
PLANIFICATION DES SOINS ET SERVICES DE RÉADAPTATION PHYSIQUE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE LA COVID-19 HOSPITALISÉS ET OU EN SOINS INTENSIFS



RÉPONSE RAPIDE

1^{ER} MAI 2020

©UETMISSS

Unité d'évaluation des technologies et des modes
d'intervention en santé et services sociaux, 2020

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke*

Québec 

Auteurs : Cyrille Gérard Diffo, M.Sc.MD
Mathieu Roy, Ph.D.
Pierre Dagenais, MD, PhD

Remerciements : L'UETMISSS tient à remercier Émilie Breton, interniste-gériatre au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Marie-Michèle Watt, coordonnatrice clinique du service de physiothérapie au CIUSSS de l'Estrie – CHUS, pour une relecture externe et contribution, Francis Lacasse, Mykola Krupko, bibliothécaire au CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour la recherche bibliographique et Mariève Desrochers-Rancourt, agente administrative au CIUSSS de l'Estrie – CHUS pour la révision linguistique et la mise en page.

HISTORIQUE DE MODIFICATIONS

Version	Responsable(s)	Date	Modification(s)
	Cyrille Gérard Diffo	30 Avril 2020	Remerciements Titres professionnels

RESPONSABILITÉ

L'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitif de ce document au moment de sa publication. Suivant l'évolution de la situation, les constats pourraient être appelés à changer.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2020

ISBN 978-2-550-86542-1 (PDF)

© UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Pour tout renseignement sur ce document ou sur les activités de l'UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, s'adresser à :

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux
Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke – Hôpital et centre d'hébergement d'Youville
1036, rue Belvédère Sud, bureau 5213
Sherbrooke (Québec) J1H 4C4
Téléphone : (819) 780-2220, poste 16648
Courriel : UETMISSS.ciussse-chus@ssss.gouv.qc.ca

Pour citer ce document : Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS). *Planification des soins et services de réadaptation physique chez les patients atteints de la COVID-19 hospitalisés et ou en soins intensifs* préparé par Cyrille Gérard Diffo, Mathieu Roy, Pierre Dagenais (UETMISSS, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Mars-2020) Sherbrooke, Québec (Canada), i, 12 p.

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

PLANIFICATION DES SOINS DE RÉADAPTATION PHYSIQUE CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE LA COVID-19 HOSPITALISÉS ET OU EN SOINS INTENSIFS

CONTEXTE

Le présent document ainsi que les constats qu'il énonce ont été rédigés en réponse à une interpellation de la Direction des services professionnels du CIUSSS de l'Estrie - CHUS dans le contexte de l'urgence sanitaire liée à la maladie à coronavirus (COVID-19) au Québec. L'objectif est de réaliser une recension sommaire des données publiées et de mobiliser les savoir clés afin d'informer les décideurs publics et les professionnels de la santé et des services sociaux. Vu la nature rapide de cette réponse, les constats ou les positions qui en découlent ne reposent pas sur un repérage exhaustif des données publiées, une évaluation de la qualité méthodologique des études avec une méthode systématique ou sur un processus de consultation élaboré. Dans les circonstances d'une telle urgence de santé publique, l'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS reste à l'affût de toutes nouvelles données susceptibles de lui faire modifier cette réponse rapide.

CONSTATS DE L'UETMISSS du CIUSSS de l'Estrie - CHUS À CE JOUR 27 avril 2020

Basé sur la documentation scientifique disponible au moment de sa rédaction, et sur les consultations menées, malgré l'incertitude existante dans cette documentation et dans la démarche utilisée, L'UETMISSS met en lumière que :

Atteintes physiques et cognitives observées chez les patients atteints de COVID-19 hospitalisés ou en soins intensifs

- La pandémie de COVID-19 entraîne une augmentation de la durée du séjour hospitalier ainsi que le nombre de patients aux soins intensifs et en hospitalisation courte durée surtout chez les aînés.
- Étant donné la prise en charge médicale intensive, les patients atteints de la COVID-19 sévère présenteraient un risque élevé de développer des troubles de la mémoire, des fonctions exécutives et un syndrome de faiblesse musculaire acquis aux soins intensifs.
- Sans interventions, les conséquences à long terme chez les patients COVID-19 sévères seraient le déconditionnement, l'altération des activités de la vie quotidienne (AVQ) et de la qualité de vie.
- La réadaptation physique précoce soulage les symptômes de la dyspnée, de l'anxiété, de la dépression et améliore les fonctions physiques et la qualité de vie.

Planification de la réadaptation physique chez les patients atteints de la COVID-19 hospitalisés?

- Une bonne planification des soins et services de réadaptation chez les patients atteints de la COVID-19 nécessite :
 - Une analyse des besoins et caractéristiques cliniques et démographiques des patients.
 - Une identification des interventions efficaces, adaptées et sécuritaires pour le patient et le personnel.
 - Une identification rapide des ressources humaines et matérielles nécessaires à la mise en œuvre des interventions.
 - Une évaluation constante des effets des interventions mises en œuvre.
- Une personnalisation des services doit être respectée peu importe le type d'intervention en réadaptation respiratoire (patients avec une condition clinique sévère, personnes âgées, les patients obèses, patients avec comorbidité multiple).
- La durée de la persistance et la clairance de l'ARN viral des différents fluides corporels et la contagiosité des patients atteints de la COVID-19 demeurent incertaine (entre 10 et 37 jours après le début des symptômes).
- La mise en œuvre des activités de réadaptation chez les patients atteints de la COVID-19 demande des précautions importantes en raison de leur potentiel à produire des aérosols contenant des particules virales.

PRÉSENTATION DE LA DEMANDE

La pandémie actuelle exige une adaptation et une nouvelle planification des soins et services offerts en milieu hospitalier. En effet, il faut offrir des soins et services complets et de bonne qualité aux patients atteints de la COVID-19 d'une part, et réduire le risque d'infection des intervenants, professionnels, patients, usagers et citoyens non infectés d'autre part. La directrice des services professionnels du CIUSSS de l'Estrie-CHUS a mandaté l'UETMISSS du même établissement pour répondre à cette préoccupation. Celle-ci souhaite obtenir de l'information sur la planification des soins et services à mettre en œuvre pendant et après le séjour d'un patient atteint de la COVID-19 en hospitalisation (ou en soins intensifs).

Besoin décisionnel :

Comment planifier les soins et services de réadaptation pour les patients hospitalisés (ou en soins intensifs) atteints de la COVID-19 pour limiter leurs séquelles (le déconditionnement) et l'exposition du personnel au virus?

Questions de recherche

1. Quels sont les troubles physiques observés chez les patients atteints de la COVID-19 hospitalisés (ou en soins intensifs)?
2. Comment planifier les soins et services de réadaptation physique chez les patients atteints de la COVID-19 hospitalisés pour limiter les séquelles des troubles acquis aux soins intensifs tout en limitant l'exposition du personnel au virus?

MÉTHODOLOGIE

Revue de littérature

Repérage des publications :

Une recension sommaire de la littérature scientifique et de la littérature grise a été effectuée par un bibliothécaire professionnel du CIUSSS de l'Estrie - CHUS dans PubMed, Google scholar et Google à l'aide de l'équation de recherche décrite à l'annexe 1. Les mots clés utilisés étaient les suivants: **COVID-19 sévère, réadaptation physique, réadaptation respiratoire, déconditionnement, recommandations.**

Sélection des publications :

Seules les études publiées en anglais et en français étaient retenues. Le bibliothécaire et le 1^{er} auteur de cette réponse rapide ont passé en revue le titre et le résumé de l'ensemble des références. Ils ont ainsi sélectionné les références pertinentes pour répondre aux questions de recherche.

Extraction des données et synthèse :

Les données ont été extraites et synthétisées par le 1^{er} auteur. Les constats de la présente réponse rapide sont basés sur une lecture partielle de certains documents (résumés) et une lecture complète des documents les plus pertinents.

SOMMAIRE DES RÉSULTATS

État actuel des connaissances scientifiques

Q1 : Quelles sont les atteintes physiques et cognitives observées chez les patients hospitalisés (ou en soins intensifs) et atteints d'un syndrome de détresse respiratoire aigu causés par une COVID-19?

Au Québec, les personnes âgées de 70 ans et plus (aînés) représentent plus de deux tiers (68 %) des hospitalisations et 90 % des décès liés à la COVID-19 [1]. Par ailleurs, la complication la plus fréquente chez les aînés durant l'hospitalisation est le déclin fonctionnel lié à l'alitement prolongé, à la médication et à la déshydratation. En effet les aînés perdent de 5 à 10 % de leur masse musculaire par semaine d'alitement et risquent de requérir plusieurs semaines de réadaptation pour récupérer leur autonomie fonctionnelle [2]. Étant donné la prise en charge médicale intensive chez les patients atteints de la COVID-19, (p. ex. ventilation

pulmonaire protectrice prolongée, sédation et l'utilisation d'agents bloquants neuromusculaires). Entre 25 et 50 % des patients survivants vont développer une des composantes du syndrome post soins intensifs qui est caractérisé par des troubles cognitifs, psychiatriques et physiques (soit la réduction de la force et de l'endurance musculaire, de l'amplitude de mouvements, de l'équilibre et des capacités aérobiques) [3]. Ces troubles vont s'ajouter au risque de déclin fonctionnel et de délirium déjà présent chez les aînés hospitalisés. [2]. Le déclin fonctionnel peut se produire dès le deuxième jour d'hospitalisation chez les aînés [2]. Il est essentiel de commencer la réadaptation physique précoce après la phase critique du syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) pour limiter le risque de déconditionnement et l'altération de la qualité de vie [4,5].

Troubles cognitifs

La cognition est l'ensemble des processus mentaux à l'œuvre dans les fonctions liées à la connaissance (c.-à-d. l'attention, l'apprentissage, l'intelligence, le langage, la mémoire, la perception, la prise de décision, la résolution de problèmes et le raisonnement). Chez le patient atteint du SDRA, la survenue des troubles cognitifs acquis aux soins intensifs et en hospitalisation est corrélée à la profondeur de l'hypoxémie et au délirium. Les troubles cognitifs sont une des conséquences les plus dévastatrices du SDRA et de l'hospitalisation prolongée chez les aînés. Ces troubles sont le plus souvent marqués par une atteinte de la mémoire et des fonctions exécutives [4]. Ces troubles cognitifs vont se manifester par l'anxiété, la dépression et la fatigue, l'intolérance à l'exercice et l'apathie profonde. [5, 6, 7].

Troubles physiques

L'alitement prolongé, le confinement et les thérapies agressives aux soins intensifs ou en hospitalisation ont pour conséquence une limitation des mouvements, une diminution des fonctions pulmonaires (suivies d'une mauvaise expulsion des expectorations), une dénutrition et l'incontinence urinaire. À court terme, ces troubles physiques augmentent la durée du séjour, la durée de ventilation et la mortalité intra hospitalière. À long terme, on observe une altération des activités de la vie quotidienne et une diminution de la qualité de vie. Plusieurs études ont démontré la persistance d'une faiblesse jusqu'à 5 ans après le séjour aux soins intensifs, notamment dans la population de patients survivants du syndrome de détresse respiratoire aigu [8, 9,10].

Tableau 1. Atteintes physiques et cognitives observées chez les patients atteints de COVID-19 hospitalisés ou en soins intensifs

Nature des atteintes.	Facteurs de risque	Conséquences
Faiblesse musculaire acquise aux soins intensifs	<ul style="list-style-type: none"> • Alitement prolongé • Réponse inflammatoire exagérée • Dénutrition 	<ul style="list-style-type: none"> • Diminution des fonctions pulmonaires • Augmentation de la durée du séjour hospitalier
Atteintes ostéoarticulaires	<ul style="list-style-type: none"> • Altération de la mécanique circulatoire • Ostéoporose 	<ul style="list-style-type: none"> • Altération à long terme des activités de la vie quotidienne (AVQ) • Trouble de la marche

		<ul style="list-style-type: none"> • Incontinence urinaire • Contracture articulaire • Douleurs osseuses et chutes • Syndrome d'immobilisation
Troubles respiratoires	<ul style="list-style-type: none"> • Ventilation mécanique • Faiblesse musculaire • Intubation orotrachéale • Trachéotomie • Sédation profonde 	<ul style="list-style-type: none"> • Intolérance à l'exercice physique • Altération de la capacité de diffusion • Trouble obstructif et restrictif pulmonaire
Atteintes cognitives	<ul style="list-style-type: none"> • Hypoxémie • Sédation profonde • Exagération de la réponse inflammatoire • Alimentation insuffisante 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble de la mémoire • Trouble des fonctions exécutives • Lenteur dans l'idéation • Altération des AVQ • Apathie profonde

Q2: Comment planifier les soins et services de réadaptation physique chez les patients atteints de la COVID-19 hospitalisés pour limiter les séquelles des troubles acquis aux soins intensifs tout en limitant l'exposition du personnel au virus?

La pandémie de COVID-19 entraîne une augmentation du nombre de patients hospitalisés aux soins intensifs et en hospitalisation courte durée et donc un plus grand nombre de patients avec des troubles cognitifs, physiques et psychiatriques. Dans le cas de la COVID-19, ces troubles sont essentiellement respiratoires et musculaires. Ils peuvent progresser à moyen terme vers un déconditionnement physique avec une altération importante de la qualité de vie [11]. L'objectif de cette réponse rapide est de rapporter des recommandations pour une meilleure planification de l'offre de soins et services de réadaptation aux patients atteints de la COVID-19 hospitalisés pour limiter le déconditionnement et les risques de contamination par le virus des intervenants en réadaptation.

Pendant combien de temps un malade COVID-19 sévère reste-t-il contagieux?

La contagiosité d'un patient est déterminée par la présence du virus dans différents fluides corporels, sécrétions et excréments. La durée de la persistance et la clairance de l'ARN viral des différents fluides corporels de patients atteints de la COVID-19 demeurent incertaines [12]. Selon certains auteurs, plus les symptômes sont sévères, plus la personne reste contagieuse longtemps. En général, les porteurs asymptomatiques pourraient transmettre le virus pendant 14 jours. Ceux qui ont eu des symptômes modérés seraient contagieux pendant 21 jours et les malades plus graves peuvent rester contagieux de 25 à 37 jours après le début des symptômes [13].

Quels sont les bénéfices de la réadaptation physiques chez les patients atteints de la COVID-19 hospitalisés?

Les symptômes de la COVID-19 peuvent aller d'une maladie bénigne à une insuffisance respiratoire et nécessiter une admission aux soins intensifs. Étant donné la prise en charge médicale intensive (*c.-à-d.* ventilation pulmonaire protectrice prolongée, sédation, utilisation d'agents bloquants neuromusculaires), les patients peuvent développer des troubles physiques et cognitifs qui affectent la qualité de vie. Il est essentiel d'anticiper une rééducation précoce après la phase critique de la maladie pour limiter ses conséquences et favoriser une récupération fonctionnelle [14,15]. Bien qu'une toux productive soit un symptôme moins courant de la COVID-19 (34 %), les physiothérapeutes pratiquant en milieu de soins intensifs peuvent offrir des techniques de désencombrement des voies respiratoires. Ils peuvent aider les patients atteints d'insuffisance respiratoire sévère associée COVID-19 en les positionnant en décubitus ventral pour optimiser l'oxygénation [11]. Le physiothérapeute aura également un rôle dans la prescription d'exercices, dans la mobilisation précoce et dans les interventions de réadaptation visant à permettre un retour fonctionnel optimal à la maison. La réadaptation physique précoce soulage les symptômes de la dyspnée, de l'anxiété, de la dépression et améliore les fonctions physiques et la qualité de vie [14].

Comment planifier la réadaptation physique chez les patients atteints de la COVID-19 hospitalisés?

Pour les patients hospitalisés, l'objectif de la réadaptation est d'améliorer la dyspnée, soulager l'anxiété et la dépression, réduire les complications du syndrome acquis aux soins intensifs, prévenir et améliorer le dysfonctionnement respiratoire, réduire la morbidité, préserver les fonctions motrices et améliorer la qualité de vie. Avant d'effectuer l'intervention de réadaptation chez les patients atteints de COVID-19 sévère, une évaluation clinique globale du patient est nécessaire, notamment en ce qui concerne l'état cognitif et les fonctions respiratoires, cardiovasculaires, musculo-squelettiques ainsi que l'état nutritionnel.

Une bonne planification des soins et services de réadaptation dans le contexte de la pandémie nécessite :

- Une analyse des besoins et caractéristiques cliniques et démographiques des patients;
- Une identification des interventions efficaces, adaptées et sécuritaires pour le patient et le personnel;
- Une identification rapide des ressources humaines et matérielles nécessaires à la mise en œuvre des interventions;
- Une évaluation constante des effets des interventions mises en œuvre.

Cette approche de planification est destinée aux physiothérapeutes et aux parties prenantes œuvrant en milieu hospitalier aigu traitant des patients adultes. Les recommandations pour les physiothérapeutes décrites ci-dessous sont tirées d'un article de Zhao publié dans le *Chinese*

Medical Journal [14] et d'une série de recommandations internationales publiée par un groupe de chercheurs internationaux dirigé par Thomas Peter [11]. Ces travaux se concentrent sur la planification et la préparation des interventions en physiothérapie, ainsi que sur les exigences en matière d'équipement de protection individuelle (EPI). Le contexte local, les ressources et l'expertise doivent être pris en compte lors de l'exercice de planification.

Recommandations de planification et de gestion du personnel. [11, 13]

- Prévoir une augmentation des effectifs nécessaires en physiothérapie;
- Identifier le personnel supplémentaire potentiel pouvant être déployé dans des zones dites chaudes associées aux admissions de patients COVID-19;
- Évaluer les besoins en physiothérapie des patients COVID-19;
- Fournir au personnel moins expérimenté en soins intensifs une supervision et un soutien approprié;
- Le personnel doit être régulièrement informé des protocoles et des plans de soins de réadaptation. La communication est cruciale pour assurer le succès d'un plan de réadaptation;
- Le personnel à haut risque ne doit pas pénétrer dans une zone d'isolement COVID-19;
- Les équipes de soignants qui gèrent les patients COVID-19 doivent être séparées des équipes qui s'occupent des patients non infectés;
- Les ressources physiques supplémentaires devraient être identifiées pour les interventions en physiothérapie afin de diminuer le risque d'infection croisée;
- Un inventaire des équipements respiratoires devrait être réalisé ainsi que le processus d'attribution de l'équipement à mesure que la pandémie progresse;
- Envisager l'utilisation des pédaliers qui permettent l'autonomisation de la réadaptation;
- Envisager le débriefing et le soutien psychologique du personnel.

Recommandations par rapport aux patients (quels patients traiter?) [11, 13]

L'infection respiratoire associée à la COVID-19 est principalement associée à une toux sèche et non productive. Dans ce cas, la physiothérapie respiratoire n'est pas indiquée. De plus, la rééducation respiratoire précoce n'est pas recommandée pour les patients dans un état grave si celui-ci n'est pas stabilisé.

Toutefois, elle serait indiquée dans les cas suivants :

- Patients qui développent une consolidation exsudative, une hypersécrétion des muqueuses ou des difficultés à éliminer les sécrétions;
- Patients présentant des comorbidités responsables du déclin fonctionnel ou à risque de développer un syndrome de faiblesse musculaire acquise aux soins intensifs;

- Le moment de l'intervention de réadaptation respiratoire devrait exclure les contre-indications et ne devrait pas alourdir le fardeau de la prévention des infections;
Une personnalisation des services doit être respectée peu importe, le type d'intervention en réadaptation respiratoire (particulièrement pour les patients avec une condition clinique sévère, les personnes âgées, les patients obèses, les patients présentant une comorbidité multiple).

Recommandations pour les interventions en réadaptation efficaces et sécuritaires à la fois pour le patient et le personnel [2, 11,13]

Les physiothérapeutes jouent un rôle essentiel dans la prescription d'exercices, la mobilisation et la prise en charge des patients avec SRAS et en alitement prolongé. La mise en œuvre des activités de réadaptation chez les patients atteints de la COVID-19 demande des précautions importantes en raison de leur potentiel à produire des aérosols contenant des particules virales.

Les interventions en réadaptation doivent se dérouler en interdisciplinarité et inclure :

- Le dépistage du syndrome d'immobilisation, le délirium et le risque de chute chez la personne âgée;
- Le soulagement de la douleur;
- L'identification et la prévention de l'hypotension orthostatique;
- La création d'un environnement sécuritaire pour les déplacements (bien que difficile dans un contexte de confinement);
- Mettre à la disposition des patients les aides techniques pour se mobiliser;
- Dès que possible, stimuler la participation aux activités de la vie quotidienne (AVQ);
- Faire des exercices avec le patient qui augmentent la flexibilité des articulations et la souplesse musculaire;
- Des techniques de désencombrement bronchique (p. ex. positionnement, exercices respiratoires actifs, hyperinflation manuelle ou respiratoire, percussions et vibrations, traitements utilisant la pression expiratoire positive, insufflation-exsufflation mécanique);
- De la ventilation non invasive (VNI) ou à pression positive intermittente (VPPI);
- Des techniques pour faciliter le dégagement des sécrétions (p. ex. les manœuvres de toux assistée ou stimulée et l'aspiration des voies respiratoires);
- Utiliser le pédalier selon la condition du patient;
- Évaluer selon l'état nutritionnel et combler les besoins nutritionnels et d'hydratation.

Recommandations par rapport à la prévention et au contrôle de l'infection [9, 11]

Précautions d'usage

Dans la plupart des cas, les EPI spécifiques pour le personnel en contact direct avec les cas confirmés de COVID-19 devraient être suffisants lors de la mobilisation, des exercices et des activités de réadaptation respiratoire. Cependant, le physiothérapeute est susceptible de se retrouver en contact étroit avec un patient COVID-19 qui aurait besoin d'une aide plus importante. En cas de contact étroit, il faut envisager l'utilisation d'un masque à haute filtration (p. ex. FFP2 / N95). En effet, les mobilisations et les exercices peuvent occasionner de la toux ou des expectorations de mucus chez le patient. S'il est ventilé, il peut y avoir une déconnexion du circuit. Se référer aux directives locales concernant la capacité de mobiliser les patients COVID-19 en dehors de leur chambre d'isolement. En cas de mobilisation à l'extérieur de la chambre d'isolement, s'assurer que le patient porte un masque chirurgical.

Détection

Les physiothérapeutes dépisteront régulièrement et activement les patients candidats à l'exercice et à la réadaptation et les prendront en charge. Lors du dépistage, une discussion avec le personnel infirmier est recommandée avant de décider d'entrer dans la chambre d'isolement du patient. Afin de réduire au minimum la quantité de membres du personnel ayant des contacts avec les patients COVID-19.

Une mobilisation précoce est encouragée

Il faut mobiliser activement et précocement le patient lorsque toutes les conditions sont réunies pour une intervention sécuritaire. Les patients devraient être encouragés à maintenir leur condition physique avec des séances au fauteuil ou en effectuant des activités simples de la vie quotidienne. L'utilisation de l'équipement doit être soigneusement discutée avec le personnel du service de la prévention et du contrôle des infections. En effet, avant d'être utilisé avec des patients COVID-19, il faut s'assurer que l'ensemble de l'équipement puisse être correctement décontaminé.

Considérations relatives aux EPI

Il est impératif que les physiothérapeutes comprennent les mesures en place pour empêcher la transmission de la COVID-19 et les interventions qui peuvent les exposer à un risque plus élevé de contamination en raison de la dispersion des gouttelettes dans l'air. Les procédures les plus risquées sont : la nébulisation des aérosols, les techniques d'expiration forcée, la bronchoscopie, l'intubation trachéale, la ventilation manuelle avant intubation, la trachéotomie, l'aspiration endo trachéale, la réanimation cardiopulmonaire et l'extubation. Les patients avec COVID-19 présumée ou confirmée doivent être pris en charge avec des précautions d'usage relatives aux contaminations par gouttelettes ou par aérosols. Les hôpitaux devraient être en mesure de confiner les patients requérant des isolements spécifiques. Cependant, il existe un nombre limité d'unités ou de chambres à pression négative, de sorte que l'isolement dans des chambres dédiées peut ne pas être possible avec la COVID-19 en raison du grand nombre d'admissions de patients. Il est important pour les physiothérapeutes de comprendre les différents types de chambres d'isolement qui existent dans les hôpitaux.

DISCUSSION ET CONCLUSION

La pandémie de COVID-19 entraîne une augmentation du nombre de patients hospitalisés et en soins intensifs, ainsi qu'un plus grand nombre de patients avec des troubles cognitifs, physiques et psychiatriques pouvant conduire au déconditionnement physique et à l'altération des capacités cognitives. L'objectif de cette réponse rapide était de rapporter des recommandations pour une meilleure planification de l'offre de soins et services de réadaptation aux patients atteints de la COVID-19 tout en limitant les risques de contamination des intervenants en réadaptation par le virus.

La synthèse des connaissances a révélé qu'une bonne planification des soins et services de réadaptation dans le contexte de la pandémie nécessite :

1. Une analyse descriptive des profils cliniques et démographiques des patients atteints de la COVID-19 sévère;
2. L'identification d'interventions efficaces, adaptées et sécuritaires pour le patient et le personnel;
3. Les ressources humaines et matérielles nécessaires à la mise en œuvre des interventions;
4. Une évaluation constante des effets des interventions mises en œuvre.

Bien qu'il soit important d'amorcer précocement les soins de réadaptation, les mesures de prévention et de contrôle des infections pourraient aller à l'encontre des principes des soins de réadaptation qui nécessitent fréquemment le contact physique étroit entre les patients et les intervenants. De plus, les équipements de protection individuelle présentent non seulement une barrière physique, mais aussi psychologique au contact thérapeutique humain [11]. Du fait de la contagiosité élevée de la COVID-19, l'administration des soins de réadaptation de qualité est associée à un risque élevé de contamination des intervenants. Les recommandations ainsi rapportées sont indicatives, non exhaustives et constituent de simples orientations.

Dans ce document, l'UETMISSS s'est limité à la planification des interventions à mettre en œuvre pendant le séjour hospitalier pour prévenir le déconditionnement chez les patients COVID-19 hospitalisés. Étant donné que la majorité (68 %) des hospitalisations liées à la COVID-19 au Québec est constituée des aînés, les interventions en réadaptation dans le contexte de COVID-19 doivent être combinées avec les interventions de l'approche adaptée à la personne âgée. Un travail ultérieur sera fait pour organiser les soins de réadaptation qui devraient se poursuivre à domicile.

RÉFÉRENCE

1. <https://www.inspq.qc.ca/COVID-19/donnees>, consulté le 27 Avril2020
2. Kergoat, M. J. (2010). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier: cadre de référence. La direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
3. Kress, J.P. and J.B. Hall, ICU-acquired weakness and recovery from critical illness. *N Engl J Med*, 2014. 370(17): p. 1626-35.
4. Maley JH, Brewster I, Mayoral I, Siruckova R, Adams S, McGraw KA, et al. Resilience in Survivors of Critical Illness in the Context of the Survivors' Experience and Recovery. *Ann Am Thorac Soc*. 2016;13(8):1351-60.
5. Sager, M. A., Franke, T., Inouye, S. K., Landefeld, C. S., Morgan, T. M., Rudberg, M. A. & Winograd, C. H. (1996). Functional outcomes of acute medical illness and hospitalization in older persons. *Archives of internal medicine*, 156(6), 645-652.
6. Hopkins RO, Jackson JC. Long-term neurocognitive function after critical illness. *Chest*. 2006;130(3):869-7
7. Hopkins RO, Weaver LK, Collingridge D, Parkinson RB, Chan KJ, Orme JF, Jr. Two-year cognitive, emotional, and quality-of-life outcomes in acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;171(4):340-7
8. Hermans G, Van den Berghe G. Clinical review: intensive care unit acquired weakness. *Crit Care*. 2015;19:274
9. Wieske L, Dettling-Ihnenfeldt DS, Verhamme C, Nollet F, van Schaik IN, Schultz MJ, et al. Impact of ICU-acquired weakness on post-ICU physical functioning: a follow-up study. *Crit Care*. 2015;19:196
10. Genton, A. M. (2019). Le syndrome post soins intensifs au travers d'une consultation de suivi après les soins intensifs (Doctoral dissertation, University of Geneva).
11. Thomas, P., Baldwin, C., Bissett, B., Boden, I., Gosselink, R., Granger, C. L., . & Ntoumenopoulos, G. (2020). Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. *Journal of Physiotherapy*
12. Ling, Y., Xu, S. B., Lin, Y. X., Tian, D., Zhu, Z. Q., Dai, F. H., ... & Hu, B. J. (2020). Persistence and clearance of viral RNA in 2019 novel coronavirus disease rehabilitation patients. *Chinese medical journal*
13. <https://www.topsante.com/medecine/maladies-infectieuses/zoonoses/coronavirus-contagieux-combien-de-temps-636307>
14. Zhao, H. M., Xie, Y. X., & Wang, C. (2020). Recommendations for respiratory rehabilitation in adults with COVID-19. *Chinese Medical Journal*.
15. Lazzeri, M., Lanza, A., Bellini, R., Bellofiore, A., Cecchetto, S., Colombo, A., & Privitera, E. (2020). Respiratory Physiotherapy in patients with COVID-19 infection in acute setting: a Position paper of the Italian Association of Respiratory Physiotherapists (ARIR). *Monaldi Archives for Chest Disease*, 90(1).

ANNEXE 1

Il s'agit des références trouvées lors de la recherche sur PubMed en utilisant l'équation suivante :

```
((("severe acute respiratory syndrome coronavirus 2" [supplementary concept] OR "Coronavirus Infections"[Mesh] OR "Coronavirus"[Mesh] OR "SARS Virus"[Mesh] OR "-19" [Supplementary Concept] OR coronavir*[Title/Abstract] OR corona-virus*[Title/Abstract] OR COVID[Title/Abstract] OR nCoV[Title/Abstract] OR "novel cov" [Title/Abstract] OR "SARS CoV2"[Title/Abstract] OR "SARS-CoV-2"[Title/Abstract] OR "SARS 2"[Title/Abstract] OR SARS2[Title/Abstract] OR "cov-2"[Title/Abstract] OR cov2[Title/Abstract] OR "severe acute respiratory syndrome coronavirus 2"[Title/Abstract] OR "CoV-19"[Title/Abstract] OR "SARS-CoV-19"[Title/Abstract] OR "Severe Acute Respiratory Syndrome"[Mesh] OR "Severe Acute Respiratory Syndrome"[Title/Abstract] OR SARS[Title/Abstract]))) AND (("Rehabilitation"[Mesh] OR rehabilitation*[Title/Abstract] OR "rehabilitation" [Subheading] OR habilitation*[Title/Abstract]))
```

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 

