée

La filière d'aval pour les patients poly-déficients après une hospitalisation prolongée COVID-19 permet la prise en charge des patients qui ont passé la phase de sevrage ventilatoire et qui nécessitent une réadaptation fonctionnelle importante suite à un séjour prolongé en réanimation et en médecine ayant provoqué de nombreuses déficiences (polyneuropathies, déficit de verticalisation, ...).

Ces unités doivent être en mesure d'assurer la réadaptation du patient sur les dimensions respiratoires, neurologiques, nutritionnelles, locomotrices et psychologiques. Elles assurent ainsi le reconditionnement à l'effort, la renutrition, la rééducation neuro-motrice et le soutien psychologique afin de limiter les séquelles.

Les SSR éligibles doivent répondre aux exigences suivantes :

- SSR autorisé à la mention « affections système nerveux » ou « affections de l'appareil locomoteur » ;
- Compétences obligatoires : médecin spécialisé en médecine physique et de réadaptation ;
- Equipes paramédicales composées de : masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, psychologue, orthophoniste.

6. Les unités COVID 19 de réadaptation gériatrique

Les unités COVID-19 de réadaptation gériatrique assurent la prise en charge des patients âgés, autonomes pour les actes de la vie quotidienne, sans besoin de soins complexes et sans assistance respiratoire mais présentant des pathologies stabilisées, des pertes fonctionnelles au sortir de l'hospitalisation et qui ne peuvent rentrer dans leur lieu de vie car nécessitant toujours une surveillance médicale et une réadaptation.

Ces unités ont également vocation à prendre en charge des patients en établissement SSR directement depuis leur lieu de vie, afin de soutenir les EHPAD et structures de soins à domicile et ainsi éviter une hospitalisation en court séjour.



Les décisions d'hospitalisation et d'orientation des personnes âgées en sortie d'hospitalisation aiguë, doivent faire l'objet, en période épidémique COVID-19, le plus possible d'une réflexion collégiale entre les professionnels de santé en appui des établissements de santé et ceux des EHPAD (médecins coordonnateurs et médecins traitants).

En fonction des besoins des territoires, de manière exceptionnelle et transitoire, ces SSR gériatriques pourront palier les besoins en établissements médico-sociaux.

Les SSR éligibles doivent répondre aux exigences suivantes :

- SSR autorisé à la mention « affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance » ;
- Compétences obligatoires : médecin spécialisé en gériatrie ;
- Accès à l'oxygène ;
- Equipes paramédicales composées de : masseur-kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, psychologue.

Ces unités recevront également les patients dont le pronostic vital est engagé ou risque de s'aggraver, et qui ne sont pas susceptibles de bénéficier des soins de réanimation respiratoire ou de leur poursuite. Leur prise en charge palliative pourra toutefois nécessiter une oxygénothérapie de confort, des soins de trachéotomie, une aspiration, et l'équipe SSR devra pouvoir bénéficier du savoir-faire et de l'assistance d'une équipe mobile de soins palliatifs.

Les gériatres des établissements de santé du territoire (publics, établissements privés, hôpitaux de proximité, SSR gériatriques) contribuent à l'astreinte « personnes âgées » de territoire dédiée totalement et prioritairement aux professionnels soignants des EHPAD en fonction des besoins du territoire, joignable par téléphone et par mail de 8h à 19h même le week-end, et coordonnée par un référent gériatrique sur le territoire¹.

7. Les unités COVID 19 de réadaptation polyvalente

Les unités COVID-19 polyvalentes permettent la prise en charge de patients ne pouvant pas rentrer directement à leur domicile, sans besoin de soins complexes et sans assistance respiratoire. Toutes les mentions de SSR sont éligibles.

Ces unités peuvent toutefois assurer la prise en charge des patients nécessitant une assistance respiratoire non complexe (apport en oxygène, hors haut débit), à condition de répondre aux exigences suivantes :

- Disponibilité des fluides en chambre permettant la mise en place de l'oxygénothérapie ;
- Astreinte médicale opérationnelle, 24h/24, 7j/7, avec disponibilité médicale sur site dans l'heure ;
- Equipes paramédicales composées de : masseur-kinésithérapeute, diététicien, psychologue, personnels de santé compétents dans le maniement du matériel permettant l'oxygénothérapie.

¹ <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/professionnels-du-social-et-medico-social/article/informations-aux-professionnels-exercant-aupres-de-personnes-agees-et-de>



Ces unités doivent venir en soutien des professionnels de ville et du secteur médico-social. Dans ce contexte, elles devront notamment répondre aux besoins de prise en charge non complexe des patients COVID+ en situation de handicap, depuis leur lieu de vie.