



FICHE ÉTABLISSEMENTS ET SERVICES SSR

RECOMMANDATIONS POUR LE SECTEUR SSR DANS LE CONTEXTE DE L'ÉPIDÉMIE COVID-19

Suite aux retours d'expériences des professionnels mobilisés au cours de la crise sanitaire COVID 19, la fiche initiale de recommandations d'organisation pour le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) est actualisée. Cette nouvelle fiche présente la conduite à tenir dans les établissements et services de SSR en cas de nouvelle phase épidémique, en l'état de nos connaissances actuelles.

Les patients accueillis par les établissements SSR (personnes âgées, personnes handicapées, personnes fragiles - insuffisance cardiaque ou respiratoire...) présentent des polyopathologies, des affections chroniques ou des déficiences qui sont à l'origine d'une vulnérabilité particulière au virus Sars-Cov2, compte tenu de leur fragilité et des facteurs de sensibilité propres.

En conséquence, les établissements SSR doivent adapter leurs organisations et mettre en œuvre un dispositif de mesures barrières robuste et une organisation adaptée. Pour les structures se situant dans des zones de circulation active du virus, les mesures barrières peuvent être renforcées en lien avec les autorités locales.

Par ailleurs, les établissements de SSR constituent une étape essentielle de l'offre de soins dans ce contexte épidémique et les recommandations proposées doivent permettre aux établissements SSR de maintenir et d'adapter leur capacité de réponse aux demandes des établissements de court séjour, tout en évitant la propagation de l'épidémie au sein de leurs structures.

Enfin, il est essentiel que les établissements SSR maintiennent une capacité de prise en charge des patients non COVID, sur site, en coopération avec les autres structures du territoire ou sur le lieu de vie du patient.

1. Principe généraux

Les équipes pluriprofessionnelles de réadaptation ont un rôle central dans l'évaluation des besoins et l'organisation des parcours, notamment des patients les plus complexes. A ce titre, les professionnels de la réadaptation doivent mettre en œuvre les organisations permettant l'évaluation et la dispensation des soins de réadaptation au plus tôt dans le parcours du patient.

Les établissements et services SSR ont également un rôle particulier, en dehors de leur mission et de leur expertise dans le champ de la réadaptation et de la prise en charge des malades chroniques, pour assurer l'aval des services de MCO. Dans un contexte de crise sanitaire caractérisée par un afflux massif de patients, ils constituent un maillon essentiel permettant de



fluidifier les parcours de prise en charge, et ainsi d'optimiser l'utilisation des capacités d'accueil, notamment en court séjour.

L'objectif premier pour ces établissements consiste donc à maintenir leur capacité de réponse aux demandes venant du secteur MCO, pour les patients COVID+ comme pour les patients relevant d'autres filières, tout en adaptant leurs organisations à la prise en charge de patients fragiles et vulnérables.

L'accueil le plus tôt possible des patients sortant de réanimation, de soins continus, de pneumologie, de maladies infectieuses et de médecine pour les hôpitaux de 1ère et 2ème ligne doit être organisé entre les différentes spécialités d'un même établissement et entre établissements dès lors qu'il existe une indication de réadaptation en SSR spécialisé. Les unités de SSR non spécialisés ont quant à elles vocation à accueillir les patients pour lesquels il n'y a pas de projet de réadaptation, mais où le besoin de soins infirmiers ou médicaux existe ou qu'un accompagnement à la réinsertion est nécessaire.

Par ailleurs, ils doivent organiser rapidement le retour des patients à leur domicile, en incluant si nécessaire la poursuite du plan de réadaptation en autonomie à domicile.

Plus précisément, il s'agira de :

- **Mettre en place des procédures d'admission accélérées** avec les établissements demandeurs de prise en charge en SSR et adapter les conditions d'accueil dans un contexte de crise (questionnaire de dépistage, prise de température, mesures barrières, salon d'attente, limitation des points de rencontre...);
- **Maintenir l'admission de tous les patients qui nécessitent une prise en charge en SSR en aval d'un séjour MCO, pour toutes les filières**, en fonction des capacités et des besoins du patient ;
- **Traiter en priorité les demandes concernant des patients adressés en SSR dans un objectif de libération des lits de court séjour** (voir point spécifique ci-dessous)
- **Mettre en place une organisation spécifique pour l'accueil des patients COVID-19**
 - o D'une façon générale, le fait qu'un patient soit porteur du COVID-19 ne doit pas être un motif de refus d'admission en SSR, au risque de bloquer la filière d'amont et de mettre en difficulté les services MCO déjà sous tension. En revanche, il est indispensable d'adopter des précautions et une organisation spécifique.
- **Déprogrammer les activités non urgentes**, a fortiori pour les patients à risque de développer une forme grave d'infection à SARS-CoV-2 en cas de contamination (voir ci-dessous) ;
- **Déprogrammer toutes les activités d'hospitalisation de jour pour tous les patients pour qui cela ne génère pas une perte de chance** (voir ci-dessous dans la partie maintien de la capacité de prise en charge des patients non COVID) ;
- **Estimer le nombre de lits nécessaires**, y compris en sortie de réanimation au niveau de la région, remonter ces chiffres auprès de l'ARS une fois par semaine et disposer d'un interlocuteur unique chargé de la coordination régionale ARS. Cette coordination régionale diffusera les informations générales utiles et orientera les transferts de patients en fonction de critères définis (aval COVID et niveaux de soins) ;



- La cellule de crise ARS veillera à la bonne remontée des informations en temps réel du suivi de la crise sanitaire auprès des établissements, à la diffusion hebdomadaire des données sur la disponibilité des capacités ainsi que sur les points de difficultés rencontrés afin que les établissements puissent anticiper les éventuelles adaptations de leur organisation.
- Assurer un suivi hebdomadaire de la disponibilité des lits de SRPR, à diffuser aux établissements SSR avec autres mentions afin d'anticiper le besoin d'augmentation des capacités pour répondre aux besoins ;
- Anticiper et développer les prises en charge alternatives pour le retour à domicile sous forme de télé-réadaptation, possiblement associée à une prise en charge ambulatoire. En cas de besoin, le retour des patients à domicile peut inclure la poursuite du projet de réadaptation en autonomie à domicile.

Des dispositions spécifiques SSR au sein du plan de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles de l'établissement de santé seront élaborées en post-crise afin de mobiliser les moyens spécifiques à ce secteur en cas d'afflux de patients et faire face à une situation sanitaire exceptionnelle. Ces dispositions spécifiques permettront d'organiser la filière post-réanimation mais aussi post-hospitalisation des patients sévères, non hospitalisés en réanimation et encore instables ou oxygéno-dépendants.

Les mesures de protection des patients seront associées aux mesures de protection du personnel soignant.

2. Traitement de la demande de prise en charge en SSR à l'aide de l'outil Trajectoire, présentation des évolutions pour fluidifier le lien MCO-SSR

L'outil viaTrajectoire a évolué afin de fluidifier les parcours et faciliter la prise en charge SSR de patients en provenance de MCO et ce, en prévision de l'accueil massif de patients COVID+.

Cette évolution permet à un établissement sanitaire d'indiquer qu'il adresse un patient en SSR dans l'objectif de libérer ses lits de court séjour dans le cadre du plan blanc et que cette demande d'orientation est prioritaire par rapport aux demandes provenant d'autres établissements.

Cette fonctionnalité concerne les patients hospitalisés qui ne sont a priori pas atteints du COVID-19 et qui requièrent des soins de suite. Elle est prévue pour toutes les demandes d'orientation sanitaire gérées par viaTrajectoire, qu'il s'agisse d'une demande d'admission en SSR, en HAD, en Unité de Soins Palliatifs (USP), en Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD) ou toute autre solution du domicile.

En pratique, dans viaTrajectoire, chaque prescripteur a la possibilité d'activer un indicateur "Plan blanc" sur les demandes d'orientation jugées prioritaires et ainsi d'informer les établissements receveurs contactés du caractère urgent de ces demandes. Dans les situations les plus complexes, l'avis d'une équipe mobile de réadaptation intra CHU ou CHG publics et privés ou SSR peut s'avérer nécessaire pour préciser les besoins et aider à l'orientation.



3. Adaptation des organisations internes des établissements SSR en période épidémique

De manière générale, il est attendu que la disponibilité en lits des établissements permette de répondre aux besoins de filières d'aval du secteur MCO et de limiter l'exposition ainsi que les allers/retours de patients dont le profil est jugé à risque au cours de la phase épidémique.

Pour tous les établissements SSR, les recommandations suivantes sont préconisées :

- Limiter l'accès aux plateaux techniques
 - o L'accès aux plateaux techniques est strictement interdit aux patients COVID+ contagieux ainsi qu'aux sujets contacts ;
 - o Pour les autres patients, la rééducation doit prioritairement être effectuée en chambre et avec les précautions d'usage ;
 - o En cas de nécessité, le nombre de patients présents au même moment sur un plateau technique doit être restreint, les mesures barrières doivent être appliquées, les distances de sécurité respectées et les protocoles d'hygiène mis en œuvre.
- Fermer les balnéothérapies non chlorées et restreindre l'accès aux balnéothérapies chlorées, en s'appuyant sur une analyse bénéfices/risques pour les patients concernés ;
- Réserver l'accès à l'hospitalisation de jour (HDJ) SSR aux situations de soins indispensables pour éviter les pertes de chance, les complications et/ou les réhospitalisations, évaluées au terme d'une analyse bénéfices/risques :
 - o La situation de chaque patient doit faire l'objet d'une évaluation médicale et la suspension des soins en HDJ ne doit pas générer de perte de chance pour les patients ;
 - o Dans l'idéal, la réflexion bénéfices/risques des sorties signées par un médecin sera tracée dans le dossier du patient ;
 - o Le suivi des patients qui n'auront plus accès à l'HDJ devra être maintenu et organisé à l'aide de tous les outils disponibles au sein de l'établissement (télésoin de réadaptation, téléconsultation) ;
 - o Dans ce contexte de suivi, le risque de décompensation et de complication, notamment psychologique, devra être évalué à distance et une réponse adaptée au patient devra être apportée ;
 - o Si le maintien en HDJ est irréalisable au vu de la population accueillie ou du contexte propre à l'établissement et que le renvoi à domicile génère une perte de chance pour le patient, l'établissement doit envisager de transformer la venue en HDJ en séjour d'hospitalisation complète, éventuellement dans une autre structure ;
- Limiter les allées et venues des personnes extérieures à l'établissement et s'organiser pour rendre possible les visites de proches en priorisant les patients les plus impactés psychologiquement par leur hospitalisation et/ou n'ayant pas eu de contact avec leurs proches depuis le plus longtemps :
 - o Dans les zones à forte prévalence, les visites pourront être interdites sauf cas particuliers et en respectant les mesures barrières et distances de sécurité (patients en fin de vie notamment).
- Interdire les permissions de sortie, en dehors des situations qui le justifient ;
- Limiter les visites à domicile des équipes mobiles, en dehors des situations de soins indispensables pour éviter les pertes de chance, ayant pour objectif d'éviter une réhospitalisation ou d'accélérer les retours à domicile. Des échanges à distance (téléphone,



- téléconsultation...) peuvent être proposés. Les missions de l'équipe mobile peuvent être réorientées sur le parcours interne à l'établissement ou amont/aval de la prise en charge ;
- Rappeler et appliquer les mesures barrières avant, pendant et après chaque geste de rééducation ;
 - Limiter voire interdire toutes les activités collectives (rééducation en groupe, ateliers, activités sociales, prise de repas...) ;
 - Lorsque les conditions de sécurité sont garanties, privilégier les prises en charge sur le lieu de vie du patient dans une approche bénéfiques/risques pour le patient, en réduisant au maximum le nombre d'intervenants ;
 - Limiter le nombre de réunions et de participants, aux transmissions indispensables ;
 - Remplacer les staffs par des réunions téléphoniques ;
 - Mettre en place une cellule de soutien psychologique à destination des professionnels au plus tôt, avant que la situation ne devienne difficile ;
 - Anticiper les besoins en formation liés aux évolutions des pathologies (formations au COVID, mesures d'hygiène, kinésithérapie respiratoire...) ;
 - Adapter les conditions d'hospitalisations (chambre seule, prise de repas en chambre, port du masque, visites et permissions...).

Les conditions d'accueil et éventuelles mesures d'isolement des patients non symptomatiques et non diagnostiqués COVID+ et non contacts doivent être en cohérence avec les recommandations nationales en cours. Les patients COVID+ et les patients contacts doivent être isolés. Cette recommandation s'applique aux patients présents dans l'établissement, comme aux nouveaux entrants.

4. Repérage et dépistage des patients COVID+ au sein de l'établissement SSR

Le repérage du cas suspect se fait en premier lieu par le personnel de l'établissement lors de l'apparition des premiers symptômes (fièvre, signes respiratoires) selon la définition de cas en vigueur¹. En raison de la fragilité des patients accueillis en SSR (âge, comorbidités, activités collectives), tout syndrome notamment grippal ou rhinopharyngé doit faire l'objet d'une attention particulière conformément à l'avis du Haut Comité de la Santé Publique (HCSP)². Le HCSP recommande de considérer, qu'en dehors des signes infectieux (fièvre, frissons) et des signes classiques des infections respiratoires, les manifestations cliniques suivantes, de survenue brutale, constituent des éléments d'orientation diagnostique du COVID-19 dans le contexte épidémique actuel :

- En population générale : asthénie inexpliquée ; myalgies inexpliquées ; céphalées en dehors d'une pathologie migraineuse connue ; anosmie ou hyposmie sans rhinite associée ; agueusie ou dysgueusie ;

¹ <https://www.santepubliquefrance.fr/media/files/01-maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/definition-de-cas-07-05-20>

² https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcspa20200420_signeclinidoriendiagnducovid.pdf



- Chez les personnes de plus de 80 ans : altération de l'état général ; chutes répétées ; apparition ou aggravation de troubles cognitifs ; syndrome confusionnel ; diarrhée ; décompensation d'une pathologie antérieure ;
- Chez les enfants : tous les signes suscités en population générale ; altération de l'état général ; diarrhée ; fièvre isolée chez l'enfant de moins de 3 mois ;
- En situation d'urgence ou de réanimation : troubles du rythme cardiaque récents, atteintes myocardiques aiguës ; évènement thromboembolique grave.

Les pseudo-engelures ne peuvent pas à ce stade être considérées comme un signe diagnostique du COVID-19.

Toute personne présentant des signes cliniques évocateurs du COVID-19 doit se voir prescrire par un médecin un test de diagnostic par RT-PCR et être isolée sans délai dans l'attente de son résultat.

5. Modalités de prélèvement biologique pour confirmer un cas possible

Le prélèvement s'effectue au sein de la structure SSR dans laquelle se trouve le cas possible. L'attente des résultats après test est organisée dans un lieu d'attente isolé au sein de l'établissement de santé.

La décision de transfert vers un autre centre hospitalier, pour l'attente des résultats, ne doit être prise que si l'état du patient le justifie et ne peut être prise que par les médecins du SAMU centre 15.

Pour plus d'informations, il est nécessaire de se référer aux recommandations sur le site du Ministère des Solidarités et de la Santé.

6. Adaptations des organisations en cas de présence d'un patient COVID+ dans l'établissement

- En cas de présence en SSR d'un ou plusieurs patients COVID+ déjà connu avant l'admission ou découvert en cours d'hospitalisation, une organisation spécifique est nécessaire :
- Le ou les patients COVID+ doivent pouvoir être isolés :
 - o Placement en chambre individuelle avec limitation des contacts ;
 - o Mise en œuvre des mesures de protection recommandées pour tous les professionnels en contact avec eux (respect de l'hygiène des mains, aération de la chambre et application stricte de l'ensemble des mesures barrières listées) ;
 - o Identification d'un secteur ou d'une unité géographique dédiée recommandée, mais non obligatoire ;
 - o Organisation des soins avec isolement technique du patient pour limiter les risques de transmission ;
 - o Les circuits physiques des patients COVID+ sont à formaliser.



- Les patients hospitalisés dans la même chambre ou ayant des contacts rapprochés avec le patient COVID+ sont considérés comme contacts et doivent être isolés également.

Il est conseillé de réfléchir à ces organisations de manière anticipée, avant même la confirmation d'un cas positif chez les patients ou le personnel au sein de l'établissement.

Plus largement, la définition des cas « contacts » est précisée sur le site du Gouvernement <https://www.gouvernement.fr/info-coronavirus>.

Une fois les mesures d'isolement et de protection mises en œuvre, le médecin coordonnateur, ou à défaut le personnel de l'établissement, contacte le SAMU centre 15 qui évalue et classe le cas suspect. Seul le personnel du SAMU centre 15 est habilité à prendre des décisions concernant le transfert en court séjour du cas suspect.

Deux critères cliniques de levée de confinement peuvent être utilisés : température normale pendant trois jours (inférieur ou égal à 37°5) et résolution des symptômes respiratoires. Dans tous les cas, il est nécessaire d'observer un confinement minimal de 14 jours après l'apparition des symptômes. Le port du masque par le patient est recommandé 7 jours après la disparition des symptômes, notamment lors des soins et pour les sorties de la chambre.

Les recommandations du HCSP relatives à la prise en charge du corps d'un patient décédé infecté par le coronavirus SARS-CoV-2 sont disponibles à l'adresse suivante : <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=764>.

Pour toute précision et suivi de l'évolution des recommandations, il est nécessaire de consulter les avis du HCSP (<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/Accueil>) et le site du Ministère des Solidarités et de la Santé.

7. Maintien de la capacité de prise en charge des patients non COVID

La réflexion devra être coordonnée au niveau régional et menée par l'ensemble des acteurs en lien avec l'ARS pour diffuser l'information relative aux capacités d'accueil disponibles et à la nécessaire adaptation de l'offre en fonction de l'évolution du contexte épidémique régional.

Le maintien de l'offre de prise en charge pour ces patients sera décliné selon les grandes orientations suivantes :

Au niveau régional :

- Réalisation d'une cartographie des coopérations et adressages de patients non COVID, diffusion large auprès des acteurs du territoire ;
- Création d'un dispositif de coordination, intégrant éventuellement un « bed manager » commun aux SSR du territoire dans le cadre d'une cellule de coordination médicalisée avec un guichet unique ;
- Coordination par l'ARS des professionnels libéraux intervenant au domicile, en lien avec les représentants professionnels des métiers afin de connaître la disponibilité et les modalités d'intervention de ces professionnels en temps de crise sanitaire.



Au niveau établissement :

- Création au sein de l'établissement d'un secteur dédié non COVID, si possible ;
- Réévaluation du programme thérapeutique individuel de chaque patient en fonction du contexte épidémique et des modalités de poursuite du traitement : ambulatoire (hospitalisation de jour ou en consultations), hospitalisation complète, télé-réadaptation, réadaptation dans le cadre d'une HAD ;
- Renforcement des coopérations entre services au sein d'un même établissement, ou entre structures différentes ;
- Déploiement équipes mobiles de réadaptation pluriprofessionnelles de bilan, d'orientation et de réadaptation précoce en intra ou inter établissements ;
- Création de listes, voire d'un réseau pour le recours aux professionnels libéraux en gestion de crise, en anticipant la coordination sous-jacente.

Pour toute information supplémentaire : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/>