

## Réadaptation pour les patients atteints de la COVID-19 Conseils pour les ergothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes et assistant de réadaptation

**Objectif:** Pendant la crise de la COVID-19, le besoin est criant de guider la pratique de la réadaptation. Se basant sur les données probantes disponibles, incluant les informations provenant des consultations auprès de la communauté clinique, ce document évolutif rassemble différentes ressources pour les professionnels de réadaptation œuvrant en première ligne.

**ÉTAPE 1 - Déterminer le risque:** La priorisation doit tenir compte de l'impact sur les résultats importants (par exemple, risque d'hospitalisation, séjour prolongé à l'hôpital) pour un patient de ne pas recevoir des soins de réadaptation de façon immédiate. Si une évaluation ou un traitement doit avoir lieu, il est impératif de procéder à l'évaluation des risques associés à ce point de service avant chaque interaction avec les patients.

**ÉTAPE 2 - Faire autant que possible sans contact direct avec le patient:** Évitez les visites régulières dans une zone d'isolement seulement pour un dépistage si un patient est atteint du COVID-19. Recueillez l'information sans contact direct pour l'examen clinique: statut pré-morbide, dépistage avant traitement et / ou planification du retour à domicile. Considérez l'utilisation d'outils de télé-réadaptation<sup>1</sup> pour observer et communiquer directement avec les patients et / ou le personnel déjà dans les zones d'isolement (par exemple, l'utilisation de caméras sécurisées, telles que les iPads et les moniteurs pour bébés). Dans certains cas, ces outils peuvent permettre d'évaluer la dysphagie, la communication,<sup>2</sup> la mobilité et la cognition.

**ÉTAPE 3 – Selon votre évaluation des risques au point de service, déterminer l'équipement de protection individuelle (EPI) nécessaire pour le contact avec les patients:** Les procédures avec génération d'aérosols (PGAs)<sup>3</sup> exigent des précautions afin de se protéger contre les contaminations aériennes. D'autres procédures peuvent seulement nécessiter une protection contre le risque de contamination par gouttelettes ou contact.

### Les procédures avec génération d'aérosols (PGAs)

Deux éléments déterminent si une intervention produit des aérosols - le type d'oxygénothérapie et le type de traitement.

### Les procédures suivantes nécessitent des précautions de protection contre les contaminations aériennes :

- Oxygénothérapie à haut débit (par exemple, Airvo, Optiflow)
- Ventilation non invasive (par exemple, BiPAP, CPAP)
- Traitement avec nébulisation
- Succion ouverte d'un tube de trachéotomie avec ou sans ventilation mécanique
- Essai de masque de trachéotomie
- Gonflage et dégonflage du ballonnet
- Changement de tube de trachéotomie (Option : Sonde trachéale ou de trachéotomie, ou canule.)

*Veillez noter que la succion fermée **n'est pas** une intervention produisant des aérosols.)*

### Les procédures qui provoquent des expectorations nécessitent des précautions aériennes.

Les exemples incluent :

- Interventions respiratoires en physiothérapie (par exemple, techniques de dégagement des sécrétions, physiothérapie respiratoire, succion ouverte, aspiration nasopharyngée, utilisation d'appareil d'insufflation-exsufflation mécanique (toux-assistée).
- Déglutition et certain(e)s évaluations/traitements de la parole au chevet du patient (p. ex. examen du mécanisme buccal, essai de bolus, laryngectomie avec ou sans ventilation mécanique ou trachéotomie avec ou sans ventilation mécanique ou valve parlantes dans le

## Réadaptation pour les patients atteints de la COVID-19 Conseils pour les ergothérapeutes, physiothérapeutes, orthophonistes et assistant de réadaptation

cadre d'une équipe multidisciplinaire). Les évaluations de la déglutition instrumentale doivent être évitées.

- Toute activité qui pourrait déclencher l'expectoration de sécrétions, comme la transition d'une position couchée à la position assise ou debout, les activités de la vie quotidienne (AVQ) au chevet, la position en décubitus ventral (avec ou sans ventilation mécanique), ou autre activité qui pourrait provoquer la déconnexion accidentelle du ventilateur.

### Renseignements supplémentaires avant de commencer un traitement avec contact direct:

1. Utilisez une procédure systématique, étape par étape, pour enfiler et retirer les équipements de protection individuelle (EPI) afin d'éviter la contamination.
2. Identifiez et respectez le nombre minimum de personnes requises pour exécuter l'activité en toute sécurité.
3. Considérez la possibilité de combiner les interventions avec d'autres professionnels de la santé (p. ex. coordonnez les activités, regroupez les soins pour tous les patients atteints de la COVID-19).
4. Planifiez soigneusement l'utilisation de l'équipement et discutez avec les services de contrôle des infections pour vous assurer que tout l'équipement est décontaminé de manière appropriée après utilisation. Évitez le déplacement de l'équipement entre les zones infectées et non infectées. Dans la mesure du possible, utilisez l'équipement à usage unique (p. ex. utilisez des élastiques Theraband plutôt que les poids libres ou l'équipement à usage unique pour la suppléance à la communication (SC)).

### CONSIDÉRATIONS COVID-19 PAR PROFESSION DE RÉADAPTATION SPÉCIFIQUE

Les traitements peuvent varier en fonction des besoins des patients, de l'expérience du clinicien et des protocoles locaux.

#### Soins aigus: COVID-19 et la réadaptation

<b>Ergothérapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prévenir, détecter et surveiller la présence de délirium<sup>4</sup></li> <li>- Évaluer les fonctions physiques et cognitives<sup>5</sup></li> <li>- Optimisation du positionnement au lit et en position assise à l'aide des principes de décompression (p. ex. matelas)<sup>6</sup></li> <li>- Évaluation et gestion des AVQs pour encourager la mobilisation précoce<sup>5</sup></li> <li>- Fournir les appareils fonctionnels pour les AVQs, la communication, les sièges et la mobilité<sup>6</sup></li> <li>- Considération et évaluation de stratégies de santé mentale et d'adaptation émotionnelle des patients<sup>7</sup></li> </ul>
<b>Physiothérapie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recommandations détaillées sont disponibles pour guider le travail des physiothérapeutes aux soins intensifs : Prise en charge en physiothérapie des patients de soins intensifs atteints de la COVID-19<sup>8</sup></li> </ul>
<b>Orthophonie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer et intervenir dans un contexte de dysphagie post-extubation<sup>9</sup></li> <li>- Évaluer et intervenir dans un contexte de dysphagie se présentant lors de décompensation</li> <li>- Évaluer et intervenir dans un contexte de dysphagie se présentant lors de détérioration respiratoire</li> <li>- Évaluer les fonctions cognitive<sup>10</sup> et la communication<sup>11</sup></li> <li>- Fournir l'équipement de suppléance à la communication (SC) à usage unique<sup>12</sup></li> </ul>

### Après les soins aigus: COVID-19 et la réadaptation - principes généraux pour divers contextes

<b>Ergothérapie</b> <sup>13,14</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réévaluation et traitement de tout changement cognitif pour favoriser l'autonomie</li> <li>- Préparation et planification du congé, incluant des ressources pour assurer la sécurité à domicile et le soutien aux proches aidants</li> <li>- Tenir compte des déterminants sociaux de la santé lors de la planification du retour à domicile (p. ex. la gestion financière)</li> <li>- Réévaluation et gestion des AVQ, y compris les stratégies d'adaptation, telles que les appareils fonctionnels et l'économie d'énergie, qui favorisent l'autonomie</li> <li>- Répondre aux besoins de santé mentale et psychosociaux des patients et/ou des soignants</li> </ul>
<b>Physiothérapie</b>	<p>Les recommandations du European Respiratory Society<sup>15</sup> qui comprennent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation de la capacité fonctionnelle et de l'exercice</li> <li>- Surveillance des conditions comorbides préexistantes</li> <li>- Entraînement en endurance cardiorespiratoire et/ou encadrement d'activité physique</li> </ul>
<b>Orthophonie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluer et intervenir auprès de patients dysphagiques<sup>16</sup> et dysphoniques, en contexte d'intubation prolongée</li> <li>- Évaluer et rééduquer les habiletés communicationnelles et cognitives secondaires à une hypoxie cérébrale</li> <li>- Évaluer et rééduquer le patron respiratoire (force musculaire, coordination)</li> <li>- Gérer les enjeux liés aux trachéotomies</li> </ul>

Ce document est basé sur: Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations: <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.03.011> (en anglais) ou <https://www.wcpt.org/news/Novel-Coronavirus-2019-nCoV> (versions traduites). Des mises à jour sont disponibles au : <https://srs-mcmaster.ca/covid-19/>. Si vous avez des questions, veuillez contacter [srscovid@mcmaster.ca](mailto:srscovid@mcmaster.ca).

**Remerciements:** Nous sommes reconnaissants pour les commentaires rapides sur ce document de 33 parties prenantes (17 ergothérapie, 10 physiothérapie et 6 orthophonie), y compris des cliniciens et des universitaires de première ligne représentant 2 pays (États-Unis, Canada), 2 provinces (Ontario, Alberta), 10 institutions et 1 organisation nationale).

Merci aux bénévoles qui ont prêté leur expertise et leur temps pour une traduction rapide (par ordre alphabétique): Roxanne Bélanger, Ph.D., orthophoniste (Université Laurentienne), Rachel Brosseau Pht, M.Sc, physiothérapeute (Université de Montréal), Lisa Carlesso, PT, PhD. (McMaster University), Marie-Pier Demers, M.Sc., orthophoniste (Université Laval), Evelyne Durocher, Ph.D. OT Reg (Ont) (McMaster University), Christiane Durocher, Salwa Khouzam, et Vincent Martel-Sauvageau, Ph.D., orthophoniste (Université Laval). Soutien aux communications: Erica Topolski, M.A. (elt Consulting).

Cite as: Kho, M.E., Brooks, D., Namasivayam-MacDonald, A., Sangrar, R. and Vrkljan, B. (2020) Rehabilitation for Patients with COVID-19. Guidance for Occupational Therapists, Physical Therapists, Speech-Language Pathologists and Assistants. School of Rehabilitation Science, McMaster University. <https://srs-mcmaster.ca/covid-19/>

### Références

1. Peretti A, Amenta F, Tayebati SK, et al., Telerehabilitation: Review of the State-of-the-Art and Areas of Application. *JMIR Rehabil Assist Technol.* 2017 Jul 21;4(2):e7..
2. Weidner K and Lowman J. 2020. Telepractice for Adult Speech-Language Pathology Services: A Systematic Review. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups.* Epub ahead of print. Retrieved February 5, 2020. [https://doi.org/10.1044/2019\\_PERSP-19-00146](https://doi.org/10.1044/2019_PERSP-19-00146)
3. Ontario Physiotherapy Association Position Statement. Respiratory Physiotherapy, Personal Protective Equipment and COVID-19. <https://opa.on.ca/advocacy-positions/where-we-stand/>. Accessed April 3, 2020.
4. Álvarez, E. A., Garrido, M. A., Tobar, E. A., et al, (2017). Occupational therapy for delirium management in elderly patients without mechanical ventilation in an intensive care unit: A pilot randomized clinical trial. *Journal of critical care*, 37, 85-90.
5. Schweickert, W. D., Pohlman, M. C., Pohlman, A. S., et al., (2009). Early physical and occupational therapy in mechanically ventilated, critically ill patients: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 373(9678), 1874-1882.
6. Brummel N.E., Álvarez E.A., Esbrook C.L., et al., (2020) Occupational Therapy in the Intensive Care Unit. In: Pozzi C., Lanzoni A., Graff M., Morandi A. (eds) *Occupational Therapy for Older People*. Springer, Champlain.
7. Jackson, J. C., Pandharipande, P. P., Girard, T. D., et al. (2014). Depression, post-traumatic stress disorder, and functional disability in survivors of critical illness in the BRAIN-ICU study: a longitudinal cohort study. *The Lancet Respiratory Medicine*, 2(5), 369-379.
8. Thomas P, Baldwin C, Bissett B, et al. Physiotherapy management for COVID-19 in the acute hospital setting: clinical practice recommendations. *Journal of Physiotherapy*. 2020. In-press, available online 30 March 2020.
9. Brodsky MB, Pandian V, Needham DM. Post-extubation dysphagia: a problem needing multidisciplinary efforts. *Intensive Care Med.* 2020 Jan;46(1):93-96.
10. Wilcox ME, Brummel NE, Archer K, et al. Cognitive dysfunction in ICU patients: risk factors, predictors, and rehabilitation interventions. *Crit Care Med.* 2013;41(9 Suppl 1):S81–S98.
11. Bartlett G, Blais R, Tamblyn R, et al., Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in acute care settings. *CMAJ.* 2008;178(12):1555–1562.
12. *Augmentative Communication News.* August 2009. 21(2).
13. Kingston, G., Pain, T., Murphy, K., et al. (2019). Perceptions of acute hospital occupational therapy services: developing a new model of care for occupational therapy on acute medical wards. *International Journal of Therapy And Rehabilitation*, 26(12), 1-9.
14. Provencher, V., Clemson, L., Wales, K., et al. (2020). Supporting at-risk older adults transitioning from hospital to home: who benefits from an evidence-based patient-centered discharge planning intervention? Post-hoc analysis from a randomized trial. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1-10.
15. Spruit MA, Holland AE, Singh SJ, and Troosters T (Co-chairs). Report of an Ad-Hoc International Task Force to Develop an Expert-Based Opinion on Early and Short-Term Rehabilitative Interventions (After the Acute Hospital Setting) in COVID-19 Survivors (Version April 3, 2020). Accessed April 5, 2020.
16. Brodsky MB, Huang M, Shanholtz C, et al. Recovery from Dysphagia Symptoms after Oral Endotracheal Intubation in Acute Respiratory Distress Syndrome Survivors. A 5-Year Longitudinal Study. *Ann Am Thorac Soc.* 2017 Mar;14(3):376-383.