
*Réadaptation Respiratoire en période épidémique de COVID-19 en SSR
hospitalisation complète ou à temps partiel pour les patients non COVID ou
à distance de l'infection*

Propositions du bureau Alvéole le 1/06/2020

Ce document a été soumis pour validation au conseil scientifique SPLF.

Bureau Alvéole : Pr Frederic Costes, Dr Jean-Marie Grosbois, Dr Julien Pernot, Dr Sandrine Stelianides, Pr Fabrice Caron, Dr Hakima Ouksel, Dr Anne Lino, Dr Pascale Surpas, Dr Daniel Veale, Mme Estelle Villiot-Danger, Dr Monique Chambouleyron, Dr Olivier Le Rouzic.

GENERALITES

La réadaptation respiratoire (RR) a démontré son importance dans la prise en charge des patients atteints de maladies respiratoires chroniques grâce à l'optimisation thérapeutique, l'éducation thérapeutique, un entraînement physique adapté, un accompagnement psychosocial et nutritionnel, souvent réalisée en groupe, encadrée par une équipe transdisciplinaire. En période épidémique Covid19, la nécessité d'une distanciation sociale oblige les centres à se réorganiser.

La première phase lors du confinement de la population a été gérée par les autorités sanitaires et les structures de santé (plans blancs) qui ont organisé la mise à disposition des services SSR en fonction des besoins régionaux. Certaines structures ont fermé, d'autres ont été réquisitionnés en partie ou totalement pour accueillir les patients COVID+, d'autres ont maintenu une activité limitée. Les unités en hôpital de jour (HDJ)/ambulatoire ont généralement été fermées.

Il est important et urgent d'organiser une reprise progressive des prises en charge prioritaires, afin d'éviter les pertes de chances liées au report ou à l'arrêt de la RR avec la double contrainte de préserver la sécurité des patients et des professionnels et de proposer un accompagnement complet de qualité centré sur la personne.

Cette situation nécessite une réorganisation, une évolution, voire une «r»évolution sur le plan organisationnel et opérationnel de l'accueil des patients, de l'utilisation des espaces et du matériel, de la durée des stages....tout en préservant la qualité et le suivi.

Nous ne parlerons ici que des services de réadaptation respiratoire non COVID, la prise en charge des patients COVID+ ayant été codifiée dans les documents de l'ERS et de l'HAS d'avril 2020.

Ces propositions reposent sur les connaissances disponibles au 1 juin 2020 et sont susceptibles d'évoluer en fonction des données scientifiques à venir.

LA REPRISE DE L'ACTIVITE EN SSR HOSPITALISATION COMPLETE OU A TEMPS PARTIEL

Proposition 1 : repenser l'organisation logistique

- bionettoyage des locaux et matériels en lien avec l'équipe opérationnelle d'hygiène de chaque établissement ;
- redéfinir l'utilisation des locaux et leurs modalités de nettoyage (rythme, personnel en charge) ; définir des circuits distincts en particulier si accueil de patients COVID+ et COVID- ; affichage des consignes d'hygiène.
- Il est recommandé de rédiger une procédure locale.

Proposition 2 : assurer la protection des patients

- Baliser les déplacements pour éviter les rassemblements
- Rappeler et appliquer les mesures barrières avant, pendant et après chaque activité.
- Port systématique d'un masque chirurgical ou d'une visière pendant les activités physiques
- Lavage des mains ou SHA avant et après l'activité
- Bionettoyage de tout le matériel utilisé entre chaque patient par le patient lui-même et/ou par l'équipe.

Proposition 3 : assurer la protection des soignants

- Masque chirurgical en permanence pour les soignants.
- Masque FFP2, surblouse, charlotte, lunettes, gants pour les séances de drainage bronchique ou toute autre manœuvre rapprochée respiratoire où le patient ne pourra garder son masque.
- Les ergomètres et autres appareils d'entraînement physiques ne doivent pas être orientés vers le personnel.
- Vérification des flux d'air entraînés par la climatisation, éviter les ventilateurs en présence des soignants, aération.

Proposition 4 : faire une Évaluation Bénéfice / Risque pour chaque admission

- Bénéfice de réaliser un séjour de réadaptation / risque de développer une forme sévère de COVID19. (Annexe 1).
- Cette évaluation devra être validée avant admission du patient et tracée dans le dossier.
- En période épidémique, il ne semble pas raisonnable de proposer une réadaptation présentielle en groupe à des patients immunodéprimés en dehors de circonstances particulières (optimisation pour une chirurgie curative, impossibilité absolue de retour au domicile...)

Proposition 5 : reprendre les programmes interrompus

- Proposer de reprendre le programme en HDJ/ambulatoire ou en hospitalisation complète (HC) en fonction de l'évaluation bénéfice/risque.

Proposition 6 : sélectionner les patients en attente

- Prioriser en fonction de la pathologie (optimisation préopératoire, BPCO avec déconditionnement majoré par le confinement, exacerbations répétées, maladie de découverte récente, déclin rapide du VEMS, pré ou post transplantation...), du contexte psycho-social, de l'absence de réadaptation antérieure...

- Proposer HDJ/ambulatoire ou en HC ou domicile suivant les possibilités.

- Privilégier des programmes courts pour augmenter l'accessibilité ;

- Possibilité d'innover avec des programmes mixtes en présentiel et avec des outils de suivi en télésoin (consultation, soutien motivationnel...)

- patients post-COVID : il est recommandé de s'assurer de leur non-contagiosité, celle-ci est retenue à J24 habituellement mais des formes à excrétion virale prolongée ont été décrites ; lorsque cela est possible il est proposé d'attendre 6 à 8 semaines (ERS). Il est recommandé pour l'instant de maintenir des circuits séparés et des horaires d'accès aux plateaux techniques différents y compris pour les patients considérés comme guéris du COVID-19. La recommandation temporelle peut être adaptée selon les aménagements de locaux possibles. Les données actuelles ne permettent pas de positionner la sérologie SARS-CoV2 comme aidante pour la décision.

ADMISSION DU PATIENT EN SSR HOSPITALISATION COMPLETE OU A TEMPS PARTIEL

Proposition 7 : anticiper le dépistage du COVID-19

- Un contact (téléphone, email) dans les 24h précédentes (ou le vendredi pour le lundi) permet de faire remplir un questionnaire de dépistage (Annexe 2) pour éviter la venue d'un patient suspect d'infection en réadaptation.

- La PCR SARS-CoV2 (dont la sensibilité est de 70 à 90% selon les données) ne semble pas une option faisable en RR de façon systématique en dehors de l'existence d'un comptage de moins de 14 jours ou de symptômes évocateurs.

Proposition 8 : adapter les conditions d'accueil

- Questionnaire de dépistage (annexe 2) à répéter : (une seule réponse oui entraîne le retour au domicile ou l'orientation vers un service adéquat)
- Prise de température (<37°8), prise de la fréquence respiratoire et de la saturation.
- Les symptômes respiratoires et généraux ne doivent pas être aggravés. Au moindre doute d'infection le patient ne sera pas admis, avec demande de consultation pneumo ou vers son généraliste.
- Eviter le plus possible l'attente des patients, et en cas de nécessité, adapter les salles d'attentes pour respecter les gestes barrière : mise à disposition de SHA, espacement d'1 mètre des chaises (marquage au sol si besoin), supprimer toute documentation « en vrac » (magazines...), affichage des règles d'hygiène.
- Lavage des mains (savon ou SHA)

- Masque (ou visière) : le patient arrive avec son masque grand public. Il lui est remis un masque chirurgical.
- Limiter les attentes et points de rencontre (ni vestiaires ni douches)
- Recueil de l'information/consentement aux conditions de l'établissement (Annexe 3).

L'HOSPITALISATION COMPLETE (HC)

Proposition 9 : adapter les conditions d'hospitalisation

- Chambre individuelle.
- Repas en chambre ou en collectivité à condition de respecter les mesures barrières : lavage des mains à l'entrée et à la sortie, espacement d'au moins 1 mètre.
- Port du masque chirurgical dans les espaces communs, remis par l'établissement et respect des mesures barrières.
- Les patients non symptomatiques et non diagnostiqués COVID+ n'ont pas à être isolés, mais doivent respecter les mesures de distanciation. Cette recommandation s'applique aux patients présents dans l'établissement, comme aux nouveaux entrants.
- Les visites et les permissions sont à évaluer et à organiser au cas par cas dans chaque établissement. Dans tous les cas elles sont restreintes, encadrées, respectant les mesures barrières et doivent démontrer une utilité dans le projet thérapeutique.

L'HDJ OU LA READAPTATION AMBULATOIRE

Proposition 10 : reprendre la réadaptation en HDJ / ambulatoire

- Organiser un circuit spécifique pour les patients ambulatoires en évitant tout contact avec les patients hospitalisés en HC
- 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...)
- Éviter que les patients entrants et sortants ne se croisent, organiser les flux.
- Gestes barrières et distanciation sociale entre les patients et avec les professionnels.
- Éviter la déambulation des patients.
- S'assurer du respect des mesures barrières par les transporteurs sanitaires.
- Consultation d'admission : bilan habituel (personnel soignant masqué, désinfection du matériel utilisé et aération de la pièce)
- Épreuve Fonctionnelle d'Exercice (EFX) (cf. proposition du groupe Fonction et du groupe Alvéole de la SPLF en cours publication dans la Revue des Maladies Respiratoires) : elle n'est pas indispensable pour prescrire la RR, la sécurité cardiaque pouvant être obtenue par d'autres moyens, les tests de terrain peuvent être utilisés pour l'évaluation des patients.

ACTIVITES DE REEDUCATION

Proposition 11 : adapter les conditions aux mesures de distanciation

- Le nombre de patients présents au même moment sur le plateau technique doit être limité, les mesures barrières doivent être appliquées, les distances de sécurité respectées et les protocoles d'hygiène mis en œuvre.
- Entraînement sur machine et matériel de renforcement musculaire : Distance minimale de 2 mètres entre les patients (plutôt en côte à côte que devant/derrière et le cas échéant en quinconce et respectant les distances physiques). Eviter les « face à face ». Marquage au sol. La distance de 1 m est valable pour les activités statiques, pour les activités dynamiques type entraînement physique il est recommandé de doubler la distance.
- Pour les entraînements à intensité élevée dont le but est d'obtenir une amélioration de l'endurance musculaire, la tolérance et l'efficacité d'un masque chirurgical sont discutables : soit utiliser une pièce dédiée soit ajouter à la distanciation l'utilisation d'une visière. Si l'objectif de l'activité est de réapprendre à bouger, essayer d'utiliser le masque chirurgical, à visée éducative (pour les futures sorties au domicile dans des endroits confinés)
- Gymnastique en salle : respecter un espace de 2m entre chaque personne. Ne pas utiliser de matériel non nettoyable (type élastiques), ou les réserver pour un usage patient-unique.
- Marche extérieure : respecter une distance de 5 mètres entre les patients (2m si marche de front)
- Activités aquatiques : Fermer les balnéothérapies non chlorées et limiter l'accès aux balnéothérapies chlorées, en menant une analyse bénéfices / risques pour les patients concernés Réglementairement, pour les piscines couvertes, cette capacité ne peut pas dépasser 1 baigneur par mètre carré (m²) de plan d'eau. En période pandémique, il paraît plus sûr de compter 1 baigneur pour 4m².
- Gestion des appareillages respiratoires : gestion habituelle de l'O₂ d'effort (lunettes individuelles, portable personnel ou raccord au mur), pas de séance d'entraînement sous VNI ni sous oxygène à haut débit humidifié dans une salle collective ; pas d'aérosol en salle.
- Kinésithérapie respiratoire : matériel à usage unique patient pour le réentraînement des muscles respiratoires, les techniques de spirométrie incitative, et le drainage bronchique ; pièce séparée, nettoyée et aérée entre chaque patient.
- Ergothérapie : privilégier les évaluations et ateliers en individuels avec bionettoyage rigoureux entre chaque patient. Si espace adapté, possibilité d'atelier collectif avec respect des règles de la distanciation sociale et sans échange de matériel.

SEANCES D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT (ETP)

Proposition 12 : assurer un programme d'ETP adapté aux mesures de distanciation

- Soit en individuel : Privilégier le port de visière plutôt que masque afin de favoriser la compréhension verbale et non verbale entre patients et intervenants et la distanciation physique d'1m, lavage de mains.
- Soit en groupe : maintenir un espace entre les patients supérieur à 1 mètre, essayer de mettre les patients en quinconce (éviter les face à face), lavage des mains. Port du masque.



- Vigilance sur la manipulation des outils éducatifs selon leur nature.
- Soit par télé-soins : cette option semble séduisante mais reste à évaluer à la fois en termes de faisabilité technique, de typologie de patients et de résultats.
- dans tous les cas intégrer au programme habituel les problématiques liées à la COVID-19 : apprentissage et évaluation des gestes barrières, aborder le retentissement du contexte épidémique dans la vie quotidienne et sur le plan psychologique, apprendre à utiliser et à gérer sa respiration avec un masque etc...

NB : L'ordonnance n° 2020-306 du 25 mars 2020 lève les obligations réglementaires, d'une part dans le cadre de la démarche d'autorisation et d'autre part dans le cadre de l'évaluation quadriennale des programmes d'ETP pour les promoteurs dont l'échéance pour obtenir ou renouveler une autorisation se situe entre le 12 mars 2020 et le 24 juin 2020.

BIBLIOGRAPHIE

- Spruit MA, Singh SJ, Garvey C, ZuWallack R, Nici L, Rochester C, et al .ATS/ERS Task Force on Pulmonary Rehabilitation. An official American Thoracic Society/European Respiratory Society statement: key concepts and advances in pulmonary rehabilitation. Am J Respir Crit Care Med. 2013; 188(8):13-64.
- Report of an ad-hoc international task force to develop an expert-based opinion on early and short-term rehabilitative interventions (after the acute hospital setting) in covid-19 survivors (version april 3, 2020) ; Martijn A. Spruit, Anne E. Holland, Sally J. Singh and Thierry Troosters ; <https://www.ersnet.org/covid-19-blog/covid-19-and-rehabilitation>.
- Prise en charge des patients post-COVID-19 en médecine physique et de réadaptation (MPR), en soins de suite et de réadaptation (SSR), et retour à domicile. Fiche HAS. 6mai 2020. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3179826/fr/prise-en-charge-des-patients-post-covid-19-en-medecine-physique-et-de-readaptation-mpr-en-soins-de-suite-et-de-readaptation-ssr-et-retour-a-domicile
- Fiche établissements SSR. Recommandations pour le secteur SSR dans le contexte de l'épidémie COVID-19. 24 mars 2020. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche-recommandation-ssr.pdf
- Critères de levée du confinement pour les patients âgés atteints de Covid-19 Conséquences pour entrées – sorties en court séjour, SSR, SLD dédiés Version 1 - 27 mars 2020 <http://splf.fr/wp-content/uploads/2020/04/Groupe-alveole-SPLF-Criteres-de-levée-du-confinement-pour-les-patients-ages-atteints-de-COVID19-27-03-20.pdf>
- Fiche prise en charge hors covid. Ministère de la santé et des solidarités. 8 avril 2020 <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/soins-hors-covid-19.pdf>
- Fiche établissements de santé déclinaison pour le secteur ssr des lignes directrices relatives à l'organisation générale de l'offre de soins après déconfinement ; Ministère de la santé et des solidarités ; 26 mai 2020 ; https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_declinaison_pour_le_secteur_ssr_deconfinement.pdf.
- Position du groupe Fonction de la SPLF sur la pratique des explorations fonctionnelles pendant la période d'épidémie Covid-19 ; http://splf.fr/wp-content/uploads/2020/03/COVID_position-groupe-fonction_v6.pdf (en cours d'actualisation et de validation par le conseil scientifique de la SPLF)
- Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. N Engl J Med. 2020 Feb 28 : NEJMoa2002032
- Société française d'Hygiène Hospitalière. Recommandations de la SF2H relatives à l'organisation du parcours des patients, à la protection des patients et des personnels à l'heure du déconfinement et de la reprise de l'activité médico-chirurgicale non COVID-19 en milieu de soins. Version révisée du 12 mai 2020 <https://www.sf2h.net/wp-content/uploads/2020/02/Avis-SF2H-Soins-et-Deconfinement-VF-du-12-mai.pdf>
- Evolution de l'activité SSR En fin de confinement de l'épidémie COVID 19 : recommandations regionales ; COVID-19 <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-05/Deconfinement-recos-SSR-71-Recommandations-ARSIDF.pdf>
- Avis du Haut Conseil de la Santé Publique. Préconisations du Haut Conseil de la santé publique relatives à l'adaptation des mesures barrières et de distanciation sociale à mettre en œuvre en population générale, hors champs sanitaire et médico-social, pour la maîtrise

de la diffusion du SARS-CoV-2. 24 avril 2020.

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=806>.

- Avis du Haut Conseil de la Santé Publique. Coronavirus SARS-CoV-2 : recommandations relatives à la reprise de l'activité physique et sportive. 31 mai 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=846>
- Ordonnance n° 2020-306 du 25 mars 2020 relative à la prorogation des délais échus pendant la période d'urgence sanitaire et à l'adaptation des procédures pendant cette même période. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041755644&categorieLien=>

ANNEXE 1 : ÉVALUATION BENEFCES/RISQUES

Nom :

Prénom :

né(e) le :

RISQUES (FRAGILITE DU PATIENT VIS-A-VIS DE LA COVID-19)	OUI	NON
diabète		
HTA		
obésité avec IMC > 40		
Age > 70 ans		
Comorbidité neurologique, rénale		
Immunodépression (VIH, cancer, greffe, traitements immunosuppresseurs)		
BENEFCES A LA PRISE EN CHARGE EN READAPTATION RESPIRATOIRE		
Réduire un risque opératoire		
Diminuer un risque d'exacerbation		
Interrompre la majoration de la déficience, de l'incapacité et du handicap		
Absence de réadaptation antérieure		
Observance et optimisation médicamenteuse et des appareillages respiratoires		
Améliorer le retentissement psychologique et social		
Permettre un retour au domicile en sécurité		
Diminuer les hospitalisations et les « re »hospitalisations		

Proposition de prise en charge :

Évaluation favorable oui / non

Dossier validé par :

Date :

signature :

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE DE DEPISTAGE

Si un critère « oui », appel médecin avant accueil du patient

DANS LES 7 JOURS PRECEDENTS	OUI	NON
Fièvre > 37.8 °C ?		
Apparition d'une toux ou majoration d'une toux chronique		
Anosmie (perte de l'odorat)		
Agueusie (perte du goût)		
Gêne respiratoire majorée		
Rhinorrhée (« nez qui coule »), douleur pharyngée		
Céphalée (« maux de tête »)		
Confusion (« pensée qui se mélangent » désorientation)		
Diarrhée/vomissement		
Éruption cutanée ou engelures/crevasses des doigts		
Malaise/vertiges/chute inexplicquée		
Fatigue inexplicquée inhabituelle		
Avez-vous été en contact étroit (en face à face, à moins d'1 mètre et/ou pendant plus de 15 minutes, sans masque ni pour vous ni pour le contact) avec une personne atteinte de COVID de façon prouvée au cours des 15 derniers jours ?		
CONSTANTES A L'ENTREE		
Température > 37°8C		
Saturation au repos < 4 points à la saturation de base ou <90% sous le débit d'O2 habituel		
Fréquence respiratoire de repos > 22/minute		

