

FICHE ARS

RECOMMANDATIONS POUR L'ORGANISATION DES PRISES EN CHARGE EN AVAL DE LA RÉANIMATION DES PATIENTS ATTEINTS PAR LE COVID-19

La présente fiche de recommandations a vocation à guider les agences régionales de santé (ARS) et les établissements de santé dans la structuration des organisations de prise en charge des patients COVID-19 en post-réanimation.

Il est recommandé pour les sites disposant d'une réanimation COVID+ de s'inscrire dans une organisation, sur place ou en interaction avec d'autres sites et équipes, permettant les prises en charge adéquates et rapides des patients en aval de la prise en charge en réanimation, dans les meilleures conditions.

Cette fiche s'attache à décrire les principes généraux d'organisation de ces prises en charge et les hypothèses cliniques sur lesquelles elle s'appuie. Elle décrit également les différentes filières possibles en fonction des situations des patients et des organisations préexistantes. Elle n'a pas vocation à traiter de la stratégie de requalification des unités pour la période de reprogrammation à venir. La prise en charge en aval de la réanimation doit tenir compte des consignes de protection et d'isolement qui peuvent évoluer en fonction des données scientifiques, ce point n'est pas traité dans cette fiche.

Remarque : la présente fiche est susceptible d'être modifiée en fonction des évolutions cliniques et organisationnelles constatées dans les prises en charge COVID+. Elle ne traite que de la situation liée à la crise sanitaire COVID-19. Il s'agit de recommandations.

1. L'organisation générale des prises en charge en aval de la réanimation COVID+

Les anticipations d'arrivée de patients dans les services d'aval partent de certaines hypothèses décrites ci-après et sont à la base de la constitution des principes généraux devant régir la prise en charge post-réanimation.

Ces hypothèses ont été construites en lien avec les sociétés savantes aujourd'hui en première ligne dans la prise en charge des patients COVID+.

1.1. Les hypothèses cliniques à date sur la venue de patients en post-réanimation

Les patients intubés pour une pneumopathie 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.

Au-delà du SDRA, nombre de patients COVID+ en sortie de réanimation présentent des polydéficiences liées aux séjours prolongés dans ces services et aux comorbidités préexistantes. De nombreux patients restent instables et susceptibles de retourner dans le service de réanimation.

Il est dès lors nécessaire de structurer des unités à même de conduire le sevrage de la ventilation mécanique de ces patients fragiles, dans un contexte de limitation des lits et des moyens humains alloués à la réanimation et la gestion de ces polydéficiences consécutives à ces séjours prolongés.

1.2. Les principes généraux d'organisation en aval de la réanimation pour les patients COVID+

Tout site disposant d'une réanimation COVID+, qu'il s'agisse d'un site doté, avant crise, d'une unité de réanimation ou d'un site ayant reçu une autorisation exceptionnelle de pratiquer l'activité de réanimation dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire, doit s'inscrire dans une organisation qui réponde aux besoins de prise en charge des patients COVID+ à la suite de leur passage en réanimation.

Ces organisations s'appuient, en tant que de besoin, sur les recommandations de bonnes pratiques cliniques et organisationnelles des sociétés savantes.

La constitution de filières de prise en charge doit permettre d'accélérer le transfert des patients depuis les lits de soins critiques 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 leur situation.

Cette filière comprend à la fois la prise en charge des patients COVID en post-réanimation, dont l'état de santé est encore instable et nécessite une surveillance particulière et la prise en charge des patients stabilisés qui nécessitent toutefois des soins de sevrage ventilatoire, de médecine et de SSR.

Cette filière doit s'inscrire dans la perspective de retour à domicile, notamment via l'hospitalisation à domicile (HAD) et prendre en compte la prise en charge du patient par les professionnels de ville.

Si une filière de prise en charge ne peut pas être déployée sur le site de la réanimation COVID+, une organisation, pouvant comprendre le recours à des équipes mobiles, doit être trouvée avec des sites proposant les prises en charge manquantes. L'ARS organise avec les établissements de court séjour adresseurs des filières de prise en charge sur le territoire.

En cas de prise en charge de patients trachéotomisés, la filière en aval de la réanimation doit organiser l'accès aux compétences médicales et paramédicales expérimentées dans ces prises en charge (kinésithérapeutes, pneumologues, ORL, éventuellement d'autres spécialités).

Les filières de prise en charge de patients COVID+ doivent être structurées de manière séparées des filières de prise en charge des patients COVID- afin de limiter les risques d'infections.

Enfin, la régulation et la décision d'orientation des patients restera sous la responsabilité des réanimateurs, dans le cadre d'une cellule de coordination incluant des représentants des unités d'aval.

1.3. Les organisations multisites et la mise en place d'équipes mobiles

Pour les sites de réanimation COVID+¹ qui ne disposeraient pas, sur site ou à proximité immédiate, d'un accès aux compétences de réadaptation, intégrant la prise en charge du stress post-traumatique, pour les patients COVID+, **une organisation** doit se mettre en place avec d'autres sites et professionnels du secteur, qu'ils soient publics, privés ou libéraux, afin d'assurer l'accès effectif à la réadaptation précoce pour les patients le nécessitant. Dans les régions où existent des dispositifs dédiés de prise en charge du psychotraumatisme, il convient d'articuler cette offre en lien avec ces ressources.

En cas de besoin, des équipes mobiles comprenant l'ensemble des compétences nécessaires à la réadaptation précoce pourront se mettre en place entre sites d'un même territoire de santé. Ces équipes mobiles interviendront principalement dans les établissements de court séjour et auront pour objectif d'orienter les patients COVID+, de prescrire les soins de rééducation et réadaptation, et si nécessaire de venir en soutien des services de court séjour dans la production de ces soins. Elles se différencient, par leurs lieux et modalités d'intervention, des équipes mobiles de réadaptation qui peuvent déjà exister au sein des territoires.

Dès que possible, les professionnels de ville disposant de compétences, notamment en rééducation, doivent être mobilisés pour la prise en charge à domicile.

Les organisations décrites ci-dessus s'appuient sur les dispositifs de télésanté, notamment la **téléconsultation** et la **télé-expertise**.

¹ Comprenant les sites de réanimation avant-crise et les sites de réanimation COVID+ autorisés exceptionnellement par l'état d'urgence sanitaire (arrêté du 25 mars 2020) étant précisé que la présente fiche n'a pas vocation à organiser les requalifications de ces réanimations COVID+.

Les ARS sont chargées de recenser, de coordonner et de structurer ces organisations multisites, les éventuelles équipes mobiles mises en place et les articulations avec les professionnels de ville.

2. Les services en 1ère ligne de prise en charge en aval de la réanimation

En sortie de réanimation, l'essentiel des patients ayant eu des durées de ventilation importantes sont pris en charge dans au moins l'une des unités décrites ci-après. Ces unités ont vocation à assurer la phase de sevrage ventilatoire, en dehors du service de réanimation, la surveillance des patients et la réadaptation précoce. Elles se déclinent selon deux niveaux de gradation :

- Les unités de sevrage ventilatoire de niveau 2 ;
- Les unités de sevrage ventilatoire de niveau 1 ;

Les organisations proposées ci-après dépendent des spécificités de chaque territoire, des compétences disponibles et des organisations préexistantes au sein de chaque établissement de santé. Une filière de prise en charge d'aval des réanimations COVID peut ne pas comporter toutes les unités décrites ci-après mais seulement une partie d'entre elle.

Dans tous les cas décrits ci-après, dès lors que plusieurs unités de prise en charge existent sur le site (SRPR, unité de sevrage ventilatoire ou unité de soins intensifs COVID post-réanimation), une organisation commune doit être mise en place entre les différentes équipes afin d'assurer une prise en charge adaptée aux patients COVID.

2.1. Les unités de sevrage ventilatoire de niveau 2

Leur vocation est de prendre en charge des patients **toujours dépendant de la ventilation mécanique invasive** au terme de leur séjour en réanimation. **Le sevrage ventilatoire sera l'objet principal du séjour dans ces unités** et impliquera nécessairement une prise en charge globale du patient : mobilisation, motricité, nutrition, soutien médico-psychologique...

En MCO : les unités de soins intensifs COVID post-réanimation

Avant la crise COVID-19, chaque réanimation chirurgicale et/ou médicale disposait d'une unité de surveillance continue (USC) « adossée » à son service avec, souvent, des équipes mutualisées, conformément au Code de la santé publique (R. 6123-38).

Pendant la crise COVID-19, l'essentiel de ces USC « adossées » se sont transformées en « unités de réanimation COVID-19 » ou, parfois, en unités dites « step-up units », c'est-à-dire de préparation à la réanimation pour des patients en cours de dégradation.



Dans le cadre de la montée en puissance des prises en charge COVID en post-réanimation et en lien avec les requalifications à venir², ces USC « adossées » ainsi que les unités de soins intensifs respiratoires dès qu'elles existent ou encore certaines USC « non adossées », ont vocation à se structurer sous la forme « d'unités de soins intensifs COVID post-réanimation » (parfois appelés « step-down units ») aptes à :

- Assurer le suivi des patients COVID+ **instables et présentant encore des risques de défaillance aigüe** ;
- Prendre en charge les patients présentant encore une insuffisance respiratoire majeure, intubés ou non, encore dépendants d'appareillage (trachéotomie, ventilation non invasive, ventilation invasive) dans un objectif de fin de ventilation progressive en lien avec les éventuelles unités de sevrage ventilatoire de niveau 1 ou 2.

En complément, les unités de soins intensifs de néphrologie peuvent s'intégrer dans ce dispositif pour la prise en charge des patients non ventilés présentant une insuffisance rénale aigüe ou chronique, en lien avec les unités de réanimation COVID.

Dans tous les cas, ces unités, doivent mettre en place une organisation permettant d'apporter, au lit du patient, l'expertise et des compétences nécessaires à la mise en place **d'une réadaptation précoce** intégrant la prise en charge du stress post-traumatique. Cette organisation doit s'effectuer en lien avec les services SSR compétents et les professionnels de ville, si besoin, sur site ou dans le territoire de santé.

En SSR : les unités de type Soins de Réadaptation Post-Réanimation (SRPR)

Les SRPR visent à prendre 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 et assureront de manière précoce le reconditionnement à l'effort, la rééducation neuro-motrice, et le soutien psychologique afin de limiter les séquelles (amyotrophie, escarre, etc.).

Pour plus de détails, se référer aux « Recommandations de structuration des filières de prise en charge des patients COVID+ pour le secteur SSR ».

² Décrue de l'épidémie et reprise de l'activité

2.2. Les unités de sevrage ventilatoire de niveau 1

Les USV de niveau 1 constituent une autre possibilité de réponse pour les patients stabilisés en sortie de soins critiques, mais non sevrés de l'assistance respiratoire, en complément des unités de niveau 2. Ces unités, qui peuvent être dans le champ SSR ou dans le champ de la médecine (services de pneumologie notamment), prennent en charge des patients en insuffisance respiratoire majeure, modérée ou simple, 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 présents dans les établissements concernés, doit permettre de réduire les durées de séjour dans les services de réanimation, de surveillance continue ou d'hospitalisation complète en médecine et d'accompagner le patient dans son retour à domicile.

Lorsque des **services de pneumologie** ou d'autres services de médecine s'organisent en USV de niveau 1, il est recommandé de leur appliquer les recommandations de la fiche « Recommandations pour les établissements SSR de structuration des filières de prise en charge des patients COVID + en sortie de court séjour » relatifs à cette unité.

3. Les services en 2^{ème} ligne de prise en charge en aval de la réanimation et le retour sur le lieu de vie

Pour les patients **stables** et **sevrés de leurs appareillages ventilatoires**, plusieurs filières de prise en charge doivent être proposées en fonction des besoins du patient et de ses comorbidités :

- La filière dite « Médecine COVID+ » ;
- La filière « réadaptation pour patients polydéficients » ;
- Les filières « SSR polyvalent » et « SSR gériatrie » ;
- La filière « Hospitalisation à domicile » (HAD).

Le lien avec les professionnels de ville doit être organisé très rapidement pour le suivi des patients qui pourront être pris en charge à domicile.

3.1. La prise en charge en médecine COVID+

La filière d'aval pour les patients stables mais nécessitant des soins avant retour à domicile est désignée sous l'appellation « médecine COVID+ ». Elle comprend les séjours dans les services de médecine (pneumologie, médecine interne, maladies infectieuses, néphrologie, neurologie, ORL, gériatrie, etc.) pour des patients COVID +.

Dans tous les cas, les unités de médecine COVID+ doivent mettre en place une organisation permettant d'apporter, au lit du patient, l'expertise et des compétences nécessaires à la mise en place d'une **réadaptation précoce**. Cette organisation doit s'effectuer en lien avec les services SSR et les professionnels de ville, sur site ou dans le territoire de santé.

3.2. La prise en charge en unité de réadaptation pour patients polydéficients

Pour les patients qui ont passé la phase d'insuffisance respiratoire et qui nécessitent une réadaptation fonctionnelle importante suite à un séjour prolongé en réanimation avec plusieurs déficiences (polyneuropathies, déficit de verticalisation...), il est recommandé la mise en place d'une filière dite d'unité de réadaptation pour patients polydéficients.

Ces unités doivent être en mesure d'assurer la réadaptation du patient dans ses 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.

3.3. La prise en charge en SSR polyvalent et gériatrique

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 insuffisance 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.

Unités COVID 19 de réadaptation polyvalente

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

Ces unités peuvent également assurer la prise en charge des patients nécessitant une assistance respiratoire non complexe (apport en oxygène, hors haut débit).

3.4. L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'HAD constitue une alternative à l'hospitalisation complète pour les patients. Elle doit être mobilisée au maximum pour faciliter le retour des patients à domicile ou dans les établissements médico-sociaux.

Elle assure la prise en charge des patients stables et sevrés de leurs appareillages ventilatoires, autonomes ou non autonomes pour les actes de la vie quotidienne, ne requérant plus une surveillance continue 24/24 mais nécessitant une surveillance médicale pouvant inclure une assistance respiratoire ou une réadaptation pluridisciplinaire visant à



réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et les limitations d'activité liées au séjour prolongé en réanimation.

Dans le contexte épidémique, l'intervention de l'HAD est facilitée :

- Les critères de l'HAD s'appliquent mais sont assouplis pour éviter au maximum l'hospitalisation en structures conventionnelles
- Plusieurs obligations encadrant l'intervention de l'HAD sont suspendues :
 - L'orientation en HAD est toujours faite sur avis médical mais, lorsque l'urgence de la situation le justifie, l'admission en HAD peut être réalisée sans qu'une prescription médicale n'ait été formalisée ;
 - En cas d'indisponibilité du médecin traitant ou lorsque l'urgence de la situation le justifie, le patient peut être admis en HAD sans l'accord de son médecin traitant. Dans ce cas, il est informé de l'admission de son patient et des motifs de sa prise en charge ;
 - La convention entre les structures ou établissements médico-sociaux et l'HAD n'est plus obligatoire ;
 - L'obligation imposant que le SSIAD/SPASAD ait pris en charge le patient au moins 7 jours avant la mise en œuvre d'une intervention conjointe d'une HAD et d'un SSIAD/SPASAD est supprimée.

Dans ce cadre, les ARS veilleront que les professionnels de ville puissent être mobilisés pour assurer les soins au domicile dans le cadre des prises en charge en HAD.

3.5. Le retour à domicile

Même après le retour à domicile, le patient COVID ayant subi un passage en réanimation devrait se voir proposer un programme de réhabilitation avec une kinésithérapie de renforcement musculaire, y compris, en période de confinement, avec une solution de télé-réhabilitation respiratoire.

A ce titre, les professionnels de ville, médecins de ville et autres acteurs de soins, sont mobilisés pour l'organisation et la prise en charge du suivi des patients COVID à domicile.

4. Les ressources à mobiliser

4.1. La mise à disposition d'un outil de modélisation

Le Ministère des solidarités et de la santé met à la disposition des ARS un outil de modélisation permettant d'anticiper les sorties attendues de réanimation des patients et d'estimer les besoins capacitaires régionaux. Il n'est pas envisagé à ce stade de régulation nationale des transferts de patients.

4.2. Les ressources humaines compétentes

En parallèle des parcours patients post réanimation décrits ci-dessus, il apparaît essentiel d'identifier les ressources humaines expertes pour prendre en charge les patients. Les besoins sont très spécifiques pour des soins de qualité qui ne peuvent pas être faits par



tous types de professionnels. Les ARS procèdent au recensement des médecins, paramédicaux et professionnels nécessaires notamment masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, psychologues, assistantes sociales etc. Il pourra être fait appel aux dispositifs de demandes de renfort en personnel.

