

Lorsque l'amélioration de l'état de santé du patient permet d'envisager la sortie de MCO (en tenant compte des aggravations secondaires constatées vers J8-J10 notamment chez les patients âgés/fragiles, etc.). Dans tous les cas, la sortie est à l'appréciation du médecin.

DÉLAIS AVANT TRANSFERT ET LEVÉE DES PRÉCAUTIONS GOUTTELETTES ET CONTACT – Recommandations APHP 

| | SORTIE À DOMICILE | SSR ou EHPAD |
|---|--|--|
| Patient atteint de COVID-19 non immunodéprimé | <ul style="list-style-type: none"> Eviction professionnelle jusqu'au 8^{ème} jour après le début des symptômes ET au moins 48 heures après amélioration des symptômes Maintien des gestes barrières au-delà | <ul style="list-style-type: none"> A partir de J8* après le début des symptômes ET au moins 48h après disparition de la fièvre (<37°8) ET nette amélioration de l'état respiratoire (O2 ≤ 2 L/mn pour une SaO2 au repos ≥ 95 %) AVEC, des précautions gouttelettes et contact pendant les 7 jours suivants, soit 14 jours au total |
| Patient atteint de COVID-19 âgé fragile ou immunodéprimé ou sorti de réanimation ou forme grave | <ul style="list-style-type: none"> A partir de J10* après le début des symptômes ET au moins 48h après disparition de la fièvre ET nette amélioration de l'état respiratoire (O2 ≤ 2 L/mn pour une SaO2 au repos ≥ 95 %) AVEC, des précautions complémentaires gouttelettes et contact pendant les 14 jours suivants, soit un total de 24 jours après le début des symptômes. | |

*Si l'état clinique permet d'envisager un transfert plus tôt : réaliser RT-PCR pour évaluer le niveau de charge virale

EXEMPLES DE QUESTIONS À SE POSER POUR ÉVALUER QUELLE SOLUTION EST ADAPTÉE

1 Situation clinique

Etat respiratoire et cardiologique

- Oxygéno-dépendance ?
- Quelle tolérance à l'exercice (activités de la vie quotidienne) ?
- Désaturation ? Dyspnée ?

Etat moteur/dépendance

- Déconditionnement*? Degré d'autonomie motrice et de marche par rapport à l'état antérieur ?
- Degré d'asthénie?
- Douleurs?
- Troubles neurologiques? Rhumatologiques ?

Etat psychique/cognitif

- Troubles cognitifs?
- Degré de stress, anxiété ?
- Entourage par les proches ?

Etat cutané (escarres)

- Quelle évolution ?

Etat nutritionnel

- Troubles digestifs ?
- Perte de poids ?
- Appétit et *ingesta* ?

*perte de fonction physique/musculaire, liée à l'alitement prolongé, dénutrition, ... et qui limite l'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (se lever du lit, marcher, faire sa toilette)

2 Point particulier sur les comorbidités - Ex : Diabète, insuffisance cardiaque, BPCO, HTA, etc.

3 Environnement/conditions de vie du patient

Evaluer l'environnement le plus rapidement possible en contactant :

- le Médecin Traitant au moins 48h avant la sortie
- La famille et le service social au plus tôt

- Entourage : capable d'aider ?
- Domicile adapté ? Isolement possible ?
- Personne au domicile à risque de forme grave de covid-19?
- Médecin traitant disponible ?
- Aides à domicile en place?
- Patient autonome pour téléconsultation ?

SYNTHÈSE DES ORIENTATIONS POSSIBLES

1 Retour à domicile :

Patient stable sans complexité ni déconditionnement majeur avec environnement adapté à l'état clinique général et à la contagiosité

3 Transfert en SSR :

Patient avec asthénie, déconditionnement à l'effort même pour des activités simples de la vie quotidienne, problèmes de nutrition en post réa, trouble respiratoire persistant/décompensé, séquelles neurologiques invalidantes

2 HAD :

Patient complexe/déconditionné avec entourage présent

4 Hébergement :



Patient stable sans complexité ni déconditionnement majeur mais domicile non adapté à la contagiosité

1. RETOUR A DOMICILE

Exemples à titre indicatif, la sortie est à l'appréciation du médecin

| Exemples de besoins de prise en charge en ville | | |
|---|--|--|
| Patient <65 ans sans comorbidité | <ul style="list-style-type: none"> Attention au risque d'aggravation secondaire constatée vers J8- J10 : prévoir suivi si sortie avant Si besoin, bilan à M1 (HDJ ou consultation selon les examens nécessités par l'état clinique, la(les) comorbidité(s)) ; à M3 systématique si pneumopathie sévère/très sévère Selon les besoins : aide(s) à domicile | <ul style="list-style-type: none"> Médecin traitant : (télé)-consultation dans les 7j après la sortie Inclusion dans COVIDOM |
| Patient ≥ 65 ans et/ou avec décompensation de comorbidité | | <ul style="list-style-type: none"> Médecin traitant : prise en charge rapprochée adaptée à la situation Prévoir si besoin IDE, kiné (possible en télésoin) Inclusion dans COVIDOM |
| Patient stable sous O2 à faible dose | | <ul style="list-style-type: none"> Médecin traitant : prise en charge rapprochée adaptée à la situation Prévoir passage quotidien IDE et/ou kiné (possible en télésoin) Inclusion dans COVIDOM O2 Nécessite entourage capable d'aider ++ |

Check-list « A faire avant la sortie » :

- 1. Informer le Médecin Traitant au moins 48h avant la sortie pour organiser une consultation après la sortie dans un délai adapté à la situation clinique et définir la PEC à domicile** (médicale, paramédicale et aide(s) à domicile)
 - Si pas de médecin traitant ou non disponible : Relais CPTS, médecins partagés, autres réseaux
- 2. Prévoir avec l'aide du service social les interventions nécessaires au moins 48h avant la sortie**, si possible : IDE, kiné, aide(s) à domicile, prestataires si O2 ou matériel médical 
- 3. Planifier le bilan spécialisé adapté à l'état clinique du patient (consultation ou HDJ)** si besoin à M1 et systématique à M3 si pneumopathie sévère/très sévère
- 4. Inclure le patient dans COVIDOM** : <https://www.covidom-idf.fr/> ou **COVIDOM O2** si patient sous O2 à faible dose : [Lien](#)
 - Renseigner le médecin traitant dans le formulaire d'inclusion
- 5. Fournir les documents suivants au patient :**
 - Lettre de liaison/CR avec :
 - les points clés de suivi pour le médecin traitant ou autre médecin identifié (ex : par CPTS)
 - **numéro de hotline/service** en cas de problème
 - Fiche de liaison pour l'infirmier libéral si besoin
 - Fiche d'information patient sur les mesures barrières si le patient est contagieux 

2. RETOUR À DOMICILE EN HAD - Contact : équipes HAD du GH ou numéro unique 01 73 73 57 57

Dans tous les cas : Accord du patient et entourage présent au domicile

Patients concernés :

- Patients en soins palliatifs
- Patients gériatriques (incluant patients avec troubles cognitifs)
- Patients avec polymorbidité – J9 dont 48h de stabilité + O2 ≤ 4 L/min, avec entourage présent



3. TRANSFERT EN SSR

Les SSR ont des moyens hétérogènes, veiller à adresser le patient dans un établissement adapté à ses besoins.

Modalités de transfert :

- Pas de transfert direct en SSR depuis la réanimation, ni le domicile
- Les transferts de « gré à gré » sont à favoriser dans le même établissement MCO-SSR
- Sinon : utilisation de **Via trajectoire**
 - Demande à remplir par un médecin en ciblant un établissement adapté aux besoins du patient ;
 - **Et si pas de réponse dans les 48 h ou refus** : activation de la fonction « **Effectuer une demande d'expertise** »

4. HÉBERGEMENT

| Patients concernés | Points d'attentions | Contacts |
|---|--|--|
| Patient précaire vivant en centre d'hébergement ou SDF avec impossibilité d'isolement | Patient stable et autonome ++, Non oxygène-requérant Impossible si dépendance motrice ou cognitive Attention pas de médecins en permanence | Contacts centres ARS  |
| Si domicile exigu, et/ou promiscuité avec des sujets fragiles | Patient en autonomie totale, supportant le confinement Attention pas de médecin sur site | Chardon Lagache, Contacts  |