

## FICHE

# Réponses rapides dans le cadre du COVID-19 - Prise en charge des patients COVID-19, sans indication d'hospitalisation, isolés et surveillés à domicile

Validée par le Collège le 30 avril 2020

## L'essentiel

- **Réponse rapide n°1** : Les patients isolés et surveillés à domicile ou en structure dédiée (hôtel thérapeutique) sont les patients avec des tableaux pauci-symptomatiques ne nécessitant pas une hospitalisation. Cependant, il ne faut pas méconnaître le risque respiratoire, cardiovasculaire, rénal, neurologique, cognitif, psychiatrique, musculo-squelettique, métabolique et nutritionnel.
- **Réponse rapide n°2** : Le patient COVID-19 nécessite un suivi régulier des symptômes, en particulier entre J6 et J12, pour surveiller l'évolution de l'état général et respiratoire, dépister et prévenir les complications vitales (essentiellement cardio-respiratoire et thrombo-emboliques), et évaluer les conséquences fonctionnelles. Un suivi plus rapproché ou plus prolongé peut parfois être nécessaire, dont la fréquence est à adapter selon l'évolution du patient.
- **Réponse rapide n°3** : Le suivi des patients surveillés à domicile repose sur la coordination (par le médecin traitant dans le cas général) des soins entre les professionnels de santé de première ligne (médecins généralistes, pharmacien(ne)s, kinésithérapeutes, infirmier(es), etc.).
- **Réponse rapide n°4** : Les médecins, les infirmiers et les kinésithérapeutes peuvent assurer le suivi des patients en présentiel ou à distance (par téléconsultation ou télésoin).
- **Réponse rapide n°5** : Il est nécessaire de respecter les mesures barrières et autant que possible de distanciation physique lors de la prise en charge. La phase contagieuse est de 8 jours en moyenne et commence 1 à 2 jours avant le début des symptômes.
- **Réponse rapide n°6** : Avant chaque acte de rééducation, il est nécessaire de vérifier l'absence de signes de sévérité qui nécessiteraient une hospitalisation (ou un recours au 15).
- **Réponse rapide n°7** : Il n'existe pas, à ce jour, de traitement médicamenteux spécifique du COVID-19 avec un niveau de preuve suffisant pour être recommandé, en ambulatoire, en dehors d'essais cliniques en cours. Une antibioprophylaxie systématique n'est pas recommandée.
- **Réponse rapide n°8** : Une rééducation/réadaptation à domicile peut être mise en œuvre après la phase aigüe, si nécessaire, pour une reprise progressive et contrôlée d'une activité physique de faible intensité, pour une reprise de la déambulation et des activités fonctionnelles

habituelles en respectant la dyspnée, la fatigabilité, et la tolérance chez des patients mono-déficients. Un programme de réentraînement ciblé sur l'endurance peut s'avérer nécessaire dans des objectifs de retour à l'emploi et aux activités physiques et sociales.

- **Réponse rapide n°9** : Les différents délais d'isolement de l'entourage et des contacts d'un malade sont détaillés en fonction des situations cliniques et virologiques avec un logigramme et tableau récapitulatif

## Contexte

La France est entrée le 14 mars 2020 dans la situation épidémique de stade 3 vis-à-vis du COVID-19.

**Ces réponses rapides concernent les patients dont le diagnostic COVID-19 a été posé, et dont l'état ne justifie pas d'hospitalisation. Ce diagnostic est fait sur des éléments cliniques et virologiques (PCR +). Une PCR - n'élimine pas ce diagnostic.**

Le COVID-19 est responsable d'une atteinte le plus souvent respiratoire, mais d'autres manifestations sont possibles (neurologiques, cognitives, cardio-vasculaires, digestives, hépatiques, rénales, métaboliques, musculo-squelettiques, psychiatriques, etc.).

Il existe différentes formes cliniques de l'infection à SARS-CoV-2 :

- les formes asymptomatiques ou pauci-symptomatiques, les plus fréquentes ;
- les formes avec pneumonies sans signe de gravité ;
- les formes graves se manifestant soit d'emblée, soit secondairement, par des aggravations à la fin de la première ou pendant la deuxième semaine avec des tableaux rapidement évolutifs nécessitant une hospitalisation conventionnelle ou en réanimation.

La majorité des patients atteints du COVID-19 relève d'une prise en charge en ambulatoire.

Le suivi de ces patients doit prendre en compte 3 particularités :

- la contagiosité de l'infection virale qui nécessite de maintenir les mesures de protection ;
- la fragilité des patients susceptibles de présenter des décompensations rapides à type de défaillance respiratoire, de complications thrombo-emboliques ou cardiovasculaires ;
- le risque de déconditionnement à l'effort (incapacité à reprendre les activités physiques habituelles) qui est généralement observé chez les patients de plus de 60 ans (Wang, 2020)

Le suivi doit tenir compte des besoins individuels de chaque patient.

### Rappel

Ces réponses rapides élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.

# Évaluation médicale initiale

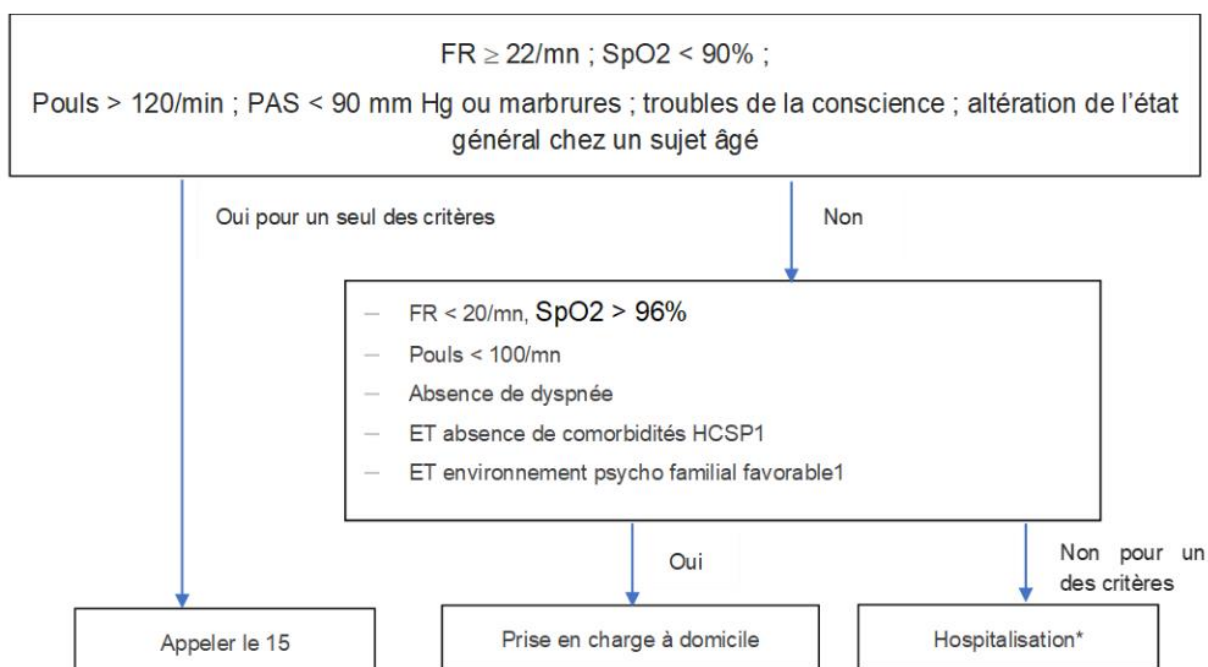
## Évaluation clinique initiale

Le COVID-19 peut se présenter selon une grande variété de manifestations cliniques : toux, fièvre, malaises, myalgies, troubles digestifs, troubles de l'odorat ou du goût et anomalies cutanées. Une dyspnée susceptible de s'aggraver rapidement peut survenir pendant la 1<sup>ère</sup> ou la 2<sup>ème</sup> semaine.

Il est nécessaire de respecter les mesures barrières et de distanciation physique lors de la prise en charge de tout patient atteint de COVID-19 suspecté ou confirmé.

L'évaluation initiale doit rechercher :

1/ Les signes d'alerte devant faire discuter l'appel au SAMU centre 15 ou une hospitalisation :



\*après contact téléphonique (15 ou établissement de santé)

2/ La présence de facteurs de risque de forme grave nécessite une attention particulière chez ces patients (voir les réponses rapides spécifiques sur le [site de la HAS](#)) :

- Âge ≥ 65 ans
- Antécédents cardiovasculaires : HTA compliquée, AVC, coronaropathie, chirurgie cardiaque, insuffisance cardiaque NYHA III ou IV
- Diabète non équilibré ou présentant des complications
- Pathologie respiratoire chronique susceptible de décompenser
- Insuffisance rénale dialysée
- Cancer évolutif sous traitement
- Immunodépression (médicamenteuse, infection à VIH non contrôlé ou avec CDA < 200/mm<sup>3</sup>, greffe d'organe solide ou de cellules souches hématopoïétiques, hémopathie maligne en cours de traitement)
- Cirrhose ≥ stade B
- Obésité avec IMC > 30
- Grossesse au 3<sup>ème</sup> trimestre (par précaution)

3/ L'environnement social et familial du patient doit être évalué :

- conditions d'isolement à domicile (dans la mesure du possible, il est souhaitable d'avoir une pièce dédiée et aérée, où le patient reste isolé, des moyens de communication (téléphone, ordinateur, etc.), un accès aux besoins de base ;
- présence de proches à risque de forme grave de COVID-19 partageant le même logement.

## Examens complémentaires

Dans les formes non sévères, il n'y a pas lieu de réaliser d'examens complémentaires biologiques ou radiologiques.

Les examens biologiques sont demandés dans le cadre d'une orientation diagnostique différentielle ou d'un bilan de décompensation d'une pathologie préexistante.

## Prise en charge initiale

### Mesures de prévention de la transmission

#### 1. Isolement du patient

Les conditions d'isolement du patient à son domicile sont évaluées en prenant en compte son autonomie, les conditions locales permettant ou non un isolement effectif de la personne infectée, et la présence de personne(s) à risque de formes sévères de COVID-19 au domicile.

- A) En cas de conditions réunies pour que l'isolement soit effectué à domicile, les précautions visant à éviter la transmission du Covid à domicile sont :
  - Information du patient et de son entourage sur les mesures de précaution vis-à-vis du SARS-CoV-2 :
    - importance de l'isolement : le patient reste dans sa chambre, toilettes et salle de bains idéalement séparées, repas pris dans la chambre ou une pièce séparée ;
    - importance des mesures barrières, de la distanciation sociale ;
  - Port d'un masque chirurgical par le patient lors des contacts avec les soignants,
  - Surveillance personnelle de la température 2 fois par jour et surveillance des signes respiratoires.
- B) En cas d'impossibilité d'isolement effectif au domicile et/ou de présence de personnes à risque, il convient de proposer au patient de l'orienter vers une structure dédiée, type hôtel ou autre où l'isolement avec les mêmes précautions sera appliqué en même temps que la surveillance. Le cas échéant, le lien doit être fait vers des ressources de soutien psychologique des personnes souffrant de cet isolement

#### 2. Dépister les personnes vivant au domicile, les personnes contact et leur proposer de s'isoler

Les personnes vivant au domicile doivent être testées par RT-PCR immédiatement. Celles qui ont été en contact ponctuellement avec le cas doivent être testées par RT-PCR. Un isolement leur est proposé dans l'attente du résultat du test.

Si le test est positif, la personne est isolée comme un cas Covid+.

Si le test est négatif, la personne symptomatique est isolée comme un cas Covid+. La personne asymptomatique est isolée pendant 14 jours. En cas d'apparition secondaire de symptôme évocateur de COVID-19, l'isolement est prolongé comme un cas Covid+.

Si la personne de l'entourage n'est pas isolée du malade, le délai d'isolement part à compter de la date de guérison du malade (cf. paragraphe 3 ci-dessous).

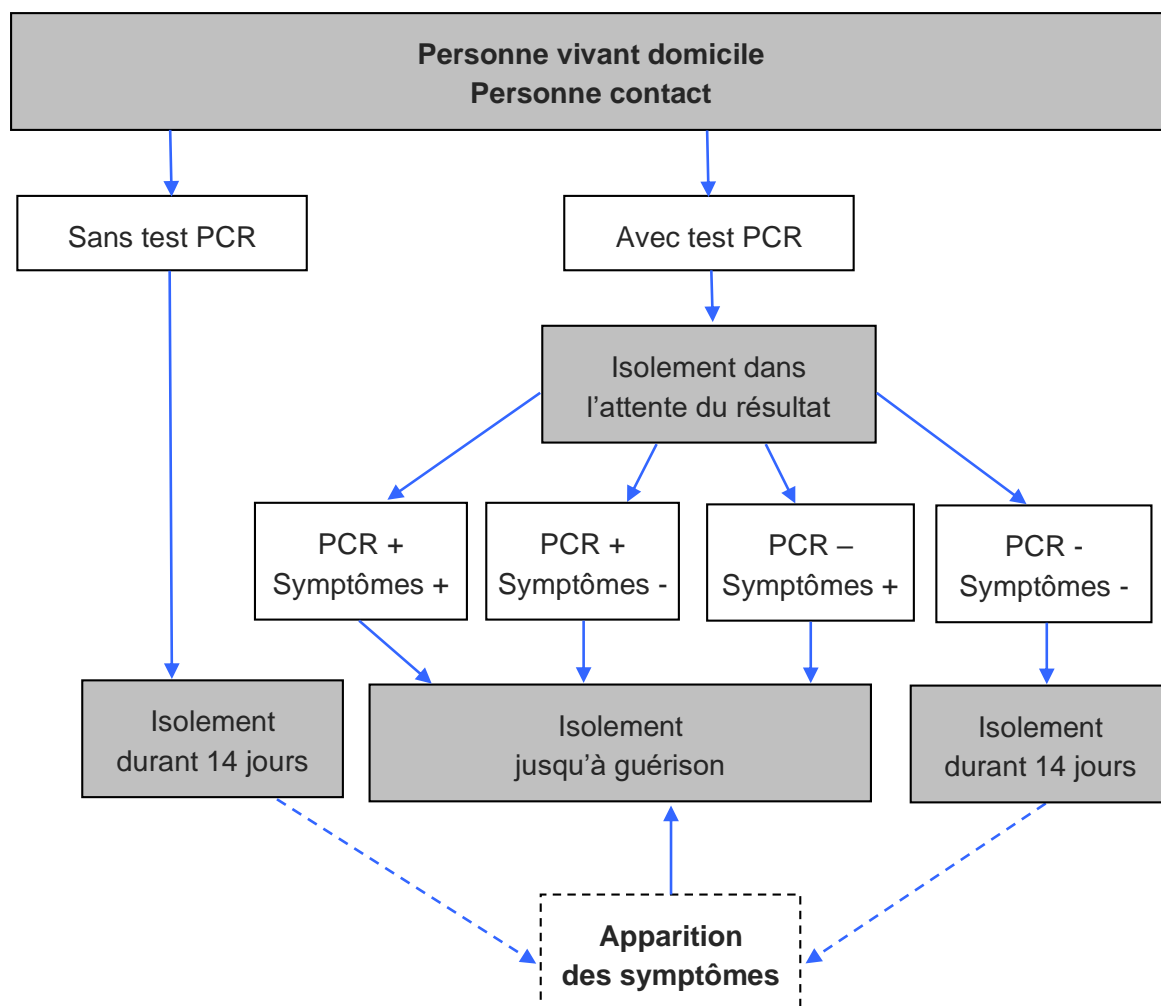
Si le test n'a pu être effectué, la personne est isolée pour une durée de 14 jours après le dernier contact, avec surveillance de la température 2 fois par jour et surveillance des signes respiratoires. En cas d'apparition de symptôme évocateur de COVID-19, l'isolement est prolongé comme un cas Covid+.

### 3. La guérison et la levée de l'isolement

Pour un patient, une personne vivant au domicile ou un contact symptomatique, la levée de l'isolement peut avoir lieu à partir du 8ème jour du début des symptômes ET au moins 48 heures après la disparition de la fièvre ET au moins 48 heures après la disparition de la dyspnée. La disparition de la toux ne constitue pas un bon critère dans la mesure où peut persister une toux irritative au-delà de la guérison.

Pour un patient, un membre de l'entourage ou un contact, PCR+ et constamment asymptomatique, la levée de l'isolement peut avoir lieu à partir du 8ème jour après la date de la PCR+.

Pour un patient, un membre de l'entourage ou un contact constamment asymptomatique, sans PCR ou avec une PCR négative, l'isolement est levé au bout de 14 jours.



**Tableau récapitulatif des divers délais en fonction de situations cliniques et virologiques**

Isolement	Délai
Incubation	<b>14 jours maximum (médiane : 5-6 jours)</b>
Levée de l'isolement Malades PCR+ asymptomatiques	<b>Au plus tôt le 8ème jour après la date de la PCR+</b>
Guérison et levée de l'isolement Malades PCR+/- symptomatiques Population générale	<b>Au plus tôt le 8ème jour après le début des symptômes ET au plus tôt 48 heures après la disparition de la fièvre ET au plus tôt 48 heures après la disparition de la dyspnée</b>
Guérison et levée de l'isolement Malades PCR+/- symptomatiques Personnes immunodéprimées	<b>Au plus tôt le 10ème jour après le début des symptômes ET au plus tôt 48 heures après la disparition de la fièvre ET au plus tôt 48 heures après la disparition de la dyspnée</b>
Isolement Entourage, Contacts PCR+	<b>Idem malade Covid+</b>
Isolement Entourage, Contacts sans test PCR	<b>14 jours</b>
Isolement Entourage, Contacts PCR- symptomatiques	<b>Idem malades Covid+ symptomatiques</b>
Isolement Entourage, Contacts PCR- asymptomatiques	<b>14 jours</b>
Évitement des contacts rapprochés avec des personnes à risque de forme grave, après la levée de l'isolement	<b>7 jours suivants la levée de l'isolement</b>

## Thérapeutiques médicamenteuses

Il n'existe pas de traitement ayant démontré à ce jour une efficacité sur la réduction de complications ou la durée des symptômes avec un niveau de preuve suffisant. Des essais cliniques en cours pourront faire évoluer la prise en charge spécifique du COVID-19.

Le traitement du COVID-19 est symptomatique, et adapté selon les signes cliniques présentés. En cas de fièvre ou de douleur, le paracétamol est le traitement de première intention. Il est recommandé de ne pas avoir recours aux anti-inflammatoires non stéroïdiens compte tenu de la possible association entre leur utilisation et la survenue d'une forme sévère de la maladie.

Les patients avec des maladies chroniques ne doivent pas arrêter leur traitement sans avis médical. Il n'y a pas lieu de recommander un arrêt systématique des inhibiteurs de l'enzyme de conversion, des sartans, des corticoïdes oraux ou inhalés utilisés en traitement de fond pour des maladies chroniques.

## Assurer la surveillance

Le rôle de coordination du médecin traitant est essentiel. Il prescrit les éventuels examens complémentaires, les actes infirmiers et autres prises en charge thérapeutiques nécessaires selon les besoins du patient et selon ses capacités fonctionnelles, en coordination avec les différents acteurs (infirmier, kinésithérapeute, diététicien, psychologue, orthophoniste, etc.).

Le suivi doit être attentif pendant les deux premières semaines d'évolution, correspondant à la période pendant laquelle une aggravation rapide est susceptible de survenir.

Le monitoring des paramètres physiologiques au repos et à l'effort, en particulier respiratoires, est nécessaire : fréquence respiratoire, saturation en oxygène, fréquence cardiaque et température.

L'utilisation d'un cahier de suivi, qui reste au domicile et dans lequel relever les différentes variables collectées, peut faciliter le suivi et l'information des intervenants au domicile.

Les professionnels de santé (médecin, infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes) peuvent intervenir au domicile ou à distance. Ces actes de téléconsultation / télésoin sont réalisés par vidéotransmission selon les possibilités du patient et l'évaluation du professionnel de santé (téléconsultation possible par téléphone pour le médecin).

- Privilégier le recours à la téléconsultation et au télésoin, lorsque la prise en charge du patient à distance est possible ;
- Si une consultation ou un acte en présentiel paraît nécessaire :
  - privilégier une visite à domicile avec une protection respiratoire (masque chirurgical ou FFP2 selon l'acte effectué),
  - en cas de visite nécessaire au cabinet ou à l'hôpital : prévoir un circuit et un horaire dédiés, garantir le respect des mesures barrières et avoir une organisation du cabinet qui limite les risques de contamination du patient.

## Rééducation et réadaptation à prévoir selon la sévérité clinique

**Pendant la phase symptomatique précoce de la maladie, les conseils d'activités physiques pour la population générale ne sont pas indiqués.**

À cette phase, il ne doit pas y avoir de rééducation respiratoire systématique (désencombrement à étudier si surinfection, en respectant les règles de protection du soignant). On doit se focaliser sur la prévention des complications de décubitus et sur l'entretien d'une déambulation. Un suivi des constantes respiratoires et cardiaques est indispensable.

Hors phase aiguë, les signes cliniques les plus fréquents sont l'asthénie et le déconditionnement physique. Il faut alors conserver ou reprendre une activité physique légère adaptée et fractionnée en respectant la fatigue et la dyspnée, et en l'absence de fièvre.

Le médecin traitant doit continuer à surveiller le patient et prescrire si nécessaire une rééducation en fonction du bilan des déficiences et des limitations d'activité (HAS, 2020 - MPR SSR).

L'apparition de signes d'aggravation respiratoire pendant les séances de rééducation doit déclencher un avis médical en urgence.

Si le patient présente un état plus sévère et notamment une mauvaise tolérance cardio-pulmonaire, ou lié à des comorbidités cardio-pulmonaires pré-existantes, cela nécessite une évaluation en consultation ou HDJ spécialisé cardio-respiratoire.

### **Modalités de la rééducation à domicile quand elle est nécessaire**

La rééducation à domicile peut être réalisée par un masseur-kinésithérapeute qui intervient à domicile ou à distance par télésoin (HAS, 2020 - MK à domicile). Le recours au télésoin est décidé sur des indicateurs objectifs qui sont fonction de la compréhension, de l'observance et de la gravité du patient et avec la traçabilité des constantes physiologiques de surveillance adaptée aux risques de dégradation rapide du COVID-19.

Après une première séance en présentiel pour évaluer la capacité du patient à réaliser les actes d'auto-rééducation (éventuellement avec l'aide de l'entourage), les séances à distance visent à éduquer et accompagner les mobilisations actives ou auto-passives, à délivrer des supports didactiques

thérapeutiques (fiches de consignes et/ou d'exercices, sites Internet utiles, etc.), à vérifier et adapter la bonne évolution du patient, à participer à la surveillance de l'état général du patient en lien étroit avec le médecin traitant, à évaluer les conséquences fonctionnelles de l'isolement et à s'assurer de l'application des mesures de distanciation à domicile.

## Bilans, échelles et scores

### Déficience respiratoire

- Antécédents de maladie respiratoire.
- Fréquence respiratoire, dyspnée, saturation transcutanée d'oxygène au repos et après effort, Tolérance à l'effort : échelle de Borg.

### Déficience cardiovasculaire et circulatoire

- Antécédents de maladies cardio-vasculaires
- Pression artérielle, fréquence cardiaque
- ECG de repos
- Recherche clinique de signes de thrombose veineuse

**Déficiences cognitives et psychologiques** : Si troubles confusionnels ou délirium, troubles attentionnels et de l'orientation temporo-spatiale anxiété et dépression, évaluation par le médecin traitant qui évaluera la nécessité d'un avis médical spécialisé.

### Déficiences orthopédiques et motrices

- Amplitudes articulaires en degrés.
- Testing moteur qualitatif ou quantitatif (MRC-SS).

**Déficiences métaboliques** : Indice de masse corporelle, perte de poids/poids de forme, troubles de la prise alimentaire (les troubles du goût et de l'odorat peuvent être des facteurs aggravants).

Si nécessaire, le médecin traitant prescrit un bilan biologique adapté à la situation et aux antécédents du patient (diabète).

### Mesures des capacités et performances fonctionnelles

- Capacité pour les activités quotidiennes : Barthel, Mesure de l'Indépendance Fonctionnelle.
- Équilibre : équilibre postural assis / debout,
- Fonction motrice globale : nombre de levers de chaise en 1 min, temps pour 5 / 10 levers de chaise sous monitoring de SpO2, fréquence respiratoire/cardiaque, dyspnée (EVA, Borg).
- Timed Up and Go test (TUG).

### Programme de rééducation

- Précautions avant/après les exercices, et critères d'arrêt des exercices :
  - Lorsque l'une des conditions suivantes survient en cours de rééducation, le rééducateur doit immédiatement mettre fin à l'exercice et demander l'avis d'un médecin en urgence : oppression, douleurs thoraciques, essoufflement, malaise, maux de tête, vision trouble, palpitations, sueurs, cyanose, obnubilation, confusion, impossibilité de parler, signe de dysfonction diaphragmatique (antépnée, asynchronisme thoraco-abdominal, respiration paradoxale).
  - La baisse de la SpO2 > 4 points, par rapport à la SpO2 de repos, nécessite une adaptation de l'intensité de l'exercice et l'administration d'O2 prescrit par le médecin (HAS, 2020 - MPR MPR SRPR).
- Rééducation respiratoire :



- Une rééducation respiratoire peut être proposée au cas par cas sur prescription médicale. Son contenu et son rythme sont adaptés au bilan initial effectué par le MK. Les exercices respiratoires proposés sont ainsi mis en œuvre selon les déficiences des muscles respiratoires, de l'échangeur pulmonaire et des capacités expiratoires et de la toux, mais aussi l'état général et psychologique (stress, anxiété, dépression).
- La surveillance de la tolérance aux exercices est à réaliser par échelle de Borg modifiée ou échelle numérique, mesure du pouls, et SpO2 (Bausewein, 2007).
- Rééducation locomotrice :
  - Désadaptation à l'orthostatisme et à l'effort : verticalisation le plus tôt possible en surveillant TA et pouls, et avec contention veineuse adaptée.
  - Entretien des amplitudes articulaires par travail actif, mobilisation passive et postures si nécessaire : membres inférieurs, ceinture scapulaire et rachis cervical.
  - Renforcement musculaire : D'abord global, le renforcement musculaire, analytique et dynamique d'intensité progressive peut être associé aux transferts assis/debout, (l'utilisation éventuellement de cycloergomètre, ou d'un stepper peut être utile et avec l'adaptation des paramètres si présent à domicile). Renforcement musculaire dynamique contre résistance selon la tolérance respiratoire. Reprendre le plus tôt possible : transferts assis/debout et marche, avec rééducation spécifique du syndrome de désadaptation psychomotrice.
- Rééducation neuropsychologique : Proposer un bilan cognitif selon les besoins et si nécessaire le médecin traitant pourra prescrire un bilan des troubles anxio-dépressif et cognitif auprès soit d'un psychiatre soit d'un psychologue, neuro-psychologue ou orthophoniste.
- Suivi médical autre :
  - Dénutrition : Suivi nutritionnel calorique et protéique si besoin (syndrome inflammatoire, hypercatabolisme, augmentation de la dépense énergétique du travail ventilatoire, anorexie secondaire à l'infection, gêne respiratoire, anosmie, agueusie, et au stress) (HAS, 2020 RR Risque nutritionnel et maladie chronique)
  - Escarres : Mesures préventives habituelles.
- Maintien à domicile par un ergothérapeute coordonné par le médecin traitant :
  - Évaluation des obstacles au domicile, proposition d'aménagements avec aides techniques.
  - Éducation aux mesures de distanciation sociale et aux gestes barrières.
- Réentraînement à l'effort et réinsertion (en phase subaigüe) : Reconditionnement global à l'effort ciblé sur l'endurance cardio-respiratoire et musculaire pour préparer le retour à l'emploi (réadaptation professionnelle) et les activités physiques et sociales. Cette information doit être donnée dès la phase initiale.
- Orienter les patients vers les réseaux sports-santé après avoir stabilisé l'état cardio-respiratoire et la tolérance à l'effort.

## Ressources

Ces réponses rapides évolueront avec le développement des connaissances sur le COVID-19. Elles viennent compléter les sites, documents et guides développés par les sociétés savantes.

[Voir toutes les réponses rapides de la Haute Autorité de santé dans le cadre du COVID-19.](#)

## Lien vers les sites des sociétés savantes

- CMG <http://lecmg.fr/>
- CMK <https://www.college-mk.org/>
- CNP-MPR <https://sites.google.com/site/cnpdempr/>
- SOFMER <https://www.sofmer.com/>
- SPLF <http://splf.fr/>

## Documents des CNP/sociétés savantes/ministère/etc.

- HCSP <https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/PointSur?clef=2>
- Téléconsultation : <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/covid-19-informations-aux-professionnels-de-sante/article/covid-19-et-telesante-qui-peut-pratiquer-a-distance-et-comment>

## Références bibliographiques

1. Bausewein C, Farquhar M, Booth S, Gysels M, Higginson IJ. Measurement of breathlessness in advanced disease: a systematic review. *Respir Med* 2007;101(3):399-410. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rmed.2006.07.003>
2. Haut conseil de la santé publique. Avis du 20 avril 2020. Actualisation de l'avis relatif aux personnes à risque de forme grave de Covid-19 et aux mesures barrières spécifiques à ces publics. Paris: HCSP; 2020. <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=807>
3. Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID 19 - Prise en charge en MPR des patients infectés en SSR. Saint-Denis La Plaine: HAS; 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](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)
4. Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID 19 - Prise en charge précoce de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) en réanimation, en soins continus ou en service de rééducation post-réanimation (SRPR). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020
5. Haute Autorité de Santé. Réponses rapides dans le cadre du COVID 19 - Mesures et précautions essentielles à tenir par le Masseuseur-Kinésithérapeute auprès des patients à domicile. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3179850/fr/mesures-et-precautions-essentielles-pour-le-masseur-kinesitherapeute-aupres-des-patients-a-domicile](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3179850/fr/mesures-et-precautions-essentielles-pour-le-masseur-kinesitherapeute-aupres-des-patients-a-domicile)
6. Ministère des solidarités et de la santé. Prise en charge en ville par les médecins de ville des patients symptomatiques en phase épidémique de COVID-19. Version du 25/04/2020. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2020. [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19\\_fiche\\_medecin\\_v16032020finalise.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/covid-19_fiche_medecin_v16032020finalise.pdf)
7. Wang L, He W, Yu X, Hu D, Bao M, Liu H, et al. Coronavirus disease 2019 in elderly patients: characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. *J Infect* 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jinf.2020.03.019>

## Méthode d'élaboration et avertissement

La méthode retenue pour cette réponse rapide est basée sur une synthèse des données probantes disponibles les plus pertinentes, les recommandations nationales et internationales, ainsi que sur une consultation des parties prenantes (par voie électronique).

Ce document a été élaboré collégialement entre la HAS, et les référents des CNP et sociétés savantes : CMG, CMK, CNP-MPR, SOFMER, SPLF.

Validation par le collège de la HAS en date du 30 avril 2020.

## Liste des participants

**Haute Autorité de Santé** : M. Michel Gedda, chef de projet ; Mme Sophie Despeyroux, documentaliste ; Mme Sylvie Lascols, assistante documentaliste.

### Conseils nationaux professionnels et sociétés savantes :

Dr Brigitte Barrois, médecin de médecine physique et de réadaptation (CNP-MPR), Gonesse ; Pr Isabelle Bonan, médecin de médecine physique et de réadaptation (SOFMER), Rennes ; Dr Céline Buffel du Vaure, médecin généraliste (CMG), Paris ; Pr François-Constant Boyer, médecin de médecine physique et de réadaptation (SOFMER), Reims ; Dr Jean-Pascal Devailly, médecin de médecine physique et de réadaptation, Paris ; Pr Isabelle Laffont, médecin de médecine physique et de réadaptation (SOFMER), Montpellier ; Dr Marie-Martine Lefevre-Colau, médecin de médecine physique et de réadaptation (SOFMER), Paris ; M. Aymeric Le Neindre, masseur-kinésithérapeute (CMK), Paris ; Dr Christophe Leroyer, pneumologue (SPLF), Brest ; Dr Alexandre Malmartel, médecin généraliste (CMG), Paris ; M. Alexandre Rambaud, masseur-kinésithérapeute (CMK), La Talaudière ; Pr François Rannou, médecin de médecine physique et de réadaptation (SOFMER) Paris ; Pr France Roblot (CNP Maladies infectieuses), Poitiers ; Pr Nicolas Roche, pneumologue (SPLF) ; Paris, Pr Pierre Tattevin (SPILF), Rennes.

**Ces réponses rapides sont élaborées sur la base des connaissances disponibles à la date de leur publication, elles sont susceptibles d'évoluer en fonction de nouvelles données.**

**Ces réponses rapides sont fondées sur ce qui apparaît souhaitable ou nécessaire au moment où elles sont formulées. Elles ne prennent pas en compte les capacités d'approvisionnement en équipements de protection individuelle.**