

	RECOMMANDATIONS REGIONALES COVID-19	Création Date : 20/10/2020
		Validation technique Direction Métier Date : 27/10/2020
		Approbation Cellule Doctrines Date : 05/11/2020
		Validation CRAPS Date : 27/11/2020
COVID-19 071	<i>ACTIVITES DE SSR Adaptation à la situation sanitaire</i>	Version : 2
		Type de diffusion : Diffusion partenaires externes Site internet ARS

Toutes les doctrines régionales sont consultables sur :
<https://www.iledefrance.ars.sante.fr/coronavirus-covid-19-information-aux-professionnels-de-sante>

PRÉAMBULE

- **Modalités de rédaction :**

- Rédacteurs : Philippe Azouvi, Annaïg Durand
- Comité de lecture : FHF (Alice Jaffré, Eric Clapier, Dr Oltéan), FHP (Alice Lecluse, Hélène Kisler), FEHAP (Renaud Coupry, Marie Deroy, Géraldine de Moulins, Vincent Beaugrand), UGECAM (Nafissa Khaldi), CPias IDF (Dr Elise Seringe), GT SSR AP-HP (Pr Pascale Pradat-Diehl, Dr Christine Geffrier, Albane Trihan)

- **Références :**

- Recommandations pour le secteur SSR dans le contexte de l'épidémie covid-19, DGOS le 07/09/2020
- MARS N°2020_79, du 14/09/2020 Recommandations applicables aux établissements de sante autorises aux soins de suite et de réadaptation en situation de dégradation épidémique
- Recommandations régionales COVID-19 : Adaptation de l'offre de soins hospitalière – Phase rebond ; 20/09/2020
- MINSANTE N°162 du 30/09/2020 : Stratégie d'organisation de l'offre de soins
- MARS N°2020_85 : Stratégie d'adaptation de l'offre de soins à la reprise épidémique
- MARS N°2020_112 : Lignes directrices relatives à l'organisation de la reprogrammation des activités non Covid en phase de poursuite de l'épidémie.
- Document CPias IDF « Prise en charge hospitalière d'un patient COVID (symptomatique ou non) » version du 12/11/2020.
- Décret n° 2020-1310 du 29 octobre 2020 modifié prescrivant les mesures générales nécessaires pour faire face à l'épidémie de covid-19 dans le cadre de l'état d'urgence sanitaire

1. Principes directeurs

1.1 Principes généraux applicables à tous les établissements

- Le principe de limitation de l'impact de la prise en charge de la COVID19 sur les autres activités non programmées et programmées doit prévaloir durant la phase rebond. La limitation de la déprogrammation doit rester un principe de base.
- Le principe d'équité d'accès aux soins doit être garanti à tous les franciliens. Ainsi, la charge liée à la COVID19 doit être partagée équitablement entre les différents territoires, les différents statuts ou types d'établissements. Ce principe doit guider les coopérations territoriales ou solidarité régionale afin de ne pas saturer un territoire ou un établissement et éviter une inaccessibilité aux soins hors COVID dans ces territoires.
- Le principe de territorialisation de l'adaptation de l'offre de soins hospitalière doit être le moteur de la réponse hospitalière. Ainsi au sein de chaque territoire, une déclinaison opérationnelle des principes régionaux doit être effectuée entre les acteurs hospitaliers. Les filières COVID et non COVID doivent être identifiées. Une attention particulière doit être portée aux territoires dont la ressource hospitalière serait plus réduite que les autres.
- Le principe de montée en puissance coordonnée des territoires et des acteurs de santé est la règle. Elle est basée sur la définition de jauges (ou capacitaire de lits de soins critiques et d'hospitalisation conventionnelle dédiés à la prise en charge de patients hospitalisés pour COVID-19) par les établissements de santé (ES) sur la partie soins critiques et hospitalisation conventionnelle pour accueillir des patients COVID en fonction de l'impact sur les autres filières de soins. Ces jauges définissent des paliers au niveau du département et de la région. La progression d'un palier à l'autre doit se faire de façon coordonnée et simultanée au niveau de la région. Le partage d'information et la transparence doivent être le ciment de la coordination territoriale.
- Les principes de responsabilité populationnelle régionale et de solidarité s'imposent à tous les acteurs de santé pour garantir une prise en charge de tous les franciliens. Ainsi, une entraide territoriale et interterritoriale doit être un principe partagé par tous et implique de prendre en charge un patient provenant d'un autre territoire en cas de saturation des jauges et des capacités dans une partie du territoire francilien.

1.2 Principes pour le SSR

- **Pour les patients ayant contracté le COVID, la négativation du test PCR ne doit pas être un pré-requis à l'admission en SSR** car dans certains cas les tests restent positifs pendant longtemps sans que cela soit un signe de contagiosité. Les critères à prendre en compte sont le délai depuis l'apparition et depuis la fin des symptômes, la sévérité de la maladie et le statut immunodéprimé éventuel du patient (cf document du CPias IDF joint).

- En revanche, **pour les patients dont le statut COVID est inconnu, une PCR est souhaitable au moins 48h avant l'admission**. La PCR peut être faite seulement à l'admission en SSR sous réserve d'accueillir le patient en chambre individuelle (type chambre sas) le temps d'avoir le résultat. Cependant, il convient de rappeler qu'il existe toujours environ 30% de faux négatifs et qu'un prélèvement PCR négatif n'est pas synonyme d'absence de Covid.

Quel que soit le choix final, il faut rappeler les prérequis à toute admission :

- Respect strict des précautions standard par tout professionnel de santé
- Respect des mesures barrières par tous
- Port systématique du masque chirurgical pour tout professionnel de santé, en toutes circonstances
- Respect de la distanciation physique dans tous les lieux de l'hôpital par les personnels et les patients
- Chambre individuelle à privilégier, obligatoire dans certaines indications
- Port du masque chirurgical par tous les patients qui peuvent le supporter (en sortant de leur chambre, en chambre double ainsi que sur le plateau technique si l'accès leur est autorisé)

Les recommandations sont présentées dans le tableau ci-dessous en fonction de la situation épidémique

Les recommandations du CPIas IDF pour la prise en charge hospitalière des patients COVID (symptomatiques ou non) sont jointes en annexe.

2. Outils de pilotage

- Au niveau régional, le pilotage institutionnel est assuré par le comité de coordination régional de l'offre de soins hospitalière. Les établissements autorisés en SSR participent aux conférences téléphoniques régulières organisées par la Direction de l'offre de soins et reçoivent l'ensemble des documents et outils de pilotage produits au niveau de la région.

Les sources de données principalement utilisées pour le pilotage sont les données SIVIC et les disponibilités en lits déclarées dans le ROR (mise en place progressive à partir du 15 octobre).

- Missions de la cellule SSR : la cellule SSR est pilotée actuellement par Annaig Durand et Philippe Azouvi. Elle participe à :
 - l'élaboration des doctrines régionales, en lien avec le CPIas IDF et avec le niveau national (mission SSR DGOS)
 - la coordination des acteurs par des conférences téléphoniques hebdomadaires avec les fédérations hospitalières et l'AP-HP
 - une conférence téléphonique toutes les deux semaines avec l'AP-HP sur les situations de parcours bloqués en MCO
 - le suivi des disponibilités en lits SSR en lien avec la cellule bed management régionale et avec le ROR
 - le suivi des demandes d'orientation du MCO vers le SSR par la collaboration avec le GCS SESAN

3. Mécanismes d'adaptation de l'offre de soins en SSR

Réponses SSR dans le cadre du plan de rebond de l'épidémie				
	Organisation (flux COVID+/COVID free)	Visites	Isolement / Accès aux PTS	Activités ambulatoires / Externes et permissions thérapeutiques
Niveau 2 e Définition : Apparition de clusters à diffusion (ou à risque de) communautaire. Circulation active débutante du virus.	Objectif : Maintenir les capacités, désorganiser au minimum l'établissement tout en limitant les risques de propagation Mesures générales Test PCR à l'admission (ou avant)* souhaitable quand on ne connaît pas le statut (maximum 48h avant) Tests PCR si symptômes Si un cas, dépistage des contacts à risque (PS+ patients) identifiés dans le contact-tracing Test PCR pour les personnels de retour de vacances*La place des tests antigéniques peut être interrogée, se référer à la doctrine régionale¹. <i>Cas particulier des patients qui ont été COVID et dont la PCR demeure longtemps positive</i> 1) se baser sur les recommandations du CPIAS 2) prendre contact avec un infectiologue des Organisation des établissements en unités d'hospitalisation: Tous les établissements de SSR doivent pouvoir accueillir des patients COVID. Néanmoins compte tenu des difficultés d'organisation, certains sites pilotes seront identifiés sur la base du volontariat pour mettre en place des unités COVID+ polyvalentes à vocations gériatriques (1 à 2 ESSSR /département) une à deux unités COVID+ respiratoires au niveau régional Si pas d'unité COVID, hospitalisation en unité mixte avec principe de la marche en avant	Objectif : maintenir le lien social en limitant le risque de propagation du virus Mesures générales Autorisées en limitant le nb de visiteurs par patients et avec mesures barrières	Objectif Maintenir les soins tout en minimisant les risques de contamination collective (limitation des flux dans les lieux collectifs) Patients COVID actifs (moins de 8j) : pas d'accès aux PTS et repas en chambres, pas de visites Post-COVID (8-14 jours ou 10-23j si immunodépression ou post réa): accès aux PTS dans le cadre de flux distincts et mesures barrières Flux différenciés sur le PTS et dans les espaces collectifs (voir infra) Vigilance sur l'accès aux salles de restauration et de « loisir » collectives : ouverture conditionnée à la configuration qui permette la distanciation sociale Si patients avec troubles cognitifs : éviter l'ouverture des espaces collectifs Balnéothérapies : Port du masque et distanciation jusqu'au bassin Dans le bassin, limitation du nb de patients pour permettre la distanciation (1 mètre dans toutes les directions)	Objectif Maintenir les soins tout en minimisant les risques de contamination (limitation des flux au sein de l'ES) Mesures générales : Repérage préalable des personnes à risque de forme grave et insister sur les gestes barrières Organisation des PeC en mixant dans la mesure du possible présentiel et télésoins Patients COVID actifs (<8 jours) : Pas d'HDJ Mais pas d'interruption de l'évaluation par les EMRR ou activités externes, avec mesures barrières renforcées+++ et suivi à distance (télésoin) Patients post COVID (8-14 jours ou 10-23j si immunodépression ou post réa) Flux différenciés sur le PTS Permissions thérapeutiques : maintien des permissions, avec : -évaluation du niveau de risque au retour -sensibilisation/responsabilisation des patients (engagement à respecter les gestes barrière, éviter les situations à risques ; fêtes, réunions familiales, autres regroupements...)

¹ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-10/Covid19%20-%20Organisation%20d%E2%80%99op%C3%A9rations%20collectives%20de%20d%C3%A9pistage%20par%20tests%20rapides%20antig%C3%A9niques%20%28TRA%29.pdf>

	Si PCR à l'admission, l'organisation généralisée en chambres individuelles reste privilégiée étant entendu que certains ES sont dans l'impossibilité/grande complexité à l'organiser (à favoriser surtout pour les patients avec facteurs de risques..., et configuration ES) Isolement en chambres individuelles des patients découverts/identifiés COVID Le COVID ne doit pas être un motif de refus d'admission Pas de transfert en MCO de patients COVID en l'absence de signe de gravité justifiant le passage en MCO. Si pas d'urgence à la PEC SSR, possibilité d'envisager un RAD dans de bonnes conditions			
Niveau 3 (si épidémie au sein de l'ES voir niveau 4) Définition : reprise diffuse de l'épidémie sur un territoire suffisamment important (plusieurs départements ou régions), sans contrôle des chaînes de transmission.	Objectifs: Canaliser les filières COVID en limitant les pertes de chances Réflexion report activités non essentielles pour le patient (analyse bénéfice risque en fonction de chaque patient) Mesures générales : Test PCR à l'admission (ou avant)* Tests PCR si symptômes Si un cas, dépistage des contacts à risque (PS+ patients) identifiés dans le contact-tracing Test PCR pour les personnels de retour de vacances* La place des tests antigéniques peut être interrogée, se référer à la doctrine régionale². Organisation des établissements en unités d'hospitalisation: Pas de quota /nombre : la notion d'intérêt de regroupement doit prédominer pour déclencher l'organisation en unité spécifique COVID Réactivation des unités COVID effectives dans tous les établissements avec la distinction des deux +1 flux (filière	Objectif (idem niv2): maintenir le lien social en limitant le risque de propagation du virus Mesures générales : Autorisées dans la limite de deux personnes par jour Avec lorsque c'est possible un process permettant -de limiter le nb de visiteurs total -d'éviter que les visiteurs se croisent dans un même service =>RDV et horaires décalés	Objectifs : Maintenir les soins tout en minimisant les risques de contamination collective avec une optique renforcée de distinction des flux Patients COVID actifs (moins de 8j) : pas d'accès aux PTS et repas en chambres, pas de visites Post-COVID (8-14 jours ou 10-23j si immunodépression ou post réa):: accès aux PTS dans le cadre de flux distincts et mesures barrières Flux différenciés sur le PTS et dans les espaces collectifs Vigilance sur l'accès aux salles de restauration et de « loisir » collectives : ouverture conditionnée à la configuration qui permette la distanciation sociale Si patients avec troubles cognitifs : éviter l'ouverture des espaces collectifs	Objectifs : Maintenir les soins ambulatoires mais éviter la contamination de l'établissement par les flux externes Mesures générales : Repérage préalable des personnes à risque de forme grave Organisation des PeC en mixant dans la mesure du possible présentiel et télésoins (à privilégier autant que possible) Patients COVID actifs (<8jours): Pas d'HDJ Mais pas d'interruption de l'évaluation par les EMRR ou activités externes, avec mesures barrières renforcées+++ et suivi à distance (télésoin) Patients post COVID (8-14 jours ou 10-23j si immunodépression ou post réa): Flux différenciés sur le PTS

² <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-10/Covid19%20-%20Organisation%20d%E2%80%99op%C3%A9rations%20collectives%20de%20d%C3%A9pistage%20par%20tests%20rapides%20antig%C3%A9niques%20%28TRA%29.pdf>

	COVID avec deux situations: COVID actif/ Post COVID et COVID free) Possibilité de mettre en chambre double les patients de la filière COVID au même stade de la maladie Si pas d'unité COVID, hospitalisation en unité mixte avec principe de la marche en avant		Balnéothérapies : Port du masque et distanciation jusqu'au bassin Dans le bassin, limitation du nb de patients pour permettre la distanciation (1m dans toutes les directions)	Permissions thérapeutiques : maintien des permissions a minima pour les patients pour lesquels elles sont considérées importantes pour la PeC, avec un strict rapport bénéfice/risque : -évaluation du niveau de risque au retour -sensibilisation/responsabilisation des patients (engagement à respecter les gestes barrière, éviter les situations à risques ; fêtes, réunions familiales, autres regroupements...)
Niveau 4 Définition : Perte de contrôle de l'épidémie	Objectif : endiguer l'épidémie en population générale, au sein de l'établissement/ protéger les patients et les personnels Mesures générales : Test PCR à l'admission, si saturation septaine à l'arrivée Tests PCR si symptômes Si un cas, dépistage des contacts à risque (PS+ patients) identifiés dans le contact-tracing. Test PCR pour les personnels de retour de vacances La place des tests antigéniques peut être interrogée, se référer à la doctrine régionale. ³ * Organisation des établissements en unités d'hospitalisation: Réactivation des unités COVID avec la distinction des deux +1 flux (filière COVID avec deux situations: COVID actif/ Post COVID et COVID free Possibilité de mettre en chambre double les patients de la filière COVID au même stade de la maladie Si pas d'unité COVID, hospitalisation en unité mixte avec principe de la marche en avant	Objectif : endiguer l'épidémie en population générale, au sein de l'établissement/ protéger les patients et les personnels Mesures générales : Principe de limitation absolue avec une priorité aux patients en situation difficile =Visites strictement contrôlées selon situation ES et du patient (limitation nombre de visiteurs par patient/nb de visiteurs total) =>Sur RDV, avec horaires décalés et contrôle à l'appui	Objectif : endiguer l'épidémie en population générale, au sein de l'établissement/ protéger les patients et les personnels en évitant les pertes de chances Mesures générales : Maintien de l'accès aux PTS avec des flux séparés selon post COVID et COVID free et Fermeture à envisager si la configuration ne permet pas la distanciation Confinement en chambre pour les patients COVID actif (<J8 ou J10 si immunodéprimé ou sortie de réa Balnéothérapies : Port du masque et distanciation jusqu'au bassin Dans le bassin, limitation du nb de patients pour permettre la distanciation (1m dans toutes les directions) Fermeture éventuelle à discuter selon les conditions locales	Objectif : endiguer l'épidémie en population générale, au sein de l'ES / protéger les patients et les personnels (en évitant que les venues externes contribuent à la pénétration du virus dans l'ES) mais limiter les pertes de chances Mesures générales : Favoriser au maximum le télésoin (personnels à domicile), Pour le reste, les activités externes et ambulatoires doivent être strictement limitées aux situations urgentes/ indispensables (prévenir les pertes de chance) En, limitant le nombre de patients Interdiction des activités collectives Permissions thérapeutiques : Limitation sauf si nécessité absolue (préparation de la sortie de l'ES) avec une évaluation stricte du rapport bénéfice/risque. (en SSR pédiatrique, les permissions peuvent être maintenues sous réserve de l'application des gestes barrières à domicile) Internalisation des EMRR

³ <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/system/files/2020-10/Covid19%20-%20Organisation%20d%E2%80%99op%C3%A9rations%20collectives%20de%20d%C3%A9pistage%20par%20tests%20rapides%20antig%C3%A9niques%20%28TRA%29.pdf>

Annexe : Recommandations du CPIas IDF : Extrait du document « Conduite à tenir devant un patient Covid-19 en MCO, SSR – Version du 12 novembre 2020 », pages 2 à 4. <http://www.cpias-ile-de-france.fr/docprocom/recommandations.php>

CAT devant la découverte d'un test de dépistage du Sars-CoV2* positif chez un patient en MCO ou en SSR

*réalisé :

- devant des symptômes évocateurs,
- devant une notion de contacts à risque dans les 7 derniers jours,
- lors d'une campagne de dépistage massive ciblée sur une population à risque
- lors d'une demande d'admission en MCO, SSR ou Ehpad (cf. avis SF2H révisé du 12 mai 2020)

A. Patient sans antécédent connu de Covid-19

1/ Atteint d'une forme non grave mais ayant justifié une hospitalisation en MCO hors réanimation

- Patient non immunodéprimé :

Confinement du patient : au moins 7 jours révolus et jusqu'à ce que les critères de guérison/levée de confinement (annexe 1) soient remplis suivi d'une période de Postconfinement pendant laquelle le patient reste pris en charge en PCC+PCG pendant les 7 jours suivants :

⇒ Soit un total de PCC+PCG pendant 14 jours révolus à partir de la date de début des symptômes (DDS) ou de la date du 1^{er} dépistage positif si DDS inconnue.

La période de retour à la normale débute à l'issue des 14 jours révolus : arrêt des PCC+PCG et poursuite de la prise en charge en précautions standard et respect des mesures barrières.

- Patient immunodéprimé :

Confinement du patient : au moins 9 jours révolus et jusqu'à ce que les critères de guérison/levée de confinement (annexe 1) soient remplis suivis d'une période de Postconfinement pendant laquelle le patient reste pris en charge en PCC+PCG pendant les 14 jours suivants :

⇒ Soit un total de PCC+PCG pendant 23 jours révolus à partir de la date de la DDS ou de la date du 1^{er} dépistage positif si DDS inconnue.

La période de retour à la normale débute à l'issue des 23 jours : arrêt des PCC+PCG et poursuite de la prise en charge en précautions standard et respect des mesures barrières.

2/ Atteint d'une forme grave ou d'une forme ayant justifié une hospitalisation en réanimation

= se référer aux durées des mesures mises en œuvre ci-dessus pour un patient immunodéprimé



3/ Atteint d'une forme asymptomatique et en l'absence de date de contact à risque

= découverte fortuite de Sars-CoV2 (= nouveauté de l'avis modifié du HCSP du 23/10/2020 - à paraître)

NB : dans cette situation, le retour à la normale se fait directement à l'issue de la période de Confinement

- Patient non immunodéprimé : confinement du patient avec PCC+PCG pendant 7 jours révolus suivants la date du 1^{er} dépistage positif puis retour à la normale avec poursuite de la prise en charge en précautions standard et respect des mesures barrières.

- Patient immunodéprimé : confinement du patient avec PCC+PCG pendant 9 jours révolus suivants la date du 1^{er} dépistage positif puis retour à la normale avec poursuite de la prise en charge en précautions standard et respect des mesures barrières.

4/ Forme asymptomatique et existence d'une date de contact à risque (=notion de contact dans les 7 derniers jours)

= cf. point 1

- Patient non immunodéprimé :

Confinement du patient : au moins 7 jours révolus et jusqu'à ce que les critères de levée de confinement soient remplis (annexe 1) suivis d'une période de Postconfinement pendant laquelle le patient reste pris en charge en PCC+PCG pendant les 7 jours suivants :

⇒ Soit un total de PCC+PCG pendant 14 jours révolus à partir de la date du 1^{er} dépistage positif

La période de retour à la normale débute à l'issue des 14 jours révolus : arrêt des PCC+PCG et poursuite de la prise en charge en précautions standard et respect des mesures barrières.

- **Patient immunodéprimé :**

Confinement du patient : au moins 9 jours révolus et jusqu'à ce que les critères de guérison/levée de confinement (annexe 1) soient remplis suivis d'une période de postconfinement pendant laquelle le patient reste pris en charge en PCC+PCG pendant les 14 jours suivants :

⇒ Soit un total de PCC+PCG pendant 23 jours révolus à partir de la date du 1er dépistage positif.

La période de retour à la normale débute à l'issue des 23 jours : arrêt des PCC+PCG et poursuite de la prise en charge en précautions standard et respect des mesures barrières.

**Schéma récapitulatif
des mesures à l'Hôpital (MCO ou SSR) devant un patient atteint du Covid-19**
Durées variables selon le statut immunitaire du patient et la forme de Covid-19

Durées variables selon le cas de figure (cf. points 1 à 4)		Selon cas de figure (cf. points 1 à 4)	
CONFINEMENT		POSTCONFINEMENT	RETOUR A LA NORMALE
LIEU	En UNITE COVID si existe ou MIXTE avec respect du principe de marche en avant		UNITE MIXTE ou UNITE STANDARD
PATIENT	Port du masque chirurgical par le patient dès la sortie de chambre (s'il le peut), HDM et respect distanciation physique		
	Kiné en chambre	Accès possible au plateau technique (hors kiné respiratoire qui se fait en chambre pendant la période de postconfinement)	
PROFESSIONNELS	Port du masque chirurgical en continu		
	PRECAUTIONS STANDARD		
	PCC + PCG		
VISITES	Suspendues (sauf fin de vie)	Encadrées sur RDV	Selon organisation habituelle de l'établissement
		Port du masque chirurgical par le visiteur, HDM et respect distanciation physique	



Il n'y a pas de période de Postconfinement dans le cas d'une découverte fortuite d'un prélèvement de dépistage Sars-CoV2 positif chez un patient asymptomatique sans date de contact à risque (cf. point 3)



A noter : Etant donné que le port continu du masque chirurgical par les professionnels est obligatoire (quel que soit le lieu d'exercice), les précautions complémentaires (contact et gouttelettes) restant à mettre en œuvre pour la prise en charge d'un patient Covid-19 consistent en : chambre individuelle, signalétique, le port d'une protection de la tenue (tablier imperméable à UU ou surblouse à manches longues à UU) en cas de contact direct avec le patient et le masque FFP2 en remplacement du masque chirurgical + lunettes de protection en cas de gestes invasifs respiratoires à risque d'aérosolisation (annexe 4).

B. Patient avec antécédent confirmé de Covid-19 (= a déjà eu une RT-PCR +)

A noter qu'il n'est pas recommandé de redépister une personne asymptomatique ayant eu un antécédent confirmé de Covid-19 (Avis du HCSP 10/06/2020).

Néanmoins, si celle-ci est réalisée et revient positive, la conduite à tenir dépendra du délai entre la DDS (ou la date du 1^{er} dépistage positif) et la date de la 2^{ème} PCR positive et la présence ou non de symptômes au moment de la 2^{ème} PCR+.

1/ Délai entre la DDS (ou la date du 1^{er} dépistage positif) et la date de la 2^{ème} PCR+ : inférieur aux durées recommandées pour les critères de guérison ou de levée de confinement (en se référant à la définition correspondante au cas en annexe 1)

= antécédent récent de Covid-19 → se référer aux points 1 à 4 selon le cas de figure.

2/ Délai entre la DDS (ou la date du 1^{er} dépistage positif) et la date de la 2^{ème} PCR+ : supérieur aux durées recommandées pour les critères de guérison ou de levée de confinement (annexe 1) : conduite à tenir différente selon présence de symptômes :

- Absence de symptômes (≈ excrétion virale prolongée)

Pas de mesures particulières, prise en charge du patient en précautions standard et respect des mesures barrières.

- Patient symptomatique dont les symptômes ne se sont pas arrêtés (≈ forme persistante)

Poursuite des mesures de confinement du patient avec PCC+PCG jusqu'à ce que les critères de guérison/levée de confinement (annexe 1) soient remplis suivis d'une période de Postconfinement pendant laquelle le patient reste pris en charge en PCC+PCG pendant les 7 jours suivants (ou 14 jours si immunodéprimé ou forme grave).

La période de retour à la normale débute à l'issue avec arrêt des PCC+PCG et poursuite de la prise en charge en précautions standard et respect des mesures barrières.

- Patient symptomatique dont les symptômes ont repris après s'être arrêtés :

La conduite à tenir dépend de la valeur du Ct (obtenue sur RT-PCR naso-pharyngée) :



- si ≤ 33 → excrétion virale significative ≈ réinfection possible : se référer aux points 1 à 2 selon le cas de figure.
- si > 33 → excrétion virale modérée voire très faible : tenir compte à la fois du tableau clinique et du contexte de l'hospitalisation pour valider l'absence de mesures particulières et la prise en charge en précautions standard et respect des mesures barrières.